

# REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL
- LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA
- EVOLUÇÃO CLÍNICA DE ADOLESCENTE COM CARIÓTIPO 45,X/46,X, I(XQ) — SÍNDROME DE TURNER



Brasília, junho de 2009.

Caros colegas,

Sócios da SOGIA, ginecologistas e obstetras, pediatras e outros profissionais que se dedicam à assistência de crianças e adolescentes com problemas ginecológicos e suas comorbidades.

Por meio deste primeiro comunicado, convidamos todos a participar do XI Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência, que será realizado em Brasília, no período de 11 a 14 de agosto de 2010.

Nossos desafios com mulheres dessa faixa etária são muitos: o exercício da sexualidade demanda cuidados e proteções específicas, como prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), contracepção de emergência e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez e também de sua reincidência, identificação da violência sexual, que vem sendo cada vez mais revelada. Avanços na área de diagnósticos e abordagem cirúrgica por via endoscópica precisam ser discutidos, conhecidos e incorporados em nossa rotina de trabalho.

A atenção à saúde da criança e da adolescente tem crescido nos últimos anos, e sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio tanto na ampliação da rede quanto na qualificação de nossos profissionais.

Brasília, com sua ampla rede hoteleira, a proximidade do aeroporto, a beleza natural do cerrado, sua gastronomia diversificada e de ótima qualidade, o lindo azul do céu que se assemelha ao do mar, o clima ameno e a receptividade dos brasileiros de todos os estados que aqui residem, permitirá aos colegas, que aqui vierem desfrutar de momentos de aprendizagem, crescimento pessoal, profissional e de muita alegria.

Aguardaremos vocês e prometemos nos dedicar com muito carinho à organização de nosso congresso.

**José Domingues dos Santos Júnior**  
Presidente do Congresso



## SUMÁRIO

EDITORIAL .....	2
<b>ARTIGO ORIGINAL</b>	
Intervención educativa en adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto-juvenil. ....	3
<b>ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO</b>	
Líquen escleroso vulvar na infância e na adolescência .....	9
<b>RELATO DE CASO</b>	
Evolução clínica de adolescente com cariótipo 45,X/46,X, i(Xq) — Síndrome de Turner. ....	15
NOTÍCIAS E AGENDA .....	19

### COMISSÃO EDITORIAL

<b>EDITOR:</b> José Alcione Macedo Almeida	João Bosco Ramos Borges (SP)
	João Tadeu Leite dos Reis (MG)
<b>EDITOR ASSOCIADO</b>	Jorge Andalaft Neto (SP)
Álvaro da Cunha Bastos (SP)	José Domingues dos Santos Jr. (DF)
	José Luiz Camargo (PR)
<b>CORPO EDITORIAL</b>	Laudelino de Oliveira Ramos (SP)
Adriana Lipp Weissman (SP)	Liliane D. Herter (RS)
Albertina Duarte Takiuti (SP)	Marcelino H. Poli (RS)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)	Márcia Sacramento Cunha (BA)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)	Marco Aurélio K. Galletta (SP)
Cremilda Costa de Figueiredo (BA)	Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)
Cristina Falbo Guazzelli (SP)	Maria Virginia F. Werneck (MG)
Denise Maia Monteiro (RJ)	Marta Francis B. Rehme (PR)
Elaine da Silva Pires (RJ)	Ricardo Leal Rocha (ES)
Fernando César de Oliveira Jr. (PR)	Romualda Castro do Rego Barros (PE)
Glênio Spinato (RS)	Vicente Renato Bagnoli (SP)
	Zuleide F. Cabral (MT)

### DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

#### Presidente

José Alcione Macedo Almeida

#### Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

#### 1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

#### 2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

#### 1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

#### 2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

#### Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

#### Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

### VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

#### Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

#### Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

#### Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

#### Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

sogia@sogia.com.br  
josealcione.almeida@yahoo.com.br  
www.sogia.com.br



## FESTIVIDADES NATALINAS

Estamos na época natalina, com muitas confraternizações, quando todos esbanjam sorrisos, distribuem abraços e beijos com votos de tudo de bom. O clima de Natal me encanta muito, desde criança. Gosto até mesmo das músicas que, para muitos, são bobinhas. Para mim é tudo lindo, talvez porque me remeta aos tempos de criança, quando realmente não se conhece ainda a hipocrisia, quando ainda não vemos o mundo como um palco de disputa de poderes. Ainda hoje, nessa época, mergulho nesse mundo de criança por alguns momentos.

Mas quando eu acordo desse sonho pergunto-me: Por que não podemos ser sempre assim? Por que não podemos ser sempre sinceros, transparentes? Por que temos de conviver com a hipocrisia, a falsidade? Por que não nos ajudamos uns aos outros sempre, sem interesses pessoais, mas, sim, pensando na coletividade a que servimos? Por que a expressão “conte comigo, estou com você” é tão vulgarizada a ponto de soar como falsa? Por que as pessoas quando chegam ao topo da escada se esquecem dos degraus que propiciaram sua chegada ao cume? Por que a ambição faz o homem perder a razão? Por que “meu amigo” não se comporta como tal? Por que ele, se não pode ajudar-me, ainda prejudica-me? Ah, se eu tivesse essas respostas! Se eu pudesse mudar esse comportamento de meu semelhante! Se as pessoas pensassem mais no coletivo e não só nos projetos pessoais.

Certa vez assisti pela televisão a uma entrevista do Sr. Nilton Santos, aquele ídolo da Copa do Mundo de futebol de 1958 e 1962. A repórter, fazendo uma introdução à entrevista, afirma que ele era uma pessoa admirada por todos, reconhecido como uma pessoa boa, honesta e amiga e outros tantos adjetivos e lhe pergunta: qual sua religião? Ele, prontamente, com toda sua simplicidade e “ingenuidade”, peculiaridades reconhecidas por aqueles que o conhecem mais intimamente, respondeu com sua voz macia e dócil, olhando nos olhos da repórter: “minha religião é não fazer mal a ninguém, não prejudicar ninguém e, se possível, ajudar a quem precisa”.

Não me recordo em que ano essa entrevista aconteceu, mas sempre estou recordando do fato e sonhando com uma sociedade que tenha essa “religião” ou paradigma de vida. Que bom seria se os humanos de todas as camadas sociais, de todas as categorias profissionais, principalmente aqueles indivíduos com poder formador de opinião e aquelas que dirigem os destinos de seus semelhantes, em qualquer escala, tivessem esse comportamento. O mundo seria melhor, com certeza.

Enquanto isso não acontece, resta-me curtir as festividades de fim de ano, com minhas recordações e meus sonhos, desejando um mundo mais justo. É possível, sim, acreditemos e procuremos fazer nossa parte...

Feliz Natal e um Ano-Novo melhor para toda a humanidade.

*José Alcione Macedo Almeida*  
Presidente da SOGIA-BR



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

# INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

## *EDUCATIVE INTERVENTION ON ADOLESCENTS THAT WERE SEEN AT THE INFANT-JUVENILE GYNECOLOGY DEPARTMENT*

MIGUEL LUGONES BOTELL<sup>1</sup> · MARIETA RAMÍREZ BERMÚDEZ<sup>2</sup> · HÉCTOR MACHADO RODRÍGUEZ<sup>3</sup> · JORGE PELÁEZ MENDOZA<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue mostrar los resultados obtenidos en un grupo de adolescentes que asistió a la consulta de ginecología infanto-juvenil y a las que se educó sobre algunos aspectos relacionados con la salud reproductiva.

**Métodos:** Entre el 1<sup>o</sup> de enero de 2003 y el 30 de diciembre de 2006, se realizó un estudio de intervención en un grupo de pacientes de 11 a 19 años, atendidas en la consulta de ginecología infanto-juvenil del municipio Playa (La Habana). Por cada paciente se seleccionó un grupo control de la misma edad, escolaridad y raza similar. Se confeccionó una historia clínica individual, donde se analizaron motivo de consulta, método anticonceptivo solicitado y utilizado, seguimiento de las pacientes a las que se practicó regulación menstrual u aborto; uso de algún método anticonceptivo, diagnóstico y evolución de las infecciones cervicovaginales. Con las del grupo estudio se utilizaron técnicas participativas grupales de discusión y análisis, realizadas conjuntamente con los familiares, y no se realizaron con el grupo control. Como método estadístico se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados:** La solicitud de anticoncepción fue la principal causa de consulta. El método anticonceptivo más solicitado fueron los dispositivos intrauterinos, pero en el grupo control se logró que predominara el uso de condón y métodos hormonales. El 88,2% de las pacientes del grupo estudio usó algún método anticonceptivo después de la regulación, contra el 76% del grupo control. El 87,9% de las pacientes con leucorrea del grupo estudio curó, mientras solo lo consiguió el 73,5% de las del grupo control.

**Conclusiones:** Las pacientes del grupo estudio hicieron una selección más adecuada de los métodos anticonceptivos y han mantenido su uso por más tiempo y menos abandono de estos (7,5%). Las diferencias fueron significativas con el grupo control. Con las pacientes del grupo estudio se logró un mejor control de las regulaciones menstruales y las primeras han utilizado más la anticoncepción. Se logró la curación de las leucorreas y cervicitis en la mayoría de las pacientes del grupo estudio.

**Palabras-clave:** Adolescencia, ginecología, salud reproductiva.

### ABSTRACT

**Objective:** *The objective of this research was to show the results obtained in a group of adolescents that were seen at the infant-juvenile gynecology department and that were educated on some aspects related to reproductive health.*

**Methods:** *A group of female patients aged 11-19 that received attention at the infant-juvenile gynecology department of*

*Playa municipality (Havana) was included in an interventional study conducted between January 1<sup>st</sup>, 2003 and december 30, 2006. A control group with the same age, and similar educational level and race was selected per each patient. An individual medical history was made to analyze the chief complaints, contraceptive methods required and used, follow-up of the patients who underwent menstrual regulation or abortion, use of some contraceptive method, diagnosis and evolution of the cervicovaginal infections. Participative group techniques of debate and analysis were used with the members of the study group and their relatives. These techniques were not applied in the control group. Chi square test was utilized as a statistical method.*

**Results:** *The need of contraception was the main reason for visiting the specialist. The most required contraceptive methods were the intrauterine devices, but in the control group the use of condom and hormonal methods prevailed. 88.2% of the patients of the study group used some kind of contraceptive method after regulation against 76% of the control group. 87.9% of the patients with leucorrhoea in the study group were cured, whereas only 73.5% of the control group managed to do so.*

**Conclusions:** *The patients of the study group made a more adequate selection of the contraceptive methods. They have maintained their use longer and just a few have abandoned it (7.5%). The differences with the control group were significant. A better control of the menstrual regulations was observed in the patients of the study group, who have used more contraception. The cure of leucorrhoea and cervicitis was possible in most of the patients of the study group.*

**Keywords:** *Adolescence, gynecology, reproductive health.*

## INTRODUCCIÓN

La salud de los seres humanos ha sido una preocupación fundamental desde épocas remotas, pero el concepto de salud ha tenido variaciones con el tiempo hasta llegar en la actualidad a una definición que abarca mucho más que el estado de “ausencia de enfermedades”. Al mismo tiempo, resulta evidente que la salud reproductiva condiciona fuertemente la salud general de las personas<sup>1</sup>, concepto que resulta de gran importancia en la actualidad.

La adolescencia siempre ha sido tema de mucho interés y en la actualidad, ha cobrado mayor fuerza la necesidad de brindar una atención específica. Solamente, el hecho de que 1,2 mil millones de personas en el mundo estén entre las edades de 11 a 19 años y de que la población joven en América Latina y el Caribe ascienda a 148 millones, así lo reclama<sup>2</sup>. En el mundo la actividad sexual entre adolescentes va creciendo<sup>3,4</sup>. Por lo que se considera, que la fecundidad en la adolescencia constituye un problema de salud importante sobre el que debe actuarse<sup>5</sup>.

Por todo lo expuesto se comprende que la adolescencia constituye una fase indudablemente difícil, de gran vulnerabilidad que requiere atención especial<sup>5,6</sup>.

En 1996 se comenzó a realizar la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil en el municipio Playa, donde se han atendido a numerosas pacientes y se han podido publicar algunos resul-

tados<sup>7-9</sup>. Es por ello, que se decidió realizar una intervención educativa en estos grupos que se crearon desde el 2003 y con los que se ha trabajado durante todo este tiempo. Parte de los resultados obtenidos se exponen a continuación.

El objetivo de esta investigación fue mostrar los resultados obtenidos en un grupo de adolescentes que asistió a la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil y a las que se educó sobre algunos aspectos relacionados con la salud reproductiva.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención en un grupo de pacientes de 11 a 19 años que acudió a la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil del municipio Playa, Ciudad de La Habana, desde el 1<sup>o</sup> de enero de 2003 hasta el 30 de diciembre de 2006; con el objetivo de obtener una conducta responsable sobre los aspectos relacionados con los tres principales motivos de consulta: solicitud de anticoncepción, amenorrea e infecciones cervicovaginales.

Se seleccionaron a las pacientes que acudieron a consulta por una de estas causas señaladas. Se seleccionó un grupo control teniendo en cuenta la edad, escolaridad y raza similar. Quedó constituidos por dos grupos de 120 adolescentes cada uno de 11 a 19 años (un grupo estudio y otro control) atendidas en consultas para un total de 240.

Las adolescentes del grupo estudio y las del grupo control, fueron atendidas de forma individual inicialmente. Se entrevistaron personalmente y se les confeccionó historia clínica según modelo oficial.

Después de ser identificadas las necesidades sentidas y los principales motivos de consultas de las pacientes, quedaron estructuradas por temas y las sesiones de la siguiente forma:

- Métodos anticonceptivos. Uso de los mismos en la adolescencia y luego de una interrupción de embarazo.
- Aborto y regulación menstrual. Anticoncepción después de realizadas estas maniobras.
- Procesos infecciosos ginecológicos. Infecciones de transmisión sexual. Principales complicaciones.

El programa diseñado trató de alcanzar los objetivos generales y específicos que estuvieron en función de las necesidades reales y sentidas del aprendizaje que fueron identificadas entre las participantes.

