

ISSN 2237-4574



ABPTGIC
Associação Brasileira de
Patologia do Trato Genital
Inferior e Colposcopia

REVISTA BRASILEIRA DE

PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

VOL. 5 | Nº 2
Jul. a Dez. | 2021

Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia





Ednar do Nascimento Coimbra Melo
Presidente da ABPTGIC - Capítulo Alagoas

Seja bem vindo a Maceió

Caros colegas e amigos.

A Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Capítulo Alagoas, organiza em 2022 um Congresso Brasileiro. Será o XXIV Congresso Brasileiro de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, que realizar-se-à de 08 a 10 de setembro, no Hotel Ritz Lagoa da Anta, Maceió/Alagoas/Brasil.

Expressar com palavras o quanto representa esse encontro enquanto vivenciamos uma pandemia de COVID 19 devastadora, repleta de perdas físicas, desequilíbrios emocionais e mudanças de planos, mas que paradoxalmente aflorou sentimentos de união e compaixão, e a busca do conhecimento de forma rápida e incessante para o bem de toda a humanidade, concretiza a fé, a esperança, e a certeza de que dias melhores virão! Que estaremos todos juntos, confraternizando e partilhando o conhecimento com a plenitude da liberdade.

Construímos um programa diversificado e atualizado, abrangendo as diferentes áreas de interesse em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia.

A presença de ilustres palestrantes nacionais e internacionais que abordarão aspectos do presente e do futuro em PTGI nos darão oportunidade de acompanhar os progressos do conhecimento e da tecnologia. Desejamos que possam partilhar conosco esses dias misturando sabores, saberes e experiências.

Maceió proporcionará também a atmosfera certa para este encontro descontraído e saudável entre amigos. É nesse clima de gratidão que esperamos todos vocês de braços abertos, nessa Terra aconchegante e de povo acolhedor. E já posso ouvir vocês cantando: “Ai que saudade do céu, do sal, do sol de Maceió...”.

REVISTA BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

Diretoria da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia 2021 - 2023

Presidente:

José Humberto Belmino Chaves (AL)

Vice-Presidente:

Márcia Fuzaro Terra Cardial (SP)

Secretária Geral:

Adriana Bittencourt Campaner (SP)

Secretária Adjunto:

Nilma Antas Neves (BA)

Tesoureiro:

Aristóteles Maurício Garcia Ramos (ES)

2º Tesoureira:

Sílvia Lima Farias (PA)

Coord. Ética e Valorização Profissional:

Maria Carolina Pessoa Valença (PE)

Coordenadora Científica:

Neila Maria de Góis Speck (SP)

Editora da Revista:

Ana Katherine da Silveira Gonçalves (RN)

Website:

Márcia Farina Kamilos (SP)

Comissão para Título:

José Eleutério Junior (CE)

Newton Sérgio Carvalho (PR)

Isabel Cristina Chulvis do Val Guimarães (RJ)

Wanúzia Keila Miranda (PB)

Walquíria Quida Salles Pereira Primo (DF)

Conselho Fiscal Efetivos:

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Maria Inês de Miranda Lima (MG)

Yoshiko Aihara Yoneda (SP)

Comissão de Temas Livres:

Yara Lucia Mendes Furtado de Melo (RJ)

Conselho Fiscal Suplentes:

Angelina Farias Maia (PE)

Vera Lúcia Mota da Fonseca (RJ)

Isabella Paolilo Calazans (DF)

Conselho Editorial

Adriana Bittencourt Campaner (São Paulo/SP)

Ana Katherine da S. Gonçalves (Natal/RN)

Aristóteles Maurício Garcia Ramos (Vitória/ES)

Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (Rio de Janeiro/RJ)

Elsa Aida Gay de Pereyra (São Paulo/SP)

Garibalde Mortoza Jr. (Belo Horizonte/MG)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (Rio de Janeiro/RJ)

Isabel Cristina Chulvis do Val Guimarães (Rio de Janeiro/RJ)

Jefferson Elias Cordeiro Valença (Recife/PE)

José Eleutério Júnior (Fortaleza/CE)

José Humberto Belmino Chaves (Maceió/AL)

Luiz Carlos Zeferino (Campinas/SP)

Manoel A. Guimarães Gonçalves (Porto Alegre/RS)

Maria Inês de Miranda Lima (Belo Horizonte/MG)

Maricy Tacla Alves Barbosa (São Paulo/SP)

Neide Aparecida T. Boldrini (Vitória/ES)

Nelson Valente Martins (São Paulo/SP)

Newton Sérgio de Carvalho (Curitiba/PR)

Nilma Antas Neves (Salvador/BA)

Paula Ribeiro de Miranda Maldonado (Rio de Janeiro/RJ)

Paulo César Giraldo (Campinas/SP)

Rita Maira Zanine (Curitiba/PR)

Sophie Françoise Mauricette Derchain (Campinas/SP)

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho (Rio de Janeiro/RJ)

Walquíria Quida Salles Pereira Primo (Brasília/DF)

Wanúzia Keyla Miranda (João Pessoa/PB)

Yara Lúcia Furtado de Melo (Rio de Janeiro/RJ)

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA

OBJETIVO E POLÍTICA

A Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior, ISSN 2237- 4574, é órgão oficial de Divulgação Científica da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC). É periódico trimestral ou semestral com revisão de pareceristas e apresenta versões impressa e online, sendo distribuída para associados e principais instituições do Brasil. Tem o propósito de publicar contribuições que versem sobre temas relevantes no campo da patologia do trato genital inferior e colposcopia e áreas correlatas e é aberta a contribuições nacionais e internacionais.

Todos os manuscritos, após análise inicial pelo Conselho Editorial, serão avaliados por revisores qualificados, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. O manuscrito enviado para publicação não deve ter sido publicado anteriormente ou submetido para publicação em outros periódicos. Os artigos podem ser submetidos em português, espanhol ou inglês. Os manuscritos que não se enquadram na política editorial e nas normas para publicação da Rev Bras Patol Trato Genit Infer serão devolvidos aos autores para as devidas adaptações antes da avaliação pelos revisores. O autor principal será informado, por e-mail, do número de protocolo do recebimento de seu trabalho e das modificações necessárias a serem efetuadas no processo de revisão e edição.

O conceito e declarações contidas nos trabalhos são de responsabilidade dos autores. Por motivos editoriais, os Editores reservam o direito de realizar modificações gráficas ou de palavras no texto, sem interferir com seu conteúdo. Somente a Rev Bras Patol Trato Genit Infer poderá autorizar a reprodução dos artigos nelas contidos. Os casos omissos serão resolvidos pelos editores desta revista. Os artigos enviados passarão a ser propriedade da ABPTGIC. Este periódico segue as normas estabelecidas pelo The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal Editors – “Vancouver Group” – disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

A Rev Bras Patol Trato Genit Infer apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação ensaios clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser obrigatoriamente encaminhados ao e-mail scientifica@colposcopia.org.br. Em anexo também deve ser enviada declaração assinada por todos os autores, onde deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão, transferência de copyright para a ABPTGI e a inexistência ou existência de conflitos de interesse dos autores. Trabalhos originais devem encaminhar cópia da aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o mesmo. O número de autores de cada manuscrito fica limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) deverão ter os responsáveis especificados. Trabalhos do tipo colaborativo e estudos multicêntricos deverão ter como autores os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados (no máximo cinco). Os demais colaboradores poderão ser citados na seção de agradecimentos ou como “Informações Adicionais sobre Autoria”, no fim do artigo. Os Conflitos de interesse dos autores devem ser mencionados nas situações que poderiam influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. São consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem se enquadrar em uma das seguintes categorias:

Artigos originais: O texto deve ter entre 2000 e 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. Deve conter no máximo 5 tabelas e/ou figuras. O número de referências bibliográficas não deve exceder 30. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Referências. A seção Métodos deverá conter menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados à Instituição onde o projeto foi desenvolvido. Se a pesquisa foi realizada em seres humanos, a declaração de que os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado deve ser incluída.

Revisões e Atualizações: Serão realizadas a convite do Conselho Editorial que, excepcionalmente, também poderá aceitar trabalhos que considerar de interesse. O texto não deve ultrapassar 5000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 5. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 50.

Relatos de Casos: O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluídas as referências e figuras. Deve ser composto por Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências. O número total de ilustrações e/ou tabelas

não deve ser superior a 3 e o limite de referências bibliográficas é 20. Quando o número de casos exceder 3, o manuscrito será classificado como Série de Casos, e serão aplicadas as regras de um artigo original.

Resumos de Teses: apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses da data do envio do resumo. Devem conter até 250 palavras, título em português e inglês e palavras-chave. Informar nome completo do autor, participantes da banca, data e local onde foi realizada e apresentada a tese.

Cartas ao Editor: Devem ser redigidas de forma sucinta, não ultrapassando 500 palavras e não relacionando mais do que 5 referências. Serão consideradas para publicação contribuições originais, comentários e sugestões relacionadas a artigo publicado ou a algum tema médico relevante. Quando a carta incluir críticas, os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

Os manuscritos devem conter: Página de rosto; Resumo e palavras-chave; Abstract e keywords; Texto; Referências; Tabelas (cada uma com título e legenda); Gráficos (cada um com título e legenda) e Figuras. As siglas e abreviaturas devem ser descritas na primeira vez que aparecem no texto e não devem ser separadas por pontos (exemplo: neoplasia intraepitelial cervical (NIC)).

Página de rosto: Deve apresentar o título conciso e descritivo do artigo em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas e com respectivos títulos acadêmicos; nome da Instituição onde o trabalho foi desenvolvido, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas, e presença ou não de conflito de interesse de todos os autores. Indicar o nome, endereço, telefone e e-mail do autor correspondente. O título não deve conter abreviaturas, exceto as internacionalmente conhecidas.

Resumo: Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando tratar-se de artigos de Revisão, atualização e Relatos de Casos, o Resumo não deve ser estruturado e será limitado a 200 palavras. As palavras-chave ou unitermos devem ser inseridas logo abaixo do resumo, em número de 3 a 5 (deverão ser baseados no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde - disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>).

Abstract e keywords: Uma versão em língua inglesa, correspondente ao conteúdo do Resumo deve ser fornecida.

Introdução: A introdução mostra a situação atual do tema, descreve o racional para o estudo, justificando

com base na literatura médica, porém sem revisão extensa da literatura. Os objetivos do trabalho devem estar claramente mencionados.

Métodos: Esta seção apresenta o desenho do estudo, como foi feita a seleção da amostra, sua composição e perdas amostrais. Deve-se descrever com clareza o processo de coleta de dados, os instrumentos e/ou equipamentos utilizados (nome do fabricante e/ou origem do material em parênteses) e como foi feita a análise estatística. No caso de estudo com medicamentos, a marca e o fabricante deverão ser citados apenas nesta seção, reservando-se, nas demais seções, a utilização da denominação comum brasileira do fármaco, que pode ser averiguada no site <http://www.anvisa.gov.br>. No caso de estudos em humanos, indicar a aprovação do estudo (incluindo o número de aprovação do projeto) pelo Comitê de Ética e se os pacientes assinaram o consentimento informado.

Resultados: Os resultados devem ser apresentados em sequência lógica, de forma clara, evitando a repetição dos dados mostrados em tabelas ou figuras. Deve-se expor os resultados que são relevantes para o(s) objetivo(s) do trabalho.

Discussão: Deve estar diretamente relacionada ao tópico e fundamentada pela literatura. Esta seção comenta sobre os aspectos novos e significativos do estudo, suas implicações e limitações e realiza comparações com outros estudos. Evitar repetir os resultados ou informações já apresentadas em outras seções. As conclusões devem ser baseadas nos achados dos estudos e ser incluídas no último parágrafo dessa seção. O último parágrafo também deve expressar, se pertinente, recomendações e implicações clínicas.

Agradecimentos: Os agradecimentos devem aparecer após o texto e são dirigidos às pessoas que contribuíram intelectualmentemente (mas que não justifica autoria) ou com apoio técnico, financeiro ou material, incluindo assistência governamental e/ou assistência de laboratórios farmacêuticos.

Tabelas, gráficos e figuras (fotografias e ilustrações): Tabelas e gráficos devem ser apresentados em preto e branco, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. Somente serão aceitas ilustrações que permitam boa reprodução. As figuras (fotografias) devem ser enviadas no formato JPG com resolução mínima de 300 DPI.

Referências: As referências devem ser citadas no texto de acordo com o sistema numérico (número arábico) e numeradas consecutivamente na ordem de aparecimento no texto, utilizando-se o sistema Vancouver <http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf>. Até 6 autores listar todos; para 7 ou mais autores, listar os primeiros 6 seguido de "et al."

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

- Artigos regulares Teixeira JC, Derchain SFM, Teixeira, LC, Santos CC, Panetta K, Zeferino LC. Avaliação do parceiro sexual e risco de recidivas em mulheres tratadas por lesões genitais induzidas por Papilomavírus Humano (HPV). BRGO. 2002;24(5):315-20.
- Capítulos de livros Hofmeyr GJ, Neilson JP, Alfirevic Z, Crowther CA, Gulmezoglu AM, Hodnett ED et al. A Cochrane pocketbook: Pregnancy and childbirth. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd; 2008.
- Teses Rosa MI. O papilomavírus humano e lesões do colo uterino. [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- Artigos publicados na internet Fletcher D, Wagstaff CRD. Organisational psychology in elite sport: its emergence, application and future. Psychol Sport Exerc. 2009;10(4):427-34. DOI: 10.1016/j.psychsport.2009.03.009. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet] 2005 [cited 2010 Apr 10]. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003818/frame.html>.
- Homepages/endereços eletrônicos The family impact of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [Internet] 2009 Nov 1 [updated 2010 Jan 1; cited 2010 Apr 8]. Available from: <http://www.virtualmedicalcentre.com.au/healthandlifestyle.asp?sid=192&title=The-FamilyImpact-of-Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-%28ADHD%29&page=2>.

Outras situações: Situações não contempladas pelas Instruções aos Autores deverão seguir as recomendações contidas em International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated February 2006. Disponível em <http://www.icmje.org/>.

Sumário

Editorial,	7
Mensagem dos editores,	8
Procedimentos Estéticos Vaginais,	9
Vulvodinia: o elefante no consultório?,	11
Higiene genital Feminina: Qual é a sua importância,	14
O Exame da Vulva,	17
Líquen Escleroso Vulvar: Opinião da especialista,	19
Abordagem das neoplasias intraepiteliais Vulvares diferenciadas (dVIN),	25
Doença de Paget extramamária vulvar,	28
Compreendendo a biópsia de vulva,	31
Fissuras Vulvovaginais,	36
Prurido Vulva,	41
Radiofrequência Fracionada Microablativa na Vulva,	44
LASER fracionado de CO ₂ em vulva: relato de caso,	47
Uso do LASER de CO ₂ na resolução de sinéquias induzidas por líquen plano genital – relato de caso,	50
Uso off label de imiquimod no tratamento de herpes genital em pacientes HIV positivo,	54



Editorial

Professor Gutemberg Leão de Almeida Filho

Por muito tempo o estudo das doenças da vulva despertou restrito e secundário interesse entre os especialistas. Pode-se atribuir algumas razões para este fato: o desconhecimento pelos ginecologistas das doenças da pele, a inexperiência de dermatologistas com relação às doenças específicas da região e a confusa terminologia empregada até então. Nesta época dois livros serviram àqueles interessados: *Diseases Affecting the Vulva* (E., Hunt, 1954) e *Enfermidades de la Vulva* (Calandra e Sammartino, 1959).

