

ISSN 1981-7274



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDADA EM 03/10/95

ANO 12 - Nº 3
JUL/AGO/SET
2011

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DO ÁCIDO FÓLICO EM GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS
- DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA – PRIMEIRA PARTE
- SEPTO UTERINO ASSOCIADO COM DUPLICAÇÃO CERVICAL E VAGINAL



**XII CONGRESSO BRASILEIRO
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

28-30 DE JUNHO DE 2012

MAKSoud PLAZA HOTEL - SÃO PAULO - SP

sogia.com.br/congresso2012





SUMÁRIO

EDITORIAL 2

ARTIGO ORIGINAL

Gravidez na adolescência: a importância do ácido fólico em gestações não planejadas... 3

ARTIGO ATUALIZAÇÃO

Dismenorreia na Adolescência – Primeira Parte 9

CASO CLÍNICO

Septo Uterino Associado com Duplicação Cervical e Vaginal..... 13

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

EDITORES ASSOCIADOS

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cremilda Costa de Figueiredo (BA)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Reis Leite (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio Galletta (SP)

Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Zuleide Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli
vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário:

João Bosco Ramos Borges
drbosco@terra.com.br

2º Secretário:

Marco Aurélio K. Galletta
mgalletta@uol.com.br

1ª Tesoureira:

Ana Célia de Mesquita Almeida
anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2º Tesoureiro:

Fernando Cesar de Oliveira Jr.
fernandocojr@yahoo.com.br

Diretora de Relações Públicas:

Albertina Duarte Takiuti
albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul:

Marta Francis Benevides Rehme
martarehme@uol.com.br

Vice-Presidente Região Sudeste:

Denise Maia Monteiro
denimonteiro2@yahoo.com.br

Vice-Presidente Região Centro-Oeste:

Zuleide Felix Cabral
hzcabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste:

Romualda Castro do Rego Barros
romycastr01@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53
Jardim América
CEP 05412-002 – São Paulo, SP
Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br
www.sogia.com.br





A Revista da SOGIA-BR sempre seguiu uma linha editorial voltada para a educação continuada, procurando responder aos anseios de seus leitores que é a atualização permanente. Por diversas vezes recebemos manifestações de colegas leitores elogiando os aspectos práticos e didáticos dos artigos aqui publicados.

Por isso escolhemos artigos de atualização sobre temas que fazem parte do cotidiano, para que aqueles colegas que estão fora da Universidade e que não podem estar em todos os congressos médicos, tenham a oportunidade de sentir-se atualizados para conduzirem os casos que atendem no seu trabalho diário.

Quando leio uma publicação ou assisto a uma palestra, nas quais não é apresentado nada de novo, nada de diferente do que conheço e faço, sinto-me confortável em saber que estou atualizado. Entendo portanto, que não só inovações são instrumentos de atualização.

Os relatos de casos, que às vezes podem parecer simples para alguns, mas ilustram bem o vivenciado pelo autor e se acompanham de breve revisão da literatura, são de extrema utilidade para muitos colegas por este país a fora que não têm a oportunidade de vivenciar esses temas em Serviço Referência.

Neste número publica-se um Relato de Caso interessante, por ser de baixa prevalência na população geral, mas que quando não é bem conduzido pode acarretar danos sérios à paciente. Também o artigo de atualização trata de um tema muito prevalente nas mulheres jovens, a dismenorreia. Ultimamente temos recebidos, com relativa frequência, adolescentes preocupadas com o diagnóstico de endometriose, quando têm apenas uma dismenorreia primária. Daí resolvermos por essa publicação que dividimos em duas partes, a ser completada no próximo número de nossa revista.

Um grande abraço.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

E
D
I
T
O
R
I
A
L

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DO ÁCIDO FÓLICO EM GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS

PREGNANCY IN TEENAGERS: THE ROLE OF FOLIC ACID IN UNINTENTIONAL PREGNANCY

FILIPPE AUGUSTO CARVALHO DE PAULA,¹ LUÍZA LISBÕA CARRAMENHA,²
PILAR CAMPOS SAAVEDRA,¹ VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA¹ E DENISE LEITE MAIA MONTEIRO³

RESUMO

A gravidez na adolescência muitas vezes não ocorre de maneira planejada, o que pode levar a atraso no início da assistência pré-natal. Por isso, a adolescente fica sujeita à perda de etapas essenciais deste programa, como, por exemplo, a administração de ácido fólico, recomendada até o final do primeiro trimestre de gravidez. O ácido fólico é vitamina hidrossolúvel cuja eficácia para prevenção de defeitos do tubo neural (DTN) já foi comprovada por diversos estudos. Encontra-se contido em alimentos como folhas verdes e vísceras, alimentos que não costumam fazer parte da dieta de grande parte das adolescentes. Além disso, considera-se difícil alcançar os requerimentos de folato com a dieta normal equilibrada. Por esses motivos, existe consenso de administração de suplementação com a vitamina durante o período periconcepcional bem como no primeiro trimestre da gravidez. Tendo em vista que nem sempre as gravidezes ocorrem de maneira programada e que a ingestão somente pela dieta não é suficiente, muitos países adotaram e vêm adotando políticas de fortificação de alimentos com ácido fólico, principalmente grãos. Este trabalho consiste em revisão sistematizada de ensaios clínicos que analisaram a prevalência de DTN após implantação de tal medida, a fim de verificar sua eficácia. Os resultados do estudo mostraram que a medida é eficaz além de econômica, porém, são necessários estudos que determinem a dosagem ideal de ácido fólico na fortificação alimentar.

Palavras chaves: ácido fólico, defeitos do tubo neural, gravidez, adolescência.

ABSTRACT

The pregnancy in teenagers often happens without any sort of planning, which leads to delay for the start of pre natal care. Due to this, the teenager shall be subject to going over essential steps of pre natal care, like the intake of folic acid, that is recommended until the end of the first trimester of pregnancy. The folic acid is a water-soluble vitamin whose effectiveness for prevention of Neural Tube Defect (NTD) has already been proved by several studies. It's contained in foods as green leaves and viscera, food that is not usually part of the most of teenagers' diet. Furthermore, it's difficult to reach the requirements of the folate in a balanced normal diet. For these reasons, there is a consensus that designates the administration of supplementation with the vitamin during the periconceptual period as well as the first quarter of pregnancy. Since many pregnancies are not well programmed and the ingestion only by diet usually it is not enough, many countries adopted or have been adopting politics of food fortification with folic acid, especially grains. This article consists on a systematic review of clinical trials that analyzed the prevalence of DTN after the implementation of this politic in order to verify its efficacy. The results shown that the measure was not only effective, but also economic, therefore, more studies which reveal the ideal dosage of the folic acid on the food fortification are necessary.

Keywords: folic acid, neural tube defects, pregnancy, adolescent.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência compreende o período de 12 a 18 anos de idade.¹ O Programa Saúde do Adolescente segue a definição da OMS sobre adolescência, que é a aceita mundialmente e estabelece as idades de 10 a 19 anos como os limites cronológicos da adolescência, ao divulgar as diretrizes básicas e a sistematização dos serviços de atenção, ao atendimento dos jovens nesta faixa etária.

Entre as diversas mudanças vivenciadas nesta fase da vida estão aquelas relacionadas à sexualidade e à descoberta do ato sexual propriamente dito, o que muitas vezes pode resultar em gravidez não planejada.^{2,3}

Observa-se hoje no Brasil tendência a discreta queda nos índices de gravidez na adolescência.³ Este ainda é um assunto preocupante, principalmente entre as classes econômicas mais baixas, onde acaba se associando ao abandono escolar, dificuldade de inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, manutenção da pobreza e perpetuação deste ciclo. Em 2009, este número passou de 400.000 gravidezes, demonstrando que ainda há alta prevalência de gravidez nesta fase da vida.^{3,4}

Na adolescência, também há maior risco materno para o desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) nas nulíparas, prematuridade, depressão, desordens nutricionais e outras complicações.⁵

A gravidez na adolescência pode ser acompanhada por sentimentos de medo, insegurança, desespero, principalmente no momento de sua descoberta. Estes sentimentos associados muitas vezes à falta de diálogo familiar podem comprometer tanto a procura quanto a permanência na assistência pré-natal. Além disso, a falta de planejamento da gestação pode comprometer a adoção de substâncias essenciais, como o ácido fólico, tanto para o desenvolvimento fetal quanto para prevenção de doenças com alta incidência nesta faixa etária.