Las pacientes del grupo control fueron atendidas de la misma forma: se les hizo la entrevista individual, su historia clínica y examen físico, y fueron orientadas según requirió cada caso, pero no tuvieron participación de la discusión grupal.

Se evaluó la efectividad del programa por la asistencia y permanencia de las pacientes a las consultas y mantener las conductas orientadas, el uso y permanencia de los métodos anticonceptivos, el uso de anticonceptivos luego de la interrupción del embarazo bien por legrado o por regulación menstrual, así como la evolución de los procesos infecciosos ginecológicos hasta su curación.

Como método estadístico se utilizó la prueba no paramétrica chi-cuadrado de comparación de proporciones con significación de 5%.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran el total de casos vistos en los cuatro años estudiados y los principales motivos de consulta. La solicitud de anticoncepción fue la principal causa que llevó

a la adolescente a consulta y estas aumentaron cada año del 31,8% en el 2000 al 45% en el 2003. En la misma tabla puede observarse que la segunda causa fue por presentar amenorrea (13,6%) y en tercer lugar las infecciones cervicovaginales con 8,1%.

La tabla 2 muestra algunos aspectos acerca de las pacientes que solicitaron métodos anticonceptivos. Como puede verse, la mayoría solicitaron los dispositivos intrauterinos (DIU), para el 50% y 52, 5%, grupo estudio y grupo control respectivamente. Sin embargo, las pacientes del grupo estudio se decidieron en primer lugar el método hormonal inyectable con el 50%, seguido del método doble (30%) y de las tabletas anticonceptivas (27,5%). Las pacientes del grupo control utilizaron con mayor frecuencia los dispositivos intrauterinos (40%) y solamente el 5% utilizaron el método doble. Debe destacarse que las pacientes del grupo estudio solamente abandonaron el método anticonceptivo seleccionado el 7,5% contra el 37,5% del grupo control, que abandonaron el método por algún motivo, con diferencias significativas entre ambos grupos.

Según puede verse en la tabla 3, la mayoría de las pacientes con amenorrea solicitaron realizarse la regulación menstrual tanto en el grupo estudio (92,5%) como en el grupo control (90,0%). Resalta que el 85% de las pacientes del grupo estudio se realizaron la regulación menstrual contra el 62,5% de las del grupo control, y que solamente en dos pacientes del grupo estudio no se pudo precisar la posterior evolución que tuvieron después de solicitar la regulación menstrual, por no asistir a consulta, contra once pacientes del grupo control (30,5%) que no pudo precisarse la causa, con diferencias significativas entre ambos grupos. El 88,2% de las pacientes del grupo estudio usó algún método anticonceptivo después de la regulación, contra el 76% del grupo control.

El diagnóstico y evolución de las pacientes con leucorrea y cervicitis (tabla 4), predominó en ambos grupos como causa principal de la leucorrea la vaginosis bacteriana y hubo ocho pacientes con condilomatosis en el grupo estudio

**Tabla 1.** Información general de la consulta

AÑO	TOTAL DE CASOS VISTOS (11 A 19 AÑOS)	PRINCIPALES MOTIVOS DE LA CONSULTA					
		Solicitud de anticoncepción		Amenorrea		Infecciones cervicovaginales	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	549	175	31,8	58	10,5	59	10,7
2004	732	259	35,3	100	13,6	52	7,1
2005	753	340	45,1	113	15,0	54	7,1
2006	672	303	45,0	99	14,7	56	8,3
TOTAL	2706	1077	39,8	370	13,6	221	8,1

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 2 – Aspectos sobre las pacientes que solicitaron anticoncepción.

	GRUPO ESTUDIO n = 40										p				
	DIU		Hormonal oral		Hormonal inyectable		Condón		Doble			Otros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Anticonceptivo solicitado	20	50,0	6	15,0	10	25,0	2	5,0	0	0	2	5,0	40	100,0	p=0,0039
Anticonceptivo utilizado	5	12,5	11	27,5	20	50,0	3	3,7	12	30,2	0	0	51	127,5	
Abandono del método	0	0	1	9,1	2	10,0	0	0	0	0	0	0	3	7,5	
No se precisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	GRUPO CONTROL n = 40										p				
	DIU		Hormonal oral		Hormonal Inyectable		Condón		Doble			Otros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Anticonceptivo solicitado	21	52,5	5	12,5	11	27,5	1	2,5	0	0	2	5,0	40	100,0	
Anticonceptivo utilizado	16	40,0	9	22,5	12	30,0	1	100,0	2	5,0	0	0	40	100,0	
Abandono del método	6	37,5	4	44,4	4	33,3	0	0	1	1,2	0	0	15	37,5	
No se precisa	3	18,7	2	22,2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6,2	

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 3 – Seguimiento de las pacientes con amenorrea.

	GRUPO ESTUDIO n = 40		GRUPO CONTROL n = 40		p
	Nº	%	Nº	%	
Solicitud de aborto	3	7,5	4	10,0	
Solicitud de regulación menstrual	37	92,5	36	90,0	
Aborto realizado	3	100,0	3	75,0	
Regulación menstrual realizada	34	85,0	25	62,5	
No se realizó	1	2,5	0	0	p=0,0075
No se precisa	2	5,0	11	30,5	
Con anticoncepción post aborto	3	100,0	3	100,0	p=0,1711
Con anticoncepción post regulación menstrual	30	88,2	19	76,0	
Abandono de la anticoncepción	2	6,6	5	26,3	
No se precisa	0	0	0	0	

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 4 – Diagnóstico de las infecciones cervicovaginales.

	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		p
	Nº	%	Nº	%	
Leucorrea	33	82,5	34	85,0	
Cervicitis	7	17,5	6	15,0	
EVOLUCIÓN POST TRATAMIENTO					p
Leucorreas curadas	29	87,9	25	73,5	p = 0,2435
En tratamiento	4	12,1	2	5,9	p = 0,0201
No se precisa	0	0	7	20,6	
Cervicitis curada	4	57,1	2	33,3	p = 0,7691
En tratamiento	2	28,6	0	0	p = 0,1795
No se precisa	1	14,3	4	66,7	

Fuente: Historias clínicas.



y nueve en el grupo control. Como puede observarse, el 87,9% de las pacientes con leucorrea del grupo estudio se curó contra el 73,5% de las del grupo control y en el 20,5% de las del grupo control no se pudo determinar su posterior evolución, por no haber asistido con más frecuencia a las consultas. Todas las pacientes del grupo estudio curó la condilomatosis y seis de las del grupo control; tres de ellas no volvieron a consulta. Una situación similar ocurrió con las pacientes que presentaron cervicitis: curaron el 57,1% del grupo estudio y solamente 33,3% del grupo control, y cuatro pacientes para el 66,6% se hizo inasistente a las consultas de seguimiento. El abandono del seguimiento fue mayor en el grupo control.

## DISCUSIÓN

Como se observó en los resultados, los principales motivos de consulta fueron: solicitud de anticoncepción, amenorrea e infecciones cervicovaginales. Estas tres primeras causas tienen que ver directamente con la sexualidad y sus consecuencias. Sexualidad, que en la mayoría de los casos es precoz ya que el 75% de las pacientes tienen 17 años o menos. Peláez, ha identificado similares resultados como los de mayor frecuencia e importancia en su experiencia de trabajo<sup>10</sup>, lo que hace que este grupo deba ser considerado muy vulnerable en relación con la salud reproductiva y en consecuencia con su salud en general<sup>15</sup>.

En el concepto de salud sexual y reproductiva debe considerarse “la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y partos seguros y de tener y criar hijos saludables<sup>10</sup>”, esta definición lleva implícito reconocer que la sexualidad tiene un componente afectivo y de placer que se manifiesta durante toda la vida<sup>11</sup>, y como se pudo observar no se cumple este criterio.

Un aspecto que prevalece en los resultados, es que en la mayoría de las adolescentes, aunque conocen todos los métodos anticonceptivos, no saben cuál seleccionar y aunque la mayoría mencionó en primer lugar los dispositivos intrauterinos (en ambos grupos) fue porque son los más conocidos, y no por convicción, como se pudo comprobar posteriormente en las dinámicas realizadas con ellas.

Uno de los resultados más importantes con el grupo estudio fue poder cambiar su criterio de solicitud de anticonceptivos para el método hormonal y el método doble, que consiste en utilizar un método anticonceptivo más el uso del condón de forma sistemática<sup>12</sup>.

Otro aspecto relevante en la participación educativa sistemática que se realizó con el grupo estudio fue en aquellas pacientes que consultaron por presentar amenorrea y se les indicó la realización de la regulación menstrual. Como se pudo ver, la mayoría se realizó la regulación (85%) contra el 62,5% del grupo control y fue más importante aunque al 88,2% se les aplicó algún método anticonceptivo y solamente el 6,6% lo abandonó.

En las que tenían procesos infecciosos cervicovaginales también se obtuvieron logros importantes al curar el 87,9% de las pacientes con leucorreas y el 57,1% de las cervicitis en el grupo estudio. La importancia que tienen las técnicas participativas en el conocimiento de estos procesos infecciosos ha sido señalada<sup>13</sup>.

La educación en los aspectos relacionados con la salud debe estar encaminada a promover cambios en la conducta y las actitudes<sup>14-16</sup>, y siempre se persiguió un objetivo: la comunicación como proceso de interacción social al tener en cuenta que la comunicación y la educación en salud sexual y reproductiva, debe llevar mensajes claros y precisos<sup>17-19</sup>. Es por ello que resulta imprescindible que se realicen modelos de intervención que siempre deben ser explicativos de la realidad para que puedan generar un aprendizaje activo, una conciencia crítica y un discernimiento ético, con una cultura sobre los derechos sexuales<sup>20-23</sup>.

Se concluye que como resultado del trabajo de intervención educativa realizado con el grupo estudio, se lograron cambios importantes y resultaron beneficiadas en su salud reproductiva y, por tanto, en su salud general, al lograrse un uso adecuado y permanente de los métodos anticonceptivos, así como también en aquellas pacientes que se les realizó la interrupción de embarazo o regulación menstrual y en las que presentaron procesos infecciosos ginecológicos al lograrse el seguimiento correcto y la curación en la mayoría de estas pacientes. Se logró mejorar la comunicación entre las adolescentes y sus familiares.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Introducción. En: Creando espacios comunes en América Latina. Perspectivas de las mujeres en materia de salud reproductiva. Ginebra. 1997;1.
2. Posada C. Embarazo en la adolescencia: No una opción, sino una falta de opciones. *Revista Sexol y Sociedad*. 2004;10:4-10.
3. Zeiguer KB. Adolescencia. En su: *Ginecología Infante Juvenil*. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1993;434.
4. Alfonso FJC. Fecundidad y aborto en la adolescencia. Algunas características. *Rev Sexol Soc*. 1994;1:8-9.
5. González HA. La sexualidad del adolescente. *Rev Sexol Soc*. 2001;7:4-11.
6. Peláez MJ. Generalidades. En: *Ginecología Infante-Juvenil. Salud Reproductiva del adolescente*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1999;17.

7. Lugones Botell M, Prado GM, Occeguera MC. Experiencias de la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil. Informe Preliminar. *Revista Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(1):98-100.
8. Lugones BM, Prado GM, Calzada OM. La consulta de Ginecología Infanto-Juvenil y la Salud Reproductiva de las Adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*. 2001;27(2):103-15.
9. Lugones BM, Machado RH. Resultados obtenidos en los grupos de aprendizaje en salud sexual y reproductiva. *Rev Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2003;30(3):86-91.
10. Peláez MJ, Salomón AN. Salud reproductiva del adolescente. En: *Ginecología Infanto Juvenil. Salud Reproductiva del adolescente*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1999:173.
11. Chelala AC. Introducción. En: *Salud Sexual y reproductiva. Comunicación No. 8. Organización Panamericana de la Salud*. Washington. 1997:1.
12. Peláez MJ. Anticoncepción en la adolescencia. En: *Ginecología Infanto Juvenil. Salud Reproductiva del adolescente*. La Habana. Científico Técnica. 1999;185-90.
13. García HT, Rodríguez FR, Castaño HS. Efectividad de las técnicas participativas sobre los conocimientos de los adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. *Revista Cubana de Medicina Gen Integr*. 2004;15(5):536-40.
14. Cobas SM, Castanedo RI, Fuillerat AR. La educación participativa en la salud reproductiva. En: Mulet RC, Breto FV, Pacheco RF. *La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes*. Centro Nacional de Educación para la salud. La Habana; 2003:51-4.
15. Zeiguer KB. Sexualidad. Algunos enfoques. En su: *Ginecología Infanto-Juvenil*. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1993. p. 430.
16. Goldstein B, Castañera M. Aprendiendo y descubriendo a través de la transmisión de salud sexual. *Rev Sexol Soc*. 2004;10:23-7.
17. Guibert RW, Grau AJ, Prendes LM. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004;15(2):176-83.
18. Rodríguez OM. La perspectiva de género en el escenario del aula. *Rev Sexol Soc*. 2004;10:30-3.
19. Arés MP. La intervención familiar en las actuales realidades sociales. *Rev Sexol Soc*. 2003;9(21):5.
20. Calero LJ. Salud reproductiva. ¿Estamos educando bien? *Rev Sexol Soc*. 2002;8:33-4.
21. Rebollar SMA. Procesos correctores comunitarios. *Revista Sexol Soc*. 2001;7:26-9.
22. Álvarez CE. Un acercamiento a los roles femeninos y masculinos en la pubertad. *Rev Sexol y Sociedad*. 2005;11:8-11.
23. Silva SJ. Complicidades y violencias estructurales. Femicidio en Chile. *Rev Sexol Soc*. 2005;11:19.

## DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Miguel Lugones

E-mail: [lugones@informed.sld.cu](mailto:lugones@informed.sld.cu)

## TITULACIONES

- 1 Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor e Investigador Auxiliar. Diplomado en Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Diplomado y Máster en Investigación sobre aterosclerosis. Policlínico Universitario "26 de Julio". La Habana, Cuba.
- 2 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Diplomada en embriología. Policlínico Universitario «26 de Julio». La Habana, Cuba.
- 3 Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario «26 de Julio». La Habana, Cuba.
- 4 Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer. CIRP "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

# LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

## VULVAL LICHEN SCLEROSUS ON CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

GABRIELA BOUFELLI<sup>1</sup> · JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA<sup>2</sup> · LANA MARIA DE AGUIAR<sup>3</sup>

### RESUMO

O líquen escleroso foi descrito clinicamente por Hallopeau em 1887, e Darier, com a concordância de Hallopeau, descreveu pela primeira vez suas características histológicas em 1892. Algumas sinonímias foram utilizadas ao longo dos tempos. Em 1987 a Sociedade Internacional para o Estudo das Doenças da Vulva estabeleceu classificação das dermatoses vulvares em que figura o líquen escleroso, nomenclatura usada atualmente. Neste artigo os autores fazem uma revisão da literatura sobre o tema e abordam, em especial, seu acometimento em crianças. A prevalência na infância é de 1:900 e surge em torno dos 5 anos de idade. Os sintomas predominantes são prurido (80%) e mancha (20%). Várias teorias já foram correlacionadas com sua etiologia sem, contudo, haver consenso. É tida como doença multifatorial e, muito provavelmente, autoimune. O diagnóstico em crianças é eminentemente clínico, evitando-se a biópsia, na maioria das vezes. Os sinais mais encontrados são lesões brancas e nacaradas, simétricas, envolvendo a vulva e estendendo-se à região perianal, formando a figura em 8 invertido. Inicialmente essas manchas podem ser roseoclaras e com frequência há escoriações. Trata-se de doença crônica e seu tratamento visa ao controle dos sintomas. Alguns casos têm cura espontânea na época da puberdade. Os corticoides tópicos de alta potência como o clobetasol são excelentes armas, usados com critérios, por períodos curtos de duas a quatro semanas. Controlado o quadro agudo mantém-se com corticoide de menor potência, sempre sob vigilância médica. Tacrolimus/pimecrolimus, drogas imunomoduladoras, têm-se mostrado como boa alternativa e sem efeitos colaterais em crianças.

**Palavras-chave:** Líquen escleroso, dermatose vulvar.

### ABSTRACT

*Lichen sclerosus has been clinically described by Hallopeau in 1887, and Darier, with the approval of Hallopeau, described its histological characteristics for the first time in 1892. Some synonyms have been used over time. In 1987, the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease established the classification for vulval dermatosis, in which the term lichen sclerosus was preferred, and has been used ever since. In this article the authors make a bibliographical review of the subject and focus specially on its manifestation on children. The prevalence during childhood is of 1:900 and it manifests around the age of 5 years old. The predominant symptoms are itching (80%) and spots (20%). Many theories have already been related to its etiology, however no consensus has been reached. It is regarded as a multifactorial and, most likely, autoimmune disease. The diagnosis in children is essentially clinical, avoiding biopsy, most often. The most common signs are pearly symmetrical white lesions involving the vulva and spreading to the perianal region, forming the figure of an inverted 8. Initially the spots can be light pink coloured, and most commonly there are abrasions. It is a chronic disease and its treatment aims the control of its symptoms. Few cases have spontaneous cure by the time of puberty. The use of high-potency topical corticosteroids such as clobetasol is a powerful resource in these cases, provided it is wisely used, for short periods of 2 to 4 weeks. Once the acute clinical conditions are controlled, it is maintained with low-potency corticosteroids, always under medical surveillance. Immunomodulatory drugs such as Tacrolimus/pimecrolimus have shown to be good alternatives with no collateral effects on children.*

**Keywords:** Lichen sclerosus, vulval dermatosis.

Em 1887, Hallopeau descreveu uma dermatose caracterizada por pápulas nacaradas dispostas em pequenos agrupamentos que progressivamente adquiriam um aspecto apergaminhado, julgando-a uma variante do líquen plano, denominou-a “líquen plano atrófico”. A descrição histológica foi feita dois anos mais tarde por Darier, que a rebatizou de “líquen plano escleroso”, com a concordância de Hallopeau. Darier (1892) foi o primeiro a descrever características histológicas do líquen escleroso (LE) atrófico<sup>1</sup>.

Em 1961, Jeffcoate e Woodcock<sup>2</sup> sugeriram o termo distrofia vulvar, com bases em critérios histológicos. Em 1976, a ISSVD (*International Society for the Study of Vulvar Disease*)<sup>3</sup> propôs uma nova classificação para essas doenças da vulva, baseada nos critérios histológicos propostos, e as reuniu sob o título de “distrofias vulvares”, dividindo-as em distrofia hiperplásica, LE e distrofia mista. Em 1987, a ISSVD substituiu o termo distrofia vulvar, ficando então a classificação como desordens epiteliais não neoplásicas da pele e mucosa; LE; hiperplasia de células escamosas; outras dermatoses<sup>4</sup>.

O LE pode surgir em qualquer idade. Geralmente apresenta dois picos de incidência, um na pré-puberdade e outro após a menopausa, sendo mais frequente entre 50 e 70 anos de idade<sup>4-8</sup>. A prevalência na infância é de 1:900. O aparecimento dos sintomas ocorre por volta dos 5 anos de idade, sendo que o diagnóstico é feito em média aos 6, 7 anos<sup>1,7,9-11</sup>.

Não foi encontrada associação com a idade na primeira relação sexual, o número de parceiros, o número de gestações, a escolaridade, o hábito de fumar, o índice de massa corporal e antecedente pessoal de *diabetes mellitus*<sup>12</sup>.

Na infância, o principal sintoma encontrado foi prurido, presente em 80% dos casos. Outros sintomas encontrados foram: manchas (20%), disúria (16%), constipação (12%), manifestações extragenitais (9%), erosões genitais (6%) e uma parte significativa das pacientes (9%) não apresentam sintomas<sup>1,9</sup>.

## ETIOLOGIA

Inúmeros mecanismos já foram propostos para explicar a etiologia do LE, que provavelmente tem uma etiologia multifatorial<sup>6,8,9,13</sup>.

Como a maior incidência da doença ocorre em pacientes com menor nível de estrogênico (na pré-puberdade e após a menopausa), fatores hormonais foram sugeridos como causa da doença. Friedrich e Kalra<sup>6</sup> encontraram uma anormalidade no metabolismo androgênico, defeito na 5-alfa-redutase, nas mulheres com LE, mostrando uma diminuição de diidrotestosterona e androstenediona nessas pacientes. Entretanto, nem estrogênio nem testosterona trouxeram grandes benefícios como tratamento ou profilaxia da doença<sup>6,14</sup>.

Existe uma grande relação do LE com desordem autoimune. Meyrich Thomas *et al.*<sup>15</sup> encontraram uma ou mais doenças autoimunes associadas em 21,5% dos pacientes, em 21%, um ou mais parentes de primeiro grau tinham doenças autoimunes, em 42% foram encontrados autoanticorpos com títulos maiores que 1:20. Powell *et al.*<sup>9</sup> encontraram história familiar de LE em 17% dos casos, doenças autoimunes associadas em 14% dos casos e história familiar de doença autoimune em 64% dos casos. As doenças autoimunes associadas são vitiligo, alopecia areata, distúrbios da tireoide, artrite reumatoide e diabetes<sup>9,8,11,15</sup>.

A molécula HLA (*Human Leukocyte Antigen*) classe II locus DQ7 foi encontrada em 66% das crianças com LE, no grupo controle foi encontrada em apenas 31%, além disso 4% tinham também outra doença autoimune e 56% tinham pais ou avós com doença autoimune, mostrando uma base imunológica para a doença. Outras doenças relacionadas com HLA classe II são lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide<sup>16</sup>. Estudos realizados por Carli *et al.*<sup>17</sup> sugerem envolvimento do sistema imune da pele na patogênese do LE.

O LE já foi encontrado em gêmeas (idênticas e não idênticas), mães, filhas e irmãs, mostrando que existe uma herança genética, porém como os dados são limitados, não se pode concluir um padrão de herança<sup>8,13</sup>.

Vários agentes infecciosos foram pesquisados como causadores do LE, mas os estudos não foram conclusivos. *Borrelia burgdorferi* pode estar presente no LE, pois Shelly *et al.*<sup>18</sup> obtiveram efeitos positivos ao usar penicilina e cefalosporina em pacientes que haviam apresentado resposta pobre ao uso de potentes corticoides tópicos, com os antibióticos apresentaram melhora do prurido, da dor e da queimação.

Foi pesquisada relação entre HPV e LE, não sendo encontrada relação significativa, embora entre homens possa haver associação<sup>18</sup>.

Outra hipótese é que LE apareça como o fenômeno de Koebner (aparecimento de LE em local de lesão/trauma) nas mulheres que apresentam fenótipo suscetível em razão de substâncias irritantes genitais (calcinha de lycra, trauma local, cicatriz, entre outros). Em crianças, o LE pode surgir após o abuso sexual (efeito de Koebner)<sup>1,18</sup>.

Concluindo, nenhuma causa específica para LE foi encontrada. Por isso, a anamnese criteriosa e o exame clínico criterioso são fundamentais. Assim que uma causa for estabelecida, surgirão terapias mais eficientes e formas de prevenção.

## HISTOLOGIA

As alterações histológicas encontradas no LE são: epiderme fina e apergaminhada, sem sua estrutura original, alterações vacuolares na camada basal e escassez de melanócitos. Abaixo da junção derme-epiderme, existe uma larga camada de colágeno homogêneo e

uma infiltração de linfócitos abaixo dessa camada de colágeno. A derme apresenta diversas intensidades de edema. Após a formação do edema, ocorrem formação de fibrose, hialinização e perda das fibras elásticas. Pode ocorrer hiperqueratose, alteração folicular e perda da integridade da membrana basal. Outro achado é a hiperqueratose vulvar e perianal e uma atrofia clitoriana. No local da lesão os vasos sanguíneos e linfáticos encontram-se dilatados, podendo ocorrer extravasamento de sangue<sup>8,14</sup>.

Uma sugestão feita por Jones *et al.*<sup>19</sup> é que o patologista deveria diferenciar o LE em três grupos: líquen atrófico (clássico), LE com espessamento da epiderme e LE com diferenciação para neoplasia intraepitelial vulvar (NIV).

## DIAGNÓSTICO

### Características clínicas

A história e o exame físico são essenciais para o diagnóstico. LE tem uma apresentação clínica variável e recorrente, sendo que não existe uma grande correlação dos sinais com os sintomas<sup>18</sup>. Pelo menos um terço das pacientes são assintomáticas<sup>1</sup>. As principais complicações encontradas são infecção secundária, aderência do prepúcio do clitóris, aderência dos pequenos lábios podendo até levar à dificuldade miccional. Em 11% a 20% das pacientes também existe alguma manifestação extragenital, geralmente assintomática<sup>13</sup>.

### SINTOMAS

O principal sintoma é prurido, outros sintomas referidos são dor, queimação, dispareunia, irritação, alteração urinária, sangramento e bolhas. Podem aparecer fissuras dolorosas após evacuação. Prurido anogenital e feridas são os sintomas mais comuns tanto em mulheres adultas quanto em crianças. Na pré-puberdade as primeiras manifestações são constipação e disúria. Nas crianças os sintomas podem ser confundidos com abuso sexual pela área acometida e por, às vezes, apresentar sangramento<sup>7,9</sup>.

### SINAIS

O LE geralmente é representado por lesões de coloração branco-nacarada, simétricas, acometendo toda a vulva e estendendo-se à região perianal, onde apresentam um aspecto mosqueado e apresentam o formato de oito (pelo envolvimento do clitóris, lábios, períneo e região perianal). A pele pode apresentar-se apergaminhada e com frequência é bastante friável com telangiectasias, púrpuras, escoriações, fissuras e ulcerações. Pode ocorrer também atrofia e absorção dos pequenos lábios, alteração clitoriana e obstrução urinária<sup>8,11</sup>.

Os casos iniciais são representados por lesões roseoclaras ou pouco esbranquiçadas, bem delimitadas, que muitas vezes passam despercebidas ao exame físico. Acomete também regiões

extragenitais como: nariz, pescoço, ombros, regiões torácicas anterior e posterior, abdome, quadril, nádegas, braços e coxas<sup>11</sup>.

À palpação, a pele lesada mostra-se “pastosa”, com turgor e elasticidade bastante diminuídos. Em LE avançado existe a destruição da arquitetura vulvar, com aderência do prepúcio clitoriano, reabsorção dos pequenos lábios e fusão do introito vaginal. Pode ser afetada toda a vulva, a região perianal e o períneo. Diferentemente do que ocorre com o líquen plano, a mucosa vaginal raramente é acometida<sup>8</sup>.

Em um estudo realizado por Cooper *et al.*<sup>7</sup>, palidez e atrofia foram os achados mais frequentes tanto em mulheres adultas quanto em crianças (89% e 62%, respectivamente); e eritema, atrofia, palidez, hiperqueratose e úlceras foram mais presentes em mulheres adultas, púrpura foi mais frequente em crianças.

Em crianças a manifestação precoce do LE pode ser a fusão dos pequenos lábios, encontrada entre os 13 e 23 meses de vida. Como crianças nem sempre são avaliadas por especialistas, isso pode retardar o diagnóstico e a paciente ser submetida a procedimentos invasivos desnecessariamente<sup>20</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras doenças que também podem acometer a região genital, como líquen plano (compromete mucosa), psoríase (aparece principalmente em regiões de dobras como cotovelos), deficiência estrogênica (acomete mulheres no climatério), portanto, o diagnóstico de LE é clínico, mas, algumas vezes não é possível fazer o diagnóstico pelo quadro clínico, necessitando a realização da biópsia<sup>18</sup>.

Em crianças, a biópsia deve ser evitada. O diagnóstico é clínico, inicia-se o tratamento, sendo a biópsia feita nos casos em que o tratamento não der resultado<sup>21</sup>.

