Saúde da Mulher

Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde

EDIÇÃO XX

Capítulo 19

GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL: ABORDAGEM CLÍNICA E DOENÇAS DE VULVA E VAGINA NA FASE PRÉ-PÚBERE

LUÍSA LITVIN RAFFIN[1]
PAOLA VITTORIA ZORDAN COSTELLA[1]
MANOELLA KESSLER GOMES RODRIGUES[1]
MARIANA WOLLMANN DE MATOS[1]
ANA CAROLINA TREGNAGO[1]
AMANDA SEUS PAZ[1]
CAMILA KRUGER REHN[2]
CAROLINA KRUGER REHN[1]
GUSTAVO LOPES DA COSTA[1]
JÚLIA SILVESTRI[1]
NATÁLIA GOLDANI SERRANO[1]
RODRIGO JUNG FLECK[3]
VICTORIA DA SILVA SERRATTE[1]
VÍTOR FERREIRA KAMINSKI[4]

[1]Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[2]Médico - Formado pela Universidade Luterana do Brasil.
[3]Médico – Formado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[4]Médico – Formado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Palavras-Chave: *Ginecologia Pré-Puberal; Saúde da Criança; Abordagem Clínica.*

DOI 10.59290/978-65-6029-176-8.19

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A ginecologia infanto-puberal constitui-se de características próprias importantes, envolvendo alterações ginecológicas específicas da faixa-etária e, assim, exigindo uma abordagem diferente da destinada à pessoa adulta. Ultrapassando o seu contexto fisiopatológico, as consultas que envolvem a fase pré-púbere necessitam de estratégias particulares que iniciam desde o ambiente da sala de espera, perpassando pela forma de atendimento (anamnese e exame físico) até a capacidade de identificar os sinais das diferentes formas de violência à que estão submetidas essa população.

Ademais, desde os anos de 1970 – quando se iniciou uma maior conscientização sobre cuidados ginecológicos específicos para crianças e jovens (evidenciada pela fundação da Federação Internacional de Ginecologia Infantojuvenil em 1971) – a Medicina dessa área apresentou importantes inovações. No que tange às doenças da fase pré-púbere, sabe-se que os níveis hormonais de cada estágio do desenvolvimento relacionam-se, respectivamente, com uma frequência de diferentes patologias ou até mesmo de modificações fisiológicas, comumente motivo de preocupação por parte dos pais – como a crise genital da recém-nascida. Diante disso, destacamos que os neonatos costumam apresentar mais aderências labiais, malformações e cistos ovarianos; enquanto as crianças maiores relatam mais vulvovaginites, líquen escleroso, incluindo dermatoses, desenvolvimento prematuro e distúrbios do crescimento.

O objetivo deste estudo é apresentar estratégias inerentes à consulta ginecológica pré-puberal, realçando, em especial, o que há de diferente da abordagem do adulto. É destacado também como identificar sinais de suspeita de violência contra a criança. Além disso, são abordadas as doenças da vulva e da vagina mais frequentes na fase pré-púbere: as aderências labiais (sinequias), as vulvovaginites, os sangramentos anormais e o líquen escleroso. Ainda, são destacados alguns métodos menos invasivos, visando um tratamento mais acolhedor.

MÉTODO

O presente capítulo foi elaborado por meio de uma revisão narrativa da literatura, conduzida no período de outubro de 2024. A busca bibliográfica foi realizada utilizando as bases de dados PubMed e Google Scholar, selecionadas por sua abrangência e relevância na área da saúde. Foram utilizados termos livres relacionados à ginecologia pré-púbere, tais como "ginecologia pediátrica", "distúrbios ginecológicos infantis", "saúde reprodutiva infantil" e "condições ginecológicas na infância". Além disso, foram consultadas diretrizes oficiais emitidas por sociedades de ginecologia de relevância nacional, como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), e internacionais, como o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).

A inclusão dos estudos e documentos seguiu critérios de relevância para a temática, priorizando aqueles que apresentavam evidências consistentes sobre diagnósticos, intervenções e manejo clínico de condições ginecológicas frequentes em crianças na idade pré-puberal. Ao final do processo de seleção, os materiais incluídos foram analisados e sintetizados para compor a discussão das principais questões identificadas, com foco específico nos aspectos clínicos das principais patologias da ginecologia pré - púbere.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estratégias da consulta

A ginecologia na infância é uma subespecialidade emergente que conta com esforços integrados de pediatra, ginecologista e urologista, sendo que as queixas trazidas ao consultório são específicas dessa faixa etária e muito distintas das relatadas por adultos. O motivo para a procura geralmente são problemas relacionados aos órgãos genitais externos, como vulvovaginites, aderências labiais e líquen escleroso – os quais serão abordados nesse capítulo. Nesse sentido, para além de o profissional ter, necessariamente, conhecimentos sobre as patologias mais comuns de meninas pré-púberes, é essencial discutir estratégias de consulta, desde a anamnese até o exame físico, que facilitem a comunicação com a paciente e a deixem confortável em um ambiente diferente dos cuidados do pediatra aos quais elas já estão acostumadas, sendo de extrema importância ganhar a confiança da criança (GÜNTHER *et al*., 2023).