O ácido fólico é vitamina hidrossolúvel do tipo “B” essencial para o crescimento, divisão celular, síntese protéica, reparo de regulação gênica, metilação e defesa do hospedeiro.⁶ Trata-se de coenzima do metabolismo de aminoácido, participando da biossíntese de purinas e pirimidinas e, conseqüentemente, da formação de DNA e RNA. Dessa forma, sua deficiência pode provocar alterações cromossômicas e da síntese do DNA.^{7,8} O uso do ácido fólico durante o período periconcepcional e até 12 semanas de gestação está associado à redução de defeitos do tubo neural (DTN), cardiopatia congênita, anomalias do trato urinário, fendas faciais e estenose pilórica hipertrófica congênita.^{6,9} DTN são malformações congênitas que ocorrem durante o início do desenvolvimento fetal, entre

a terceira e quarta semana (dia 22 a 28) de gestação.¹⁰ Decorrem do fechamento incorreto ou incompleto do tubo neural, comprometendo a estrutura que originará o cérebro e a medula espinhal. A morfologia do DTN correlaciona-se com o tipo e local da falha, sendo os principais DTN: a anencefalia, a espinha bífida e, com menor frequência, a encefalocele.^{7,11,12}

A etiologia dos DTN é complexa, acreditando-se que ocorra de maneira multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais.^{11,13} Dentro do contexto ambiental, diversos estudos demonstram relação positiva entre a ingestão de ácido fólico durante o período periconcepcional (um a três meses antes da gestação) e primeiro trimestre da gestação e a redução dos riscos de DTN em 50 a 70%.^{7,10,12,14}

Em relação a complicações gestacionais, verificou-se que a deficiência desta vitamina leva a acúmulo sérico de homocisteína, aminoácido sulfurado cujo metabolismo envolve diversas enzimas e as vitaminas B6, B12 e ácido fólico; e cuja concentração plasmática diminuída se relaciona com maior risco de doenças vasculares. Desta forma, a deficiência do consumo de folato está associada à síndrome hipertensiva da gestação, ao descolamento placentário, a abortamentos espontâneos de repetição, partos prematuros, a baixo peso ao nascimento, doenças crônicas cardiovasculares, cerebrovasculares, demência e depressão.¹⁵

O consumo de ácido fólico pode ser obtido através do aumento da ingestão de alimentos ricos nesta vitamina, dentre eles os vegetais de folhas verdes, vísceras, feijão, ovo, batata, abacate e abóbora.⁹ O folato também pode ser obtido através da suplementação isolada ou em multivitamínicos, bem como a partir da adição desta vitamina aos alimentos. É substância termolábil, portanto, o cozimento de alimentos pode levar a perda substancial da mesma. Em relação à fervura de leite, por exemplo, ocorre perda de 50% da vitamina.¹⁶

Dietas pobres em carboidratos estão relacionadas com deficiência de folato, visto que pães e pastas são feitos de grãos fortificados. Desta forma, a alimentação estritamente orgânica, que é isenta de fortificação, também é fator de risco para esta carência nutricional; bem como condições médicas ou cirúrgicas associadas à má absorção, como doença celíaca e ressecções intestinais.¹⁷

As recomendações nutricionais realizadas pela *Recommended Dietary Allowance* (RDA) de 1989 indicavam consumo de 0,18 mg/dia de ácido fólico para mulheres em idade fértil e de 0,4 mg/dia para gestantes. Em 1992, o serviço público de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) – *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) – recomendou para as mulheres que planejassem engravidar e com história familiar negativa de defeitos do tubo neural, a ingestão de 0,4 mg/dia;

já para aquelas com alto risco (história prévia de filhos com defeitos do tubo neural), a recomendação era dez vezes maior: 4 mg/dia devido aos riscos de recorrência.^{10,18,19} No Brasil, a recomendação é a mesma, variando a ingestão de 0,4 a 0,8 mg/dia na prevenção primária e de 4 a 8 mg/dia em risco de recorrência.²⁰

No ano de 2000, o *Institute of Medicine of the National Academies*, dos EUA, elevou as recomendações nutricionais e estabeleceu 0,4 mg/dia para mulheres em idade fértil e 0,6 mg/dia para gestantes.¹² Esta última recomendação é seguida por vários países além dos EUA, incluindo Austrália, China, Irlanda, Dinamarca, Nova Zelândia, Reino Unido e Espanha.⁹

Tendo em vista a relação entre o consumo de ácido fólico e prevenção de defeitos do tubo neural, além da suplementação medicamentosa, diversos países vêm adotando políticas de enriquecimento de alimentos com ácido fólico.^{6,12} Seria esta medida eficaz? Os países que a adotaram obtiveram sucesso?

Partindo deste princípio, esta revisão sistematizada tem como objetivo avaliar os benefícios presentes no enriquecimento alimentar na prevenção de defeitos do tubo neural. Para tal, será feita comparação entre o período de pré-enriquecimento e o período peri e pós-enriquecimento alimentar, o que é relevante para estabelecer embasamento científico para a adoção desta política de uso de ácido fólico, o que poderá beneficiar as mulheres em idade fértil, principalmente as adolescentes.

MÉTODO

Foi realizada ampla revisão da literatura médica disponível por meio de pesquisa na mídia digital, utilizando termos relacionados à vitamina “ácido fólico” (folic acid), “fortificação alimentar” (food fortification), bem como os defeitos relacionados com sua deficiência, com o uso do termo “defeitos do tubo neural” (“neural tube defects”). Os estudos foram identificados e selecionados utilizando-se os seguintes portais de busca eletrônicos: Medline, LILACS, SciELO, Cochrane, Google acadêmico e ScienceDirect.

Para identificação de publicações no Medline (por meio do Pubmed), foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (“Folic Acid” AND “Pregnancy”) AND (“Neural Tube Defects” OR “Neural Tube Defects/prevention and control”) AND “Clinical Trial “[Publication Type].

A busca resultou em total de 250 artigos, que foram revisados por dois autores e cuja seleção se deu segundo os seguintes critérios de inclusão: ensaios clínicos; ano de publicação de 2005 a 2010; idiomas Português, Inglês, Espanhol e Francês. Os critérios de exclusão foram: artigos que não discorriam diretamente a respeito do ácido fólico na prevenção de defeitos do tubo neural e formas de administração do mesmo na população (tema divergente). Como resultado da avaliação dos textos, foram selecionados os 16 artigos que contemplavam esses critérios (Figura 1). Além destes, para auxílio na confecção da introdução do texto foram utilizadas dois artigos de

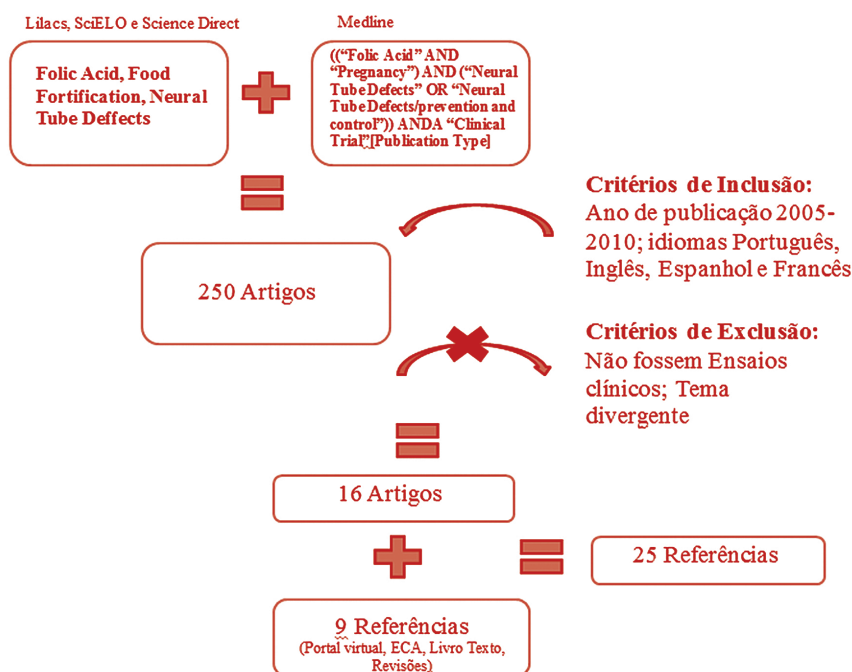


Figura 1 – Fluxograma de busca de referências

revisão, dois livros-texto, o Portal de Saúde do Governo Brasileiro, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se difícil alcançar as necessidades diárias de folato apenas com a dieta, sem alimentos fortificados. Tendo em vista esta problemática, em 1996, nos EUA, a *Food and Drugs Administration* (FDA) recomendou o enriquecimento de alimentos derivados de grãos (pastas, farinhas, arroz, cereais, milho), com 140mcg de ácido fólico por 100g de grãos.^{6,19,21,22}

Seguindo as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, também tornou obrigatória a fortificação das farinhas de trigo e de milho em junho de 2004, sendo acrescentados 150mcg de ácido fólico a cada 100g desses produtos. Medidas de fortificação alimentar também foram adotadas por outros 40 países.^{12, 13}

Vários autores desenvolveram estudos descrevendo os resultados das políticas de fortificação de alimentos com ácido fólico. Os resultados desses estudos foram listados na tabela 1.