## TRATAMENTO

O LE ainda é uma doença sem cura medicamentosa e o seguimento a longo prazo é necessário. Em alguns casos, pode desaparecer espontaneamente quando a criança atinge a puberdade, porém estudos sugerem que entre 75% e 97% das pacientes continuarão apresentando sintomas após essa fase e necessitarão de tratamento prolongado<sup>8,10,21</sup>. O objetivo ao se realizar um tratamento é controlar os sintomas, prevenir as alterações estruturais e diagnosticar precocemente o aparecimento de lesão com potencial de malignidade<sup>13,21</sup>, embora ainda não se saiba se o tratamento é capaz de evitar a evolução para malignidade. As formas de tratamento conhecidas são medicamentosas com corticoide tópico, testosterona tópica, estrogênio, curso pequeno de corticoide sistêmico e retinoides. Também há quem indique, eventualmente, o tratamento cirúrgico<sup>8</sup>.

## MEDICAMENTOSO

### Corticoides tópicos

Os corticoides possuem efeitos antipruriginosos, anti-inflamatório e vasoconstrictor. O uso de corticoides tópicos potentes proporcionou melhora clínica e histológica e, atualmente, estes fazem parte da primeira linha de medicamentos para o tratamento de LE<sup>7-9,13</sup>. Como efeitos colaterais dessa medicação podem surgir queimação, irritação, secura local, atrofia, hipopigmentação. Recomendaram-se curto período (duas a quatro semanas) com corticoide tópico de alta potência (clobetasol) e manutenção a longo prazo com corticoide tópico de menor potência ou menor número de aplicações. Deve-se manter o mínimo de aplicações necessárias para o controle dos sintomas. A manutenção é aconselhada pelo risco de retorno dos sintomas. Nos casos em que há necessidade do uso mínimo igual ou maior a três vezes por semana, o controle das lesões deve ser feito de três em três meses. Para os demais casos o controle pode ser anual<sup>8,13</sup>.

Clobetasol tem sido usado para o tratamento de crianças antes da puberdade. Um estudo com 15 crianças com a média de 5,7 anos de idade, com diagnóstico clínico de LE, em 11 delas e, por biópsia, em quatro outras, foi realizado o acompanhamento durante dois meses a seis anos. Quatorze tiveram melhora significativa dos sintomas em quatro a sete semanas. Uma desenvolveu infecção secundária e outra desenvolveu eritema transitório. Após um ano, onze pacientes permaneciam em seguimento. Destas, duas não apresentavam mais sintomas vulvares após o tratamento inicial, cinco tiveram uma ou duas recorrências, três tiveram três a oito recorrências e uma continuou sem resposta ao tratamento clínico. A conclusão foi que o clobetasol mostrou-se eficiente para o tratamento de crianças com LE, a recorrência foi comum, requerendo tratamento mais prolongado com corticoide tópico, mas os efeitos colaterais foram poucos e facilmente controlados<sup>22</sup>.

### TESTOSTERONA

Alguns estudos mostraram que pacientes com LE têm menor nível de testosterona quando comparadas com grupo controle sem a doença<sup>6</sup>. Seu uso é controverso e existem dúvidas quanto sua eficácia, aparentemente menos eficaz que o clobetasol. Em um ano de avaliação, 70% das pacientes abandonaram o uso de testosterona pela falta de resultados, enquanto que apenas 10% desistiram do tratamento com clobetasol. O clobetasol, 0,05%, foi mais eficiente do que a testosterona, 2%, em diminuir a ativação do sistema imune da pele. A testosterona possui efeitos colaterais virilizantes, como aumento do clitóris e engrossamento da voz. Atualmente a testosterona praticamente não é utilizada<sup>8,13,23</sup>.

## RETINOIDES

São vitaminas (vitamina A) que vêm da dieta e são consideradas também como hormônios, pois agem em receptores nucleares. Possuem efeitos hiperqueratinizantes e anti-inflamatórios. Aparentemente no LE diminuem a degeneração do tecido conectivo. Seu uso via oral é limitado pelos efeitos colaterais como teratogênese, aumento das enzimas hepáticas, hipertrigliceridemia, dor abdominal e alopecia. Devem ser reservados para os casos de LE severos que não respondem ao tratamento com corticoides tópicos<sup>13,21</sup>.

## TACROLIMUS/PIMECROLIMUS

São drogas com atividade anti-inflamatória e imunomoduladoras que foram introduzidas como medicação de segunda linha para dermatite atópica. Os efeitos colaterais são sensação de calor e queimação local<sup>14</sup>. O uso dessa medicação para o tratamento de LE vem tendo sucesso<sup>10</sup>. Um tratamento que não utilize corticoide pode ser interessante, já que o corticoide possui efeitos colaterais. Como LE é uma desordem de linfócito T mediada, foi sugerido o uso de imunossuppressores, inibidores do linfócito T, como pimecrolimus, como uma alternativa mais segura para o tratamento de LE<sup>10,24</sup>. Uma boa alternativa para o tratamento de crianças, pimecrolimus se mostrou seguro para o tratamento de equizema na população pediátrica sem causar atrofia da derme, estrias, queimação ou inibição do eixo hipotálamo-hipófise, já que este não afeta a síntese do colágeno, não causa uma atrofia ainda maior da derme<sup>10</sup>.

Em um estudo com quatro pacientes com o diagnóstico de líquen, pela biópsia, foram tratadas com cremes de pimecrolimus, 1%, duas vezes por dia. No final de três meses de tratamento três de quatro crianças apresentaram resolução dos sintomas de prurido e queimação. Em duas pacientes, a biópsia após tratamento constatou reversão das alterações histológicas do líquen<sup>24</sup>. Em outra publicação, uma criança de 10 anos foi tratada com clobetasol tendo remissão dos sintomas, mas, em três meses, estes retornaram e o tratamento subsequente com clobetasol levou a uma lesão na pele perianal com infecção secundária da região; foi então tratada com pimecrolimus e a remissão da doença foi alcançada. Não ocorreu recorrência dos sintomas e ela apresentou menos queimação do que com o uso do corticoide. A recorrência com o uso de corticoide é alta e essas crianças provavelmente vão precisar de tratamento a longo prazo, pois a doença permanece após a menarca. Tratamento que não utiliza corticoide pode ser benéfico<sup>10</sup>.

Ainda não existem estudos sobre o uso prolongado de tacrolimus para o tratamento de LE, mas sabe-se que embora não sejam drogas genotóxicas, não interagem diretamente com o DNA, seu uso pode prejudicar a ação do sistema imune local. Estudos em ratos, com aplicação tópica de tacrolimus, demonstraram o desenvolvimento de linfoma dose-dependente<sup>25</sup>. Por isso se

fazem necessários mais estudos comparando os dois tratamentos (corticoide *versus* pimecrolimus/tacrolimus)<sup>24</sup>.

## SUPOORTE CLÍNICO

Deve ser realizado também o tratamento de sintomas associados. Antimicrobianos devem ser utilizados em infecção secundária. Dor vulvar pode ser tratada com lidocaína local a 3% ou 5%. Podem ser usados também antidepressivos para pacientes refratárias ao tratamento clínico<sup>21</sup>. Anti-histamínicos são indicados para aliviar o prurido. Deve ser utilizado sabonete líquido neutro para a higiene, calcinha de algodão, evitando uso de calcinha de lycra e produtos irritantes locais. Informação sobre a doença e a participação em grupos de apoio deve ser oferecida e incentivada<sup>8</sup>.

## CIRURGIA

São citadas vulvectomia, ablação a *laser* ou criocirurgia, porém com altas taxas de recorrências. A intervenção cirúrgica deve ser realizada em pacientes com fusão labial, para a separação, alteração clitoriana ou miccional. Deve ser apenas utilizada em casos excepcionais que não melhoraram com tratamento clínico e há modificação da arquitetura vulvar. Após o procedimento cirúrgico é necessário o uso de corticoides tópicos para melhor resultado e menos recidivas<sup>13,21,26</sup>.

A criocirurgia utiliza nitrogênio líquido e mostra, a curto prazo, alívio dos sintomas; a cicatrização ocorre entre duas semanas e três meses. Existe um rápido reaparecimento dos sintomas em mais da metade das pacientes após três anos de tratamento. A terapia ablativa com *laser* tem apresentado bons resultados tanto a curto quanto a longo prazo. A espessura do epitélio escamoso vulvar raramente excede 1 mm, e o controle com *laser* de 2 mm de profundidade elimina as alterações e permite uma nova epitelização da margem para o centro. Essa técnica é precisa, não invasiva, fácil de realizar e leva apenas uma dor moderada que é controlável. A cicatrização é completa após seis semanas da ablação e a remissão dos sintomas ocorre em 85% dos casos em três anos de seguimento. Até o momento nenhum tratamento cirúrgico se mostrou melhor do que o tratamento clínico. O método que pode ser promissor é a ablação com *laser*, mas para isso ser colocado em prática são necessários mais estudos<sup>26</sup>.

Há o relato de duas crianças, de 3 anos e 4 anos de idade, que apresentavam fusão labial. A primeira foi submetida a procedimentos cirúrgicos, os quais não foram bem-sucedidos, ocorrendo novamente a fusão dos lábios. Foi então iniciado o tratamento com creme de hidrocortisona, com separação importante após quatro semanas de tratamento. Após seis meses do término do tratamento ocorreu uma fusão parcial, foi, então, reiniciada aplicação mensal do mesmo creme. Após três anos de tratamento, ela permanece assintomática. Isso mostra o efeito positivo do tratamento com corticoide tópico em crianças. A criança de 4 anos foi submetida ao

tratamento com clobetasol desde o diagnóstico e, após três semanas, se iniciou a separação entre os lábios, completada após seis semanas de tratamento, melhorando também os outros sintomas<sup>20</sup>.

## POTENCIAL PARA MALIGNIZAÇÃO

Existem diferentes motivos para que o LE seja relacionado ao câncer escamoso vulvar invasivo (CEV). Essa correlação não tem sido encontrada em crianças. Qualquer lesão que não regrida com o tratamento clínico deve ser biopsiada. Alguns trabalhos sugerem que a evolução para CEV ocorra em 5% das pacientes portadoras de LE<sup>8,13,26</sup>. Em 61% dos casos com CEV o LE foi encontrado em áreas adjacentes<sup>27</sup>. A duração dos sintomas ou a alteração da arquitetura vulvar não são bons marcadores de malignidade<sup>28</sup>. Inflamação crônica pode ser um dos motivos, mas a patogênese ainda não foi estabelecida, apesar de existir uma coerência entre processo de inflamação crônica com evolução para neoplasia<sup>14,29</sup>. O perfil imunogenético também pode ser um dos responsáveis. Outra possibilidade é o aumento de p53 (gene supressor de tumor) no LE. O gene p53 é o “guardião do genoma”, reparando o DNA com defeito ou eliminando-o, quando o p53 é alterado ele permite um crescimento desordenado de células defeituosas, ou seja, um potencial para malignização<sup>29,30</sup>. Hiperplasia de célula escamosa e LE com distrofia pode ser uma lesão de risco para evolução para malignidade<sup>21,26</sup>. Ainda existe dúvida se LE é uma lesão precursora de carcinoma ou se são alterações encontradas em associação. Alguns estudos mostraram que quando aparece uma lesão maligna em paciente portadora de LE, geralmente é em uma área de pouca lesão do LE ou em uma parte de pele sã, não conseguindo estabelecer que a neoplasia evolui da lesão do LE. Lembrando que LE extragenital não é associado à malignidade, assim como ocorre com o HPV em outras regiões do corpo<sup>14,29</sup>.

## PREVENÇÃO

Como a causa de LE não é conhecida, não existe um meio de prevenção adequado. A paciente deve ser acompanhada por especialistas, para um melhor tratamento da doença. Não há evidência se um acompanhamento mais rigoroso diminui a evolução para malignidade, isso pode aumentar o diagnóstico, mas não altera o prognóstico, também não diminui a evolução para carcinoma escamoso<sup>8,19</sup>.

## CONCLUSÃO

LE é uma doença ainda sem causa definida, provavelmente tem uma etiologia multifatorial e com várias opções de tratamento. É uma doença que deve ser bem acompanhada pelos médicos especialistas, para que a paciente possa ser tratada de seus sintomas e outras manifestações da doença, como alteração da arquitetura, disfunção miccional, entre outras, melhorando sua qualidade de

vida. Como acomete também crianças, deve ser acompanhada com cuidado, já que provavelmente vão precisar de tratamento por um longo período. Além disso, é importante o diagnóstico correto para que a paciente não seja submetida a procedimentos invasivos sem necessidade. O corticoide tópico no momento é a droga de escolha, mas estudos vêm mostrando que o uso de novos medicamentos como pimecrolimus pode ser benéfico para essas pacientes que precisam de tratamento mais prolongado, já que o uso de corticoides apresenta efeitos colaterais importantes. Novos estudos comparando esses dois métodos, e outros também utilizados, são importantes para um melhor atendimento dessas pacientes. A cirurgia deve ser alternativa em casos excepcionais de mulheres com dificuldade para o coito em decorrência da alteração da arquitetura do introito vulvar.