Antes mesmo a consulta em si, é recomendado que a sala de espera seja alinhada aos interesses da infância, sendo oferecido um espaço para brincadeiras contendo livros apropriados para a idade, brinquedos e pôsteres com desenhos familiares. Também, enfatiza-se sobre a importância de a equipe de enfermagem ser treinada a lidar com essa faixa etária, ajudando na avaliação e no exame na hora do atendimento (KASS-WOLFF & WILSON, 2003). Ainda, é aconselhável que haja um horário especial para ginecologia pediátrica e do adolescente, visto que as consultas devem ser mais demoradas, reservando-se cerca de 30-60 minutos, oferecendo um ambiente calmo e sem pressa (GÜNTHER *et al*., 2023).

A anamnese se concentra na queixa apresentada, levando em consideração o histórico da paciente. Geralmente a maioria das perguntas é feita pelos pais ou acompanhantes adultos e será respondida para eles, porém é preciso manter o contato com a criança. Uma forma de deixar a menina mais confortável é perguntando sobre a escola, animais de estimação, brinquedos, livros, filmes e personagens favoritos, estabelecendo uma relação médico-paciente. Além disso, se irá ser realizado algum procedimento é relevante explicar para a criança com palavras que ela conhece, estimulando, também, que ela repita as etapas para uma boneca anatomicamente correta, se essa estiver à disposição (KASS-WOLFF & WILSON, 2003).

O exame físico, a depender da queixa trazida, poderá ser um exame de corpo inteiro - como em casos de suspeita de doenças sistêmicas ou violência sexual, que será abordada mais adiante nesse capítulo. É importante analisar o livreto de check-up médico da criança, anotando seu peso e altura nas curvas de crescimento (GÜNTHER *et al*., 2023). Uma estratégia muito utilizada na hora de examinar a paciente é começar por áreas menos ameaçadoras, como orelhas, pescoço e ausculta do coração e dos pulmões, algo que o pediatra faz rotineiramente. A inspeção e palpação das mamas pode ser relevante para a suspeita de puberdade precoce. Pode haver um pouco de resistência para o exame abdominal, mas a distração por parte de um assistente ou enfermeiro é bem-vinda, utilizando seringas com água, luvas infladas ou até livros coloridos (KASS-WOLFF & WILSON, 2003). É de extrema relevância reforçar que se a criança se recusar a ser inspecionada, ela nunca deve ser compelida ou mantida à força; contudo, caso haja urgência da questão, tal como início de sepse por corpo estranho na vagina, pode-se considerar a anestesia de curta duração (GÜNTHER *et al*., 2023).

O exame genital deve ser realizado de forma metódica e cuidadosa, sendo a visualização externa da genitália já suficiente para diagnos-

ticar a maioria das queixas. Para exames internos as questões relatadas geralmente dialogam com sangramentos anormais, corrimentos vaginais recorrentes, suspeita de corpo estranho vaginal ou suspeita de tumores; para esses, na maioria das vezes é realizada a vaginoscopia que será discutida nesse capítulo. O uso de espéculo pode causar ruptura himenal, sendo bastante doloroso, e mal tolerado, tanto física quanto emocionalmente. A área perianal também deve ser analisada, descartando alterações (KASS-WOLFF & WILSON, 2003).

Dependendo do quão ansiosa a criança estiver, o exame genital pode ser realizado no colo da mãe em posição de pernas de sapo – em decúbito dorsal com os joelhos levemente fletidos de modo que as solas dos pés fiquem juntas -, ou permitindo à mãe se deitar na cadeira examinadora com os pés nos estribos, deixando as pernas da menina sobre as coxas da mãe. De qualquer maneira, o examinador fará, suavemente a separação dos lábios, pedindo para a paciente tossir ou respirar fundo a fim de abrir o introito vaginal. Caso a criança esteja tranquila, poderá ficar na posição joelho-peito, permitindo ao avaliador examinar o terço inferior da vagina (KASS-WOLFF & WILSON, 2003). No exame, as estruturas avaliadas são grandes e pequenos lábios, clitóris, meato uretral externo, ânus, períneo, comissura posterior, fossa navicular, hímen e sua margem, introito vaginal e o terço distal da vagina, conforme a **Figura 19.1** (GÜNTHER *et al*., 2023).

Figura 19.1 A vulva normal. Inspeção da genitália externa



Fonte: Günther *et al*., 2023.

Ao final da consulta, é uma medida útil deixar à disposição um baú com pequenos brinquedos que podem ser levados para casa, servindo como motivação para a próxima vinda ao consultório (GÜNTHER *et al*., 2023).

Identificação de violência sexual

A abordagem para identificar violência sexual em uma criança é multiprofissional, exige sensibilidade e análise cuidadosa dos sinais, comportamentos e da história relatada pela criança e responsáveis, pois muitas vezes a violência não é a queixa principal trazida à consulta. Deve-se desenvolver, em um ambiente acolhedor e seguro, a escuta ativa, com o profissional demonstrando interesse em assistir a criança a fim de estabelecer uma relação de vínculo, privacidade e confiança.

Muitos são os desafios enfrentados pelos profissionais diante desse cenário, que exige, por si só, um preparo emocional para enfrentar a situação – a qual pode ficar mais complexa à medida que ocorre em meio a plantões com muita sobrecarga de trabalho, em que o tempo de escuta pode ser um desafio.

