



RESUMOS

XV CONGRESSO
MUNDIAL DE
GINECOLOGIA
INFANTO-JUVENIL



X CONGRESSO BRASILEIRO
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
RIO DE JANEIRO - RJ

- USO DO ANÁLOGO DO GNRH NO DIAGNÓSTICO DE PUBERDADE PRECOCE
- INDICAÇÕES DE USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS EM ADOLESCENTES SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS
- TUMOR DESMÓIDE EXTRA-ABDOMINAL EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA



SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Uso do análogo do GnRH no diagnóstico de puberdade precoce	3
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
Indicações de uso de contraceptivos hormonais em adolescentes segundo os critérios de elegibilidade da OMS.	9
RELATO DE CASO	
Tumor desmóide extra-abdominal em adolescente: relato de caso e revisão da literatura	13
RESUMOS	
XV Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil	17
NOTÍCIAS E AGENDA	21

COMISSÃO EDITORIAL

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

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

2º Tesoureiro

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



AVALIAÇÃO FINAL DO 10º CONGRESSO LATINO-AMERICANO E 15º CONGRESSO MUNDIAL DE GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Com a aproximação da data dos congressos, o Comitê Organizador sentindo dificuldades de apoio e patrocínio, fez a readequação de planejamento e, com um controle rígido de despesas e receitas, logrou equilíbrio financeiro, o que permitiu que se cumprissem os compromissos assumidos, inclusive o pagamento das quotas para a FIGIJ e para a ALOGIA, exigências estatutárias.

Fizemos um congresso menor e mais modesto que o idealizado anteriormente, mas com boa organização e boa programação científica. Participaram dos congressos 31 países representando quatro continentes, com o total de 901 congressistas inscritos, assim distribuídos: 44 europeus, três asiáticos, três norte-americanos e 851 latino-americanos – Brasil com 559, Paraguai com 90, Uruguai com 50, Argentina com 36, Chile com 27, Equador e Peru, com 19 cada um, Venezuela com 10, Colômbia com 9, Cuba com 6, México com 3, Panamá e Costa Rica com 2 cada um e Bolívia com 1.

No sábado, dia 5, e domingo, dia 6, pela manhã, realizou-se o exame para o IFEPAG, com 27 candidatos. Destes, 26 foram aprovados. O programa científico foi desenvolvido com a participação de 148 professores latino-americanos (105 brasileiros), cinco europeus e dois americanos. No domingo, dia 6, tivemos Curso Pré-congresso em duas salas, com três módulos cada uma, durante todo o dia. Nos três dias seguintes tivemos nove simpósios, com apresentação de temas livres antes de cada simpósio, fazendo parte destes: dez conferências; 22 mesas-redondas e quatro simpósios-satélites (lunch meeting) patrocinados pela indústria farmacêutica. Outra atividade de destaque do congresso foi o foro “Formação de Recursos Humanos em Ginecologia da Adolescência”. Essa é uma tarefa de muita importância para ALOGIA, dado que na região da América Latina há experiências de desenvolvimento de programas dirigidos a adolescentes, com diferentes níveis de organização. A adequada capacitação de recursos humanos é prioritária para a ALOGIA. Nesse foro, os relatores representaram a FIGIJ, e os países da região com mais experiências (Argentina, Brasil, Chile, Cuba e Uruguai). Nos debates participaram também a Dra. Matilde Maddaleno, representando a OPS, e a Dra. Maria Tereza de Lamare, representando o Ministério da Saúde do Brasil. As apresentações de trabalhos científicos foram em duas modalidades: 178 inscrições para pôster, sendo selecionados 165 que participaram da exposição. 24 trabalhos foram selecionados para apresentação oral antes de cada simpósio, fazendo parte destes.

O “Prêmio ALOGIA”, instituído desde o primeiro congresso latino-americano, é concedido para o melhor trabalho concorrente. Esse prêmio tem regulamento próprio, rígido, e conta com comissão de cinco membros de diversos países. Sete trabalhos foram inscritos, todos de bom nível científico. O ganhador do prêmio foi “Conocimiento y Percepción de Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes. Estudio Latinoamericano”, que tem como autores Escobar de Fernandez, ME; Salazar Santos, G e como co-autores Maucó Corrales, S; Santoyo Haro, S; Cordova Leguisamo, MB; Aspigueta, D; Reyes, MT; Roca, C; Marullo Diaz GE; Mundo Cuervo, VH; Presenza Pena, GF. Os países participantes são Argentina, Colômbia, Equador, México, Peru e Venezuela. Em reunião para avaliação final do Congresso, a diretoria da SOGIA considerou esta altamente positiva. Em meu nome pessoal, presto mais uma vez os agradecimentos aos nossos patrocinadores, ao Ministério da Saúde do Brasil, a todos os companheiros da SOGIA espalhados por esse imenso Brasil e à empresa SOMA por sua eficiência e profissionalismo demonstrados na excelente organização de nosso evento.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR



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

USO DO ANÁLOGO DO GNRH NO DIAGNÓSTICO DE PUBERDADE PRECOCE

FLÁVIA RAQUEL ROSA JUNQUEIRA¹ · AREANA DIOGO NASCIMENTO¹
· WELLINGTON DE PAULA MARTINS¹ · ANA CAROLINA JAPUR DE SÁ ROSA E SILVA²
· RUI ALBERTO FERRIANE³ · ROSANA MARIA DOS REIS⁴

RESUMO

A puberdade precoce verdadeira ou dependente de *gonadotropin-releasing hormone* (hormônio liberador de gonadotrofina) (GnRH) apresenta importante morbidade: a baixa estatura, conseqüência da rápida progressão da idade óssea, além das seqüelas psicoemocionais do desenvolvimento sexual secundário precoce. Daí a importância da realização de um diagnóstico precoce e preciso, a fim de que a terapêutica adequada seja instituída o quanto antes. O uso do análogo do GnRH (aGnRH) em teste diagnóstico vem sendo utilizado com esse objetivo, com valores de corte de LH após três horas > 8 UI/L e estradiol de 24 horas de $\geq 40,86$ pg/mL, dosados por meio de radioimunoensaio (Ibáñez *et al.*, 1994). Compararam-se neste trabalho a sensibilidade e a especificidade de diferentes critérios laboratoriais para diagnóstico de puberdade precoce verdadeira, usando-se o teste do aGnRH. Em estudo prospectivo com 44 meninas com desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários antes dos oito anos de idade, atendidas no Ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, realizou-se, em todos os casos, o teste do aGnRH, que consistiu na coleta de amostra sanguínea basal para dosagem de *follicle-stimulating hormone* (hormônio foliculo-estimulante) (FSH) e *luteinizing hormone* (hormônio liberador de hormônio luteinizante) (LH), seguida da aplicação subcutânea de 500 µg de acetato de leuprolida (Lupron®). Novas amostras sanguíneas foram realizadas em três e 24 horas da aplicação do aGnRH, para dosagem de FSH e LH com três horas e de estradiol com 24 horas. As dosagens de LH, FSH e estradiol foram realizadas por quimiluminescência. Compararam-se os níveis de LH e FSH basais, de três horas, e a relação LH-FSH obtida três horas após a administração de 500 µg de Lupron®, além do estradiol de 24 horas, com a evolução clínica das pacientes. Esse foi o padrão-ouro utilizado para análise do teste e, após seis meses, as pacientes foram divididas em dois grupos: puberdade progressiva (puberdade precoce verdadeira) e não-progressiva (pseudopuberdade precoce). Para análise estatística, utilizaram-se curvas ROC (*receiver operating characteristic*), estabelecendo-se sensibilidade, especificidade e melhor nível de corte para o diagnóstico de puberdade precoce verdadeira, para os diferentes critérios analisados. Além disso, avaliou-se a concordância entre os diversos tipos de análise do teste, por meio do coeficiente Kappa. Obtiveram-se os seguintes resultados: o LH de três horas apresentou valor de corte > 4,5 mUI/mL, sensibilidade de 59,1% e especificidade de 86,4%, com área sobre a curva de 0,723. O valor de Kappa foi de 0,45, com concordância de 0,73. O estradiol de 24 horas apresentou valor de corte > 40,6 pg/mL, sensibilidade de 70% e especificidade de 73,7%, com área sobre a curva de 0,703. O valor de Kappa foi de 0,436, com concordância de 0,718. Entre todos os critérios analisados, o melhor deles foi a relação LH-FSH de três horas, com valor de corte > 0,14, sensibilidade de 72,7% e especificidade de 77,3%, com área sobre a curva de 0,771. O valor de Kappa foi de 0,5, com concordância de 0,75. Como conclusões de nossa avaliação, a relação LH-FSH de três horas foi superior ao valor de LH de três horas ou estradiol de 24 horas, que haviam sido os melhores critérios diagnósticos no trabalho pioneiro na utilização desse teste.

Palavras-chave: puberdade precoce, diagnóstico, análogo do GnRH.

ABSTRACT

True or GnRH-dependent (gonadotropin-releasing hormone) precocious puberty involves important morbidity such as short stature due to the rapid progression of bone age, as well as psycho-emotional sequelae of precocious secondary sexual development. Thus, it is important to make an early and precise diagnosis so that appropriate treatment can be instituted as early as possible. The GnRH analogue (aGnRH) in the diagnostic test has been used for this purpose, with cut-off values of > 8 IU/L for LH after three hours and of ≥ 40.86 pg/mL for estradiol after 24 hours, determined by radioimmunoassay (Ibáñez *et al.* 1994). In the present study, the sensitivity and specificity of different laboratory criteria for the diagnosis of true precocious puberty were compared using the aGnRH test. This was a prospective study conducted on 44 girls with the development of secondary sexual traits before eight years of age attended at the Childhood-Pubertal Gynecology Outpatient Clinic of the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo. The aGnRH test was performed in all cases, consisting of collection of a basal blood sample for the determination of follicle-stimulating hormone (FSH) and luteinizing hormone (LH), followed by subcutaneous application of 500 μ g leuprolide acetate (Lupron®). New blood samples were obtained at three and 24 hours after aGnRH application for the determination of FSH and LH after three hours and of estradiol after 24 hours. LH, FSH and estradiol were determined by chemiluminescence. Basal LH and FSH levels and levels after three hours, the LH/FSH ratio obtained three hours after the administration of 500 μ g Lupron®, and 24 hour estradiol levels were compared with the clinical course of the patients. This was the gold standard used for the analysis of the test and after six months the patients were divided into two groups: progressive puberty (true precocious puberty) and non-progressive puberty (pseudo-precocious puberty). ROC curves were used for statistical analysis, with the determination of the sensitivity, specificity and best cut-off value for the diagnosis of true precocious puberty of the different criteria analyzed. In addition, the agreement of the various types of test analysis was evaluated using the Kappa coefficient. Three hour LH presented a cut-off value of > 4.5 mIU/mL, 59.1% sensitivity and 86.4% specificity, with an area under the curve of 0.723. The Kappa value was 0.45, with 0.73 agreement. Twenty-four hour estradiol presented a cut-off value of > 40.6 pg/mL, 70% sensitivity and 73.7% specificity, with an area under the curve of 0.703. The Kappa value was 0.436, with 0.718 agreement. The best of all criteria used was the three hour LH–FSH ratio, with a cut-off value of > 0.14 , 72.7% sensitivity and 77.3% specificity, with an area under the curve of 0.771. The Kappa value was 0.5, with 0.75 agreement. In the present evaluation, the three hour LH–FSH ratio was superior to the three hour LH value and the 24 hour estradiol value, which had been the best diagnostic criteria in the pioneering study using this test.