Atualmente observa-se um contínuo e crescente interesse pela Patologia Vulvar por parte de ginecologistas e dermatologistas. Dois livros embasaram o aprendizado e o aprofundamento pelos interessados: *The Vulva* (Ridley) e *Atlas of Vulvar Disease* (Wilkinson e Stone).

O verdadeiro impulso para a difusão e aprofundamento dos conhecimentos da Patologia Vulvar foi a criação, em 1971, da ISSVD (*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*) congregando ginecologistas, dermatologistas e anatomopatologistas do mundo inteiro.

A ISSVD com suas múltiplas forças-tarefas, seu comitê de terminologia e seus vários congressos realizados mundo afora desmistificou a complexidade dos termos médicos usados, publicou várias classificações e terminologias que tornaram compreensível e atraente o estudo das doenças da região vulvar. A criação da ISSVD motivou a fundação de diversas associações regionais como a SOLAPAV (*Sociedad Latinoamericana de Patología Vulvovaginal*), em 2010, importante associação na divulgação dos conhecimentos da Patologia Vulvar na América Latina.

No Brasil, a implantação de ambulatórios especializados e a formação de equipes multidisciplinares permitiu a superação dos obstáculos já referidos, o treinamento e a difusão do ensino da Patologia Vulvar. O livro que embasava os interessados era o *Doenças da Vulva* (Hildoberto Carneiro).

Em boa hora os editores da Revista Brasileira de PTGI, sabedores da carência de literatura nacional onde os especialistas possam iniciar ou aprofundar seus conhecimentos, colocam ao alcance dos interessados artigos de excelente qualidade, escritos por professores de reconhecida competência e profundo conhecimento.

Congratulo-me, pois, com os editores da Revista Brasileira de PTGI por colocarem à disposição de todos tão importante e necessária literatura.

Boa leitura a todos!

Mensagem dos Editores



Ana Katherine Goncalves
Editora



José Eleutério Jr.
Editor Associado



Marcia Farina Kamilos
Editora Associada

As sociedades médicas científicas contemporâneas devem assumir um compromisso social voltado para formação e treinamento dos profissionais, com consequente melhoria das condições de vida e saúde da nossa população.

A Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) manteve este compromisso mesmo durante a pandemia pelo coronavírus, quando foi necessária a suspensão de atividades presenciais. Durante este período, a ABPTGIC manteve a revista e o site em funcionamento, e realizou inúmeros eventos virtuais em todo Brasil.

O isolamento social e a necessidade sanitária de suspender as atividades presenciais, foi a princípio um grande desafio para todos nós. Por outro lado, a pandemia também se constituiu em uma grande oportunidade de aprendizado, melhoramento e desenvolvimento de aptidões que nem mesmo acreditávamos que pudéssemos desenvolver. Exercitamos a plasticidade cerebral, aprendemos sobre tecnologias e plataformas, e desta forma nos tornamos não só melhores alunos e professores virtuais, mas também evoluímos como profissionais e como “ser social”, uma vez que também nos tornamos mais solidários e sensíveis à necessidade do outro.

Os Editores

Procedimentos Estéticos Vaginais



José Humberto Belmino Chaves
Presidente da ABPTGIC



Vera Lúcia Mota da Fonseca
Membro da diretoria da ABPTGIC

Declaramos não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: vulva, mulher, estética

No século XX, a sociedade experimentou modificações substanciais. As variações nas relações de gênero, a introdução de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes, entre tantas outras mudanças, trouxeram à tona uma sexualidade mais afluída, levando a conhecimentos relacionados ao tratamento de queixas sexuais e permitindo novas perspectivas de atuação médica. (1-3)

Neste contexto, a estética genital se tornou objeto de pesquisa de diversas áreas e tem ocupado território tão tecnologizado quanto estruturas nobres de outras partes do corpo, configurando-se como lugar de múltiplas intervenções. (1)

Para o escritor russo Leon Tolstói, “De todas as ciências que o homem pode e deve saber, a principal é a ciência de viver fazendo o mínimo de mal e o máximo possível de bem”. Daí surgiu a motivação em aproximar a relação entre ética e estética, em decorrência do próprio enfrentamento teórico e das questões que abriram um novo horizonte interpretativo, produzindo novas realidades e uma pluralidade de perspectivas orientadoras a partir das evidências científicas para procedimentos estéticos no genital feminino. (2)

Ao tratar da diversidade que envolve a estética, a bioética se interpõe pela sua possibilidade de corrigir distorções, criando formas de sensibilidade e experiências que exigem critérios para tratamento intervencionista na genitália. Com isso, se levanta alguns questionamentos, sob o olhar da Bioética: apenas a autonomia da mulher se justifica? Alguém se preocupa com a dignidade dessa mulher enquanto pessoa? Os princípios de beneficência e de não maleficência estão sendo protegidos?

Atualmente, procedimentos estéticos vulvovaginais, também conhecidos como “Cirurgia íntima” ou “cirurgia genital estética feminina”, são um tópico de tendência na mídia que tem sido pouco abordado na literatura médica até o momento, carecendo de uma classificação coerente dos procedimentos e estudos independentes, de longo prazo e randomizados, que possam contribuir com a literatura e esclarecer os impactos e a ética médica relacionada a esses procedimentos.

Todavia, a falta de evidências concretas sobre essas cirurgias, não restringiu a execução e propaganda desses procedimentos nas mídias sociais, que diante da era digital, devido à incapacidade de outros profissionais de saúde e sociedades médicas em filtrar as informações disponíveis, os anúncios são, em sua maioria, imprecisos, omitem riscos e complicações e exageram os benefícios potenciais. Ademais, há uma pressão para a realização desses procedimentos, uma vez que a indústria pornográfica e a mídia em geral criaram um padrão de vulva “normal” ideal. Portanto, o que é diferente deste modelo é considerado inestético, anormal e, portanto, elegível para correção ou perfeição (1).

O famoso “antes e depois”, que ocorre nas Redes Sociais, não é vedado por nenhuma lei federal, no entanto o Conselho Federal de Medicina publicou uma resolução (nº 2126/2015) proibindo e orientando os critérios norteadores para a propaganda na Medicina. No artigo 13 é determinado que as mídias sociais dos médicos e dos estabelecimentos assistenciais em Medicina deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Comissão de Assuntos Médicos (Codame), sendo que no 3º parágrafo se determina: é vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos, conforme previsto na alínea “g” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/11. (2).

Diante desse cenário, as sociedades médicas estão lentamente começando a assumir posições públicas e produzir e publicar diretrizes que contemplem o tema. Dada a disponibilidade de procedimentos estéticos vulvovaginais, o número de mulheres buscando esse tipo de serviço sem ter conhecimento dos riscos e malefícios e a falta de dados, é extremamente importante que profissionais de saúde e sociedades médicas se posicionem mais frequentemente com relação a este assunto. (3).

REFERÊNCIAS:

1. Vieira-Baptista, P. et al. “Cirurgia íntima” – tempo de impor limites. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2014;8(03):223–225.
2. Código de Ética Médica: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
3. Sharp, T. et al. Factors that influence the decision to undergo labiaplasty: media, relationships, and psychological well-being. *Aesthet Surg J* 2016;36(04):469–478.

Vulvodinia: o elefante no consultório?



Pedro Vieira-Baptista
(ORCID 0000-0001-5335-6770)^{1,2}



Joana Lyra
(0000-0002-3622-3850)¹



Joana Lima-Silva
(0000-0001-9038-9694)^{1,2}

¹. Unidade de Tracto Genital Inferior, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

². Hospital Lusíadas Porto, Porto, Portugal

Conflitos de interesse: sem conflitos de interesse relativamente ao tema abordado

Palavras-chave: vulvodinia, vestibulodinia, dispareunia, vaginismo

A vulvodinia, de acordo com a *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), é uma dor (ou ardor) vulvar, dependente ou não de um estímulo, com duração de pelo menos 3 meses, e para os quais não se encontra uma explicação. Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão. (1)

A sua etiologia é desconhecida, acreditando-se que possam ser vários os factores envolvidos e potencialmente diferentes entre casos – o que ajuda a compreender porque não há um tratamento universalmente eficaz. No limite, é lícito questionar se se trata de uma entidade per se, ou de um sintoma. O envolvimento de factores psicológicos é indubitável, mas assumi-los como únicos é rude golpe para estas mulheres.

Embora frequentemente ignorada na literatura médica, está longe de ser rara: a sua prevalência é de, pelo menos, 6,5%, afectando mulheres de todas as idades.(2) Frequentemente, associa-se a quadros como: síndrome da bexiga dolorosa (SBD), fibromialgia ou síndrome do cólon irritável. (2, 3)

O seu diagnóstico é frequentemente confundido com o de vaginismo, situação agravada com a fusão dos conceitos de “dispareunia” e “vaginismo” no DSM-5 (“dor

genito-pélvica/distúrbio de penetração”).(4) Igualmente, foi um diagnóstico esquecido na ICD-11.(5)

A história clínica costuma ser sugestiva: mulheres que habitualmente já foram observadas por vários médicos (por vezes de diferentes especialidades), com vários diagnósticos prévios e tratamentos infrutíferos (antifúngicos, corticóides, imiquimod, LASER, etc.). Frequentemente, ao problema inicial, sobrepõem-se as complicações destes tratamentos prévios.

A avaliação deve começar por um cuidadoso estudo da vulva (incluindo a pesquisa de dermatoses ou de fissuras na fossa navicular [granuloma fissuratum]), seguida do “teste do cotonete” – tendo sempre o cuidado de explicar pormenorizadamente cada passo do exame e qual o seu intuito. Este teste consiste em tocar suavemente as estruturas vulvares com um cotonete, com especial ênfase ao vestíbulo e anel himenial. Seguidamente, sem recurso a espéculo, deverão colher-se amostras vaginais para exclusão de potenciais causas (tricomoníase, candidíase, vaginose citolítica, atrofia [não rara em mulheres a tomar contraceptivos orais]). O estudo mínimo deverá incluir o exame microscópico a fresco, exame micológico e, eventualmente, um teste molecular (*Trichomonas vaginalis*). O passo final, caso seja tolerado, deverá ser o toque unidigital para avaliação do pavimento pélvico.(3)

O estabelecimento do diagnóstico é fácil, mas é apenas o início de um caminho frequentemente longo e sinuoso. Muitas mulheres encontram (algum) alívio no fato de a sua condição “ter um nome”, as suas queixas serem validadas e não se considerar o problema como psicológico ou psiquiátrico. Neste ponto, há que discutir de forma realista as opções terapêuticas e seu potencial sucesso.

A abordagem deverá começar por medidas gerais (eliminação de toda a medicação tópica desnecessária), suspensão de contraceptivos orais por 1-2 meses, aplicação tópica de lidocaína. Havendo SBD associada, a referenciação a urologista com experiência na área deve ser expedita. No caso de haver alterações em termos de pavimento pélvico, a fisioterapia deve ser recomendada assim que a mulher tolere a manipulação do mesmo.

No passo seguinte, podem ser experimentados os antidepressivos tricíclicos e alguns antiepilépticos – sempre com o cuidado de explicar a lógica que sustenta a recomendação, os potenciais efeitos secundários e a demora no surgimento dos potenciais resultados.(3)

Quando tudo falha, nos casos de vulvodinia localizada provocada (vestibulodinia), a cirurgia (vestibulectomia) pode ser uma solução.

Em um tempo em que tanto se fala de saúde sexual, continuam a existir milhões de mulheres em que o diagnóstico e tratamento adequado da vulvodinia não é realizado. Paralelamente, a investigação avança em passos demasiadamente lentos.

Pelo bem das nossas doentes, paremos de ignorar este elefante que tantas vezes está nos nossos consultórios!

REFERÊNCIAS

1. Bornstein J, Preti M, Simon JA, As-Sanie S, Stockdale CK, Stein A, et al. Descriptors of Vulvodinia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of

Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). J Low Genit Tract Dis. 2019;23(2):161-3.

2. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. Int J Gynaecol Obstet. 2014;127(3):283-7.
3. Vieira-Baptista P, Donders G, Margesson L, Edwards L, Haefner HK, Pérez-López FR. Diagnosis and management of vulvodynia in postmenopausal women. Maturitas. 2018;108:84-94.
4. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J. Is the DSM-V Leading to the Nondiagnosis of Vulvodynia? J Low Genit Tract Dis. 2016;20(4):354-5.
5. Radici G, Preti M, Vieira-Baptista P, Stockdale CK, Bornstein J. The International Classification of Diseases, 11th Revision: A Step-Back for Women With Vulvodynia? J Low Genit Tract Dis. 2020;24(3):332-3.

Higiene genital Feminina: Qual é a sua importância



Paulo César Giraldo

Professor Titular de Ginecologia e Colaborador Depto de Tocoginecologia , Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas. ORCID: 0000-0003-4365-9879

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: vulva, higiene, mulher

O ato de higiene corporal foi se adaptando no decorrer dos séculos em decorrência das necessidades de saúde, comodidade da vida social e até mesmo pela vaidade individual.

Por ocasião dos grandes descobrimentos era inimaginável falar sobre este tema, pois, as dificuldades práticas eram intransponíveis. Provavelmente a má higiene ambiental e corporal foram causas importantes das doenças e mortes enfrentadas por aqueles marinheiros que passavam meses embarcados em navios. Hoje, 521 anos depois, muitas casas dispõem de banheiros privativos para cada quarto, duchas higiênicas, desinfecção com luz ultravioleta. Os produtos de higiene corporal e genital incorporaram novas tecnologias e melhoraram o desempenho de forma vertiginosa. São inquestionáveis os avanços dos produtos de higiene (1,2).

Infelizmente, o ensino da Higiene Genital Feminina (HGF) não é feito de forma em evidências científicas. Quase sempre a orientação da HGF é feita de forma descompromissada pela mãe, pela amiga e até mesmo, pelo médico. Todos estes ensinamentos, quando ocorrem, são feitos baseado na experiência individual e pouco científica. Pesquisa no Google usando o termo “Higiene Genital Feminina” resultou em 125.000 opções e na língua inglesa “Female Genital Hygiene” aparecem 13.900.000 resultados. Nota-se que há uma procura enorme sobre este assunto por milhões de pessoas e, conseqüentemente, proliferam de forma indiscriminada as “Blogueiras / Influencers”

ou até instituições que se sentem à vontade para opinar sobre o tema sem terem conhecimento técnico que os respaldem. Por outro lado, as evidências científicas são pequenas. Busca em sites de científicos indexados oferecem escassas publicações (apenas 1.438 resultados no PUBMED).