## REFERÊNCIAS

- Almeida JAM, Ramos LO, Bastos AC, Carvalho FM. Vulvar Dystrophy in Childhood Clinical and Diagnostic Aspects. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 1996;18(5):393-8
- Jeffcoate TNA, Woodcock AS. Premalignant conditions of the vulva, with particular reference to chronic epithelial dystrophies. *Brit Med J*. 1961;2:127-34.
- International Society for the study of Vulvar Disease. New nomenclature for vulvar disease. *Obstet Gynecol*. 1976;47(1):122-4.
- Ridley CM, Frankman O, Jones ISC, Pincua SH, Winkinson EJ. New nomenclature for vulvar disease: International society for the study of vulvar disease. *Human pathology*. 1989;20:495-50.
- Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K, Srodon M. Prevalence of vulvar lichen sclerosis in a general gynecology practice. *J Reprod Med*. 2005;50:477-80.
- Friedrich Jr EG, Kalra PS. Serum levels of sex hormones in vulvar lichen sclerosis, and the effect of topical testosterone. *N Engl J Med*. 1984;310(8):488-91.
- Cooper SM, Gao XH, Powell JJ, Wojnarowska F. Does treatment of vulvar lichen sclerosis influence its prognosis?. *Arch Dermatol*. 2004;140(6):702-6.
- Funaro D. Lichen sclerosis: a review and practical approach. *Dermatol Ther*. 2004;17(1):28-37.
- Powell J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosis: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:803-6.
- Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K. Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA. Pimecrolimus for the treatment of vulvar lichen sclerosis in a premenarchal girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17(1):35-7.
- Araujo MMV, Souza MCB, Azevedo LMS, Simoes PM. Líquen Escleroso Vulvar na Infância e Adolescência. *Ginecologia e Obstetria*. 1994;3(5):99-103.
- Sideri M, Parazzini F, Rognoni MT. Risk factors for vulvar lichen sclerosis, *Am J Obstet Gynecol*. 1989;161(1):38-42.
- Smith YR, Haefner HK. Department of Obstetrics and Gynecology, The University of Michigan Hospitals Health Systems, Ann Arbor, Michigan 48109-0276, USA . Vulvar lichen sclerosis : pathophysiology and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(2):105-25.
- Val I, Almeida G. An overview of lichen sclerosis. *Clin Obstet Gynecol*. 2005;48(4):808-17.
- Meyrick Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Lichen sclerosis et atrophicus and autoimmunity—a study of 350 women. *Br J Dermatol*. 1988;118(1):41-6.
- Powell J, Wojnarowska F, Winsey S, Marren P, Welsh K. Lichen sclerosis premenarche: autoimmunity and immunogenetics. *Br J Dermatol*. 2000;142(3):481-4.
- Carli P, Bracco G, Taddei G, et al., Vulvar lichen sclerosis. Immunohistologic evaluation before and after therapy. *J Reprod Med*. 1994;39(2):110-4.
- Shelley WB, Shelley ED, Amurao CV. Treatment of lichen sclerosis with antibiotics. *Int J Dermatol*. 2006.45 (9):1104-6,
- Jones RW, Scurry J, Neill S, Maclean AB. Guidelines for the follow-up of women with vulvar lichen sclerosis in specialist clinics. *Am J Obstet Gynecol* , 2008;198:496-9.
- Gibbon KL, Bewley AP, Salisbury JA. Department of Dermatology, Whipps Cross Hospital, London, United Kingdom. Labial fusion in children: a presenting feature of genital lichen sclerosis? *Pediatr Dermatol*. 1999;16(5):388-91.
- Neill SM., Tatnall FM, Cox NH. Guidelines for the management of lichen sclerosis. *Br J Dermatol*. 2002;147(4):640-9.
- Smith YR, Quint EH. Department of Obstetrics and Gynecology, The University of Michigan Health Systems, Ann Arbor, Michigan, USA. Clobetasol propionate in the treatment of premenarchal vulvar lichen sclerosis. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):588-91.
- Bornstein J, Heifetz S, Kellner Y, Stolar Z, Abramovici H. Clobetasol dipropionate 0.05% versus testosterone propionate 2% topical application for severe vulvar lichen sclerosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178:80-4.
- Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K. Department of Gynecology and Obstetrics, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA. Pimecrolimus for the treatment of vulvar lichen sclerosis: a report of 4 cases. *J Reprod Med*. 49(10):778-80, Oct 2004.
- H.P. van de Nieuwenhof1, a, I.A.M. van der Avoort1, a and J.A. de Hullu, Review of squamous premalignant vulvar lesions, *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 68(2):131-156, Nov 2008.
- Abramov Y, Elchalal U, Abramov D, Goldfarb A, Schenker JG. Surgical treatment of vulvar lichen sclerosis: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 1996;51(3):193-9.
- Leibowitch M, Neill S, Pelisse M, Moyal-Baracco M. The epithelial changes associated with squamous cell carcinoma of the vulva: a review of the clinical, histological and viral findings in 78 women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990;97(12):1135-9.
- Jones RW, Sadler L, Grant S, Whineray J, Exeter M, Rowan D. Clinically identifying women with vulvar lichen sclerosis at increased risk of squamous cell carcinoma: a case-control study. *J Reprod Med*. 2004;49(10):808-11.
- Vanin K, Scurry J, Thorne H, Yuen K, Ramsay RG. Over Expression of wild type p53 in lichen sclerosis adjacent to human papillomavirus-negative vulvar cancer. *J Invest Dermatol*. 2002;119:1027-33.
- Raspolini MR, Asirelli G, Moncini D, Taddei GL. A comparative analysis of lichen sclerosis of the vulva and lichen sclerosis that evolves to vulvar squamous cell carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):592-95.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. José Alcione Macedo Almeida

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

## TITULAÇÕES

- Médica Residente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Chefe do Setor de Patologia Vulvar Benigna da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço do Professor Dr. Edmund C. Baracat.



# EVOLUÇÃO CLÍNICA DE ADOLESCENTE COM CARIÓTIPO 45,X/46,X, i(Xq) — SÍNDROME DE TURNER

## CLINICAL EVOLUTION OF ADOLESCENT WITH 45,X/46,X, i(Xq) KARYOTYPE — TURNER SYNDROME

FERNANDA MORAIS DE ANDRADE<sup>1</sup> · DENISE LEITE MAIA MONTEIRO<sup>2</sup> · SUELY RODRIGUES DOS SANTOS<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A síndrome de Turner (ST) é patologia genética característica do sexo feminino, com incidência de 1:2.500 nascidos vivos. As seguintes alterações cromossômicas podem ser observadas na ST e suas variantes: perda total de um dos cromossomos X ou monossomia (45,X), deleção do braço curto do cromossomo X com isocromossomia de braço longo de X [46,X i(Xq)], mosaicismo (45,X/46,XX) e outras formas de cariótipo. Caracteriza-se por infantilismo sexual, amenorreia primária, baixa estatura, implantação baixa dos cabelos e orelhas, pescoço curto e alado, hipertelorismo ocular e mamário, coarctação da aorta, podendo estar associada a tireoidite de Hashimoto (mais frequente na isocromossomia), diabetes e surdez neurosensorial.

**Objetivo:** Relatar o diagnóstico etiológico e a evolução clínica de adolescente de 16 anos de idade com amenorreia primária, ausência de telarca, FSH = 71,4 mUI/mL e baixa estatura (altura = 1,48 m). O cariótipo foi 45,X/46,X i(Xq) por deleção completa do braço curto do cromossoma X, resultando isocromossomia para braço longo de X e fenótipo de síndrome de Turner.

**Comentários:** Em função da falência ovariana ocorre aumento de FSH e LH, com consequente diminuição de estrogênio e progesterona e presença de gônadas em fita. Essa paciente apresentou boa resposta à reposição hormonal com desenvolvimento mamário e menarca aos 18 anos, proporcionando importante melhora da autoestima.

**Palavras-chave:** síndrome de Turner, amenorreia primária, baixa estatura.

### ABSTRACT

**Introduction:** Turner syndrome (ST) is a genetic female pathology, with incidence of 1:2.500 newborns. The following chromosomal alterations can be observed in the ST and its variants: total loss from one of X chromosomes or monosomy (45,X), deletion of the short arm of X chromosome with isochromosome of long arm of X [46,X i(Xq)], mosaicism (45,X/46,XX) and other forms of karyotype. It is characterized by: sexual infantilism, primary amenorrhea, short stature, low hairline, low-set ears, short and webbed neck, ocular and breast hypertelorism, aortic coarctation, and association with Hashimoto's thyroiditis (more frequent in isochromosomy), diabetes and neurosensorial deafness.

**Objective:** To report the etiological diagnosis and the clinical evolution of primary amenorrhea in an adolescent of 16 years old with absence of thelarche, FSH = 71.4 mUI/mL and short stature (height = 1.48 m). The karyotype was 45,X/46,X i(Xq), by complete deletion of the short arm of X chromosome X, resulting isochromosomy for long arm of X and phenotype of Turner syndrome.

**Comments:** In function of the ovarian failure occurs high level of the FSH and LH, with consequent low levels of estrogen and progesterone and presence of streak gonads. This patient presented good results with the hormone replacement, showing breast development and menarche at 18 years, providing important improvement of the self-esteem.

**Keywords:** Turner syndrome, primary amenorrhea, short stature.

## INTRODUÇÃO

Síndrome de Turner (ou síndrome de Ullrich-Turner) é anomalia genética causada pela monossomia completa ou parcial do cromossomo X, em algumas ou todas as linhagens celulares. É característica do sexo feminino ocorrendo em uma proporção de 1:2.500 nascidos vivos. Entretanto, estima-se que somente 1% dos fetos 45,X sobrevivem. A descrição da doença data de 1938 quando Turner descreveu sete pacientes que apresentavam gônadas em fita, baixa estatura, infantilismo sexual e malformações somáticas<sup>13,19,20</sup>.

Na síndrome de Turner podem ocorrer as seguintes aberrações cromossômicas: perda total de um dos cromossomos X ou monossomia (45,X), deleção do braço curto do cromossomo X ou isocromossomia [46,Xi del (Xq)] ou mosaicismos (45X/46XX)<sup>11,15,17</sup>.

As características clínicas das pacientes são influenciadas pela constituição cromossômica. Na presença do cariótipo 45,X, a clínica mostra-se mais exuberante comparada a portadores de mosaicismos ou outras anomalias cromossômicas menores. Os recém-nascidos podem apresentar baixo peso (menor que 2.500 g), redundância da pele cervical, implantação baixa de cabelo e orelhas, linfedema de extremidades, malformações cardíacas e renais<sup>20,21</sup>.

Na infância e na adolescência os estigmas turnerianos apresentam-se com implantação baixa do cabelo (65%), pescoço alado (60%), nevos pigmentados (50%), unhas hipoplásicas (50%), anomalias do esqueleto (50%), anomalias urinárias (40%), coarctação da aorta (25%), alterações cranianas (20% a 35%) e anomalias gastrointestinais (frequência variável). A baixa estatura (menor que 1,40 metro) está associada invariavelmente ao cariótipo 45,X (síndrome clássica), além de amenorria primária, infantilismo sexual e genital, esterilidade e as malformações somáticas já citadas. Na presença de mosaicismos ou aberrações como lesão incompleta do segundo cromossomo X (isocromossomia, deleção), há a possibilidade de algumas dessas pacientes apresentarem maior desenvolvimento estatural, diferenciação dos caracteres sexuais, menor exuberância nos estigmas turnerianos, necessitando assim de maior atenção para essas gônadas que, nos mosaicos 45,X/46,XY, podem apresentar função endócrina e gametogênica, com risco de transformação neoplásica<sup>3,6,10,18</sup>.

O diagnóstico é realizado por anamnese, exame clínico minucioso e por exames complementares (laboratoriais, cariótipo e ultrassonografia). O diagnóstico pré-natal invasivo é feito por meio do estudo citogenético em células de vilosidade corial ou amniocentese e pela ultrassonografia morfológica, na qual são achados: espessamento da prega nucal, presença de higroma cístico, rins em ferradura e anormalidades das câmaras cardíacas à esquerda. Os testes não invasivos são realizados quando há suspeita de anomalia cromossômica, são eles: dosagem sérica materna de alfafetoproteína, gonadotrofina coriônica humana,

inibina A e estradiol não conjugado, porém a ultrassonografia e a dosagem sérica materna das substâncias supracitadas não devem ser consideradas diagnósticos de Turner, necessitando obrigatoriamente do cariótipo<sup>1,12,21</sup>.

A maioria dos casos é descoberta acidentalmente por meio de biópsia de vilos coriônicas ou amniocentese realizada por diversas razões, sendo a mais comum idade materna avançada a qual não está relacionada a aumento do índice da síndrome<sup>12,21</sup>.

O objetivo deste trabalho é relatar a evolução clínica de um caso de amenorria primária em adolescente de 16 anos por ser mosaico com cariótipo 45,X/46,X i(Xq) e com fenótipo da síndrome de Turner.

## RELATO DO CASO

FSF, 16 anos de idade, branca, que procurou o hospital por amenorria primária. Referia pubarca aos 14 anos de idade e ausência de telarca. Apresentava altura de 1,48 m e peso de 35 kg. A ultrassonografia pélvica evidenciou: útero de tamanho reduzido (28 x 7 mm) assim como ovário direito (12 x 20 mm), e ovário esquerdo não identificado. Os exames laboratoriais revelaram FSH 71,4 mUI/mL, LH 10,1 mUI/mL, prolactina 12 ng/mL, cálcio 10 mg/dL, potássio 4,6 mEq/L, testosterona 10 pg/mL, cortisol 22,7 mcg/dL, DHEA 2,7 ng/mL, androstenediona 820 pg/mL. Seu cariótipo 45,X/46,X i(Xq) significa ausência de um cromossomo X em sete das metáfases e de um isocromossomo do braço longo de X em 13 das metáfases analisadas.

Com esse diagnóstico, iniciou uso de estrogênios conjugados em pequenas doses durante seis meses, após esse período foi associado progestagênio. Menstruou aos 18 anos de idade ao completar seis meses da terapia hormonal conjugada (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Baixa estatura



Figura 2. Mamas hipodesenvolvidas

## DISCUSSÃO

A síndrome de Turner é desordem em mulheres caracterizada pela ausência de um ou parte de um dos cromossomos X, levando a uma constelação de achados clínicos.

Em décadas passadas muito se aprendeu sobre a história natural da síndrome de Turner, e estudos moleculares recentes têm identificado alguns genes que podem estar envolvidos na expressão clínica dessa condição<sup>15,21</sup>.

Em relação ao cariótipo 45,X/46,X i(Xq), trata-se de mosaïcismo que exige estudo cuidadoso a fim de definir o desenvolvimento sexual e suas implicações terapêuticas. A confirmação diagnóstica por vezes é tardia pelo fato de não ser rotina a realização de cariótipo, a não ser que haja suspeição clínica de síndrome genética. Os casos com isocromossomo do X caracterizam-se por quadro de amenorreia primária com achados típicos da síndrome de Turner sem presença de mais anormalidades. No referido relato de caso, a paciente tinha baixa estatura, ausência de caracteres sexuais secundários sem outros estigmas turnerianos ou malformações<sup>13,14</sup>.