Keywords: precocious puberty, diagnosis, GnRH analogue.

INTRODUÇÃO

Define-se como puberdade precoce o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (pilificação pubiana, mamas, secreções sebáceas axilares, acúmulo de tecido adiposo na região dos quadris ou sangramento menstrual) antes de oito anos de idade no sexo feminino.

Pode ser classificada em:

1. Puberdade precoce verdadeira ou dependente da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano.
2. Pseudopuberdade precoce ou independente da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano.
3. Outras variações do desenvolvimento puberal normal (telarca precoce isolada, pubarca precoce isolada ou menarca precoce isolada).

A puberdade precoce verdadeira é considerada uma doença rara, com incidência estimada em 1:5.000 – 1:10.000 (Gonzalez, 1982; Cutler, 1988), acometendo principalmente o sexo feminino, numa relação de 3:1 (Kappy e Ganong, 1994).

O diagnóstico de puberdade precoce é feito com base na história clínica, no exame físico e em exames complementares

(Barros, 2000; Reis *et al.*, 2002). Entre os exames complementares, destaca-se o tradicional teste do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH).

O GnRH induz a secreção do hormônio folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH), ocorrência crucial no adequado controle da função gonadal.

O teste do GnRH, dinâmico, consiste na administração endovenosa de GnRH (gonadorelina) na dose de 100 μ g com dosagens séricas de FSH e LH no tempo 0 e 30 minutos após a infusão (Ferriane e Silva de Sá, 2003). Tradicionalmente a confirmação diagnóstica da puberdade precoce verdadeira baseia-se na relação LH–FSH pós-teste do GnRH, com nível de corte de 1,0 (Partsch *et al.*, 2002). Entretanto, nem sempre os resultados dessa relação condizem com os aspectos clínicos, sugerindo uma falha no reconhecimento de diversos casos de puberdade precoce verdadeira em virtude de limitada sensibilidade e acurácia desse critério diagnóstico. Oerter *et al.* (1990) sugeriram que um ponto de corte menor que 1 para a relação LH–FSH possa ser um método mais específico. Como alternativa, temos a medida dos níveis de

LH isoladamente pós-estimulação com GnRH (Lee, 1994; Neely *et al.*, 1995).

Os agonistas do GnRH foram desenvolvidos por intermédio da substituição de um ou dois aminoácidos do GnRH, tendo o mesmo efeito na liberação de gonadotrofinas que o próprio GnRH após a ligação com o receptor tipo I. A diferença entre eles se dá na meia-vida e na biodisponibilidade, que são maiores nos primeiros (Karten e Rivier, 1986).

A administração contínua do análogo do GnRH (aGnRH) (aplicação diária ou em depósito) inicialmente leva à hipersecreção de LH e FSH (efeito *flare-up*), a qual, após um período de cerca de dez dias, é seguida pela dessensibilização hipofisária e supressão do LH e FSH. A consequência disso é a inibição da esteroidogênese ovariana e do crescimento folicular. Essa “hipofisectomia medicamentosa” mostrou-se benéfica no tratamento de algumas doenças reprodutivas esteróides-dependentes, como a puberdade precoce verdadeira e a endometriose, e durante ciclos de reprodução assistida, na prevenção de um pico prematuro de LH (van Loenen *et al.*, 2002).

Outros autores vêm usando o agonista do GnRH para diagnóstico da puberdade precoce verdadeira (Ibáñez *et al.*, 1994). Este teste se baseia no efeito *'flare-up'* desencadeado pelo uso do aGnRH; em casos, portanto, em que haja ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, espera-se que, após o uso desse tipo de droga, haja um aumento da secreção das gonadotrofinas.

Garibaldi *et al.*, em 1993, foram os primeiros a avaliarem a resposta das gonadotrofinas ao estímulo com acetato de leuprolida em meninas com puberdade precoce. Comparou-se, então, esta resposta com os níveis de estradiol também após o estímulo com aGnRH. Observou-se que, em uma fase inicial da puberdade, pode haver desenvolvimento mamário e secreção ovariana clinicamente relevante de estradiol, mesmo que a secreção de LH muitas vezes ainda não seja significativamente elevada, acima dos níveis pré-puberais.

Já em 1994, Ibáñez *et al.* realizaram em momentos distintos o teste do GnRH e o uso do acetato de leuprolida subcutâneo em pacientes com desordens puberais. Avaliaram-se, então, as respostas hipofisária e gonadal ao uso aGnRH, além de comparar-se o teste do GnRH ao uso do aGnRH para o diagnóstico de puberdade precoce verdadeira. Observou-se pico de LH três horas após a aplicação subcutânea de acetato de leuprolida, e de estradiol 24 horas após, fixando-se, então, esses horários como os mais apropriados para avaliação de resposta puberal. As dosagens hormonais foram realizadas por intermédio de radioimunoensaio, sendo verificado que, na presença de LH > 8 UI/L no pico de três horas, todas as pacientes evoluíram com puberdade progressiva, o que se

acompanhou de resposta gonadal em 24 horas, com níveis de estradiol $\geq 40,86$ pg/mL. Neste trabalho, o teste com aGnRH mostrou-se superior ao teste do GnRH, visto que somente 40% dos pacientes com puberdade precoce de caráter progressivo foram detectados com o uso deste último. Ibáñez *et al.* (1997) continuaram, após essa data, a realizar apenas o teste com aGnRH.

Trabalho mais recente retoma a provável importância do aGnRH de depósito no diagnóstico da puberdade precoce verdadeira ao mostrar um pico de LH, ao menos > 10 IU/L, em meninas com puberdade precoce verdadeira, duas horas após injeção de acetato de leuprolida de depósito, sendo esta outra alternativa para detecção dessa doença (Brito *et al.*, 2004).

Levando-se em conta que a morbidade (baixa estatura, consequência da rápida progressão da idade óssea, e seqüelas psicoemocionais do desenvolvimento sexual secundário precoce), ocasionada pela puberdade precoce verdadeira ou dependente de GnRH, é de fundamental importância a realização de um diagnóstico precoce e preciso, a fim de que a terapêutica adequada seja instituída o quanto antes.

Diante desses aspectos, seria de grande valia a disponibilidade de novos testes e de critérios diagnósticos para puberdade precoce verdadeira, que apresentem sensibilidade e acurácia superiores à relação LH-FSH pós-teste de GnRH, permitindo assim um diagnóstico mais precoce e preciso dessa morbidade.

Neste estudo, utilizou-se o teste do aGnRH, comparando-se a sensibilidade e a especificidade de diferentes critérios laboratoriais para diagnóstico de puberdade precoce verdadeira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, com 44 pacientes do sexo feminino, com desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, antes dos oito anos de idade, atendidas no Ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal (Agip) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).

Critérios de inclusão:

- idade inferior a oito anos;
- desenvolvimento de caracteres sexuais secundários isossexuais;
- pacientes submetidas ao protocolo completo de investigação de puberdade precoce verdadeira do Agip (verificar adiante).

Critérios de exclusão:

- desenvolvimento de caracteres sexuais secundários heterossexuais;
- pacientes com protocolo de investigação incompleto.

As pacientes com desenvolvimento de caracteres sexuais secundários isossexuais realizaram os exames do protocolo de investigação de puberdade precoce verdadeira do Agip, a saber: dosagens hormonais basais, teste com aGnRH, tomografia computadorizada de sela túrsica e ultra-som (US) pélvico.

O teste com aGnRH consistiu em:

1. Coleta de amostra sanguínea basal para dosagem de FSH e LH;
2. Aplicação subcutânea de 500 µg de acetato de leuprolida (Lupron®);
3. Coleta de amostras sanguíneas com três e 24 horas da aplicação do aGnRH para dosagem de FSH e LH com três horas e de estradiol com 24 horas.

As dosagens de LH, FSH e estradiol foram realizadas por quimiluminescência.

Compararam-se, então, os níveis de LH e FSH basais de três horas e a relação LH–FSH obtida três horas após administração de 500 µg de Lupron®, além do estradiol de 24 horas, com a evolução clínica das pacientes. Esse foi o padrão-ouro utilizado para análise do teste, e, após seis meses, as pacientes foram divididas em dois grupos: puberdade progressiva (puberdade precoce verdadeira) e não-progressiva (pseudopuberdade precoce).

Além disso, avaliou-se o seguimento clínico em relação aos parâmetros clínicos (desenvolvimento mamário e pêlos pubianos) e laboratoriais (US pélvico e defasagem entre idade óssea e idade cronológica), indicativos de puberdade. Para o desenvolvimento mamário, consideraram-se indicativo de puberdade os casos nos quais as mamas apresentavam estágio maior ou igual a M2 segundo os critérios de Marshall e Tanner (1969). Para o desenvolvimento dos pêlos pubianos, consideraram-se indicativo de puberdade os casos com estágio maior ou igual a P2, também segundo os critérios de Marshall e Tanner. Quanto ao aspecto ultra-sonográfico dos ovários, considerou-se sugestivo de puberdade os casos em que havia presença de folículos ovarianos. Para a idade óssea, avaliou-se defasagem entre a idade óssea e a cronológica.

Para análise estatística, utilizaram-se curvas ROC, estabelecendo-se sensibilidade, especificidade e melhor nível de corte para o diagnóstico de puberdade precoce verdadeira, para os diferentes critérios analisados. Além disso, avaliou-se a concordância entre os diversos tipos de análise do teste, por meio de coeficiente Kappa. Foram, então, utilizadas para análise estatística curvas ROC (receptor operator capacity), estabelecendo-se a sensibilidade, a especificidade, a acurácia e o melhor nível de corte para o diagnóstico de puberdade precoce e para os critérios analisados. Foi feito também teste

t não-pareado para análise das médias dos resultados obtidos em ambos os grupos.

