

REVISTA BRASILEIRA DE

PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

ISSN 2237-4574



ABPTGIC
Associação Brasileira de
Patologia do Trato Genital
Inferior e Colposcopia

O TRATO GENITAL INFERIOR NO CONSULTÓRIO

VOL. 7 | Nº 2
Julho a Dezembro | 2023



Associação Brasileira de
Patologia do Trato Genital
Inferior e Colposcopia

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:

Silvia 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)

Paulo César Giraldo (SP)

Wanuzia Keila Miranda (PB)

Walquiria 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)

Claudia Marcia 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)

Iara Moreno Linhares (São Paulo/SP)

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 Sergio 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)

Walquiria Quida Salles Pereira Primo (Brasília/DF)

Wanuzia 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 Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior 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 consideram 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, excluindo 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 700 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 intelectualmente (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/clsysrev/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, **9**

Mensagem dos Editores, **11**

Boas Práticas no Consultório do Ginecologista, **12**

Biologia molecular: quando indico e como interpreto, **15**

Como conduzir casos de corrimento vaginal: Experiência Pessoal, **21**

Como eu trato herpes genital hipertrófico em pacientes HIV positivas, **26**

Como eu abordo o prurido genital, **29**

Como eu trato o condiloma genital, **34**

Como eu trato Lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva, **36**

Como eu abordo: carcinoma superficialmente invasivo do colo do útero (IA1) e o IA2, **40**

Mycoplasma genitalium e demais Mollicutes: uma revisão de escopo, **43**

Trabalhos apresentados no XXV Congresso Brasileiro de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, **54**

Editorial



Jefferson Elias Valença

Presidente do XII Congresso Latino-americano de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

É com grande comprometimento que a Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) reafirma seu empenho em disseminar conhecimento entre seus associados, com o intuito de capacitá-los na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças benignas e neoplásicas do trato ano-genital.

Quero parabenizar os autores de cada artigo, colegas engajados no estudo da PTGIC, pesquisadores que contribuem ativamente para revistas, livros, além de ministrarem aulas e palestras, perpetuando um ciclo contínuo de aprendizado. Como afirmava o Professor René Cartier, “Ensinar não é somente um dever, muitas vezes negligenciado por aqueles mesmos que solicitaram o encargo. É a alegria de levar aos outros aquilo que se sabe, mas é, sobretudo, a melhor maneira de aprender”. Requer investimento de tempo, dedicação à pesquisa, leitura seletiva e uso da vasta experiência na redação, almejando a clareza expositiva e didática.

Meus parabéns também aos leitores, sempre ávidos por novos conhecimentos. Esta revista compila artigos atualizados e relevantes, essenciais para a prática clínica diária, seja nos consultórios ou em outros ambientes de atendimentos. Os leitores e associados são a força motriz desse trabalho. Autores e leitores, ambos, são formadores de opinião, disseminando saberes para colegas, residentes, acadêmicos e, sobretudo, em prol de pacientes.

A colposcopia e citologia oncótica caminham para um século de existência e há cerca de três décadas tivemos a confirmação de que o câncer do colo uterino, assim como outros cânceres do trato ano-genital e até alguns extragenitais, são desencadeados pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Contamos com uma vacina

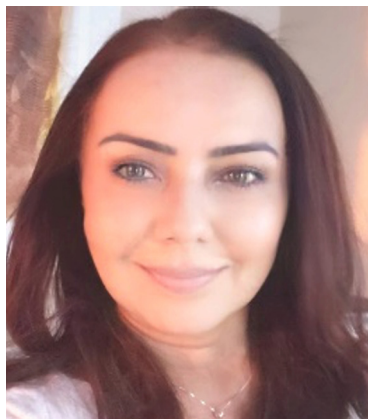
altamente eficaz contra o HPV e, para o rastreamento de lesões pré-neoplásicas, dispomos de testes moleculares, citologia e o suporte da colposcopia na identificação da área ideal para biópsia, padrão-ouro no diagnóstico. Isso nos permite selecionar criteriosamente os casos a serem acompanhados ou tratados.

A vacina contra o HPV foi uma descoberta marcante; no entanto, seu benefício depende da receita médica. É crucial conscientizar médicos e pacientes sobre sua relevância e é imprescindível que os médicos a prescrevam. Vale ressaltar que o câncer do colo uterino é o único com causa bem definida, possuindo uma vacina contra os tipos de HPV responsáveis por cerca de 90% desses casos e uma eficácia considerável também para outros tipos de cânceres. Dispomos de exames de rastreio eficazes para lesões pré-neoplásicas e neoplásicas iniciais, que devem ser realizados de acordo com as diretrizes vigentes, inclusive para as mulheres vacinadas. É lamentável que tantas mulheres ainda pereçam em decorrência deste tipo de câncer, mesmo com a eficiência da prevenção primária e secundária.

A leitura desta revista será enriquecedora para os associados, inclusive aqueles que se preparam para o Título de Qualificação em PTGIC da ABPTGIC. Este título notabiliza os ginecologistas e colposcopistas dedicados à PTGIC, evidenciando sua competência e capacitação. A próxima avaliação para obtenção deste título ocorrerá durante o XXVI Congresso Brasileiro de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, juntamente ao XII Congresso Latino-americano, de 16 a 19 de outubro de 2024, em Recife - Pernambuco.

Feliz 2024!

Mensagem dos Editores



Ana Katherine Goncalves
Editora



José Eleutério Jr.
Editor Associado



Marcia Farina Kamilos
Editora Associada

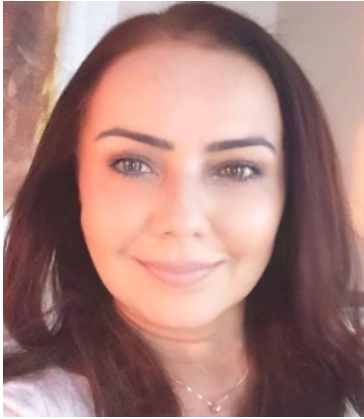
Caros leitores

A relação médico e paciente é baseada na interação e sentimentos entre o profissional de saúde e o médico. Apesar de ser uma relação humanizada, o conhecimento técnico-científico aumenta o grau de satisfação em cada atendimento, eleva as taxas de sucesso em tratamentos e, ainda, facilita a fidelização das pacientes em sua clínica médica.

Em tempos de comunicação rápida, onde as informações são muitas as informações disponíveis para atualização no campo da saúde. Entretanto, o verdadeiro conhecimento científico deve sempre prevalecer diante de qualquer estratégia de marketing digital. Pensando na necessidade de divulgação e propagação das “boas práticas clínicas no consultório médico”, convidamos alguns dos mais renomados especialistas brasileiros para construir este número.

Boa leitura!
Os Editores

Boas Práticas no Consultório de Ginecologia



Ana Katherine Gonçalves

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

Orientadora de mestrado e doutorado. Fellow da ISSVD.

Editora do Jornal Brasileiro de Patologia do Trato Genital e Colposcopia.

E-mail: anakatherine_ufrnet@yahoo.com.br

(ORCID: 0000-0002-8351-5119)

Conflito de interesse: nada a declarar

Palavras chaves: boas práticas, consultório, ginecologia.

A aplicação de boas práticas médicas em consultório ginecológico é crucial para garantir a segurança, conforto e eficácia no atendimento às pacientes.

Aqui estão algumas diretrizes específicas para o consultório de ginecologia:¹⁻³

Privacidade e Confidencialidade:

- Garanta a privacidade das pacientes em todos os momentos.
- Mantenha a confidencialidade das informações médicas e pessoais.

Ética Profissional:

- Siga padrões éticos rigorosos na interação com as pacientes.
- Respeite as crenças, valores e decisões das pacientes.

Ambiente Acolhedor:

- Crie um ambiente acolhedor e confortável no consultório.
- Considere elementos como iluminação, decoração e música ambiente para melhorar a experiência da paciente.

Comunicação Sensível:

- Adote uma comunicação sensível ao tratar de questões ginecológicas.
- Esteja atento à linguagem utilizada e à forma como as informações são transmitidas.

Exame Ginecológico:

- Explique o procedimento do exame ginecológico antes de realizá-lo.
- Esteja atento à sensibilidade e ao conforto da paciente durante o exame.

Prevenção e Educação:

- Promova a prevenção de doenças ginecológicas por meio de orientações sobre exames regulares, vacinação e saúde sexual.
- Forneça informações educativas sobre saúde reprodutiva e contracepção.

Consulta Integral:

- Realize uma anamnese completa, abordando aspectos ginecológicos, obstétricos e histórico familiar.
- Considere a saúde geral da paciente durante a consulta.

Atualização Científica:

- Mantenha-se atualizado com as últimas diretrizes e avanços científicos na área ginecológica.
- Participe de cursos e eventos de educação continuada.

Exames Diagnósticos:

- Explique claramente os resultados de exames diagnósticos.
- Ofereça suporte e orientação caso sejam identificadas condições de saúde específicas.

Aconselhamento Contraceptivo:

- Ofereça aconselhamento abrangente sobre métodos contraceptivos.
- Discuta opções, eficácia, benefícios e possíveis efeitos colaterais.

Gestão de Dolorimento:

- Adote práticas para minimizar a dor durante procedimentos ginecológicos.
- Ofereça opções de analgesia e anestesia, quando apropriado.

Tratamento com Empatia:

- Aborde problemas de saúde ginecológicos com empatia e compreensão.
- Demonstre interesse genuíno pelo bem-estar físico e emocional das pacientes.

Segurança nos Procedimentos:

- Adote práticas seguras em procedimentos ginecológicos.
- Esteja atualizado sobre as diretrizes de esterilização e assepsia.

Encaminhamento Especializado:

- Encaminhe pacientes para especialistas quando necessário.
- Colabore com outros profissionais de saúde quando apropriado.

Feedback dos Pacientes:

- Encoraje o feedback das pacientes para aprimorar a qualidade do atendimento.
- Esteja aberto a ajustes e melhorias com base nas sugestões recebidas.

Ao seguir essas diretrizes, os ginecologistas podem garantir a oferta de um atendimento de alta qualidade, centrado na paciente e baseado em boas práticas médicas.

REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde (OMS): (Internet) 2023 (updated 2023 Dec 8). Available from: <https://www.who.int/> Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO): (Internet) 2023 (updated 2023 Dec 8). Available from: <https://www.febrasgo.org.br/>
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): (Internet) 2023 (updated 2023 Dec 8). Available from: <https://www.nice.org.uk/>.
3. Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (SBPTGIC): (Internet) 2023 (updated 2023 Dec 8). Available from: <http://www.sbpctgi.org.br/>.

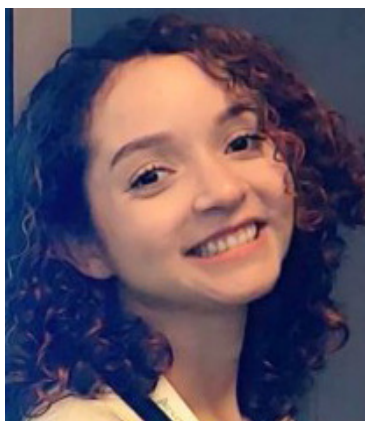
Biologia molecular: quando indico e como interpreto



José Eleutério Jr.

Professor Associado do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e orientador de Mestrado e Doutorado em Patologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.

E-mail: prof.eleuterio@gmail.com
(ORCID: 0000-0003-4617-7269)



Silvia Renata Duarte Sobreira

Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Ceará
(ORCID: 0000-0002-2409-8124)



Giulia Queiroz Cavalcanti

Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Ceará
(ORCID: 0009-0009-7467-6728)



Isabela Borges Nogueira

Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Ceará
(ORCID: 0009-0006-1421-6357)



Vitor Alencar Arrais de Souza

Graduando em Medicina na Universidade Federal do Ceará
(ORCID: 0009-0007-5097-6932)

Conflito de interesse: nada a declarar

Palavras chaves: Diagnóstico. HPV, infecções.

Introdução

Os métodos de biologia molecular, em particular as técnicas de amplificação de ácido nucleico (NAAT), como a reação em cadeia da polimerase (PCR), têm se mostrado uma opção economicamente viável para o diagnóstico de infecções no trato genital inferior. O custo desses métodos tem diminuído, ao mesmo tempo em que surgem mais opções disponíveis.¹⁻³

Recentemente, foi introduzida a capacidade de identificar individualmente diversos microrganismos em uma única amostra, através de um único teste. Essa abordagem é conhecida como métodos em plataforma multiplex. Essa inovação permite uma análise mais abrangente e eficiente, contribuindo significativamente para o avanço dos diagnósticos em saúde sexual.¹⁻³

O que é possível identificar usando NAAT e plataforma multiplex? ¹⁻³

1. Vírus:

- a. *Papilomavírus humano*
- b. Herpes vírus
- c. Vírus Varicella-zoster
- d. Citomegalovírus

2. Bactérias

- a. *Lactobacillus* sp.
- b. Bactérias associadas a Vaginose bacteriana (*Atopobium vaginae*, Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 (BVAB2), *Bacteroides fragilis*, *Gardnerella vaginalis*, *Megasphaera* Tipo 1, *Mobiluncus* spp).
- c. Bactérias associadas a cervicites e a uretrites (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*).
- d. Bactérias associadas a úlceras genitais (*Haemophilus ducreyi*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*).

3. Fungos (*Candida albicans*, *Candida dubliniensis*, *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida lusitanae*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*).

4. Protozoário (*Trichomonas vaginalis*).

Em que condições devo solicitar exames de biologia molecular e quais os testes? ¹⁻³

1. Úlcera genital

Quadro clínico	Possibilidade de quadro infeccioso	Método Biomolecular para diagnóstico
Úlcera única indolor	Sífilis (<i>T. pallidum</i>)	Painel Multiplex para úlcera
Úlceras múltiplas, pequenas e coalescentes	Herpes simples	Painel Multiplex para úlcera
Úlceras pequenas com adenopatia inguinal	Linfogranuloma venéreo (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Painel Multiplex para úlcera
Úlcera friável de bordas serpiginosas	Cancróide (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	Painel Multiplex para úlcera

- **Quando indicar painel de úlcera genital**

- Diante de um quadro de ulceração inespecífica.¹⁻³

- **Como colher a amostra a ser analisada**

- Deve ser colhido material da lesão (fundo e borda) com uma escova delicada (fornecida pelo laboratório) e a ponta desta escova deve ser destacada e fixada em um meio fixador fornecido pelo laboratório (o mesmo da citologia em meio líquido [Surepath ou Thinprep]).

- **Como solicitar o exame**

- O pedido deve ser encaminhado com a requisição com os dados da paciente e achados clínicos. O pedido deve ser de : “painel multiplex para úlcera genital”. Não precisa especificar o patógeno, mas, é essencial conhecer quais são contemplados na sonda. Normalmente são: *T. pallidum*, HSV 1, HSV2, *Haemophilus ducreyi*, *Chlamydia trachomatis*, Vírus Varicella-zoster e Citomegalovírus.

- **Como interpretar**

- O(s) patógeno(s) identificado(s) provavelmente estarão associados a úlcera. No entanto, é importante a correlação clínica.

2. Vaginites e vaginoses¹⁻³

Vaginose bacteriana (VB)

- **Quando indicar painel de vaginose bacteriana**

- Diante de um quadro persistente ou recidivante, para identificar as espécies bacterianas anaeróbias.

- **Como colher a amostra a ser analisada**

- Deve ser colhido material de parede vaginal lateral média com uma escova delicada (fornecida pelo laboratório) e a ponta desta escova deve ser destacada e colocada em um frasco com meio fixador fornecido pelo laboratório (o mesmo da citologia em meio líquido [SurepathTM ou Thinprep[®]])

- **Como solicitar o exame**

- O pedido deve ser encaminhado com a requisição contendo os dados da paciente. O pedido deve ser: “painel multiplex para vaginose bacteriana”.

- **Como interpretar**

O resultado do exame traz a identificação individualizada de várias bactérias anaeróbias (*Atopobium vaginae*, Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 (BVAB2), *Bacteroides fragilis*, *Gardnerella vaginalis*, *Megasphaera* Tipo 1 e *Mobiluncus* spp.). A presença de *Megasphaera* e de *Mobiluncus* pode sugerir risco maior de persistência do quadro, quando tratado de forma tradicional.

Candidíase¹⁻³

- **Quando indicar painel de Candida**

- Casos de candidose complicada, como os quadros de repetição.

- **Como colher a amostra a ser analisada**

- Deve ser colhido material de parede vaginal lateral média com uma escova delicada (fornecida pelo laboratório) e a ponta desta escova deve ser destacada e fixada em um meio fixador fornecido pelo laboratório (o mesmo da citologia em meio líquido [SurepathTM ou Thinprep®]).

- **Como solicitar o exame**

- O pedido deve ser encaminhado com a requisição com os dados da paciente. O pedido deve ser: “painel multiplex para Candida”.

- **Como interpretar**

- O resultado do exame traz a identificação individualizada de espécies da levedura (*Candida albicans*, *Candida dubliniensis*, *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida lusitanae*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*). Assim, permite identificar os casos não albicans potencialmente resistentes a terapia convencional com azólicos.

Tricomoniase¹⁻³

- **Quando indicar pesquisa de *Trichomonas vaginalis* por PCR (ou painel multiplex)**

- Casos de suspeita da infecção ou rastreio para população de risco.

- **Como colher a amostra a ser analisada**

- Deve ser colhido material de parede vaginal lateral média com uma escova delicada (fornecida pelo laboratório) e a ponta desta escova deve ser destacada e fixada em um meio fixador fornecido pelo laboratório (o mesmo da citologia em meio líquido [SurepathTM ou Thinprep®]).

* *Trichomonas vaginalis* está incluída no painel de cervicites. Assim, pode ser mais custo benefício, colher do canal cervical e solicitar o painel para cervicites ou painel IST.

- **Como interpretar**

- O resultado será de positivo ou negativo para *Trichomonas vaginalis*.

3. Cervicites¹⁻³

Os agentes das cervicites (*Chlamydia*, gonococo, *Trichomonas* e *M. genitalium*) podem ser pesquisados em única sonda em painel multiplex.

- **Quando indicar painel de cervicites**

- Rastreio anual em mulheres com menos de 25 anos e mulheres com comportamento de risco.
- Rastreio na gestação (no primeiro e no terceiro trimestres).

- **Como colher a amostra a ser analisada**

- Deve ser colhido material de colo uterino (mas pode ser até de introito vaginal, por conta da alta sensibilidade do método) com uma escova delicada (fornecida pelo laboratório). A ponta da escova deve ser destacada e acondicionada em frasco com um meio fixador fornecido pelo laboratório (o mesmo da citologia em meio líquido [SurepathTM ou Thinprep®]).

- **Como solicitar o exame**

- O pedido deve ser encaminhado com a requisição com os dados da paciente. O pedido deve ser: “painel multiplex para cervicites ou IST”.

- **Como interpretar**

- O resultado do exame traz a identificação dos seguintes microorganismos: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis**, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma parvum**, *Ureaplasma urealyticum**.

* estes microagentes não precisam de tratamento, pois podem ser comensais. Apenas para o *U. parvum* há estudos sugerindo o tratamento na gestação por conta de risco de mal prognóstico.

4. Papilomavírus humano (HPV) ¹⁻³

Uma tecnologia em desuso é a captura híbrida, uma forma mais simples de pesquisa de DNA-HPV com a desvantagem de não ter controle interno para garantir a adequabilidade do material a ser pesquisado. Mais recentemente, começaram a ser usadas várias plataformas para reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real (RT), algumas com sondas que identificam os tipos virais de alto risco com a possibilidade de identificar individualmente alguns e em grupos outros tipos. Em seguida, veio a plataforma multiplex com a capacidade de identificação individual dos tipos virais de HPV em cerca de 28 tipos (19 de alto risco e 9 de baixo risco).

- **Quando indicar testes de DNA-HPV** ¹⁻³

Atualmente é importante pesquisar os de risco de doença pré-invasora de câncer, em especial do colo uterino. Têm sido muito usados aqueles testes que identificam apenas 16 e 18 e mais 12 tipos em única sonda ou 16, 18/45 e mais 11 tipos. No entanto, estudos mais recentes observaram que os tipos 16, 18, 31, 33 e 45 devem ser como os de maior risco para câncer. Assim, é interessante usar testes que identifiquem esses tipos.

Em patologia do trato genital inferior os testes de DNA-HPV com genotipagem podem ser solicitados com as seguintes indicações:

1. Rastreio isolado de câncer de colo uterino
2. Rastreio associado com citologia em meio líquido para câncer de colo uterino.
3. Triagem de casos diagnosticados como células escamosas atípicas de significado indeterminado na citologia (ASC-US).
4. Pós tratamento de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL).
5. Diagnóstico citológico de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau em mulher com mais de 40 anos e colposcopia normal.
6. Diagnóstico citológico de célula glandular atípica (AGC).
7. Pesquisa anal em mulheres com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) ou câncer de colo do útero.

- **Como colher a amostra para o teste de DNA-HPV**

Qualquer teste de RT-PCR tem alta sensibilidade, permitindo até mesmo a possibilidade da auto coleta.

No colo uterino, o material pode ser colhido pelo ginecologista, da mesma forma que faz para citologia em meio líquido, ficando a amostra diluída no líquido conservante em frasco fornecido pelo laboratório.

Se a coleta for anal, deve ser inserida escova adequada cerca de 3 cm e mobilizada em várias direções. Em ambos os casos, é ideal pôr a ponta da escova no líquido preservativo. Assim, acondicionado e com as informações relevantes o material deve ser enviado ao laboratório.

- **Como solicitar o exame**¹⁻³

- O pedido deve ser encaminhado com a requisição com os dados da paciente. O pedido deve ser: “pesquisa de HPV com genotipagem”, dependendo do teste, poder ser também em plataforma multiplex.

- **Como interpretar**¹⁻³

- Em casos com genotipagem os resultados trazem as seguintes informações:

Cobas®: Positivo ou negativo para HPV 16, positivo ou negativo para HPV 18, positivo ou negativo para HPV de alto risco (12 tipos em única sonda).

Genexpert®: Positivo ou negativo para HPV 16, positivo ou negativo para HPV 18/45, positivo ou negativo para HPV de alto risco (11 tipos em única sonda).

Anyplex ®: Se apenas alto risco: o teste será positivo ou negativo para 14 tipos de HPV individualmente. Se pesquisa de 28 tipos: o teste será positivo ou negativo para 28 tipos individualmente (19 de alto risco [16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73, 82] e 9 de baixo risco [6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70]).

Conclusão

Os testes biomoleculares foram uma grande evolução no arsenal diagnóstico que hoje ajuda o diagnóstico de infecções e doenças no trato genital inferior. No entanto, é importante que cada profissional compreenda as devidas indicações para que o exame seja custo-útil e traga mais esclarecimentos que dúvidas.

REFERÊNCIAS:

1. Eleutério Jr J. Protocolos para Solicitação e Interpretação de Testes de Biologia Molecular em Patologia Infecciosa Do Trato Genital Inferior. 1ª Ed. Ed. José Eleutério Jr. Fortaleza. 2023.
2. Eleutério Jr J. Princípios e tipos dos testes de DNA-HPV. Revista ABPTGIC; 5:32-4. 2021.
3. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. JAMA; 327:870-871. 2022.

Como conduzir casos de corrimento vaginal: Experiência Pessoal



Paulo Cesar Giraldo

Prof. Titular de Ginecologia/UNICAMP.

Prof. Colaborador do DTG/ FCM/ UNICAMP. Ex-Fellow da Div. de Imunologia e Doenças Infecciosas em ginecologia da Cornell University, USA.

E-mail: paulocesargiraldo@gmail.com

(ORCID: 0000-0003-4365-9879)

Conflito de interesse: nada a declarar

Palavras chaves: candidíase vaginal, vaginose bacteriana, tricomoniase vaginal.

O corrimento vaginal é uma expressão física de transtornos orgânicos da mulher, mas que pode ser motivado também, por problemas emocionais, especialmente se tiver um caráter recorrente. Portanto, é muito importante frisar que o corrimento vaginal é apenas um sinal clínico de diferentes doenças. As infecções e disbioses são as principais causadoras do corrimento vaginal, mas não podemos nos esquecer de causa não infecciosas também.

Quadro 1: Causa, motivo e condições não infecciosas do corrimento vaginal

Causa	Motivo	Condição Clínica
Reacionais	Processo inflamatório	VID, Liquen Plano, RCU, LES
Hormonais	Atrofia, Hiper estrogênica,	SGUM, Hormônio Exógeno
Neoplásicas	Necrose tecidual	Infecção secundária
Parasitárias	Infestação Oxiúros/ Ameba	Verminose extra intestinal
Higiênicas	Acúmulo descamação/secreções	Excesso de: glândulas sebáceas/ sudoríparas, dobras de pele, HASR
Fisiológicas	Transudação excessiva	Condição individual, Excesso Exercícios
Traumáticas	Lesão de continuidade	Qualidade e frequência de coitos semanais
Ectrópio	Ectopia de glândulas endocervicais para a cavidade vaginal	Mucorreia
Alérgicas	Hiper resposta inflamatória	Látex/ Esperma/ Lubrificante/ Cremes vaginais (AB e AF)

VID=Vaginite Inflamatória Descamativa RCU= Retocolite Ulcerativa LES= Lupus E. Sistêmico
HASR=Hidro adenite supurativa recorrente AB= antibiótico AF= antifúngico

As causas não infecciosas não são as mais prevalentes no consultório ginecológico, porém, devem ser tomadas em conta toda vez que se tratar de uma paciente com episódios recorrentes e de difícil condução.

Corrimento vaginal pode se manifestar de diferentes formas quanto a cor (branco, amarelo, esverdeado, acinzentado, sanguinolento), quanto a fluidez e viscosidade (líquido, mucoide, flocular), quanto a quantidade (pouco, moderado, intenso), quanto a periodicidade (contínuo, intermitente), quanto a duração (< 30 dias, um a seis meses, mais de seis meses), quanto sinais e sintoma associados (prurido, dor, odor, fissuras, lesões cutâneas). O entendimento destas características poderá ajudar no diagnóstico.

Dentre as causas infecciosas e disbióticas devemos ressaltar a importância na identificação da presença do processo inflamatório, pois, as disbioses, via de regra não apresentam inflamação (exceto nos casos de associações com outras vaginites e endocervicites).

Quadro 2: Principais vaginites infecciosas e disbioses.

Quadro Clínico	Causa Etiológica mais provável
Candidíase vaginal	Candida albicans e não albicans
Tricomoniase vaginal	Trichomonas vaginalis
Vaginite aeróbica* (VA)	Estreptococos (?)
Vaginose Bacteriana (VB)	Bactérias anaeróbicas
Vaginose Citolítica (VC)	Hiperacidez vaginal

**A Vaginite Aeróbica ainda não foi muito bem definida na literatura médica. Alguns autores costumam relacionar a Vaginose Bacteriana, Vaginite Atrófica e Vaginite Inflamatória Descamativa como se fossem intensidades diferentes de uma mesma doença, mas que do ponto de vista de fisiopatogenia, não fazem qualquer coerência e não deveriam ser confundidas, pois têm tratamentos diferentes e individualizados.*

Assim sendo, para a condução de casos de corrimento vaginal é fundamental saber se a queixa **única e isolada** ou se manifesta de forma **recorrente**. O raciocínio médico deve ser diferenciado para cada caso. Exemplo, para os casos **ISOLADOS** é aceitável um diagnóstico presuntivo apenas, considerando principalmente os sintomas de coceira e/ou mal odor e sinais de inflamação de mucosas e características do corrimento ao exame especular.

Nos casos de **RECORRÊNCIA**, não é admissível dispensar uma anamnese diferenciada (profissional/sexual/alimentar/higiênica/emocional) e uma avaliação do ecossistema vaginal e seus aspectos microbiológicos (Quadro 5).

Considerações sobre o corrimento vaginal ISOLADO e RECORRENTE. ¹⁻³

Amelhor forma de resolver o problema do corrimento vaginal é ter um diagnóstico mais perto da ideal. Infelizmente, o ecossistema vaginal é instável e sujeito a muitos fatores intrínsecos e extrínsecos. Estes fatores podem propiciar o aparecimento do corrimento vaginal, agravá-los, minimizá-los ou mesmo mimetizá-los (Quadro 3).

Quadro 3: Fatores predisponente INTRÍNSICOS E EXTRÍNSICOS para o corrimento vaginal

INTRÍNSICOS	EXTRÍNSICOS
Doenças concomitantes (Diabetes/ Lupus/ Disfunção tireoidiana)	Dieta
Uso e Variação hormonal	Uso de Antibióticos
Defeitos anatômicos	Higiene genital
Estresse físico e emocional	Atividade física
Disbiose Intestinal	Sono
Infecções concomitantes (endocervicite/Parasitismo Intestinal/ HIV)	Drogas ilícitas
Resposta inflamatória não modulada (expressão irregular de genes polimórfico)	Produtos químico/ fitoterápicos (Hidratantes/ Lubrificantes/Óleo de Coco/ Óleos Essencias, herótico, etc.)