Na síndrome de Turner, assim como nas outras disgenesias gonadais, as gonadotrofinas costumam estar elevadas, e os esteroides sexuais diminuídos; a idade óssea é inferior à cronológica (radiografia de mãos e punhos); útero hipoplásico e gônadas em fita (pela ultrassonografia morfológica)<sup>12,21</sup>.

Por causa das diversas complicações associadas à síndrome de Turner, que ocorre geralmente na vida adulta, tornam-se obrigatórios a solicitação da glicemia de jejum e o teste de tolerância oral à glicose para o diagnóstico de *diabetes mellitus*; a dosagem de TSH e T4 livre e a pesquisa de anticorpos antitireoide para o diagnóstico de tireoidite de Hashimoto, mais comum nas portadoras de iso de Xq; o estudo de malformações cardíacas pelo ecocardiograma e, para as malformações renais, ultrassonografia abdominal ou ressonância magnética<sup>15,17</sup>.

A orientação terapêutica deve ser feita por equipe multidisciplinar, regida por apoio psicológico, hormonioterapia substitutiva com estrogênios, progestagênios e, quando possível, hormônio do crescimento (GH).

Estudos dos últimos 30 anos indicam que baixa estatura afeta pelo menos 95% de todos os indivíduos com a síndrome de Turner. A baixa estatura é caracterizada por crescimento intrauterino restrito (CIUR), crescimento lento durante a infância e falha no estirão do crescimento na adolescência, levando à redução da altura final em aproximadamente 20 cm abaixo da média feminina. Nos últimos 15 anos, o uso de GH tem-se mostrado promissor, com ou sem esteroides anabólicos, em acelerar o crescimento de meninas com a

doença. Diagnóstico e início do tratamento precoces, incluindo GH, podem aumentar a estatura final<sup>1,3-5</sup>.

Para meninas entre nove e 12 anos de idade, o tratamento pode ser iniciado com GH na dose inicial de 0,05 mg/kg/dia. O crescimento deve ser monitorizado em intervalos de três a seis meses, e a individualização da dose deve ser considerada em caso de resposta inadequada. Para crianças com mais de 12 anos de idade ou com menos de 8 anos abaixo do quinto percentil, deve se considerar a associação de GH com esteroides anabolizantes. A droga de escolha é a oxandrolona, que não deve ser utilizada em dose maior que 0,05 mg/kg/dia e não deve ser administrada em crianças com menos de 8 anos. A terapia deve ser continuada até que a estatura satisfatória seja alcançada ou até que a idade óssea esteja acima de 14 anos e a altura da paciente aumente menos que 2 cm em relação aos anos anteriores<sup>13,14,16</sup>.

O infantilismo genital é o achado clínico mais comum nas pacientes afetadas, sendo que 90% têm insuficiência gonadal. Entretanto, vale a pena lembrar que 30% destas terão desenvolvimento puberal espontâneo, e 2% a 5% terão ciclos menstruais e potencial para engravidar sem intervenção medicamentosa. Quando a prioridade é a estatura, deve-se atrasar o início da hormonioterapia com estrogênio para não comprometer a estatura final, não começando antes dos 12 anos, sendo o ideal acima dos 15 anos. A terapia inicia-se com dose baixa de 0,3 mg/dia de estrogênio conjugado (EEC) ou de 0,5 mg/dia de estradiol micronizado (E2), com aumento gradativo até 1,25 mg/dia de EEC ou 2 mg/dia de E2, sendo o intervalo de ajuste da dose de três a seis meses. O progestagênio ideal é o acetato de medroxiprogesterona na dose de 5 mg por 12 dias ao mês, e deve ser introduzido após um ano de tratamento com estrogênio ou quando houver o primeiro sangramento vaginal<sup>7,8,16</sup>.

Em relação ao tratamento cirúrgico, deve ser realizada a gonadectomia profilática se o cariótipo for mosaico 45,X/46,XY, pois o risco de tumor gonadal nesse grupo de pacientes é de 7% a 10%. Em pacientes que decidem contra a cirurgia é necessária a realização periódica de ultrassonografia transvaginal com Doppler das gônadas<sup>10,19</sup>.

Na literatura, é consenso a utilização de hormônio do crescimento em alguns casos selecionados de pacientes entre 9 e 12 anos, visando ao aumento da estatura final. Posteriormente inicia-se a hormonioterapia com estrogênios conjugados associados ao progestagênio. Quando observamos a distribuição por faixa etária, verificamos maior prevalência de pacientes na fase puberal, que é a idade mais comum da procura ao ginecologista pela ausência de características sexuais<sup>2,7,8</sup>.

## CONCLUSÕES

A síndrome de Turner é anomalia genética com incidência relativamente alta na população. É de suma importância a publicação de casos para a troca de experiências no manejo da referida doença. O acompanhamento de pacientes com esse diagnóstico necessita de abordagem multidisciplinar.

A análise cromossômica deve sempre ser realizada em mulheres com falência ovariana de causa não conhecida, mesmo na ausência de achados dismórficos. Esta também é de extrema importância em pacientes síndrômicas, pois, além de confirmar o diagnóstico, é capaz de identificar pacientes em risco, como nos casos com uma linhagem 46, XY.

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, para tentar-se minimizar o problema de baixa estatura que acomete mais de 95% das pacientes. Muitas vezes esse achado é mais frequente em meninas na fase pré-puberal. Com emprego do hormônio do crescimento pode ser alcançada estatura final satisfatória<sup>3,6,8</sup>.

## REFERÊNCIAS

- Bakalov VK, Shawker T, Ceniceros I, Bondy CA. Uterine development in Turner syndrome. *J Pediatr*. 2007 Nov;151(5):528-31, 531.e1.
- Bannink EM, Raat H, Mulder PG, de Muinck Keizer-Schrama SM. Quality of life after growth hormone therapy and induced puberty in women with Turner syndrome. *J Pediatr*. 2006 Jan;148(1):95-101.
- Bechtold S, Dalla Pozza R, Schmidt H, Bonfig W, Schwarz HP. Pubertal height gain in Ullrich-Turner syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2006 Aug;19(8):987-93.
- Bolar K, Hoffman AR, Maneatis T, Lippe B. Long-term safety of recombinant human growth hormone in turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008 Feb;93(2):344-51.
- Davenport ML, Crowe BJ, Travers SH, Rubin K, Ross JL, Fechner PY, et al. Growth hormone treatment of early growth failure in toddlers with Turner syndrome: a randomized, controlled, multicenter trial; *J Clin Endocrinol Metab*. 2007 Sep;92(9):3406-16.
- de Lemos-Marini SH, Morcillo AM, Baptista MT, Guerra-Jr G, Maciel-Guerra AT. Spontaneous final height in Turner's syndrome in Brazil. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2007 Nov;20(11):1207-14.
- Gravholt CH, Hjerrild BE, Naeraa RW, Engbaek F, Mosekilde L, Christiansen JS. Effect of growth hormone and 17beta-oestradiol treatment on metabolism and body composition in girls with Turner syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2005 May;62(5):616-22.
- Kanaka-Gantenbein C. Hormone replacement treatment in Turner syndrome. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2006 Jan;3 Suppl 1:214-8.
- Krysiak R, Gdula-Dymek A, Bednarska-Czerwińska A, Okopień B. Growth hormone therapy in children and adults. *Pharmacol Rep*. 2007 Sep-Oct;59(5):500-16.
- Modi D, Bhartiya D. Y chromosome mosaicism and occurrence of gonadoblastoma in cases of Turner syndrome and amenorrhoea. *Reprod Biomed Online*. 2007 Nov;15(5):547-53.
- Morgan T. Turner syndrome: diagnosis and management; *Am Fam Physician*. 2007 Aug 1;76(3):405-10.
- Papp C, Beke A, Mezei G, Szigeti Z, Bán Z, Papp Z. Prenatal diagnosis of Turner syndrome: report on 69 cases. *J Ultrasound Med*. 2006 Jun;25(6):711-7; quiz 718-20.
- Piati S. Estados intersexuais. *Tratado de Ginecologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p.135-2.
- Pinotti JA. Disgenesia Gonadal; *Tratado de Ginecologia*. Condutas e rotinas da disciplina de ginecologia da faculdade de medicina da USP Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.108-17.
- Ranke M, Saenger P. Turner's syndrome. *Lancet*. 2001 Jul;358:309-14.
- Rosenfield RL, Devine N, Hunold JJ, Mauras N, Moshang Jr T, Root AW. Salutary effects of combining early very low-dose systemic estradiol with growth hormone therapy in girls with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Dec;90(12):6424-30.
- Saenger P, Albertson Wikland K, Conway GS, Davenport M, Gracholt CH, Hintz R, et al. Recommendations for the Diagnosis and Management of Turner Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(7):3061-68.
- Schoemaker MJ, Swerdlow AJ, Higgins CD, Wright AF, Jacobs PA; UK Clinical Cytogenetics Group. Cancer incidence in women with Turner syndrome in Great Britain: a national cohort study. *Lancet Oncol*. 2008 Mar;9(3):239-46.
- Stochholm K, Juul S, Juel K, Naeraa RW, Gravholt CH. Prevalence, incidence, diagnostic delay, and mortality in Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006 Oct;91(10):3897-902.
- Sybert V, McCauley E. Turner's Syndrome. *N Engl J Med*. 2004 Sep;351(12):1227-38.
- Vaknin Z, Reish O, Ben-Ami I, Heyman E, Herman A, Maymon R. Prenatal diagnosis of sex chromosome abnormalities: the 8-year experience of a single medical center. *Fetal Diagn Ther*. 2008;23(1):76-81.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Fernanda Morais de Andrade

E-mail: nanda-thedoc@uol.com.br

## TITULAÇÕES

- Médica Residente de Ginecologia do Hospital Federal Cardoso Fontes.
- Doutorado e Mestrado em Ciências, Área da Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (Fundação Oswaldo Cruz — Fiocruz). Professora Titular de Obstetrícia do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso). Coordenadora do Setor de Ginecologia para Adolescentes do Hospital Federal Cardoso Fontes. Responsável pelo Ambulatório de Ginecologia para Adolescentes do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO) do Unifeso.
- Mestre em Endocrinologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro. Médica do Ambulatório de Genética e responsável pelo Laboratório de Citogenética da UNIGEN-HUGG da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Pós-Graduada (doutorado) em Morfologia (Genética) pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM).

## Participação da SOGIA-BR no Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo), Belo Horizonte — MG, de 14 a 18 de novembro de 2009.

### Representantes da SOGIA-BR:

Claudia Lucia Salomão, Denise Maia Monteiro, Fernando César Oliveira Filho, João Tadeu Leite, José Alcione Macedo Almeida, José Domingues dos Santos Júnior, Marcelino Poli, Maria de Lourdes C. Magalhães, Maria Virginia Werneck, Marta Francis Rehme, Ricardo Cristiano Rocha, Sílvia de Melo Cunha, Vicente Renato Bagnoli e Zuleide Felix Cabral.

### ATIVIDADES

**a) Curso Pré-Congresso:** O exame Ginecológico na Infância; Vulvovaginite na Infância; Distúrbios do Desenvolvimento Puberal; Violência Sexual na Infância; Sangramento Anormal na Adolescência; Hirsutismo e Acne; Transtornos Alimentares na Adolescência; Gravidez e sua Dimensão; Anticoncepção na Adolescência.

### b) FORO Saúde do Adolescente

b.1 — Questões Éticas e Legais em Anticoncepção na Adolescência: Direitos Sexuais e Reprodutivos; Contracepção em Adolescentes Menores de 18 anos; Orientação e/ou Contraceptiva sem Demanda e Prescrição Antecipada de Contracepção de Emergência.

b.2 — Questões Clínicas na Prescrição de Anticoncepção na Adolescência: Anticoncepção Hormonal e Densidade Óssea; Hormonioterapia Contínua Induzida e Adolescente Atleta; Quando Indicar DIU e SIU.

b.3 - Gravidez na Adolescência: Amamentação; Pré-Natal: Existe Peculiaridades?; Abortamento; Qual a melhor Via de Parto; Prevenção da Segunda Gravidez.

**c) Mesa-Redonda: Desafios no Atendimento da Criança e da Adolescente** — Quando Suspeitar de Abuso Sexual; Doenças Sexualmente Transmissíveis na Adolescência; Distúrbios Alimentares.

**d) Mesa-Redonda: Controvérsias na Adolescência** — Distúrbios do Crescimento na Adolescência; Amenorreia Induzida; Abordagem da Genitália Ambígua.

**e) Conferência: Estratégias Para Prevenção do Abortamento Inseguro na Adolescência**

Dr. Ramiro Molina - Chile

## **Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia Curso Virtual de Patología del Tracto Genital Inferior & Colposcopia + Capítulo de Anatomía Patológica**

### **VI CURSO VIRTUAL ANUAL 2010**

Se ha prescindido del requisito excluyente de vivir a más de 100 km de la ciudad de Buenos Aires para realizar nuestros Cursos Virtuales.

Los invitamos a visitar el campus del Curso donde encontrará fragmentos de clases, programa detallado, cuerpo docente, videos, galería de imágenes, índice de lecturas recomendadas y archivo bibliográfico: <http://colpo.ttcampus.com>

#### **DIRECTORES**

Dra. Alejandra Maciel

Dr. Edgardo Sánchez Pinedo

#### **CARACTERÍSTICAS DEL CURSO**

- Curso a distancia.
- Modalidad virtual.
- Idioma Español.
- Para médicos de nuestro país y del extranjero.
- Duración 12 meses: 1º de mayo de 2010 al 30 de abril de 2011.
- No se presentará monografía.