Há muita desinformação nos sites leigos sobre este tema, fato que induz muitas mulheres a praticarem duchas vaginais, vaporização uterina, introdução de Alho em pedaços na vaginal, uso de produtos com alta detergentência ou pH inadequados. Infelizmente, muitos ginecologistas seguem a mesma linha e oferecem informações controversas e sem a devida comprovação.

A higiene corporal e especialmente a genital, mais que indicada para o bem-estar da mulher, é uma necessidade para prevenir mau odor, coceira, ardor e infecções vulvares. Cerca de 40% das queixas genitais poderiam ser resolvidas ou minimizadas com uma higiene feita corretamente (1,2,3).

A pertinência da higiene corporal bem executada já foi largamente comprovada em atos operatórios, na lavagem das mãos em UTIs, no manejo dos recém-nascidos e na prevenção de problemas na odontologia. Não há mais dúvidas que a higiene bucal, quando feita adequadamente em vários momentos do dia, pode prevenir cáries, mau hálito, periodontites e abscessos (3,4).

A área genital feminina, além de ficar em região de muita oclusão é formada por várias dobras de tecido onde concentram uma imensa quantidade de glândulas sebáceas e sudoríparas. A constante descamação de células mortas, acúmulo de secreções glandulares somados ao conteúdo cérvicovaginal formam um meio perfeito para proliferação de bactérias e fungos e, eventualmente, promover irritações e mau odor (1,2,5).

Existe sim a necessidade de remoção dos excessos celulares, gordura, ácidos e microrganismos da região, sem contudo, promover o ressecamento e inflamação da pele vulvoperineal. A HGF quando mal executada pode ressecar a pele da vulva, promover dermatites de contato/química, desencadeando fissuras, mau odor, coceira, dor e até sangramentos (1, 2).

Até o momento, não é claro o conceito de Higiene Corporal e Higiene Genital Feminina. A falta de um consenso levou-nos a formular este conceito que foi publicado no livro Higiene Genital Feminina para a Mulher Moderna, dos autores Paulo Cesar Giraldo e Joziani Beghini, da editora RQV, 2016 (1).

Higiene Genital Feminina: É o conjunto de ações que visa remover excesso de resíduos na área genital feminina (células mortas, secreções, oleosidade, sangue menstrual, lubrificantes, esperma, restos de urina, papel e fezes), com a finalidade de promover bem-estar e conforto, além de prevenir infecções vulvovaginais.

A higiene genital **não** se presta, portanto, para tratar infecções. Ela é sim uma forma de diminuir os desconfortos e prevenir infecções genitais. Deve ser praticada diariamente, com frequência variável, por todas as mulheres. Os produtos de higiene não todos iguais e devem ser levados em consideração pelas diferentes mulheres na hora da sua escolha (1,2).

Finalmente, seria importante dizer que em breve teremos novas evidências científicas sobre a higiene genital, pois, inauguramos no mês de setembro o primeiro laboratório de pesquisa em higiene genital feminina no CAISM/ UNICAMP. O laboratório está equipado com vários aparelhos que poderão determinar e comparar as condições vulvares e vaginais sob diversas ações de higiene íntima.

REFERÊNCIAS

1. Giraldo PC & Beghini J. Higiene Genital Feminina. 1. ed. Rio de Janeiro: RQV, 2015. v. 01. 196p. Revista ABPTGIC
2. Giraldo PC, Eleutério J, Pires MG, Neves MR, Neves NA, Amaral RL. et al,. Guia prático de condutas sobre higiene genital feminina. São Paulo: Febrasgo, 2009 (Guia Prático).
3. Badran YA, El-Kashef TA, Abdelaziz AS, Ali MM. Impact of genital hygiene and sexual activity on urinary tract infection during pregnancy. Urol Ann. 2015 Oct-Dec;7(4):478-81. doi: 10.4103/0974-7796.157971.
4. Chapple ILC, der Weijden FV, Doerfer C, Herreraet D, Shapira L, Polak D, et al,. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S71-6. doi: 10.1111/jcpe.12366.
5. Giraldo PC, Amaral RL, Gonçalves AK. The influence of genitalis odors to women´s life. Jornal Brasileiro De Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 32, p. e203217: 1-4, 2020.

O Exame da Vulva



Ana Katherine Gonçalves

(ORCID: 0000-0002-8351-5119)

Professora Titular do Departamento Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Editora do Jornal Brasileiro de Patologia do Trato Genital e Colposcopia

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: vulva, vagina, pequenos lábios, grandes lábios, clitóris, vestíbulo

A aparência da genitália externa feminina pode ser a chave para compreender e diagnosticar diversas enfermidades que podem acometer mulheres de todas as idades. A aparência normal da vulva é um conceito indescritível e mal representado nos livros didáticos, o que tem gerado o crescente número de cirurgias cosméticas vulvares com o propósito de refazer uma vulva de aparência normal, desrespeitando a sua diversidade. (1)

Observação Vulvar

O exame da vulva começa com a simples observação do órgão. Uma abordagem geral deve ser realizada com o intuito de avaliar textura e cor da pele e a presença de lesões, úlceras, cistos, escoriações ou qualquer outra alteração que possa atrair sua atenção. (1,2)

Ao examinar o clitóris, certifique-se de que o prepúcio pode ser facilmente retraído, expondo o clitóris. Observe a posição do meato uretral e aberturas das glândulas no vestíbulo. Adicionalmente é examinado a região perineal e anus. (1,2)

Existem algumas variantes comuns da normalidade que pode ser confundido com patologia tais como: glândulas sebáceas aumentadas (Fordyce), apresentando-se como múltiplas glândulas sebáceas amarelas ao longo do interior dos pequenos lábios, mas não tem significado clínico. (1,2)

Outra variante é a papilomatose vulvar, que é encontrada em 8% a 48% das mulheres em idade reprodutiva. Estas são projeções são moles, filiformes e são frequentemente encontradas no vestíbulo e o aspecto interno dos pequenos lábios, podendo ser confundidas com condilomas. (1,3)

Vulvoscolpia

O papel da vulvoscopia na avaliação da vulva é controverso, a despeito de alguns autores indicarem os benefícios da alta amplificação da imagem, particularmente no diagnóstico de lesões pré-malignas. Estudos mais recentes concluem que não há evidências que a vulvoscopia seja uma ferramenta eficaz no rastreio doenças vulvares. Autores sugerem a amplificação da imagem com lupas já seja o suficiente, sendo a neoplasia intraepitelial vulvar de diagnóstico fácil, mesmo sem amplificação da imagem. O mesmo se aplica ao uso de ácido acético na vulva, o método aprovado na avaliação do colo do útero, não apresenta o mesmo desempenho na vulva. Jonsson et al. demonstraram baixa sensibilidade e especificidade, com alta taxa de falsos positivos para lesões induzidas pelo HPV.(1,4,5)

Teste do Contonete (Q-TIP Test)

Finalizada a observação da vulva, é aconselhável realizar o “teste do contonete” com a finalidade de detectar possível vulvodínia, que é sugerido quando a paciente dor ou queimação, sem está diretamente associado a relação sexual. (1,4,5)

O teste do contonete é realizado tocando com delicadeza um cotonete em diferentes partes da vulva, gradualmente dos grandes lábios em direção ao introito, onde a dor supostamente será mais acentuada.

É solicitado então a paciente que indique se o toque provoca dor, queimação, coceira ou outro desconforto e a que nível. Isso ajuda a diferenciar dor generalizada da localizada, avaliando o grau de dor nas diferentes partes vulvares, o que será útil nas avaliações subsequentes após a intalação de medidas terapêuticas. (1,4,5)

REFERÊNCIAS

1. Cohen Sacher B. The Normal Vulva, Vulvar Examination, and Evaluation Tools. Clin Obstet Gynecol. 2015 Sep;58(3):442-52. doi: 10.1097/GRF.0000000000000123.
2. Margesson LI. Vulvar disease pearls. Dermatol. Clin. 2006;24:145–155.
3. Wollina U, Verma S. Vulvar vestibular papillomatosis. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2010;76:270–272.
4. MacLean AB, Reid WM. Benign and premalignant diseases of the vulva. Br J Obstet Gynaecol. 1995;102:359–363.
5. Eva LI. Screening and follow up of vulval skin disorders. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012;26:175–188.

Líquen Escleroso Vulvar: Opinião da especialista



Angelina Faria Maia

Professora de colposcopia da Universidade Federal de Pernambuco

Membro da diretoria da Associação de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

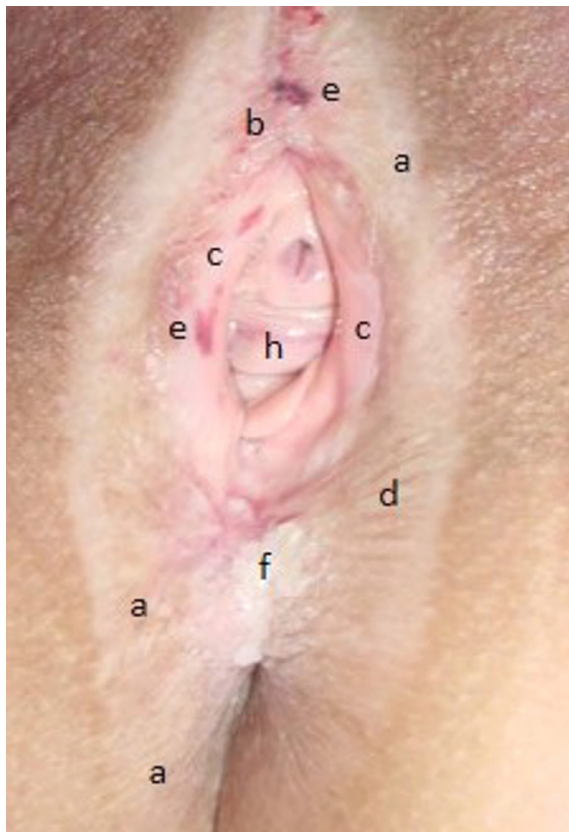
Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: vulva, Líquen Escleroso Vulvar, mulher

O Líquen escleroso vulvar (LEV) é uma das doenças mais frequentes em clínicas de doenças vulvares e representa a principal via carcinogênica na vulva. Oitenta por cento dos cânceres de vulva estão associados ao LEV. É uma dermatose inflamatória crônica de etiologia desconhecida, com provável origem autoimune e genética. Mais de 60% das mulheres com LEV apresenta uma ou mais desordens autoimunes, particularmente vitiligo, Líquen plano, alopecia, doença da tireóide, e diabetes. (1-3).

O LEV é mais frequente na região ano-genital, mas pode surgir em outras localizações do corpo. Não acomete a vagina, como pode acontecer no líquen plano, razão pela qual é importante fazer um exame especular para ajudar no diagnóstico diferencial. Pode aparecer em qualquer idade, sendo mais frequente na perimenopausa e pós-menopausa e, em seguida, na pré-puberdade. (1-3).

Figura 1: Sinais de Líquen escleroso Vulvar



- a) A **mancha hipocrômica simétrica** é o sinal mais importante. Pode acometer a **vulva, regiões perineal e perianal**.
- b) Fusão parcial ou total do prepúcio do clitóris.
- c) Hipotrofia ou atrofia dos pequenos lábios.
- d) Pele fina, apergaminhada e ressecada.
- e) Pode surgir escoriações, fissuras, petéquias e **equimoses**.
- f) Com frequência encontramos áreas de hiperqueratoses, e em decorrência do traumatismo provocado pela coçadura.

Sintomas

O prurido é o mais frequente (71%) e, geralmente, a paciente refere história de muito sofrimento e que por vários anos foi medicada erroneamente para candidíase. Em seguida queixam-se de ardor (33%), dispareunia (24%), irritação local, fissuras e em 12% das mulheres o LEV é assintomático. (1-3).

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. Pode ser feita biópsia caso o médico não tenha experiência, e precise de comprovação diagnóstica, ou nos casos duvidosos. O diagnóstico histopatológico do LEV apresenta características específicas. (1-3)

Microscopia (1-3)

- * Perda das criptas epidérmicas com atrofia.
- * Aspecto homogêneo da derme superficial com associação de edema e esclerose do colágeno.
- * Infiltrado inflamatório linfocitário em faixa, imediatamente abaixo da derme homogenizada.
- * Hiperkeratose, acantose e papilomatose podem estar presentes.

Tratamento

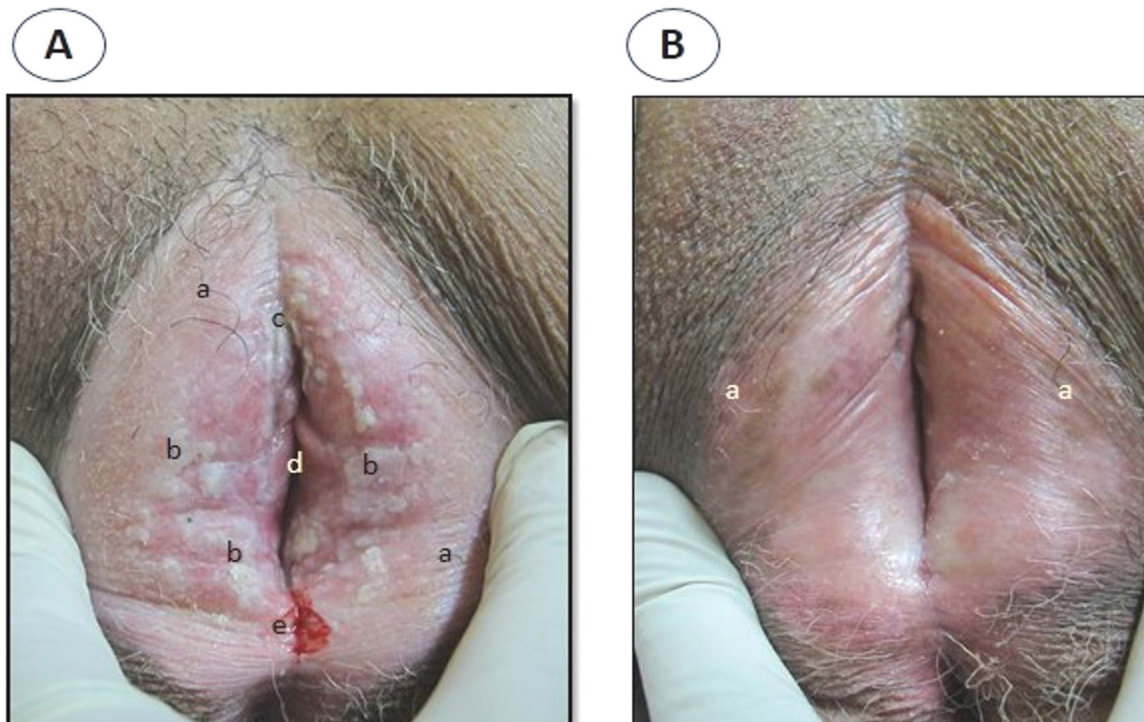
Não existe cura para o LEV, mas o tratamento oferece um bom controle da doença, gerando conforto para a paciente. Após o controle da doença, é essencial que todas as pacientes com LEV façam seguimento médico anual, mesmo que estejam sem sintomas, devido ao risco potencial de 4 a 6% dessa doença favorecer ao surgimento do carcinoma escamoso. São as formas de Líquen escleroso hiperplásico as mais associadas aos carcinomas escamosos invasivos(1-3).