Como conduzir os casos de queixa de Corrimento Vaginal ISOLADO¹⁻³

Como norma geral podemos dizer que todos os corrimentos vaginais deveriam ser investigados para obtenção de um diagnóstico etiológico. Contudo, quando estamos diante da queixa de **corrimento vaginal isolado** e sabendo-se das dificuldades práticas do diagnóstico microbiológico podemos fazer um raciocínio clínico passeado em sinais e sintomas.

Considerar: CARACTERÍSTICAS DO CORRIMENTO + SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS

Os principais “sinais” associados a serem considerados são: Inflamação de Mucosas (hiperemia, edema e fissuras).

Principais “sintomas” associados a serem considerados: Coceira, Dor e Mal Odor.

Desta forma, mesmo sabendo da possibilidade do erro diagnóstico podermos raciocinar conforme o quadro abaixo.

Quadro 4: Sinais, sintomas e diagnóstico provável para a queixa do CORRIMENTO VAGINAL ISOLADO

Sinais	Sintomas	Diagnóstico Provável**
Corrimento branco flocular. Inflamação de mucosas= Pos.	Coceira, fissuras, dor Ausência de Mal odor	Candidíase vaginal
Corrimento acinzentado homogêneo. Inflamação de mucosas= Neg.	Mal Odor = Pos.	Vaginose Bacteriana
Inflamação de mucosas= Pos.	Mal Odor = Pos.	Associação VB+ Ca
Corrimento amarelo esverdeado c/bolhas Inflamação de mucosas= Pos. Colpíte focal =Pos.	Ausência de coceira e mal odor	Tricononíase vaginal

Pos. = positivo Neg. = negativo.

****Diagnóstico Provável pode ser assertivo em CASOS ISOLADOS, mas costuma errar muito em CASOS RECORRENTES**

Tratamento dos CASOS ISOLADOS³

Como são muitas as opções de tratamento do corrimento vaginal sugerimos seguir as orientações do PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) do Ministério da Saúde, disponíveis no site [pcdt-ist-2022_isbn%20\(1\).pdf](https://pcdt-ist-2022.isbn%20(1).pdf)

Como conduzir os casos de queixa de Corrimento Vaginal RECORRENTE¹⁻³

Diferentemente do que muitos burocratas da saúde imaginam, o corrimento vaginal recorrente (CVR) é uma entidade complexa, de difícil diagnóstico e de complicado tratamento. O CVR deve ser encarado como uma doença crônica com episódios agudos intermitentes. A causa de todo o processo não é simplesmente a presença do fungo ou da bactéria no meio vaginal, mas sim uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais e de costumes. Para que uma mulher passe a ter o CVR é necessário a conjunção de vários fatores agindo em sinergia e por tempos prolongados. O quadro 3 pode dar uma noção da complexidade dos fatores intervenientes que irão propiciar o desenvolvimento das diferentes vulvovaginites e consequentemente a presença do corrimento vaginal.

Portanto, casos recorrentes como apontados acima necessitam de investigação detalhada feito por profissional especializado que entenda não apenas de infecção, mas também de imunologia, genética, microbiologia e farmacologia. Não é para ser conduzido pelo serviço de saúde primária sob o risco de não resolver o problema da paciente, de estimular o emprego de medicamentos inapropriados (aumento dos casos de resistência aos antifúngicos e antibióticos) e, principalmente, deixar a paciente exposta a um maior risco de aquisição de doenças graves como HIV, HPV, Doença Inflamatória Pélvica, Infecção Clamídiana entre outras. As vulvovaginites e as disbioses têm cada vez mais, sido relacionadas como fator de risco importante para todas as doenças citadas anteriormente.

Mulheres com queixa de CVR devem obedecer ao seguinte protocolo de investigação e serem orientadas de que a doença é crônica com episódios de agudização.

Protocolo de investigação dos casos com queixa de Corrimento Vaginal Recorrente

- A) Anamnese diferenciada (ver quadro 5)
- B) Exames Laboratoriais:
 - Hemograma; - Glicemia de jejum; - Hemoglobina glicada; - IgE total; - Eletroforese de proteínas; - Sorologias HIV/ Hepatites/ Sífilis; - Avaliação do Ecosistema Vaginal; - Cultura vaginal para Fungos; - Pesquisa de Endocervicite por PCR Multiplex; - Protoparasitológico (três amostras).
- C) Identificação e tratamento dos fatores associados identificados na anamnese ou exames laboratoriais.
- D) Tratamento da vaginite ou endocervicite aguda. Ver protocolo de tratamento do PCDT do Ministério da Saúde (pcdt-ist-2022_isbn%20(2).pdf)
- E) Conversar e explicar o tratamento da fase aguda, mas, principalmente a importância do tratamento preventivos para evitar novos surtos. Como a doença é crônica, o tratamento também deverá ser crônico, não inferior a seis meses.

F) Elaborar plano de tratamento preventivo por seis meses com antibióticos, antifúngicos, substâncias adjuvantes cuja frequência de uso poderá variar conforme cada plano individualizado para a determinada paciente.

G) Promover eliminação dos fatores predisponentes (Ver quadro 3)

Observações finais:

- 1- Não esquecer que uma mesma paciente pode ter um, dois ou mais diagnósticos ao mesmo tempo.
- 2- Estabelecer critérios de cura para cada diagnóstico feito, após 21 a 30 dias após a implementação do tratamento.
- 3- Fazer análise do ecossistema vaginal após o tratamento para os casos de Vaginose Bacteriana e Candidíase).
- 4- Fazer cultura vaginal para fungos em meio específico para os casos de Candidíase.
- 5- Tratar as parcerias sexuais nos casos de infecção por Clamídia, Gonoco e Tricomonas.
- 6- Considerar tratar *Mycoplasma genitalium* e *parvum*.
- 7- Considerar tratar a ectopia de glândulas endocervicais (excluídos os casos de endocervicites).

Quadro 5: Anamnese diferenciada para o CORRIMENTO VAGINAL RECORRENTE

Profissional	Contato Latex/Graxa/ Tintas/ Tiner/ Gases
Alimentar	Intolerância Lactose/ Caseína/ Glúten
Higiênica	Frequência/ Uso papel higiênico/ Sabonete com alta detergência/ pH Alcalino
Sexual	Frequência/ Lubrificantes/ # Parcerias/ Duração/ Traumas/ Dor
Emocional	Ansiedade/ Perfeccionismo/Depressão

REFERÊNCIAS:

1. Giraldo PC, Gonçalves AK, Linhares IM, Cornetta MCM, Giraldo HPD. Corrimento vaginal: Diagnóstico Clínico e laboratorial in Martins NV. Patologia do Trato genital inferior. Diagnóstico e tratamento. 2 ed Roca . Santos Capítulo 10, p. 80-83, 2014.
2. Giraldo PC, Amaral RL, Gonçalves AK, Eleutério Júnior J. Vulvovaginites na gestação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO -Obstetrícia, no. 95/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.:il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf ISBN 978-65-5993-276-4.

Como eu trato herpes genital hipertrófico em pacientes HIV positivas



Nilma Antas Neves

(ORCID: 0000-0003-1665-9929)

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

E-mail: nilmaantasneves@gmail.com

Conflitos de interesse: nada a declarar

Palavras Chaves: herpes vírus, imiquimode, tratamento.

O herpes genital é uma doença sexualmente transmissível (DST) resultante da infecção pelo herpes vírus simples (HSV) dos sorotipos 1 (HSV-1) e 2 (HSV-2). O HSV-2 é mais frequentemente associado à infecção genital e ao aumento do número de episódios de recorrência.¹

No caso de pacientes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), as manifestações clínicas da doença tendem a ser atípicas, mais extensas, dolorosas e de maior duração. Apresentam-se com lesões ulceradas de grandes dimensões, com propensão à cronificação e sobreposição bacteriana, resultando em recidivas mais frequentes e prolongadas.¹

O aciclovir, um análogo de nucleosídeo, é o medicamento de primeira linha para o tratamento do herpes genital. No entanto, tem se revelado pouco eficaz no manejo de pacientes imunodeprimidos, incluindo aqueles com AIDS, que frequentemente apresentam cepas resistentes ao aciclovir e seus derivados.¹ Como alternativa para esses pacientes, a diretriz do Centers for Disease Control and Prevention (2021) sugere opções como o foscarnet, o cidofovir ou o imiquimod². No entanto, é importante destacar que o foscarnet e o 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.²⁻⁴

O imiquimod não possui efeito antiviral direto; em vez disso, atua estimulando a resposta imune inata, induzindo a produção de citocinas, como interferon-alfa,

interferon-gama e interleucina-12, e também estimula o braço celular da imunidade adquirida mediada por células.⁵ Apresenta-se como uma alternativa para o tratamento do herpes genital resistente a análogos de nucleosídeo, uma vez que seu mecanismo de ação não seria capaz de induzir resistência.

Atualmente, o uso do imiquimod é regulamentado pela ANVISA para o tratamento de condiloma acuminado, ceratoses actínicas e carcinoma basocelular superficial. Portanto, o uso em pacientes com herpes genital hipertrófico ou resistente ao tratamento usual seria considerado off-label.

Embora a posologia do 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 resultados. Os estudos encontrados são predominantemente relatos de caso, com um nível de evidência relativamente baixo, embora adequados para avaliar a condição clínica desta revisão. Eles apresentam heterogeneidade e amostras pequenas, com o uso isolado do imiquimode ou uso posterior ou concomitante ao aciclovir, resultando em diferentes resultados, embora globalmente satisfatórios com o uso do imiquimode em pacientes HIV-positivos.³⁻⁴

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 foi de 16 semanas, com tempo médio de aproximadamente 7 semanas e 3 dias.³⁻⁴

Minha experiência clínica com o uso do imiquimod associado ao aciclovir ou a seus derivados e à prednisona é limitada, mas satisfatória. Recomendo-o como uma boa alternativa terapêutica para o desafiador 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. Apesar disso, ainda é necessário o desenvolvimento de ensaios clínicos que avaliem o efeito do imiquimod no tratamento do herpes genital especificamente em pacientes infectados pelo HIV, a fim de oferecer subsídios para a autorização do seu uso para essa nova finalidade.

Caso 1:

Paciente de 42 anos, HIV positiva, com extensa área ulcerada em vulva há vários meses, sem melhora ao uso de Aciclovir via oral. O diagnóstico histológico foi de Herpes simples. Foi introduzido Imiquimode 1 sachê 3x por semana para uso prolongado e Predinisona 20 mg ao dia por 7 dias. Seguem as fotos após 2 meses do início do uso do Imiquimode e após 6 meses da primeira consulta.



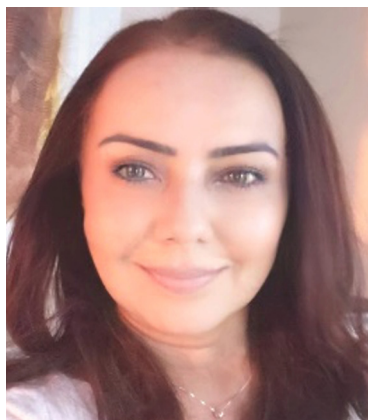
Caso 2:

Paciente de 19 anos, com perda acentuada de peso e úlcera extensa e aguda. Foi realizado teste sorológicos para HIV e mostrou-se positivo. O diagnóstico histológico da úlcera foi Herpes simples. Foi introduzido Imiquimode 1 sachê 3x por semana para uso prolongado e Predinisona 20 mg ao dia por 7 dias e Aciclovir 800 mg 3 vezes ao dia para uso prolongado. Seguem as fotos após 2 meses do início do uso do Imiquimode e após 6 meses da primeira consulta.

**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>
5. Sauder DN. Immunomodulatory and pharmacologic properties of imiquimod. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43: S6-11.

Como eu abordo o prurido genital



Ana Katherine Gonçalves

Professora Titular do Departamento Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Orientadora de mestrado e doutorado. Fellow da ISSVD.

Editora do Jornal Brasileiro de Patologia do Trato Genital e Colposcopia.

E-mail: anakatherine_ufrnet@yahoo.com.br

(ORCID: 0000-0002-8351-5119)

Conflitos de interesse: nada a declarar

Palavras Chaves: prurido, vulva, genital.

O prurido vulvar é um sintoma comum que prejudica significativamente a qualidade de vida das mulheres. Apesar da alta prevalência deste sintoma, os mecanismos fisiopatológicos subjacentes ainda não são totalmente compreendidos. No passado, a coceira era considerada um subtipo de sensações de dor. Hoje, entretanto, supõe-se que seja uma qualidade sensorial independente, mediada por terminações nervosas livres de fibras C não mielinizadas. Essas terminações nervosas respondem a estímulos químicos, mecânicos e térmicos e são ativadas por mediadores específicos, como cininas, prostaglandinas e neuropeptídeos. O prurido genital é uma causa frequente de consulta aos ginecologistas. Pode ocorrer de forma contínua ou intermitente, localizado ou generalizado.¹⁻⁵

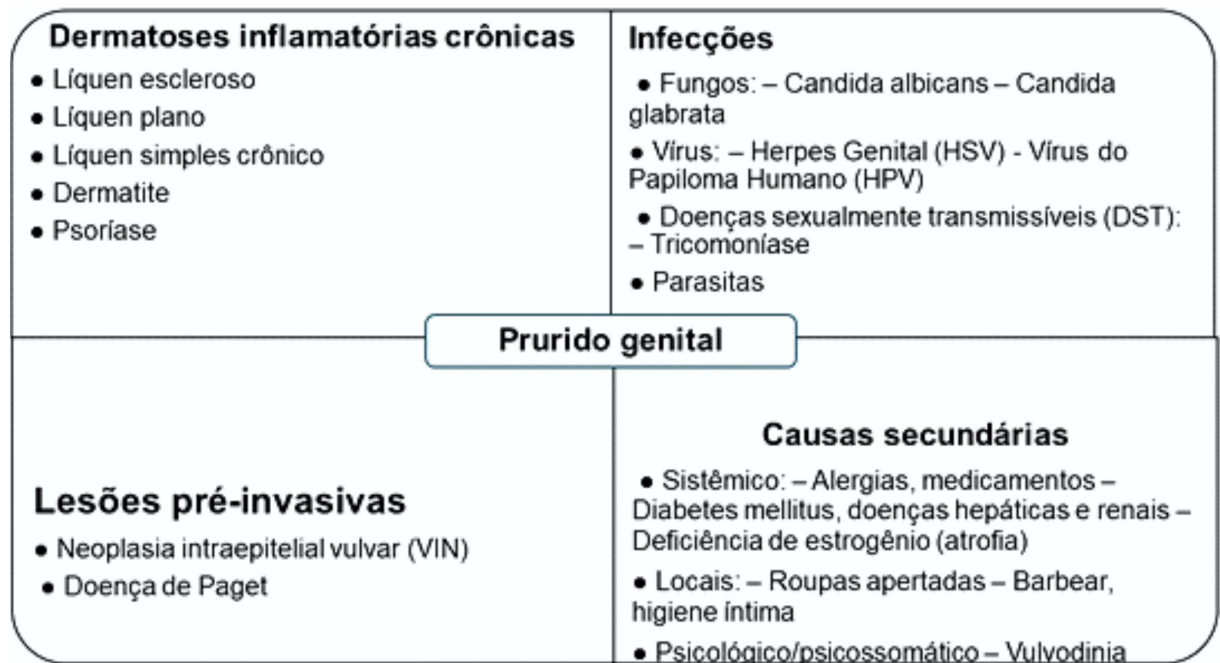
1. O prurido é multifatorial (Figura 1), tendo como causas: ¹

- Fatores intrínsecos: distúrbios neurológicos, vasculares e endócrinos
- Fatores extrínsecos: alimentos, substâncias, químicas, pelos de animais etc.
- Causas locais: dermatites, eczemas
- Causas sistêmicas: doenças inflamatórias, sistêmicas, icterícias etc.

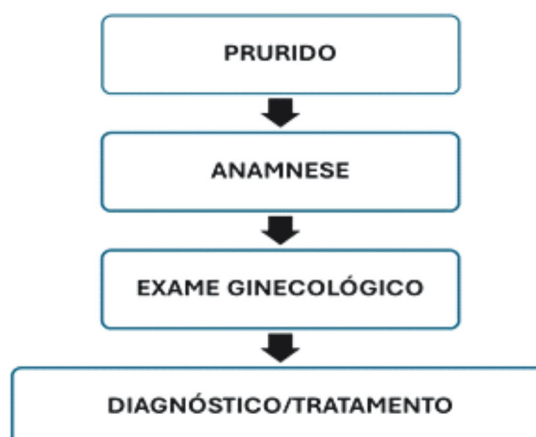
2. São consideradas causas frequentes de prurido genital: ¹⁻⁵

- Atrofia senil,
- Líquen escleroatrófico/líquen simples
- Dermatite/eczema vulvar (dermatites de contato e atópica)
- Infecções vulvares (candidíase, herpes, vaginose)
- Vermínoses (oxiúros)
- Neoplasia intraepitelial vulvar e câncer vulvar
- Fatores psicogênicos/iatrogênicos/desconhecidos

Figura 1 - Diagnósticos diferenciais comuns de prurido vulvar: ¹



A abordagem do prurido genital deve se embasar na anamnese, exame ginecológico, confirmação do diagnóstico e tratamento: ¹



1. ANAMNESE

Realizar uma entrevista detalhada para obter informações sobre o prurido vulvar, incluindo a duração, recorrência, intensidade, fatores desencadeantes e sintomas associados, como corrimento, dor e queimação. Investigar atividade sexual recente, contracepção, uso de produtos de higiene íntima, alergias conhecidas e histórico de infecções ginecológicas anteriores, entre outros. Nas mulheres pós-menopausa, considerar a possibilidade de atrofia vaginal devido à diminuição dos níveis hormonais. A anamnese deve abordar sistematicamente aspectos como história sexual, duração e intensidade do sintoma, distúrbios sistêmicos, moduladores de melhora/agravamento, tratamentos anteriores, uso de hormônios e situação hormonal. ¹⁻⁵

2. EXAME CLÍNICO DA VULVA/PERÍNEO E EXAME ESPECULAR

Realizar um exame físico cuidadoso da região genital em busca de lesões, eritema, edema, descamação, corrimento, úlceras ou outras anormalidades, como eritema, descoloração branca, liquenificação e alterações de pele. Verificar a presença de infecções, incluindo fúngicas, bacterianas e sexualmente transmissíveis. Avaliar fatores associados ao prurido, como corrimento, ardor e irritação. Complementar com propedêutica, incluindo pH, microscopia, teste das aminas, cultura para fungos, swab microbiológico e NAAT para questões específicas. Descartar infecções por meio de exames laboratoriais e considerar alergias a produtos de higiene, detergentes, sabonetes ou tecidos. Se houver lesões suspeitas ou falta de melhora com tratamentos convencionais, considerar colposcopia ou biópsia para avaliação aprofundada. ¹⁻⁵

3. RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DO PRURIDO VULVAR¹

- Eliminar a etiologia identificada do prurido.
- Reconhecer que nem sempre a patologia vulvar identificada é responsável pelos sintomas de prurido ou dor.

4. PRURIDO GENITAL IDIOPÁTICO E PERSISTENTE¹⁻³

- Resfriamento local.
- Corticoterapia tópica ou sistêmica.
- Anticonvulsivantes (por exemplo, gabapentina).
- Antidepressivos (como doxepina, sertralina, mirtazapina).
- Antagonistas opióides (por exemplo, naltrexona).
- Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).
- Acupuntura.

5. USO DE CORTICOTERAPIA TÓPICA¹

- Prurido de média intensidade: corticoterapia tópica de baixa ou média potência, como hidrocortisona (1 ou 2,5%) ou triancinolona (0,1%), uma aplicação ao dia por 30 dias, depois 2 vezes por semana.

- Sintomas severos: corticosteroides de média/alta potência, como dipropionato de betametasona ou propionato de clobetasol, podem ser usados por 12 semanas sem efeitos adversos.
- A terapia deve ser mantida com a menor dose necessária para controlar o prurido.
- Resultados no prurido de etiologia indefinida são controversos.

6. USO DE OUTRAS OPÇÕES¹⁻⁵

- Gabapentina: iniciar com 100 mg à noite e aumentar progressivamente até 3.600 mg/dia, dividido em três tomadas.
- Antidepressivos: amitriptilina ou doxepina 25-75mg ao dia; em idosos, sertralina 50 mg VO.
- Antialérgicos: hidroxizina 25-75 mg ao dia VO.
- Ácido gamalinolenico (óleo de prímula 500 mg/dia) VO.
- Hidratantes e chá de camomila - local.
- Capsaicina (ativo da pimenta) 0,025%-0,05% - local.
- Antihistamínico (oxatomida a 5%) - local.
- Toxina botulínica, tipo A - local.
- Injeções subdérmicas de álcool - local.

7. CONDUTAS GERAIS NO PRURIDO/DOR VULVAR¹⁻⁵

- Adotar medidas educativas.
- Técnica da higiene vulvar.
- Evitar roupas íntimas sintéticas, jeans e vestimentas justas.
- Eliminar alérgenos (fibras sintéticas, desodorantes íntimos, espermicidas, etc.).
- Abster-se de atividade sexual até melhora, considerando o risco de agravar a disfunção sexual.
- Após melhora clínica, associar lubrificantes.
- Uso de preservativo masculino para evitar contato com substâncias alergênicas do sêmen.
- Dieta: eliminar substâncias irritantes como álcool, cafeína, ácido ascórbico, tomate, chocolate, adoçantes e temperos.

8. CONCLUSÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA¹⁻⁵

- O prurido vulvar é de etiologia complexa, impactando a qualidade de vida das mulheres.
- O tratamento do prurido crônico requer abordagem multimodal e interdisciplinar.
- Eliminação de gatilhos potenciais e cuidados básicos são fundamentais.

- Encaminhamento a um ginecologista experiente é necessário em casos refratários ou com lesões suspeitas.
- Obter amostra para avaliação histológica é essencial para descartar lesões pré-malignas e malignas.
- Informar as pacientes sobre causas e opções de tratamento.
- Considerar aspectos psicossociais e psicosssexuais, colaborando com profissionais especializados quando necessário.

É fundamental abordar cada caso de prurido vulvar de maneira individualizada, considerando a diversidade de fatores envolvidos. A identificação precisa da causa é essencial para orientar um tratamento eficaz e melhorar a qualidade de vida das pacientes. A consulta ginecológica especializada desempenha um papel crucial nesse processo, permitindo uma avaliação abrangente e uma abordagem terapêutica personalizada.¹⁻⁵

REFERÊNCIAS:

1. Woelber L, Prieske K, Mendling W, Schmalfeldt B, Tietz HJ, Jaeger A. Vulvar pruritus- Causes, Diagnosis and Therapeutic Approach. Dtsch Arztebl Int. 2020 Feb 21;116(8):126-133. doi: 10.3238/arztebl.2020.0126.
2. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG: Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 545-50.
3. Cruickshank ME: Green top Guideline No.58. The Management of vulval skin disorders. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011. <http://mrcog.womanhospital.cn/ueditor/php/upload/file/20190821/1566377001.pdf> (last accessed on 28 December 2023).
4. van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, et al.: 2016 European guideline for the management of vulval conditions. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31: 925-41.
5. Ständer S, Zeidler C, Augustin M, et al.: S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus. JDDG: J Dtsch Dermatol Ges 2017; 15: 860-73.

Como eu trato o condiloma genital



Raquel Autran Coelho Peixoto

Professora associada do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do adolescente, da Universidade Federal do Ceará

E-mail: raquelautrancp@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2998-2779

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Palavras chaves: HPV, condiloma, tratamento.

Condilomas são lesões proliferativas associadas à presença do Papilomavírus Humano (HPV), principalmente os tipos 6 e 11, presentes em cerca de 90% dos casos. Podem ocorrer na vulva, períneo, região perianal, vagina, colo uterino e, menos frequentemente, em regiões extra-genitais. O diagnóstico é geralmente clínico, com a possibilidade de realizar biópsia em situações de dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasia, ausência de resposta ao tratamento convencional, imunossupressão ou quando localizados em áreas de zona de transformação, como colo uterino e canal anal. O diagnóstico diferencial inclui condiloma plano, molusco contagioso, VIN/CEC, queratose seborreica, angioqueratoma, nevus e papilomatose vulvar.¹⁻³

Embora a maioria dos condilomas apresente alta taxa de regressão espontânea, muitos pacientes optam por tratamento por razões estéticas ou psicológicas. Diversas opções terapêuticas eficazes estão disponíveis, envolvendo métodos de destruição, excisão, imunomodulação ou a combinação dessas abordagens. Os tratamentos podem ser autoadministrados ou realizados por profissionais de saúde, sendo que os primeiros tendem a demandar um período de tempo mais longo para alcançar a eliminação sustentada e reduzir a recorrência.²⁻⁴

Entre as opções autoadministradas, o imiquimod creme 5% e o 5-Fluoracil 5% são os mais comumente utilizados. Outras opções incluem sinecatequinas, cidofovir creme, interferon e podofilotoxina creme 0,15%. Procedimentos ambulatoriais

incluem ATA a 80-90%, cirurgia, eletrocirurgia, podofilina solução a 10 a 25%, laser, terapia fotodinâmica e crioterapia.^{1-4.}

O imiquimod creme 5% atua como imunomodulador, apresentando propriedades antivirais e antitumorais por induzir a produção de citocinas. Sua aplicação, geralmente três vezes por semana em noites alternadas, por até 16 semanas, demonstrou eficácia, embora possa causar efeitos adversos locais e, mais raramente, sistêmicos. O 5-Fluoracil 5% é um antimetabólito indicado especialmente em casos de imunossupressão e lesões multicêntricas, requerendo aplicação duas vezes por semana.^{1-4.}

O interferon, que possui ação antiviral e antiproliferativa, pode ser administrado intralesional ou sistemicamente, sendo a primeira via mais eficaz. A podofilotoxina creme 0,15%, embora eficaz, teve sua comercialização descontinuada no Brasil. O ATA solução a 80-90% oferece uma opção terapêutica acessível e custo-efetiva, exigindo aplicação semanal por 8 a 10 semanas.^{1-4.}

Diferentes métodos como laser, terapia fotodinâmica, eletrocauterização e crioterapia são alternativas ambulatoriais eficazes, cada uma com suas vantagens e desvantagens. Na gestação, algumas opções são preferíveis, enquanto outras devem ser evitadas. O tratamento não elimina o vírus, e a recorrência pode ocorrer, especialmente em mulheres com verrugas genitais multifocais.^{1-4.}

A escolha do tratamento deve considerar diversos fatores, como o tamanho, número e localização das verrugas, preferências do paciente, custo, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde. Não há evidência definitiva de superioridade de um tratamento sobre o outro, e a decisão deve ser tomada de forma compartilhada entre paciente e profissional de saúde, considerando a individualidade de cada caso.^{1-4.}

REFERÊNCIAS:

1. Jung JM, Jung CJ, Lee WJ, Won CH, Lee MW, Choi JH, Chang SE. Topically applied treatments for external genital warts in nonimmunocompromised patients: a systematic review and network meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2020 Jul;183(1):24-36.
2. Barton S, Wakefield V, O'Mahony C, Edwards S. Effectiveness of topical and ablative therapies in treatment of anogenital warts: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9(10):e027765].
3. CDC (2021). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Available at: www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm (accessed 14 Nov 2023).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Como eu trato Lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva (NIV tipo usual)



Isabel do Val¹

Email: isabeldoval1@gmail.com

ORCID 0000-0003-1665-9929

Gutemberg Almeida², Susana Aidé³, Caroline Oliveira⁴, Renata do Val⁵, Karine Mello Duvivier⁶, Beatriz Dinau Gobel Coelho⁷

1. Professora Associada de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF; Mestrado e Doutorado em Ginecologia - UFRJ; Fellow da ISSVD.
2. Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ; Mestrado e Doutorado em Ginecologia - UFRJ; Fellow da ISSVD.
3. Professora Associada de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF; Mestrado e Doutorado em Ginecologia - UFRJ; Fellow da ISSVD.
4. Professora Adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF; Mestrado - IFF; Doutorado - UFF; Fellow da ISSVD.
5. Dermatologista do Hospital Federal da Lagoa - RJ; Mestre em saúde Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense - UFF; Membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia.
6. Ginecologista do Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF; Aluna do Mestrado em saúde Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense - UFF.
7. Aluna de graduação e bolsista PIBIC do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Palavras chaves: NIV, Laser, tratamento.

INTRODUÇÃO

A Lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva (NIV tipo usual) caracteriza-se por não ter uma aparência macroscópica uniforme. Pode se apresentar como pápulas ou máculas, coalescentes ou individuais, simples ou múltiplas. Estas lesões

podem ser hiperpigmentadas (escuras), liquenificadas e hiperkeratóticas (brancas), eczematóide e descamativa (róseas) ou eritroplásica (vermelhas), dependendo de sua localização (mucosa ou superfície cutânea).