Solicitou-se, aos responsáveis pelas pacientes, autorização para sua utilização no estudo por intermédio do Termo de Consentimento Informado. Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP.

RESULTADOS

Acompanharam-se durante seis meses 44 meninas. Dezenove, ao início do seguimento, apresentavam telarca precoce; destas, 11 não apresentaram evolução dos caracteres sexuais secundários e oito evoluíram com progressão destes. Dez, ao início do seguimento, apresentavam pubarca precoce; destas, seis não apresentaram evolução dos caracteres sexuais secundários e quatro evoluíram com progressão destes. Catorze meninas, ao início do seguimento, apresentavam telarca e pubarca precoce; destas, três não apresentaram evolução dos caracteres sexuais secundários e 11 evoluíram com progressão dos caracteres sexuais secundários (Tabela 1).

Tabela 1. Desordens do desenvolvimento puberal e sua evolução em seis meses

	Evolução em seis meses (n)
Telarca precoce n = 19	Puberdade não-progressiva (11) Puberdade progressiva (8)
Pubarca precoce n = 10	Puberdade não-progressiva (6) Puberdade progressiva (4)
Telarca + pubarca precoce n = 14	Puberdade não-progressiva (3) Puberdade progressiva (11)

Os valores médios da relação da idade óssea sobre a cronológica, LH, FSH, estradiol e relação LH–FSH estão descritos na tabela 2.

O LH de três horas apresentou valor de corte > 4,5 mUI/mL, sensibilidade de 59,1% e especificidade de 86,4%, com área sobre a curva de 0,723. O valor de Kappa foi de 0,45, com concordância de 0,73. O estradiol de 24 horas apresentou valor de corte > 40,6 pg/mL, sensibilidade de 70% e especificidade de 73,7%, com área sobre a curva de 0,703. O valor de Kappa foi de 0,436, com concordância de 0,718. Foi analisada a relação LH–FSH de três horas, com valor de corte > 0,14, sensibilidade de 72,7% e especificidade de 77,3%, com área sobre a curva de 0,771. O valor de Kappa foi de 0,5, com concordância de 0,75 (Tabelas 3 e 4).

A relação idade óssea–cronológica também foi analisada, apresentando valor de corte > 1,21, sensibilidade de

Tabela 2. Média dos valores analisados nos grupos com puberdade progressiva e puberdade não-progressiva

	Puberdade não-progressiva			Puberdade progressiva			p
	Média	DPM	N	Média	DPM	N	
Relação IO-IC	1,083	0,041	21	1,341	0,046	22	0,0001
LH basal (mUI/mL)	0,151	0,088	22	0,208	0,054	22	0,5915
LH 3 horas (mUI/mL)	4,155	1,088	22	8,483	2,099	22	0,0742
FSH basal (mUI/mL)	3,364	0,592	22	4,101	1,369	22	0,6236
FSH 3 horas (mUI/mL)	31,92	4,465	22	31,72	7,598	22	0,9822
LH-FSH basal	0,0406	0,0182	22	0,645	0,0138	22	0,3056
LH-FSH 3 horas	0,177	0,0483	22	0,339	0,07	22	0,0639
E2 24 horas (pg/mL)	34,49	6,22	19	73,11	14,17	20	0,0191

Valor de p obtido pelo teste t não-pareado

IO-IC = Idade óssea-idade cronológica

Tabela 3. Área sobre a curva ROC, valor de corte, sensibilidade e especificidade dos diferentes critérios analisados

	Área sobre a curva	Ponto de corte	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Idade óssea-cronológica	0,834	> 1,21	72,7	81
LH basal	0,658	> 0,15	45,5	86,4
FSH basal	0,475	> 1	90,9	27,3
LH 3 horas	0,723	> 4,5	59,1	86,4
FSH 3 horas	0,586	≤ 20,9	68,2	68,2
LH-FSH basal	0,665	> 0,067	47,6	86,4
LH-FSH 3 horas	0,771	> 0,14	72,7	77,3
E2 24 horas	0,703	> 40,6	70	73,7

Tabela 4. Tabela de concordância

	Evolução/Kappa	Concordância observada
Idade óssea-cronológica	0,55	0,77
LH basal	0,32	0,66
LH 3 horas	0,45	0,73
LH-FSH 3 horas	0,50	0,75
Estradiol 24 horas	0,43	0,72

72,7%, especificidade de 81% e área sobre a curva de 0,34. O valor de Kappa foi de 0,55, com concordância de 0,77 (Tabelas 3 e 4).

Foram também analisados LH e FSH basal, FSH de três horas, LH-FSH basal. Os valores encontram-se nas tabelas 3 e 4.

DISCUSSÃO

A presença de telarca ou pubarca isoladas deve ser valorizada no diagnóstico de puberdade precoce verdadeira, visto que neste estudo cerca de 40% das pacientes que apresentavam essas manifestações isoladas ao início do seguimento manifestaram, com a evolução, puberdade precoce verdadeira. Na presença de pubarca e telarca associadas, o desenvolvimento de puberdade precoce verdadeira ocorreu em 78% dos casos.

No trabalho pioneiro (Ibáñez *et al.*, 1994), na utilização do aGnRH, os melhores valores de corte para diagnóstico de puberdade precoce verdadeira foram a dosagem de LH de três horas e de estradiol de 24 horas. Em nossa avaliação, o LH de três horas apresentou valor de corte menor que o encontrado por Ibáñez, 4,5 mUI/mL. Tal diferença provavelmente se deva ao método dosimétrico utilizado, quimi-

luminescência, em vez de radioimunoensaio. No entanto, o valor de LH de três horas, altamente específico, apresentou baixa sensibilidade.

Quanto ao estradiol, encontramos valor de corte de 40,6 pg/mL, com progressão dos caracteres sexuais secundários em todas as meninas que tiveram estradiol, em 24 horas acima desse valor de corte, dados estes concordantes com os de Ibáñez *et al.* (1994). O estradiol, por sua vez, embora mais sensível, mostrou-se menos específico. Houve, assim, necessidade de outros parâmetros para que o teste apresentasse maior sensibilidade diagnóstica.

Em nossa avaliação, a relação LH–FSH três horas após a administração de aGnRH mostrou-se superior ao valor de LH de três horas ou estradiol de 24 horas, para o diagnóstico de puberdade precoce verdadeira, com maior sensibilidade (72,7%) e especificidade (77,3%). Além disso, a concordância entre o resultado do teste e a evolução clínica das pacientes também foi melhor com esse critério diagnóstico (Kappa, 0,5, e concordância, 0,75).

Outro dado interessante foi que a relação da idade óssea sobre a cronológica mostrou-se tão sensível quanto a relação LH–FSH de três horas após a injeção do aGnRH para o diagnóstico de puberdade precoce verdadeira.

Nossos achados mostraram, com o teste do aGnRH para o diagnóstico de puberdade precoce verdadeira, valor de corte de LH de três horas > 4,5 mUI/mL e estradiol de 24 horas > 40,6 pg/mL. Concluímos que a relação LH–FSH três horas após estímulo com aGnRH > 0,14 foi o melhor discriminador para o diagnóstico precoce das desordens puberais. Além disso, a associação da relação da idade óssea sobre a cronológica deve ser valorizada no momento do diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros RCR. "Puberdades precoce e tardia". In: Febrasgo. *Tratado de ginecologia*. v.1. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.323-39.
- Brito VN, Latronico AC, Arnhold IJP, Mendonça BB. A single luteinizing hormone determination 2 hours after depot leuprolide is useful for therapy monitoring and gonadotropin-dependent precocious puberty in girls. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89(9):4338-42.
- Cutler GB. "Precocious puberty". In: *Medicine for the Practising Physician* (ed. J. W. Hurst). Butterworth: Woburn, 1988. p.526-30.
- Ferriane RA, Silva de Sá MF. "Avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário e teste funcionais". In: *Ginecologia endócrina: manual de orientação*. São Paulo: Ponto, 2003. p.19-20.
- Garibaldi LR, Aceto Jr. T, Weber C, Pang S. The relationship between luteinizing hormone and estradiol secretion in female precocious puberty: evaluation by sensitive gonadotropin assays and the leuprolide stimulation test. *J Clin Endocrinol Metab* 1993; 76(4):851-6.
- Gonzalez ER. For puberty that comes too soon, new treatment highly effective. *JAMA* 1982; 248:1149-52.
- Ibáñez L, Potau N, Zampolli M, Street ME, Carrascosa A. Girls diagnosed with premature pubarche show an exaggerated ovarian androgen synthesis from the early stages of puberty: evidence from gonadotropin-releasing hormone agonist testing. *Fertil Steril* 1997; 67(5):849-55.
- Ibáñez L, Potau N, Zampolli M *et al.* Use of leuprolide acetate response patterns in the early diagnosis of pubertal disorders: comparison with the gonadotropin-releasing hormone test. *J Clin Endocrinol Metab* 1994; 78(1):30-5.
- Kappy MS, Ganong CS. Advances in the treatment of precocious puberty. *Adv Pediatr* 1994; 41:223-61.
- Karten MJ, Rivier JE. Gonadotropin-releasing hormone analog design – structure-function studies toward the development of agonists and antagonists: rationale and perspective. *Endocr Rev* 1986; 7:44-66.
- Lee PA. Laboratory monitoring of children with precocious puberty. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148:369-76.
- Marshall WA, Tanner JM. Variation in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969; 44:291-303.
- Neely EK, Hintz RL, Wilson DM *et al.* Normal ranges of immunochemiluminometric gonadotropin assays. *J Pediatr* 1995; 127:40-6.
- Oerter KE, Uriarte MM, Rose SR, Barnes KM, Cuthbert GB. Gonadotropin secretory dynamics during puberty in normal girls and boys. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 71(5):1251-8.
- Partsch CJ, Heger S, Sippell WG. Management and outcome of central precocious puberty. *Clin Endocrinol* 2002; 56:129-48.
- Reis RM *et al.* "Puberdade precoce". In: Romão GS, Sá AC *et al.* *Ginecologia infanto-puberal*. Ribeirão Preto: São Francisco Gráfica e Editora, 2002. p.11-5.
- van Loenen ACD, Huirne JAF, Schats R, Hompes PGA, Lambalk CB. GnRH Agonists, Antagonists, and Assisted Conception. *Semin Reprod Med* 2002; 20(4):349-64.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosana Maria dos Reis – Departamento de GO
Av. dos Bandeirantes, 3.900 • 14049-900 • Ribeirão Preto – SP
E-mail: romareis@fmrp.usp.br

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

TITULAÇÕES

- Pós-graduandos do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP).
- Professora doutora livre-docente do Setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
- Professor titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
- Professora-associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS EM ADOLESCENTES SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS

JORGE ANDALAFT NETO¹ · CASSIANO COTRIM MARTINS ANDALAFT²

RESUMO

Muitas são as preocupações de ginecologistas, pediatras e outros profissionais na prescrição de anticoncepcionais às adolescentes. Teme-se a princípio que a maturidade biológica ainda não esteja completa e o uso de substâncias hormonais possa interferir no desenvolvimento físico. Por outro lado, as adolescentes não têm conhecimentos claros dos métodos contraceptivos disponíveis, às vezes trazendo solicitações de determinados produtos utilizados ou sugeridos por amigas ou parentes. Outra preocupação diz respeito aos possíveis efeitos adversos dos contraceptivos combinados orais e sua repercussão sobre o organismo. Os autores tecem comentários sobre os métodos hormonais e suas indicações de uso na adolescência, além de relacionar os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996).