Desde a década de 90, a corticoterapia tópica com corticóide altamente potente, propionato de clobetasol à 0,05%, passou a ser o tratamento de escolha para o LEV, entretanto, não há um consenso universal sobre a potência, frequência e duração do tratamento. (1-2).

Protocolo de tratamento (Setor de Doenças da Vulva do Hospital das Clínicas da UFPE): corticosteróide tópico super potente Propionato de Clobetasol 0,05 % em pomada: após higiene com sabonetes leves, passar na mancha hipocrômica, uma vez ao dia (à noite), uma pequena quantidade da pomada (correspondendo a dimensão de um caroço de feijão, por vez): (2)

- Durante 30 dias: todas as noites.
- Durante 30 dias: noites alternadas.
- Raramente será necessário estender o tratamento por mais 1 ou 2 meses, aplicando a pomada 2 ou 3 vezes na semana até controlar o prurido ou as hiperqueratoses (áreas de espessamentos).(2)

Figura 2: Resposta terapêutica com o uso do Propionato de clobetasol à 0,05% em pomada:



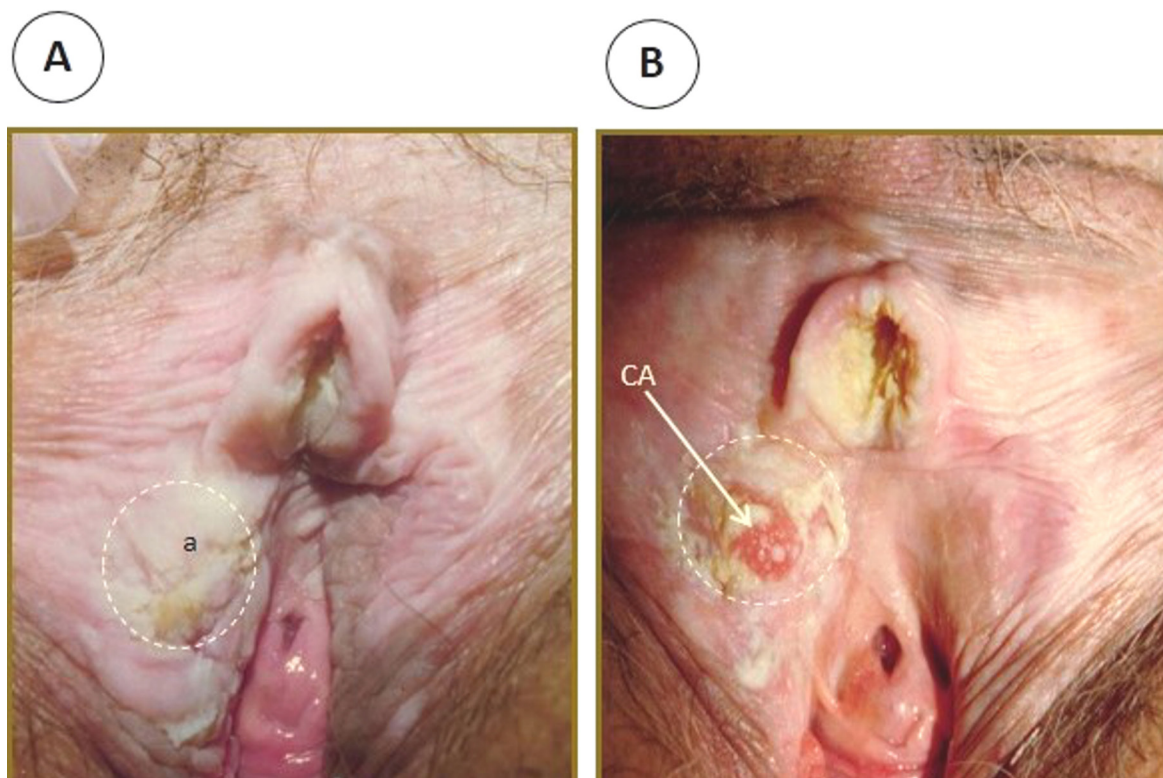
A - LEV: a) mancha hipocrômica simétrica, b) Placas hiperqueratóticas, c) Fusão do prepúcio do clitóris, d) Pequenos lábios hipotróficos, e) fissura + prurido intenso.

B - Após esquema terapêutico de 2 meses com Propionato de Clobetasol 0,05%: ausência das hiperqueratoses + ausência da fissura + leve pigmentação/normocrômica (a).

Deixar bem claro para a paciente que o uso indevido, prolongado ou em grande quantidade de corticosteróide tópico pode induzir a complicações como atrofia, telangiectasia, estrias, favorecer a infecções e até taquifilaxia. (2).

- * Alertar que o tratamento visa abolir o prurido e eliminar os espessamentos (hiperqueratoses). Mas, que não vai recuperar a forma da vulva e que pode clarear a mancha, mas não promove o seu desaparecimento na grande maioria das vezes. (2).
- * Mesmo após o tratamento com o Propionato de Clobetasol, é importante manter o uso do hidratante (Vaselina sólida ou dexpanthenol) na mancha branca após cada higiene. (2).
- * Voltando o prurido ou hiperqueratose o que, às vezes, pode acontecer após 2 a 3 anos do tratamento inicial, reiniciar o esquema clássico com o Propionato de clobetasol. Hiperqueratoses com frequência recobrem NIV diferenciada (d-NIV) ou câncer. (2).

Figura 3: (A) Hiperqueratoses difusas, em líquen escleroso encobrindo câncer. (B) Após esquema de 2 meses com Propionato de clobetasol 0,05%



A - Antes do tratamento: a) hiperqueratose difusa.

B - Após o tratamento: regressão da hiperqueratose com visualização de um nódulo que correspondia a um câncer inicial.

Diante de LEV com hiperqueratoses focais: realizar biópsias profundas. Biópsias superficiais vão mostrar apenas hiperqueratoses. (Figura 4)

Figura 4: Carcinoma escamoso invasivo por baixo da hiperqueratose.



- * É imprescindível: (2).
- * Realizar biópsia de todas as áreas suspeitas de câncer ou de Neoplasia Intraepitelial Vulvar (d-NIV);
- * Fazer diagnóstico diferencial com a síndrome da atrofia urogenital da menopausa.
- * Após o tratamento com clobetasol, caso a paciente apresente uma grande atrofia epitelial e/ou diminuição do desejo sexual, pode ser feito um tratamento com Propionato de Testosterona a 2% em veículo oleoso. Deve ser feito com cautela, tendo atenção aos efeitos indesejáveis como aumento do clitóris, hirsutismo ou eritema na pele vulvar. (2).
- * Revisões anuais por toda a vida. A lesão d-NIV do Líquen escleroso tende a ser de difícil diagnóstico clínico. Uma vulvoscopia anual pode ajudar na prevenção do câncer da vulva.
- * O LEV na infância apresenta as mesmas características clínicas da mulher adulta. É recomendado não fazer biópsia, exceto em caso de dúvidas significativas. O tratamento da criança segue o mesmo esquema da mulher adulta apenas com uma menor quantidade da pomada. Entretanto, não deve ser prescrito estriol ou testosterona. (2).
- * Mais recentemente têm sido recomendado os imunomoduladores tópicos Tacrolimus e Primecrolimus como agente “poupador de corticóide”. É ainda uma terapia “off label”. (2).

Finalmente, como o LEV é a principal via carcinogênica na vulva, é importante estimular a paciente a fazer auto-exame com frequência e o seu acompanhamento médico a cada 6 a 12 meses para o resto da sua vida. Adequado seguimento da mulher com Líquen escleroso vulvar vai proporcionar um satisfatório conforto vulvar e sexual. (1-3).

REFERÊNCIAS:

1. Caussade A. Liqueen escleroso: actualización. Lichen Sclerosus: an update. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2019; 57:(1): 31–54.
2. Maia AF. Os três líquens vulvares IN Carvalho NS. Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia: manual prático com casos clínicos e questões comentadas. São Paulo: Atheneu Editora, 2010:153-191.
3. F. R. Pérez-López & P. Vieira-Baptista (2017) Lichen sclerosus in women: a review, Climacteric, 20:4, 339-347, DOI: 10.1080/13697137.2017.1343295 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1343295>

Abordagem das neoplasias intraepiteliais Vulvares diferenciadas (dVIN)



Cláudia Marcia de Azevedo Jacyntho

ORCID: 0000-0002-5941-2507

- Mestre em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
- Chefe do Setor de Anogenitoscopia do HFSE-RJ-MS, aposentada
- Professora Associada de Ginecologia da Faculdade Souza Marques-RJ e Gama Filho-RJ, aposentada
- Membro Efetivo da ISSVD desde 1997
- Vice-Presidente Sudeste da ABPTGIC
- Membro da CNE de PTGI e Colposcopia da FEBRASGO



Marcela Ignacchiti Lacerda

ORCID: 0000-0002-7311-5496

- Mestre e doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- Chefe do Serviço de Ginecologia da Policlínica Militar da Praia Vermelha
- Médica do Instituto Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ)
- Preceptora do Ambulatório Pré-Natal de Autoimunidade e Trombofilia (PrAT. HUPE) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- MBA em Gestão Hospitalar pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (FACC/UFR)

As autoras declaram não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: dVIN, neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, carcinogênese vulvar.

A neoplasia intraepitelial diferenciada (dVIN) é a principal via carcinogênica na vulva, comparada com a outra via do HPV de alto risco e cofatores, mas os estudos são limitados. (1)

Há três tipos de líquens vulvares, dos quais o líquen escleroso e o líquen plano apresentam relação com o carcinoma escamoso, dependendo de fatores de risco como idade, fumo, mutação do gene P53, metilação da p16 e falta de resposta ao tratamento. (2). O líquen simples crônico não tem relação com a carcinogênese vulvar, entretanto a liquenificação secundária que pode ocorrer no líquen plano e principalmente no líquen escleroso, pelo ato crônico de coçar pode facilitar a falta de resposta ao tratamento dessas desordens epiteliais não neoplásicas que são vias

carcinogênicas (líquens plano e escleroso) e esta falta de resposta ao tratamento é reconhecida como um fator de risco para a carcinogênese. (2-3)

A Sociedade Internacional de Estudos de Doenças Vulvovaginais (ISSVD) decidiu manter a terminologia VIN diferenciada (dVIN) nessa via carcinogênica das dermatoses, pois atenção histopatológica deve ser dada para a diferenciação com atipias marcantes na camada basal, (3) negativas para HPV, com maior potencial oncogênico que as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau da via do HPV (HSIL), que aparecem em vulvas com líquen escleroso, líquen plano ou radiovulvite, já que não se deve confundir essa histopatologia com lesões intraepiteliais de baixo grau pelo fato de as atipias serem marcantes na camada basal, diferenciadas, porém acentuadas e sobrepostas a essas dermatoses. (3)

Clinicamente as dVIN apresentam-se como placas leucoplásicas rebeldes ao tratamento das dermatoses supracitadas ou úlceras, erosões ou nódulos palpáveis também podem ser expressões de dVIN, devendo sempre ser biopsiadas áreas suspeitas como essas no decorrer do seguimento obrigatório dessas dermatoses que têm nos dermocorticoides ultra potentes sua terapêutica de escolha e estabelecida pela ISSVD, que ainda não indica o uso de energias, salvo para estudos clínicos e deixa os inibidores da calcineurina como poupadores de corticoides, quando necessário. (4) Vale ressaltar que há quase unanimidade na literatura mundial quanto ao tratamento excisional para as dVIN, devido o grande potencial carcinogênico das mesmas. Não há possibilidade de tentativa terapêutica das dVIN com medicamentos ou energias, sendo indicada apenas a excisão cirúrgica da lesão de dVIN (5), com estudo histopatológico em cortes seriados. (3-5)

Seguimento amiúde deve ser mantido após a excisão das lesões, que são geralmente unifocais, dada a grande possibilidade de recidivas, devendo manter o tratamento preconizado para as dermatoses de base e vigilância extrema. As biópsias devem ser indicadas em todas condições que não podem ser diagnosticadas clinicamente, em qualquer suspeita de neoplasia e em todas as áreas refratárias ao tratamento das dermatoses de base (líquens escleroso, plano e radiodermite). (6)

Conclui-se que a via carcinogênica vulvar proveniente do líquen escleroso, líquen plano e radiodermite não deve ser negligenciada, requerendo exame vulvar sistemático nas consultas ginecológicas para diagnóstico das dermatoses, tratamento e seguimento adequado das mesmas, com biópsias em áreas suspeitas de dVIN, permitindo a excisão destas com prevenção do carcinoma escamoso.

REFERÊNCIAS:

1. Thuijs NB, van Beurden M, Bruggink AH, Steenbergen RDM, Berkhof J, Bleeker MCG. Vulvar intraepithelial neoplasia: Incidence and long-term risk of vulvar squamous cell carcinoma. *Int J Cancer*. 2021 Jan 1; 148(1):90-98.
2. Day T, Marzol A, Pagano R, Jaaback J, Scurry J. Clinical Pathologic Diagnosis of Differentiated Vulvar Intraepithelial Neoplasia and Vulvar Aberrant Maturation. *J Low Genit Tract Dis*. 2020 Oct; 24(4):392-398.

3. Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK, Preti M, Bohl TG et al. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions. *Obstet Gynecol.* 2016 Feb, 117(2):264-8.
4. Preti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA, Bretschneider CE, Damaser M, Demitkesen O et al. The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: Na ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document. *J Low Genit Tract Dis.* 2019 Apr; 23(2): 151-160.
5. Zanine RM, Bittencourt DD. Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV). In: *Doenças do Trato Genital Inferior e Coplosopia-Um Enfoque na Terapêutica.* 1.ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2021. p. 153-9.
6. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, Body G, Levêque J et al. Vulvar Intraepithelial Neoplasia: Classification, Epidemiology and Management. *Hum Reprod* 2020 Nov; 49(9):10180-1.

Doença de Paget extramamária vulvar



Walquíria Quida Salles Pereira Primo ^{1,2}

ORCID: 0000-0002-3626-1128

¹. Professora Adjunta de Ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

². Presidente da Comissão Nacional de Ginecologia Oncológica da Febrasgo

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: Doença de Paget extramamária, Doença de Paget vulvar, Tratamento, Recidiva.