Para escolha do tratamento considera-se o número, a localização, a extensão e a coloração das lesões.¹⁻³

CIRURGIA¹⁻³

Diversos autores, que usaram a cirurgia como tratamento primário e operações com extensões variáveis, chegaram à conclusão que operações mais conservadoras apresentavam taxas de sucesso e de recorrência semelhantes às aquelas mais alargadas. Dessa forma, recomenda-se tratamento cirúrgico conservador, sobretudo, em pacientes jovens.

Como a remoção total da lesão não é garantia de cura, deve-se realizar a excisão local ampla da lesão (sinônimos: vulvectomy parcial; vulvectomy setorial ou conservadora; excisão ou ressecção do setor vulvar), especificando a profundidade (superficial ou skinning) com margem de segurança de 2 cm em toda a extensão.

A cirurgia poderá ser realizada com bisturi frio ou com laser.

Um aspecto importante, sobretudo nas mulheres jovens, é a conservação do clitóris, mesmo quando forem realizados procedimentos maiores. A enxertia cutânea ou a rotação de retalhos cutâneos devem ser empregadas quando necessárias para reduzir a taxa de deiscência, promover a cicatrização per primum, reduzir o tempo de internação e melhorar o efeito cosmético.

LASER¹⁻³

A cirurgia pelo LASER é limpa, precisa e com poucos danos. Todavia a aparelhagem é cara e pouco disponível. O tratamento pelo LASER pode ser feito sob a forma de excisão ou de vaporização. A excisão permite a obtenção de espécime para exame histológico. A cicatrização se faz por segunda intenção, porém os cuidados pós-operatórios são importantes para evitar cicatriz viciosa e ter bom resultado cosmético e funcional. Os resultados da excisão são comparáveis ao da cirurgia convencional.

A vaporização é eficaz, em especial, em pacientes jovens nas quais o risco de invasão é mínimo e, em pequenas e múltiplas lesões localizadas em mucosa ou pele glabra. Contudo, a vaporização tem duas limitações: Primeira, como o método não fornece amostra de tecido para exame histopatológico as biopsias prévias deverão ser múltiplas para afastar invasão oculta. Segunda, a doença pode se estender para dentro do folículo pilo-sebáceo. Nesse caso recomenda-se que a profundidade de vaporização em pele pilosa seja de 3mm e de 2mm em pele glabra. A dor local é o principal efeito colateral.

CLÍNICO¹⁻³

O imiquimode 5% é um modulador da imunidade mediada por células e aumenta os níveis locais de interferons e interleucinas. A droga é usada sob a forma de creme

a 5%, aplicações em dias alternados, 3 vezes por semana, por até 16 semanas. Observaram-se boa aderência e boa tolerância ao tratamento, discretos efeitos colaterais locais (eritema, prurido e descamação vulvar) decorrentes da própria ação da droga e ausência de efeitos colaterais sistêmicos. Em nossa experiência, esta é uma boa opção terapêutica conservadora, nas lesões intraepiteliais escamosas de alto grau de vulva, principalmente em pacientes jovens, com lesões pequenas, múltiplas e de localização de difícil abordagem cirúrgica como os pequenos lábios e o clitóris, possibilitando a preservação da anatomia vulvar. Entretanto, assim como o LASER terapias medicamentosas não fornecem espécimes histológicos, sendo necessárias várias biopsias antes do início do tratamento para descartar invasão. A combinação do tratamento cirúrgico com bisturi frio e imiquimode 5% como adjuvante não parece oferecer vantagem em relação à recorrência, porém permite a realização de excisões menos extensas e mutiladoras. Um estudo multicêntrico, randomizado, placebo controlado realizado em 6 centros europeus utilizado imiquimode 5% em 43 indivíduos submetidos à transplante de órgão sólidos, não observou rejeição ou piora na função dos órgãos transplantados.

RECIDIVA E PROGRESSÃO¹⁻³

O risco de progressão da lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva (NIV tipo usual) tratada é em torno de 10% e de recorrência de 60%, sendo que cerca de 25% ocorre após 44 meses de tratamento, geralmente na mesma área da lesão inicial. Não há superioridade entre os tratamentos. Acredita-se que alguns fatores possam ser responsabilizados pelas recorrências ou pela progressão, tais como: a presença do HPV, o caráter multifocal e multicêntrico das lesões, os tratamentos destrutivos baseados apenas em resultados de biopsia, a grande variedade de modalidades terapêuticas, o comprometimento de margens cirúrgicas e de anexos da pele, idade avançada e Imunossupressão (transplante; HIV; fumo). Dessa forma, a periodicidade do seguimento deverá ser individualizado de acordo com o risco de progressão/recorrência.

CASO CLÍNICO



- 46 anos; HIV +; fumante
- Multifocal

- Excisão local ampla da área mais suspeita de invasão
- Imiquimod 5% 3x/semanas por 16 semanas
- Houve redução de 75% da lesão com 11 semanas

REFERÊNCIAS:

1. Preti M, Joura E, Vieira-Baptista P, Van Beurden M, Bevilacqua F, Bleeker MCG, Bornstein J. The European Society of Gynaecological Oncology (ESGO), the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the European College for the Study of Vulval Disease (ECSVD) and the European Federation for Colposcopy (EFC) Consensus Statements on Pre-invasive Vulvar Lesions. *J Low Genit Tract Dis.* 2022 Jul 1;26(3):229-244.
2. Val ICC, Ameida Filho GL, Valiante PM, Gondim C, Takiya CM, Carvalho MGC. Vulvar intraepithelial neoplasia: p53 expression, p53 gene mutation and HPV in recurrent/progressive cases. *J Reprod Med* 2004; 49:868-74.
3. Ulrich C, Bichel J, Euvrard S, Guidi B, Proby CM, van de Kerkhof PCM immunomodulation under systemic immunosuppression: results of a multicentre, randomized, placebo-controlled safety and efficacy study of imiquimod 5% cream for the treatment of actinic keratoses in kidney, heart, and liver transplant patients. *Br J Dermatol.* 2007 Dec;157 Suppl 2(Suppl 2):25-31.

Como eu abordo o carcinoma superficialmente invasivo do colo do útero IA1 e IA2



Walquiria Quida Salles Pereira Primo

Professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB).

Presidente Comissão Nacional de Especialidade de Ginecologia Oncológica da Febrasgo.

Doutorado e Mestrado UnB. Membro Diretoria ABPTGIC e SGOB.

E-mail: walquiriaprime@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3626-1128

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Palavras-chave: câncer colo do útero Estádio IA1, Carcinoma espinocelular superficialmente invasivo.

O câncer do colo do útero (CCU) é uma doença prevenível e curável, associada a uma alta morbidade e mortalidade, especialmente em países que carecem de programas organizados de prevenção, como é o caso do Brasil. Globalmente, são diagnosticados mais de 600.000 novos casos por ano. Em agosto de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a “Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Câncer do Colo do Útero como um Problema de Saúde Pública”, fundamentada em três pilares: 1) assegurar que 90% das meninas recebam a vacina contra o HPV até os 15 anos de idade, 2) que 70% das mulheres se submetam a um exame de rastreamento de alto desempenho (teste HPV/DNA) até os 35 anos e outro até os 45 anos, e 3) que 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras ou câncer invasivo recebam tratamento. Se essas metas forem alcançadas, estima-se que 2 milhões de mortes poderão ser evitadas em países de baixa e média renda até 2040.^{1,2,3,4}

O estágio IA1 do câncer do colo do útero refere-se ao carcinoma invasivo estritamente confinado ao colo uterino, com profundidade de invasão estromal ≤ 3 mm. Vale destacar que a invasão do espaço linfovascular (IELV) não interfere no estadiamento, embora influencie a conduta. Além disso, a extensão lateral da lesão não é mais considerada no Estadiamento FIGO 2018. Atualmente, recomenda-se evitar o uso de terminologias mais antigas e epônimos, como o termo “carcinoma escamoso microinvasivo”, sendo substituído por “carcinoma escamoso superficialmente invasivo”, correspondente ao Estádio FIGO IA1 do colo uterino. O estágio IA2 refere-se ao tumor com profundidade de invasão estromal de > 3 mm a ≤ 5 mm.⁵

O diagnóstico do CCU em estágios iniciais, geralmente assintomático, é identificado durante o exame ginecológico de rotina. O método diagnóstico padrão-ouro é o histopatológico da lesão cervical, geralmente realizado associando a tríade: exame clínico, citologia anormal e/ou teste de DNA-HPV positivo para vírus de alto risco oncogênico e colposcopia. No caso do CCU Estádio IA, o diagnóstico é estabelecido mediante o estudo histopatológico de toda a lesão, visando excluir invasão ≥ 5 mm. Destaca-se a importância de obter um espécime em bloco, com margens sem artefatos, qualidade histológica, informações sobre IELV e garantia de que os focos de invasão não sejam somados.⁶

No que concerne ao tratamento, é crucial considerar o desejo reprodutivo da paciente. Em última análise, o tratamento recomendado para mulheres com prole definida é:⁷

- IA1 sem IELV tipo histológico escamoso
 - Conização
 - Histerectomia simples
 - IA1 sem IELV tipo histológico adenocarcinoma ou adenoescamoso
 - Histerectomia simples é o tratamento padrão
 - IA1 com IELV ou IA2 (independe do tipo histológico)
 - Histerectomia tipo II
 - Linfadenectomia pélvica bilateral (com ou sem biópsia do linfonodo sentinela)
 - Transposição dos ovários

E, o tratamento recomendado para as mulheres sem prole definida, ou seja, com desejo reprodutivo:⁷

- IA1 sem IELV tipo histológico escamoso
 - Conização
 - IA1 sem IELV tipo histológico adenocarcinoma ou adenoescamoso
 - Conização
 - Histerectomia tratamento recomendado
 - IA1 com IELV ou IA2 (independe do tipo histológico)
 - Conização ampla ou traquelectomia radical
 - Linfadenectomia pélvica bilateral (com ou sem biópsia do linfonodo sentinela)

Em relação aos fatores prognósticos, o estadiamento, o tamanho do tumor, o estado linfonodal, a profundidade de invasão estromal e a invasão do espaço linfovascular são relevantes na determinação do tempo livre de doença e da sobrevida. A taxa de sobrevida em cinco anos para pacientes com CCU em estágio inicial sem envolvimento linfonodal é em torno de 90%, enquanto para o mesmo grupo com comprometimento linfonodal, essa taxa diminui para 60,8%.^{6,8}

Em conclusão, é importante enfatizar a prevenção primária por meio das vacinas contra o HPV e a prevenção secundária com os métodos de rastreamento, visando alcançar o objetivo de eliminar o câncer do colo do útero.

Referências:

1. INCA/MS. Estimativa de Câncer no Brasil, 2023. Rio de Janeiro: Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca>. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
2. INCA/MS. Estimativa de Câncer no Brasil, 2023. Rio de Janeiro: Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/por-neoplasia-taxas-ajustadas>. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
3. Primo WQSP, Speck NMG, Roteli-Martins CM. Chamada para eliminar o câncer de colo de útero na próxima década com foco no Brasil. *Revista Femina*. 2020; 49(1): 12-3.
4. World Health Organization. Launch of the Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/17/default-calendar/launch-of-the-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer>. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
5. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Arch Pathol Lab Med*. 2012 Oct;136(10):1266-97. doi: 10.5858/arpa.LGT200570. Epub 2012 Jun 28. Erratum in: *Arch Pathol Lab Med*. 2013 Jun;137(6):738. PMID: 22742517.
6. Reis R, Sandre LB. Câncer do colo do útero inicial. In Primo WQSP, Fernandes CE, Silva Filho AL. *Ginecologia Oncológica - Diagnóstico e Tratamento*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2022. P. 59.
7. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2022. Disponível em: <https://www.cancer.org/>. Acessado 10 de novembro de 2022.
8. Wright JD, Matsuo K, Huang Y, Tergas AI, Hou JY, Khoury-Collado F, St Clair CM, Ananth CV, Neugut AI, Hershman DL. Prognostic Performance of the 2018 International Federation of Gynecology and Obstetrics Cervical Cancer Staging Guidelines. *Obstet Gynecol*. 2019 Jul;134(1):49-57. doi: 10.1097/AOG.0000000000003311. PMID: 31188324; PMCID: PMC7641496.

Mycoplasma genitalium e demais Mollicutes: uma revisão de escopo

Mycoplasma genitalium and Mollicutes: scope review



Newton Sergio de Carvalho¹

Email: newtonsd@gmail.com

ORCID 0000-0001-7561-4566

Isabella Tamiozo Rodrigues¹

(ORCID: 0009-0005-8481-8022)

Giulia Eimi Ramos Arima¹

(ORCID: 0009-0006-7855-4048)

Luiz Fernando Ceccon¹

(ORCID: 0009-0008-8792-966X)

Mariluci Zanela²

(ORCID: 0009-0001-5436-5609)

¹ Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná

² Programa de Pos-Graduação/Doutorado em Gestão da Informação

Declaramos não ter conflito de interesses no assunto abordado.

Resumo

No contexto das infecções genitais, destaca-se a importância das bactérias *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma Hominis* (MH) e *Ureaplasma* spp., pertencentes à classe Mollicutes. Esses microrganismos podem causar infecções sexualmente transmitidas (ISTs) e estar relacionados a problemas durante a gravidez, vaginose bacterianas, doença inflamatória pélvica e infertilidade. Nesse sentido, é crucial avançar cientificamente para compreender as demandas necessárias relacionadas ao tratamento e rastreamento, temas abordados nesta revisão narrativa a partir

de cinco questões norteadoras da prática clínica. Em linhas gerais, o *M. genitalium* é destacado como um agente de impacto, embora não haja consenso exato sobre sua etiopatogenia e conduta. A incidência e resistência a ele são notórias e estão em preocupante ascensão. Discute-se a possível associação da resistência com o tratamento rotineiro de cervicites utilizando azitromicina em dose única. Propõem-se esquemas de tratamento adaptados a essas situações, como o modelo estendido ou sequencial.

Palavras-chave: Mollicutes; *Mycoplasma genitalium*; Antibióticos.

Abstract

In the context of genital infections, the significance of the bacteria *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma hominis* (MH), and *Ureaplasma* spp., which belong to the class Mollicutes, is well-established. These microorganisms can cause sexually transmitted infections (STIs) and are linked to complications during pregnancy, bacterial vaginosis, pelvic inflammatory disease, and female infertility. Consequently, it is crucial to advance scientific understanding to address the necessary requirements and optimal conditions for patient care in terms of treatment and screening. These aspects are thoroughly explored in the present narrative review, which is structured around five key questions. In broad terms, *Mycoplasma genitalium* emerges as a significant agent within this class. However, consensus on the precise impact of this pathogen on the female genital system is lacking. Incidence and resistance are escalating concerns, with the latter potentially associated with the routine use of single-dose azithromycin therapy. This underscores the need for more dynamic treatment approaches in the future, such as the sequential model.

Keywords: Mollicutes; *Mycoplasma genitalium*; Antibiotics.

Introdução

Mycoplasma genitalium (MG), *Mycoplasma hominis* (MH) e *Ureaplasma* spp. têm ganhado destaque como agentes causadores de infecções no trato genital, despertando um interesse crescente na comunidade médica e científica.¹ Esses microrganismos pertencem à classe Mollicutes e são caracterizados pela ausência de parede celular. Essa singularidade, associada à capacidade de aderir e colonizar as membranas mucosas do trato genital, confere a eles um papel proeminente nas infecções sexualmente transmitidas (ISTs), além de proporcionar resistência a antibióticos direcionados a essa estrutura, como os beta-lactâmicos.²

Ureaplasma spp. e *Mycoplasma* spp. são os Mollicutes mais prevalentes no trato genital e podem desempenhar um papel patogênico nesse ambiente.³ Um estudo retrospectivo avaliou 3.849 prontuários de mulheres com idades entre 22 e 45 anos que buscavam engravidar, encontrando uma prevalência de *Ureaplasma* spp. e *Mycoplasma* spp. de 14%. Dessas mulheres, 73,4% retornaram com sintomas recorrentes.⁴ A patogenicidade do MG parece ser mais agressiva em comparação com

Ureaplasma spp. e MH, embora ambos possam estar associados a infecções no trato genital, complicações durante a gravidez, vaginoses bacterianas e doença inflamatória pélvica (DIP).³ Além disso, as possibilidades de causar infertilidade também devem ser consideradas.⁵

A presente revisão visa abordar questões relacionadas a essas infecções, levando em consideração as evidências científicas e concentrando-se nos aspectos mais relevantes para a prática clínica. Essas questões foram sistematizadas em cinco pontos, que serão discutidos a seguir.

Material e Métodos

Como estratégia de pesquisa, foram utilizados os termos “mycoplasma”, “mollicutes”, “genital micoplasma”, “mycoplasma genitalium infection”, “mycoplasma genitalium infections”, “genital mycoplasma infection”, “genital mycoplasma infections”, “artigos” e “humanos”, com filtro de data de publicação de 2018 a 2023. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados PubMed e BVS-LILACS.

Ao todo, foram localizados 188 artigos com a estratégia de busca escolhida, dos quais 27 foram incluídos na revisão, ou seja, apenas os que respondiam a questões relacionadas à conduta, tratamento e rastreamento. Dentre os artigos excluídos, os motivos de exclusão foram estudos inadequados ou de metodologia indefinida, artigos publicados antes de 2018, desenho de estudo inadequado ou desfechos incompatíveis.

Resultados e Discussão

1 - Devemos rastrear?

A princípio, é indispensável abordar a questão do rastreamento dos Mollicutes. Diferente de patógenos como Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae, ainda não existem normas estabelecidas no Brasil e na maioria dos países. Nesse contexto, emergem estudos considerando tal situação, principalmente em parcelas consideradas mais suscetíveis aos efeitos patogênicos destas infecções.

É fato que os Mollicutes, em algumas situações, podem estar associados à origem de múltiplos agravos do trato genital feminino, de modo que a falha em diagnosticar precocemente pode potencializar ainda mais os prejuízos à saúde reprodutiva da mulher. Algumas destas situações podem ser observadas na Tabela 1, a qual foi construída baseada em citações de artigos científicos e experiências práticas do atendimento de pacientes.

Tabela 1 - Doenças em adultos associada ou causada por *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma spp.* No quadro apresentado (+) indica relação existente, (-) sem relação e (±) relação duvidosa do microrganismo com a doença.

Doença	<i>Ureaplasma spp.</i>	<i>M. hominis</i>	<i>M. genitalium</i>
Uretrite masculina	+	-	+
Prostatite	±	-	±
Epididimite	±	-	-
Cálculo urinário	+	-	-
Pielonefrite	±	+	-
Vaginose bacteriana	±	±	-
Cervicite	-	-	+
Doença inflamatória pélvica	-	+	+
Infertilidade	±	-	±
Corioamnionite	+	±	-
Aborto espontâneo	+	±	-
Prematuro / baixo peso ao nascer	+	-	-
Retardo de crescimento intrauterino	±	-	-
Pós-parto / febre pós-aborto	+	+	-
Doença extragenital (incluindo artrite)	+	+	+

Vários estudos têm evidenciado a possível associação dos Mollicutes à infertilidade⁵, aumento do risco de trabalho de parto pré-termo⁶, aborto espontâneo⁷, desenvolvimento subdesenvolvido de habilidades motoras em fetos prematuros expostos⁸ e sequelas a longo prazo para mulheres em idade fértil.⁹ Com base nessas considerações, torna-se evidente a urgência de promover alguma forma de discussão sobre a abordagem direcionada a *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma hominis* (MH) e *Ureaplasma spp.*

Para viabilizar o eventual rastreamento, é imperativo considerar diferentes métodos diagnósticos, levando em conta a sensibilidade, especificidade, custo, praticidade e o tempo necessário para obter resultados positivos ou negativos.

No que diz respeito ao diagnóstico, é interessante notar que, devido às relativas dificuldades na realização do exame de PCR, uma alternativa é oferecida por um estudo realizado na China. Neste estudo, a amplificação isotérmica mediada por loop (LAMP) constatou a prevalência de *M. genitalium* em 20% das amostras estudadas, apresentando sensibilidade de 87,5%. Os autores concluíram que a técnica de LAMP pode ser uma alternativa viável no contexto de metodologias point-of-care devido à sua maior sensibilidade em comparação com a técnica de PCR.¹⁰

Quanto à resistência do MG, um problema crescente, a detecção ainda é desafiadora, uma vez que o teste necessário é realizado por técnicas biomoleculares específicas nem sempre prontamente disponíveis. Um estudo espanhol identificou que 50% dos pacientes com histórico prévio de MG apresentavam cepas com mutações no gene 23S rRNA, associadas à resistência aos macrolídeos.² A alta prevalência de *M. genitalium* resistente ressalta a necessidade de testes de resistência molecular para aprimorar o tratamento de pacientes sintomáticos infectados e potencialmente reduzir a propagação de cepas resistentes.¹¹

Entretanto, o rastreamento dessas infecções não é universalmente recomendado, pois alguns estudos indicam baixa prevalência de MG^{12,13} e MH5, resultando em recomendações específicas sobre as circunstâncias ideais para o rastreio. Alguns sugerem que o rastreio seja realizado apenas em casos de resultados negativos para *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*, persistindo os sintomas¹², enquanto pesquisadores leste-asiáticos propõem maior atenção a mulheres jovens com microecologia vaginal anormal atestada por outros exames ou em idade fértil.¹³ Outras propostas específicas incluem a investigação adicional para a infecção por *Ureaplasma urealyticum* em pacientes com verruga genital ao exame físico¹⁴ e a pesquisa de *Ureaplasma* spp. e *Mycoplasma* em mulheres com sintomas persistentes de vaginite.⁴

Em resumo, o rastreamento de *Mollicutes* ainda é um tópico amplamente debatido e indefinido. Pode-se questionar se deveria ser realizado pelo menos em grupos de risco, como mulheres em tratamento para infertilidade, gestantes com histórico de prematuridade, ou aquelas associadas a condições de vulnerabilidade, além de situações clínicas recorrentes.

2 - Devemos rastrear assintomáticas?

Mesmo diante de vários estudos científicos, a eficácia do rastreamento e subsequente tratamento de infecções por *Mycoplasma hominis* (MH) e *Ureaplasma* spp. permanece incerta. Portanto, não é recomendado realizar testes de rotina e tratamento em mulheres assintomáticas, uma vez que a presença dessas bactérias é comum no trato vaginal e pode não resultar em doença. De maneira semelhante, as diretrizes holandesas não recomendam o rastreamento de rotina para pacientes assintomáticas em relação às infecções causadas por *Mycoplasma genitalium* (MG).¹²

Por outro lado, as diretrizes inglesas sugerem a realização do teste de MG em todos os pacientes com uretrite não gonocócica, suspeita de doença inflamatória pélvica e em parceiros sexuais positivos para MG, associado ao teste de resistência em pacientes positivos.¹¹

A Associação Britânica para Saúde Sexual e HIV, por exemplo, aconselha testes de MG em mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP), mas não recomenda o rastreamento generalizado, pois é improvável que seja eficaz na redução da DIP.¹⁶

Diferentemente de MH e *Ureaplasma* spp., que podem fazer parte da flora vaginal, a presença de MG não segue a mesma lógica, pois pode estar associada à patogenicidade. Em uma avaliação da saúde do trato genital feminino, um estudo com 1.139 mulheres dos Estados Unidos, com idades entre 15 e 25 anos, evidenciou

uma prevalência de 20,5% para MG em casos de vaginose bacteriana assintomática e dois ou mais fatores de risco para infecções sexualmente transmitidas. Isso ressalta a necessidade de novos ensaios clínicos para avaliar o impacto do rastreamento de MG nesse grupo, especialmente considerando sua segurança reprodutiva.¹⁷

As diretrizes de 2021 do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomendam testes para detecção de MG em mulheres com cervicite e sugerem consideração de teste para mulheres com DIP, mas não recomendam o rastreamento em mulheres assintomáticas.¹⁵ No entanto, persiste a incerteza em relação à testagem de pacientes assintomáticas, como evidenciado por um estudo americano em adolescentes no Bronx County, Nova Iorque, que obteve uma prevalência de 11,1% para MG, sendo 13 das 17 adolescentes assintomáticas. Portanto, são necessários mais estudos para justificar completamente a necessidade de testar adolescentes sem sintomas.¹⁵

Ao analisar a necessidade de rastreamento para *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma* spp., apesar de alguns estudos sugerirem que essas bactérias na vagina podem causar doenças, incluindo vaginose bacteriana, infertilidade e resultados adversos na gravidez, não se recomenda a realização de testes de rotina e tratamento em mulheres, independentemente da presença de sintomas, para MH, *U. urealyticum* e *U. parvum*.

3 - Quando e como tratar

Quanto ao tratamento de infecções genitais por *Mycoplasma genitalium* (MG), a azitromicina ainda é considerada a primeira linha de tratamento, conforme o European Guideline on *Mycoplasma genitalium* Infections². No caso de *Mycoplasma hominis* (MH) e *Ureaplasma* spp., alguns estudos indicam que a concentração desses microrganismos deve orientar a necessidade de tratamento¹⁸ e levantam dúvidas sobre a escolha da melhor droga a ser utilizada.³ O desafio no tratamento dessas bactérias está na resistência que podem adquirir, representando um problema em crescimento exponencial com implicações globais nas diretrizes clínicas e de tratamento.¹⁹ O CDC incluiu MG na lista de observação de ameaças de resistência antimicrobiana, e nos últimos dez anos, a resistência aos macrolídeos aumentou cerca de 50% na maioria dos centros urbanos do mundo.²⁰

As diretrizes recentes do Reino Unido e da Austrália recomendam o tratamento de pacientes com infecção sintomática e não complicada por MG com um esquema sequencial de doxiciclina seguido por um ciclo de azitromicina. No caso de MG resistente à azitromicina, a preferência é pelo uso de moxifloxacino ou sitafloxacina em substituição à azitromicina.¹¹ As diretrizes australianas de 2018 estipulam como tratamento para MG um ciclo de sete dias de doxiciclina, seguido por um macrolídeo (azitromicina) ou fluoroquinolona (moxifloxacino), sendo a escolha baseada na detecção de marcadores de resistência por testes moleculares.²⁰ As diretrizes do Reino Unido reforçam a necessidade de testar todas as amostras positivas para MG quanto à presença de mutações no gene 23S rRNA que conferem resistência aos macrolídeos.²¹

O CDC atualmente endossa uma abordagem terapêutica em dois estágios, guiada pelos testes de resistência do microrganismo. Quando os testes de resistência não estão disponíveis, o tratamento recomendado inclui doxiciclina 100 mg via oral duas vezes ao dia por sete dias, seguida por moxifloxacino 400 mg via oral uma vez ao dia por sete dias.^{15,22}

Por outro lado, de acordo com o European Guideline on Mycoplasma Genitalium Infections, o tratamento para MG envolve azitromicina em regime prolongado. No primeiro dia, é administrada uma dose de 500 mg, seguida por 250 mg nos quatro dias subsequentes, uma vez que essa fragmentação de doses demonstrou ser mais eficaz do que uma dose única de 1 g, associada a uma maior taxa de resistência.² Em caso de falha no tratamento com azitromicina, a recomendação é o uso de moxifloxacino 400 mg por sete dias. Uma terceira opção, em caso de ineficácia, seria a doxiciclina, embora apresente menor eficácia.²

O aumento das taxas de resistência à azitromicina tornou-se uma questão crucial no tratamento de pacientes com infecções por MG. Esses efeitos estão relacionados a mutações nas posições de nucleotídeos A2058 e A2059 na região V do gene 23S rRNA, encontradas em até 80% das infecções no mundo, ou mutações associadas à resistência às fluoroquinolonas com alterações nos códons S83 e D87, bastante frequentes no Japão, Austrália e América do Norte.²³ Nos últimos dez anos, a resistência aos macrolídeos aumentou cerca de 50% na maioria dos centros urbanos do mundo²⁰, conforme diversos estudos.^{12,24,25}

Brin et al. (2021) analisaram o perfil de falha terapêutica em 249 casos sob tratamento para infecção por MG com azitromicina, dos quais 103 foram testados após o tratamento, apresentando uma taxa de falha terapêutica de 74%. Observou-se maior falha naqueles submetidos a um regime terapêutico de dose única de azitromicina. Constatou-se também que o tratamento com moxifloxacino teve uma taxa de erradicação do patógeno superior à azitromicina (70% vs. 33%, $p=0,04$).⁹

Em caso de falha ou contraindicação do moxifloxacino, a combinação de doxiciclina e pristinamicina em regime de dez dias foi eficaz em 75% dos casos, e a associação de doxiciclina e sitafloxacina (uma quinolona de quarta geração) em regime de sete dias apresentou bons resultados após falha terapêutica do regime combinado de doxiciclina e moxifloxacino e tratamento de segunda linha com pristinamicina.⁹

Evidências recentes indicam que o tratamento com doxiciclina seguida de moxifloxacino tem boas taxas de sucesso, considerando que o pré-tratamento com doxiciclina pode resultar na redução da carga bacteriana.²¹ Outros antibióticos também têm demonstrado melhores resultados no tratamento de infecções por MG resistente a macrolídeos, como a minociclina, representando uma alternativa aos macrolídeos e fluoroquinolonas.²⁶

Alguns estudos indicam que a presença de *Ureaplasma* spp. e *Mycoplasma hominis* (MH) na flora vaginal pode estar associada a vaginose bacteriana, infertilidade e resultados adversos na gravidez. No entanto, os testes de rotina para MH, *U. urealyticum* e *U. parvum* ainda não são amplamente recomendados.³

A concentração desses microrganismos na amostra biológica coletada pode ser considerada um critério potencial para o diagnóstico dessa infecção, auxiliando na definição da necessidade de tratamento e na escolha da melhor droga a ser utilizada.¹⁸ Um estudo recente avaliou a eficácia no tratamento de infecções por *Ureaplasma* spp. e MH com 12 diferentes antibióticos, destacando que os regimes terapêuticos com josamicina e minociclina obtiveram os melhores resultados.²⁷

Quanto à condução do tratamento pelo sistema de saúde no Brasil, semelhante ao que ocorre em outros lugares, e devido à crescente resistência do *Mycoplasma genitalium* (MG), tem sido um processo dinâmico sujeito a várias modificações. Embora o protocolo de 2020 ainda preconize a azitromicina 1g em dose única²⁸, essa opção não deveria mais ser aceita. Portanto, um ponto crucial é que a azitromicina na forma de 1g em dose única não deve ser mais considerada como primeira opção. Além da perspectiva de ineficácia em 70% dos casos, há também o aumento potencial da resistência antimicrobiana. Dessa forma, esquemas de tratamento na forma estendida ou sequencial estão em discussão, e essas opções podem ser observadas na tabela ².