A maior parte da violência sexual na infância e início da adolescência é intrafamiliar ou doméstica, insidiosa e progressiva. Os sinais de abuso sexual são variáveis e inespecíficos. Existe uma preocupação por parte dos agressores, na maioria das vezes, em não deixar marcas, que podem ir surgindo somente à evolução da violência. Podemos dividir os sinais do abuso sexual em sinais indiretos, sinais diretos e sinais inquestionáveis, conforme a **Tabela 19.1**

Tabela 19.1 Sinais de abuso sexual em crianças e adolescentes (PFEIFFER, 2021)

Sinais indiretos de violência sexual não exclusivos
Demonstração de conhecimento ou prática de atos e atitudes sexuais inapropriadas para a idade.
Escolha de vestes, adornos ou maquiagens de idades mais adiantadas, com aspecto sexualizado
Sinais de erotização precoce
Dificuldades de atenção e concentração
Atraso de desenvolvimento neuropsicomotor
Problemas de aprendizagem
Masturbação compulsiva e sem controle social
Sinais de sedução ou apaixonamento por pessoa próxima
Busca de contato isolado ou íntimo com o/a agressor/a
Aceleração da puberdade, sem outras causas que a determinem
Normalização da violência
Demonstração de medo, raiva ou repúdio por pessoa determinada
Reações de agressividade ou angústia que se repetem quando exposta/o a certa pessoa
Reações de agressividade ou angústia que se repetem quando exposta/o a certa pessoa
Sinais diretos e altamente significativos para violência sexual
Edema, lacerações, equimoses, hematomas, marcas de mordidas, com maior frequência em mamas, parte interna de coxas, baixo abdome, períneo, região perianal
Sangramento vaginal em pré-púberes, excluída a possibilidade de puberdade precoce e de presença de corpo estranho
Rompimento himenal
Sangramento ou fissuras anais, ou cicatrizes, sem justificativa orgânica, como obstipação crônica
Hipotonia e dilatação de esfíncter anal, sem causa orgânica
Sinais inquestionáveis de estupro
Infecções sexualmente transmissíveis, afastada a transmissão vertical
Aborto
Gravidez

Para dar seguimento à denúncia, podemos contar com a rede de apoio do estado e município, que envolve os conselhos tutelares e assistentes sociais, que são capazes de avaliar o contexto social em que essas crianças se encontram, mesmo apenas nos casos de suspeita. O suspeitar é muito importante, porque aquele momento, em que se está na frente de uma criança possível vítima de violência, pode ser a única oportunidade para mudar sua realidade.

Principais queixas da ginecologia pré-púbere

As queixas da ginecologia pediátrica variam de acordo com a fase do desenvolvimento em que cada criança se encontra. A depender do nível de estrogenização de cada menina, há doenças específicas as quais estão sujeitas a uma patogênese e a uma abordagem de tratamento diferentes da ginecologia do adulto (GÜNTHER *et al*., 2023). Esse capítulo irá discorrer a respeito de queixas muito frequentes na fase pré-púbere, tais como aderências labiais, vulvovaginites, sangramentos anormais e líquen escleroso, correlacionando-as com a clínica, principais sinais e sintomas, patogênese, diagnóstico e tratamento.

Aderências labiais

A aderência labial, ou sinéquia vulvar, é uma condição benigna caracterizada pela fusão dos lábios menores, formando uma membrana fina e parcialmente translúcida que fecha a vulva, sendo evidenciada por diagnóstico clínico, e pode ser parcial, subtotal ou completa, conforme a **Figura 19.2** (GÜNTHER *et al*., 2023). São mais frequentemente vistas em bebês ou crian-ças menores, tendo um pico de incidência de 3% das mulheres no segundo ano de vida (LA-UFER *et al*., 2023).

Figura 19.2 Aderências labiais. Fusão dos lábios menores, formando uma fina camada que cobre o introito e o hímen



Fonte: Günther *et al.*, 2023.

A fisiopatologia das aderências labiais está relacionada com uma deficiência de estrogênio em meninas pré-púberes associada com uma inflamação dos pequenos lábios, podendo geralmente ser causada por higiene precária, infecções vaginais, trauma – tendo como exemplo o abuso sexual -, ou até líquen escleroso (LAUFER *et al*., 2023).

Na maioria das vezes a doença é assintomática, pois envolve uma pequena porção dos lábios e não afeta o jato da urina, sendo o diagnóstico clínico e acidental; para esses casos nenhum tratamento é necessário, haja vista que essa adesão irá regredir, em cerca de 80% dos casos, com o avanço da puberdade e o aumento do estrogênio. No entanto, em algumas pacientes pode ocorrer fusão labial extensa, desvio do jato urinário, infecções urinárias e/ou vaginais recorrentes, gotejamento da urina pós micção, sendo que, muito raramente, observa-se até obstrução do trato urinário com distensão da bexiga e hidronefrose (GÜNTHER *et al*., 2023).

O tratamento de base para todas consiste em higiene cuidadosa e consistente, sendo a lavagem apenas com água morna sem outros irritantes, tais como lenços umedecidos perfumados, a mais recomendada. O tratamento mais específico considera a aplicação de creme estrogênio (ou estradiol, ou betametasona) tópico (0,625 mg/g) por quatro semanas, com o auxílio de um cotonete (ou com o dedo) diretamente na linha de fusão da aderência labial por 10 segundos com uma leve pressão. O sucesso da terapia com estrogênio é de 90% segundo a maioria dos estudos (GÜNTHER *et al*., 2023). A aplicação tópica está sujeita a efeitos colaterais, como irritação local, hiperpigmentação vulvar, formação de brotos mamários e sangramentos vaginais mínimos, essas manifestações podem ser controladas utilizando o tratamento pelo mínimo de tempo possível. A betametasona mostrou-se eficaz como terapia primária, secundária ou até adjuvante, desde que seja utilizada por, no máximo, três meses. Após a separação, recomenda-se atenção à higiene genital, aplicando uma pomada suave como a vaselina pelos 6 a 12 meses subsequentes. Se a terapia tópica não for eficaz, após 8 semanas de uma primeira alternativa e mais quatro semanas de uma segunda, a paciente deverá ser encaminhada para um especialista. A separação física deverá ser considerada somente se a terapia tópica falha e os sintomas clínicos persistirem; o procedimento pode ser feito em ambulatório (não cirúrgico), sendo a separação realizada com o auxílio de um cotonete, ou em bloco cirúrgico associada à aplicação tópica de estrogênio por duas semanas e vaselina por 6-12 meses após o procedimento (LAUFER *et al*., 2023).