Estudo de coorte retrospectivo em treze países europeus e em Israel analisou mais de 13 milhões de nascimentos, sendo contabilizados 8636 casos de espinha bífida. Estes países, na década de 90, não adotavam a política de enriquecimento de farinhas com ácido fólico, sendo recomendado às mulheres que desejassem engravidar, aumento do consumo de alimentos naturalmente ricos nesta vitamina. Neste estudo, percebeu-se que apenas aumentar o consumo desses alimentos não enriquecidos é ineficaz, já que a incidência de malformações do tubo neural permaneceu elevada. Os autores sugerem, portanto, a adoção da política de fortificação das farinhas com ácido fólico, medida eficaz e econômica para oferecer quan-

tidades ideais desta vitamina para prevenção de defeitos do tubo neural.²³

Estudo canadense realizado em sete províncias considerou amostra total de, aproximadamente, dois milhões de nativos, natimortos e gravidezes interrompidas devido a anomalias fetais nos anos de 1993 a 2002, sendo contabilizado total de 1286 casos de espinha bífida (principal DTN), para avaliar possível declínio no número de casos desta anomalia após a introdução da política de fortificação alimentar. Neste país, muitas mulheres não recebiam suplementos de ácido fólico antes da concepção e, por isso, em setembro de 1997, a maioria dos cereais foi enriquecida com ácido fólico, promovendo adicional de 0,1 a 0,2 mg/dia de folato para a população canadense. Esta política de enriquecimento foi realizada em dois tempos: entre primeiro de outubro de 1997 e 31 de março de 2000 implantou-se a fortificação parcial dos alimentos, e, após essa data, a fortificação foi total. Observou-se que, no período pré-fortificação, a incidência deste DTN era de 31,9%, caindo para 20% durante a fortificação parcial, e chegando a 13% no período de fortificação total. No estudo, observou-se redução global de 47% na prevalência de espinha bífida.²⁴

Estudo realizado na Nova Escócia, Canadá, analisou todos os nativos, natimortos e gravidezes em que ocorreram DTN de 01 de janeiro de 1991 a 31 de dezembro de 2000. O período compreendido entre 1991 e 1997 foi considerado anterior à fortificação de grãos com ácido fólico, e 1998 a 2000 o período pós-fortificação. A incidência total de DTN teve redução de 54% após a implementação da fortificação de grãos com ácido fólico, indo de 2,58:1000 de 1991 a 1997, para 1,17:1000 nascimentos de 1998 a 2000.²¹

No Chile, foi iniciado programa de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico no ano 2000, na tentativa de diminuir a incidência de defeitos de fechamento do tubo neural,

Tabela 1: Análise comparativa dos estudos sobre incidência de DTN pré e pós-política de fortificação.

Estudo/Ano	Local	Período	Política de fortificação	Amostra	Resultados
Botto LD <i>et al.</i> (2005) ²³	Europa / Israel	1988-1998	Até a década de 90, apenas aumentar ácido fólico na gestação. Primeiros programas implantados a partir de 1992	13 milhões	Alta prevalência de DTN durante a política antiga
De Wals P <i>et al.</i> (2008) ²⁴	Canadá	1993-2002	Enriquecimento de cereais em 1997	2 milhões	Redução total de DTN de 31,9% para 13%
Persad VL <i>et al.</i> (2002) ²¹	Nova Escócia – Canadá	1991-2000	Enriquecimento de cereais em 1997	Nativos, natimortos e gravidezes com DTN	Redução de 54% de DTN
Nazer JH <i>et al.</i> (2007) ¹⁴	Chile	1995-2005	Fortificação da farinha de trigo em 2000	Todos os RN com malformações congênitas	Redução de 51,9% nos DTN.
Honein MA <i>et al.</i> (2001) ²²	EUA	1990-1999	Fortificação obrigatória a partir de 1998	Nascidos com anencefalia e espinha bífida	Redução de 19% na incidência de DTN
Williams LJ <i>et al.</i> (2010) ²⁵	EUA	1995-2000	Fortificação obrigatória a partir de 1998	11,1 milhões	Redução de até 36% na prevalência de espinha bífida e anencefalia
Pacheco SS <i>et al.</i> (2009) ¹²	Recife - Brasil	2000-2006	Em 2005 a ANVISA tornou obrigatória a fortificação alimentar	161.341	Queda não significativa da incidência de DTN

o que obteve resultados satisfatórios. O ano 2000 foi considerado o ano de transição, sendo considerado o período de pós-fortificação a partir de 2001. A redução do número total de defeitos do tubo foi de 51,9%, quando comparado ao período de pré-fortificação (1995-1999), e especialmente nos casos de espinha bífida e anencefalia, as quedas do número de casos foram de 66% e 42%, respectivamente. O estudo baseou-se nos dados do *Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas* (ECLAMC), programa para realização de estudos sistemáticos nos recém-nascidos de vários hospitais da América Latina, que comparou dados do Hospital das Clínicas da Universidade do Chile (HCUCH), de outras maternidades chilenas e de outros países latino-americanos. Foram estabelecidas as taxas de prevalência de malformações considerando outras anomalias que não somente as referentes a defeitos do tubo neural, como, por exemplo, crianças afetadas com fissuras orofaciais e do trato urinário nos períodos de pré e pós-fortificação e concluiu que a fortificação alimentar com ácido fólico podia reduzir não apenas as taxas de DTN, como também a de outras malformações. Quando comparado aos demais países latino-americanos, que não adotavam a política de fortificação alimentar, o Chile obteve significativa diminuição da incidência de malformações congênitas, enquanto os demais houve aumento desta taxa.¹⁴

Estudo nos EUA avaliou a prevalência de DTN, especificamente espinha bífida e anencefalia, em 45 estados americanos e Washington, de janeiro de 1990 a dezembro de 1999. A fortificação alimentar tornou-se obrigatória em 1998, assim, quase todos os nascimentos a partir de outubro deste ano foram expostos à política de fortificação no período periconcepcional. A prevalência de espinha bífida foi reduzida em 23%, já a de anencefalia declinou 11%. A queda total da incidência de DTN foi de 19%. Em mulheres que não receberam assistência pré-natal ou só a receberam no terceiro trimestre, a prevalência de DTN também diminuiu, indo de 53,4 por 1000 antes da fortificação, para 46,5 por 1000 após a fortificação.²²

Também nos EUA, estudo analisou a prevalência de casos de DTN em populações classificadas como hispânicos, não-hispânicos brancos e não-hispânicos negros. No período de 1995 a 2002 foram acompanhados 2,7 milhões de nascimentos hispânicos; 6,7 milhões de não-hispânicos brancos e 1,7 milhões de não-hispânicos negros. Quando comparado a dados anteriores ao período de fortificação alimentar, o estudo mostra declínio de 36% na prevalência de espinha bífida entre nascimentos de hispânicos, 34% entre não-hispânicos brancos e redução no limite do estatisticamente significativo entre não-hispânicos negros. O mesmo ocorreu com casos de anencefalia, com redução semelhante entre hispânicos e não

-hispânicos brancos, porém, sem redução significativa entre não-hispânicos negros.²⁵