Tabela 2 - Esquemas sugeridos para o tratamento do MG em nosso meio

Azitromicina	Azitromicina 1 grama no primeiro dia e 500mg por no mínimo 5 dias	
Doxiciclina + Azitromicina	Doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 7 dias e de imediato complementado por Azitromicina 1grama e 500mg por dia por mais 3 dias	Esquema preferencia que foca a ação na redução da população de MG com o primeiro antibiótico e eliminação total através do segundo
Doxiciclina + Moxifloxacino	Doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 7 dias e de imediato complementado por + Moxifloxacino 400 mg por sete dias	Esquema mais utilizado nos casos de resistência ou se for possível rastrear

4 - Devemos tratar os parceiros sexuais?

Na esfera do tratamento, surge o debate acerca da necessidade, ou não, de tratar os parceiros sexuais, permanecendo ainda como um tópico não plenamente esclarecido. Um estudo sueco realizado em seis clínicas do país, incluindo 509 mulheres e 492 homens investigou a prevalência de ISTs, a presença de sintomas e o papel do rastreio de contatos (29). Os autores constataram que a prevalência de MG foi superior à de *C. trachomatis* (9,6% e 7,1%, respectivamente), sendo que os homens sintomáticos possuíram um risco relativo significativamente maior de infecção por MG ou *C. trachomatis* em comparação com os homens assintomáticos, embora não tenha ocorrido essa diferenciação para as mulheres (29).

O estudo concluiu que o rastreio de contatos é importante, uma vez que o resultado positivo de um dos parceiros apresentou um risco relativo elevado para infecções do casal.²⁹

As diretrizes do CDC de 2021 apontam que estudos recentes relatam alta concordância de MG entre parceiros sexuais de homens, mulheres e homens que mantêm relação sexual com homens; entretanto, não há estudos que tenham determinado se a reinfeção é reduzida com o tratamento do parceiro. Os parceiros sexuais de pacientes com infecção sintomática por MG podem ser testados, e aqueles cujo teste for positivo podem ser tratados para potencialmente reduzir o risco de

reinfeção. Caso não seja possível testar o parceiro, o regime antimicrobiano que foi indicado ao paciente pode ser providenciado.

5 - Como seguir após tratamento?

Após o tratamento de pacientes para infecções por *M. genitalium*, o teste para constatar cura não é recomendado para pacientes assintomáticos que receberam tratamento de forma adequada. Contudo, quando o uso de moxifloxacino não for possível e um regime alternativo de administração de doxiciclina seguida de azitromicina for utilizado, é necessária realização do teste de cura 21 dias após o término da terapia. O teste de cura é indispensável nesse regime de tratamento, pois existe uma prevalência de resistência dos macrolídeos e a chance de falha de tratamento é elevada.²²

Conclusão

Entre os Mollicutes, portanto, o *Mycoplasma genitalium* apresenta-se como o agente de impacto e que não deve ser considerado como participante da flora vaginal. Apesar disso, nesta situação, ainda não temos a definição plena se essa bactéria sempre causa danos ao sistema genital, sendo assim, sua presença em pacientes assintomáticos ainda não apresenta definição em relação ao tratamento.

Observamos situação crescente na incidência do MG o que o qualifica como agente emergente. Igualmente a resistência a ele associada é definida em toda a literatura e em nosso meio a utilização em larga escala da azitromicina em dose única poderia ser um dos fatores associados. Assim, esquemas de tratamentos cada vez mais dinâmicos deveriam ser empregados na tentativa de obter maior eficácia e causar menor resistência. Neste sentido, os esquemas estendidos, evitando a dose única, fazem sentido. Ainda neste racional o uso de dois antibióticos, sejam eles doxiciclina/azitromicina ou doxiciclina/moxifloxacino, na forma sequencial têm sido incluídos com esta finalidade.

REFERÊNCIAS:

1. Fathizadeh Z, Tehrani HG, Kazemi M, Karbasizade V. Rapid detection and simultaneous identification of the *Mycoplasma* and *Ureaplasma* species by real-time PCR and melt curve analysis among fertile and infertile females. *Iran J Basic Med Sci.* 2023;26(6):628-34.
2. Lucena Nemirosky J, Espelt R, López Grado E, Sobrino J, Acera A, Pérez J, et al. Macrolide resistance in *Mycoplasma genitalium* in Catalonia, Spain: A 1 year prospective study. *J Antimicrob Chemother.* 2021;76(10):2702-7.
3. Hong X, Zhao J, Ding X, Yin J, Ma X, Wang B. A preliminary study on the associations between *Ureaplasma*, *Mycoplasma* and the vaginal microbiome. *Med Microecol.* 2021;8(August).
4. Demirel E, McNally ST, Shan W, Goldberg GL. Prevalence of mycoplasma/ureaplasma infections in women presenting with recurrent vaginitis in the ambulatory setting. *J Reprod Med.* 2021;66(1-2):3-8.

5. Piscopo RCCP, Guimarães R V., Ueno J, Ikeda F, Bella ZIKJ Di, Girão MJBC, et al. Increased prevalence of endocervical mycoplasma and ureaplasma colonization in infertile women with tubal factor. *J Bras Reprod Assist.* 2020;24(2):152-7.
6. Alinezhad S, Bakhshandehnosrat S, Baniaghil AS, Livani S, Bazouri M, Shafipour M, et al. The Role of Genital Mycoplasmas in Preterm Labor. *J Reprod Infertil.* 2022;23(2):114-9.
7. Teixeira Oliveira CN, Oliveira MTS, Martins Oliveira HB, Coelho Silva LS, Santos Júnior MN, Almeida CF, et al. Ureaplasma parvum alters the immune tolerogenic state in placental tissue and could cause miscarriage. *Fertil Steril.* 2021;116(4):1030-9.
8. Gallini F, De Rose DU, Coppola M, Pelosi MS, Cota F, Bottoni A, et al. Maternal Ureaplasma/ Mycoplasma colonization during pregnancy and neurodevelopmental outcomes for preterm infants. *Front Pediatr.* 2022;10(August):1-9.
9. Brin C, Palich R, Godefroy N, Simon A, Robert J, Bébéar C, et al. Clinical, epidemiological and therapeutic characteristics of Mycoplasma genitalium infection in a French STI center. *Infect Dis Now.* 2022;52(1):13-7.
10. Wang Y, Zhang B, Sun Y, Liu Y, Gu Y. Loop-mediated isothermal amplification on crude DNA as a point-of-care test for the diagnosis of mycoplasma-related vaginitis during early pregnancy. *Lab Med.* 2018;49(1):59-67.
11. Hetem DJ, Kuizenga Wessel S, Bruisten SM, Braam JF, van Rooijen MS, Vergunst CE, et al. High prevalence and resistance rates of Mycoplasma genitalium among patients visiting two sexually transmitted infection clinics in the Netherlands. *Int J STD AIDS.* 2021;32(9):837-44.
12. Yusuf E, Mertens K, Van Lisdonk N, Houwen C, Thai KTD. Epidemiology of Mycoplasma genitalium and Trichomonas vaginalis in the primary health care setting in the Netherlands. *Epidemiol Infect.* 2023;151(e79):1-4.
13. Zhang Z, Zong X, Bai H, Fan L, Li T, Liu Z. Prevalence of Mycoplasma genitalium and Chlamydia trachomatis in Chinese female with lower reproductive tract infection: a multicenter epidemiological survey. *BMC Infect Dis.* 2023;23(2):1-11.
14. Amorim AL, Travassos AGÁ, Souza GC de, Fontes VC, Timbó M, Souza EX. Prevalence of ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis and human papillomavirus coinfection in people attending a sexually transmitted infections (STI)/HIV reference centre in Salvador, Bahia, Brazil. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2020;31(4):131-7.
15. Menezes ME, Silver EJ, Goldstein DY, Collins-Ogle MD, Fox AS, Coupey SM. Prevalence and Factors Associated With Mycoplasma genitalium Infection in At-Risk Female Adolescents in Bronx County, New York. *Sex Transm Dis.* 2023;50(10):635-41.
16. Lewis J, Horner PJ, White PJ. Incidence of pelvic inflammatory disease associated with mycoplasma genitalium infection: Evidence synthesis of cohort study data. *Clin Infect Dis.* 2020;71(10):2719-22.
17. Seña AC, Lee JY, Schwebke J, Philip SS, Wiesenfeld HC, Rompalo AM, et al. A silent epidemic: The prevalence, incidence and persistence of mycoplasma genitalium among young, asymptomatic high-risk women in the United States. *Clin Infect Dis.* 2018;67(1):73-9.

18. Santos NC de S, Scodro RB de L, de Andrade VT, Siqueira VLD, Caleffi-Ferracioli KR, de Pádua RAF, et al. Occurrence of *Mycoplasma* spp. and *Ureaplasma* spp. in genital specimens. *Acta Sci - Heal Sci*. 2020;42(1):1-6.
19. Ke W, Li D, Tso LS, Wei R, Lan Y, Chen Z, et al. Macrolide and fluoroquinolone associated mutations in *Mycoplasma genitalium* in a retrospective study of male and female patients seeking care at a STI Clinic in Guangzhou, China, 2016-2018. *BMC Infect Dis*. 2020;20(950):1-8.
20. Sweeney EL, Lowry K, Bletchly C, Nimmo GR, Whiley DM. *Mycoplasma genitalium* infections can comprise a mixture of both fluoroquinolone-susceptible and fluoroquinolone-resistant strains. *J Antimicrob Chemother*. 2021;76(4):887-92.
21. Conway RJH, Cook S, Malone C, Bone S, Hassan-Ibrahim MO, Soni S. Clearance of *Mycoplasma genitalium* Infection with Moxifloxacin in the Presence of Quinolone Resistance-Associated Mutations. *Sex Transm Dis*. 2020;47(3):197-8.
22. CDC. Sexually Transmitted Infection Treatment Guidelines [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [cited 2023 Jun 11]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasmagenitalium.htm>
23. Hilmarsdóttir I, Arnardóttir EM, Jóhannesdóttir ER, Valsdóttir F, Golparian D, Hadad R, et al. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* and Antibiotic Resistance-Associated Mutations in Patients at a Sexually Transmitted Infection Clinic in Iceland, and Comparison of the S-DiaMGTV and Aptima *Mycoplasma genitalium* Assays for Diagnosis. Munson E, editor. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2020 Aug 24;58(9):1-7. Available from: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JCM.01084-20>
24. Allan-Blitz LT, Mokany E, Campeau S, Wee R, Shannon C, Klausner JD. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* and Azithromycin-resistant Infections among Remnant Clinical Specimens, Los Angeles. *Sex Transm Dis*. 2018;45(9):632-5.
25. Mondeja BA, Couri J, Rodríguez NM, Blanco O, Fernández C, Jensen JS. Macrolide-resistant *Mycoplasma genitalium* infections in Cuban patients: An underestimated health problem. *BMC Infect Dis*. 2018;18(601):1-6.
26. Clarke EJ, Vodstrcil LA, Plummer EL, Aguirre I, Samra RS, Fairley CK, et al. Efficacy of Minocycline for the Treatment of *Mycoplasma genitalium*. *Open Forum Infect Dis* [Internet]. 2023;10(8):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad427>
27. Gu X, Liu S, Guo X, Weng R, Zhong Z. Epidemiological investigation and antimicrobial susceptibility analysis of mycoplasma in patients with genital manifestations. *J Clin Lab Anal*. 2020;34(4).
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) 2020 [Internet]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) - Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. 2020. 1-121 p. Available from: www.saude.gov.br/bvs
29. Nolskog P, Backhaus E, Nasic S, Enroth H. STI with *Mycoplasma genitalium*—more common than *Chlamydia trachomatis* in patients attending youth clinics in Sweden. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2019;38(1):81-6.

Trabalhos apresentados no XXV Congresso Brasileiro de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE HPV EM PACIENTES ENCAMINHADAS PARA UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM PATOLOGIAS DO TRATO GENITAL INFERIOR

Isabele Cristina de Godói Hernandez; Bruna Ramos Caldas; Eveline Xavier Pereira de Souza; Neila Maria de Góis Speck; Fernanda Kesselring Tso. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO: o Papilomavírus humano (sigla em inglês, HPV) é um DNA-vírus capaz de infectar epitélios escamosos e colunares ocasionando lesões mucocutâneas. Mais de 200 tipos de HPV foram descritos, sendo cerca de 40 desses com predileção pela região anogenital. Classificam-se de acordo com seu potencial oncogênico como de baixo e alto risco. Os de baixo risco oncogênico são associados ao surgimento de verrugas anogenitais, enquanto os de alto risco são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões precursoras de neoplasias. A probabilidade de uma mulher se infectar ao menos uma vez na vida por um tipo de HPV gira ao redor de 80%. Apesar disso, acredita-se que o assunto seja pouco conhecido pela população e se faz necessário compreender as pacientes que chegam ao atendimento especializado para a criação de políticas públicas sobre educação em saúde no país.

OBJETIVO: conhecer o perfil epidemiológico das pacientes que são atendidas em serviço especializado e avaliar seu grau de conhecimento sobre o HPV.

MATERIAL E MÉTODOS: trata-se de um estudo descritivo observacional realizado no setor de patologias do trato genital inferior (PTGI) do Departamento de Ginecologia da Unifesp em que foi utilizado um questionário autoral impresso contendo variáveis sociodemográficas e afirmativas sobre o HPV. A amostra final foi de 104 participantes. Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados no IBM SPSS®.

RESULTADOS E CONCLUSÃO: todas as participantes eram do gênero feminino e a idade média foi 41,2 anos (DP 11,7). A composição étnico-racial assemelhou-se à da população brasileira segundo a última PNAD contínua trimestral feita pelo IBGE. A maioria das participantes tinha 11 anos ou mais de estudo (61,6%), já havia iniciado a vida sexual (99%), tinha parceria fixa (74%) e já havia gestado ao menos uma vez (83,6%). A média de acertos das afirmativas por pessoa foi de 7,45 (DP 1,55). As questões com maior número de acertos foram sobre a natureza do agente e a possibilidade de tratamento da infecção, enquanto as com menor

número falavam sobre sua cura e rastreamento, aumentando a vulnerabilidade e o risco de infecção. Apenas a correlação entre o número de acertos e as variáveis etnia e escolaridade demonstrou relevância estatística significativa (p valor $< 0,05$). A maior probabilidade de acertos estava relacionada a ser das etnias branca ou amarela (p 0,03) ou possuir no mínimo 11 anos de estudo (p 0,02). A maioria das participantes conhecia a vacina contra o HPV (78,8%) e apresentou conhecimento mínimo sobre o HPV (87,5%), definido neste estudo como uma adaptação do modelo de Osis et. al. Apesar disso, ressalta-se que conhecer minimamente o agente não garante que as mulheres tenham boas práticas quanto a esse agente. Por isso, é necessária maior disseminação do conhecimento sobre o HPV, sua prevenção, forma de rastreamento e tratamento, a fim de atingirmos as metas propostas pela OMS para a erradicação do câncer cervical.

PALAVRAS-CHAVE: Papillomaviridae (Papillomaviridae), Infecções por Papilomavírus (Papillomavirus Infections), Educação sexual (Sex Education), Educação em saúde (Health Education)

CONHECIMENTO DA VACINA DE HPV ENTRE RESPONSÁVEIS PELOS ADOLESCENTES DO ENSINO FUNDAMENTAL DAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE UMA CIDADE DO INTERIOR PAULISTA.

Gisella Padovan Mansano, Isabela Lyria De Alencar Bassanezi, Luana Stallmam Bessani, Lenira Maria Queiroz Mauad e Renata Cristina De Oliveira Souza Castro. UNOESTE Campus de Jaú (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO: O papiloma vírus humano (HPV) acomete homens e mulheres podendo causar, a depender do seu subtipo, as verrugas anogenitais, as lesões precursoras do câncer de colo do útero, vulva, vagina e borda anal que, se não diagnosticadas e tratadas precocemente podem levar as lesões invasoras. Uma vez que mais da metade da população brasileira jovem, entra em contato com algum subtipo deste vírus, infere-se que a imunização contra HPV é de grande importância para a prevenção primária destes agravos. A vacina quadrivalente para HPV está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) gratuitamente, para meninos e meninas entre 9 e 14 anos visando imunizá-los antes do início da vida sexual, ou seja, antes da exposição ao vírus.

OBJETIVO: Estudar o nível de entendimento sobre a vacina do HPV entre os responsáveis pelos alunos do Ensino Fundamental de uma Escola pública de um Município do interior de São Paulo, que pode influenciar na adesão à imunização adequada da população jovem.

MATERIAL E MÉTODO: A coleta de dados foi realizada, com a aplicação de um questionário, dirigido aos responsáveis pelos alunos, abordando alguns conceitos sobre a vacina do HPV.

RESULTADOS: Foram entrevistados 50 responsáveis por alunos sendo 12 (24%) do 6°.ano, 17 (34%) do 7°. ano, 15 (30%) do 8°. ano e 6 (12%) do 9°. ano; 48(98%) já conheciam a vacina; (82%) autorizaram a aplicação em seus tutelados (Figura 2) sendo 9 (75%) nos alunos do 6°. ano, 14 (82%) nos do 7°. ano; 13 (86%) nos do 8°. ano e 5 (83%) no 9°. Ano; 47 (94%) concordaram com a inserção de forma obrigatória da referida vacina no Programa Nacional de Imunização (PNI); 76% consideraram as informações sobre as vacinas insuficientes e 92% não consideraram a aplicação da vacina como um incentivo à iniciação da vida sexual.

CONCLUSÃO: tutores dos alunos do ensino fundamental, onde estão os adolescentes na faixa etária alvo para a administração da vacina contra o HPV, demonstraram no presente estudo, conhecimento sobre a vacina de HPV embora tenham consideradas as informações insuficientes.

PALAVRA CHAVE: Papiloma vírus humano; Vacina do HPV; Adolescente; Família. Prevenção primária; Tumor.

CANDIDÍASE DE REPETIÇÃO: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Jenny Perez Leyva, Remita Viegas Vieira. Universidade Federal do Oeste do Pará, UFOPA, Pará, Brasil

INTRODUÇÃO: A candidíase de repetição é uma condição clínica caracterizada pela ocorrência frequente e recorrente de infecções fúngicas causadas pelo fungo *Candida albicans*. Essa condição afeta principalmente mulheres, especialmente aquelas com sistema imunológico enfraquecido, uso prolongado de antibióticos, diabetes mellitus descontrolado, entre outros fatores predisponentes. A CR tem impacto significativo na qualidade de vida das pacientes, requer tratamento adequado e pode estar associada a complicações graves se não for devidamente controlada.

OBJETIVO: Analisar a CR, abordando sua etiologia, fatores de risco, manifestações clínicas, métodos diagnósticos e opções terapêuticas disponíveis. Além disso, visa discutir os mecanismos de resistência da *Candida albicans* aos antifúngicos, bem como as estratégias emergentes para o controle e tratamento dessa condição.

MATERIALE MÉTODOS: Para a realização dessa revisão bibliográfica, foram consultadas diversas bases de dados, como PubMed, Scopus e Google Scholar, utilizando-se os seguintes descritores: candidíase de repetição, *Candida albicans*, etiologia, fatores de risco, diagnóstico, tratamento, resistência e terapêutica. Os artigos selecionados foram analisados criticamente e os dados relevantes foram sumarizados de forma clara e objetiva. Os critérios de inclusão utilizados na seleção dos artigos foram: estudos publicados em inglês, artigos originais, revisões sistemáticas e meta-análises, estudos clínicos randomizados e estudos que abordaram a candidíase de repetição em seres humanos. Foram excluídos estudos em animais, estudos com amostras não humanas, relatos de casos isolados, cartas ao editor, editoriais e estudos sem relevância direta para o tema abordado. Além disso, os estudos selecionados tinham

que apresentar informações relevantes sobre a etiologia da candidíase de repetição, fatores de risco associados, métodos diagnósticos utilizados, opções de tratamento disponíveis, resistência antifúngica e estratégias terapêuticas adotadas.

RESULTADOS: A CR está associada a diversos fatores de risco, como uso recorrente de antibióticos de amplo espectro, imunodeficiências, desregulação hormonal, entre outros. Os sintomas podem variar desde prurido e corrimento vaginal até dor durante a relação sexual e inflamação recorrente na região genital. O diagnóstico é geralmente realizado por meio de exame clínico, culturas laboratoriais e testes moleculares específicos. Quanto ao tratamento, inclui-se o uso de antifúngicos tópicos e sistêmicos, bem como medidas de prevenção e controle de fatores de risco. No entanto, o aumento da resistência aos antifúngicos tem se tornado um problema cada vez mais relevante.

CONCLUSÃO: A CR é uma condição clínica comum que afeta principalmente mulheres, causando desconforto e impactando a qualidade de vida. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para controlar essa condição. Além disso, é necessário um melhor entendimento dos mecanismos de resistência da *Candida albicans* aos antifúngicos e o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes para combater essa resistência emergente.

PALAVRAS-CHAVE: candidíase de repetição, *Candida albicans*, fatores de risco, diagnóstico, tratamento, resistência, terapêutica.

DESAFIOS DA COBERTURA VACINAL DE HPV: IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO POR GENOTIPAGEM PARA HPV NA ERA PÓS -VACINA

Julia Cataldo Lima, Ana FlaviaTorralvo, Estefany Alves de Oliveira, Gustavo Janaudis, Evelin Aline Zanardo, Giulia Pinheiro de Freitas, Marco Antonio Zonta. INSIDE-CENTRO DE PESQUISA CLÍNICA E TRANSLACIONAL

INTRODUÇÃO: O Papilomavírus Humano (HPV) é o agente biológico sexualmente transmissível mais comum no Brasil e no mundo. Existem mais de 200 tipos identificados, dos quais cerca de 40 infectam o trato anogenital, sendo os tipos de alto risco oncogênicos os responsáveis pelo câncer de colo de útero e suas lesões precursoras. Atualmente, existem 3 vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): a) vacina Bivalente (HPV 16 e 18), b) Quadrivalente (HPV 6, 11, 16 e 18) e c) vacina nonavalente (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58), porém apenas a vacina quadrivalente faz parte do programa de prevenção de câncer cervical e infecção pelo Papilomavírus humano no Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa recomenda a vacinação de meninas entre 9 e 13 anos e meninos de 9 a 14 anos. Ainda assim, o câncer de colo de útero apresenta altas taxas de incidência e mortalidade no Brasil, indicando a necessidade de aumentar a cobertura vacinal e aprimorar as políticas de rastreamento do HPV para prevenção do câncer de colo de útero.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi verificar a incidência de HPV de alto risco em amostras cervicais que não estão contemplados em nenhuma das vacinas contra o Papilomavírus humano, demonstrando assim a importância do rastreamento estendido por genotipagem como Política Pública.

MATERIAL E MÉTODO: Foram coletadas e analisadas 2.146 amostras de raspado cervical e preservadas em líquido conservante (Kolplast) e submetidas para análise no centro de pesquisa Inside. As amostras foram testadas pela metodologia de qPCR (Anyplex HPV 28 - Seegene) para a identificação do HPV de 19 tipos de alto risco e 9 de baixo risco oncogênico. Após a identificação dos tipos virais, os resultados foram comparados com os tipos virais que compõem as três vacinas oferecidas pelo programa de imunização do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADOS: Das 2.146 amostras testadas por genotipagem, 423 (19,71%) amostras foram positivas para a genotipagem do HPV, sendo que 342 (15,94%) amostras foram positivas para os tipos de alto risco oncogênico. Os tipos HPV 16 (15,18%), HPV 53 (6,10%), HPV 54 (6,10%), HPV 68 (6,10%), HPV 35 (5,95%), HPV 61 (5,36%), HPV 31 (4,61%), HPV 42 (4,17%), HPV 58 (4,02%), HPV 51 (3,72%), HPV 18 (3,72%) foram os tipos oncogênicos mais prevalentes, além dos HPV 6 (1,34%) e 11 (0,75%), respectivamente. Quando comparado aos 6 primeiros tipos mais prevalentes de HPV de alto risco, observou-se que 5 (29,89%) tipos não estão contempladas em nenhum dos três tipos de vacina.

CONCLUSÃO: O estudo mostrou a importância da genotipagem estendida para HPV de alto risco, visto que, as vacinas introduzidas nos programas nacionais de imunização, não contemplam alguns tipos de HPV de alto risco com alto potencial oncogênico, não evidenciando-se assim, uma possível não cobertura vacinal da população.

PALAVRAS-CHAVE: Papilomavírus Humano, Técnicas de Genotipagem, Vacina, HPV

ACURÁCIA ENTRE O TESTE URINÁRIO E CERVICAL PARA DETECÇÃO DE *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* E SUAS PREVALÊNCIAS ENTRE MULHERES COM IST - RESULTADOS PRELIMINARES

Miriane Borges Marques, Tatiana Megale De Lima, Neila Maria Gois. UNIFESP, São Paulo-SP).

INTRODUÇÃO: A alta incidência das infecções sexualmente transmissíveis (IST) como *Chlamydia trachomatis* (CT) e *Neisseria gonorrhoeae* (NG) representa um problema de saúde pública mundial. São IST pouco sintomáticas, podendo estar relacionadas a outras IST e à morbidade ginecológica e obstétrica. O Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) é padrão ouro para CT em coletas cervicais e vaginais, com sensibilidade (S) maior que 89% e especificidade (E) de 99%; e para

NG em coletas vaginal, cervical e primeiro jato urinário com S maior que 90% e E de 99%. O Center of Disease Control (CDC) tem apoiado métodos de auto coleta e recomenda rastreamento anual no sexo feminino de CT e NG antes dos 25 anos e após, se risco. No Brasil, a incidência dessas IST é pouco conhecida, considerar testes confiáveis e coletas práticas para uma boa aceitação e compreender o perfil epidemiológico do país são essenciais no combate às IST.

OBJETIVO: Avaliar acurácia dos testes RT-PCR urinário e cervical para detecção de CT e NG.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional e descritivo qualitativo e quantitativo. O estudo foi realizado em três grupos de pacientes no menacme, com idade igual ou acima de 25 anos, em seguimento no Núcleo de Prevenção de Doenças Ginecológicas (NUPREV) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da UNIFESP: Grupo 1: pacientes com lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) de colo uterino Grupo 2: pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) sem LIEAG Grupo 3: pacientes com risco de IST, não HIV e/ou papilomavírus humano (HPV) Foram coletados dados para avaliar o perfil dos pacientes e realizadas duas coletas do kit Abbott RealTime CT/NG (Abbott Molecular Inc., Des Plaines, IL): a urinária, feita pelo paciente, e cervical, pelo pesquisador, questionando-se o desconforto. A leitura RT-PCR para CT e NG foi feita no Laboratório de Retrovirologia da UNIFESP pelo sistema de análise molecular Abbott m2000 SP.

RESULTADOS: Foram convocados 47 pacientes, totalizando 97 amostras: 47 de cada. Nenhuma amostra foi indeterminada. Apenas 2 amostras, do mesmo paciente do grupo 3, foram positivas para CT e nenhuma para NG.

CONCLUSÃO: Apesar do grupo amostral ser pequeno, nenhum resultado da coleta urinária foi indeterminado, o que tranquiliza a coleta como possibilidade diagnóstica. A acurácia observada entre os testes foi de 100%, compatível com a literatura pois não há diferença significativa dos testes de RT-PCR entre amostras cervicais, vaginais e urinárias para NG, e mesmo com S menor, a coleta urinária pode ser utilizada para rastreamento de CT.

PALAVRAS CHAVE: IST; C. trachomatis; N. gonorrhoeae; RT-PCR; auto coleta.