Vulvovaginites

As vulvovaginites são a afecção ginecológica mais comum da infância, sendo o corrimento a queixa mais frequente trazida pelos responsáveis. Estima-se que correspondam de 40% a 50% das motivações de consulta (ALMEIDA & MONTEIRO, 2022). Elas são, por definição, a inflamação dos tecidos da vulva e da vagina, que pode ou não ser de etiologia infecciosa.

A suscetibilidade das crianças a vulvovaginites decorre de fatores anatômicos e comportamentais. Dentre os anatômicos, podemos ressaltar a facilidade de contaminação pela proximidade anatômica vagina-ânus, mucosa vaginal atrófica com pH alcalino-neutro (6,5-7,5), estruturas labiais pequenas, ausência de pelos pubianos e pele vulvar fina e sensível. Já os fatores ambientais incluem brincadeiras que podem causar irritação (como por areia ou sujeira), exposição frequente dos genitais por sentar-se em qualquer local sem cuidado, lavagem precária das mãos, higiene inadequada da vulva, uso de roupas intimas apertadas e pouco absorventes, irritantes químicos (espuma de banho, sabonetes), manipulação dos genitais e introdução de corpo estranho por curiosidade comum da idade.

Geralmente a inflamação na infância costuma ser contida à vulva, progredindo para vagina principalmente nas situações de abuso sexual ou na presença de corpo estranho intravaginal. Na criança, o diagnóstico da vulvovaginites é eminentemente clínico, a cultura laboratorial deve ser individualizada. Na maioria das vezes os sintomas iniciaram há dias, semanas ou meses ou aparecem de forma intermitente. O primeiro passo é diferenciar o corrimento fisiológico do patológico.

No período neonatal pode haver secreção branca e mucoide no introito vaginal, a qual ocorre pelo estrogênio materno. Esse corrimento tende a desaparecer até a sexta semana de vida, proporcionalmente a queda dos níveis de estrogênio, que, quando brusca, também propicia sangramento endometrial – esse quadro é fisiológico e conhecido como “crise genital da re-

cém-nascida". A leucorreia fisiológica também pode ser fonte de preocupações para os pais, mas é um fluxo vaginal normal, decorrente da estrogenização do epitélio endocervical, produzindo muco endocervical, e do epitélio vaginal, que descama. É outra secreção fisiológica, que precede a menarca em um período de um ano a seis meses.

Dentro dos patológicos, podemos dividir as vulvovaginites em inespecíficas e específicas. As vulvovaginites inespecíficas são aquelas em que não se identifica um agente etiológico responsável pela infecção e correspondem a 70% dos casos da infância (FEBRASGO, 2010). Elas resultam do desequilíbrio da flora saprófita normal da vagina, provavelmente associada a um aumento desses germes. As manifestações clínicas podem envolver quaisquer das seguintes características: corrimento vaginal de cor esverdeada, castanha ou amarelada, com odor fétido, prurido, disúria, sensação de ardor ou queimação, edema e eritema. Na maioria das vezes, a causa da vulvovaginite inespecífica abrange a higiene vulvoperineal deficiente. Nesse contexto, o tratamento consiste em orientações para o responsável e para a criança a respeito da correta limpeza da região, como o uso do papel higiênico da frente para trás, usar roupas frescas e evitar tecidos que dificultem a ventilação (como lycra e nylon) e lavar as peças intimas com sabão neutro. Se a vulva estiver irritada, pode-se lavar com água morna ou bicarbonato de sódio. É importante ressaltar que, se houver presença de corrimento fétido persistente e com sangue, deve-se pensar em corpo estranho intravaginal (como papel higiênico, algodão e brinquedos), em que o processo infeccioso secundário e a inflamação podem ocasionar fissuras e úlceras vaginais. Nesse caso, o tratamento consiste na remoção da substância e a utilização de antibiótico tópico.

As vulvovaginites podem ainda ser precedidas de infecções do sistema respiratório ou de pele, como piodermite, otite, orofaringite e laringite – em que ocorre provavelmente auto contaminação pelas mãos sujas ou por transmissão através do trato gastrointestinal dos germes deglutidos. A contaminação por infecção urinária concomitante também é uma possibilidade, na medida em que pode haver passagem da urina contaminada para região vaginal, propiciando a ascensão dos germes. Diante disso, vale destacar a infecção pelo **Streptococcus ß hemolítico do grupo A (*S. pyogenes*)**, que geralmente está associada a infecção respiratória recente e que se apresenta com um quadro de corrimento de início abrupto com secreção vaginal de moderada quantidade, de cor clara, por vezes sanguinolenta, acompanhada de importante eritema vulvar, prurido e dor. O diagnóstico é realizado através do crescimento do germe em cultura em ágar sangue e o tratamento é com amoxacilina, penicilinas, cefalosporinas ou eritromicina orais.