Palavras-chave: adolescente, anticoncepção.

ABSTRACT

Many are the concerns of the gynecologist, pediatricians and other professionals in the lapsing of contraceptive to the adolescents. It is feared principle that the biological maturity not yet is complete and the hormonal substance use can intervene with the physical development. On the other hand the adolescents do not have clear knowledge of the available contraceptive methods, to the times bringing requests of determined products used, or suggested for friends or relatives. Another concern says respect to the possible adverse effect of verbal agreed contraceptives and its repercussion on the organism. The intention of this article is to weave commentaries on the hormonals methods and its indications of use in the adolescence, beyond relating the criteria of eligibility of the World Health Organization (WHO) (1996).

Keywords: adolescent, contraceptive.

Os anticoncepcionais orais combinados são formulações que associam etinilestradiol em baixas doses (15 µg a 35 µg) a diversos progestagênicos, sendo preferencialmente indicados em mulheres sadias. Sabe-se que baixas concentrações de estrógeno mantêm a mesma eficácia que as concentrações mais altas (50 µg), com redução da incidência de efeitos colaterais. No entanto, as concentrações de 20 µg a 35 µg apresentam-se semelhantes entre si quanto a ocorrência de efeitos adversos, e a dose de 15 µg apresenta maior incidência de sangramento irregular.

Os contraceptivos hormonais orais de terceira geração (etinilestradiol associado ao desogestrel, gestodeno ou

norgestimato) obtiveram semelhante eficácia, mas foram considerados mais toleráveis e com maior adesão quando comparados aos de segunda geração por apresentarem, em tese, menor androgenicidade (redução de acne, queda de cabelo e oleosidade da pele). Em 1995, três estudos mostraram risco maior de eventos tromboembólicos com os contraceptivos de terceira geração, porém subseqüentemente vários estudos foram realizados, inclusive do MediPlus, nos quais não foi mostrada nenhuma diferença no risco de tromboembolismo entre as pílulas de segunda e terceira geração.

A drospirenona, um análogo da espironolactona, tendo ação antiminerlocorticóide, assim como a progesterona

endógena, ocasiona menor reabsorção de sódio e maior diurese, reduzindo os sintomas de aumento de peso, edema, intumescimento das mamas e dor, nos primeiros dias de uso das pílulas, com índice de Pearl de 0,40.

ANTICONCEPCIONAIS EXCLUSIVAMENTE COM PROGESTAGÊNIO

Anticoncepcionais à base de progestagênio isoladamente também são bastante utilizados especialmente sob a forma de uso contínuo por via oral quando se deseja a diminuição ou a cessação do fluxo menstrual, para meninas que apresentam alguma restrição ao estrogênio e/ou durante o período lactacional. Podem ser compostos de levonorgestrel, desogestrel ou noretisterona. As minipílulas à base de levonorgestrel ou noretisterona apresentam eficácia reduzida quando não usadas durante a lactação (índice de Pearl de 1,17), já o contraceptivo à base de desogestrel apresenta a mesma eficácia durante e após a amamentação, sendo comparável à eficácia das pílulas combinadas (índice de Pearl de 0,14).

Os injetáveis (mensais ou trimestrais) estão indicados: quando há intolerância gástrica; para pacientes que se esquecem de tomar comprimidos; para aquelas que desejam ocultar o método em uso; nas induções de amenorréia; ou ainda pela comodidade do método.

Muitos são os motivos para a prescrição de métodos hormonais para adolescentes, salientando que na maior parte das vezes as indicações são médicas. Apontamos a seguir algumas das mais frequentes causas de seu uso:

Regulação do ciclo menstrual: indicado na correção dos ciclos irregulares, nas menorragias e nas hemorragias disfuncionais. Os compostos hormonais combinados têm grande eficácia na redução da perda sangüínea e na prevenção da anemia.

Tratamento de ovários policísticos: o uso das pílulas combinadas é hoje o principal método utilizado no controle da síndrome dos ovários policísticos, em pacientes que não estejam buscando a gravidez.

Acne e outras alterações de pele: os compostos com ciproterona, desogestrel (combifásico) e drospirenona têm se mostrado eficiente para melhora da pele, redução da acne e da oleosidade excessiva. Estão sendo cada vez mais prescritos por dermatologistas e clínicos.

Tratamento dos sintomas de dismenorréia e da tensão pré-menstrual: o uso de compostos hormonais combinados, seqüenciais ou contínuos, que interrompem a menstruação ou que permitem o sangramento de privação, têm demonstrado redução dos eventos dolorosos da menstruação e controle

eficiente da tensão pré-menstrual, reduzindo significativamente seus sintomas.

Indução de amenorréia: o uso continuado de anticoncepcionais combinados, quer por via oral, transdérmico ou vaginal, pode impedir o sangramento por privação hormonal, levando assim à amenorréia. Do mesmo modo, o uso de progestagênios isolados, quer injetável ou oral, de modo contínuo, também pode levar à amenorréia.

Prevenção e planejamento da gravidez: ainda é a primeira indicação de uso desses métodos especialmente em virtude das facilidades de acesso e de tolerabilidade.

A acessibilidade aos compostos hormonais (que podem ser adquiridos sem prescrição médica, além de serem distribuídos gratuitamente em postos de saúde) facilita seu uso por um grande número de adolescentes e por vários ciclos sem a necessidade de controle médico rigoroso. Em recente pronunciamento durante um debate na cidade de São Paulo, o atual Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, informou que aumentou a compra de anticoncepcionais hormonais de 20 milhões para 50 milhões de unidades e os injetáveis de 1,2 milhão para 4 milhões de unidades a serem distribuídos por postos de saúde de todo o Brasil.

Entre as preocupações médicas com o uso dos métodos estão a perda de seguimento, o uso indiscriminado, a falta de orientações adequadas, a substituição de um produto por outro inadvertidamente, o uso inadequado ou incorreto e os efeitos adversos, incluindo principalmente os cardiovasculares e tromboembólicos.

Já para as usuárias, as preocupações mais comuns estão relacionadas à estética corporal, ao temor de engordar ou às alterações de pele e crescimento de pêlos. Apresentam dúvidas quanto à dificuldade em engravidar ou de ficar estéril após longo período de uso, ainda quanto à interferência em sua libido.

Esses fatos demonstram que a responsabilidade profissional com a prescrição deve ser redobrada, pois as pacientes não estarão vigilantes quanto aos possíveis efeitos adversos.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DESENVOLVIDOS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1996)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a elaboração de critérios para a prescrição de anticoncepcionais hormonais tem como prioridade melhorar o acesso à assistência de alta qualidade no planejamento familiar e reprodutivo por meio de desenvolvimento de normas internacionais reduzindo dessa maneira a possibilidade de efeitos adversos e aumentar a adesão aos métodos.

De maneira geral, as adolescentes têm condições de utilizar qualquer contraceptivo e a idade em si não constitui motivo suficiente para contra-indicação de nenhum método.

Porém algumas considerações, como o efeito na massa óssea, podem limitar o uso de alguns métodos, como de injetáveis só com progestagênios, por menores de 18 anos.

Questões comportamentais e sociais devem ser os principais balizadores na escolha e na orientação dos métodos mais adequados a esse público.

Questões que devem ser consideradas no momento da prescrição:

- em alguns cenários, as adolescentes apresentam mais risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- escolha de métodos disponíveis no local de origem da paciente;
- em alguns casos, o uso de métodos que não exijam um regime diário pode ser mais adequado;
- em alguns casos, o uso de métodos que não exijam pausa pode ser mais adequado;
- adolescentes, casadas ou não, demonstram menor tolerabilidade aos efeitos colaterais;
- frequência de relações sexuais deve ser verificada, pois em muitos casos ela acontece de maneira esporádica;
- em muitos casos, há necessidade, por parte da paciente, de esconder o uso do método.

Sabe-se que o conhecimento sobre os métodos e uma boa orientação antes e após a escolha favorece uma opção consciente e “partilhada” entre médico e paciente, o que ajuda as adolescentes a lidarem melhor com os problemas específicos, aumentando a adesão.

CATEGORIAS DA OMS PARA O USO DE MÉTODOS TEMPORÁRIOS E IDADE

Categoria 1: o método pode ser usado sem qualquer restrição.

Categoria 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam os riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolher esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

Categoria 3: o método não deve ser usado, a não ser que o profissional julgue que a mulher pode usá-lo com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

Categoria 4: o método não deve ser usado, pois apresenta um risco inaceitável.

	Categoria
Anticoncepcionais orais combinados	1
Anticoncepcionais injetáveis combinados	1
Adesivo transdérmico	1
Anel contraceptivo	1
Anticoncepcionais orais só de progestagênios	1
Injetável de medroxiprogesterona	2
Implantes de progestagênios	1
Dispositivo intra-uterino medicado ou de cobre	2

Anticoncepcionais orais combinados: preocupações a respeito do uso de anticoncepcionais hormonais combinados entre adolescentes não foram fundamentadas.

Anticoncepcionais injetáveis combinados: considerar o fato de que com os injetáveis, mesmo após a interrupção do uso, permanece ainda a exposição hormonal por algum tempo.

Injetável de medroxiprogesterona: para mulheres menores de 18 anos, existem preocupações em relação aos efeitos hipostrogênicos do uso de DMPA, inclusive se o pico ósseo será atingido adequadamente. Em geral, usuárias atuais de DMPA tiveram redução da densidade mineral óssea quando comparadas a não-usuárias.

Implantes de progestagênios: um estudo sobre usuárias de implantes de etonogestrel não demonstrou alteração da densidade mineral óssea por dois anos.