O USO DO LASER COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DO LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR: SÉRIE DE CASOS

Andréa Cytryn, Yara Lúcia Mendes Furtado De Melo, João Alfredo Seixas, Michelle Gomes Soares Toledo, Gutemberg Leão de Almeida Filho. UFRJ-Universidade Federal do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO: Líquen escleroso vulvar (LEV) é uma patologia cutânea, inflamatória, de provável origem auto-imune que acomete preferencialmente a região anogenital de mulheres na peri e pós menopausa, tendo o prurido

como principal sintoma e podendo levar a mudança de coloração e da anatomia vulvar com consequente disfunção sexual e perda da qualidade de vida. A 1ª linha de tratamento tem sido o corticoesteróide superpotente como a pomada de propionato de clobetasol 0,05%, reduzindo os sintomas e evitando a transformação maligna. Terapias alternativas vem sendo estudadas, como o laser de dióxido de carbono (CO2).

OBJETIVO: Avaliar a resposta clínica de mulheres com diagnóstico histológico de LEV, sem tratamento prévio, após três Sessões de laser CO2 com intervalo de 4 semanas.

SÉRIE DE CASOS: CRS, branca, 53 anos, menopausa natural há 2 anos, ativa sexualmente, hipertensa. Assintomática, apresentava no exame físico mancha hipocrômica na face interna dos grandes lábios, pequenos lábios, região perineal e perianal, reabsorção dos pequenos lábios e encarceramento parcial de clitóris (< 30%) de acordo com a avaliação morfológica / anatômica de Sheinis & Selk. EMSA, parda, 43 anos, menacme sem contracepção com vida sexual ativa. Diabética e hipertensa. Apresentava prurido com mancha hipocrômica nos grandes lábios e períneo com reabsorção labial discreta (< 30%). LRN, parda, 41 anos, menacme, ativa sexualmente, com transtorno bipolar e hipotireoidismo medicada. Queixava de Prurido, dispareunia inicial e ardência vulvar. No exame havia mancha hipocrômica nos lábios, clitóris e períneo, com leve hiperqueratose, encarceramento de clitóris e reabsorção labial acentuados (> 50%). RABS, parda, 62 anos, menopausa há mais de 10 anos sexualmente ativa. Vitiligo nas mãos e na região perioral, hipertensa, cirurgia bariátrica há 7 anos. Queixava-se de prurido e ardência vulvar. No Exame havia mancha hipocrômica “em 8” e encarceramento parcial de clitóris. (<30%).

RESULTADOS E CONCLUSÃO: Após 3 meses do último tratamento com Laser CO2, as pacientes sintomáticas relataram melhora do prurido que variou de 7 a 9 usando a escala visual analógica (EVA) de 1 a 10, sendo 10 a melhora completa. Melhora de 7 a 10 para ardência vulvar; 7 para satisfação na vida sexual relatada por somente uma paciente; 7 a 9 para aparência da vulva relatada como melhora na textura e coloração da pele vulvar e 5 a 10 para grau de satisfação com o tratamento. Para a paciente assintomática, a única resposta foi sobre o grau de dificuldade para realização do tratamento com Laser, pontuando 1, ou seja, sem dificuldade alguma. O laser CO2 tem se mostrado seguro e eficaz como tratamento alternativo no LEV, embora mais estudos sejam necessários tanto para avaliação histológica pré e pós tratamento, como na comparação com o corticóide superpotente.

PALAVRAS-CHAVE: Líquen Escleroso Vulvar; Prurido Vulvar; Lasers de CO2

MODELO DE INFECÇÃO ASCENDENTE POR *Ureaplasma parvum*: EFEITOS NA SINALIZAÇÃO CELULAR E RESPOSTA INFLAMATÓRIA NA INTERFACE MATERNO-FETAL

Giovana Fernanda Cosi Bento, Lauren Richardson, Ourlad Alzeus G. Tantengco, Ramkumar Menon, Márcia Guimarães da Silva. Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), Botucatu (SP), Brasil. University of Texas Medical Branch (UTMB), Galveston (TX), Estados Unidos da América

INTRODUÇÃO: O parto pré-termo (PPT) é responsável pela morbi-mortalidade maternas e neonatais, sendo que a infecção bacteriana ascendente que leva à infecção intra-amniótica e à inflamação é responsável por cerca de 40% dos PPT espontâneos, sendo as espécies do gênero *Ureaplasma* as mais comumente isoladas do líquido amniótico. No entanto, a resposta inflamatória incitada por essas espécies e sua associação com o PPT ainda não estão completamente estabelecidos. O desenvolvimento de novos modelos in vitro, que mimetizam o ambiente uterino in vivo, é essencial para estudar a patogênese microbiana em nível celular.

OBJETIVO: Determinar a propagação de *U. parvum* na interface materno-fetal e seu impacto na sinalização celular e resposta inflamatória de células que compõem as membranas fetais e decídua.

MATERIAL E MÉTODOS: Nesse estudo utilizamos o feto-maternal interface organ-on-chip (FMi-OOC), composto por células das membranas fetais e células deciduais que mimetizam a interface materno-fetal. O FMi-OOC é um dispositivo microfisiológico composto por quatro tipos celulares interconectados por meio de microcanais: células deciduais, coriônicas trofoblásticas, amnióticas mesenquimais e amnióticas epiteliais. A propagação do *U. parvum*, na concentração de 1×10^5 cópias de DNA da decídua para as membranas fetais foi testada no modelo e confirmada pela técnica de imunocitoquímica para a detecção de multiple banded antigen (MBA), e PCR real time para quantificação de *U. parvum*. Além disso, determinou-se o impacto dessa espécie na toxicidade celular pelo ensaio de lactato desidrogenase, transição celular por meio de imunocitoquímica de vimentina e citoqueratina-18, sinalização celular por meio da p38 e JNK e, por fim, na resposta inflamatória das células que compõem a interface materno-fetal através do ensaio multiplex. Os dados obtidos foram analisados pelos testes de Kruskal-Wallis e Test-T de student e o nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS E CONCLUSÃO: A partir da inoculação de *U. parvum* na câmara de células deciduais, observou-se a migração para o córion e para as células amnióticas epiteliais após 72 horas do estímulo inicial. Entretanto, a infecção por *U. parvum* não induziu a ativação de quinases envolvidas na sinalização celular (p38MAPK e JNK) ou a transição celular (epitelial-mesenquimal). Em relação aos níveis de Interleucina (IL)-6, IL-8, IL-10, Fator de necrose tumoral (TNF)- α , Fator estimulador de colônias de granulócitos e macrófagos (GM-CSF), foi limitada à interface coriodecidual, com aumento significativo ($p < 0.05$) em relação ao grupo

controle, mas não houve diferença estatisticamente significativa nas células amnióticas ($p > 0.05$). Nossos dados sugerem que o *U. parvum* isolado é pouco imunogênico e não produz alterações inflamatórias significativas na interface materno-fetal. O dispositivo microfisiológico FMiOOC se mostrou efetivo em recriar ambiente in utero para estudar a infecção ascendente por *U. parvum*.

PALAVRAS CHAVES: organ-on-chip, parto pré-termo, infecção, inflamação, membranas fetais.

PRODUÇÃO DE CITOCINAS INFLAMATÓRIAS E TRANSIÇÃO EPITÉLIO-MESENQUIMAL DAS CÉLULAS EPITELIAIS DO ÂMNIO HUMANO EM MEIO À INFECÇÃO POLIMICROBIANA NA PRESENÇA DE *LACTOBACILLUS SPP.*

Mariana de Castro Silva, Guilherme Nastaro, Giovana Fernanda Cosi Bento, Vitoria Carvalho Troitino, Jossimara Poletini, Ramkumar Menon, Márcia Guimarães da Silva. Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu (SP) - Brasil; Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo (RS) - Brasil; University of Texas Medical Branch (UTMB), Galveston (TX), Estados Unidos da América.

INTRODUÇÃO: O parto pré-termo (PP) é um dos principais problemas na clínica obstétrica. A invasão polibacteriana e a inflamação das membranas fetais podem ser uma causa associada ao PP, aumentando a produção de mediadores inflamatórios e a senescência celular.

OBJETIVO: Avaliar a produção e a cinética de mediadores inflamatórios em modelos in vitro de infecção polibacteriana de células amnióticas epiteliais na presença de diferentes espécies de lactobacilos.

MATERIAIS E MÉTODOS: Células amnióticas epiteliais imortalizadas (hFM-AECs) foram cultivadas e submetidas a diferentes estímulos compostos por espécies bacterianas associadas à vaginose bacteriana e ao PP na presença de espécies lactobacilares. Os sobrenadantes da cultura foram coletados em cinco momentos diferentes: 0h, 6h, 12h, 18h e 24h. Interleucinas (IL)-6, IL-8, IL-10, IL-18, IL-13, fator estimulador de colônia de macrófagos de granulócitos (GM-CSF) e fator de necrose tumoral- α (TNF- α) foram mensurados por teste imunoenzimático (ELISA).

RESULTADOS E CONCLUSÃO: A produção de citocinas pró-inflamatórias foi maior nos grupos estimulados com *Lactobacillus iners* em combinações com *Mycoplasma hominis* e diferentes bactérias. A resposta anti-inflamatória foi maior nos grupos de bactérias anaeróbias estimuladas juntamente com *L. crispatus*. Portanto, o cenário induzido pela estimulação de células amnióticas epiteliais, com bactérias Gram-variáveis, na presença de *L. iners*, apresentou níveis mais elevados de citocinas pró-inflamatórias.

PALAVRAS-CHAVE: Células amnióticas epiteliais; Infecção polibacteriana; Lactobacilos; *Mycoplasma genitalis*.

O USO DO LASER COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DO LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR: SÉRIE DE CASOS

Andréa Cytryn, Yara Lúcia Mendes Furtado, João Alfredo Seixas, Michelle Gomes Soares Toledo, Gutemberg Leão De Almeida Filho. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

INTRODUÇÃO: Líquen escleroso vulvar (LEV) é uma patologia cutânea, inflamatória, de provável origem auto-imune que acomete preferencialmente a região anogenital de mulheres na peri e pós menopausa, tendo o prurido como principal sintoma e podendo levar a mudança de coloração e da anatomia vulvar com consequente disfunção sexual e perda da qualidade de vida. A 1ª linha de tratamento tem sido o corticoesteróide superpotente como a pomada de propionato de clobetasol 0,05%, reduzindo os sintomas e evitando a transformação maligna. Terapias alternativas vem sendo estudadas, como o laser de dióxido de carbono (CO2).

OBJETIVO: Avaliar a resposta clínica de mulheres com diagnóstico histológico de LEV, sem tratamento prévio, após três Sessões de laser CO2 com intervalo de 4 semanas. Série de Casos: CRS, branca, 53 anos, menopausa natural há 2 anos, ativa sexualmente, hipertensa. Assintomática, apresentava no exame físico mancha hipocrômica na face interna dos grandes lábios, pequenos lábios, região perineal e perianal, reabsorção dos pequenos lábios e encarceramento parcial de clitóris (< 30%) de acordo com a avaliação morfológica / anatômica de Sheinis & Selk. EMSA, parda, 43 anos, menacme sem contracepção com vida sexual ativa. Diabética e hipertensa. Apresentava prurido com mancha hipocrômica nos grandes lábios e períneo com reabsorção labial discreta (< 30%). LRN, parda, 41 anos, menacme, ativa sexualmente, com transtorno bipolar e hipotireoidismo medicada. Queixava de Prurido, dispareunia inicial e ardência vulvar. No exame havia mancha hipocrômica nos lábios, clitóris e períneo, com leve hiperqueratose, encarceramento de clitóris e reabsorção labial acentuados (> 50%). RABS, parda, 62 anos, menopausa há mais de 10 anos sexualmente ativa. Vitiligo nas mãos e na região perioral, hipertensa, cirurgia bariátrica há 7 anos. Queixava-se de prurido e ardência vulvar. No Exame havia mancha hipocrômica “em 8” e encarceramento parcial de clitóris. (<30%).

RESULTADOS E CONCLUSÃO: Após 3 meses do último tratamento com Laser CO2, as pacientes sintomáticas relataram melhora do prurido que variou de 7 a 9 usando a escala visual analógica (EVA) de 1 a 10, sendo 10 a melhora completa. Melhora de 7 a 10 para ardência vulvar; 7 para satisfação na vida sexual relatada por somente uma paciente; 7 a 9 para aparência da vulva relatada como melhora na textura e coloração da pele vulvar e 5 a 10 para grau de satisfação com o tratamento. Para a paciente assintomática, a única resposta foi sobre o grau de dificuldade para realização do tratamento com Laser, pontuando 1, ou seja, sem dificuldade alguma. O laser CO2 tem se mostrado seguro e eficaz como tratamento alternativo no LEV, embora mais estudos sejam necessários tanto para avaliação histológica pré e pós tratamento, como na comparação com o corticóide superpotente.

PALAVRAS-CHAVE: Líquen Escleroso Vulvar; Prurido Vulvar; Lasers de CO2.

FREQUÊNCIA DE GENÓTIPOS DE HPV NA CIDADE DE FORTALEZA, BRASIL E SUAS ASSOCIAÇÕES

João Victor Da Silva Bezerra, Renata Mirian Nunes Eleuterio Marina Helena Da Silva Lopes Silva
Renata Duarte Sobreira Giulia Queiroz Cavalcanti Maria Natalice Lima Da Silva José Eleutério
Junior. Universidade Federal do Ceará-UFC, Brasil

INTRODUÇÃO: O câncer cervical é uma das principais causas de morte entre as mulheres em todo o mundo, com aproximadamente 530.000 novos casos anualmente. Esta neoplasia está associada à infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papilomavírus humano (HPV) em praticamente 100% dos casos, que é responsável por eventos moleculares críticos no desenvolvimento da lesão invasiva. Mais de 200 genótipos de HPV já foram identificados. Com base em seu potencial oncogênico, os tipos de HPVs têm sido classificados como HPV de baixo risco (LR) e alto risco (HR). Os genótipos HR-HPV estão associados a grande maioria dos casos de câncer do colo do útero, e os genótipos LR-HPV estão relacionados principalmente a verrugas genitais. Entre os genótipos HR-HPV descritos na literatura estão: HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-34, HPV-35, HPV-39, HPV-45, HPV-51, HPV-52, HPV-56, HPV-58, HPV-59, HPV-66, HPV-68, e HPV-70.

OBJETIVO: Investigar a frequência genótipos de HR-HPV e associações em mulheres assistidas em setor privado na cidade de Fortaleza, do Nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo de corte transversal onde foram recrutadas 1759 mulheres localizadas na cidade de Fortaleza, Brasil. A detecção do DNA do HPV e a distribuição dos genótipos foram feitas utilizando o teste de detecção de HPV28 Anyplex™ II. O teste de detecção de HPV28 Anyplex™ II distingue 19 tipos de alto risco (HR-HPV -16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58, -59 -68 -26, -61, -66, -69, -73 e -82). A prevalência do HPV e a distribuição do genótipo foram analisadas em: infecções simples, duplas e múltiplas.

RESULTADOS: Ao longo de 11 meses, entre maio de 2021 a março de 2022, 1759 amostras cervicais foram coletadas para detecção do DNA do HPV. A idade das pacientes variou entre 14 a 96 anos. O HPV foi detectado em 621 pacientes. A maior prevalência de infecção por HPV foi encontrada entre as mulheres com idades entre 25-34 anos, em seguida entre pacientes com idades entre 25-44 anos. Foram identificados 19 genótipos diferentes do HR-HPV. O HR-HPV mais comum identificado foi o HPV16, seguido do HPV-56, HPV-35, HPV68 e HPV-31. Os cinco principais genótipos para indivíduos com uma única infecção por HR-HPV foram HPV-16, HPV-52, HPV-58, HPV-53 e HPV-39. Para indivíduos com infecções duplas por HPV, foram detectados os tipos HPV-16, HPV-58, HPV-52, HPV-39 e HPV53. Para indivíduos com múltiplas infecções por HPV, os cinco primeiros classificados foram HPV-16, HPV-58, HPV-66, HPV-56 e HPV-18.

CONCLUSÃO: Podemos concluir que a distribuição de genótipos de HPV em Fortaleza teve maior frequência do tipo HPV-16, reafirmando a importância da

vacinação. No entanto, a alta prevalência de HPV-56, 35, 68 e 31, não estão contempladas nas vacinas quadrivalente e nonavalente, mostrando a importância de monitorar a diversidade de tipos de HPV em diferentes populações e regiões geográficas para melhor entender os impactos das vacinas atuais contra o HPV.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero, Papillomavirus Humano, diagnóstico molecular, Testes de DNA para Papilomavírus Humano, Infecções por Papillomavirus.

PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO ENDOCERVICAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EM MULHERES JOVENS ASSINTOMÁTICAS DO HU/UFJF RESULTADOS PARCIAIS

Denise Gasparetti Drumond, Fernanda S. Sampaio Flávia S. Pinheiro, Julia G. Nascimento, Samira Raquel P. Rodrigues, Ícaro Rodrigues Andrade, Isabel Cristina G. Leite. UNIFESP, SP, Brasil
UFJF, MG, Brasil

INTRODUÇÃO: Uma das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) mais comuns no mundo, é a causada por *Chlamydia trachomatis* (CT), bactéria gram negativa, intracelular obrigatória que pode infectar o epitélio colunar do colo uterino, uretra e reto. Podem causar complicações graves como doença inflamatória pélvica e infertilidade. Nas mulheres, 70% a 80% dessas infecções são assintomáticas e se não tratadas, podem se tornar reservatório de transmissão para novos parceiros. O diagnóstico é predominantemente clínico, mas outros métodos podem ser usados. Testes de amplificação de ácidos nucleicos são os mais sensíveis e considerados padrão ouro.

OBJETIVO: Determinar a prevalência da infecção por CT em mulheres jovens, de 15 a 25 anos, assintomáticas, atendidas no serviço de ginecologia do HU/UFJF e identificar fatores de risco sociodemográficos, estilo de vida e história sexual e reprodutiva associados à infecção. **Material e Métodos:** Estudo transversal, com coleta de amostras endocervicais para teste PCR para CT, de pacientes entre 15 e 25 anos, assintomáticas, atendidas nos ambulatórios de ginecologia do HU/UFJF de fevereiro de 2022 a julho de 2023. Foram excluídas gestantes, pacientes tratadas para infecção por CT nos últimos 3 meses, ou aquelas que juntamente com o parceiro, usaram Azitromicina por outra razão nos últimos 3 meses, pacientes submetidas à exérese do colo uterino, menstruadas, que usaram cremes vaginais nos últimos 3 dias antes da coleta ou que apresentaram corrimento vaginal ao exame. As pacientes responderam a um questionário para avaliação do perfil de risco. Foram coletados dados de caracterização da amostra, com variáveis sociodemográficas como raça, escolaridade, estado civil e idade; histórico ginecológico e reprodutivo como menarca, sexarca, parceiros ao longo da vida e atuais, número de gravidezes, partos e abortos, uso de métodos contraceptivos e diagnóstico prévio de ISTs e hábitos como tabagismo e drogas ilícitas.

RESULTADOS: Dos 62 exames coletados, 6,45% foram positivos para infecção por CT. A média de idade das pacientes com infecção foi de 22,25 (DP+-1,7) e a infecção foi

associada ao estado civil casada/união estável (p-valor: 0,006). Houve associação limítrofe com história de aborto e auto relato de IST prévia (p-valor 0,05).

CONCLUSÃO: Até o momento a prevalência da infecção na amostra estudada, segue o padrão nacional. É necessário a avaliação do parceiro, uma vez que estado civil casada/união estável foi associado como fator de risco. Estudos precisam ser realizados, já que no Brasil não há notificação compulsória para tal infecção, daí a importância da continuação desse estudo para Juiz de Fora e região.

PALAVRAS CHAVES: Chlamydia trachomatis; Mulheres; Prevalência.

BIÓPSIAS POR COLPOSCOPIA E PEÇAS DE EXCIÇÃO DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO: ANÁLISE CRÍTICA DA DISCORDÂNCIA

Tallys Leandro B. da Silva, José Vitor de M. Chaves, Sofia Evangelista A de Oliveira, Cecília G Barcelos, Amanda Rodrigues Soares Ramos, Cecília Bastos Paulino, José Humberto B. Chaves.
Universidade Federal De Alagoas-UFAL, Maceió (AL) Brasil.

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero consiste numa neoplasia precedida por lesões precursoras displásicas com risco de progressão para carcinoma invasivo. O diagnóstico e tratamento destas lesões através da excisão da zona de transformação (EZT) permite a prevenção do desenvolvimento de neoplasia. A EZT é proposta na presença de HSIL ou discordância citocolpohistológica. Objetivos: Avaliar a discordância diagnóstica entre a histologia da biópsia e o diagnóstico definitivo em peça de EZT; identificar a taxa de lesões de baixo grau ou menos identificadas em biópsia prévia como HSIL.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo das mulheres submetidas a EZT no Serviço de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do HUPAA no ano 2022, análise de dados demográficos e cálculo de concordância com base em estudos de distribuição.

RESULTADOS: Foram incluídas 60 mulheres (média idades: 41 anos). A principal indicação para a EZT foi a presença de HSIL em biópsia (70,1%), seguida de discordância citocolpohistológica. A concordância patológica global entre a biópsia e a peça de EZT foi de 71,3%. A maior concordância foi verificada para a histologia prévia HSIL (84,2%); em 2,8% dos casos a histologia prévia HSIL revelou o diagnóstico de carcinoma. A discrepância patológica foi maior nos casos de histologia LSIL, com 45% dos casos a corresponder a HSIL na peça definitiva. A ausência de displasia ou displasia de baixo grau foi identificada em peça de EZT em 12,1% dos casos diagnosticados como HSIL em biópsia.

CONCLUSÕES: A taxa de identificação de lesões de baixo grau em peças de EZT encontrada no nosso estudo é concordante com a literatura, podendo identificar em parte situações de excisão da lesão por biópsia. Adicionalmente, a elevada taxa de discordância da histologia prévia LSIL com achados definitivos HSIL suporta a decisão de EZT não só baseada na histologia, mas integrada na avaliação clínica e colposcópica.

PALAVRAS-CHAVE: Colposcopia, excisão de zona de transformação.

ÚTERO BICORNO: VISUALIZAÇÃO DE DOIS COLOS UTERINOS NA COLPOSCOPIA

Tallys Leandro Barbosa da Silva, José Vitor de Mendonça Chaves, Sofia Evangelista Arruda de Oliveira, Cecília Guimarães Barcelos, Amanda Rodrigues Soares Ramos, Cecília Bastos Paulino, José Humberto Belmino Chaves. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió (AL), Brasil.

INTRODUÇÃO: O útero bicornio constitui uma malformação decorrente da interrupção ou ausência de desenvolvimento unilateral dos canais de Muller. O canal de Muller afetado, pode não se desenvolver de todo ou desenvolver-se apenas parcialmente, resultando por exemplo num corno rudimentar. Este corno pode ou não ser comunicante com o útero. A real incidência de malformações uterinas é difícil de determinar, uma vez que um número significativo nunca chega a ser identificado, principalmente se assintomáticas. Estima-se que o útero unicorno constitua cerca de 10% das malformações uterinas.

OBJETIVOS: Apresentação de relato de caso clínico.

METODOLOGIA: Revisão dos processos clínicos e da literatura sobre o tema.

RESULTADOS: RELATO DE CASO: Adolescente, 15 anos encaminhada para o serviço de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL (HUPAA-UFAL), devido a queixa de dois orifícios em colo uterino. Referia antecedente de um abortamento espontâneo. Apresentava exame ultrassonográfico compatível com útero difelfo. Ao exame especular observava-se dois colos uterinos destintos com orifício cervical circular, conteúdo vaginal mucoíde e teste de Schiller negativo.

CONCLUSÕES: As malformações uterinas constituem assim um desafio para os ginecologistas, uma vez que na maioria dos casos são assintomáticas. Muitas vezes acabam por ser identificadas apenas quando associadas a sintomatologia, a complicações obstétricas, a casos de infertilidade ou simplesmente como achados.

PALAVRAS-CHAVE: Útero bicornio, malformações uterinas.

LESÕES DE ALTO GRAU DO COLO UTERINO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A CITOLOGIA E A COLPOSCOPIA NUMA POPULAÇÃO REFERENCIADA À CONSULTA DE PATOLOGIA DO COLO DO ÚTERO

Tallys Leandro Barbosa da Silva, José Vitor de Mendonça Chaves, Sofia Evangelista Arruda de Oliveira, Cecília Guimarães Barcelos, Amanda Rodrigues Soares Ramos, Cecília Bastos Paulino, José Humberto Belmino Chaves. Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

INTRODUÇÃO: Globalmente o cancro do colo do útero representa a Quarta Neoplasia mais frequente no gênero feminino com morbimortalidade variável. A citologia cervical, como rastreio primário, e a colposcopia, numa população referenciada, são importantes métodos para a deteção precoce das lesões

precursoras. Objetivos: Comparar a capacidade diagnóstica da citologia cervical versus colposcopia na detecção de lesões de alto grau.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo dos casos de mulheres seguidas no Serviço de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do HUPAA no ano 2022 com diagnóstico histológico por biópsia guiada por colposcopia. Foram calculados sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo de ambos os testes de rastreio na detecção de HSIL para a nossa população.

RESULTADOS: Foram incluídas 211 mulheres com diagnóstico histológico em biópsia guiada por colposcopia, das quais 42 mulheres com HSIL. A média de idades foi 41,8 anos. O resultado citológico prévio mais frequente foi HSIL (45,5% dos casos); 14,4% e 10,2% apresentavam citologia prévia ASC-H e LSIL, respetivamente. A citologia apresentou uma sensibilidade, especificidade, VPP e VPN de 52,7%, 91,5%, 67,2% e 85,3%, respetivamente, para detecção de displasia de alto grau. A impressão colposcópica de achados de grau 2 foi atribuída em 72,7% dos casos de HSIL histológico; em 12,1% dos casos de HSIL a colposcopia foi classificada como achados de grau 1. A sensibilidade da colposcopia na detecção de lesões de alto grau foi 79,75%, com especificidade, VPP e VPN de 78,7%, 53,8% e 92,6%, respetivamente. Nesta população, a colposcopia demonstrou ser mais sensível na detecção de lesões de alto grau, sendo que ambos os exames demonstraram ter especificidade elevada. O elevado VPN dos dois métodos parece permitir tranquilizar as mulheres perante resultados negativos. Ainda assim, estes dados suportam a necessidade da utilização conjunta de dos testes, otimizando a detecção de lesões de alto grau com simultânea diminuição de falsos positivos e intervenções desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVE: Citologia cervical, colposcopia, câncer do colo do útero.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR HPV E O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER NA CAVIDADE ORAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Eduardo Pereira Guirra, Narciso Dilorenzo Machado Dias, Lindinês De Jesus Sousa, Nilo Manoel Pereira Vieira Barreto, Renato Marinho Jorge Paulino, Jacqueline Maia Ferraz, Danúsia Cardoso Lago. Universidade Federal da Bahia (UFBA)

INTRODUÇÃO: O Papilomavírus Humano (HPV) é notório por sua relação com diversas neoplasias, incluindo a cervical, oral e de cabeça e pescoço. Logo, a transmissão sexual, especialmente via oral, é um fator de risco relevante à infecção na cavidade oral. Ademais, o tabagismo e o álcool associam-se à maior incidência de câncer oral em pacientes infectados pelo HPV.

OBJETIVO: Descrever os principais fatores de risco associados à infecção pelo HPV e seu papel no desenvolvimento de câncer na cavidade oral.

MÉTODO: realizou-se uma revisão sistemática, consoante ao protocolo PRIMA, em julho/2023, mediante buscas na PubMed, BVS, SciELO e Periódico CAPES, com recorte temporal dos últimos 5 anos (jun/2018-jun/2023), utilizaram-se os descritores e sinônimos disponíveis no DeCS/MeSH: Papillomaviridae, Infecções por Papillomavirus, Neoplasias Bucais, Detecção Precoce de Câncer, Fatores de Risco. Elegeram-se estudos originais, publicados em inglês, espanhol e português.

RESULTADOS: Após a seleção de 2556 artigos, excluiu-se os duplicados e os que não atendiam à questão de pesquisa, culminando em 15 estudos escolhidos. Por meio deles, buscou-se compreender os fatores de risco associados à infecção pelo HPV e seu impacto no desenvolvimento de câncer oral. Os estudos abarcaram variadas populações e regiões, fornecendo ampla visão sobre o tema. Quanto à infecção pelo HPV, o comportamento sexual com múltiplos parceiros (Estudos 1, 3, 5) mostrou-se um dos fatores de risco consistentemente identificados. Ainda, o estudo conduzido por Sousa et al. (2023) indicou associação entre a vacinação contra o HPV e menor probabilidade de infecção oral pelo vírus (Estudo 4). Acerca da ocorrência de câncer, a exposição ao HPV, aliado ao tabagismo e ao álcool, foram fatores de risco para o carcinoma de células escamosas oral (Estudo 2). Outras obras correlacionam o tabagismo à maior risco de câncer de cabeça e pescoço (Estudos 3, 6, 9, 13 e 14), e a infecção pelo HPV associa-se a áreas específicas do câncer oral, como o tonsilar (Estudo 11). O estudo 7 destacou a utilidade da proteína p16 como marcador para a detecção do HPV em pacientes com câncer de cavidade oral, apresentando superexpressão de 95% nesses casos. Demais fatores de risco identificados foram: a informação no tocante aos riscos relacionados ao HPV, que se mostrou relevante para a realização de testes de detecção viral (Estudo 8), a idade, visto que a incidência de carcinoma de células escamosas de orofaringe ascendeu em grupos mais jovens (Estudos 10, 13 e 14), e a associação com infecção por HIV (Estudos 13 e 14). Enfim, o Estudo 12 apontou alta prevalência da infecção oral por HPV em homens com lesões orais.