Estudo com 161.341 nascidos vivos no período de 2000 a 2006, cujas mães residiam no município do Recife (PE), Brasil, analisou a prevalência de DTN no período anterior (2000-2004) e posterior (2005-2006) à obrigatoriedade da fortificação alimentar implementada pela ANVISA. No período pré-fortificação a incidência de DTN era 0,72 por 1000 nativos e posteriormente à fortificação, a prevalência foi de 0,51 por 1000 nascidos vivos, não sendo esta queda estatisticamente significativa. Contestando os resultados obtidos, os autores levantam a hipótese de a avaliação pós-fortificação não ter tido duração suficiente para mostrar resultados mais significativos. Também consideraram o fato de que a real comercialização dos alimentos fortificados pode ter ocorrido em tempo defasado desde a recomendação pela ANVISA em 2004, já que alimentos estocados e com longo período de validade ainda poderiam estar sendo comercializados após esse ano.¹²

Há quem defenda que a adição de ácido fólico aos alimentos é a maneira mais prática de obtenção desta vitamina, já que desta forma pode ser disponibilizada a toda a população de mulheres, inclusive as de baixo nível socioeconômico,⁶ o problema maior seria o fato de, ainda assim, o consumo de ácido fólico permanecer abaixo do nível recomendado, seja devido hábitos alimentares ou pelo próprio baixo nível socioeconômico.¹² Para exemplificar, segundo a *Pesquisa de Orçamento Familiar* (POF 2002-2003), quando se considera o programa de fortificação alimentar, a disponibilidade média diária domiciliar de ácido fólico brasileira por região é de 270mcg/dia na região Sul e inferior a 100mcg/dia nas regiões Norte e Centro-Oeste.¹²

Conclusão

Os estudos evidenciaram que a fortificação de alimentos com ácido fólico mostrou resultados positivos. Visto que os níveis alcançados por meio da fortificação são inferiores ao da suplementação quando se comparam os resultados encontrados em ambas as políticas, pode haver necessidade de aumentar a dosagem de enriquecimento realizado. Para isto, porém, são necessários estudos que determinem a dosagem ideal de ácido fólico na fortificação alimentar.

Do ponto de vista socioambiental, políticas de fortificação mostram-se superiores a qualquer outra implementada até o momento, já que atinge maior contingente populacional, independente de condições socioeconômicas e interesse pessoal de prevenção. Entretanto, o programa deve levar em consideração os diferentes hábitos alimentares que possam existir em um mesmo país, como é o caso do Brasil, e hábitos familiares distintos como naturalistas que não tem acesso à fortificação.

Para o programa no Brasil, também se deve levar em consideração que as regiões com maiores índices de gravidez na adolescência são aquelas em que há menor ingestão de alimentos fortificados.

Seria interessante a inclusão dos defeitos do tubo neural na lista de doenças de notificação compulsória a fim de se determinar sua prevalência nas diferentes regiões do país e compará-la com a prevalência após a fortificação, auxiliando o controle desta medida no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069 de 13/07/1990.
- Ministério da Saúde (BR). Normas de atenção à saúde integral do adolescente: diretrizes gerais para atendimento de adolescentes. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Distúrbio da puberdade. Desenvolvimento psicológico do adolescente. Brasília; 1993. v. 1.
- Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Notícias: Brasil acelera redução de gravidez na adolescência. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm>. Acessado em: 15fev11
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do Registro Civil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/16122002reg_civil.shtm. Acessado em: 15fev11
- Monteiro DLM, Bastos AC. Gravidez e Adolescência. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 490p.
- Jaber L, Igbaria A, Karim, Jawdat AM, Fausi M, Merlob P. Awareness of folic acid for prevention of neural tube defects in a community with high prevalence of consanguineous marriages. *Annales de Génétique*. 2004; 47: 69–75.
- Mezzomo CLS, Garcia GL, Scowitz ML, Scowitz IT, Brum CB, Fontana T, Unfried RI. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2716-26.
- Eichholzer M, Tönz O, Zimmermann R. Folic acid: a public-health challenge. *Lancet*. 2006; 367: 1352–61.
- Busby A, Armstrong B, Dolk H, Armstrong N, Haeusler M, Berghold A et al. Preventing neural tube defects in Europe: A missed opportunity. *Reproductive Toxicology*. 2005; 20: 393–402.
- Ren A, Zhang L, Zhiwen L, Hao L, Tian Y, Li Z. Awareness and use of folic acid, and blood folate concentrations among pregnant women in northern China—An area with a high prevalence of neural tube defects. *Reproductive Toxicology*. 2006; 22: 431–6.
- Poretia A, Anheiera T, Zimmermann R, Boltshausera E and the Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU). Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: are periconceptual folic acid recommendations being followed? *Swiss Med Wkly*. 2008; 138 (41.42): 608-13.
- Pacheco SS, Braga C, Souza AI, Figueiroa JN. Efeito da fortificação alimentar com ácido fólico na prevalência de defeitos do tubo neural. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4): 565-71
- Horovitz DDG, Llerena Jr JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005; 21(4):1055-64
- Nazer J, Cifuentes L, Aguila A, Juárez ME, Ra MPC, Va MLG et al. Efecto de la fortificación de la harina con ácido fólico sobre la evolución de las tasas de prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en los hospitales chilenos del ECLAMC. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 198-204.
- Lima MMS, Diniz CP, Souza ASR, Melo ASDeO, Neto CN. Ácido fólico na prevenção de gravidez acometida por morbidade fetal: aspectos atuais. *FEMINA*. 2009; 37(10): 569-75.
- Marcondes E, Vas FAC, Ramos JLA. *Pediatria Básica: Pediatria Clínica Especializada*. 8ª edição. São Paulo: Editora Sarvier. 1999.
- Hochberg L, Stone J, Wilkins-Haug L, Bass VA. Folic acid for prevention of neural tube defects. Disponível em: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~Sjyu4h5W307W03y>. Acessado em 02Set10.
- Mosley BS, Cleves MA, Siega-Riz AM, Shaw GM, Canfield MA, Waller DK, Werler MM, Hobbs CA for the National Birth Defects Prevention Stud. Neural Tube Defects and Maternal Folate Intake Among. *Am J Epidemiol* 2009; 169:9–17.
- Colla O, Pisa S, Palacio M, Llorens Quinto 'b, Vicenc, Cararach. Awareness of the use of folic acid to prevent neural tube defects in a Mediterranean area. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 115: 173–7.
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Rename 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ácido_folico.pdf. Acessado em 02Set10.
- Persad VL, Van den Hof MC, Dubé JM, Zimmer P. Incidence of open neural tube defects in Nova Scotia after folic acid fortification. *Department of Obstetrics and Gynaecology, Dalhousie University, Halifax, NS. CMAJ*. 2002; 167(3): 241-5.
- Honein MA, Paulozzi LJ, Mathews TJ, Erickson JD, Wong L-YC. Impact of Folic Acid Fortification of the US Food Supply on the Occurrence of Neural Tube Defects. *JAMA*. 2001; (285): 2981-6
- Botto LD, Lisi A, Robert-Gnansia E, Erickson JD, Vollset SE, Mastroiacovo P et al. International retrospective cohort study of neural tube defects in relation to folic acid recommendations: are the recommendations working? *BMJ* 2005; 330:571
- Wals PD, Tairou F, Van Allen MI, Lowry RB, Evans JA, Van den Hof MC, Crowley M et al. Spina Bifida before and after Folic Acid Fortification in Canada. *Birth Defects Research (Part A)*. 2008; 82:622–6
- Williams LJ, Rasmussen SA, Flores A, Kirby RS, Edmonds LD. Decline in the Prevalence of Spina Bifida and Anencephaly by Race/Ethnicity: 1995–2002. *Pediatrics*. 2005; 11 (3): 580-6.

CORRESPONDÊNCIA

Denise Maia Monteiro
denimonteiro2@yahoo.com.br

TITULAÇÃO

- Discentes do Curso de Graduação de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) - Teresópolis - RJ.
- Discente do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus Macaé.
- Doutorado e Mestrado em Ciências - Área da Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro - RJ; Professor Titular do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) - Teresópolis - RJ; Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ).

DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA – PRIMEIRA PARTE

DYSMENORRHEA IN ADOLESCENCE – FIRST PART

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA

RESUMO:

Neste artigo, com bases na revisão da literatura, discorreremos sobre os aspectos gerais da dismenorreia, conceituando-a, classificando-a e comentando sobre sua etiopatogenia, citando as principais causas da dismenorreia secundária e chamando atenção para a produção anômala das prostaglandinas pelo endométrio na fisiopatologia da dismenorreia primária.

Palavras chaves: dismenorreia, adolescência.