A doença de Paget é dividida em mamária e extramamária. A doença de Paget extramamária (DPE) é um grupo raro de neoplasias cutâneas com diferentes localizações e história natural. As lesões são usualmente encontradas em áreas com alta densidade de glândulas apócrinas: vulva, ânus, região perianal, escroto e axila. A localização mais frequente da DPE nas mulheres está na vulva em 65% dos casos, seguida da região perianal em 20% dos casos. Apesar disso, há uma escassez de literatura sobre a doença de Paget vulvar (DPV) e corresponde a menos de 1% das neoplasias vulvares. Sua característica é a proliferação intraepitelial de células apócrinas, as quais são denominadas células de Paget e estão localizadas na camada basal, podendo atingir toda a espessura do epitélio. O termo doença de Paget tem sido usado para indicar as doenças: intraepitelial; com invasão estromal; com manifestação de um adenocarcinoma cutâneo primário subjacente da vulva e com envolvimento da pele vulvar por uma neoplasia interna não-cutânea.(1)

Wilkinson et al. propõem uma classificação para a DPV em primária e secundária, baseada na origem etiológica heterogênea das células de Paget identificadas dentro da pele vulvar. A primária é definida como o adenocarcinoma originado dentro do epitélio, ou seja, cutânea. Na doença de Paget secundária, o envolvimento da pele vulvar ocorre por uma neoplasia não-cutânea, por metástases ou por extensão direta. O adenocarcinoma retal e anal são as

neoplasias que mais frequentemente levam a doença de Paget vulvar secundária, em seguida vem o carcinoma urotelial. (2)

Concernente ao diagnóstico, nenhum dado na história familiar, social e no meio ambiente da paciente, sugere uma etiologia ou uma predisposição para o desenvolvimento da DPV. Os sintomas não são específicos. A paciente refere prurido de longa data em 50% dos casos. É mais comum nas mulheres brancas, após a menopausa, na sétima década de vida e de origem europeia. Clinicamente as lesões são eczematóides, eritematosas, descamativas, com presença de estrias brancas (epitélio hiperqueratinizada) e com as bordas pouco definidas. Embora a maioria das lesões apareçam como uma única lesão, múltiplas lesões simultâneas em diferentes locais podem ocorrer. E, a aparência clínica da DPV primária e secundária é similar. (1)

Inicialmente as lesões vulvares podem ser desconsideradas pelas pacientes ou ocasionam dificuldades de diagnóstico pelos clínicos, levando a atrasos no tratamento de até muitos anos, em média 2 anos. Além de serem confundidas com candidíase, eczema, psoríase, líquen escleroso, dermatite de contato, melanoma, carcinoma escamoso dentre outras doenças dermatológicas ou neoplásicas.(3)

Outro aspecto importante, a DPV não melhora com antifúngicos ou com anti-inflamatórios tópicos. Consequentemente, existe indicação de realização de biópsia de qualquer lesão suspeita de dermatose crônica da região anogenital que não se resolva com a terapia, a fim de descartar esta e outras neoplasias. Uma etapa relevante na avaliação da paciente com DPV é a palpação cuidadosa da lesão vulvar. A presença de massa subjacente, nodularidade ou fibrose podem ser indicativas de um adenocarcinoma subjacente associado e justifica a realização de uma biópsia profunda. (1-4)

O tratamento padrão da DPV sem adenocarcinoma subjacente é a exérese da lesão com margem de segurança. Na presença de adenocarcinoma o tratamento é o mesmo que se realiza no carcinoma escamoso invasivo de vulva. Cerca de um terço das pacientes apresentam recorrência, mesmo após a realização de cirurgias radicais e o tratamento mais adequado não está estabelecido, em vista da sua raridade. Uma revisão sistemática revisando 529 casos de DPV tratadas cirurgicamente relataram uma taxa de recorrência de 58,0% (IC 95%: 54,0-62,4).(4)

Além do manejo cirúrgico, o arsenal terapêutico para a DPV inclui medicamentos tópicos, radioterapia e quimioterapia. Medicamentos tópicos são indicados apenas para DPV não invasiva e alcançam uma resposta completa em até 62,5%. O imiquimode pode ser uma opção eficaz de tratamento, especialmente para mulheres que apresentaram recorrência após várias ressecções cirúrgicas ou que estão sem condições cirúrgicas.(5)

Enfim, a DPV é uma condição rara, não regride espontaneamente e tem caráter progressivo. A maioria dos casos pode ser passível de tratamento cirúrgico e o estado de margem negativa não reduz a chance de recorrência e, consequentemente, as pacientes devem ser seguidas por toda a vida.(1-3,4)

REFERÊNCIAS

1. Preti M, Micheletti L, Massobrio M, Ansai S, Wilkinson EJ. Vulvar Paget Disease: One Century After First Report. Journal of Lower Genital Tract Disease 2003; 7(2): 122-135.

2. Wilkinson EJ, Brown HM. Vulvar Paget disease of urothelial origin: A report of three cases and proposed classification of vulvar Paget disease. *Hum Pathol* 2002; 33(5):549-54.
3. Cosgarea I, Zaremba A, Hillen U. Extramammary Paget's Disease. *Hautarzt*. 2019 Sep;70(9):670-676.
4. Edey KA, Allan E, Murdoch JN, Cooper S, Bryant A. Interventions for the Treatment of Paget's Disease of the Vulva. *Cochrane Database Syst Ver*. 2013 Oct, 26(10).
5. Machida H, Moeini A, Roman LD, Matsuo K. Effects of Imiquimod on Vulvar Paget's Disease: A Systematic Review of Literature. 2015 Oct;139(1):165-71.

Compreendendo a biópsia de vulva



Ana Katherine Gonçalves
(ORCID: 0000-0002-8351-5119)

Professora Titular do Departamento Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Editora do Jornal Brasileiro de Patologia do Trato Genital e Colposcopia



José Eleutério Junior
(Orcid: 0000-0003-4617-7269)

Professor Associado e Chefe do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Declaramos não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras Chaves: Mulheres Fissuras, Vulva, Vagina

A biópsia de vulva é realizada para diagnosticar anormalidades epiteliais e consiste na remoção de fragmentos de tecidos em áreas que parecem anormais, sendo realizada com o intuito de detectar neoplasias e/ou alterações da mucosa genital. (1-5)

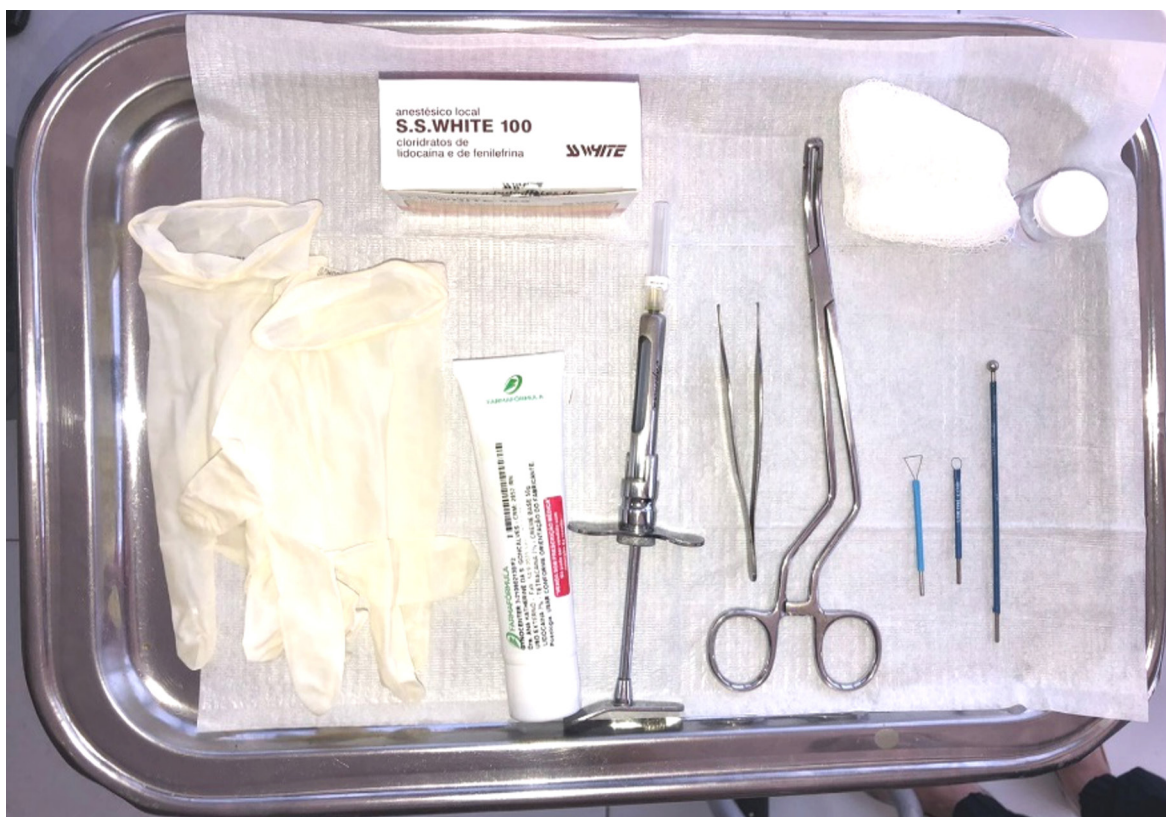
Indicações de biópsia de vulva: (1-5)

- Avaliação de lesões que não respondem à terapia conforme o esperado.
- Diagnóstico de lesões de aparência atípica
- Áreas de mucosa esbranquiçadas ou que ficam brancas após a aplicação de uma solução especial de ácido acético
- Manchas de pele: vermelhas, rosa, cinza, marrom ou acinzentadas
- Feridas que não cicatrizam
- Verrugas genitais que não desaparecem
- Avaliação de lesões de origem incerta
- Remoção de pequenas lesões cutâneas, como nevos intradérmicos

Como a biópsia de vulva deve ser realizada:

A biópsia pode ser realizada usando “punch” cutâneo, lâmina de bisturi, tesoura ou usando aparelho de energias físicas como os de alta frequência (CAF). A escolha da ferramenta é determinada a princípio pela preferência do executor ou disponibilidade do método. Entretanto é sabido que o “punch” é especialmente útil para lesões planas ou ligeiramente elevadas e tesouras ou pinças de biópsia cervical são boas para lesões elevadas ou pedunculadas. Lâminas de bisturi ou alcinhas de CAF podem ser utilizadas para remover qualquer tipo de lesão. (1-3) (Figura 1)

Figura 1: Material necessário para biópsia



Inicialmente, a pele da região deve ser limpa com uma solução química. Pode-se utilizar anestésico tópico para mucosas genitais e aguardar por alguns minutos. Em seguida, injeta-se anestésico local. (Figura 2 - A)

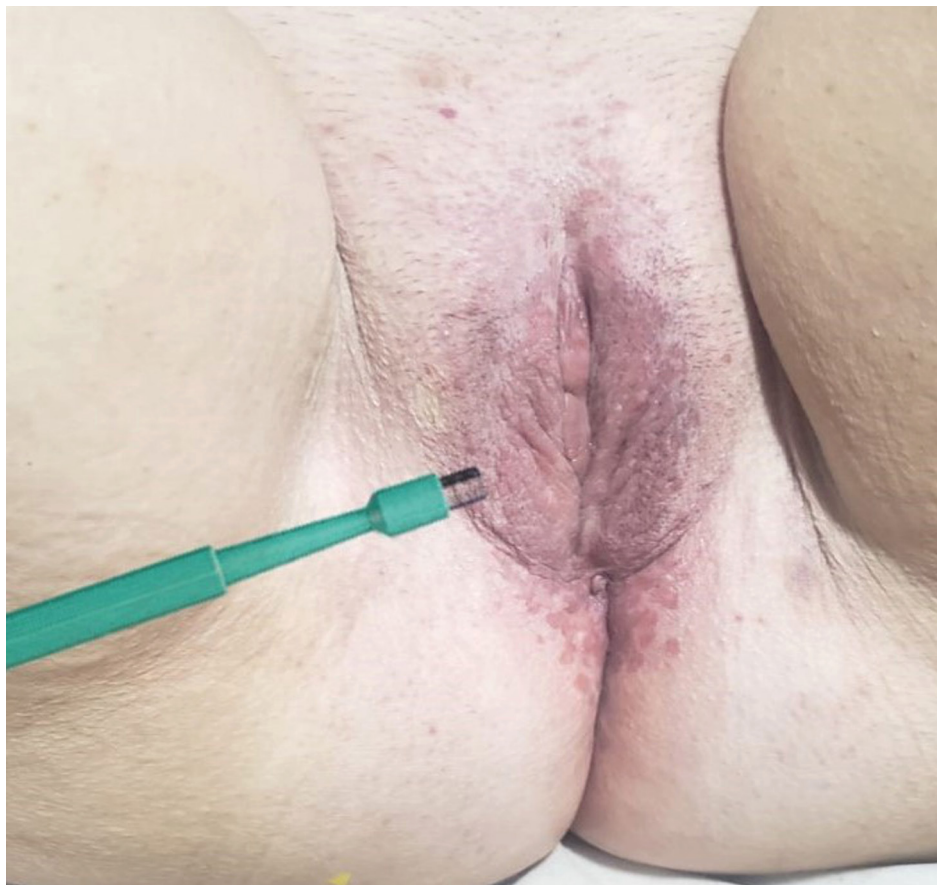
Quando a área estiver anestesiada, o profissional, remove uma amostra da pele/mucosa com a ferramenta escolhida. (Figura 2 –B).