CONCLUSÃO: A conscientização sobre os fatores de risco associados ao HPV e câncer oral são vitais, como enfatizar a prevenção por meio da vacinação e adoção de comportamentos seguros. A identificação desses fatores contribui para a elaboração de estratégias de prevenção e controle do câncer associado ao HPV.

PALAVRAS-CHAVE: Papillomaviridae. Infecções por Papillomavirus. Neoplasias Bucais. Detecção Precoce de Câncer. Fatores de Risco.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA BAHIA, BRASIL DE 2013 A 2023

Narciso Dilonzo Machado Dias, Eduardo Pereira Guirra, Lindinês De Jesus Sousa, Nilo Manoel Pereira Vieira Barreto, Renato Marinho Jorge Paulino, Jacqueline Maia Ferraz, Danúcia Cardoso Lago. Universidade Federal da Bahia (UFBA)

INTRODUÇÃO: O câncer de colo de útero constitui uma preocupação de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade entre mulheres mundialmente. Nesse sentido, o Papilomavírus Humano (HPV) é vastamente reconhecido como o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. **OBJETIVO:** Descrever o perfil das pessoas com útero acometidas por Câncer Cervical ou Câncer de Colo do Útero (CCU) no estado da Bahia, Brasil, nos últimos 10 anos (2013-2023). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo ecológico, derivado de dados secundários, coletados em julho/2023, do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), no período compreendido de 2013 a 2023, na Bahia, Brasil. Foi coletado o número total de casos de CCU no estado da Bahia, estratificando-os por idade, sexo, grau de escolaridade e tipos histológicos mais prevalentes.

RESULTADOS: Do total de 15.866 exames realizados, as mulheres foram prevalentes, correspondendo a 99,9%; e 0,1% (9/15.866) foram realizados por homens. Destas coletas, 10.750 consistem em lesões neoplásicas (67,7%) e 5.116 benignas (32,3%). Os subtipos mais frequentes foram as Neoplasias Intraepiteliais de Células Claras (NICs), sendo: NIC III e NIC I, correspondendo a 24,5% e 17,6% do total de exames coletados no período, seguidos por NIC II (11,5%) e o Carcinoma Epidermóide Invasivo (7,6%). No relativo à idade, os jovens adultos (20-39 anos) e os adultos maduros (40-59 anos) predominaram no número de casos de neoplasias (48,3% e 40,5%, respectivamente, do total de exames), independentemente do tipo histológico. Foi observado uma queda de 6,1% no número de exames coletados no ano de 2020 em relação ao período de ascensão prévio, compreendido entre 2017-2019 (de 18,2% em 2019 a 12,1% em 2020). Ainda, há 1% de aumento no número de exames realizados em 2021 quando comparados a 2020, mantendo-se até o ano de 2022 (12,1% em 2020; 13,1% em 2021; e 16,3% em 2022). Quanto aos dados referentes à escolaridade, não foi possível análise, devido ao não preenchimento no SISCAN.

CONCLUSÃO: Há evolução progressiva da incidência de CCU em mulheres jovens no período analisado, provavelmente associada à sexarca precoce, às desigualdades regionais no acesso à saúde ginecológica e à persistência de subnotificações. Ademais, pode-se deduzir que houve menor procura aos serviços de ginecologia devido à pandemia da COVID-19. Destarte, o inexpressivo número de coletas em homens pode indicar falhas nas estratégias de prevenção voltada aos homens transgêneros.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero. Colposcopia. Infecções por Papillomavirus.

ÚLCERA GENITAL EXTENSA:DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO DE DONOVANOSE:RELATO DE CASO

Maria Carolina Albuquerque De Sousa Martins, Geórgia Mouzinho Lima Dos Santos Lopes, Débora Castro Sousa, Marcela Karine Lobato Muniz, Danielle Orlandi Gomes. Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís (MA), Brasil.

INTRODUÇÃO: As úlceras genitais são lesões com diversos espectros clínicos, que impactam a saúde e a qualidade de vida das pacientes e podem ser causadas por diversas patologias, dentre as quais, as neoplasias, doenças autoimunes e infecciosas, como a Donovanose. Causada pelo *Klebsiella granulomatis*, a Donovanose (ou granuloma inguinal) tem ocorrência rara e pode resultar em ulcerações indolores e debilitantes, com impacto clínico significativo devido sua natureza crônica. Apesar dos testes já disponíveis, até 25% das úlceras genitais podem não ter um agente etiológico identificado. Nesses casos, a decisão por terapias empíricas é baseada na avaliação clínica e história do paciente.

OBJETIVO: Relatar um caso de úlcera genital extensa e o tratamento instituído para remissão da lesão.

MÉTODO: Estudo descritivo, observacional, do tipo relato de caso, realizado a partir da consulta de prontuário e acompanhamento clínico da paciente.

RELATO: Paciente 68 anos, feminino, viúva, lavradora, analfabeta e hipertensa, compareceu em consulta referindo o aparecimento de úlcera perianal e vulvar há 5 meses, com discreto ardor local. Negava sangramentos, febre ou sinais flogísticos. Fez uso prévio de cetoconazol, betametasona e neomicina tópicas por 6 semanas, sem melhora. Ao exame: úlcera vulvar extensa, alcançando região glútea (com comprometimento do esfíncter anal externo), com fundo limpo e bordas bem delimitadas. Realizada biópsia (com achados inespecíficos, ausência de malignidade e pesquisa de agentes infecciosos negativa), além de cultura de fragmento positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Optado por internação hospitalar para terapia com Meropenem 1g 8/8h, por dez dias, guiada por cultura. Paciente evoluiu sem melhora da úlcera, além de apresentar surgimento de prolapso retal. Realizadas novas biópsias, com pesquisa para leishmaniose, clamídia, fungos, *K. granulomatis* e micobactérias, novamente com achados inespecíficos e que excluía malignidade, agentes infecciosos e elementos histológicos para vasculites. Realizadas também sorologias para Leishmaniose, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatites B e C: não reagentes. Pesquisado também marcadores autoimunes: fator reumatoide, crioglobulinas, anti-DNA nativo, P-anca e C-anca, não reagentes, Complemento CH50 dentro da faixa de normalidade e Fator Antinuclear (FAN): padrão nuclear pontilhado 1/80. Tomografia de tórax sem alterações sugestivas de tuberculose pulmonar e colonoscopia evidenciando apenas ileíte crônica. Optado então por tratamento empírico com Azitromicina, 1g semanal. Realizado por 15 semanas, com regressão importante da úlcera. Diante da melhora clínica, encaminhada ao serviço de

coloproctologia para correção do prolapso retal.

CONCLUSÃO: Este relato evidencia a importância de uma abordagem ampla, nos casos de úlceras genitais, e a possibilidade de terapia empírica, quando não se identifica o correto agente etiológico.

PALAVRAS-CHAVE: D. genitais, granuloma inguinal, úlcera.

ABSCESSE DE BARTHOLIN EM LACTENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Marina Santos Costa, Lara Freitas Marback, Karen Dos Santos Abbehusen Dorea, Ana Carina Vieira Lima. Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador - BA, Brasil

INTRODUÇÃO: As patologias da glândula de Bartholin, cistos e abscessos, são encontrados comumente em mulheres na menacme. Casos que antecedam a puberdade são considerados extremamente raros. Até este momento, em revisão da literatura existente, foram encontrados apenas dois casos em neonatos e seis casos na infância - entre > 1 mês de vida e 07 anos.

OBJETIVO PRIMÁRIO: relatar o caso de uma paciente lactente com diagnóstico e tratamento de Bartholinite.

OBJETIVO SECUNDÁRIO: revisar a literatura sobre o tema.

MATERIAL E MÉTODOS: trata-se de um relato de caso de uma paciente com abscesso da glândula de Bartholin, submetida à tratamento com antibioticoterapia seguido a marsupialização no Hospital Santo Antônio/ Irmã Dulce.

RESULTADOS: O caso relatado nesse artigo é o primeiro caso relatado no Brasil de abscesso da glândula de Bartholin em lactente. Trata-se de uma lactente, com 3 meses de vida, previamente hígida, nascida de parto normal, sem intercorrências durante a gestação. Admitida com quadro de bronquiolite viral aguda iniciada há 04 dias, associada à tumoração em grande lábio esquerdo, em topografia de glândula de Bartholin, há 02 dias da admissão. Optado inicialmente por tratamento conservador com realização de antibioticoterapia: Ceftriaxone + Clindamicina (uma única dose em 09/12/2022), seguido de Oxacilina 09/12 até 14/12/2022. Modificado esquema de antibioticoterapia para Cefalexina, para programação de alta hospitalar e seguimento ambulatorial, tendo realizado esta medicação entre 15/12 e 22/12. Durante seguimento ambulatorial, paciente apresentou piora clínica com hiperemia e edema em tumoração de grande lábio esquerdo, associada à ultrassonografia de partes moles com manutenção de imagem anecoica em topografia da glândula de Bartholin à esquerda, medindo 1,3 x 0,5 cm. Nesse contexto, optado por nova mudança em antibioticoterapia para Amoxicilina com Clavulanato 22/12 até 29/12/2022, e depois para Metronidazol 03/01/2023 até 10/01/2023. Entretanto, devido recidiva de abscesso após múltiplos esquemas de

antibiótico, optado por realização de marsupialização com o suporte da equipe da cirurgia pediátrica.

CONCLUSÃO: Em revisão da literatura existente, encontrado apenas dois casos em neonatos, e seis casos de abscesso da glândula de Bartholin na infância. O caso relatado nesse artigo é o primeiro caso relatado no Brasil de abscesso da glândula de Bartholin em lactente. No nosso serviço, foi optado inicialmente por tratamento conservador com realização de antibioticoterapia. Entretanto, diante da recidiva em uso de múltiplos esquemas de antibiótico, optado por realização de marsupialização com o suporte da equipe da cirurgia pediátrica. Diante do pequeno número de casos relatados, e da variedade de abordagens terapêuticas, ainda não há um consenso sobre a melhor forma de tratamento nos casos de Bartholinite na infância

FREQUÊNCIA DE GENÓTIPOS DE HPV EM MULHERES RASTREADAS NA PÓS-MENOPAUSA

João Victor da Silva Bezerra, Renata Mirian Nunes Eleuterio, Marina Helena da Silva Lopes, Maria Natalice Lima da Silva, Maiara Nunes Alexandre, José Eleutério Junior. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil

INTRODUÇÃO: O Papilomavírus humano (HPV) é um vírus associado a lesões escamosas e glandulares, principalmente em sítios genitais, no colo do útero em especial. Considera-se que até os 50 anos pelo menos 80% das pessoas sexualmente ativas terão contato com o HPV. Muitos estudos têm sido realizados em mulheres jovens e no menacme para avaliação de sua frequência, no entanto, pouca atenção tem sido dada a mulheres na pós menopausa. Entretanto, uma melhor qualidade de vida com atividade sexual se mantendo neste período da vida da mulher nos obriga a rever paradigmas.

OBJETIVO: avaliar a frequência de genótipos de HPV em mulheres na pós-menopausa.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi realizado um estudo de prevalência, em corte transversal, de genótipos de HPV, pesquisados por PCR em tempo real, em mulheres com 55 anos ou mais, na pós menopausa. Os dados foram colhidos do banco de dados de laboratório privado em Fortaleza, Brasil. A pesquisa de genótipos foi realizada a partir de amostras cervicais e processado usando Anyplex™ II HPV28 conforme recomendações do fabricante (Seegene®, Sorocaba, Brasil). Os dados foram analisados em termos de prevalência de cada tipo e associações.

RESULTADOS: Foram avaliadas 143 amostras de mulheres com idade média de 62,2 (+6,8) anos e com número de gestações médio de 3,4 (+1,5). Todas sem histórias de lesão intraepitelial ou câncer. Dos casos estudados, 113 foram negativos para HPV e 30 foram positivos, portanto, uma prevalência de 20,1%. Os

tipos identificados em ordem decrescente foram: 16 (40% dos casos positivos); 56 (26,7%); 18 (13,3%), 35 (10%), 53 (10%), 31(6,7%), 51 (10%), 58(10%), 45 (3,3%), 52 (3,3%) e 68 (3,3%). A associação de tipos de HPV (2 ou mais) ocorreu em 33% dos casos positivos. O tipo 16 foi o mais observado nas associações (50%), seguido pelos tipos: 18 (30%), 35 (30%), 45 (20%), 56 (20%), 31(10%), 53(10%), 58(10%) e 68(10%). Conclusão: A identificação de HPV em mulheres na pós-menopausa, ocorreu em 20,1% das vezes. O tipo mais prevalente foi o 16, tanto de forma isolada, como associado a outros tipos virais, seguido pelos tipos 56 e 18.

PALAVRAS-CHAVE: HPV, biologia molecular, menopausa

FREQUÊNCIA DE GENÓTIPOS DE HPV NA CIDADE DE FORTALEZA, BRASIL E SUAS ASSOCIAÇÕES.

João Victor Da Silva Bezerra, Renata Mirian Nunes Eleuterio, Marina Helena Da Silva Lopes, Silvia Renata Duarte Sobreira, Giulia Queiroz Cavalcanti, Maria Natalice Lima da Silva, José Eleutério Junior. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil

INTRODUÇÃO: O câncer cervical é uma das principais causas de morte entre as mulheres em todo o mundo, com aproximadamente 530.000 novos casos anualmente. Esta neoplasia está associada à infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papilomavírus humano (HPV) em praticamente 100% dos casos, que é responsável por eventos moleculares críticos no desenvolvimento da lesão invasiva. Mais de 200 genótipos de HPV já foram identificados. Com base em seu potencial oncogênico, os tipos de HPVs têm sido classificados como HPV de baixo risco (LR) e alto risco (HR). Os genótipos HR-HPV estão associados a grande maioria dos casos de câncer do colo do útero, e os genótipos LR-HPV estão relacionados principalmente a verrugas genitais. Entre os genótipos HR-HPV descritos na literatura estão: HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-34, HPV-35, HPV-39, HPV-45, HPV-51, HPV-52, HPV-56, HPV-58, HPV-59, HPV-66, HPV-68, e HPV-70. **OBJETIVO:** Investigar a frequência genótipos de HR-HPV e associações em mulheres assistidas em setor privado na cidade de Fortaleza, do Nordeste do Brasil. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal onde foram recrutadas 1759 mulheres localizadas na cidade de Fortaleza, Brasil. A detecção do DNA do HPV e a distribuição dos genótipos foram feitas utilizando o teste de detecção de HPV28 Anyplex™ II. O teste de detecção de HPV28 Anyplex™ II distingue 19 tipos de alto risco (HR-HPV -16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58, -59 -68 -26, -61, -66, -69, -73 e -82). A prevalência do HPV e a distribuição do genótipo foram analisadas em: infecções simples, duplas e múltiplas.

RESULTADOS E CONCLUSÃO: Ao longo de 11 meses, entre maio de 2021 a março de 2022, 1759 amostras cervicais foram coletadas para detecção do DNA do HPV. A idade das pacientes variou entre 14 a 96 anos. O HPV foi detectado em 621

pacientes. A maior prevalência de infecção por HPV foi encontrada entre as mulheres com idades entre 25-34 anos, em seguida entre pacientes com idades entre 25-44 anos. Foram identificados 19 genótipos diferentes do HR-HPV. O HR-HPV mais comum identificado foi o HPV16, seguido do HPV-56, HPV-35, HPV68 e HPV-31. Os cinco principais genótipos para indivíduos com uma única infecção por HR-HPV foram HPV-16, HPV-52, HPV-58, HPV-53 e HPV-39. Para indivíduos com infecções duplas por HPV, foram detectados os tipos HPV-16, HPV-58, HPV-52, HPV-39 e HPV53. Para indivíduos com múltiplas infecções por HPV, os cinco primeiros classificados foram HPV-16, HPV-58, HPV-66, HPV-56 e HPV-18.

CONCLUSÃO: Podemos concluir que a distribuição de genótipos de HPV em Fortaleza teve maior frequência do tipo HPV-16, reafirmando a importância da vacinação. No entanto, a alta prevalência de HPV-56, 35, 68 e 31, não estão contempladas nas vacinas quadrivalente e nonavalente, mostrando a importância de monitorar a diversidade de tipos de HPV em diferentes populações e regiões geográficas para melhor entender os impactos das vacinas atuais contra o HPV.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero, Papillomavirus Humano, diagnóstico molecular, Testes de DNA para Papilomavírus Humano, Infecções por Papillomavirus

RETRATO EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES DE SÍFILIS NO BRASIL DE 2018 A 2023

Aline Cicilia Oliveira Dos Santos Guimarães, Cláudio Guerra De Lima², Gabriel Da Silva Dantas, Luana Resende Nascimento, Suely Lima Fontes Alves, Thainá De Santana Silva, Tyrzah Raysa Pereira Leite. Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão (AFYA), Jaboatão dos Guararapes (PE), Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju (SE).

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* e é considerada um problema de saúde pública. Tal patologia é transmitida principalmente através de contato sexual desprotegido com outro indivíduo infectado. Essa enfermidade tem várias fases, cada uma com seus sinais/sintomas característicos e específicos. O tratamento é realizado com antibióticos, como a penicilina ou doxiciclina e mesmo, disponibilizados pelo SUS e mesmo assim o número de casos continua elevado. Para que haja um melhor prognóstico e tratamento, é necessário o diagnóstico precoce e assim haverá menores complicações. A fim de diminuir a cadeia de transmissão, o uso de preservativos durante a relação sexual é uma medida eficaz para prevenção da doença. É importante fazer exames regulares para detectar a sífilis precocemente e evitar a disseminação da doença.

OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico dos casos de Sífilis no Brasil entre 2018 e 2023.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com perspectiva quantitativa, mediado a partir de coleta de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) vinculado ao DATASUS, segundo as variáveis de internação, região, sexo, etnia e idade. Os dados abordados foram restritos àqueles relacionados a pacientes com sífilis congênita, precoce e outras sífilis, divisão feita pelo banco de dados, registrados dentro do período entre junho de 2018 a junho de 2023 no Brasil.

RESULTADO: No Brasil durante o período analisado, foram notificadas 112.037 internações, dessas a região sudeste apresentou maior prevalência, com respectivamente 42,561 (37,98%) dos casos, em contraste da região Centro-Oeste, que demonstrou a menor com 6.480 (5,78%). Quando analisado por outro viés, o sexo feminino prevaleceu em relação ao masculino, com 57.334 (51,17%), em comparação com 54.693 (48,83%), do outro gênero. Em relação a etnia, a parda predominou com 48.231 (43,04%), com diferença aproximada de mais de 20% em comparação com segunda etnia mais prevalente, a branca com 21.661 (19,33%). Contudo se observou-se uma alta fração de pacientes que não tiveram informações sobre sua etnia com 38.605(34,45%). E por fim, em relação à faixa etária, notou-se a prevalência na faixa etária dos menores de 1 ano, que representam aproximadamente nove décimos o total das internações com 103.602 (92,47%).

CONCLUSÃO: A análise dos indicadores operacionais evidenciou que mesmo sendo uma doença com tratamento e método de prevenção disponíveis pelo SUS, os números de casos continuam elevados. Desta forma, mulheres e a etnia parda são as mais afetadas e assim tornam-se a primeira fonte de contaminação dos seus filhos por meio de transmissão vertical, os quais se situam no ápice da prevalência. Diante disto, é necessário que as políticas públicas sejam voltadas para toda população brasileira, mas com maior foco nos grupos de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Sífilis. Sexo.

A RELAÇÃO DA MICROBIOTA VAGINAL E AS INFECÇÕES POR HPV: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Diana Ahmad Taghloubi, Gabriel da Silva Dantas, Luana R. Nascimento, Mariana G. Moraes, Thainá de Santana da Silva, Tyrzah Raysa P. Leite. Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil, Centro Universitário Tiradentes (UNIT/S), Aracaju (SE), Brasil.

INTRODUÇÃO: As infecções pelo Papillomavirus Humano (HPV) apresentam extrema relevância pois possuem um papel desencadeante para o desenvolvimento do câncer de colo de útero. Na atualidade, estudos recentes associam o papel da microbiota vaginal com a susceptibilidade a essa infecção bem como o seu potencial desenvolvimento.

OBJETIVO: Analisar as relações do papel da microbiota vaginal nas infecções causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV).

MÉTODOS: Trata-se de uma revisão da literatura, realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores “Microbiota” (and) “Papillomavirus Humano”. Foram incluídos Ensaios Clínicos, Meta-análises, Testes controlados e aleatórios disponíveis no idioma inglês e publicado nos últimos cinco anos (2018-2023). A partir disso, foram encontrados 12 trabalhos, após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, 5 foram escolhidos para compor o trabalho.

RESULTADOS: A microbiota vaginal é composta por uma coletividade de bactérias, vírus, fungos e protozoários. Esses organismos comensais são influenciados por fatores como ambiente, estilo de vida, alimentação, uso de antibióticos e o sistema imunológico de cada indivíduo, sendo dessa forma variado em cada pessoa. Estudos da atualidade observam a relação entre a microbiota vaginal como indutora da carcinogênese, seja na via de sinalização do ciclo celular, bem como na inflamação crônica. Pesquisas recentes sugerem uma possível associação entre esse microbioma e a infecção pelo HPV principalmente pela observação em indivíduos portadores da doença de uma flora vaginal altamente diversa, presença de espécie específica como *Sneathia* e baixa concentração de *Lactobacillus* que geram consecutiva disbiose vaginal afetando a incidência, persistência e gravidade das infecções advindas pelo Papilomavírus Humano.

CONCLUSÃO: Uma associação significativa entre a Microbiota Vaginal e o HPV foi encontrada. Entretanto, mais estudos são necessários para comprovar a relação direta entre esses dois fatores.

PALAVRAS-CHAVE: Microbiota, Papillomavirus Humano.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL: DISPARIDADES REGIONAIS DE MORTALIDADE NO PERÍODO DE 2013-2023

Maria Eduarda Silveira Bührnheim, Mariana De Sousa Ribeiro De Carvalho Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Belém (PA), Brasil.

INTRODUÇÃO: O câncer de colo do útero é o terceiro câncer mais incidente em mulheres no Brasil, sendo uma importante causa de mortalidade nesse grupo. Nesse contexto, medidas de prevenção e rastreamento são essenciais para a redução da incidência e mortalidade da doença mundialmente. Entretanto, o acesso a tais políticas não é igualitário, o que pode influenciar em indicadores de saúde de diferentes grupos etários, sociais e localidades.

OBJETIVO: Identificar disparidades no número de óbitos.

MATERIAL E MÉTODOS e taxa de mortalidade de câncer do colo do útero nas regiões brasileiras no período de 2013-2023.: Estudo transversal, retrospectivo e

ecológico, com uso de dados do Sistema de Informação a Serviço do SUS (DATASUS) no segmento de Morbidade Hospitalar do SUS. Foram utilizados dados referentes à taxa de mortalidade e número de óbitos por região, no período de janeiro de 2013 a junho de 2023. A tabulação de dados, análise estatística e redação foram realizadas com o Microsoft Excel e Word 2016. Por fazer uso de dados de domínio público, o presente estudo dispensa apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS: No período analisado, foram identificados 26.169 óbitos por câncer de colo do útero, com a região Sudeste responsável por 10.655 (40,7%), parcela considerável do total. Em contrapartida, a região com menor número de óbitos foi a Centro-Oeste com 1.941 (7,4%) e a Norte, com 2.616 (9,9%). Em relação à taxa de mortalidade, foi identificado que nacionalmente o valor foi de 11,13; a região com maior taxa foi a Norte (15,79), enquanto a região Sul apresentou a menor taxa do país (8,84). No que diz respeito à progressão temporal, a maior taxa de mortalidade foi identificada no ano de 2020, na região Norte (16,94); em contrapartida, a menor taxa foi vista na região Sul no ano de 2013 (6,94).

CONCLUSÃO: Assim, nota-se que a mortalidade por câncer de colo do útero apresenta discrepâncias entre as regiões brasileiras. Estudos anteriores apontam o acesso dificultoso a serviços de saúde - em especial por menor disponibilidade e limitações geográficas - como fator importante para piores desfechos em saúde em algumas localidades, como a região Norte, o que foi corroborado pelo presente estudo. Nesse âmbito, se fazem necessárias medidas para garantia de acesso igualitário à saúde nas regiões brasileiras bem como estudos aprofundados sobre a temática, a fim de garantir o funcionamento adequado das estratégias de prevenção e combate ao câncer de colo do útero.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade, Neoplasias do Colo do Útero, Ginecologia.

HERPES HIPERTRÓFICO VULVAR EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDA

Denise Gasparetti Drumond, Danielle Barbosa De Santos, Eduarda De Oliveira Nascimento, Gabriel Lucas Ferreira, Marina Fernandes Carvalho, Poliana Cristina Ferreira Dos Santos, Matheus Drumond Esperança Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, Universidade Federal de Juiz de Fora SP-UFJF, MG, Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora-FCMS/JF, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: A infecção pelo herpes simples tipo 2 (HSV-2) pode ter uma apresentação clínica atípica em pacientes imunocomprometidos. Uma dessas apresentações é a variante hipertrófica. Ela é caracterizada pelo desenvolvimento de lesões cutâneas hipertróficas, elevadas e com aparência verrucosa, em contraste com as lesões vesiculares típicas associadas ao herpes. As manifestações atípicas da infecção em pacientes com Vírus da Imunodeficiência humana (HIV) incluem massas hipertróficas, pseudotumores, lesões nodulares ou semelhantes a placas, que podem ser confundidas com carcinoma de células escamosas da vulva

ou outras malignidades. O herpes genital hipertrófico tende a ser refratário ao tratamento com os antivirais sistêmicos de primeira linha, configurando quadro de difícil abordagem terapêutica.

OBJETIVO: Relatar um caso de herpes hipertrófico vulvar em paciente HIV com resposta satisfatória a antiretroviral sistêmica.

MATERIAL E MÉTODOS: Mulher, 56 anos, nuligesta, HIV+ utilizando terapia antirretroviral e carga viral indetectável, apresenta lesão tumoral de 3 centímetros, avermelhada, exofítica com aparência granulomatosa junto a comissura vulvar anterior, de surgimento há cerca de 3 anos. Histórico de vulvectomia com linfadenectomia inguinal em 2018 de histologia desconhecida. Mediante a suspeita diagnóstica de herpes hipertrófico, realizou-se a biópsia da lesão. A histologia sugeriu lesão hipertrófica vulvar herpética não sendo possível assegurar a presença de carcinoma vulvar associado, sendo recomendada a realização de estudo imunohistoquímico. A Imunohistoquímica resultou herpes genital associado a hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Desta forma, foi iniciado o uso de aciclovir 2 comp de 200mg 3x ao dia até a remissão total do quadro. Resultado: A paciente apresentou sensível melhora clínica, com redução do tamanho da massa tumoral, indicando franca resposta ao medicamento utilizado.

CONCLUSÃO: Herpes hipertrófico é uma variante rara de difícil diagnóstico e resposta terapêutica. Apesar dos medicamentos antirretrovirais sistêmicos, frequentemente, não oferecerem resposta terapêutica adequada, os mesmos podem ser incluídos como recurso primeiro no tratamento desta afecção infecciosa em paciente com imunossupressão.

PALAVRAS-CHAVE: Antivirais; Eficácia; Herpes genital; Imunossupressão.

RELATO DE CASO: CARCINOMA INVASIVO EM CITOLOGIA DE PADRÃO ASC-H COM BIÓPSIA DE ECTOCÉRVICE NEGATIVA E BIÓPSIA DE CANAL (ZT) POSITIVA

Isabella Abrantes Leite Batista, Camilla Bastos Motta de Lacerda, Melisandro Almeida de Lacerda, Luciana Bastos Motta de Lacerda, Carlos Marcelo Cruz Faculdade Nova Esperança-FAMENE, IAMSPE-SP.

INTRODUÇÃO: O câncer de colo do útero se desenvolve a partir de lesões precursoras, as quais têm potencialidade para progressão se não forem detectadas e tratadas precocemente. As indicações para conização incluem: NIC 2/3; discrepância entre os achados citológicos, colposcópicos e de biópsia ou suspeita de lesões microinvasivas. O carcinoma invasor do colo é quase sempre assintomático na forma inicial, com episódios de perda de sangue ao coito. Define-se carcinoma invasor aquele que invade o estroma, originando-se ao nível da JEC, no canal endocervical ou no orifício externo cervical. A evolução das lesões precursoras para o carcinoma é de 20 anos aproximadamente. O HPV é considerado um

importante fator na oncogênese cervical, porém o estado imunológico, a nutrição e outros fatores ditam se a infecção progridirá para o câncer. No diagnóstico do pré-câncer, a citologia, colposcopia e patologia estão interligadas. Quando usados em associação, a acurácia fica próxima de 100%. O emprego isolado deles em margem de erro de 10 a 15%.