ABSTRACT:

In this article, based on the review of the literature, we discourse about the general aspects of dysmenorrhea, conceptualizing it, classifying it and commenting on its etiopathogenesis, citing the main causes of secondary dysmenorrhea and bringing attention to the anomalous production of prostaglandins by the endometrium in the pathophysiology of the primary dysmenorrhea.

Keywords: *dysmenorrhea, adolescence.*

INTRODUÇÃO

Neste artigo procuramos fazer uma abordagem geral e objetiva dos aspectos da dismenorreia, com a intenção de facilitar a compreensão para o seu diagnóstico e tratamento, que abordaremos na próxima edição desta revista.

Conceitualmente, do ponto de vista etimológico, o termo dismenorreia significa “menstruação difícil” e caracteriza-se clinicamente, por dor do tipo cólica na região do hipogástrio durante a menstruação, de intensidade variável. As pacientes se referem a esse quadro clínico como “cólica menstrual”. Com relativa frequência as pacientes referem irradiação da dor para a região lombar, associando também sintomas sistêmicos como lipotímias, perturbação do sono, náuseas, vômitos, tenesmo e aumento da frequência das evacuações.¹ Nem sempre se encontram todos esses sintomas ao mesmo tempo, mas a dor em cólica é queixa predominante.^{2,3}

Pode-se classificar a dismenorreia como primária, quando não se detecta qualquer causa orgânica (mioma, endometriose, malformação genital e outras).^{4,5} Essa forma é também chamada de essencial e usualmente está associada com ciclos ovulatórios.⁶

A dismenorreia primária pode surgir desde a menarca ou após, principalmente nas adolescentes que têm ciclos com intervalos irregulares. A regularização dos intervalos menstruais geralmente ocorre quando se instalam os ciclos ovulatórios.⁵

Portanto, é denominada secundária quando decorre de alguma condição orgânica.⁷ Em aproximadamente 10% das mulheres com dismenorreia severa detecta-se alguma anormalidade pélvica.⁶

Quanto à intensidade da dismenorreia esta é classificada como leve, moderada e severa. A forma severa é também chamada de incapacitante, por deixar a paciente sem condições de exercer as suas funções habituais.

Disminorreia é o diagnóstico mais comum de adolescentes e adultas jovens que consultam o ginecologista, sendo de grande importância social e econômica por afetar mulheres na idade escolar e produtiva, sendo a principal causa de falta ao trabalho, à escola e a compromissos sociais^{2,8,9}. É relatada por 25% das mulheres em geral e por mais de 90% das adolescentes¹⁰. Para Dawood⁵ afeta mais de 50% das mulheres que menstruam, prejudicando a qualidade de vida das mesmas.

A prevalência da dismenorreia primária é maior no grupo de 20 a 24 anos, decrescendo progressivamente a partir de então.¹¹ Sabidamente aumenta com o hábito de fumar,¹² presumivelmente por que a nicotina age induzindo a vasoconstrição no útero.¹³

A dismenorreia primária é majoritariamente prevalente entre adolescentes e adultas jovens.^{14,15}

Como visto anteriormente, a dismenorreia secundária tem substrato orgânico e pode surgir desde a puberdade. Quando isso acontece é necessário que se pense em obstáculo que impede o escoamento da menstruação, ou, em idade mais avançada por alterações diversas (quadro1).

QUADRO 1 – Causas da dismenorréia secundária

Puberdade

Malformações genitais congênitas obstrutivas

- Hímen imperfurado
- Septo vaginal transversal imperfurado
- Septo vaginal bloqueando um dos hemiúteros em útero de delfo
- Agenesia de vagina com útero funcionante
- Agenesia de colo uterino
- Útero bicorno com um corno não comunicante
- Útero septado

Adultas

- Endometriose
- Adenomiose
- Mioma do útero
- Doença inflamatória pélvica
- Síndrome de congestão pélvica
- Estenose do canal cervical
- Uso de DIU

As publicações relacionam a participação da vasopressina, dos leucotrienos e, principalmente das prostaglandinas na etiopatogenia da dismenorréia primária ou funcional.

Leucotrienos - Estudos prévios mostraram que tecido do útero humano tem a capacidade para sintetizar e metabolizar os leucotrienos¹⁶ e, receptores dos leucotrienos foram detectados no tecido uterino.¹⁷

Vasopressina – Essa etiologia é aventada porém, ainda controversa, na patogenia da dismenorreia primária.^{18,19} Níveis aumentados de vasopressina circulante durante a menstruação de mulheres com dismenorreia primária podem induzir contrações uterinas disrítmicas, diminuindo o fluxo sanguíneo e causando hipóxia uterina.²⁰

Prostaglandinas. A maior importância na gênese da dismenorreia primária é, sem dúvida, a síntese aumentada das prostaglandinas (PGF₂ e PGE₂) pelo endométrio, principalmente a PGF₂α.^{6,5,7} A PGF₂α desencadeia contrações miométriais disrítmicas, produz importante constrição dos vasos sanguíneos do útero, o que provoca menor afluxo de sangue para este, resultando em isquemia miométrial (fig. 1), responsável pela dor na dismenorreia primária.^{21,22}

Chan e Hill²³ dosaram a atividade da PGF₂α no sangue menstrual, utilizando-se de tampões vaginais durante a menstruação e constataram que a atividade da PG foi duas vezes mais alta nas mulheres dismenorreicas do que nas eumenor-