As vulvovaginites específicas são aquelas em que é possível isolar um microrganismo conhecido. ***Cândida albicans*** é um fungo que pode causar vulvovaginite, mas, como seu substrato é a glicose, costuma ser mais comum nos canais vaginais estrogenizados, com mais lactobacilos, pois esses microrganismos degradam o glicogênio em glicose, além disso deixam o ambiente vaginal mais ácido, propiciando a cultura por *Cândida*. Assim, nas pré-púberes, costuma estar associada à Diabetes Mellitus (vulvite diabética), uso de fraldas (infecção secundária), estados de imunossupressão e uso de antibióticos. O quadro clínico se assemelha ao da mulher adulta, com presença de corrimento esbranquiçado, com a presença de grumos, com prurido intenso, hiperemia vulvar e ardor à micção. O diagnóstico é feito pela clínica, mas pode ser confirmado com exame à fresco através da vi-

sualização de hifas e esporos na microscopia da secreção vaginal. O tratamento nas pré-púberes consiste em cremes tópicos de antifúngicos ou imidazólicos (de nistatina, miconazol e clotrimazol), com aplicador específico para crianças, por 10 noites seguidas. O fluconazol oral em dose única de 150mg por via oral fica restrito a maiores de 10 anos.

A ***Shigella*** é um grupo de bactérias causadoras de infecção intestinal, caracterizada por dor abdominal, febre, mal-estar e diarreia com muco, sangue e pus. O contato das fezes contaminadas com a vagina pode causar vulvovaginite, especialmente nas pré-púberes, em que o pH vaginal é mais alcalino. A vulvovaginite apresenta-se com corrimento mucopurulento ou sanguinolento e prurido. O tratamento é através de antibioticoterapia via oral com trimetroprim /sulfametoxazol, ampicilina, ceftriaxona ou azitromicina.

A oxiuríase, causada pelo helminto ***Enterobius vermicularis*** é uma parasitose intestinal que se caracteriza por prurido anal principalmente noturno. A contaminação vulvovaginal pode ser por migração do verme ou manipulação da genitália com mãos contaminadas. O verme também pode transportar bactérias do cólon para o canal vaginal, gerando, nessa associação irritação e inflamação. O diagnóstico é clínico e pode ser subsidiado pelo emprego da fita adesiva anal. O tratamento é com mebendazol oral 5 ml 2 vezes ao dia por 3 dias. Para maiores de dois anos, pode-se usar albendazol 10 ml em dose única.

A ***Chlamydia trachomatis*** é uma bactéria de infecção sexualmente transmissível (IST), sendo sinal de alerta para abuso sexual quando em crianças maiores de 3 anos de idade. Em meninas menores pode estar relacionada à transmissão perinatal por mães infectadas. Costuma ser assintomática, mas pode acompanhar um quadro de secreção mucopurulenta, disúria e prurido. O diagnóstico é por imunofluorescência direta ou PCR. Existem três medicamentos possíveis para o seu tratamento: eritromicina, 50 mg/kg/dia por 14 dias (se < 45kg), ou em dose única de 1g para crianças menores de oito anos e com 45 kg ou mais; azitromicina 1g em dose única; e doxiciclina 100mg duas vezes ao dia por dez dias para crianças maiores de oito anos com 45 kg ou mais.

Tanto a infecção por ***Neisseria gonorrhea*** quanto por ***Trichomonas vaginalis*** são ISTs e devem levantar suspeita para abuso sexual, mas também podem ser transmitidas para o bebê no momento do parto. A *Neisseria gonorrhea* apresenta-se com quadro de vulvovaginite severa: grande quantidade de corrimento com aspecto purulento, disúria e vulva edemaciada, eritematosa, dolorosa e escoriada. O diagnóstico se dá através da bacterioscopia com aparecimento de diplococcus gram negativos e pela cultura em meio de Thayer Martin. Seu tratamento em crianças com menos de 45 kg consiste em cefitraxone 125mg em dose única intramuscular. Já o quadro característico de *Trichomonas vaginalis* compõe-se de corrimento esverdeado, bolhoso e com odor desagradável, associado a prurido, ardência e eritema. Quando no período perinatal, os protozoários desaparecem espontaneamente com a diminuição do estrogênio, por isso também não é muito comum na idade pré-púbere: a vagina não estrogenizada costuma ser resistente à infecção. O diagnóstico é feito pela presença do protozoário móvel em exame à fresco. O tratamento é via oral, realizado com metronidazol 15/mg/kg/dia dividido em três doses por sete dias ou em dose única de 50mg/kg em dose única com dose máxima de 2g.

A ***Gardnerella vaginalis*** é uma bactéria anaeróbia causadora da vaginose bacteriana. Sua transmissão sexual é controversa, pois ela pode ser achada em baixas quantidades na flora

vaginal normal de mulheres sexualmente ativas (KAIRYS, 2023). Contudo, deve sempre levantar suspeita de abuso sexual. Apresenta-se com um quadro de corrimento bolhoso, branco acinzentado e com odor fétido. O diagnóstico é feito através dos critérios de Amsel, com a presença de três ou mais destes seguintes sinais: pH vaginal >4,5, leucorreia, teste das aminas positivo e presença das *clue-cells* no exame à fresco.