Figura 2: Procedimento de Biópsia Vulvar**Biópsia epitelial por Punch (Keyes).**

A biópsia epitelial por “punch” dermatológico possibilita uma amostra de pele satisfatória para avaliação diagnóstica. Além de ser rápida e simples e geralmente resulta em uma boa aparência cosmética. A biópsia vulvar é realizada usando punch de 3 a 6 mm (punch dermatológico de de Keyes). Para efetuar o procedimento, gire o “punch” com uma leve força descendente em torno de seu eixo central no sentido horário e anti-horário em movimentos de vaivém até atravessar toda a espessura da pele. Após a biópsia ser realizada, recomenda-se relaxar a mão não dominante e aplicar pressão moderada sobre o local a fim de cessar o sangramento. Em seguida um agente hemostático como cloreto de alumínio, nitrato de prata ou solução de Monsel deve ser aplicado sobre o local. A eletrocauterização também pode ser usada afim de coibir sangramento. (1-3)

Se lâmina do “punch” não cortar a derme completamente ao redor do círculo, o espécime pode ser seccionado através da derme, produzindo um espécime com profundidade inadequada de biópsia. Para evitar que isso aconteça, coloque a lâmina exatamente no mesmo corte e estenda-o mais profundamente. Levante suavemente a amostra com uma agulha ou pinça delicada e em seguida, corte na base (abaixo da derme) usando uma tesoura. (Figura 3) (1-3)

Figura 3: Biópsia com o “Punch”



Biópsia epitelial com lâmina de bisturi

Para realizar uma biópsia com lâmina injete anestésico local na derme sob a lesão e além de suas bordas. A pápula criada expande a derme, fazendo com que a lesão fique mais fácil de remover a uma profundidade adequada sem penetrar na camada de gordura, que favorece a formação de cicatrizes. Em seguida use um agente hemostático ou eletrocautério. Caso as bordas estejam muito afastadas, é recomendada a síntese da pele com um fio absorvível. (1-3)

Riscos de uma biópsia vulvar (1-5)

- Dor
- Infecção
- Sangrando
- Bolha de sangue (hematoma)
- Hematomas
- Perda da cor da pele na área (hipopigmentação)
- Cicatriz

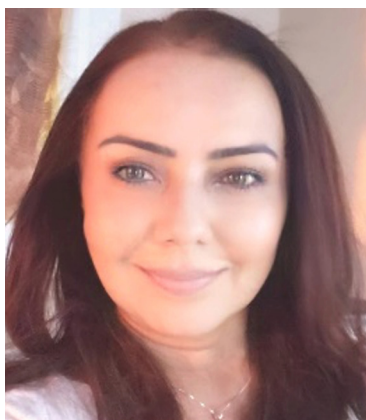
Considerações Finais:

- A biópsia vulvar costuma ser um procedimento rápido e simples, realizado ambulatoriamente.
- Recomenda-se a prescrição prévia de analgésicos o que pode reduzir o desconforto durante e após o procedimento
- O tecido removido durante a biópsia deve ser preferencialmente encaminhado ao patologista.
- Prescrever anti-inflamatórios não esteroides pode aliviar o processo inflamatório advindo deste procedimento
- Orientar a paciente sobre a dor e o desconforto no local da biópsia
- Orientar a paciente sobre a formação de crosta, discreto sangramento e prurido que ocorrem usualmente alguns dias após o procedimento. (1-5)

REFERÊNCIAS:

1. Mayeaux EJ Jr, Cooper D. Vulvar procedures: biopsy, bartholin abscess treatment, and condyloma treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013 Dec;40(4):759-72. doi: 10.1016/j.ogc.2013.08.009.
2. Mayeaux EJ Jr. Punch biopsy of the skin. In: Mayeaux EJ Jr, editor. *The essential guide to primary care procedures.* Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott, Williams, Wilkins; 2009. p. 187–94.
3. Pickett H. Shave and punch biopsy for skin lesions. *Am Fam Physician* 2011; 84(9):995–1002.
4. Rodriguez MI, Leclair CM. Benign vulvar dermatoses. *Obstet Gynecol Surv.* 2012 Jan;67(1):55-63. doi: 10.1097/OGX.0b013e318240cc72. PMID: 22278079.
5. Azaïs H, Pauphilet V, Belghiti J, Nikpayam M, Gonthier C, Maingon P, Conforti R, Uzan C, Canlorbe G; Groupe transversal sein-gynécologie AP–HP. Mise à jour concernant la prise en charge du cancer de la vulve : les recommandations de l'Assistance publique–hôpitaux de Paris [Update regarding the management of vulvar cancer: The guidelines of the Assistance Publique–Hôpitaux de Paris]. *Bull Cancer.* 2019 Apr;106(4):371-378. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2019.01.017.

Fissuras Vulvovaginais



Ana Katherine Gonçalves
(ORCID: 0000-0002-8351-5119)

Professora Titular do Departamento Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Editora do Jornal Brasileiro de Patologia do Trato Genital e Colposcopia



José Eleutério Junior
(Orcid: 0000-0003-4617-7269)

Professor Associado e Chefe do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Declaramos não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras Chaves: Mulheres Fissuras, Vulva, Vagina

As fissuras vulvovaginais acometem mulheres em qualquer fase da vida, desde a infância até a senilidade. Constituem-se de erosões dolorosas, fendas ou quebras nas membranas mucosas fora da vagina e nos lábios externos, períneo ou clitóris. Podem causar dor, ardor ao urinar, sangrar a princípio e coçar à medida que cicatrizam. (1-5).

Frequentemente estão localizadas em fúrcula posterior, relacionada ao intercuro sexual, dermatoses vulvares/vaginais, processos inflamatórios, imunológicos, infecção por HIV (vírus da imunodeficiência humana), distúrbios metabólicos, diabetes, neoplasias, atrofia urogenital, podendo ainda ser o achado primário de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). (1-5).

Etiologia das Fissuras (Tabela 1).

Infância	Fase Reprodutiva	Climatério
Fungos	Relações sexuais.	Queda de estrogênio
Alergias	Dermatites de contato	Atrofia urogenital
Dermatite de contato	ISTs	Relações sexuais
Líquen simples	Candidíase	Líquen escleroso
	Psoríase genital;	
	Deficiências nutricionais;	
	Intolerâncias alimentares	
	Doenças auto-imunes	

1. Infância

Os baixos níveis de estrogênios, se refletem em mucosa e semi-mucosa muito finas e susceptíveis a traumas, infecção, irritação por urina, tecidos e produtos para higiene. (Figura 1). Adicionalmente, a maior proximidade anatômica com o ânus facilita a contaminação com fezes e patógenos fecais. Além disso o pH vaginal em torno de 7,0 e a hipotrofia epitelial, facilitam o crescimento de bactérias. (1-5).

A mucosa/semi-mucosa genital da criança, fina e susceptível a equimoses pela coçadura, é especialmente vulnerável as dermatites e candidíase, que algumas vezes pode até mimetizar quadro de abuso sexual. O tratamento é feito com antifúngicos orais associados ou não a corticoide tópico. (1-5).

A infecção vulvovaginal e perianal pelo estreptococo beta hemolítico é relativamente frequente em crianças e cursa com graus variados de inflamação com eritema frequentemente intenso, prurido, fissura e dor. O diagnóstico diferencial deve ser feito com dermatite de contato irritante, candidíase, dermatite seborreica e psoríase. O tratamento deve ser realizado com antibiótico oral por um período de 14 a 21 dias e a cultura de amostra da lesão auxilia na confirmação diagnóstica e avaliação da eficácia do tratamento. (1-5).

Figura 1: Fissuras genitais em criança de 18 meses decorrente de dermatite de contato com infecção fungica subjacente.



2. Menacme

Durante a fase reprodutiva as mulheres fazem uso regular de absorvente higiênico, tampão vaginal e preservativos que podem causar escoriações e fissuras. Adicionalmente, a atividade sexual introduz causas potenciais de dermatite de contato, irritante e alérgica, infecções e infestações que se manifestam clinicamente como prurido e/ou fissura vulvar. 1(1-5). (Figura 2)

Figura 2: Fissura vulvovaginal após uso de absorvente em paciente no menacme



Algumas vezes, o diagnóstico da candidíase vulvar pode ser dificultado pela ausência do corrimento característico desta condição, embora a pele apresente-se com escoriações, fissuras e liquenificação. As pacientes relatam comumente fissuras e irritação pós-coito. Os fatores de risco para recorrência, uma vez identificados, devem ser evitados e o tratamento com antifúngicos por período longo tem se mostrado eficaz. (2).

Outra causa menos frequente, a *Tinea cruris* constitui-se em uma lesão descamativa, eritematosa e pruriginosa que se dissemina periféricamente e tende a clarear no centro. Tratamento com cremes imidazólicos de uso tópico, até duas semanas após a cura clínica e o tratamento oral em alguns casos (2).

3. Menopausa

A diminuição do estrogênio, mudanças na vulva e no ecossistema vaginal, perda de tecido gorduroso e decréscimo de pelos pubianos. Adicionalmente a pele fina e seca, torna a mulher mais suscetível a infecção, irritação por agentes químicos e a traumas do coito. Como consequência; aparecimento de fissuras, escoriações, ressecamento e dor. (1-5). (Figura 3).

Figura 3: Fissura vulvovaginal decorrente de atrofia genital



A incontinência urinária inerente a esta fase da vida propicia contato permanente da urina ocasionando dermatite com vermelhidão intensa, fissuras e prurido, levando a espessamento da pele e hiperqueratose. A incontinência fecal, embora menos frequente, ocasiona irritação, e infecção superposta a quadros já existentes na pele vulvar. (1-5).

Comentários finais

- 1- A anamnese, exame clínico detalhados, corroborados pelos exames complementares, são importantes para um correto diagnóstico correto e abordagem adequada da fissura genital;
- 2- A faixa etária direcionará para um grupo de diagnóstico diferencial das doenças mais prováveis;
- 3- A conduta deve ser sempre individualizada, considerando o perfil hormonal da paciente, atividade sexual, hábitos pessoais e de higiene, comorbidades, medicações em uso, dentre outros;

- 4- Uma vez detectada alguma lesão na pele, é importante indagar sobre sintomas vulvares, genitais e sistêmicos;
- 5- É importante evitar relações sexuais durante o tratamento (isso inclui masturbação);
- 6- Evitar também o uso de certos produtos como preservativos; tampões, roupas íntimas apertadas e de tecidos que não deixem transpirar;
- 7- Caso a melhora não ocorra após instituído o tratamento, o processo diagnóstico deve ser reavaliado;
- 8- É importante lembrar que a diabetes, o HIV ou outra condição imunológica, pode dificultar a cicatrização.

REFERÊNCIAS

1. Naji H, Ali Hassan R. Perineal Groove: Is It More Common Than We Think? Clinical Characteristics of Four Cases and Review of Literature. *Pediatr Rep.* 2021 Aug 9;13(3):490-494. doi: 10.3390/pediatric13030056. PMID: 34449719; PMCID: PMC8396188.
2. Edwards L. Vulvar fissures: causes and therapy. *Dermatol Ther.* 2004;17(1):111-6. doi: 10.1111/j.1396-0296.2004.04011.x. PMID: 14756895
3. El-Enany G, Nagui N, Nada H, El Ghanam O, Kadry N, Abdel-Halim MRE, Elbendary A. Swollen fissured vulva. *Clin Exp Dermatol.* 2020 Dec;45(8):1080-1083. doi: 10.1111/ced.14403. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32852784.
4. Murina F, Caimi C, Felice R, Di Francesco S, Cetin I. Characterization of female intimate hygiene practices and vulvar health: A randomized double-blind controlled trial. *J Cosmet Dermatol.* 2020 Oct;19(10):2721-2726. doi: 10.1111/jocd.13402. Epub 2020 Apr 12. PMID: 32281249.
5. Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: A review. *Clin Anat.* 2018 Oct;31(7):1013-1017. doi: 10.1002/ca.23250. Epub 2018 Oct 26. PMID: 30113086.

Prurido Vulvar



Isabel do Val

Professora Doutora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF



Renata do Val Guimarães

Aluna do Mestrado em saúde Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense – UFF

ORCID: 0000-0003-1070-1778

Não Possuímos conflitos de interesse

Palavras Chaves: Vulva, Prurido, Câncer

Endereço: Rua Zacarias da Silva 190 acas 2 – Barra da Tijuca- Rio de Janeiro – RJ CEP 22793-190

Carta ao Editor

Caso Clínico:

Jovem, 29 anos, com história de prurido vulvar há um ano. Refere que o quadro clínico iniciou com mancha hipocrômica na vulva e que toda vez que procurava atendimento médico, era diagnosticada com de candidíase, e tratada sem sucesso. Ela então passou a ficar mais preocupada quando surgiu uma lesão verrucosa na vulva. Pensou que era condiloma e procurou outro profissional para conduzir o caso.

Sinal Norteador: mancha branca e lesão vegetante.

Exame físico:

Mancha hipocrômica em face interna dos grandes lábios até região a perianal, com apagamento dos pequenos lábios. Lesão de aspecto verrucoso que medindo em conjunto cerca de 1,5 cm, localizada no 1/3 médio da face interna de grande lábio direito. Em 1/3 médio da face interna de grande lábio esquerdo, observa-se área de espessamento de cerca de 0,5 cm.

Hipótese Diagnóstica: Líquen escleroso + Carcinoma escamo

Conduta: Realizada biópsia da lesão 1 e da lesão 2

Resultado Histopatológico: Lesão 1 = carcinoma escamoso bem diferenciado
Lesão 2 = NIV Diferenciada

Comentários:

O líquen escleroso (LE) é uma doença dermatológica, crônica, inflamatória, de etiologia incerta, mediada por linfócitos, e que afeta a superfície cutânea com predileção para a área anogenital de ambos os sexos. Pode acometer crianças contudo, a maioria dos casos ocorre em mulheres na pós-menopausa. A doença tem um fator familiar, genético e autoimune com forte associação com doenças da tireóide. Está envolvido em uma das vias da carcinogênese vulvar, ligada à neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) diferenciada que afeta mulheres mais idosas (1).

O prurido vulvar de intensidade variável é o principal sintoma. Clinicamente, a vulva se apresenta de cor branca, brilhante e de aspecto quebradiço; a lesão pode se estender para a região perianal formando a figura do número oito. As alterações do relevo vulvar são apagamento dos lábios menores, encarceramento do clitóris, formação de aderências labiais ou de fúrcula.

O tratamento de primeira linha do líquen escleroso é com os corticosteróides tópicos potentes ou super-potentes. Diversos estudos mostraram boa resposta clínica e melhora histológica com o uso destas drogas (2). Eles têm ação antiinflamatória, antipruriginosa e vasoconstrictora.

O tratamento consiste em 2 fases: “tratamento de ataque” com 17-propionato de clobetasol, dipropionato de betametasona ou fuorato de mometasona 0,1%2 uma ou duas aplicações diárias, na forma de creme ou pomada, dependendo do grau de hiperqueratose, durante um mês; depois passamos para 3 aplicações semanais no segundo mês e em seguida para 2 aplicações semanais no terceiro mês3. Ao final deste período a paciente será reexaminada. Depois realizamos o “tratamento de manutenção” com uso semanal ou quinzenal por tempo indeterminado para evitar a reativação da doença (4). A potência do corticosteróide poderá ser diminuída (17-valerato de betametasona). O seguimento deverá ser semestral ou anual. Os efeitos colaterais dos corticosteróides são queimação, irritação, ressecamento, descamação, maceração, hipopigmentação e atrofia epitelial.

Ainda não existem dados suficientes que recomendem o uso de agentes imunomoduladores para o tratamento de líquen escleroso, pois pode haver aumento no risco de transformação maligna devido à imunossupressão local. (4)

A possibilidade de transformação maligna de um líquen escleroso tratado varia de 4 –6%5. No entanto, em mais de 60% dos casos de carcinoma escamoso de vulva pode ser mostrado líquen escleroso em suas adjacências. A presença de áreas de espessamento leucoplásico, de erosões, úlceras ou nódulos são merecedores de biópsia ou excisão ampla imediata pelo perigo de neoplasia intraepitelial ou câncer. (1-5)

REFERÊNCIAS:

1. Haefner HK, Tate JE, McLachlin CM et al. Vulvar intraepithelial neoplasia. Age, morphological, phenotype, papillomavirus DNA and coexisting invasive carcinoma. Hum Pathol 1995; 26:147-.
2. Corazza M, Borghi A, Minghetti S, et al. Clobetasol propionate vs. mometasone furoate in 1-year proactive maintenance therapy of vulvar lichen sclerosis: results from a comparative trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30:956–61.
3. Val I, Almeida G. An overview of lichen sclerosis. Clin Obstet Gynecol. 2005;48:808–17.
4. Lee A, Fischer G. Diagnosis and Treatment of Vulvar Lichen Sclerosis: An Update for Dermatologists. Am J Clin Dermatol. 2018 Oct;19(5):695-706.
5. Wallace HJ. Lichen sclerosis et atrophicus. Trans St John's Dermatol Soc 1971; 57:9-30.