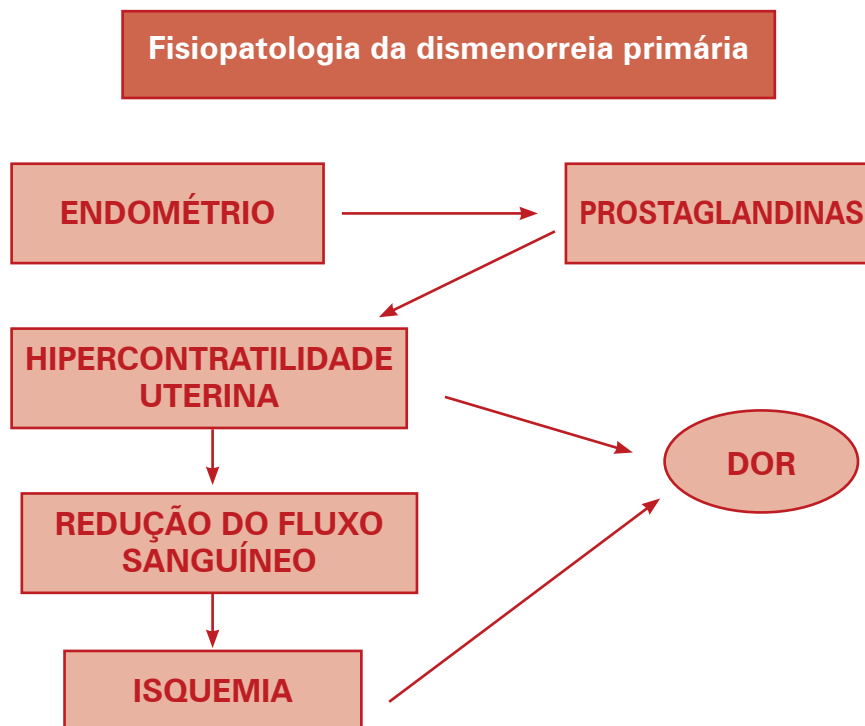


Figura 1 – Fluxograma de busca de referências

reicas. Achados Similares foram relatados por Rees et al.²⁴ Lundstrom e Geiem,²⁵ examinaram espécimes endometriais de mulheres eumenorreicas e dismenorreicas durante a menstruação e observaram que as dismenorreicas que não usaram medicação, tinham níveis de PGF_{2a} quatro vezes mais altos do que as eumenorreicas, no primeiro dia menstrual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ruoff G, Lema M. Strategies in pain management: new and potential indications for COX-2 specific inhibitors. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25:S21–31
- Andersch B, Milsom I: An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:655.
- Balbi C, Musone R, Menditto A, et al: Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 91: 143.
- Adeyemi AS, Adekanle DA. Management of dysmenorrhoea among medical students. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;7:1528–39.
- Dawood MY. Primary dysmenorrhea: Advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2006;108:428–41.
- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2008 Oct;9(15):2661-72.
- Dawood MY. Dysmenorrhea. *J Reprod Med.* 1985;30:154–67.
- Widholm O. Dysmenorrhea during adolescence. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1979; 87:61-6.
- Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2003; 17:75–92.
- Latthe P, M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006;6:177.
- Dawood MY. Dysmenorrhea. *Infert Reprod Med Clin N Am* 1995;6:363–77
- Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:765–70.
- Hornsby PP, Wilcox AJ, Weinber CR: Cigarette smoking and disturbance of menstrual function. *Epidemiology* 1998; 9:193.
- Klein JR, Litt IF: Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981; 68:661) (14. Alvin PE, Litt IF: Current status of etiology and management of dysmenorrhea in adolescents. *Pediatrics* 1982; 70:516
- Alvin PE, Litt IF: Current status of etiology and management of dysmenorrhea in adolescents. *Pediatrics* 1982; 70:516.
- Rees MCP, Di Marzo V, Tippins JR, et al: Leukotriene release by endometrium and myometrium throughout the menstrual cycle in dysmenorrhea and menorrhagia. *J Endocrinol* 1987; 113:291.
- Levinson SL: Peptidoleukotriene binding in guinea pig uterine membrane preparations. *Prostaglandins* 1984; 28:229.
- Akerlund M, Stromberg P, Forsling ML. Primary dysmenorrhea and vasopressin. *Br J Obstet Gynaecol* 1979;86:484–7.
- Valentin L, Sladkevicius P, Kindahl H, Broeders A, Marsal K, Melin P. Effects of a vasopressin antagonist in women with dysmenorrhea. *Gynecol Obstet Invest* 2000;50:170–7.
- Akerlund M. Pathophysiology of dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979;87 suppl:27–32.
- Harel Z. Cyclooxygenase-2 specific inhibitors in the treatment of dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:75–9.
- Baker FC, Driver HS, Rogers GG, Paiker J, Mitchell D. High nocturnal body temperatures and disturbed sleep in women with primary dysmenorrhea. *Am J Physiol.* 1999;277:E1013–21.
- Chan WY, Hill JC: Determination of menstrual prostaglandin levels in nondysmenorrheic and dysmenorrheic subjects. *Prostaglandins* 1978; 15:365.
- Rees MCP, Anderson ABM, Demers LM, et al: Prostaglandins in menstrual fluid in menorrhagia and dysmenorrhea. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91:673.
- Lundstrom V, Green K: Endogenous levels of prostaglandin F_{2a} and its main metabolites in plasma and endometrium of normal and dysmenorrheic women. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130:640.

CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com



TITULAÇÃO

Mestrado e Doutorado pela Faculdade de Medicina da USP e Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Presidente da SOGIA-BR.



SEPTO UTERINO ASSOCIADO COM DUPLICAÇÃO CERVICAL E VAGINAL

UTERINE SEPTUM ASSOCIATED WITH CERVICAL AND VAGINAL DUPLICATION

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA¹, SÉRGIO CONTI RIBEIRO²E RENATA ASSEF TORMENA.³

RESUMO

Neste artigo os autores apresentam o relato de um caso de septo uterovaginal completo e fazem revisão da literatura. Ressaltam que o septo vaginal longitudinal está associado com septo uterino em 95% dos casos, que o septo uterovaginal é diagnosticado habitualmente em pacientes jovens com queixas de dispareunia de penetração, embora muitas pacientes sejam assintomáticas. Evidenciam que a RM é um método consistentemente superior para avaliação da anatomia vaginal e cervical e que o diagnóstico acurado está associado à diminuição do número de procedimentos cirúrgicos inapropriados. Pacientes com septo uterino têm mais abortamentos e parto prematuro e a endometriose é referida em 2% a 56% das pacientes. Ainda não há consenso para o tratamento de pacientes com septo uterino completo associado ao septo vaginal, mas nas pacientes sintomáticas a ressecção por Histeroscopia está indicada.

Palavras chaves: Septo uterino, duplicação vaginal.

ABSTRACT

In this article, the authors report a case of uterine septum associated with a complete vaginal septum and review the literature. They remark that the longitudinal vaginal septum is associated with uterine septum in 95% of the cases, and that the uterus-vaginal septum is usually diagnosed in young patients with complaints about penetration dyspareunia, although several patients are asymptomatic. They also claim that MRI is a consistently superior method to evaluate the vaginal and cervical anatomy and that the accurate diagnosis is associated with the decrease of the number of inappropriate surgery procedures. Patients with uterine septum have more abortions and premature labor and endometriosis is found in 2% to 56% of patients. There is no consensus yet in regards to the treatment for patients with complete uterine septum associated with vaginal septum, but in symptomatic patients the resection by hysteroscopy is indicated.

Keywords: septate uterus, uterine septum, vaginal septum

INTRODUÇÃO

As anomalias müllerianas ocorrem em aproximadamente 7% da população feminina.¹ A prevalência estimada depende da população específica analisada, sendo altas as taxas em mulheres com abortamentos de repetição. A sua frequente associação com as anomalias renais e anorretais é justificada pela origem embriológica comum.

O defeito lateral de fusão dos ductos müllerianos pode dar origem a septo longitudinal da vagina.³ A falha de absorção da parte central dos ductos de Müller dá origem ao septo uterino.⁴

Em 95% dos casos o septo vaginal longitudinal está associado com septo uterino ou com útero didelphus.⁵ Por outro lado, pacientes com duplicação uterina tem uma coincidência de septo vaginal longitudinal em 75% dos casos.^{6,7}

O septo uterovaginal é diagnosticado habitualmente em pacientes jovens com queixas de dispareunia de penetração. No entanto, muitas pacientes são assintomáticas e só recebem o diagnóstico depois de repetidos abortos ou partos prematuros ou até mesmo por ocasião do trabalho de parto.

Em pacientes pré-púberes o exame dos órgãos genitais externos é o primeiro passo da avaliação da anormalidade vaginal.

O avanço da propedeutica por imagem, principalmente da ressonância magnética (RM) muito contribuiu para o diagnóstico mais preciso. A RM é um método consistentemente superior para avaliação da anatomia vaginal e cervical. Um diagnóstico acurado está associado à diminuição do número de procedimentos cirúrgicos inapropriados.⁸

Quando o septo se localiza do fundo até o colo do útero, denomina-se de septo total. É importante que se faça o diagnóstico diferencial entre útero septado e útero bicorno, pois a abordagem cirúrgica é distinta. Em pacientes com septo uterovaginal completo há também a duplicação cervical.

Em mulheres com abortamentos de repetição, o procedimento de eleição é a ressecção convencional do septo vaginal a metroplastia histeroscópica. Nas pacientes assintomáticas o procedimento é controverso, pelos riscos de estenose cervical e sinéquias uterinas.⁸ Quando houver interesse em gestação acredita-se que a ressecção do septo por histeroscopia melhore o prognóstico reprodutivo.⁹

Pacientes com septo uterino têm mais abortamentos e parto prematuro e a endometriose é referida em 2% a 56% das pacientes.^{10,11}

RELATO DO CASO

SSO, 19 anos, branca, solteira, estudante, natural de São Paulo-SP.

Refere dispareunia de penetração desde o início da atividade sexual, sendo sempre medicada com anti-inflamatórios e anticoncepcionais orais, até que um médico a encaminhou ao ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas. Refere também cólicas menstruais desde a menarca.

Antecedentes familiares: Nega casos semelhantes na família.

Antecedentes pessoais: Hepatite A aos 15 anos de idade.

Antecedentes ginecológicos: Desenvolvimento puberal normal com menarca aos 12 anos, ciclos com intervalos irregulares e duração de 5 a 7 dias. Primeiro coito aos 17 anos.

Antecedentes obstétricos: Nega gravidez.

Exame físico geral

Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica e anictérica. Peso 53kg e estatura de 1,57m.

Exame ginecológico

Mamas simétricas, normais à inspeção e palpação; abdome sem anormalidade.

OGE: pelos com distribuição e forma normais; clitóris e formações labiais normais; hímen roto. Ao afastamento dos grandes lábios percebe-se um septo que divide a vaginal em duas cavidades (**fig.1**).

Toque vaginal confirma-se o septo fibroelástico mediano, que se insere desde o hímen até o colo uterino.

Exame especular em ambos os canais vaginais: percebe-se dois orifícios como se fossem dois colos.