Sangramentos anormais

Sangramentos anormais em pacientes ginecológicos pré-púberes são definidos como qualquer ocorrência de sangramento vaginal fora do período neonatal, sendo uma apresentação clínica patológica e preocupante. As causas variam amplamente e podem incluir trauma, infecções, corpos estranhos, alterações hormonais e, menos frequentemente, tumores malignos ou abuso sexual. A avaliação requer um exame detalhado e direcionado com conhecimento das variantes normais da anatomia pediátrica (HOWELL & FLOWERS, 2016).

A patogênese do sangramento vaginal pré-púbere varia de acordo com a etiologia subjacente. No caso de infecções, como vulvovaginite, a inflamação danifica o epitélio vaginal, que é mais fino e vulnerável devido à falta de estrogênio, resultando em sangramento (WANG *et al*., 2020; HOWEL & FLOWERS, 2016). De acordo com ZHANG *et al*. (2020), traumas, sejam acidentais ou decorrentes de abuso, podem causar hematomas ou lacerações no trato genital, gerando sangramentos. Corpos estranhos no canal vaginal frequentemente levam à irritação e inflamação, provocando sangramento na região genital. Em casos de puberdade precoce, o estímulo hormonal inadequado causa proliferação endometrial e, eventualmente, sangramento cíclico, semelhante à menstruação. Por fim, tumores malignos, como o rabdomiossarcoma, invadem o tecido local e erodem a mucosa, gerando sangramento persistente (WANG *et al*., 2020; HOWELL & FLOWERS, 2016).

O sangramento vaginal pré-púbere pode se apresentar de diversas formas, com sinais variados dependendo da causa. De acordo com D-WIGGINS & GOMEZ-LOBO (2017), pacientes podem ter sangramento vaginal por presença de corpo estranho, que se apresenta, normalmente, como sangramento com ou sem dor pélvica, que pode evoluir para uma condição crônica se não tratado. Trauma pode se manifestar com hematomas, lacerações e, às vezes, dor localizada. Quadros de prolapso uretral se manifestam como sangramentos indolores. Vulvovaginites, comuns em mulheres pré-puberes devido ao estado hipoestrogênico, causam sangramento, corrimento vaginal, dor e prurido. Em casos de puberdade precoce, podem aparecer sinais de desenvolvimento sexual, como crescimento das mamas ou pelos pubianos. Tumores malignos, embora raros, podem causar sangramento persistente e presença de massa abdominal.

O diagnóstico do sangramento vaginal em meninas pré-púberes exige uma abordagem minuciosa, iniciando-se por uma história clínica completa e um exame físico detalhado, que examina potenciais sinais de trauma, infecções, ou anomalias estruturais. Ferramentas de Figura, como a ultrassonografia, são essenciais para descartar massas abdominais e visualizar eventuais corpos estranhos, enquanto a vaginoscopia sob anestesia oferece uma visualização delicada e precisa do canal vaginal, preservando a integridade do hímen. Em casos em que há suspeita de puberdade precoce, exames hormonais adicionais, incluindo FSH, LH e estradiol, são necessários para avaliar o funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, identificando potenciais causas hormonais subjacentes

(WANG *et al*., 2020; HOWELL & FLOWERS, 2016; ZHANG *et al*., 2020).

O manejo do sangramento pré-púbere é altamente específico à causa. Infecções, como a vulvovaginite, respondem bem a antibióticos direcionados - já discutidos nesse capítulo-, enquanto corpos estranhos exigem remoção cuidadosa, muitas vezes sob vaginoscopia, garantindo que o objeto seja completamente removido e reduzindo o risco de infecções subsequentes. Nos casos de trauma genital, o tratamento pode incluir compressas frias e analgésicos, mas lesões maiores podem necessitar de intervenção cirúrgica. O prolapso uretral, por sua vez, geralmente responde ao uso de cremes tópicos de estrogênio combinados com banhos mornos. Tumores, que são menos frequentes, exigem uma abordagem cirúrgica e, potencialmente, terapia adicional com quimioterapia, dependendo da gravidade e tipo do tumor. Cada tratamento visa não apenas a resolução dos sintomas, mas também o restabelecimento da saúde e bem-estar da paciente de forma holística (WANG *et al*., 2020; HOWELL & FLOWERS, 2016; ZHANG *et al*., 2020).

Portanto, o sangramento vaginal pré-púbere é um sinal clínico alarmante que requer uma investigação cuidadosa e diferenciada para identificar sua etiologia, que pode variar de causas benignas, como infecções e corpos estranhos, a condições mais graves, incluindo tumores e abuso sexual. A avaliação abrangente, com exames físicos e de Figura apropriados, é essen-cial para guiar o diagnóstico e o tratamento. Abordagens terapêuticas personalizadas, que vão de antibióticos e cuidados locais à cirurgia, visam restaurar a saúde e o bem-estar geral da paciente, promovendo uma recuperação completa e minimizando o risco de recorrência.

Líquen escleroso

O líquen escleroso (LE), cuja causa não está bem estabelecida, é a lesão branca mais comum da vulva e tem uma aparência característica de "papel de cigarro" em uma distribuição em forma de buraco de fechadura (ao redor da vulva e do ânus), ou de borboleta. Essa condição pode ocorrer em qualquer idade, apesar de ser mais comum entre mulheres na pós-menopausa e meninas pré-púberes (BEREK JS; BEREK DL, 2016). No grupo pediátrico, o líquen escleroso vulvar (LEV) pode ocorrer já nos primeiros anos de vida. A doença pediátrica representa 7–15% de todos os casos. No contexto pediátrico, o LEV quase sempre afeta a área genital, com apenas aproximadamente 6% desses pacientes apresentando envolvimento extragenital, em regiões como pescoço, nádegas, parte interna das coxas e ombros (LEE & FISCHER, 2018).