OBJETIVO: Relatar um caso de carcinoma de células escamosas microinvasivo em uma paciente de 39 anos, demonstrando a importância do estudo da ZT nesse caso.

MATERIAL E MÉTODO: Análise de prontuário de um caso clínico conduzido na Clínica Uterus

RESULTADO: HRSM, sexo feminino, 39 anos, casada. Vinha tentando engravidar há 09 anos, descobriu há cerca de 02 anos com seu médico assistente Melisandro ser portadora de endometriose e vinha fazendo uso de Allurax para controle da dor. Não havia relatos de sinusorragia nem qualquer outro sinal de suspeição para malignidade. Veio para consulta de rotina pré operatória em agosto de 2021, quando estava em programação cirúrgica para videolaparoscopia para tratamento de endometriose. História Pessoal: Gestações: 0 Intervalo dos ciclos 25 dias; Duração 5 dias Volume menstrual Normal. Nega passado sinusorragia ou sangramento fora do período. Ao Especular: Colo sem ectopia ou sangramento, conteúdo vaginal normal, submetida a citologia oncótica e na Colposcopia 06/08/2021, realizada pela médica Isabella Abrantes: apresentava zona de transformação ausente com epitélio branco tênue em ectocérvice. Nesse momento foi submetida a biópsia dirigida, com fragmento encaminhado para análise histopatológica. Apresentou Captura híbrida (22/09/2021) positiva para HPV de alto grau oncogênico Anatomopatológico de ectocérvice (26/04/2022): cervicite crônica com metaplasia. Citologia oncótica colhida em 26/04/2022, com atipia de padrão ASC-H. Em 15/10/2021 foi prescrita a vacinação tetravalente contra HPV oncogênico. Foi solicitado CAF devido a discrepância entre achados da citologia oncótica, captura híbrida e anatomopatológico da ectocérvice. Anatomopatológico da CAF (10/03/2023) : Mostrou Carcinoma invasivo de colo uterino, grau histológico G1 (Bem diferenciado) Paciente foi encaminhada ao cirurgião oncológico que decidiu junto com a paciente pelo tratamento cirúrgico curativo.

CONCLUSÃO: A descoberta de cânceres iniciais é de grande importância, pois, torna-se evidente que grande parte dos tumores invasivos é curada pela ressecção precoce e tratamento eficaz. Essa melhora é explicada pela eficácia do teste citológico de Papanicolau na detecção de pré-cânceres e ao fácil acesso ao colo uterino para colposcopia e biópsia. Porém devemos avançar no que diz respeito a estudo de canal em casos específicos como esse em que a ZT não era visível. A demora no diagnóstico pode prejudicar o futuro reprodutivo.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES QUE REALIZARAM EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO UTERINO NO ESTADO BAHIA NO PERÍODO DE 2019-2022

Larissa Waltrick Da Silva, Márcia Sacramento Cunha Machado, Maria Gabriela De Santana Gomes Galiza, Thaiara Paula Moreira Lima, Virna Feigl Câmara Queirós. Universidade Federal da Bahia -UFBA, Salvador (BA), Brasil, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador (BA)

INTRODUÇÃO: O câncer de colo do útero (CCU) é o terceiro tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, sendo considerado um problema de saúde pública. O exame citopatológico é a principal estratégia de rastreamento, sendo indicado para mulheres entre 25 a 64 anos de idade. Apesar disso, a Bahia foi um dos estados com maior incidência de CCU em 2022, tornando-se relevante avaliar o perfil das mulheres que realizaram exames citopatológicos neste estado, a fim de entender o cenário atual e contribuir com políticas públicas resolutivas.

OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram exames citopatológicos do colo de útero no estado da Bahia e identificar o grupo com maior incidência de achados citológicos e microbiológicos entre os anos de 2019 a 2022.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo descritivo, transversal e retrospectivo com dados secundários obtidos no Sistema de Informação do Câncer SISCAN/DATASUS. Foram coletados dados epidemiológicos e de citologia do colo de útero por pacientes na Bahia, no período de 2019 a 2022. As variáveis de interesse coletadas incluíram número de exames realizados, faixa etária, escolaridade, motivo do exame e laudo citopatológico.

RESULTADOS: Os anos com maior e menor quantidade de exames citopatológicos realizados foram 2022 e 2021, respectivamente. No período analisado, as faixas etárias que mais fizeram os exames foram de 35 a 39 anos e de 40 a 44 anos. A escolaridade das pacientes foi totalmente ignorada nos anos de 2020 a 2022 e subnotificada no ano de 2019. Em todos os anos, a maioria dos exames foram realizados no intuito de rastreamento. Do total de exames realizados no período, 96.7% tiveram resultado negativo no laudo citopatológico e, dentre os resultados positivos, a presença de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas foi o mais prevalente, seguida da presença em células escamosas de lesão intra-epiteliais de baixo grau, para todos os anos.

CONCLUSÃO: Atesta-se a prevalência da realização de exames citopatológicos do colo uterino com caráter de rastreamento em mulheres no período que antecede o climatério, o que indica um maior entendimento e preocupação no que tange à prevenção de patologias e busca por qualidade de vida. Os resultados majoritariamente positivos dos exames ilustram que os mesmos estão cumprindo papel de precaução no que concerne a diagnósticos precoces a fim de consolidar uma busca ativa pela prevenção. O estudo apresenta grande restrição dos dados referentes à escolaridade, cujos dados foram subnotificados. O período pandêmico

relaciona-se à diminuição dos exames citopatológicos registrados no ano de 2021, dado que pode refletir no aumento da incidência de CCU devido ao retardo de possíveis diagnósticos.

PALAVRAS CHAVE: citologia; citopatologia; câncer de colo útero; epidemiologia.

RELAÇÃO DA ATIVIDADE LABORAL DE PESCADORAS ARTESANAIS COM AS INFECÇÕES GENITO-URINÁRIAS

Emerson Dos Anjos Oliveira, Gabriela Silva Mota, Isabella Romagnoli Buonopane, Larissa Waltrick Da Silva, Maria Carolina P. Lopes, Edson O'dwyer Júnior. Universidade Federal da Bahia-UFBA, Salvador (BA), Brasil

INTRODUÇÃO: Vulvovaginites são infecções em vulva, vagina, cérvix e/ou trato genital superior, tendo como principais causas a vaginose bacteriana, a candidíase e a tricomoníase. Discute-se, a partir do entendimento de que hábitos de vida podem interferir na microbiota vaginal, que algumas práticas presentes na atividade da pesca artesanal representam fatores de risco para o surgimento de doenças ginecológicas.

OBJETIVO: Relacionar os fatores de risco presentes na atividade pesqueira artesanal realizada por mulheres com possíveis agravos à saúde destas, como infecções no trato geniturinário.

MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que se propõe a descrever a relação entre as vulvovaginites e a atividade laboral das pescadoras artesanais, com enfoque nos fatores de risco dessa atividade que predispõe a ocorrência de tais patologias. Nesse sentido, foram feitas pesquisas nas plataformas PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores: vulvovaginites, pescadoras artesanais, marisqueiras. Dos 35 artigos encontrados, foram selecionados 13, sendo que os critérios de seleção foram: artigos em português que tinham relação com o tema proposto.

RESULTADOS: A literatura é limitada no que concerne a produções relacionadas à investigação de fatores de risco laborais para o desenvolvimento de doenças geniturinárias. Poucos autores relatam o cotidiano dessas mulheres, sendo descritas como expostas constantemente a águas contaminadas, lama e roupas úmidas utilizadas por horas e com restritas possibilidades para urinar, o que possibilita identificar elementos que provocam irritação, inflamação e maior possibilidade de infecção pelo contato com bactérias, fungos, protozoários e ovos de vermes. Ainda, a umidade da região genital decorrente do contato com a lama do mangue e uso de roupas inapropriadas para proteger a vulva podem favorecer o aumento do pH vaginal, resultando no desenvolvimento de infecções ginecológicas. Além da umidade, outros fatores como clima tropical, falta de arejamento vulvar e uso de roupas sintéticas também podem favorecer o desenvolvimento desses processos

infecciosos. Para além das avaliações supracitadas, também deve-se destacar os riscos de Prolapso de Órgão Pélvicos (POP) nessa população de marisqueiras e pescadoras. O POP possui alguns fatores de risco, como idade mais avançada, obesidade, multiparidade e aumento da pressão abdominal. Dessa forma, o esforço em atividades laborais e as posições adotadas para realização do trabalho nos mangues pode contribuir para essa desordem do assoalho pélvico. Contribuindo de forma veemente para o desenvolvimento de doenças nessa população, é válido destacar a escassez de assistência à saúde, o que suscita dificuldade no controle de fatores de risco, bem como cuidado desses agravos, que se aprofundam e prolongam.

CONCLUSÃO: Assim, apesar da escassa literatura, é possível associar a atividade laboral das pescadoras artesanais com moléstias do trato gênito-urinário, tais quais, vulvovaginites e prolapso de órgãos pélvicos. É preciso, então, o desenvolvimento de políticas de saúde específicas para essa população, uma vez que, além do insuficiente acesso à saúde, seus fatores de risco para o desenvolvimento de diversas condições do trato gênito-urinário não podem ser facilmente afastados.

PALAVRAS-CHAVE: vulvovaginite; medicina do trabalho; indústria da pesca

UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS EM PESCADORAS ARTESANAIS COM QUEIXAS VULVOVAGINAIS

Emerson Dos Anjos Oliveira, Gabriela Silva Mota, Isabella Romagnoli Buonopane, Larissa Waltrick Da Silva, Maria Carolina Paraíso Lopes, Edson O'dwyer Júnior. Universidade Federal da Bahia-UFBA, Salvador (BA), Brasil

INTRODUÇÃO: Estima-se que cerca de 70% das mulheres brasileiras terão, em algum momento, sintomas vulvovaginais, geralmente manifestadas por leucorreia, prurido e irritação da região íntima. Considerando que é uma afecção recorrente, essa é ainda mais comum em populações que apresentam fatores de risco para essa condição, como, por exemplo, pescadoras artesanais, que passam diversas horas por dia submersas. Essa população apresenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde, fazendo com que o uso de plantas medicinais se apresenta como alternativa comum de tratamento terapêutico.

OBJETIVO: Investigar na literatura científica existente as terapêuticas tradicionais utilizadas por pescadoras artesanais para diminuir as queixas vulvovaginais dessa população.

MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que propõe investigar o fundamento de técnicas terapêuticas tradicionais que atenuam sintomatologias do trato genito-urinário. Assim, pesquisou-se nas plataformas PubMed, Scielo e Google Acadêmico utilizando os seguintes descritores: vulvovaginites, pescadoras artesanais, marisqueiras. Dos 35 artigos encontrados,

foram selecionados 13, utilizando-se os artigos em português que tinham relação com o tema proposto.

RESULTADOS: Como estratégia de cuidado tradicional, resgatam-se princípios da natureza utilizados em diferentes populações, como métodos não farmacológicos, agregando cultura e conhecimentos empíricos ao processo de cuidado, através da vivência da ginecologia natural. Com as aplicações terapêuticas de fitoterapia, algumas plantas têm sido abordadas na literatura científica, como o alho (*Allium sativum*). Esse reúne características derivadas do composto alicina, com potencial de efeito antifúngico e alívio sintomático, tendo sido discutido suas propriedades, constituindo a primeira opção da ginecologia natural no tratamento de afecções vaginais, principalmente no combate à candidíase. Ainda, o chá-da-índia (*Camellia sinensis*) é outra opção terapêutica, visto que contém polifenóis e metilxantinas, que atuam com potencial antioxidante, antimicrobiano, anticancerígeno e antimutagênico. Sendo incorporado em doses terapêuticas, pode proporcionar efeitos benéficos ao corpo, tendo estudos demonstrando eficácia no contexto da Candidíase Vulvovaginal. Também, ervas são apresentadas como opções possíveis para serem incorporadas desde a alimentação até o banho de assento, com técnicas perpetuadas entre diferentes gerações no contexto da ginecologia natural, sempre ponderando sobre uso coerente e responsável, visto que a utilização indiscriminada é capaz de provocar intoxicação, interferir em outros tratamentos, por interação farmacológica e risco de sobreposição, além de riscos associados com efeitos adversos por superdosagem.

CONCLUSÃO: Percebe-se que a abordagem ampliada no cuidado de mulheres, especialmente as que estão submetidas à pesca artesanal e mariscagem, é uma opção que tende a proporcionar melhora do quadro de adoecimento e qualidade de vida, especialmente por valorizar a tradição, as práticas habituais e relações com a natureza, trazidos histórica e culturalmente na trajetória de cada uma.

PALAVRAS-CHAVE: vulvovaginite; plantas medicinais; indústria da pesca

RELATO DE CASO: TRATAMENTO DA DERMATOSE PAPULOSA VULVAR

Camilla Bastos Motta de Lacerda, Isabella Abrantes Leite Batista, Anna Livia Farias Viana.
Faculdade Nova Esperança-FAMENE, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-FCMPB, João
Pessoa-PB, Brasil

INTRODUÇÃO: A dermatose papulosa da vulva é uma patologia crônica pouco frequente, caracterizada, por acantólise (que pode afetar a estrutura da epiderme) e disceratose com formação de corpos arredondados, achados histopatológicos compartilhados com outras dermatoses acantolíticas como a doença de Darier (DE) ou Hailey-doença de Hailey (EHH). Clinicamente essa doença se caracteriza pelo aparecimento de pápulas ou placas solitárias ou múltiplas, cor pele ou

esbranquiçadas que afetam a zona vulvar ou vulvo-perineal, podendo estender-se às dobras inguinais ou coxas. As lesões geralmente são assintomáticas, mas podem ser muito dolorosas ou pruriginosas.

OBJETIVO: Demonstrar como o uso do corticoide tópico de baixos efeitos colaterais e alta potência (clotrimazol) foi eficaz no tratamento da papulose vulvar.

MATERIAL E MÉTODO: Prontuário de um caso clínico conduzido no ambulatório de colposcopia do instituto Cândida Vargas.

RESULTADO: EMO, 48 anos, G3P3A0 queixava-se de lesões vulvares papulosas, bastante pruriginosas de três anos de evolução. Veio encaminhada pelo PSF para o serviço de vulvoscopia da Cândida Vargas em março de 2023. Porém nesses 03 anos sofria com o intenso prurido e ouviu na atenção básica que se tratava de “gordura”. Ao exame apresentava, nos grandes e pequenos lábios, lesões papulosas, algumas com evidente hiperqueratose na superfície. Realizei vulvoscopia com achado de diversas pápulas em pequenos e grandes lábios. Sem reatividade com o ácido acético a 5%. Realizei biópsia de algumas pápulas e enviei para exame anatomopatológico no CDC (Centro Diagnóstico de Câncer) da Paraíba. No exame anatomopatológico da lesão, observou-se pápulas, ausência de malignidade. Descartei por tanto uma das minhas hipóteses que seria o molusco contagioso pois não tinha umbilicação nas pápulas e também foi descartado HPV pelo anatomopatológico.

CONCLUSÃO: É essencial promover o desenvolvimento de consultas vulvares específicas nos hospitais, para obter o tratamento ideal, que nesse caso foi a partir do uso do corticoide tópico de baixos efeitos colaterais e alta potência (clotrimazol), que se mostrou totalmente eficaz. Lançar estratégias para garantir acesso a essas pacientes. Pois ela demorou cerca de 03 anos até ser referenciada para o Ambulatório de PTGI. Especialidades como dermatologia e ginecologia devem fazer parte dessas unidades. Pensando em custo efetividade esse relato teve como objetivo demonstrar a eficácia do corticoide tópico frente a terapias mais caras como o Tacrolimus, cujo acesso e adesão são mais difíceis.

PALAVRAS CHAVES: Pápula, dermatose, corticóide, vulva, vulvoscopia.

RELATO DE CASO: TRATAMENTO DA DERMATOSE PAPULOSA VULVAR

Camilla Bastos Motta De Lacerda, Isabella Abrantes Leite Batista, Anna Livia Farias Viana.
Faculdade Nova Esperança-FAMENE, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-FCMPB, João Pessoa-PB, Brasil.

INTRODUÇÃO: A dermatose papulosa da vulva é uma patologia crônica pouco frequente, caracterizada, por acantólise (que pode afetar a estrutura da epiderme) e disqueratose com formação de corpos arredondados, achados histopatológicos compartilhados com outras dermatoses acantolíticas como a doença de Darier

(DE) ou Hailey-doença de Hailey (EHH). Clinicamente essa doença se caracteriza pelo aparecimento de pápulas ou placas solitárias ou múltiplas, cor pele ou esbranquiçadas que afetam a zona vulvar ou vulvo-perineal, podendo estender-se às dobras inguinais ou coxas. As lesões geralmente são assintomáticas, mas podem ser muito dolorosas ou pruriginosas.

OBJETIVO: Demonstrar como o uso do corticoide tópico de baixos efeitos colaterais e alta potência (clotrimazol) foi eficaz no tratamento da papulose vulvar.

MATERIAL E MÉTODO: Prontuário de um caso clínico conduzido no ambulatório de colposcopia do instituto Cândida Vargas.

RESULTADO: EMO, 48 anos, G3P3A0 queixava-se de lesões vulvares papulosas, bastante pruriginosas de três anos de evolução. Veio encaminhada pelo PSF para o serviço de vulvoscopia da Cândida Vargas em março de 2023. Porém nesses 03 anos sofria com o intenso prurido e ouviu na atenção básica que se tratava de “gordura”. Ao exame apresentava, nos grandes e pequenos lábios, lesões papulosas, algumas com evidente hiperqueratose na superfície. Realizei vulvoscopia com achado de diversas pápulas em pequenos e grandes lábios. Sem reatividade com o ácido acético a 5%. Realizei biópsia de algumas pápulas e enviei para exame anatomopatológico no CDC (Centro Diagnóstico de Câncer) da Paraíba. No exame anatomopatológico da lesão, observou-se pápulas, ausência de malignidade. Descartei por tanto uma das minhas hipóteses que seria o molusco contagioso pois não tinha umbilicação nas pápulas e também foi descartado HPV pelo anatomopatológico.

CONCLUSÃO: É essencial promover o desenvolvimento de consultas vulvares específicas nos hospitais, para obter o tratamento ideal, que nesse caso foi a partir do uso do corticoide tópico de baixos efeitos colaterais e alta potência (clotrimazol), que se mostrou totalmente eficaz. Lançar estratégias para garantir acesso a essas pacientes. Pois ela demorou cerca de 03 anos até ser referenciada para o Ambulatório de PTGI. Especialidades como dermatologia e ginecologia devem fazer parte dessas unidades. Pensando em custo efetividade esse relato teve como objetivo demonstrar a eficácia do corticoide tópico frente a terapias mais caras como o Tacrolimus, cujo acesso e adesão são mais difíceis.

PALAVRAS CHAVES: Pápula, dermatose, corticóide, vulva, vulvoscopia.

IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE A COBERTURA DO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

Antônio Braga, Beatriz Villar Cerqueira, Claudia Mello, Giovana Marinho De Souza Carneiro, Karine Larrat De Oliveira, Natane Cristina, Yara Lúcia De Melo Furtado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, BRASIL

INTRODUÇÃO: No Brasil, o câncer de colo uterino (CCU) é o terceiro de maior incidência em mulheres. Estima-se 17.010 novos casos anuais para 2023-2025,

representando um risco de 15,38 casos/100 mil mulheres (INCA, 2022). Em 2020, a taxa de mortalidade foi de 4,60/100 mil mulheres, estabelecendo o CCU como a terceira causa de óbitos em mulheres (INCA, 2019). O rastreio do CCU é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos por meio do exame citopatológico no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016). Na vigência da pandemia de covid-19 em 2020, o Ministério da Saúde, juntamente à Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC), restringiu atendimentos ambulatoriais eletivos, recomendando decisões sobre rastreamento de CCU baseadas em dados locais (SGORJ, 2020). Isso levou a reduções e interrupções nos serviços ginecológicos, impactando o seguimento dos exames.

OBJETIVO: Demonstrar o impacto da covid-19 na cobertura do rastreio do CCU no Estado do Rio de Janeiro e Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS: Neste estudo epidemiológico transversal e quantitativo, utilizando o banco de dados público do DATASUS através do TABNET, com bases advindas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), enfoca-se o exame citopatológico para rastreio de CCU (código 0203010086) entre mulheres de 25 a 64 anos no Rio de Janeiro em 2017-2022. O trabalho abrange, para cada ano, a quantidade de exames em cada localidade, a população-alvo (equivalente a 1/3 das mulheres na faixa etária de rastreio, devido à periodicidade trienal), e o quociente dos dois valores, referido como a cobertura do rastreio. Foram analisados dados do município do Rio de Janeiro; do estado do Rio de Janeiro, com suas nove regiões; e do território nacional, no intuito de explorar tendências temporais das coberturas de rastreio e seus respectivos impactos em virtude da pandemia.

RESULTADOS E CONCLUSÃO: Entre 2019 e 2020, a cobertura do rastreio do CCU caiu 42,8% no Brasil e 43,5% no Estado do Rio de Janeiro. A cobertura do estado ficou cerca de 50% abaixo da média nacional antes de 2020, evidenciando um grande déficit. No município do Rio de Janeiro, a cobertura pré-pandemia (2017-2019) foi de apenas 2%, com uma redução percentual semelhante à nacional em 2020, um aumento em 2021 e retorno aos níveis prévios em 2022. A fase 2 da pandemia (2021) trouxe uma cobertura 20% superior à habitual, sugerindo compensação por perdas na fase crítica da pandemia. No Estado do Rio de Janeiro, a região Norte teve a maior queda na cobertura (63%) de 2019 para 2020, seguida da região serrana (54%) e da centro-sul (40,3%). Em 2022, a cobertura nacional e a do município do Rio de Janeiro voltaram aos níveis anteriores. Outras regiões do estado seguiram a recuperação nacional, mas sem compensar as perdas de 2020 e 2021. A defasagem pode aumentar a, já elevada, mortalidade por CCU, dado o risco de evolução de lesões precursoras não identificadas e tratadas.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Colo uterino, Covid-19, Prevenção Secundária

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM HOMENS TRANS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Giovanna Cecília Freitas Alves De Arruda, Guilherme Antônio Freitas Alves De Arruda, Cleide Aparecida de Freitas. Universidade Federal de Pernambuco-UFPE CAA, Caruaru-PE, Brasil

INTRODUÇÃO: O câncer de colo uterino é uma doença evitável devido a possíveis métodos de prevenção, rastreamento e detecção de lesões pré-cancerosas. Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro recomenda a realização de exame citopatológico (Papanicolau) a pessoas com colo de útero entre 25 a 64 anos de idade. Apesar disso, ainda existem barreiras para o rastreamento em homens trans e outras pessoas com útero não cisgênero, que culminam em baixa prevalência de triagem de câncer cervical nessa população quando comparado com as mulheres cisgêneros.

OBJETIVO: Discutir a aplicabilidade e barreiras associadas aos programas de rastreamento de neoplasias do colo do útero em pessoas transgênero.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi realizada uma revisão de literatura especializada de julho a agosto de 2023 através de consultas a artigos científicos publicados de 2016 a 2023 selecionados por meio da busca nas plataformas PUBMED e MEDLINE com as seguintes palavras-chave: “Neoplasias do Colo do Útero”; “Programas de Rastreamento” e “Pessoas Transgênero”, sendo encontrados 7 artigos apenas na MEDLINE. Destes, 1 foi excluído por fugir do objetivo desta revisão e 6 foram selecionados para leitura completa e incluídos no presente estudo.

RESULTADOS: Foi evidenciado em todos os artigos selecionados a falta de familiaridade e treinamento dos profissionais de saúde para os cuidados com as pessoas com útero não cisgênero, trazendo inclusive questões institucionais. Assim, alguns trataram da necessidade de cumprimento e debates de políticas de saúde específicas para esses grupos populacionais, trazendo discussões sobre maneiras de prevenção da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e do câncer de colo de útero. Além disso, notou-se a existência de barreiras sociais, fisiológicas e clínicas que impedem a correta abordagem e rastreamento de câncer de colo uterino nessa população. Dentre os obstáculos, nota-se que o desconhecimento profissional-paciente, o estigma e a transfobia ainda se encontram como empecilhos para o acesso e acolhimento de pessoas trans, gerando ainda mais adoecimento em pessoas já excluídas e o descumprimento do Direito à Saúde.

CONCLUSÃO: É imprescindível o incentivo a práticas de triagem para câncer cervical e programas de vacinação para HPV que incluam todas as pessoas com útero e propiciem a quebra das barreiras citadas anteriormente. A autocoleta, apesar de menos sensível que a coleta por profissionais, pode ser uma estratégia para aumento da adesão ao rastreamento por pessoas trans. Além disso, os profissionais e serviços de saúde devem ser qualificados para realização de cuidados necessários para afirmação de gênero e propor tomada de decisão

compartilhada para assistência à saúde dessa população, treinando a equipe para uma abordagem transinclusiva. Por fim, percebe-se também uma necessidade de maiores estudos e dados sobre essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Pessoas Transgênero; Transfobia.

LEIOMIOMA CERVICAL UTERINO ASSOCIADO A LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU: RELATO DE CASO

Thereza Santomauro De Muzio. Paula Fernanda Santos Pallone Dutra, Fernanda Kesselring Tso, Neila Maria de Góis Speck. Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, São Paulo-SP

INTRODUÇÃO: Leiomiomas uterinos são tumores benignos de alta prevalência nas mulheres em idade fértil podendo malignizar em apenas 0,1 a 0,8% dos casos devido a degeneração sarcomatosa. Localizam-se mais frequentemente no corpo e, mais raramente no colo uterino, sendo este também o local mais acometido pelo Papilomavírus humano (HPV). A infecção persistente pelo HPV é a principal responsável pelas lesões precursoras de câncer de colo, como a lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LIEAG), com potencial de invasão de 35 a 74%. Objetivos: relatar o caso de paciente com mioma cervical apresentando lesão intraepitelial escamosa de alto grau em epitélio suprajacente, bem como realizar levantamento dos dados publicados na literatura sobre o tema.

MATERIAIS E MÉTODOS: As informações contidas neste relato foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e procedimento cirúrgico e revisão da literatura sobre o tema. Todas as informações foram coletadas após consentimento da paciente e aprovação do CEP da Instituição.

RELATO DE CASO: Paciente, 37 anos, casada, afrodescendente, procedente de Embu das Artes/SP encaminhada ao serviço, assintomática, por lesão exofítica em colo uterino e citologia oncótica cervicovaginal evidenciando lesão intraepitelial escamosa de baixo grau. Ao exame físico notava-se volumosa massa oriunda de lábio anterior de colo uterino, tornando a colposcopia inadequada. A hipótese diagnóstica foi de leiomioma uterino sendo realizada a exérese em ambiente cirúrgico, com prensão, secção e ligadura do pedículo do tumor em ectocérvice. O resultado anatomopatológico evidenciou leiomioma uterino com degeneração hidrópica hialina associado a lesão intraepitelial escamosa de alto grau de colo (NIC 3) com extensão para criptas endocervicais em epitélio suprajacente, não sendo possível avaliar as margens. Realizado a exérese da zona de transformação (EZT) cuja análise anatomopatológica mostrou peça livre de neoplasia residual e atípias.

CONCLUSÃO: Independente dos quadros ginecológicos que a mulher apresente, o rastreamento do câncer de colo uterino deve ser sempre realizado pela alta

prevalência destas afecções na mulher brasileira. Apesar do mioma em região cervical ser infrequente, a lesão intraepitelial deve ser sempre descartada com ações preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Leiomioma, Papilomavírus humano, Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, câncer de colo do útero.

ADESÃO AO RASTREAMENTO DO CÂNCER CERVICAL ENTRE TRANSGÊNEROS E MULHERES LÉSBICAS

Mayra Alencar da Silva, Maria Victoria de Moraes Born Ribeiro, Darah Yasmin Moreira Alves, Bruna Lorena Rocha E Silva Herminio De Almeida, Isadora Eloy Cândido. Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió - AL, Brasil.

INTRODUÇÃO: No contexto brasileiro, à exceção dos casos de tumores cutâneos não melanoma, o câncer cervical figura como o terceiro câncer de maior ocorrência. Indivíduos transgêneros que foram designados como femininos ao nascer enfrentam a possibilidade de desenvolver câncer cervical em decorrência de infecções pelo HPV, tal como ocorre em mulheres cisgênero. Da mesma forma que ocorre com indivíduos transgênero do sexo masculino, mulheres lésbicas demonstram uma taxa reduzida de participação nos procedimentos de rastreamento para câncer cervical.