Radiofrequência Fracionada Microablativa na Vulva



Márcia Farina Kamilos

Responsável pelo setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do Hospital Heliópolis, UGA 1, São Paulo
Presidente do Capítulo de São Paulo da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

E-mail: mfkamilos@terra.com.br

Endereço para correspondência: Alameda São Roque, 230, Mairiporã, São Paulo, CEP 07619-520. Telefone: + 55 11 996205936.

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2558-3997>

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: vulva, radiofrequência, tratamento, liquen esclero vulvar, atrofia

A Radiofrequência Fracionada Microablativa (RFFM) é uma tecnologia utilizada para produzir micropontos térmicos na epiderme, derme superficial e profunda com a intenção de estimular uma resposta tecidual regenerativa. O microdano térmico produzido, à semelhança de outras energias como, por exemplo, o Laser de CO₂, desencadeia uma cascata de fatores de reparo como proteínas de choque térmico, interleucinas e fator transformador de crescimento, induzindo a migração de fibroblastos responsáveis pela neocolagênese e neoelastogênese. A intenção é promover reconstrução tecidual, proliferação celular, síntese proteica, revascularização, aumento da densidade de pequenas fibras nervosas na derme papilar, e, como resultado, observa-se melhora do trofismo, redução ou eliminação dos sintomas de variadas patologias ou situações clínicas. (1-5)

Os equipamentos eletrocirúrgicos evoluíram para a produção de radiofrequência (RF) de alta frequência (4 mega Hertz), onde ocorre um controle mais preciso do efeito termal para corte e vaporização tecidual, com melhor qualidade cicatricial e regenerativa em relação aos equipamentos de baixa frequência (400 a 500 kilo Hertz). A RFFM é uma tecnologia que controla

o efeito termal da RF por meio de um sistema eletrônico de fracionamento energético em várias agulhas equidistantes que promoverão microcolunas térmicas com tecido íntegro interveniente, com sistema de randomização dos disparos e de leitura da impedância tecidual, em alguns aparelhos, permitindo adequação aos diferentes tecidos. (2).

Na ginecologia, a RFFM é utilizada como opção terapêutica substitutiva ou associada a tratamento medicamentoso e/ou fisioterápico, para o tratamento da atrofia vulvovaginal, na síndrome geniturinária da menopausa, incontinência urinária de esforço grau leve a moderado, urgeincontinência e urgência miccional. Segundo alguns autores (6,7), os tratamentos são considerados seguros, eficazes e bem tolerados, com um rápido retorno às atividades da vida diária. Sarmento et al (3) observaram que há uma melhora da saúde vaginal, ou seja da microbiota e celularidade vaginais nas mulheres na pós-menopausa após 3 sessões mensais de RFFM vulvovaginal. A RFFM pode ser uma opção terapêutica interessante à terapia estrogênica tópica vaginal em algumas situações de hipoestrogenismo: mulheres que têm melhora parcial com a terapia estrogênica local, nas pacientes com baixa aderência ao tratamento contínuo, e naquelas com tumores hormônio-dependentes, como o câncer de mama. (3-7).

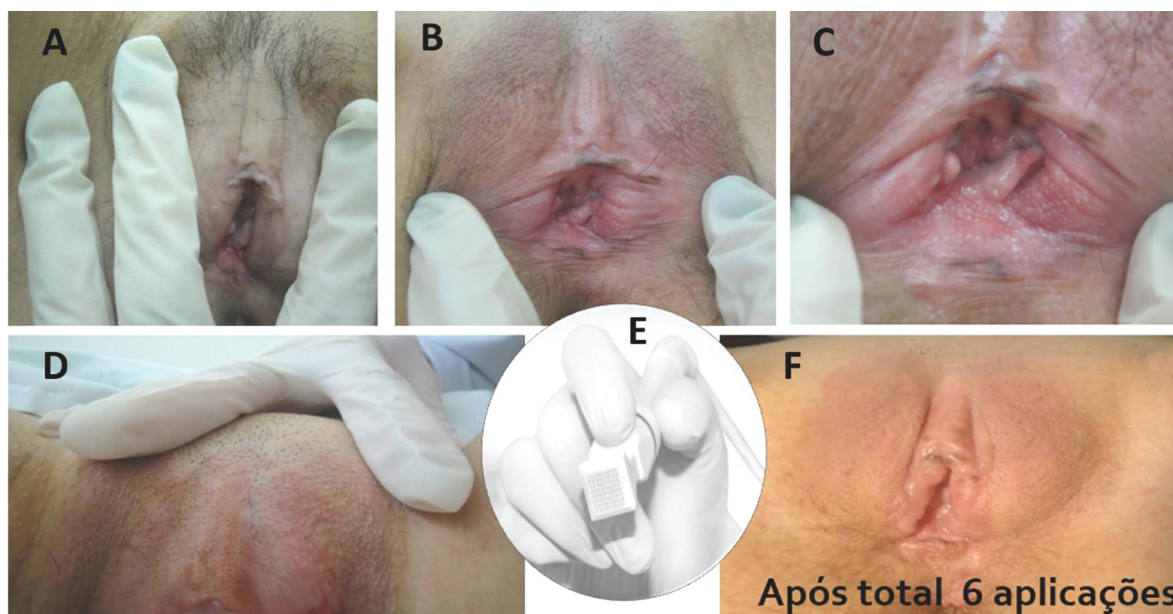
Na vulva, além da indicação do uso da RFFM para melhora do trofismo do vestíbulo em relação aos sintomas de ressecamento, dispareunia, ardor, pode também ser utilizado para melhora estética da flacidez do monte pubiano, lábios internos e externos. Outras situações de uso geniturinário, perineal e anal: fissuras vulvares crônicas, carúnculas uretrais, vulvodínia, cicatrizes perineais, plicomas anais. (5).

Realizamos um estudo piloto como uso da RFFM no líquen esclero vulvar com a intenção de melhora do trofismo e dos sintomas principais que são o prurido e ardência. Foram realizadas 2-3 sessões com 30-60 dias de intervalo, em 3 grupos de pacientes de acordo com o uso anterior de corticosteroides tópicos: G1, sem uso anterior; G2, até 5 anos de uso; G3, >5 anos de uso. Quase 40% das participantes em todos os grupos relataram remissão completa dos sintomas. A melhora foi classificada como moderada ou superior em 80%, 76% e 66% das mulheres nos grupos 1, 2 e 3, respectivamente. A melhora dos sintomas persistiu por 11 meses (variação 7-16 meses), em média, após o tratamento. Foi realizado estudo histomorfométrico e coloração de Picrosirius para análise do colágeno de biópsias realizadas antes do tratamento e após as sessões, e a concentração do colágeno tipo III aumentou significativamente e foi associada a uma melhora importante dos sintomas. O colágeno tipo III é formado por fibras mais finas e confere maior elasticidade tecidual. Na figura 1 mostramos um relato de caso da RFFM no líquen escleroso vulvar. (5).

REFERÊNCIAS:

1. Tadir Y, Gaspar A, Lev-Sagie A, Alexiades M, Alinsod R, Bader A, et al Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: Consensus and controversies. *Lasers Surg Med.* 2017 Feb;49(2):137-159. doi: 10.1002/lsm.22637.
2. Carvalho GF, Silva RM, Mesquita Filho JJ, Meyer PF, Ronzio OA, Medeiros JO, et al. [Avaliação dos efeitos da radiofrequência no tecido conjuntivo]. *Rev Bras Med.* 2011;68(2,n,esp).

3. Sarmento AC, Fernandes FS, Marconi C, Giraldo PC, Eleutério Júnior J, Crispim JC, et al. Impact of microablative fractional radiofrequency on the vaginal health, microbiota, and cellularity of postmenopausal women. *Clinics*. 2020;75:e1750
4. Slongo, HL Radiofrequência microablativa versus treinamento dos músculos do assoalho pélvico para incontinência urinária de esforço: um ensaio clínico randomizado. Tese de Mestrado. UNICAMP. 2020,
5. Kamilos MF, Aguiar LM, Batista VH, Roa CL, Aguiar FN, Soares Júnior JM, Baracat EC. Microablative fractional radiofrequency as a therapeutic option for vulvar lichen sclerosus: a pilot study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2021 Mar 26;76:e2567. doi: 10.6061/clinics/2021/e2567.
6. Romero-Otero J, Lauterbach R, Aversa A, Serefoglu EC, García-Gómez B, Parnhan A, Skrodzka M, Krychman M, Reisman Y, Corona G, Lowenstein L. Radiofrequency-Based Devices for Female Genito-Urinary Indications: Position Statements From the European Society of Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2020 Mar;17(3):393-399. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.015.
7. Gold M, Andriessen A, Bader A, Alinsod R, French ES, Guerette N, Kolodchenko Y, Krychman M, Murrmann S, Samuels J. Review and clinical experience exploring evidence, clinical efficacy, and safety regarding nonsurgical treatment of feminine rejuvenation. *J Cosmet Dermatol*. 2018 Jun;17(3):289-297. doi: 10.1111/jocd.12524.



Após total 6 aplicações

Legenda: Relato de caso (Kamilos MF, Fialho SA. A radiofrequência fracionada no tratamento de líquen escleroso vulvar: um relato de caso. *Femina*. 2020;48(12):764-8). Paciente de 37 anos, líquen esclero vulvar, desde os 13 anos com prurido vulvar crônico, refratária à corticoterapia, realizou, no período de 1 ano, seis sessões de FRAXX (RFFM com aparelho Wavetronic 6000 - HR – FRAXX, Loktal Medical Eletronics, do Brasil), com sessões posteriores de manutenção com anual, apresentou melhora satisfatória dos sintomas e do trofismo vulvar em longo prazo, sem necessidade do uso de corticosteroides. A, aspecto da vulva antes no tratamento; B, C e D, com a aplicação da RFFM; E, eletrodo Linly de RFFM; F, aspecto da melhora do trofismo vulvar.

LASER fracionado de CO₂ em vulva: relato de caso



Neila Maria de Góis Speck²

0000-0002-3713-539¹

Madalena Leonor Pereira Campos²

Carla Dias de Oliveira²

Monalisa Cavalcante de Carvalho²

Maria Cristina Caceres Nogueira²

Núcleo de Prevenção em Doenças Ginecológicas (NUPREV) – Departamento de Ginecologia – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)

¹ professora adjunta, orientadora do projeto

² alunas de pós graduação nível mestrado

Declaramos não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras chaves: Atrofia, vulva, Laser fracionado de CO₂, menopausa .

A Síndrome Geniturinária da Menopausa” (SGU), é um conjunto de sinais e sintomas resultantes das mudanças histológicas, anatômicas, clínicas do trato genital e urinário inferior, induzidas pela redução progressiva dos hormônios ovarianos. (1).

Podemos incluir, entre os sintomas, dispareunia ou dor ao coito, ressecamento vaginal, prurido, irritação e disúria, sendo os dois iniciais os mais prevalentes, com 55% e 44% respectivamente. Estes, acabam influenciando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (1-3).

Baseada na medicina regenerativa e nos promissores resultados dermatológicos, foi criado um dispositivo específico para aplicação de Laser de CO₂ fracionado na região genital.⁴ O choque

térmico provocado pelo laser, estimula a produção das proteínas heat shock. Essas proteínas tem ação direta em vários fatores de crescimento envolvidos na formação de colágeno de disposição trabecular, matriz celular, novas células epiteliais e revascularização. (2,4)

O presente relato de caso tem como objetivo avaliar o impacto a curto prazo do Laser de CO₂ fracionado no tratamento da paciente com atrofia vulvar.

Relato de caso:

Paciente 53 anos, do sexo feminino, com três partos vaginais, menopausada há 2 anos, tendo como comorbidades fibromialgia e hipotireoidismo em uso de: levotiroxina, ciclobenzaprina e prometazina. Nega uso de terapia hormonal. Relata que com o início do climatério, começou a apresentar perda urinária aos esforços, dor durante a relação sexual, ressecamento vaginal e vulva com aspecto envelhecido e enrugada. Ao exame físico da vulva foi evidenciado vulva hipotrófica com perda da gordura dos lábios, aumentando sulcos e dobras na pele. Paciente submetida ao protocolo de Laser de CO₂ fracionado para melhora dos sintomas clínicos e trofismo vulvar. Foram realizadas 3 sessões com laser de CO₂ fracionado em vulva e vagina, a cada 30 dias, utilizando o sistema SmartXide2 (Monalisa Touch, Deka Laser, Florença, Itália), com a ponteira reta e os parâmetros 24 W power, dwell time 800, dot spacing 800, and smart stack 1. Feito documentação fotográfica da vulva, 30 dias antes, 30 e 180 dias após o procedimento. Após 30 dias e 60 dias da última sessão a paciente foi submetida a escala Likert de 5 pontos (muito satisfeita, satisfeita, insegura, insatisfeita, muito insatisfeita) para avaliar sua satisfação com o tratamento. Referiu que está muito satisfeita, relatando aumento dos sulcos e diminuição de pregas na pele da vulva melhorando a aparência da região.



Legenda: foto 1 vulva pré-tratamento, foto 2 – 30 dias após última sessão de laser fracionado, foto 3 – 6 meses após última sessão de laser fracionado. Imagens: arquivo NUPREV

Discussão

O uso do Laser de CO₂ fracionado em vulva vem sendo bastante utilizado, contribuindo assim para a melhora da qualidade de vida das mulheres com SGU.