O líquen escleroso é caracteristicamente associado à diminuição da gordura subcutânea na medida em que a vulva é atrófica, com diminuição acentuada ou desaparecimento dos pequenos lábios, com estenose do introito, lábios maiores delgados e, às vezes, encarceramento do clitóris. O encarceramento do prepúcio do clitóris pode causar dor com a estimulação do clitóris. A superfície da vulva é pálida com um padrão brilhante e enrugado (descrito como tendo características como "papel de cigarro"), geralmente com fissuras e escoriações. A lesão tende a ser simétrica e frequentemente acomete a região perineal, se estendendo até a área perianal (BEREK JS &BEREK DL, 2016). Além disso, o líquen escleroso pode estar associado a outras condições autoimunes, incluindo doenças da tireoide e vitiligo. O líquen escleroso também é mais comum em pacientes que têm um familiar com LE (KRAUS CN, 2022).

Um estudo com 70 crianças com líquen escleroso vulvar mostrou que a idade média de aparecimento dos sintomas foi de 5,0 anos e a idade média no momento do diagnóstico foi de 6,7 anos (Powell J; Wojnarowska F, 2001). Outro estudo com 46 crianças encontrou a idade média de diagnóstico em 7,8 anos, com um atraso de 1,6 anos para o diagnóstico (Ellis E; Fischer G, 2015). Tais estudos indicam que muitas crianças sofrem por longos períodos antes de serem diagnosticadas e tratadas. Dentre os sintomas mais comuns do LEV em crianças, destacam-se coceira e dor; no entanto, outros sintomas ou sinais observados incluem púrpura, sangramento, disúria, constipação, erosões genitais e lesões extragenitais. Em um dos estudos, menos de 10% das crianças estudadas eram assintomáticas e foram descobertas após biópsia por outro motivo. Embora as crianças apresentem coceira e dor, cerca de dois terços também relatam disúria e dor durante a defecação, levando à constipação, o que pode fazer com que crianças com LEV sejam encaminhadas a urologistas e gastroenterologistas. Essas apresentações são bastante diferentes das observadas em adultos, que normalmente apresentam coceira e dispareunia (LEE & FISCHER, 20 18).

As adolescentes que apresentam coceira vulvar podem ter líquen escleroso; esta condição às vezes é relativamente assintomática, mesmo quando um exame revela perda de estruturas anatômicas e cicatrizes (BEREK JS & BEREK DL, 2016). Em geral, o diagnóstico é confirmado com biópsia. A histopatologia é distinta e uniforme em todas as idades. A epiderme é frequentemente atrófica, com degeneração hidrópica das células basais e uma zona pálida homogênea de hialinização na derme superior. Na derme, há um infiltrado liquenoide variável de células mononucleares. A biópsia ajuda a distinguir o líquen escleroso de outras condições vulvares, como dermatite de contato, líquen plano e neoplasias vulvares. Em crianças, o diagnóstico clínico pode muitas vezes ser suficiente, pois a biópsia pode ser traumática. A lista de diagnósticos diferenciais é pequena, incluindo, mais frequentemente, vitiligo e liquenificação, que podem se apresentar com aspecto pálido e estão geralmente associados ao eczema. A progressão para carcinoma não foi relatada em crianças, embora existam alguns relatos de casos de melanoma vulvar associados ao L-EV pediátrico. O surgimento precoce de malignidade escamosa também foi relatado na vida adulta em casos em que o LEV apareceu pela primeira vez na infância. Até recentemente, acreditava-se que o LEV pré-púbere se resolvia na puberdade, mas evidências recentes mostraram que isso nem sempre é verdade (Lee A; Fischer G, 2018). Um estudo mostrou que pelo menos 75% das meninas com LEV ainda apresentavam sintomas e sinais persistentes, o que indica que, embora possa haver melhora dos sintomas, a remissão não pode ser presumida (POWELL & WOJNAROWSKA, 2002).

O líquen escleroso deve ser tratado em pacientes pediátricos assim como em mulheres adultas; há algumas evidências de que a condição pode regredir à medida que a adrenarca e a menarca se iniciem, embora isso pareça ser infrequente. O tratamento é feito com um esteroide tópico ultrapotente, como o clobetasol a 0,05%. Aproximadamente 96% das pacientes respondem de forma satisfatória. A terapia de manutenção é necessária em muitos casos, e uma redução gradual de esteroides tópicos ultrapotentes para esteroides tópicos de média e baixa potência pode ajudar a manter a remissão dos sintomas. Os inibidores tópicos da calcineurina, pimecrolimo e tacrolimo foram eficazes em indivíduos que não respondem aos esteroides tópicos, embora a *Food and Drug Administration (FDA)* tenha emitido um alerta sugerindo pos-

sível risco de câncer dessa classe de medicamentos e recomenda-se cautela com o uso a longo prazo. Em suma, o principal tratamento consiste na administração tópica de corticosteroides e o uso de esteroides ultrapotentes topicamente tem tido sucesso em crianças e adolescentes (BEREK JS & BEREK DL, 2016). Dessa forma, conclui-se que saber manejar e tratar adequadamente o líquen escleroso vulvar em pré-púberes é essencial para prevenir complicações a longo prazo, para preservar a arquitetura genital e para melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, evitando que sofram com sintomas debilitantes e possíveis danos psicológicos e físicos durante o desenvolvimento.