#### **CONTENIDOS DEL CURSO**

- 150 horas de clases audiovisuales
- Foro interactivo
- Mostraciones colpofotográficas - Videos - Casos Clínicos Patológicos
- Archivo bibliográfico - Links de interés - Lecturas recomendadas
- Ciclo de Conferencias magistrales
- Simposios
- La totalidad de los contenidos publicados estarán on line permanentemente hasta una semana antes del examen final. Se subirán semanalmente y se podrán ver la cantidad de veces que se lo desee en cualquier horario.

#### **REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN**

- Ser médico de cualquier especialidad (argentino o extranjeros) con no menos de dos años de graduado a la fecha de inicio del Curso.
- Enviar por mail resumen del CV, copia del título de médico y del documento de identidad.

#### **EVALUACIONES**

El curso se aprueba mediante una evaluación final por sistema de *múltiple choice on line*, que se realizará en el mes de julio de 2011. En caso de ser necesario se tomará un examen recuperatorio. Además, se

incluirán auto-evaluaciones durante el Curso, a fin de que los alumnos puedan determinar su grado de comprensión de los contenidos y logros de los objetivos parciales.

#### **CERTIFICADOS**

Se otorgará un diploma y certificado donde constará la carga horaria, la certificación de haber cursado y aprobado el examen final. Asimismo, quienes hayan aprobado el Curso, de solicitarlo, pueden ingresar como miembros adherentes de la SAPTGIyC.

#### **CUERPO DOCENTE**

Dr. Angilello Ricardo - Dra. Ariel Laura - Dra. Bermúdez Adriana - Dra. Bonsergent Silvia - Dr. Casco Ricardo - Dr. Castaño Roberto - Dr. Coppolillo Enrique - Dr. Cuneo Nicasio - Dr. De Torres Ramón - Dra. Díaz Lili - Dra. Domenech María - Dra. Dubra Lila - Dr. Elizalde Roberto - Dra. Etcheverry Graciela - Dra. Farinati Alicia - Dra. Filomia María - Dra. Fleider Laura - Dr. Gil Deza Ernesto - Dr. Gueglio Ricardo - Dr. Guglielmineti Armando - Lic. Guinzburg Marga - Dr. Habich Diego - Dr. Hakim Alejandro - Dra. Herbst Mabel - Dr. Hermansson Carlos - Dr. Huguet Jorge - Dr. Humphreys Andrés - Dra. Inciarte Florencia - Dra. Lamm Marina - Dra. Laudi Rosa - Dr. Lema Baltasar - Dr. Lowenthal Mario - Dra. Maciel Alejandra - Dr. Maglione Miguel - Dra. Marchitelli Claudia - Dr. Marini Mario - Dra. Mauro Élida - Dr. Mon Oscar - Dra. Moreno Silvina - Dr. Mural Juan - Dr. Nápoli José - Dr. Palacios José - Dr. Paul Luis - Dr. Pérez Héctor - Dra. Perrotta Myriam - Dra. Piccone Marcela - Dra. Picconi Alejandra - Dra. Pradier Silvina - Dr. Rebagliati Gustavo - Dr. Rosato Otilio - Dra. Rossi Liliana - Dr. Sampietro Agustín - Dr. Sánchez Pinedo Edgardo - Bioq. Santiso Gabriela - Dr. Santomé Alberto - Dra. Savransky Karina - Dra. Secco Graciela - Dra. Skutnisky Cristina - Dra. Skutnisky Laura - Dr. Spinelli Osvaldo - Dr. Staringer Juan Carlos - Dra. Tablado Analía - Lic. Talgham Carolina - Dr. Tatti Silvio - Dra. Tauscher Patricia - Dr. Testa Roberto - Dr. Tidone Carlos - Dr. Tilli Miguel - Dra. Tinnirello María - Dr. Toziano Mariano - Dra. Velazco Andrea - Dra. Vighi Susana - Dra. Villabrille Patricia - Dra. Witis Silvina - Lic. Zavaglia Rosalía.

### **PROGRAMA ANALITICO**

#### **VI Curso Virtual Anual 2010**

- Anatomía, histología y embriología del tracto genital inferior (TGI);
- Introducción a la colposcopia;
- Avances tecnológicos en la etapa diagnóstica de la patología del TGI;
- Introducción a la citología; cervicovaginal
- Anatomía quirúrgica de la pelvis y su aplicación en cirugía ginecológica;
- Microbiota vaginal;
- el laboratorio en el diagnóstico de las infecciones del TGI;
- Diagnóstico citológico e histológico de las lesiones virales del TGI;
- Vaginosi bacteriana y embarazo;
- Antibióticos. Su uso racional en las infecciones del TGI;
- *Trichomonas vaginalis*;
- Micosis del tracto genital e intertrigo inguinal;
- Tratamiento de la micosis del tracto genital;
- *Chlamydia trachomatis*. Aspectos poco conocidos;
- Otras patologías infecciosas, virales y no virales del TGI;
- *Herpes simplex virus*;
- Clasificaciones colposcópicas;
- Patrones colposcópicos básicos;
- La biopsia en el TGI;
- Conización cervical;
- Radiofrecuencia en el TGI;
- Virus papiloma humano: diagnóstico por biología molecular;
- aplicación clínica de la tipificación de HPV;
- Infecciones por HPV;
- El ginecólogo frente al HPV - hechos, paradojas y errores;
- Casos clínicos;
- Mostraciones colpofotográficas;
- Anatomía patológica de las lesiones intraepiteliales
  - mostración - lesiones por HPV;
- Tratamiento de las lesiones intraepiteliales pavimentosas de bajo grado;
- Diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino CIN3;
- Imágenes colposcópicas relacionadas con malignidad;

- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado;
- SIL de alto grado: metodología; diagnóstica y estrategias terapéuticas
- Errores en colposcopia;
- Adelantos en colposcopia;
- Lesiones pavimentosas intraepiteliales;
- Búsqueda de información médica en internet;
- HIV y patología del TGI;
- Neoplasia intraepitelial anal y cáncer anal;
- HPV y embarazo;
- Infección por *streptococo B agalactae*;
- Infecciones del TGI y embarazo;
- Diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial durante el embarazo;
- Fisiopatología del TGI en la infección gineco-obstétrica;
- Mostración colpofotográfica de la paciente gestante;
- Herpes genital;
- Patología del TGI en mujeres HIV+;
- TGI. Menopausia;
- Mostración colpo-histológica - lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino;
- Patología del TGI en la adolescente;
- Abuso sexual infantil;
- La relación médico-paciente en ginecología;
- Correlación colpo-cito-histológica en patología cervical;
- Mostración colpofotográfica y su correlación anatomopatológica;
- Introducción al estudio del cáncer invasor del cuello uterino;
- Carcinoma de cuello uterino;
- Carcinoma pavimentoso microinvasor del cuello uterino;
- Tratamiento del carcinoma; pavimentoso microinvasor del cuello uterino;
- Cáncer de cuello uterino: diagnóstico, estadificación y estrategias terapéuticas;
- Tendencias en el tratamiento de los estadios tempranos de cáncer de cuello uterino;
- Histerectomía radical abdominal y vaginal;
- Tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello;
- Exenteración pelviana;
- Anatomía patológica de las lesiones glandulares del cuello uterino;
- Adenocarcinoma de cuello uterino;
- Carcinoma de cuello uterino y embarazo;
- Complicaciones urológicas de la cirugía radical para el cáncer cervical;
- Enfoque integral del cáncer avanzado del cuello uterino;
- Cáncer de cuello de útero y tratamiento radiante;
- Quimioterapia en carcinoma de cérvix;
- Patología vaginal benigna;
- Lesiones intraepiteliales de la vagina;
- Cáncer de vagina;
- Manifestaciones vulvares de enfermedades dermatológicas;
- Infección genital por HPV;
- Neoplasia intraepitelial vulvar;
- Lesiones preinvasoras vulvares;
- Liquen escleroso;
- Dispareunia, vulvodinia y prurito vulvar;
- Vulvodinias;
- Carcinoma epidermoide. Invasión superficial de la vulva;
- Carcinoma epidermoide. Clínica;
- Cáncer de vulva. Interrogantes actuales;
- Cáncer de vulva. Metástasis ganglionares;
- Carcinoma vulvar. Cirugía radical, quimio y radioterapia;
- Dolor en patología del TGI;
- Colposcopia en el estado grávido puerperal;
- Patología multicéntrica del TGI;
- Mostraciones colpofotográficas. Lesión de bajo grado. Diagnósticos diferenciales;
- Mostraciones colpofotográficas. Lesiones de alto grado y microinvasión
- Controversias en PTGI;
- Casos de la citopatología;
- ¿La anatomía patológica es *gold standard* en el diagnóstico de la patología del cérvix?;
- Anatomía patológica del VIN;
- Complicaciones de la cirugía radical del TGI;
- Vacunas contra el HPV: protocolos publicados. Análisis de seguridad;
- Vacunas: preguntas pendientes;
- Indicaciones de la tipificación viral en la práctica clínica;
- Uso del láser en TGI;
- Mala praxis en el manejo de la PTGI.

### Informes e inscripciones

#### Secretaría de la Sociedad

Av. Santa Fe, 2992 - 3° F (C1425BGR) Buenos Aires - Argentina  
 tel/fax: (54 11) 4825-5141 / 4823-6187  
 E-mail: [cursovirtual@colpoweb.org](mailto:cursovirtual@colpoweb.org) - [sociedad@colpoweb.org](mailto:sociedad@colpoweb.org)  
[www.colpoweb.org](http://www.colpoweb.org)



## II Capítulo de Anatomía Patológica (Citopatología)

**Apertura de inscripciones: el 18 de noviembre de 2009**

### Características Generales

- Modalidad Virtual - Idioma Español.
- Destinado a médicos de cualquier especialidad y Citotécnicos.
- Duración estimada: 5 meses (comienzo 1º de mayo de 2010).
- Acceso a Foro Interactivo.
- Se tomará examen (*multiple choice on line*) y se entregará Diploma.
- Los contenidos se subirán semanalmente y permanecerán on- line hasta una semana antes del examen. El mismo será en el mes de marzo de 2011 (en función de la carga horaria semanal, aquellos alumnos que también realicen el Curso Virtual Anual, podrán rendir ambos exámenes en julio de 2011).

### PROGRAMA ANALÍTICO

#### Citología

1. Citología convencional. Aspectos técnicos. Control de calidad.
2. Citología hormonal.
3. Citología Inflamatoria. La citología en las infecciones cervicovaginales.
4. El informe citológico. Análisis de las clasificaciones. De Papanicolaou a Bethesda.
5. Citología de las lesiones intraepiteliales pavimentosas. Sensibilidad y especificidad del método para el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales. Valor predictivo de la sospecha citológica para el manejo de la paciente.
6. La citología en el diagnóstico de las lesiones glandulares. Citología del endocervix.
7. Los Falsos negativos y los Falsos positivos en citología.

#### Patología

1. Patología benigna del cuello uterino. Inflammaciones. Tumores.
2. Lesiones intraepiteliales pavimentosas cervicales. Nomenclatura y aspectos morfológicos.
3. Análisis comparativo y crítico de las clasificaciones histológicas. De las Displasias a las Lesiones Intraepiteliales. Racionalidad de la utilización del Sistema Bethesda para los informes histológicos.
4. Correlación histopatológica - colposcópica. La colposcopia vista a través del microscopio.
5. El problema de la reproducibilidad diagnóstica en la patología cervical. Reproducibilidad inter e intraobservador.
6. Aspectos anatomopatológicos de las resecciones con LEEP y de la conización con bisturí frío. Calidad del espécimen. Problemática de los márgenes.
7. Carcinoma pavimentoso microinvasor.
8. Carcinoma epidermoide macroinvasor de cuello uterino. Factores pronósticos.
9. Lesiones glandulares del cuello uterino. Adenocarcinoma *in situ*. ¿Se deben diagnosticar lesiones menores que adenocarcinoma *in situ*?
10. Adenocarcinomas invasores y carcinomas poco frecuentes de cuello uterino.
11. Patología de la vagina. De la Neoplasia Intraepitelial Vaginal al carcinoma primitivo. Compromiso vaginal por extensión de las lesiones cervicales.
12. Patología benigna de la vulva. Nueva clasificación de los desordenes epiteliales no neoplásicos de la vulva.- Tumores benignos.
13. VIN. Clasificación y aspectos morfológicos.
14. Carcinomas invasores de vulva. Factores pronósticos.
15. Correlación cito-histológica.