Dispositivo intra-uterino medicado ou de cobre: há preocupação tanto quanto ao risco de expulsão em virtude da nuliparidade e quanto ao risco de infecção intra-uterina em razão do comportamento sexual em faixas etárias jovens.

SÃO CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA O USO DOS ACOHC

- Fenômenos tromboembólicos, acidentes vasculares cerebrais e oclusões coronarianas atuais ou pregressas.
- Certeza ou suspeita de câncer de mama ou de outras neoplasias hormoniodependentes.
- Hepatopatia aguda ou crônica.
- Icterícia colestática relacionada à gravidez ou secundária ao uso do ACOHC.
- Hipertensão arterial grave e/ou doença vascular.
- Cardiopatia isquêmica ou doença cardíaca valvular complicada.
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais.

- Diabetes com evidência de nefropatia, retinopatia, neuropatia ou de doença vascular.
- Lúpus eritematoso sistêmico juvenil.

CONCLUSÕES

Diante da necessidade de se introduzir um contraceptivo hormonal, com ou sem finalidades terapêuticas às adolescentes, após as orientações verbais quanto à importância de manutenção dos métodos de barreira, os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos (OMS, 1996) são um instrumento valioso no auxílio ao médico para a eleição do melhor recurso a ser utilizado em cada paciente. Por outro lado, revisões sistemáticas têm demonstrado que os anticoncepcionais de baixa dose e os de uso contínuo são considerados adequados para uso nessa faixa etária por seus reduzidos efeitos adversos e por proporcionar estabilidade e controle menstrual, bloqueio ovulatório e alívio de sintomas menstruais.

BIBLIOGRAFIAS

- Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108:1214-21.
- Beerthuisen R *et al.* Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction* 2000; 15:118-22.
- Guyton, Arthur C, Hall, John E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- Huber J, Foidart JM, Wuttke W, Merki-Feld GS, The HS, Gerlinger C. Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone. *Eur J Contraception and Reproductive Health Care* 2000; 5:25-34.
- Kirkman RJE, Pedersen JH, Fioretti P, Roberts HE. Clinical comparison of two low-dose oral contraceptives, Minulet and Mercilon, in women over 30 years of age. *Contraception* 1994; 49:33-46.
- Lawrenson R, Farmer R. Venous thromboembolism and combined oral contraceptives: does the type of progestogen make a difference? *Contraception* 2000; 62:21-8.
- Medical eligibility criteria for contraceptive use. Disponível em: www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/mec.pdf.
- Nightingale AL *et al.* The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2000; 5:265-74.
- Parsey KS, Pong A. An open-label, multicenter study to evaluate Drospirenona, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenona, a new progestogen. *Contraception* 2000; 61:105-11.
- Vree ML. The estrogen dose in the pill: how low should we go? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7(Suppl 1):87, 6-52.
- World Health Organization (WHO) – Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2^o ed. 2004. WHO/RHR/002.
- World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, WHO, Family and Reproductive Health, 1996.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA _____

Jorge Andalaft Neto

E-mail: cmandalaft@terra.com.br

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO _____

Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa)

TITULAÇÕES _____

1. Professor-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa).
2. Doutorando da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa).

TUMOR DESMÓIDE EXTRA-ABDOMINAL EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA¹ · ENCARNAÇÃO RODRIGUEZ GALVEZ LAGHAI²

RESUMO

Relata-se um caso de tumor desmóide extra-abdominal, localizado na região inguinal esquerda de uma adolescente de 15 anos, tratada com ressecção cirúrgica com amplas margens de segurança, em 26/4/2002, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. No pós-operatório optou-se por seguimento com avaliação clínica e exames de imagem semestralmente. A paciente encontra-se bem, sem recidiva do tumor até a data desta publicação. Métodos de diagnóstico e opções de tratamento são também considerados. Adicionalmente, os autores apresentam revisão da literatura sobre tumor desmóide.

Palavras-chave: tumor desmóide, fibromatose músculo-aponeurótica, fibromatose agressiva, polipose adenomatosa familiar (PAF), síndrome de Gardner, fibrossarcoma não-metastático, fibrossarcoma grau I, proliferações fibroblásticas reativas.

ABSTRACT

The authors report the case of an extra-abdominal desmoid tumor, located in the left inguinal region of a 15-year-old female patient that was treated with a wide margin surgical resection, on 4/26/2002, at the Hospital das Clínicas of the University of São Paulo. Postoperative follow-up strategy consisted of periodic clinical evaluations and biannual radiological exams. The patient continues to be tumor-free at the time of this publication. Current diagnostic methods and treatment alternatives are further presented. Additionally, the authors discuss the therapeutic options in the literature, regarding desmoid tumors.

Keywords: *desmoid tumor, musculoaponeurotic fibromatosis, aggressive fibromatosis, familial adenomatous polyposis (FAP), Gardner syndrome, nonmetastasizing fibrosarcoma, grade I fibrosarcoma, reactive fibroblastic proliferations.*

INTRODUÇÃO

A palavra desmóide, criada por Müller em 1838, deriva do grego *desmos*, que significa banda ou faixa, e se refere à consistência deste tipo de tumor com sua aparência de tendão¹. Os tumores desmóides, outrossim conhecidos como fibromatoses músculo-aponeuróticas ou fibromatoses agressivas, são neoplasias não encapsuladas e histologicamente benignas que se originam de estruturas fasciais ou músculo-aponeuróticas, constituídas por proliferações fibroblásticas, que se caracterizam por comportamento localmente agressivo e infiltrante, elevada incidência de recidiva pós-cirúrgica, e ínfimo potencial metastático^{1,2}. Tumores desmóides são raros – responsáveis por

0,03% de todas as neoplasias –, mas podem ser encontrados em qualquer local do corpo. São subdivididos, por suas localidades, em três categorias: intra-abdominal, abdominal e extra-abdominal^{2,3,4}. Eles podem surgir em ambos os sexos, independentemente de raça ou grupo étnico, e em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente entre pacientes de 10 a 40 anos de idade. Os tumores desmóides extra-abdominais são mais comumente encontrados na cintura escapular, na região cervical, na parede torácica e na região inguinal, ocorrendo com maior frequência em adolescentes e adultos jovens, especialmente em mulheres na idade reprodutiva^{2,4,5,6,7}. Todavia, os tumores desmóides localizados na parede abdominal têm

sua maior incidência no período gestacional e puerperal, principalmente naquelas pacientes que foram submetidas a parto cesariano, assim, sugerindo o possível papel que as proliferações fibroblásticas reativas e a estimulação hormonal possam exercer nesses tumores^{2,8}. Em caso de tumores desmóides abdominais, a estrutura mais freqüentemente atingida é a parede anterior e especificamente o músculo reto abdominal^{2,6}.

Devemos ressaltar que, apesar de sua histologia benigna e seu baixo potencial metastático, a tendência do tumor desmóide é causar infiltrações locais significativas, que por sua vez podem resultar em deformidade, morbidade e até mortalidade em virtude de sua ação compressiva e de seu potencial obstrutivo de órgãos e estruturas nobres^{2,3,9,10,11}. A associação dos tumores desmóides com polipose adenomatosa familiar (PAF) e especialmente sua variante clínica denominada síndrome de Gardner – em que além da polipose cólica pode, ao mesmo tempo, detectar tumores cutâneos como lipomas e cistos epidermóides, osteomas, malformações dentárias e retinopatia hiperpigmentada congênita – já é bem conhecida e documentada^{2,12,13,14}. Tumores desmóides ocorrem com freqüência bem maior (10% a 15%) nos pacientes com PAF, uma doença de caráter autossômico congênito, causada pelas mutações do gene APC (*Adenomatous Polyposis Coli*), que poderiam não só predispor o portador dessas mutações à síndrome de Gardner como também a tumores desmóides^{2,6,12,13}.

RELATO DO CASO

FNP, 15 anos, branca, solteira, estudante, católica, natural de São Paulo.

Matriculada como primeira consulta em 26/4/2002 no Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, encaminhada por um hospital da região da grande São Paulo por apresentar “caroço na virilha” esquerda há aproximadamente um ano, de crescimento lento, pouco doloroso à palpação. De antecedentes familiares informa que sua mãe e avô têm hipertensão arterial sistêmica e controlada com medicação específica. De antecedentes pessoais não relata nada digno de nota. Teve menarca aos 14 anos, os ciclos têm duração de seis dias a cada 30 dias. DUM: 30/3/2002. Nega atividade sexual.

Ao exame físico geral apresentava-se em bom estado de nutrição, corada, hidratada, eupnéica, acianótica e anictérica. Pulso: 72 bpm, FC: 88 bpm, FR: 21 ipm, PA: 110 mmHg x 70 mmHg. Temperatura axilar: 35,8°C. A palpação da tireóide foi normal, ausência de adenomegalias. Ausculta cardiorrespiratória com bulhas normofonéticas, sem sopros e murmúrio vesicular normal. Abdome superior: ndn

Exame ginecológico

- **Mamas:** simétricas, normais à palpação, expressão negativa, Tanner III/IV.
- **Abdome inferior:** plano, flácido, sem massas palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes.
- **OGE:** pilificação adequada para sexo e idade, formações labiais e clitóris tróficos e normais, hímen íntegro e com orifício circular.
- Na região do canal inguinal esquerdo, palpa-se tumor de consistência fibroelástica, móvel, indolor, de contornos bem definidos, de forma ovóide, medindo 6 cm x 3,5 cm, sem sinais flogísticos (figura 1).



Figura 1. Demarcação dos limites do tumor

USG pélvica e da região inguinal (19/4/2002)

- Útero: 62 mm x 36 mm x 26 mm, eco endometrial 9 mm.
- Ovário direito: 25 mm x 17 mm x 21 mm.
- Ovário esquerdo: 22 mm x 18 mm x 19 mm.
- Fundo de saco de Douglas: livre.
- Região inguinal esquerda: presença de massa ovóide sólida, medindo 53 mm x 24 mm x 34 mm.

Conduta: ressecção cirúrgica do tumor inguinal com amplas margens de segurança e biópsia por laparoscopia dos ovários em 27/6/2002, sem intercorrências.

Exame anatomopatológico

Material: peça radical, fragmentos de ovários direito e esquerdo, e nódulo inguinal.