OBJETIVO: O presente estudo visa identificar as principais problemáticas relacionadas ao rastreamento do câncer cervical entre transgênero do sexo masculino e mulheres lésbicas.

METODOLOGIA: O trabalho consiste em uma revisão de literatura através de bancos de dados, como PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “LESBIANS”, “CERVICAL CANCER” e “TRANSGENDER”. Foram selecionados estudos clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises publicados nos últimos 5 anos.

RESULTADOS: A falta de adesão ao rastreamento muitas vezes resulta da própria configuração da instituição de saúde, onde questões fundamentais como a burocracia documental e o ambiente físico acolhedor atuam como barreiras significativas. Pesquisas indicam que mulheres lésbicas não apenas demonstram uma adesão limitada ao exame de Papanicolaou, mas também apresentam fatores de risco associados a cânceres de mama, ovário e colo do útero. Esses riscos derivam das taxas mais elevadas de tabagismo, consumo de álcool, infecção pelo HIV, menor histórico de gestações ou menor número de filhos, e menor uso de métodos contraceptivos, que são prevalentes nessa comunidade. Diversos elementos concorrem para a falta de realização do exame de Papanicolaou, abrangendo a discriminação, manifestações de homofobia, restrições de acesso, a percepção de não demanda por métodos contraceptivos e a convicção de não estarem

suscetíveis à infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Uma estimativa de cerca de 30% desse grupo expressa a convicção de que não têm a capacidade de transmitir ou adquirir o HPV. Assim como ocorre com mulheres homoafetivas, os indivíduos transgêneros também enfrentam discriminação por parte de profissionais de saúde. Surpreendentemente, apenas 33% desses profissionais relatam se sentir à vontade para fornecer cuidados, mesmo conscientes de que as pessoas transgêneras com colo do útero possuem as mesmas necessidades que suas contrapartes cisgênero.

CONCLUSÃO: É fundamental compreender os obstáculos que impactam a participação no rastreamento do câncer cervical, a fim de possibilitar a elaboração de estratégias de políticas públicas e iniciativas de engajamento inclusivas. A análise, embora feita com uma quantidade limitada de artigos, revela a escassez de estudos sobre esse tema, indicando que ele ainda carece de investigações aprofundadas.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias do colo do Útero; Minorias Sexuais e de Gênero.

VAGINOSE BACTERIANA POR COCOS: PREVALÊNCIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR.

Gabrielle Cabral de Santana Ribeiro, Wesley Franco dos Santos, Danton Dantas Aragão, Kércia Carvalho Ferreira, Laiane Kelly Chaves De Souza, Yara Rebeca Araújo Dos Santos, Tiago Landim D'Ávila. UNIME, Lauro de Freitas-BA, Brasil

INTRODUÇÃO: A microbiota vaginal possui microrganismos que coexistem em equilíbrio, sem causar manifestações clínicas. Mudanças no pH e na flora vaginal podem provocar desequilíbrios nestes, e alterar a delicada relação entre o hospedeiro, as bactérias comensais e os fungos, podendo transformar-se em uma relação parasitária, capaz de levar ao desenvolvimento de Vaginose Bacteriana (VB).

OBJETIVO: Analisar a prevalência de infecções por cocos, na Região Metropolitana de Salvador (RMS), entre os anos de 2013 e 2021.

MATERIAL E MÉTODOS: O trabalho é um estudo de corte transversal retrospectivo, onde foi analisado um banco de dados de citologias cérvico-vaginais realizadas no ambulatório do Centro Universitário UNIME, em Lauro de Freitas, durante o período de 2013 a 2021. Fizeram parte desta amostra dados provenientes dos municípios da RMS, com a exclusão de fichas incompletas ou ausentes. O banco de dados foi compilado e submetido à análise utilizando o programa SPSS-IBM, seguindo as diretrizes de privacidade e confidencialidade da Resolução 466/12 do CNS. O projeto encontra-se em avaliação no CEP/CONEP.

RESULTADOS: Foram encontrados 237 diagnósticos positivos para vaginose bacteriana, dentre os 1710 dados citológicos da RMS registrados no banco de

dados, correspondendo a uma prevalência de 13,85%. Dentre as cidades analisadas, a maior prevalência encontrada foi em Lauro de Freitas, com 45,14% (n=107), seguida por Salvador, com 43,45% (n=103), enquanto Cadeias e Mata de São João tiveram as menores prevalências, ambas com 0,42% (n=1).

CONCLUSÃO: Identificou-se uma alta prevalência de VB associada a infecção por cocos nas cidades de Lauro de Freitas e Salvador, indicando a necessidade de desenvolvimento de ações de saúde e políticas públicas que visem reduzir a ocorrência de VB na população.

PALAVRAS-CHAVE: vaginose bacteriana; infecção do trato genital; cocos; exame ginecológico.

PREVALÊNCIA DE ACHADOS MICROBIOLÓGICOS EM PREVENTIVOS REALIZADOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR-BA E A IMPORTÂNCIA DO EXAME CITOPATOLÓGICO

Yara Rebeca Araújo dos Santos, Gabrielle Cabral de Santana Ribeiro, Wesley Franco dos Santos, Danton Dantas Aragão, Kércia Carvalho Ferreira, Laiane Kelly Chaves de Souza, Tiago Landim D'Ávila. UNIME, Lauro de Freitas-BA, Brasil

INTRODUÇÃO: A microbiota vaginal residente protege a saúde do trato genital feminino (TGF). O ambiente hostil devido ao pH reduzido impede a proliferação de patógenos, como *Gardnerella vaginalis*, e oportunistas, como *Candida* sp.. Ainda, a proximidade entre o óstio vaginal e períneo propicia contaminação por cocos e microrganismos gastrointestinais.

OBJETIVO: Determinar prevalências de *Candida* sp., cocos/cocobacilos e *Gardnerella vaginalis*/Mobiluncus associados ao TGF de pacientes nos municípios da região metropolitana de Salvador.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal com pacientes dos municípios de Lauro de Freitas, Salvador, Camaçari, Simões Filho, Mata de São João e Candeias entre os anos de 2013 e 2021. A avaliação clínica e as amostras foram processadas seguindo as diretrizes do INCA/MS (2022) e analisadas seguindo o sistema de Bethesda (2018). Foi gerado um banco no SPSS e analisados os dados para comparativo com banco de dados governamentais e literatura.

RESULTADOS: Avaliou-se 1710 pacientes, sendo positivas para *Candida* sp. 5,1% (n=87), cocos/cocobacilos 13,8% (n=237) e bacilos supracitoplasmáticos sugestivos de *Gardnerella vaginalis*/Mobiluncus (BscGv/M) 21% (n=343). No número total de pacientes positivos associado ao tempo, foi observado para *Candida* sp. a maior positividade em 2016 (1,8%), com cocos/cocobacilos houve maior positividade em 2019 (6,2%), já os BscGv/M houve maior positividade também em 2016 (5,7%). Comparando os dados governamentais com o trabalho, é importante ressaltar que a infecção por BscGv/M e cocos/cocobacilos teve um decréscimo do diagnóstico

entre 2012 e 2015, corroborando com os dados do trabalho. Apesar disto, algumas infecções relatadas nos laudos, não são notificadas, como a candidíase. O trabalho mostra que a *Candida* sp., além de uma infecção oportunista e presente na microbiota, pode causar inflamações, dispendar custos e piorar a qualidade de vida das pacientes. Nas coinfeções entre três microrganismos não houve significância, sendo os índices entre *Candida* sp. e cocos/cocobacilos de 1,0%, também na literatura, existem dados que os oportunistas/patógenos competem, sugerindo a inibição pela infecção prevalente.

CONCLUSÃO: O estudo em questão evidenciou que existe uma maior prevalência de infecção por Bacilos supracitoplasmáticos sugestivos de *Gardnerella vaginalis*/ *Mobiluncus* na região metropolitana de Salvador em relação aos demais microorganismos analisados. A análise dos dados, mostra que são necessários estudos para entender a dinâmica dos microrganismos, do processo de coinfeção e transmissibilidade até a importância da atuação em comunidades, com o incentivo da realização do exame citopatológico, a fim de promover a redução de gastos na saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções bacterianas, Infecções fúngicas, Microbiologia, Infecção do trato genital, Exame Papanicolau.

HSIL VULVAR EM PACIENTE COM LIQUEN ESCLEROSO: RELATO DE CASO

Júlia Domingues Barbosa, Izabel Brito Teixeira, Maria De Fátima Dias De Sousa Brito, Tulio Coura Moreira Dos Santos Ferreira, Maisa Alves Rettore, Fernanda Chaves Capanema Álvares, Isabela Furtado Guiotti. Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais (Puc), Betim (MG), Brasil
Maternidade Odete Valadares (MOV), Belo Horizonte (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO: As lesões intraepiteliais escamosas da vulva foram reclassificadas em 2012 pelo projeto LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology), em: LSIL - Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau, condiloma plano viral ou efeito citopático do papiloma vírus humano (HPV). Normalmente não requer tratamento, exceto se paciente sintomática ou com lesões verrucosas e não é lesão precursora de câncer. HSIL - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, antiga neoplasia intraepitelial (NIV) do tipo usual, ligada ao HPV de alto risco. Acomete mulheres mais jovens, 30 a 40 anos, é o tipo mais frequente e com potencial evolutivo para câncer invasor de aproximadamente de 20%, com pico de ocorrência de câncer aos 50 anos. dNIV - NIV do tipo diferenciado, não relacionada ao HPV, que ocorre em mulheres mais velhas (após 60 anos) associada a dermatoses crônicas, como o liquen escleroso (LE). Menos frequente, 3 a 5% dos casos, porém com alto potencial evolutivo para câncer invasor (30 a 80%), com pico de ocorrência de câncer aos 80 anos.

OBJETIVO: Realizar um relato de caso e discussão de HSIL vulvar em paciente com LE.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi elaborado relato de caso a partir do prontuário médico, seguido de pesquisa nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO.

RESULTADOS: MSM, 53 anos, encaminhada ao serviço por lesão em fúrcula vaginal há 10 dias, com leve prurido. Ao exame: sepultamento parcial de clitóris, absorção de terço inferior de pequenos lábios (PL) mais à direita, sugerindo LE, sendo virgem de tratamento com corticoide. Presença de placa ceratinizante elevada em região de fúrcula de aproximadamente 2cm. Realizada biópsia da lesão com diagnóstico de NIV II associada a HPV (correspondendo a HSIL vulvar). Prescrito Imiquimode 3 vezes por semana por 12 semanas e gel hidratante. Ao retornar apresentava desaparecimento da placa, ausência de reatividade à aplicação de ácido acético e manutenção das alterações secundárias ao LE. Prescrito vaselina líquida. Em avaliações subsequentes, não evidenciadas novas lesões, sendo mantido seguimento da paciente.

CONCLUSÃO: O exame clínico é parte fundamental na identificação das lesões intraepiteliais escamosas vulvares, sendo o diagnóstico histológico realizado por meio de biópsia. Abordagens conservadoras têm sido desenvolvidas para o tratamento, como o uso dos imunomoduladores, com o intuito de preservar a anatomia vulvar, particularmente em pacientes jovens portadoras do vírus HPV. O imiquimode induz resposta imune inata e adquirida. Seu uso tópico demonstra eficácia no tratamento da HSIL vulvar, com eventos adversos locais frequentes, mas de intensidade tolerável. No caso em questão a paciente possui diagnóstico clínico de LE associado a lesão cuja biópsia identificou HSIL vulvar. A presença das 2 patologias associadas torna essa paciente de risco para desenvolvimento de NIVs e progressão para câncer escamoso vulvar. O tratamento do LE padrão ouro é com corticoide de alta potência, que pode imunossuprimir localmente favorecendo a atividade viral. Assim, fica clara a relevância do caso, que se torna desafiador e exige acompanhamento semestral cuidadoso para controle adequado das doenças e evitar suas possíveis complicações. Ressalta-se ainda a importância do exame adequado e atento da vulva em todas as mulheres, além de medidas preventivas, como a redução de fatores de risco em geral e de exposição ao HPV, e a vacinação precoce como prevenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Liquen escleroso; Papillomavirus Humano 31; Vulva.

CAUSAS DA RECUSA DA VACINAÇÃO CONTRA HPV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mayra Alencar da Silva, Darah Yasmin M. Alves, Maria Victoria de Moraes Born Ribeiro, Bruna Lorenna Rocha e Silva, Hermínio de Almeida, Isadora Eloy Cândido. Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió - AL, Brasil.

INTRODUÇÃO: O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus sexualmente transmissível extremamente prevalente que possui vários tipos, dos quais alguns podem causar câncer, principalmente de colo de útero, além de verrugas genitais, tanto em homens

quanto em mulheres. A vacinação contra o HPV se provou mais efetiva quando feita antes do início da vida sexual, portanto, o principal público alvo das campanhas de vacinação são crianças e adolescentes. Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter publicado uma estratégia demonstrando o potencial da vacinação para erradicar o câncer cervical até 2030 ao atingir cobertura de 90% do público feminino até os 15 anos, a vacinação não possui cobertura suficiente em muitos países, inclusive no Brasil, graças a inúmeros fatores, inclusive a falta de consentimento dos pais.

OBJETIVO: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura que possui o objetivo de analisar os motivos mais comuns da recusa da vacinação de crianças e adolescentes contra o HPV.

MATERIAL E MÉTODOS: A pesquisa consiste no levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “HPV” AND “vaccination refusal” AND (“child” OR “adolescent”) e foram incluídos os artigos publicados entre 2021 e 2023, além de publicações completas e gratuitas em inglês ou português. Assim, foram encontrados 26 artigos no PubMed e 30 artigos na BVS. Desses, foram selecionados 7 artigos para a revisão.

RESULTADOS: A amostra do estudo foi composta por 159.427 pais ou responsáveis de adolescentes entre 13 e 17 anos que não receberam a primeira dose da vacina contra o HPV. Dentre os principais motivos apresentados para a não vacinação, 50,50% (n=80.512) destacaram a falta de orientação profissional, 7,7% (n=12.290) relataram medo da injeção ou de reação da vacina, 3,99% (n=6369) afirmaram dificuldade em ir até o serviço de saúde, enquanto 37,79% (n=60.256) possuíam outros motivos não identificados. Ademais, vale destacar a recusa dos responsáveis por motivos religiosos através da ilusória crença de antecipação da vida sexual da criança ou do adolescente.

CONCLUSÃO: Diante do exposto, conclui-se que os resultados do estudo fornecem informações que destacam como prioridade a falta de orientação profissional enquanto maior motivação para a não vacinação contra o HPV. Com isso, reitera-se a importância do fortalecimento da estratégia de saúde da família e da educação dos profissionais, com o intuito de disseminar conhecimento e priorizar a adesão à vacinação. Apesar disso, mais estudos são necessários para contornar a realidade da ainda insuficiente cobertura da população alvo.

PALAVRAS-CHAVE: Papillomavirus Humano; Vacinas contra Papillomavirus.

PSORÍASE VULVAR E VULVITE POR CÂNDIDA: UM RELATO DE CASO

Denise Gasparetti Drumond, Danielle Barbosa de Santos, Eduarda de Oliveira Nascimento, Flávia Souza Pinheiro, Gabriel Lucas Ferreira, Matheus Drumond Esperança. Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, SP, Brasil. Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora-FCMS/JF, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: A psoríase é uma doença de pele conhecida que causa desfiguração, incapacidade e dor ao afetar a pele e articulações. Uma variante da doença é

a psoríase invertida, que acomete locais menos típicos como a região genital, pregas inguinais, mãos, pés, tronco, membros superiores e inferiores. Seu impacto na qualidade de vida, função sexual e saúde mental é significativo, muitas vezes associado a condições concomitantes como depressão, diabetes e doenças cardiovasculares. A associação entre psoríase vulvar e vulvite por cândida pode ocorrer favorecida pela umidade local, dificultando o diagnóstico e consequente resposta terapêutica. A concomitância dessas afecções acometendo a vulva, tende a comprometer ainda mais o bem estar e qualidade de vida da mulher.

OBJETIVO: Relatar um caso de associação de psoríase vulvar e vulvite por cândida, cujo diagnóstico foi tardio em função da insistência na utilização de opções terapêuticas exclusivas para psoríase.

MATERIAL E MÉTODOS: Mulher de 72 anos com psoríase disseminada em todo corpo, apresentando placas e pápulas vermelhas confluentes na vulva e pregas genitocrurais. Placas eritematosas recobertas por escamas prateadas pruriginosas também se distribuíam em couro cabeludo, região sacral, joelhos, cotovelos, tórax, abdome, dorso, membros superiores e inferiores, mãos e pés. Ex tabagista com histórico de câncer de endométrio tratado cirurgicamente e hipertensão arterial. Tratamento realizado com metotrexato e propionato de clobetasol a 0,05% promoveu melhora das lesões em todo corpo, menos vulvar cujo prurido, mantinha-se intenso. Resultado: Realizado o tratamento da vulvite por cândida após estudo citológico de raspado de pregas inguinais, a paciente referiu interrupção do prurido.

CONCLUSÃO: Mediante a inadequada resposta terapêutica da psoríase vulvar, atentar para associação de afecções, cujo retardo diagnóstico impacta na qualidade de vida da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Psoríase; Candidíase; Tratamento.

CISTO MÜLLERIANO: RELATO DE CASO

Maria de Fátima Dias de Sousa Brito, Enzo Brito Teixeira, Izabel Brito Teixeira. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Belo Horizonte (MG), Brasil. Maternidade Odete Valadares (FHEMIG), Belo Horizonte (MG), Brasil, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS), Belo Horizonte (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO: As lesões císticas da vagina e vulva são frequentemente benignas, assintomáticas e não requerem intervenção na maioria dos casos. É necessário atenção aos cistos que surgem em mulheres acima de 40 anos e aqueles que são fixos ou associados a dor ou sangramento. Quando há incerteza diagnóstica exames de imagem como ultrassonografia pélvica e ressonância magnética devem ser realizados. A excisão cirúrgica, quando necessária, apresenta bons resultados.

OBJETIVO: Relatar anomalia congênita vulvar de baixa prevalência em paciente adulta.

MATERIAL E MÉTODOS: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico,

avaliação dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetido e revisão da literatura.

RELATO DE CASO: L.K.S.O, 28 anos, relata percepção de lesão de aproximadamente um centímetro na vulva há seis meses. Nega prurido, dor ou qualquer desconforto local, mas deseja a retirada da lesão. Ao exame: presença de um cisto endurecido de 1,5 centímetro na face interna do terço superior do pequeno lábio direito, vagina com resíduo fisiológico e sem alterações anatômicas. Feito o diagnóstico clínico de possível cisto mülleriano, optou-se por exérese cirúrgica do cisto sob anestesia local.

RESULTADOS: O exame anatomopatológico da peça revelou tratar-se de cisto mülleriano. Paciente evoluiu com boa cicatrização.

CONCLUSÃO: Cistos vulvovaginais são relativamente comuns e podem ser congênitos ou adquiridos. Os de origem congênita podem representar um derivado embriológico, resultado de uma anormalidade urológica ou tecido ectópico. O cisto mülleriano compreende de 30 a 44% de todos os cistos vaginais. Podem ser encontrados em qualquer lugar da vagina, mas são mais frequentes no vestíbulo vulvar e podem variar entre um a sete centímetros de diâmetro³. São revestidos por células colunares secretoras de mucina ou ciliadas (tipo tubária) e sua formação ocorre quando uma porção do epitélio mülleriano não involui durante a substituição normal do epitélio mülleriano pelo epitélio escamoso do seio urogenital. Apesar da benignidade da patologia, o desconforto gerado pela deformidade estética justifica a exérese cirúrgica, terapia operatória, sempre que a paciente desejar.

PALAVRA CHAVE: má-formação; terapia operatória.

DOENÇA DE PAGET VULVAR

Maria De Fátima Dias de Sousa Brito, Enzo Brito Teixeira, Mariana de Guimaraens Tenorio Carvalho, Izabel Brito Teixeira. Maternidade Odete Valadares (FHEMIG), Belo Horizonte (MG), Brasil Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte (MG), Brasil Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS), Belo Horizonte (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO: A doença de Paget extra mamária (DPEM) é um adenocarcinoma intra-epitelial que surge a partir das glândulas apócrinas afetando epiderme e ocasionalmente a derme. Grupo raro de neoplasia cutânea caracterizado pela proliferação intraepitelial de células apócrinas, denominadas células de Paget, que estão localizadas na camada basal, podendo atingir toda a espessura do epitélio, folículos pilosos e glândulas sudoríparas¹. A vulva é o sítio mais frequente da DPEM, mas ainda corresponde menos de 1% das neoplasias vulvares e 6% de todos os casos da doença. A Doença de Paget Vulvar (DPV) está associada em 10 a 20% a carcinomas invasores subjacentes, principalmente adenocarcinomas

de colo, cólon, bexiga, vesícula, reto ou mama. Mulheres brancas, caucasianas entre 60/70 anos são as mais afetadas.

OBJETIVO: Relato de caso de paciente de 90 anos atendida em Serviço de PTGI da Maternidade Odete Valadares Belo Horizonte, MG.

MATERIAL E MÉTODOS: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico, avaliação dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

RELATO DE CASO: OPS, 90 anos, com quadro demencial leve, atendida após familiar perceber há 3 meses lesão vermelha em todo o grande lábio direito. Nega prurido, dor, mas refere um desconforto local há anos, de início após uma infestação local por miíase. Ao exame: presença de lesão endurecida com aproximadamente 4 cm, aspecto eritematoso descamação branca, com aspecto eczematoso, com bordas bem delimitadas e ligeiramente salientes. A palpação era indolor. Realizada biópsia de sob anestesia local.

RESULTADOS: O exame anatomopatológico da peça revelou tratar-se de DPV sem sinais de invasão nos cinco fragmentos de biópsia. Paciente referenciada ao serviço de oncologia municipal.

CONCLUSÃO: O sintoma mais comum da DPV é o prurido local, presente em 70% dos casos. A aparência da doença é semelhante à da manifestação mamária. Até 50% queixa de desconforto local de longa data, como o caso dessa paciente, mas 15% dos casos podem ser assintomáticos. O diagnóstico baseia-se na histopatologia característica e a biópsia deve ser sempre realizada nas lesões suspeitas e/ou eczematosas sem resposta a terapia com corticosteróides por seis semanas. O exame físico deve ser detalhado, com avaliação da possibilidade de neoplasias sincrônicas uma vez que 20 a 30% tem carcinoma não contíguo (mama, reto, uretra, bexiga, colo do útero e ovário). Por fim, deve-se solicitar os exames complementares: citologia cervical, colposcopia, biópsia de endométrio, cistoscopia, endoscopia do trato gastrointestinal completa e mamografia. A Abordagem cirúrgica é padrão ouro do tratamento: excisão local ou vulvectomia, associada ou não a linfadenectomia inguinofemoral, se invasão maior que 1 mm ou se há linfonodos suspeitos. A radioterapia é opção para pacientes sem condições cirúrgicas.

PALAVRA CHAVE: cirurgia; radioterapia.

AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL CONTRA PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM UM MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

João Alfredo Seixas, Érica de Almeida Barboza, Maria Luiza de Lima Laureanol Mariana Miranda Espirito Santo e Silva, Filomena Aste Silveira. Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) Rio de Janeiro (RJ), Brasil); Universidade de Valença (UNIFAA) Valença (RJ) Brasil); Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Rio de Janeiro (RJ) Brasil)

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero é o quarto mais comum entre mulheres e mais de 95% dos casos resultam da infecção pelo HPV, transmitido sexualmente,

sendo uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais frequentes no mundo. Evitar o câncer através de programas de vacina mais eficientes é um passo fundamental para prevenir mortes desnecessárias. No Brasil, a vacina HPV quadrivalente foi incorporada no Programa Nacional de Imunização (PNI) em 2014 de forma gratuita, com o objetivo de atingir uma cobertura vacinal na primeira e na segunda dose de pelo menos 80%. A partir de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a recomendar o esquema vacinal de duas doses, com intervalo de seis meses entre elas. Em abril de 2023 um relatório da ONU divulgou sobre a queda do número de pessoas vacinadas em todo o mundo e reforçou a preocupação com a hesitação sobre a imunização no Brasil, onde houve uma redução de 10% no índice de confiança nas vacinas (no número de pessoas que acreditam que a vacina é importante para a criança).

OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo analisar a cobertura vacinal da vacina de HPV no município de Valença-RJ, em meninas e meninos de 9 a 14 anos, entre os anos de 2018 e 2022.

MATERIAL E MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo, realizado com dados de vacinação obtidos do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API), que é administrado pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do Ministério da Saúde. Foram obtidos os números de doses aplicadas no município de Valença-RJ, nos anos de 2018 a 2022 por idade, considerando-se separadamente primeira dose e segunda dose, em meninas e meninos de 9 a 14 anos. O número de meninas e meninos residentes na faixa etária do estudo é proveniente do Censo Demográfico do IBGE de 2022.

RESULTADOS: No período avaliado entre 2018 a 2022, foram administradas 5.390 doses de vacina contra HPV no município de Valença-RJ, sendo 3.130 referentes a primeira dose e 2.260 a segunda dose). Pelo censo demográfico 2022- IBGE, a população do município entre 10 e 14 anos é de 5.974 (entre meninos e meninas).

CONCLUSÃO: Apesar da vacina contra o HPV estar disponível pelo SUS, os nossos achados apontam para a dificuldade de manter o alcance da cobertura para a segunda dose da vacina no nosso município. Observamos uma queda de 27,8% quando comparamos a primeira com a segunda dose, nos anos estudados. O Brasil se comprometeu com a OMS de atingir a meta global de 90% de cobertura vacinal das meninas antes dos 15 anos de idade até 2030. É urgente que se faça uso de estratégias mais eficazes para que possamos atingir essa meta de imunizações. A inclusão da vacina HPV em uma população-alvo que não era de crianças habitualmente vacinadas tornou-se grande desafio e, para enfrentá-lo, diversos países criaram estratégias para a realização da vacinação nas escolas, o que poderia ser uma alternativa para a nossa realidade.

PALAVRA CHAVE: Programas de Imunização; Saúde do Adolescente; Vacinas contra Papilomavírus.

ABORDAGEM SÍNDROME DA IST - RELATO DE CASO

João Alfredo Seixas, Yara Lúcia Mendes Furtado De Melo, Thamires Oliveira Santos, Michelle Gomes Soares Toledo, Andréa Cytryn, Filomena Aste Silveira, Gutemberg Leão De Almeida Filho
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) Rio de Janeiro (RJ) Brasil Instituto
Fernandes Figueiras (IFF) Rio de Janeiro (RJ) Brasil), Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ) Rio de Janeiro (RJ) Brasil)

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1991, introduziu o conceito de abordagem sindrômica para atendimento dos portadores das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O método consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sintomas e sinais, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios. Apesar desta abordagem ser aceita, a disponibilidade de testes rápidos tem mostrando boa eficácia e baixo custo. Na publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) de 2022, as condutas baseadas apenas na impressão clínica não são recomendadas, em razão de sua baixa sensibilidade e especificidade. As ações clínicas complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequados.

OBJETIVO: Relatar o caso de adolescente com lesões condilomatosas vulvares e que foi rastreada com teste rápido antes da abordagem cirúrgica.

RELATO DE CASO: Adolescente de 14 anos, veio encaminhada para o ambulatório de patologia vulvar, com diagnóstico de condiloma acuminado, de aparecimento há 5 meses e sem melhora das lesões após aplicação de ácido tricloroacético. A paciente referia múltiplos parceiros e não havia sido imunizada contra HPV. Ao exame físico da região vulvar, foi observado a presença de múltiplas lesões verrucosas, espiculadas e de tamanhos variados, tendo um diagnóstico inicial de condiloma acuminado. Dentro da rotina de IST foi solicitado o teste rápido para investigação de outras ISTs, apresentando o exame para sífilis positivo. Foi iniciado o tratamento com penicilina benzatina na dose preconizada e após 1 mês do tratamento a adolescente retornou ao serviço e no exame físico, não se observava mais a presença de lesões verrucosas.

DISCUSSÃO: O diagnóstico das IST possibilita o tratamento correto e a diminuição de suas consequências, interrompendo a cadeia de transmissão. As ISTs são marcadores biológicos de risco, por esse motivo a investigação adequada é tão importante e o aconselhamento da prevenção deve ser oferecido a todas as pessoas sexualmente ativas que recebam o diagnóstico.

PALAVRA CHAVE: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Programas de Triagem Diagnóstica; Protocolos Clínicos; IST.



<https://colposcopia.org.br>



ABPTGIC
Associação Brasileira de
Patologia do Trato Genital
Inferior e Colposcopia



XII CONGRESO **LATINOAMERICANO** **DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL** **INFERIOR Y COLPOSCOPIA**

XXVI CONGRESSO BRASILEIRO
DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA

Recife - Brasil, 16 - 19 de Outubro de 2024



ABPTGIC
Associação Brasileira de
Patologia do Trato Genital
Inferior e Colposcopia

 @latinobrasilptgic  latinobrasilptgic.com
 latinobrasilptgic@hotmail.com