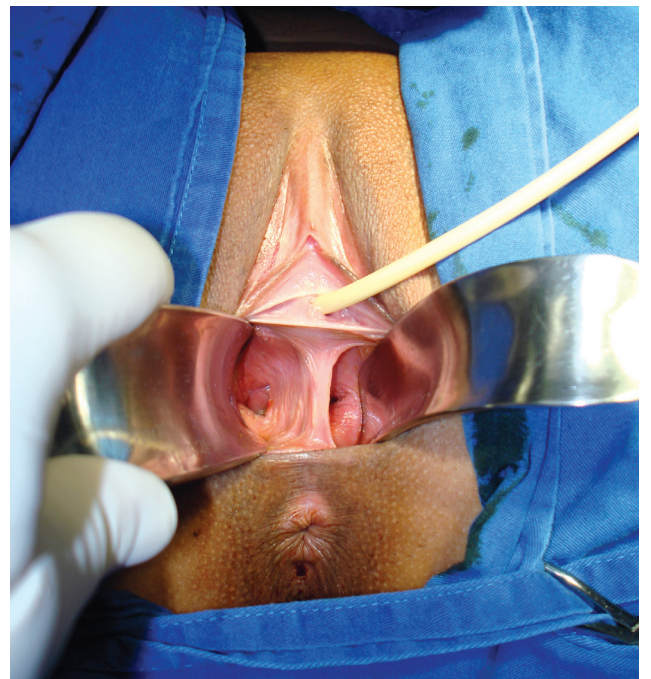


Figura 1

Exames complementares

USG transvaginal: útero arqueado e ovários policísticos. CA 125: 9,0 (exames realizados em outro Serviço).

Em nosso Serviço: RM descreve útero com volume e forma normais, com septo longitudinal que o divide em duas cavidades, estendendo-se até seu terço inferior da vagina.

CONDUTA

Com o diagnóstico de septo uterovaginal completo, foi indicada a ressecção cirúrgica do mesmo (**figuras 2 e 3**). Após a retirada do septo vaginal ficou evidenciado o colo dividido longitudinalmente (**fig.4**). Procedeu-se então a ressecção por histeroscopia do septo cervical e uterino utilizando-se alça de ressecção monopolar e meio de distensão hipoosmolar até visualização simultânea dos dois óstios tubários, obtendo-se cavidade única.

No pós operatório imediato houve sangramento uterino em pouca quantidade mas persistente por mais de 7 dias, sendo então instituído terapêutica com estrogênio e progestagênio mimetizando o ciclo menstrual fisiológico. Não houve outra intercorrência.

Após três meses foi suspensa a terapêutica hormonal. Após 15 dias a paciente começou a apresentar metrorragia que só foi resolvida com progestagênio (noretidrona) na segunda fase do ciclo por 6 meses. Atualmente está bem, sem medicação e fazendo uso de condom.

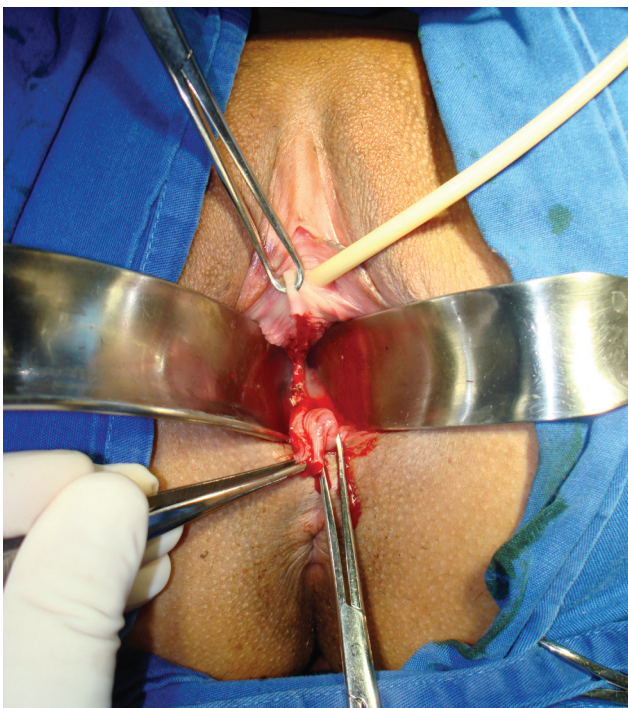


Figura 2

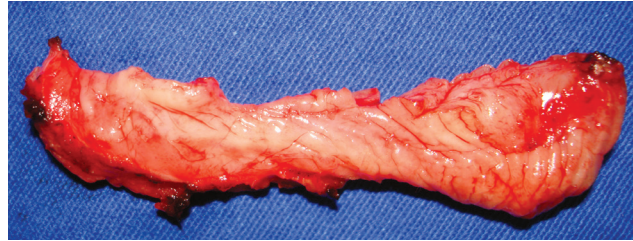


Figura 3

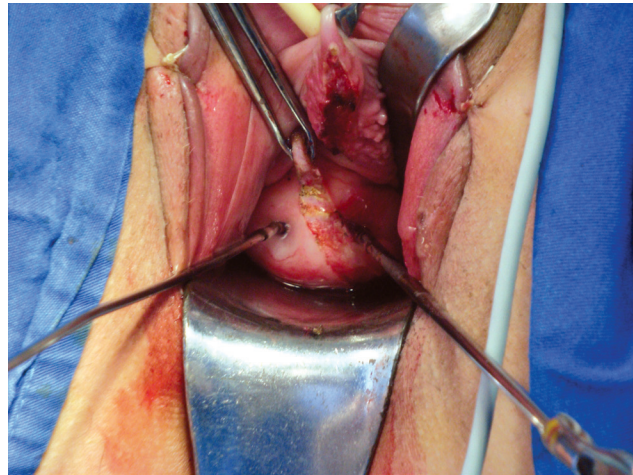


Figura 4

DISCUSSÃO

O septo uterino completo e associado à duplicação cervicovaginal longitudinal é uma malformação rara, descrita pela primeira vez em 1994.¹² As publicações sugerem que sua real incidência é maior do que se acreditava.¹³ A presença de um septo completo como o do caso em questão, indica que sua origem se dá no início do desenvolvimento da porção média dos ductos de Müller e se estende cranial e caudalmente, como foi proposto por Musset e colaboradores, em 1967.¹⁴

Os sintomas descritos incluem desde dismenorreia severa e infertilidade até pacientes assintomáticas⁹ que constituem a maioria dos casos.

O diagnóstico é feito através de exame físico cuidadoso seguido de exames por imagem. A RM é exame não invasivo e é o melhor método para avaliação do colo uterino e da vagina, assim como para diferenciar útero septado, bicorno e didelfo.^{9,14,15} A avaliação combinando histeroscopia com a laparoscopia ainda é muito utilizada para confirmação diagnóstica.

O tratamento depende dos sintomas e da necessidade de melhorar a fertilidade, porém há controvérsias.

Segundo a maioria dos autores, a ressecção do septo vaginal é um procedimento simples e a ressecção histeroscópica do septo intra-uterino é o padrão ouro.^{5,16}

Em nosso caso fizemos a ressecção do septo vaginal com tesoura, seguida de histeroscopia cirúrgica para ressecção completa do septo cervicouterino.

A abordagem do colo uterino é também motivo de discussão. Alguns autores acreditam que a unificação da cérvix aumenta o risco de incompetência cervical e de sangramento intra-operatório.^{5,16} Outros afirmam que a ressecção do septo do colo facilita a cirurgia intrauterina e diminui o índice de recorrência dos sintomas.

Parsanezhad e colaboradores¹⁷ demonstraram que a ressecção do septo cervical torna a metroplastia histeroscópica mais fácil, rápida e segura, em pacientes portadoras de septo uterino estendendo-se até o colo, além de não aumentar o risco de incompetência cervical.

CONCLUSÕES

Ainda não há consenso para o tratamento de pacientes com septo uterino completo associado ao septo vaginal, devido a sua baixa prevalência.

A ressecção do septo vaginal é, tecnicamente, simples. Por outro lado a ressecção histeroscópica do septo uterino requer mais experiência do cirurgião e está geralmente indicada para mulheres com interesse reprodutivo.