Exame macroscópico: material cirúrgico recebido e fixado em formalina, enviado em três frascos assim designados:

1. Tumor inguinal – Formação nodular, parcialmente seccionada em seu maior eixo, pesando 25 gramas e medindo 45 mm x 30 mm x 20 mm, revestida externamente por cápsula fibrosa transparente com algumas áreas acastanhadas. A superfície de corte é esbranquiçada, de aspecto estriado, com algumas áreas amareladas. A consistência é firme e elástica.
2. Ovário direito – Um fragmento irregular medindo 10 mm no maior eixo, superfície externa é acinzentada e a consistência é firme e elástica.

3. Ovário esquerdo – Dois fragmentos irregulares medindo o maior 3 mm no maior eixo e o menor, 2 mm no maior eixo, a superfície é esbranquiçada e a consistência é firme e elástica.

Cortes representativos submetidos ao exame histológico, assim designado:

- (A) Tumor inguinal 04 fr/02bl.
 (B) Ovário direito – todo material – 02fr/01bl.
 (C) Ovário esquerdo – todo material – 02fr/01 bl.

Imunoistoquímico: foram pesquisados os seguintes antígenos pela técnica de imunoperoxidase (ABC) com os seguintes resultados:

Tabela 4. Tabela de concordância

Antígeno	Resultado
Vimentina	Positivo
Proteína S-100	Negativo
Actina HHF-35	Positivo (focal)
Actina de músculo liso	Positivo (focal)
CD34	Negativo
EMA	Negativo

Conclusão

1. Tumor inguinal – O perfil imunoistoquímico é compatível com neoplasia de linhagem mesenquimal com diferenciação miofibroblástica. Tumor desmóide.
2. Ovários sem anormalidade.

COMENTÁRIOS

Métodos diagnósticos – Como já foi mencionado, o tumor desmóide pode surgir em qualquer local do corpo e ser assintomático por algum tempo, dificultando seu diagnóstico. Entre os sintomas mais comuns desses tumores, encontram-se: inchaço local ou massa sem dor; obstrução intestinal, quando os tumores forem abdominais; dor local ou dor à compressão, causada por nervos ou músculos comprimidos; dificuldade em deambular, quando o tumor se localiza na perna. Além do estudo imunoistoquímico, da biópsia e de sua análise anatomopatológica, podemos nos valer dos seguintes exames radiológicos para diagnosticar e avaliar os tumores desmóides: ultra-sonografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; e PET Scan, dependendo da localização do tumor. Esses métodos de diagnóstico por imagem ajudam a determinar a extensão do tumor e sua relação com as estruturas próximas, proporcionando informações úteis, principalmente na ressecção cirúrgica^{8,15,16}. Lembremos que a ressonância magnética

oferece uma definição maior do que a tomografia em delinear a extensão dos tecidos envolvidos e no controle pós-cirúrgico da recidiva desses tumores, portanto é o método diagnóstico e de controle pós-operatório preferencial⁶. Também ressaltamos que os tumores desmóides podem ser facilmente confundidos com fibrossarcoma não-metastático ou fibrossarcoma grau I, que fazem parte do diagnóstico diferencial, entre outros, como: polipose adenomatosa familiar (PAF) e sua variante clínica denominada síndrome de Gardner. As proliferações fibroblásticas reativas, causadas por traumas, dilacerações musculares, ou injeções intramusculares, também podem apresentar um quadro clínico e citológico bem similar⁶.

Opções de tratamento – Nos regimes de tratamento e controle local do tumor desmóide, deve-se sempre considerar os seguintes objetivos: a cura da doença ou pelo menos o controle local; a maior preservação da função da região afetada; e o melhor resultado estético. Apesar de não se ter ainda claramente estabelecido um protocolo otimizado para o tratamento dos tumores desmóides, uma visão multidisciplinar, envolvendo esquemas terapêuticos como cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, interferon-alfa e regimes de medicamentos antiinflamatórios não-hormonais, é geralmente empregada, dependendo da localização, extensão a órgãos vitais, e a história de recidiva^{3,16,17,18}. Porém, na maioria dos casos, como nas mulheres jovens sintomáticas, o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica, que deve ser feita com amplas margens de segurança, com intuito de diminuir os altos índices de recidiva local⁶. Mesmo assim, o índice de recidiva pós-cirúrgico é bastante elevado (em média 40% dos casos, sendo significativamente ainda maior em crianças) em virtude do comprometimento de estruturas nobres, intimamente associadas com a massa tumoral, dificultando a ressecção segura das margens tumorais^{6,14}. Entretanto, o resultado da intervenção cirúrgica é geralmente bem mais favorável quando se associa com outras modalidades terapêuticas, particularmente radioterapia^{6,19}. Porém a radioterapia deve ser considerada com muita cautela e como última opção terapêutica nas pacientes com sistema esquelético imaturo em virtude de seu risco de provocar distúrbios de desenvolvimento, contraturas musculares permanentes e malignidade secundária^{5,6,19}. Nas pacientes inoperáveis, as opções de terapias coadjuvantes, anteriormente citadas, como radioterapia (3D conformal ou de intensidade modulada), quimioterapia com agentes citotóxicos (metotrexato, vinblastina), interferon-alfa e tratamentos medicamentosos com antiestrogênicos (tamoxifeno), antineoplásicos (doxorubicina, vincristina), imunossuppressores (ciclosporina), corticóides (prednisona), antiinflamatórios não-hormonais (indometacina, sulindac), e novos medicamentos (gleevec, pirfenidone), podem ser consideradas^{1,3,6,16,17,18}. Novas modalidades de tratamento dos tumores desmóides como tera-

pia intralésional (com base na aplicação de soluções irritativas, por exemplo, o ácido acético, diretamente no tumor ou na sua vizinhança) e ablação por radiofrequência (aplicada com agulha diretamente no tumor) também podem resultar em controle local em alguns casos¹⁸.

Cabe ressaltar que à parte do enigma do tumor desmóide é sua capacidade espontânea de regressão; assim qualquer proclamação de intervenção terapêutica bem-sucedida deve ser vista com certo ceticismo¹⁶. Além disso, em muitos casos os efeitos colaterais da terapêutica superam os sintomas causados pelo próprio tumor – portanto, o tratamento conservador em pacientes assintomáticas ou com margens cirúrgicas livres de tumor deve sempre ser considerado.

Cabe ainda destacar as seguintes observações importantes:

1. Apesar de a incidência do tumor desmóide ser mundialmente estimada em torno de 2 a 4 pessoas por milhão por ano²⁰ – que significa em média 530 novos casos anuais no Brasil –, acredita-se que na prática o número real dos pacientes afetados por essa enfermidade chegue a ser significativamente maior, considerando a falta de: (a) acesso das populações rurais e/ou carentes, no mundo inteiro, aos centros de medicina de ponta; (b) reconhecimento adequado desse tipo de tumor entre os patologistas; e (c) terminologia padronizada e esclarecedora para descrevê-lo. Outrossim, em virtude da falta de um protocolo consistente e confiável de documentação e reportagem sistemática, os trabalhos de compilação de dados estatísticos relevantes sobre os tumores desmóides não foram efetivamente feitos e assim as fontes globais de informações continuam bastante escassas.
2. No pós-operatório deste caso foi adotada uma conduta conservadora, consistindo em consultas e ultra-sonografia semestralmente em virtude de: (a) capacidade espontânea de regressão da lesão; (b) ressecção cirúrgica com a retirada total do tumor, com amplas margens de segurança, tornando a quimioterapia e/ou tratamentos medicamentosos coadjuvantes de controvertido valor terapêutico; e (c) imaturidade esquelética da paciente adolescente na época, tornando a radioterapia complementar uma opção terapêutica de risco elevado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buitendijk S, van de Ven CP, Dumans TG *et al.* Pediatric aggressive fibromatosis: a retrospective analysis of 13 patients and review of literature. *Cancer* 2005; 104(5): 1090-9.
2. Dalén BP, Bergh PM, Gunterberg BU. Desmoid tumors: a clinical review of 30 patients with more than 20 years' follow-up. *Acta Orthop Scand* 2003; 74(4):455-9.
3. Duggal A, Dickinson IC, Sommerville S, Gallie P. The management of extra-abdominal desmoid tumours. *Int Orthop* 2004; 28:252-6.
4. Ferenc T, Sygut J, Kopczyński J *et al.* Aggressive fibromatosis (desmoid tumors): definition, occurrence, pathology, diagnostic problems, clinical behavior, genetic background. *Pol J Pathol* 2006; 57(1):5-15.
5. Hosalkar HS, Fox EJ, Delaney T *et al.* Desmoid tumors and current status of management. *Orthop Clin North Am* 2006; 37(1):53-63.
6. Latchford AR, Sturt NJ, Neale K, Rogers PA, Phillips RK. A 10-year review of surgery for desmoid disease associated with familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 2006; 93(10):1258-64.
7. Lev D, Kotilingam D, Wei C *et al.* Optimizing treatment of desmoid tumors. *J Clin Oncol* 2007; 25(13):1785-91.
8. Mariani A, Nascimento AG, Webb MJ, Sim FH, Podratz KC. Surgical management of desmoid tumors of the female pelvis. *J Am Coll Surg* 2000; 191(2):175-83.
9. Mendenhall WM, Zlotecki RA, Morris CG *et al.* Aggressive fibromatosis. *Am J Clin Oncol* 2005; 28(2):211-5.
10. Merchant TE, Nguyen D, Walter AW, Pappo AS, Kun LE, Rao BN. Long-term results with radiation therapy for pediatric desmoid tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 47:1267-71.
11. Okuno S. The enigma of desmoid tumors. *Curr Treat Options Oncol* 2006; 7(6):438-43.
12. Papagelopoulos PJ, Mavrogenis AF *et al.* Current trends in the management of extra-abdominal desmoid tumors. *World Journal of Surgical Oncology* 2006; 4:21.
13. Reitamo JJ, Hayry P, Nykyri E, Saxen E. The desmoid tumor. I. Incidence, sex-, age- and anatomical distribution in the Finish population. *Am J Clin Pathol* 1982; 77(6):665-73.
14. Schlemmer M. Desmoid tumors and deep fibromatoses. *Hematol Oncol Clin North Am* 2005; 19:565-71.
15. Shields CJ, Winter DC, Kirwan WO, Edmond HP. Desmoid tumors. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27:701-6.
16. Speake D, Evans DG, Lalloo F, Scott NA, Hill J. Desmoid tumours in patients with familial adenomatous polyposis and desmoid region adenomatous polyposis coli mutations. *Br J Surg* 2007; 94(8):1009-13.
17. Spiegel DA, Dormans JP, Meyer JS *et al.* Aggressive Fibromatosis from Infancy to Adolescence. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 1999; 19(6):776.
18. Sturt NJ, Gallagher MC, Bassett P *et al.* Evidence for genetic predisposition to desmoid tumours in familial adenomatous polyposis independent of the germline APC mutation. *Gut* 2004; 53(12):1832-6.
19. Takeshima Y, Nakayori F, Nakano T *et al.* Extra-abdominal desmoid tumor presenting an intrathoracic tumor: Case report and literature review. *Pathol Int* 2001; 51:824-8.
20. Wagstaff MJ, Raurell A, Perks AG. Multicentric extra-abdominal desmoid tumours. *Br J Plast Surg* 2004; 57(4):362-5.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida

E-mail: josealcione.almeida@yahoo.com.br

TITULAÇÕES

1. Mestre e doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Serviço do Prof. Edmund C. Baracat.
2. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, médica colaboradora do Ambulatório de Ginecologia da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

XV CONGRESSO MUNDIAL DE GINECOLOGIA INFANTO-JUVENIL

SÃO PAULO, SP – 6 A 9 DE MAIO DE 2007

Publicamos nesta edição alguns resumos de temas livres apresentados no XV Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) EM ADOLESCENTES: PREVALÊNCIA E COMPLICAÇÕES

Autores: Almeida JAM, Gianfaldoni A, Laghai ERG, Curi DG

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – Clínica Ginecológica – Serviço do Prof. Edmund Chada Baracat – São Paulo (SP)

Objetivo: Apresentar a experiência do serviço com adolescentes usuárias do DIU. **Casuística e métodos:** Entre as adolescentes que procuraram o Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência para anticoncepção no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006, vinte e duas foram selecionadas para usar o TCu380A (DIU com cobre). Todas as pacientes selecionadas já tinham um ou mais filhos, informaram ciclo menstrual regular e negaram antecedentes de doença inflamatória pélvica. Todos os procedimentos foram realizados em ambulatório. Em 20 pacientes, o DIU foi inserido durante a menstruação e, em duas outras, no período de lactação com a dosagem de gonadotrofinas coriônicas feita previamente para comprovação de que não estavam gestantes. A ultra-sonografia para comprovar a localização do dispositivo foi realizada imediatamente em dez pacientes e em até uma semana após a inserção nas outras. Previamente à inserção, todas as pacientes foram submetidas a exame ginecológico, coleta de citologia oncológica do colo do útero e tratamento de eventuais processos inflamatórios (vulvovaginites e cervicites). **Resultados:** A idade das pacientes variou entre 13 e 20 anos, idade média de 17,4 anos. Destas, três pacientes tiveram o dispositivo deslocado: uma (15 anos de idade) após 38 meses, uma (18 anos de idade) após 12 meses e uma (17 anos de idade) após quatro meses. Essa foi a principal complicação e correspondeu a 13,6% da nossa casuística. Três pacientes (13,6%) apresentaram leucorréia que respondeu ao tratamento local com metronidazol local, uma paciente (4,5%) relatou aumento do fluxo menstrual e uma paciente preferiu retirar o DIU pela presença de *Actinomyces*. **Comentários:** Embora o dispositivo intra-uterino (DIU) seja seguro (taxa de gravidez de 0,6 a 0,8 por cem mulheres no primeiro ano e menor ainda nos anos seguintes) e um dos métodos anticoncepcionais mais utilizados em todo o mundo, com aproximadamente cem milhões de usuárias, ainda há controvérsias para seu uso por adolescentes. O aumento da doença inflamatória pélvica em usuárias do DIU e a alta taxa de expulsão deste que ocorre nas adolescentes nulíparas são as principais restrições para o método na adolescência. Entretanto, em adolescentes que já tiveram filho, o desempenho clínico é semelhante ao que ocorre em mulheres de mais idade também usuárias do DIU. **Conclusão:** A experiência de nosso serviço nos leva a considerar o DIU como método contraceptivo seguro também para adolescentes desde que se adotem critérios rígidos de seleção: paciente com boa higiene, sem passado de doença inflamatória pélvica, fluxo menstrual regular e que se comprometa a cumprir o calendário de reavaliação clínica e ultra-sonográfica periódica. Consideramos método ideal para a prevenção da recidiva da gravidez na adolescência, principalmente para as que amamentam.

HIPERTROFIA MAMÁRIA NA ADOLESCÊNCIA

Autores: Almeida JAM, Curi DG, Gianfaldoni A, Matsuzaki CN, Ramos LO

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Clínica Ginecológica – Serviço do Prof. Edmund Chada Baracat – São Paulo (SP)

Objetivo: Divulgar a experiência do serviço com essa mastopatia. **Casística e métodos:** Foram analisados os prontuários de 62 pacientes atendidas no Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da USP com diagnóstico de hipertrofia mamária no período de maio de 1990 a maio de 2004. No exame físico, além dos tempos obrigatórios, utilizou-se fita métrica para medir a circunferência do corpo mamário e da distância entre a papila e o limite superior de cada mama. Essas medidas serviram para a avaliação nas consultas subseqüentes, fornecendo mais um dado sobre continuidade e velocidade do crescimento mamário. Como exame complementar foi utilizada a ultra-sonografia das mamas. As adolescentes foram orientadas a usarem sutiã em tamanho adequado, com alças largas e com almofadas, reeducação de postura e exercícios físicos até o momento adequado para a mamoplastia redutora, realizada quando o desenvolvimento das mamas se completou. Receberam assistência psicológica. Duas adolescentes foram operadas ainda com 10 e 12 anos de idade em virtude do tamanho exagerado de suas mamas. **Resultados:** A idade das pacientes na ocasião do diagnóstico variou de 10 (1 paciente) a 18 anos (1 paciente), distribuída conforme tabela abaixo:

Idade em anos completos	N	%
10-11	2	3,22
12-13	14	22,58
14-15	26	41,95
16-17	19	30,64
18-19	1	1,61

As principais queixas relatadas foram: insatisfação com a auto-imagem que se refletia de forma negativa na auto-estima de todas as adolescentes; 50 (80,64%) queixaram-se de dorsalgia; 41 (66,12%) tinham dor e/ou ferimento no ombro provocados pela pressão exercida pela alça do sutiã. Nada de importante com relação aos antecedentes pessoais ou familiares. As duas pacientes operadas aos 10 e aos 12 anos de idade tiveram recidiva após 4 e 6 meses. As alterações anatomopatológicas encontradas nas peças cirúrgicas foram: alterações fibrocísticas benignas, fibroesclerose, fibroadenose, cistos apócrinos, infiltrado gorduroso do parênquima. Na paciente de 10 anos de idade havia dois nódulos de fibroadenoma que mediam 6,0 cm e 7,0 cm nos maiores eixos, diagnosticados pela palpação e ultra-sonografia e confirmado pelo exame anatomopatológico. **Comentários:** A etiologia da hipertrofia das mamas continua carecendo de melhores esclarecimentos, embora sejam aventadas hipóteses como resposta exagerada dos receptores hormonais das mamas e também a maior incidência em usuárias da maconha. **Conclusão:** A recidiva nas duas pacientes operadas precocemente indica que a melhor conduta é aguardar o momento em que as mamas completam seu crescimento para realizar a plástica redutora. Essas pacientes merecem cuidados especiais até a época da cirurgia, principalmente psicológicos, com a finalidade de melhorar sua auto-estima. A ultra-sonografia deve ser o exame complementar de escolha.

NÓDULOS SÓLIDOS DA MAMA EM ADOLESCENTES

Autores: Almeida JAM, Curi DG, Matsuzaki CN, Pereira RFO, Ramos LO

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – Clínica Ginecológica – Serviço do Prof. Edmund Chada Baracat – São Paulo (SP)

Objetivo: Divulgar a experiência do serviço com nódulos de mama em adolescentes. **Casuística e métodos:** Foram revisados 84 prontuários de pacientes com idade entre 10 e 18 anos, operadas no serviço por nódulos sólidos da mama no período de janeiro de 1980 a julho de 2004. Na admissão ao hospital todas as pacientes foram submetidas a anamnese, exame clínico geral e exame ginecológico. A ultra-sonografia das mamas foi realizada em 80% das pacientes. **Resultados:** A paciente mais jovem tinha 10 anos de idade e a mais velha, 18 anos. A maior incidência foi na faixa etária de 16 a 18 anos de idade com 43 pacientes (51,19%). Quarenta e nove (58,33%) eram brancas e 35 (41,66%) negras. A queixa das pacientes foi de nódulo na mama e o tempo decorrido entre a percepção do nódulo e a consulta variou de três a 36 meses. Em 83 pacientes palpou-se nódulo sólido, móvel, com limites precisos, sem aderência aos planos adjacentes. Uma paciente tinha tumor de forma irregular, ocupando quase toda a mama, fixo por aderência aos planos profundos e sinais inflamatórios (sarcoma). Trinta e oito (45,23%) pacientes tinham tumor na mama direita; em trinta e seis (42,85%) os tumores eram na mama esquerda e, em dez (11,90%) pacientes, havia tumor em ambas as mamas. Quanto à localização dos tumores, constatou-se: cinqüenta e quatro (64,28%) pacientes tinham tumor no QSE, vinte e quatro (28,57%), no QSI duas pacientes (2,38%) no QIE, e quatro (4,76%) outras ocupavam toda a mama. Sessenta e oito (80,95%) pacientes receberam anestesia geral e dezesseis (19,40%) foram operadas com anestesia local. A incisão periareolar foi praticada em 74 (88,07%) pacientes (mesmo em tumor de 14,0 cm); incisão sobre o sulco inframamário em cinco (5,95%) pacientes e, em outras cinco pacientes, a incisão foi sobre o nódulo, nas linhas de Langer. O exame anatomopatológico constatou: o maior eixo de cada tumor variou de 2,0 cm a 14,0 cm. Foram retirados 109 tumores, dos quais 101 (92,7%) correspondiam a fibroadenoma; sete (6,41%) eram *Phyllodes* e um (0,91%) rhabdomiossarcoma embrionário. O seguimento variou de três meses a cinco anos em pacientes com fibroadenoma. Das sete pacientes com tumores *Phyllodes*, quatro tiveram seguimento de três a cinco anos. Nenhuma apresentou recidiva. A paciente com rhabdomiossarcoma não aceitou a complementação terapêutica proposta (ampliação da cirurgia e radioterapia) e faleceu após seis meses da tumorectomia. **Conclusão:** Os nódulos mamários nessa faixa etária são benignos em 99,1%. No único caso de tumor maligno não houve dúvida quanto ao diagnóstico. Os quadrantes superiores da mama são os sítios preferenciais dos tumores. A incisão periareolar, em paciente sob anestesia geral, deve ter a preferência do cirurgião, independentemente da localização e do volume do nódulo mamário benigno.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs) E DROGAS NAS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM PRESÍDIO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Autores: Novaes JMC, Monteiro DL

Instituição: Departamento de Ações Socioeducativas e Hospital Geral de Jacarepaguá

Objetivo: Pesquisar DSTs em adolescentes infratoras, de 12 a 18 anos, sexualmente ativas, por intermédio do exame de Papanicolaou, e que fazem uso de drogas. **Casuística e métodos:** Estudo dos resultados da colpocitologia das adolescentes. Foram realizadas entrevistas e exame colpocitológico em 168 adolescentes internas em instituição, no período de 2004 a 2005. Estudo retrospectivo de coorte transversal. **Resultados:** Ascus (6,2%); cândida (3,0%), NIC I (6,0%); NIC III (0,6%); Trichomonas (29,8%); Vaginose bacteriana (28,6%); normal (25,6%). Uso de drogas: foi referido por 67,8%, sendo o uso exclusivo de cocaína relatado em 2,3% e combinado com outras drogas como maconha, cola, crack, ecstasy, loló e tiner em 24,2%. **Conclusão:** A presença de drogas na vida das adolescentes infratoras parece aumentar a vulnerabilidade às DSTs. Programas de conscientização e combate ao uso de drogas e seus efeitos na sexualidade das adolescentes, como também programas de prevenção das DSTs e exames colpocitológicos, são necessários diante dos resultados encontrados.

REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA APÓS ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL MULTIPROFISSIONAL E ACOMPANHAMENTO DO BINÔMIO MÃE-FILHO APÓS O PARTO

Autores: Melhado A, Coates V, Sant'Anna MJC

Instituição: Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SCMSP) – São Paulo (SP)

Objetivo: Avaliar a reincidência da gravidez entre adolescentes que receberam assistência pré-natal multiprofissional e interdisciplinar de apoio biopsicossocial na Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da SCMSP, com acompanhamento do binômio mãe-filho após o parto e comparar com jovens que não tenham recebido assistência pré-natal especializada nem orientação após o parto. **Casística e métodos:** Estudo prospectivo comparativo entre 39 adolescentes com 18 anos ou menos à concepção que deram à luz na Maternidade do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da SCMSP e que não tenham recebido assistência pré-natal multiprofissional (grupo controle) no período de 1º de julho de 2004 a 30 de junho de 2005 e 30 adolescentes com 18 anos ou menos à concepção que receberam assistência pré-natal multiprofissional e interdisciplinar de apoio biopsicossocial na Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da SCMSP, com acompanhamento pós-parto e orientação contraceptiva, no mesmo período (grupo caso). Foram realizadas entrevistas individuais e confidenciais durante o puerpério entre as jovens que procuraram a Maternidade da SCMSP no momento do parto e que não receberam assistência pré-natal especializada. Entre as jovens que procuraram a Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da SCMSP, foi feito seguimento do binômio mãe-filho no ambulatório, mensalmente, durante o primeiro ano após o parto, quando as jovens receberam atenção global à saúde, trabalhando-se auto-estima e saúde reprodutiva. Foram analisados: reincidência da gravidez, intervalo entre a primeira e a segunda gravidez, assistência pré-natal, orientação contraceptiva no pós-parto, método anticoncepcional usado, escolaridade (anos de estudo), abandono escolar, estado civil e relação com o pai da criança. **Resultados:** As adolescentes que receberam assistência pré-natal multiprofissional e interdisciplinar de apoio biopsicossocial e seguimento do binômio mãe-filho apresentaram 3,3% de taxa de reincidência enquanto, no grupo controle, foi observada taxa de reincidência de 15,4%. A média das idades no grupo caso foi de 16 anos, com média de nove anos de estudo; no grupo controle, a média das idades foi de 17 anos, com média de sete anos de estudo. Entre aquelas que receberam assistência pré-natal especializada, 33,3% abandonaram a escola e a maioria (60%) não usava nenhum método contraceptivo anteriormente à gravidez; entre as pacientes do grupo controle, apenas 75,8% abandonaram a escola e, assim como o grupo anterior, a maioria (66,7%) não fazia uso de método contraceptivo prévio à gravidez. A maior parte das jovens estudadas permanece solteira (56,75% e 51,3%, respectivamente) e aproximadamente um quarto (26,7% e 25,5%) não tem contato com o pai da criança. **Conclusão:** Entre as adolescentes estudadas, a taxa de reincidência foi menor no grupo das jovens que receberam assistência pré-natal multiprofissional e acompanhamento do binômio mãe-filho após o parto. No mesmo estudo, a taxa de abandono escolar encontrada no grupo das jovens que receberam assistência pré-natal especializada foi significativamente menor do que a encontrada no grupo controle.

Próximos Congressos

X Congresso Brasileiro de Ginecologia da Infância e Adolescência

30 de novembro a 4 de dezembro de 2008 em navio

Presidente: Denise Maia Monteiro

Preço promocional até dezembro de 2007

Realização: SOGIA-BR (sogia@sogia.com.br)

Tour Viagens e Turismo: (21) 2557-4660/2556-5053 • naviosogia@tourviagens.com.br

RG Comunicações: (11) 3515-7880



Apoio:

XI Congresso Latino-americano de Ginecologia da Infância e Adolescência

2009, Panamá

Presidente: Ruth G. De León

XVI Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil

2010, Montpellier, França

Presidente: Charles Sultan

Boas notícias

Decorrente de negociação entre a atual diretoria da FIGIJ (Federation Internationale de Gynecologie Infantile et Juvenile) e a Editora do *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, este passará a ser o órgão oficial da FIGIJ. Além da publicação de trabalhos científicos, divulgará as atividades da FIGIJ e da ALOGIA (Asociación Latinoamericana de Obstetrícia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia). A Editora Elsevier aceitou ainda baixar o valor de sua assinatura para os sócios das Sociedades Nacionais filiadas à ALOGIA.

A SOGIA-BR optou por enviar para a Elsevier a relação de seus associados interessados. Cada associado paga a assinatura anual no valor de US\$ 125 (50% de desconto) e receberá o *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* no endereço indicado. Para isso é necessário que o associado esteja em dia com a anuidade da SOGIA-BR. Qualquer dúvida, contate-nos por e-mail: sogia@sogia.com.br.

Isso é fruto do entrosamento da ALOGIA com a nova diretoria da FIGIJ e entendemos que esta é uma oportunidade que não devemos desperdiçar.

Rio de Janeiro, novembro de 2007.

Queridos colegas,

Após excelentes congressos em maravilhosas cidades brasileiras, há muita expectativa acerca do próximo congresso da SOGIA-BR.

Em reunião durante o 15th World Congress on Pediatric and Adolescent Gynecology, o Rio de Janeiro foi escolhido para sediar o X Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência em 2008, o que muito nos honra por tratar-se de evento científico já tradicional e de tão elevada importância.

O comitê organizador encontra-se em fase final de negociação para realizar o congresso a bordo de um navio, sonho acalentado desde o final de 2003. Fizemos essa opção com a intenção de proporcionar aos participantes um evento inesquecível por oferecer inúmeras vantagens: a possibilidade de um encontro científico do mais alto nível aliado à infraestrutura de excelente qualidade, possibilitando troca de experiências, aperfeiçoamento, diversão, lazer, congraçamento e integração entre congressistas, professores e familiares.

A data não poderia ser melhor: de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2008, quatro dias em um período no qual o sol, a hospitalidade carioca e o Cristo Redentor, uma das sete maravilhas do mundo moderno, os esperam de braços abertos!

Juntem-se a nós! Venham para a Cidade Maravilhosa! Será um encontro memorável e que deixará saudades!!!

Denise Leite Maia Monteiro
Presidente do Congresso

Informações: naviosogia@tourviagens.com.br

Comitê executivo da FIGIJ 2007-2010

Presidente

Dr. Ramiro Molina Cartes, Chile

Vice-Presidente

Dr. Dan Apter, Finlândia

Secretário-geral

Dr. Efthimios Deligeoroglou, Grécia

Tesoureiro

Dr. Jan Horejsi, República Checa

Diretor do IFEPAG

Dr. Jose María Mendez Ribas, Argentina

Vice-Diretora do IFEPAG

Dra. Marlene Heinz, Alemanha

Diretor científico

Dr. Charles Sultan, França

Link com ALOGIA

Coordenador de ONGs

Dr. Enrique Pons, Uruguai

Link com NASPAG

Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology

Dra. Ellen Rome, Estados Unidos

Diretoria da ALOGIA

2007-2009

Presidente

Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

Secretária

Dra. Liliane Herter (Brasil)

Tesoureira

Dra. Marta Francis Rehme (Brasil)

COMITÊ ASSESSOR

Dr. José Mendez Ribas (Argentina)

Dr. José Enrique Pons (Uruguai)

Dr. Jorge Pelaez Mendoza (Cuba)

Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguai)

Dr. Juan Fernando Bojanini (Colômbia)

Dra. Beatriz Pereyra Pacheco (Argentina)

SECRETÁRIOS REGIONAIS

Dra. Milagros Sánchez (Peru) – Região Andina

Dr. Roberto Sergio (Uruguai) – Região Sul

Dr. José Sáenz (Costa Rica) – Região Norte

REVISTA DA SOGIA-BR

1. Lembramos aos autores interessados que nossa revista é aberta para publicação de trabalhos científicos que preencham as normas publicadas em todas suas edições. Os trabalhos podem ser enviados por e-mail, acompanhados de carta dos autores solicitando a publicação.
2. O associado que não esteja recebendo a revista deve, por favor, fazer contato conosco por e-mail, atualizando seu endereço.

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: smel@fortalnet.com.br

Bahia

Marta Sacramento Cunha
Rua João das Botas, 89, ap. 601
40110-160 – Salvador, BA

Cremilda Costa de Figueiredo
Rua Dr. Américo Silva, 96, ap. 601
40155-610 – Salvador, BA

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.
SMDDB, 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: elainepires@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

Rio Grande do Sul

Marcelino H. Poli
Av. Salgado Filho, 111, ap. 23
98895-000 – 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, se for brasileiro, deve estar inscrito como membro sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação.
2. O texto original deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 8 a 12 páginas.
3. Referências bibliográficas: no máximo 20 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho. A ordenação das referências bibliográficas deve ser por ordem alfabética.
4. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve
5. 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, resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
7. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser o mais simples possível, 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 de saúde 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 para o endereço de correspondência constante na primeira página da **Revista**, por e-mail ou pelo correio. Neste último caso, deve-se enviar disquete identificado com título do trabalho e nome do autor principal, acompanhado de duas cópias impressas.