Na busca por alternativas terapêuticas para atrofia vulvovaginal, estudos estão sendo desenvolvidos para demonstrar a eficácia e segurança do laser fracionado de CO₂ para esta finalidade. (5) O estudo de Dutra et al, demonstrou que o laser fracionado de CO₂ tem mostrado ser alternativa útil e minimamente invasiva para tratamento da síndrome genitourinária da menopausa, agregando vantagens sobre os tratamentos atualmente disponíveis, em particular, a comodidade de não utilização de cremes e o efeito mais duradouro. Por meio de comparação de imagem observou-se melhora da aparência vulvar, o que perdurou por mais 6 meses, este estudo equipara a eficácia do laser fracionado de CO₂ ao tratamento considerado, até o momento, padrão-ouro para o tratamento da atrofia vulvovaginal. (5)

REFERÊNCIAS

1. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Womens Health and the North American Menopause Society. *Maturitas*. 2014 Nov; 79(3):349-54.
2. Salvatore S, Athanasiou S, Candiani M. The use of pulsed CO2 lasers of the treatment of vulvovaginal atrophy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015 Dec; 27(6):504-8.
3. Kingsberg AS, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the Revive (real Women s Views of treatment options of menopausal vaginal changes) survey. *J Sex Med*. 2013 Jul; 10(7):1790-9.
4. Zerbinati N, Serati M, Origoni M, Candiani M, Iannitti T, Salvatore S, et al. Microscopic and ultrastructural modifications of postmenopausal atrophic vaginal mucosa after fractional carbon dioxide laser treatment. *Lasers Med Sci*. 2015;30(1):429-36.
5. Dutra PFSP, Heinke T, Pinho SC, Focchi GRA, Tso FK, de Almeida BC, Silva I, Speck NMG. Comparison of topical fractional CO₂ laser and vaginal estrogen for the treatment of genitourinary syndrome in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2021 May 17;28(7):756-763. doi: 10.1097/GME.0000000000001797. PMID: 34010934.

Uso do LASER de CO₂ na resolução de sinéquias induzidas por líquen plano genital – relato de caso



Wanuzia Keyla Miranda Moreira³

Elyakym Alvarenga Terto Vieira Ramalho¹ | Geraldo Andrade Martinho Neto¹

Luiz H. R. M. Ferreira¹ | Marcela Rolim da Cruz¹

Rafaella Figueire de Brito Filgueira¹ | Marcelo Paulo Tissiani²

¹ Graduando em medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, FAMENE.

² Médico com residência em Ginecologia e Obstetrícia e especialista em Uroginecologia.

³ Médica graduada pela Universidade Federal da Paraíba- UFPB, especialista em Ginecologia Oncologia pela Universidad Complutense de Madrid- UCM; Mestre em Patologia pela UFPB, Doutora em medicina tropical pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Diretora de saúde pública da Sociedade Brasileira de Citopatologia. Médica responsável pelo Laboratório SECICOL diagnósticos

Endereço para correspondência: Wanuzia Keyla Miranda. Endereço: Av. Pres. Epitácio Pessoa, 2828 - Tambauzinho, João Pessoa - PB, 58042-006. Email: wk13miranda@hotmail.com, Telefone (83) 99129-1202

Conflito de interesses: Não temos conflitos de interesse

Palavras chaves: vulva, líquen, mulher

O Líquen Plano (LP) Vulvar caracteriza-se por ser uma desordem inflamatória crônica, de provável etiologia autoimune mediada por linfócitos T com uma expressão aumentada de citocinas Th1, e reatividade das células T contra os componentes da membrana basal.(1,2). O LP pode assumir além da forma vaginal, a oral. A inflamação leva queda das camadas superficiais da pele

e as deixam abertas e muito dolorosas. Metade das mulheres que são acometidas por líquen oral, também possuem o LP vaginal.(3). A aparência clínica pode ser variável, apresentando-se em sua forma clássica como pápulas ou placas eritematosas na pele queratinizada e lesões mucocutâneas em placas brancas rendilhadas ou áreas erosivas, atingindo vestibulo e canal vaginal. O prurido é a principal manifestação. Ocupam com maior frequência a face interna dos lábios menores e vestibulo o que torna as lesões pouco evidentes. (4). A resolução pode cursar com atrofia importante da pele, perda da arquitetura vulvar e formação de sinéquias que podem atingir canal vaginal promovendo encurtamento e estenoses, levando a sangramentos, dispareunia e apareunia. Pode acometer todas as faixas etárias, sendo mais frequente acima da quarta década e pós menopauna. (5).

A terapia a laser vem sendo uma alternativa inovadora para pacientes de doença inflamatórias crônicas (líquen plano/escleroso). Acredita-se que o remodelamento promovido pelo laser tenha papel na remodelação do tecido conjuntivo e produção das fibras elásticas. As pacientes beneficiadas com essa terapia geralmente tem o orifício da vagina muito reduzido, por um depósito de fibrina que existe no tecido conjuntivo, o que altera toda morfologia da vulva. E após o seu uso, tem conseguido resgatar a textura epitelial a praticamente normal nos que possuem líquens. (6,7).

Relato de caso

Paciente de 84 anos, refere dificuldade na micção, com impedimento à livre emissão do jato miccional. Ao exame ginecológico constatou-se colapamento da linha mediana vulvar, o qual poupava apenas diminuta área da borda anterior e outra da borda posterior dos grandes lábios com consequente tamponamento do ósteo uretral e parte do vestibulo. O tamponamento dificultava a emissão do jato urinário, deixando urina residual em contato com a mucosa vestibular, favorecendo infecções urinárias recorrentes e ardor vulvar. Passado de incômodo e prurido vulvar por anos, do qual não se queixava atualmente. A laser terapia foi sugerida como método cirúrgico capaz de desfazer a sinéquia vulvar e promover uma reestruturação e fortalecimento do epitélio genital. A paciente foi submetida a intervenção utilizando-se laser de CO₂, desfazendo-se o colapamento da linha mediana e expondo-se o ósteo uretral, vaginal e área vestibular. Evidenciou-se presença de hemorragias subepiteliais difusas em vestibulo, julgadas ser consequentes a ação ácida da urina acumulada no local sobre um epitélio atrofico, o que estimulou a aplicação vestibular e vaginal do laser na mesma ocasião, visando melhora da atrofia. Com a introdução da ponteira em canal vaginal, observamos um colapamento das paredes e encurtamento vaginal deixando-a com um comprimento médio de 5 cm. As aplicações de laser foram realizadas na extensão vaginal encontrada, sendo preconizadas mais duas outras aplicações com intervalo aproximado de 35 dias. Ao primeiro retorno, observou-se que o colapamento não havia se reconstituído, contudo, áreas de telangectasias e eritema unidas a estrias brancacentas margeando a mucosa vestibular foram observadas sugerindo tratar-se de transtornos à arquitetura vulvar causados por liquen plano, justificando a queixa de incômodos e pruridos na região previamente relatados. Procedemos as aplicações seguintes e os retornos mostraram melhora da arquitetura vulvar, da textura epitelial, das áreas erosivas vestibulares, além da redução significativa das queixas de ardor local. A acessibilidade ao vestibulo, ósteo uretral e vaginal foi retomada.

Discussão

O tratamento do líquen plano vulgar é feito com corticoides tópicos potentes como o propionato de clobetasol com aplicação 2 x ao dia durante período de 3 meses. Em cerca de 10 a 15% dos casos, após período prolongado de tratamento, o LPV pode entrar em remissão. (4).

Contudo o laser de CO₂ aplicado aos genitais vem se mostrando como uma técnica inovadora, mudando o prognóstico imposto a muitas mulheres cuja terapia hormonal está proscrita, bem como em portadoras de desordens inflamatórias crônicas e sequelas genitais consequentes, portadoras de esclerose múltipla com frouxidão vaginal e incontinência urinária precoces ou ainda portadoras de iatrogenias ou malformações que levam a estenose ou encurtamento do canal vaginal. (7).

Através de injúrias microscópicas controladas em sua área de aplicação, intensidade e profundidade, favorece que o tecido em torno das injúrias se reepitelize rapidamente, reestruturando a lâmina própria, promovendo angiogênese e neocolangiogênese. Tendo como cromóforo a água, o laser CO₂ apresenta importante atuação em tecidos e mucosa, induzindo, em mãos habilitadas, a melhora significativa do tônus muscular e da vagina, corpo perineal e melhora das queixas derivadas do epitélio atrófico. (6).

O estímulo à produção de colágeno e reestruturação da lâmina própria torna o uso do laser uma opção viável nas desordens epiteliais inflamatórias crônicas como liquen plano, com proposta de interferir na alterações do tecido conjuntivo atingindo fibroblastos, linfócitos e vasos responsáveis pela nutrição do epitélio da superfície. O liquen plano evolui com flutuações, podendo apresentar remissão das queixas, contudo, o acometimento da mucosa podem levar a cicatrizes que permanecem. A vantagem deste tratamento se da pela ausência de complicações imediatas ou tardias e de ser técnica indolor praticada de forma rápida e duradoura. (7,8).

REFERÊNCIAS

1. Canto AM, Müller H, Freitas RR, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. An. Bras. Dermatol. 2010; 85(5): 669-675.
2. Zendell K. Genital lichen planus: update on diagnosis and treatment. Sem Cutan Med and Sur. 2015; 34(4), 182-191.
3. Berger TG. Lichen Planus. JAMA Dermatology. 2015; 151(3), 356. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia. Manual de Orientação Trato Genital Inferior. 2010. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual_de_Patologia_do_Trato_Genital_Inferior/Manual-PTGI-Cap-05-Dermatoses-Vulvares-Liquens.pdf. Acesso em: 27 fev. 2019.
5. Rodrigues M, Fornelos G, Paredes, E. Líquen plano erosivo genital: revisão da literatura Acta obstet Ginecol Port. 2010; 4(3), 137-146.

6. Grande DC et al. Líquen escleroso vulvar: descrição de cinco casos de sucesso com laser Erbium-YAG 2940. Sur& cosm derm, 2017; v. 9, n. 3, p. 265-268,
7. Jurado SR. O laser e o tratamento da flacidez e atrofia vulvovaginal - uma revisão integrativa da literatura. Fem. 2018; 46 (5), 284-291
8. Simões MM, Telhado C, Fraga T. Tratamento da atrofia vulvovaginal com laser CO2 fracionado. Acta Obstet Ginecol Port . 2018 ; 12(3): 176-180.

Uso off label de imiquimod no tratamento de herpes genital em pacientes HIV positivo



Nilma Antas Neves

Professora do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Correio eletrônico: nilmaantasneves@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1665-9929

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: Herpes genital, vulva, tratamento

O herpes genital é uma doença sexualmente transmissível (DST) resultante da infecção por Herpes vírus simples (HSV) dos sorotipos 1 (HSV-1) e 2 (HSV-2), sendo o HSV-2 mais comumente associado a infecção genital e ao aumento do número de episódios de recorrência. (1,2).

No caso dos pacientes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), as manifestações clínicas da doença costumam ser atípicas, mais extensas e dolorosas e de maior duração, apresentando-se com lesões ulceradas de grandes dimensões com tendência a cronificação e infecção bacteriana secundária, com as recidivas mais frequentes e com maior duração. (1,2).

Aciclovir, análogo de nucleosídeo, é o medicamento de primeira linha para o tratamento do herpes genital, mas tem se mostrado pouco eficaz para pacientes imunodeprimidos, incluindo aqueles com AIDS1. Como alternativa para esses pacientes, a diretriz do Centers for Disease

Control and Prevention (2021) sugere como opções o foscarnet, o cidofovir ou o imiquimod. (2). Entretanto, o foscarnet e cidofovir são nefrotóxicos e também induzem resistência, enquanto o imiquimod tem se mostrado eficaz e seguro no tratamento do herpes genital em pacientes HIV positivo na prática clínica. (3,4.)

O imiquimod não tem efeito antiviral direto, atua estimulando a resposta imune inata, induzindo a produção de citocinas tais como interferon-alfa, interferon-gama e interleucina-12 e também estimula o braço celular da imunidade adquirida mediada por célula. Apresenta-se como uma alternativa para o tratamento do herpes genital resistente a análogos de nucleosídeo, pois seu mecanismo de ação não seria capaz de induzir resistência. (5).

Atualmente, o imiquimod tem o uso regulamentado pela ANVISA para o tratamento de condiloma acuminado, ceratoses actínicas e carcinoma basocelular superficial (6), portanto o uso em pacientes com herpes hipertrófico ou resistente ao tratamento usual seria off label.

Embora a posologia de imiquimode adotada em todos os relatos de caso descritos na literatura tenha sido a mesma (aplicação tópica 3 vezes por semana), não é possível estabelecer que esta seja a dose mínima necessária para a obtenção de resultado. Os estudos encontrados são relatos de caso, desenho de estudo com nível de evidência pouco elevado, ainda que adequados para avaliar a condição clínica desta revisão (REF???). Eles são heterogêneos e com amostras pequenas, com uso isolado do imiquimode ou uso posterior ou concomitante ao aciclovir, apresentando resultados diferentes, porém satisfatórios com o uso do imiquimode para os pacientes HIV-positivos. Não houve relato de efeito colateral sistêmico e os efeitos colaterais locais foram leves. O tempo mínimo de tratamento foi de 1 semana e o máximo de 16 semanas, com tempo médio de aproximadamente 7 semanas e 3 dias. (3-4).

O uso do imiquimode associado ao aciclovir ou a seus derivados e à prednisona parece ser uma boa alternativa terapêutica para o difícil manejo do herpes genital em pacientes HIV positivo na prática clínica, proporcionando a resolução ou melhora das lesões de forma segura e com boa adesão terapêutica. No entanto, ainda se faz necessário o desenvolvimento de ensaios clínicos que avaliem o efeito do imiquimode no tratamento do herpes genital especificamente nos pacientes infectados pelo HIV, a fim de oferecer subsídios para a autorização do seu uso para essa nova finalidade.

REFERÊNCIAS

1. Lupi O. Herpes simples. *An Bras Dermatol* 2000; 75(3): 261-77.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, *MMWR Recomm Rep.* 2021; (70)4: 29-34.
3. Tandon S, Singh J, Sinha S, Sharma DP. Recalcitrant hypertrophic herpes genitalis in HIV-infected patient successfully treated with topical imiquimod. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2017;30:e12479. PMID:28261899 <https://doi.org/10.1111/dth.12479>

4. Perkins N, Nisbet M, Thomas M. Topical imiquimod treatment of aciclovir-resistant herpes simplex disease: case series and literature review. *Sex Transm Infect* 2011;87:292–5. PMID:21406577 [https:// doi.org/10.1136/sti.2010.047431](https://doi.org/10.1136/sti.2010.047431)
5. Sauder DN. Immunomodulatory and pharmacologic properties of imiquimod. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43: S6-11.
6. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998; RESOLUÇÃO-RDC Nº 16, DE 05/03/2007; Resolução RDC Nº 134/2003 e Resolução RDC Nº 17, de 05/03/2007; Resolução RDC Nº 51, DE 15 DE AGOSTO DE 2007. Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.



<https://colposcopia.org.br>





XXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA

08 A 10 DE SETEMBRO 2022 MACEIÓ-AL

MACEIÓ
Te espera

Acesse nosso site e inscreva-se!

www.colposcopia2022.com.br

82 98821-4091

82 98193-0529

contato@primeeventos-al.com.br



REALIZAÇÃO:



ABPTGIC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO
TRATO GENITAL SUPERIOR E COLOSCOPIA

PROMOÇÃO:



ABPTGIC
Capítulo Alagoas
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO
TRATO GENITAL SUPERIOR E COLOSCOPIA

APOIO



Maceió Convention
& Visitors Bureau



ALAGOAS
Secretaria de Estado do Desenvolvimento
Econômico e Turismo (SEDETUR)

SECRETARIA EXECUTIVA



PRIME
EVENTOS