A união dos colos uterinos ainda é controversa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grimbizis GF, Campo M. Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertil Steril* 2010; 94:401–407.
2. Acien P. Embryological observations on the female genital tract. *Hum Reprod* 1992; 7:437–445.
3. Blask AR, Sanders RC, Rock JA. Obstructed uterovaginal anomalies: demonstration with sonography. II. Teenagers. *Radiology* 1991; 179:84–88.
4. Raga F, Bonilla-Musoles F, Blanes J, Osborne NG. Congenital Müllerian anomalies: diagnostic accuracy of treedimensional ultrasound. *Fertil Steril* 1996; 65:523.
5. Patton PE, Novy MJ, Lee DM, Hickok LR. The diagnosis and reproductive outcome after surgical treatment of the complete septate uterus, duplicated cervix and vaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1669–1675.
6. Laufer RL, Goldstein DP, Hendren WH. Structural abnormalities of the female reproductive tract. In: Hertweck SP, Raymond WF, editors. *Pediatric and adolescent gynecology*, 5th ed. Philadelphia: LWW; 2005. pp. 334–416.
7. Gholoum S, Puligandla PS, Hui T, et al. Management and outcome of patients with combined vaginal septum, bifid uterus, and ipsilateral renal agenesis (Herlyn–Werner–Wunderlich syndrome). *J Pediatr Surg* 2006; 41:987–992.
8. Amy M, Vallerie and Lesley L. Breech. Update in Müllerian anomalies: diagnosis, management, and outcomes. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2010, 22:381–387.
9. Ribeiro SC, Tormena RA, Peterson TV, Gonzáles Mde O, Serrano PG, Almeida JAM, Baracat EC. Müllerian duct anomalies: review of current management. *São Paulo Med J*. 2009;127(2):92-6.
10. Patton PE, Novy MJ, Lee DM, Hickok LR. The diagnosis and reproductive outcome after surgical treatment of the complete septate uterus, duplicated cervix and vaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1669–1675.
11. Heinonen PK. Complete septate uterus with longitudinal vaginal septum. *Fertil Steril* 2006; 85:700–705.
12. McBean J, Brumsted JR. Septate uterus with cervical duplication: a rare malformation. *Fertil Steril*. 1994;62(2):415-7.
13. Chang AS, Siegel CL, Moley KH, Ratts VS, Odem RR. Septate uterus with cervical duplication and longitudinal vaginal septum: a report of five new cases. *Fertil Steril*. 2004;81(4):1133-6.
14. Musset R, Muller P, Netter A, Solal R, Vinourd JC, Gillet JY. Etat du haut appareil urinaire chez les porteuses de malformations uterines. Etude de 133 observations. *Presse Med*.1967;75(26):1227-32.
15. Hundley AF, Fielding JR, Hoyte L. Double cervix and vagina with septate uterus: an uncommon müllerian malformation. *Obstet Gynecol*. 2001;98(5Pt 2):982-5.
16. Giraldo JL, Habana A, Duleba AJ, Dokras A. Septate uterus associated with cervical duplication and vaginal septum. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*.2000;7(2):277-9.

CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Almeida
josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÃO

1. Assistente Doutor e Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
2. Assistente Doutor e Chefe do Setor de Videolaparoscopia da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
3. Assistente Doutora do Setor de Videolaparoscopia da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Programe-se

XII Congresso Brasileiro da SOGIA.

Será realizado no **Maksoud Plaza Hotel em São Paulo, de 28 a 30 de Junho de 2012**, o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, evento maior da SOGIA-BR.

Congresso ALOGIA 2013

Na última assembleia da ALOGIA, durante o Congresso de 2011 em Santiago do Chile, foi escolhido o Peru como sede do próximo congresso em 2013. Estaremos atualizando aqui as notícias sobre o mesmo. Desde já conclamamos a todos a comparecer no referido congresso, visitando esse lindo País.

Título de Qualificação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência 2012

Edital

Durante o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, de 28 a 30 de Junho de 2012 em São Paulo-SP, será realizado concurso para obtenção de **Título de Qualificação** em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência. O concurso constará de prova escrita e avaliação do Currículum Vitae.

A prova escrita constará de 40 questões na forma de teste de múltipla escolha com uma única resposta correta.

O Currículum será analisado pela comissão examinadora e deve comprovar a efetiva experiência (estágio, atuação em Serviço Específico, publicações) do candidato, na área da tocoginecologia da infância e adolescência.

Para conseguir aprovação o candidato deverá alcançar a nota mínima sete, na escala de zero a dez. A prova escrita corresponde a 60% e a análise curricular 40% da nota final.

A ficha de inscrição (disponível no site do congresso) deverá ser encaminhada devidamente preenchida e acompanhada do comprovante de depósito do valor correspondente à taxa de inscrição (Banco Bradesco agência 498-7 CC 58853-9), pelo fax (11) 3088-2971, até o dia 20/06/12, bem como a documentação exigida no item pré requisitos. Os originais dos documentos deverão ser apresentados à comissão examinadora no local da prova.

Fazem parte deste Edital:

- A – Os pré-requisitos que permitem a inscrição para o concurso.
- B – Lista de 37 pontos dos quais serão extraídas as questões da prova.

A - Pré-requisitos

Para efetuar a inscrição o candidato terá que comprovar:

1. Ser sócio da SOGIA-BR, quite com as taxas de anuidade até 2011.
2. Estar regularmente habilitado pelo CRM, com anuidade paga.
3. Ser portador do TEGO.

B - Lista de pontos

1. Embriologia e anatomia do aparelho genital feminino
2. A consulta ginecológica na infância
3. A consulta ginecológica na adolescência e a ética médica
4. Vulvovaginite na infância
5. Sinéquias dos pequenos lábios
6. DST na infância e adolescência
7. Sangramento genital na infância
8. Crescimento, desenvolvimento e puberdade normal
9. Puberdade precoce e puberdade tardia
10. Sangramento uterino anormal na adolescência
11. TPM e dismenorréia na adolescência
12. Amenorréia primária
13. Amenorréia secundária na adolescência
14. Malformações genitais
15. Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS)
16. A sexualidade na infância e adolescência
17. Abuso e violência sexual na infância e adolescência
18. Síndromes adrogênicas
19. Síndrome dos ovários policísticos
20. Processos inflamatórios da mama
21. Tumores da mama na adolescência
22. Alterações do desenvolvimento e malformações da mama
23. Tumores do trato genital inferior em crianças e adolescentes
24. Tumores do trato genital superior em crianças e adolescentes
25. Anticoncepção na adolescência
26. Epidemiologia da gravidez na adolescência
27. O risco obstétrico na adolescente
28. O aborto na adolescência
29. Assistência Pré-Natal na adolescente
30. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência
31. Aspectos nutricionais da gravidez na adolescência
32. DHEG na adolescente
33. Trabalho de parto prematuro na adolescente
34. Restrição de crescimento intra-uterino em adolescente
35. Assistência ao trabalho de parto e parto na adolescente
36. A mãe adolescente e amamentação
37. Puerpério e planejamento familiar da adolescente

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br
Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br
Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br
Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

SÃO PAULO

Ribeirão Preto – SP: Rosana Maria dos Reis ramareis@fmrp.usp.br
São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai elaghai@uol.com.br
Barueri: Arlete Gianfaldoni arletegi@terra.com.br

RIO DE JANEIRO

Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br
Elaine Pires elainepiresba@yahoo.com.br

ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha ricardo.cristiano@yahoo.com.br

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br
Claudia Lucia Barbosa Salomão ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo cremilda@svn.com.br
Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães mariadelourdes@uol.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos originais que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

Os trabalhos devem ser encaminhados **preferencialmente** por e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para josealcione.almeida@gmail.com acompanhados de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR. Quando for encaminhado pelo correio deve ser gravado em CD com duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da Revista.

Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico dos mesmos, para contato pela comissão editorial.

Todos os artigos recebidos serão submetidos à análise pela comissão editorial. Os que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos com as orientações para as devidas correções.

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original, Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

Na seção notícias podem ser publicadas cartas aos editores, bem como notícias sobre assuntos de interesse para os leitores, desde que a comissão editorial considere pertinente.

À comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos. Os conceitos e opiniões contidos no texto são da inteira responsabilidade dos autores.

Todos os trabalhos publicados passam a ser propriedade da revista.

Normas para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores.
2. O texto de Trabalho Original, Trabalho de Atualização ou Revisão e Relato de Caso devem ser digitados em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 18 páginas.
3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, incluindo a função ou cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Exige-se a identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor para correspondência deve ser completo, incluindo e-mail e/ou fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusão.
7. Todos os trabalhos (original e atualização) devem conter resumo (português) e abstract (inglês) e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada. Sempre colocar palavras chaves e keywords.
8. Figuras, gráficos e tabelas, devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
9. Referências bibliográficas: não ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, **por ordem de citação no texto**. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: Puberdade Precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas no final do texto.