# Delegados da SOGIA-BR

## Pará

José Clarindo Martins Neto  
Hospital Guadalupe  
Rua Acipreste Manoel Teodoro, 736  
66015-040 – Belém, PA

## Maranhão

Érika Krogh  
E-mail: erikakrogh@yahoo.com.br

## Ceará

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães  
Sílvia de Melo Cunha  
Rua Des. José Gil de Carvalho, 55 – Lago Jarey  
60822-270 – Fortaleza, CE  
Tels.: (85) 257-3311/4535  
E-mail: mariadelourdes@uol.com.br  
smel@fortalnet.com.br

## Bahia

Marcia Sacramento Cunha  
Rua João das Botas, 89, ap. 601  
40110-160 – Salvador, BA  
E-mail: marciascunha@ig.com.br

Cremilda Costa de Figueiredo  
Rua Dr. Américo Silva, 96, ap. 601  
40155-610 – Salvador, BA  
E-mail: cremilda@svn.com.br

## Mato Grosso do Sul

Tatiana Serra da Cruz Vendas  
Rua Euclides da Cunha, 1.045  
79020-230 – Campo Grande, MS

## Distrito Federal

José Domingues dos Santos Jr.  
SMDB, cj. 12-B, lote 3, casa B  
Lago Sul – 71680-125 – Brasília, DF  
E-mail: josedo@terra.com.br

## Goiás

Alessandra Arantes Silva Campos  
Rua L, 68, ap. 801 – 74120-050 – Goiânia, GO

## Minas Gerais

João Tadeu Leite dos Reis  
Rua Ceará, 1.431, sala 1301  
30150-311 – Belo Horizonte, MG  
E-mail: joaotadeu@seven.com.br

Claudia Lúcia Barbosa Salomão  
Av. Pasteur, 89, salas 1408/1409  
30150-290 – Belo Horizonte, MG  
E-mail: barburi@terra.com.br

## Espírito Santo

Ricardo Cristiano Leal Rocha  
Rua Desembargador Sampaio, 204/401  
Praia do Canto – 29055-250 – Vitória, ES  
E-mail: ricardo.cristiano@yahoo.com.br

## Rio de Janeiro

Denise Leite Maia Monteiro  
Rua Almirante Tamandaré, 66, ap. 851  
22210-060 – Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br

Elaine da Silva Pires  
Praça Nilo Peçanha, 16S 401 – Nilópolis  
26520-340 – Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: elainespines@ig.com.br

Filomena Aste Silveira  
E-mail: femena@uol.com.br

## São Paulo

Rosana Maria dos Reis  
E-mail: ramareis@fmrp.usp.br

## Paraná

José Luiz de Oliveira Camargo  
Rua Assunção, 475  
86050-130 – Londrina, PR  
Fernando César de Oliveira Jr.  
Av. 7 de Setembro, 5.231, ap. 602 – Batel  
80240-000 – Curitiba, PR  
Tel.: (41) 244-9764  
E-mail: fernandocojr@yahoo.com.br

## Santa Catarina

Fabiana Troian  
Al. Rio Branco, 805, ap. 603  
89010-300 – Blumenau, SC  
E-mail: fatroian@yahoo.com.br

Ivana Fernandes  
E-mail: ivanafernandes@hotmail.com

## Rio Grande do Sul

Marcelino H. Poli  
Rua Ramiro Barcelos, 910, cj 804  
90035-001 – Porto Alegre, RS  
E-mail: mepoli@terra.com.br

Liliane D. Herter  
E-mail: liliane.herter@clinchaherter.com.br

Glênio Spinato  
Rua Teixeira Soares, 879/504  
99010-081 – Passo Fundo, RS  
E-mail: spinato@tpo.com.br

## Normas e instruções para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e o autor principal, quando brasileiro, deve ser filiado como sócio da SOGIA-BR; para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação e pode ser escrito em espanhol.
2. O texto de trabalho original ou de atualização deve ser digitado em arquivo Word, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5, com 12 a 16 páginas; relato de caso clínico deve conter entre seis e oito páginas.
3. Referências bibliográficas: não ultrapassar 40 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, por ordem alfabética. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: "Puberdade precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças<sup>10</sup>". Essa referência número 10 é a décima da lista ordenada.
4. No texto, não usar letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se devem usar pontos em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
5. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, nome completo e titulação dos autores, as duas principais, além da identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor principal deve ser completo, incluindo e-mail e fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
7. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser simples, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto e em preto e branco.

A Revista da SOGIA-BR é um periódico dirigido aos profissionais que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes.

Destina-se à publicação de artigos de atualização e trabalhos originais de investigação que não tenham sido publicados em outro periódico.

Os trabalhos devem ser encaminhados preferencialmente por e-mail [sogia@sogia.com.br](mailto:sogia@sogia.com.br).

Quando encaminhados via correios, deve ser enviado CD com os trabalhos gravados, juntamente a duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da revista.



# Cerazette®

## desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio com a mesma eficácia da pílula combinada<sup>1-7</sup>

### Sua paciente fuma e tem mais de 35 anos?

Antes de mais nada, é recomendável que ela pare de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não forneça anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0).

Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.<sup>8</sup>

### Sua paciente está amamentando?

Quando a mulher está amamentando, métodos como a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores escolhas do que os anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0).<sup>8</sup>

### Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco para doença cardiovascular, não prescreva anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0).

Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.<sup>8</sup>

**Referências bibliográficas:** 1. Korver T *et al.* A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg/day or levonorgestrel 30 mcg/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998; 3: 169-78. 2. Bjarnadóttir R *et al.* Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *Brit J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 1174-80. 3. Vromans EWM *et al.* Missed pill advice for women using Cerazette. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70:37. 4. Pichl T, Karck U. The estrogen-free pill Cerazette in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70: 37. 5. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. *Contraception* 2004; 69: 89-97. 6. Winkler UH *et al.* A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. *Contraception* 1998; 57: 385-92. 7. Rice *et al.* A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 982-5. 8. Adaptado de FEBRASGO. Anticoncepção. Manual de orientação 2004. 9. Bula do produto.

**Cerazette® Desogestrel. Apresentação:** cartucho com 1 cartela com 28 comprimidos. Cada comprimido contém: desogestrel 75 mcg. **Indicações:** contracepção. **Contraindicações:** Cerazette® não deve ser usado na presença de qualquer das seguintes condições ou se elas ocorrerem pela primeira vez, o produto deve ser descontinuado imediatamente: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não tenham retornado ao normal; tumores progestagênio-dependentes; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente do Cerazette®. **Precauções e advertência:** durante o uso de contraceptivos orais (COs), o risco de ter câncer de mama diagnosticado está levemente aumentado. Entretanto, para esses contraceptivos de progestagênio isolado, a evidência é menos conclusiva. Avaliar risco-benefício no caso de câncer hepático. Investigações epidemiológicas associaram o uso de COC a uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênico seja desconhecida, Cerazette® deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de Cerazette® deve também ser considerada em caso de imobilização prolongada devido a cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem Cerazette®. O tratamento com Cerazette® leva a redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial. Apesar do fato de Cerazette® inibir a ovulação, a gravidez ectópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial se a mulher tem amenorria ou dor abdominal. Cloasma pode ocorrer ocasionalmente. As seguintes condições foram relatadas durante a gravidez e durante uso de esteroide sexual, mas a associação com o uso de progestagênios não foi estabelecida: icterícia e/ou prurido relacionado a colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada a otosclerose. Mesmo quando Cerazette® é tomado regularmente, podem ocorrer distúrbios de sangramento. As mulheres devem ser informadas de que Cerazette® não protege contra HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Como em todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem, o desenvolvimento folicular ocorre e ocasionalmente o folículo pode continuar o desenvolvimento além do tamanho que poderia atingir num ciclo normal. Geralmente, esses folículos aumentados desaparecem espontaneamente. A eficácia dos contraceptivos de progestagênio isolado pode ser reduzida no caso de esquecimento de tomar os comprimidos, distúrbios gastrointestinais ou de utilização de medicação concomitante. Estudos epidemiológicos extensos mostraram que não há risco aumentado de malformações nas crianças de mães que utilizaram contraceptivos orais antes da gravidez, nem efeitos teratogênicos quando os contraceptivos orais forem administrados inadvertidamente no início da gestação. Dados de farmacovigilância coletados com vários COCs contendo desogestrel também não indicam um risco aumentado. Cerazette® não influencia a produção ou a qualidade do leite materno, mas uma pequena quantidade de etonogestrel é excretada no leite. **Reações adversas:** as reações adversas relatadas com maior frequência nos estudos clínicos com Cerazette® (>2,5%) foram sangramento irregular, acne, alterações de humor, dor nas mamas, náusea e aumento de peso. **Interações medicamentosas:** podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsossomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais. Foram estabelecidas interações com hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, rifabutin, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. Durante o tratamento com carvão medicinal, a absorção do comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carreadoras). **Posologia:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **Superdosagem:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2 0). Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro São Paulo - SP - CEP 04747-900.**

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: atendimento medico@spcorp.com ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

Cerazette® não deve ser usado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores progestagênio-dependentes. <sup>9</sup> Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de Cerazette® com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina. <sup>9</sup>



Nem comprida demais,  
nem curta demais:  
tudo na vida  
tem que ser dosado.



Mercilon® Conti  
desogestrel + etinilestradiol/  
etinilestradiol

\*"A" pílula combinada<sup>1-4</sup>



Isso também vale para o contraceptivo:  
**Mercilon® Conti tem a dose efetiva para controle de ciclo.<sup>1</sup>**



**Referências bibliográficas:** 1. Akin M and the other members of the Mircette Study Group. An open-label, multicenter, non comparative safety and efficacy study of Mircette, a low-dose estrogen-progestin oral contraceptive. Am J Obstet Gynecol 1998;179: S2-S8. 2. Sulak PJ, et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. Obstet Gynecol 2000;95:261-6. 3. Miller L, Hughes JP. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. Obstet Gynecol 2003; 101: 653-61. 4. Hubacher D, Potter L. Adherence to oral contraceptive regimens in four countries. Inter Family Plan Pers 1993; 19:49-53. 5. Bula do produto.

**MERCILON® CONTI.** Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. **FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO:** embalagem com 1 blíster contendo 21 comprimidos brancos (Desogestrel 150 mcg/Etinilestradiol 20 mcg), 2 comprimidos verdes (placebo) e 5 comprimidos amarelos (10 mcg de etinilestradiol). **INDICAÇÃO:** prevenção da gravidez. **CONTRAINDICAÇÃO:** tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos; histórico de tromboflebite ou TVP; doença vascular cerebral ou de artérias coronárias; carcinoma de mama conhecido ou suspeito; carcinoma de endométrio ou outra neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita; sangramento vaginal anormal não diagnosticado; icterícia colestática da gravidez ou icterícia com uso prévio de pílula; adenomas ou carcinomas hepáticos; gravidez conhecida ou suspeita; hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **ADVERTÊNCIAS:** o uso de anticoncepcionais orais está associado a maiores riscos de ocorrência de enfarte do miocárdio, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, neoplasia hepática e doença da vesícula biliar, embora o risco de morbidade grave ou mortalidade seja muito baixo em mulheres saudáveis. Foi demonstrado que o tabagismo em combinação com o uso de anticoncepcional oral contribui de forma substancial para a incidência de enfarto do miocárdio em mulheres na sua terceira década de vida ou mais velhas. Os anticoncepcionais orais podem aumentar os efeitos de fatores de risco bem conhecidos, tais como a hipertensão, diabetes, hiperlipidemias e obesidade. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais aumentam a pressão arterial entre usuárias. Embora existam relatórios conflitantes, a maioria dos estudos sugere que o uso de anticoncepcionais orais não está associado ao aumento global no risco de desenvolvimento de câncer de mama. Foram relatados casos clínicos de trombose retiniana associada ao uso de anticoncepcionais orais. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais provocam uma diminuição na tolerância à glicose em uma porcentagem significativa de usuárias. Uma pequena proporção de mulheres apresentará hipertrigliceridemia enquanto estiverem usando a pílula. O aparecimento ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaleia grave, exige a suspensão dos anticoncepcionais orais e avaliação da causa. Sangramento intermenstrual e *spotting* são observados algumas vezes em pacientes que recebem anticoncepcionais orais, principalmente durante os primeiros três meses de uso. Devem ser consideradas causas não hormonais e tomadas medidas diagnósticas adequadas para afastar a possibilidade de processo maligno ou gravidez. Algumas mulheres poderão apresentar amenorreia ou oligomenorreia pós-pílula, especialmente caso essa condição já tenha ocorrido. Gravidez ectópica, bem como intrauterina, pode ocorrer em caso de falha do anticoncepcional. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina. Uma associação semelhante, embora menos acentuada, foi sugerida com referência aos barbitúricos, fenilbutazona, fenitoína sódica, carbamazepina e possivelmente também com griseofulvina, ampicilina, tetraciclina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. **PRECAUÇÕES:** não protege contra infecção pelo HIV (Aids) e outras doenças sexualmente transmissíveis; realizar exame físico e testes laboratoriais relevantes; mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou que apresentem nódulos mamários, mulheres em tratamento para hiperlipidemia devem ser monitoradas regularmente; suspender a medicação em caso de icterícia e/ou disfunção hepática; os anticoncepcionais orais podem ocasionar um determinado grau de retenção de líquidos. Devem ser prescritos com cuidado em pacientes que apresentem condições que possam ser agravadas pela retenção de líquidos. Mulheres com histórico de depressão devem ser cuidadosamente observadas e a medicação suspensa caso a depressão volte em nível preocupante. As usuárias de lentes de contato que desenvolverem alterações visuais ou alterações na tolerância às lentes deverão ser avaliadas por um oftalmologista. Extensos estudos epidemiológicos não revelaram qualquer aumento no risco de defeitos congênitos em bebês de mulheres que usaram anticoncepcionais orais antes da gravidez. O uso deste produto antes da menarca não é indicado. **REAÇÕES ADVERSAS:** acredita-se estarem relacionadas com o medicamento: náuseas; alteração no peso (aumento ou diminuição); vômitos; alteração na erosão e secreção cervical; sintomas gastrointestinais (tais como cólicas e distensão abdominal); diminuição na lactação quando dada imediatamente após o parto; icterícia colestática; sangramento intermenstrual; enxaqueca; *spotting*; erupção (alérgica); mudança no fluxo menstrual; depressão mental; amenorreia; tolerância reduzida a carboidratos; infertilidade temporária após suspensão do tratamento; candidíase vaginal; mudança na curvatura da córnea; edema; melasma que pode persistir; intolerância a lentes de contato; alterações na mama: sensibilidade, aumento, secreção. **POSOLOGIA:** tomar 1 comprimido branco, durante 21 dias, seguido por 1 comprimido verde (inerte) por 2 dias e 1 comprimido amarelo (ativo) por 5 dias. Reiniciar nova cartela, no dia seguinte após ter tomado o último comprimido. **SUPERDOSAGEM:** efeitos nocivos graves não foram relatados após ingestão aguda de altas doses de anticoncepcionais orais por crianças pequenas. A superdosagem pode causar náuseas, podendo ocorrer sangramento de privação no sexo feminino. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS - 1.0171.0102. Fabricado por Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - São Paulo - SP - Brasil - CNPJ 03.560.974/0001-18. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Versão bula EUA 10/00 15/ 304008-A-MAI/08-1.**

Mercilon® Conti não deve ser usado por mulheres que apresentarem as seguintes condições: tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos, câncer de mama (diagnosticado ou suspeito). Eficácia reduzida, aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associados ao uso concomitante de rifampicina, barbitúricos e drogas anticonvulsivantes.<sup>5</sup>

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: atendimento medico@spcorp.com ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