Inovações de tratamento por métodos não invasivos

A partir do conhecimento de que seria necessária uma abordagem diferenciada nas comsultas ginecológicas infantis, há várias técnicas menos invasivas em avanço tais como vaginoscopia, laparoscopia e cirurgia robótica, as quais possibilitam redução de dor, recuperação mais rápida e diminuição de permanência em hospitais, além de proporcionar o menor impacto emocional para essas crianças que estão temdo o seu primeiro contato com um ginecologista (APPELBAUM, 2024).

A vaginoscopia é um exame muito vantajoso para avaliar a vagina ou o colo do útero de crianças pré-puberes ou não sexualmente ativas, haja vista que possibilita a avaliação das estruturas sem a necessidade de utilizar um espéculo - o que poderia causar algum dano ao trato genital inferior da criança ou até a ruptura da integridade do hímen. Para além das questões culturais relacionadas à integridade do tecido himenal, a ruptura dessa estrutura tem uma importância forense, sendo uma evidência que poderia apontar abuso sexual, que foi discutido no presente capítulo. As indicações para esse procedimento incluem avaliação de defeitos anatômicos associado com anomalias urogenitais, trauma genital, avaliação de sangramentos, remoção de corpos estranhos e biópsias vaginais ou colônicas (APPELBAUM, 2024).

Ainda, a laparoscopia e a cirurgia robótica são essenciais para o menor trauma físico e emocional de crianças que, porventura, irão precisar de manejo cirúrgico, possibilitando uma recuperação mais rápida. Essas técnicas de cirurgia minimamente invasiva permitem menores incisões e maior precisão no tratamento, já que a laparoscopia fornece uma maior visualização das estruturas anatômicas, além de reduzir a dor pós-operatória, a perda de sangue e garantir melhores resultados estéticos (APPELBAUM, 2024).

Assim, no contexto do capítulo, essas inovações são muito propícias, sendo bastante enfatizada a importância de uma abordagem propícia e tranquilizadora.

CONCLUSÃO

Esse capítulo abordou a estrutura da consulta ginecológica pré-puberal, bem como suas principais queixas, além de descrever algumas inovações nesse campo emergente que visa ao atendimento confortável das pacientes. Foi evidenciado que essa faixa-etária exige uma abordagem clínica diferenciada, alinhada aos seus interesses e a suas necessidades.

É importante destacar a atenção que o profissional precisa conceder no exame físico e anamnese a possíveis violências de cunho sexual às quais a criança possa estar sujeita. Em síntese, o profissional ginecologista que vai atender pacientes pré-púberes necessita, além de ter um consultório agradável aos indivíduos dessa faixa etária, conhecer as principais patologias, bem como os métodos menos invasivos para tratar essa criança da forma mais acolhedora possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPELBAUM, Heather. Perioperative and operative considerations for minimally invasive surgery in pediatric and adolescent gynecology. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2024.

BEREK, J.S.; BEREK, D.L. Berek & Novak Tratado de Ginecologia. 16th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. E-book. p.994. ISBN 9788527738392.

DWIGGINS, M.; GOMEZ-LOBO, V. Current review of prepubertal vaginal bleeding. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, v. 29, n. 5, p. 322-327, out. 2017. doi: 10.1097/GCO.0000000000000398. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858895/. Acesso em: 14 out. 2024.

ELLIS E, Fischer G. Prepubertal-onset vulvar lichen sclerosus: the importance of maintenance therapy in long-term outcomes. Pediatr Dermatol. 2015;32:461–7.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Ginecologistas têm um papel fundamental no acolhimento e direcionamento dos adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual. Febrasgo, 16 ago. 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1887-ginecologistas-tem-um-papel-fundamental-no-acolhimento-e-direcionamento-dos-adolescentes-vitimas-de-abuso-e-exploracao-sexual. Acesso em: 14 out. 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Vulvovaginites na infância. In: Manual de patologia do trato genital inferior. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual_de_Patologia_do_Trato_Genital_Inferior/Manual-PTGI-Cap-07-Vulvovaginites-na-infancia.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

GÜNTHER, V. *et al*. Pediatric and adolescent gynecology - a current overview. Journal of the Turkish German Gynecological Association, v. 24, n. 1, p. 65-73, 2023. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2022.2022-5-4.

HOWELL, J. O.; FLOWERS, D. Prepubertal vaginal bleeding: etiology, diagnostic approach, and management. Obstetrical and Gynecological Survey, v. 71, n. 4, p. 231-242, abr. 2016. doi: 10.1097/OGX.0000000000000290. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27065069/. Acesso em: 14 out. 2024.

KAIRYS, N.; CARLSON, K.; GARG, M. Gardnerella Vaginalis. [atualizado em 12 nov. 2023]. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459350/. Acesso em: 14 out. 2024.

KASS-WOLFF, J.H.; WILSON, E.E. Pediatric gynecology: assessment strategies and common problems. In: Seminars in reproductive medicine. Copyright© 2003 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA. Tel.:+ 1 (212) 584-4662, 2003. p. 329-338.

KRAUS, CN. Vulvar Lichen Sclerosus. JAMA Dermatol. 2022 Sep 1;158(9):1088. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.0359. PMID: 35793083.

KROGH, E.; ALMEIDA, J.A.M. Vulvovaginite na infância. In: ALMEIDA, J.A.M.; MONTEIRO, D.L.M. Ginecologia e obstetrícia na infância e na adolescência. 1. ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2022. p. 39-.

LAUFER M..R.; EMANS S.J.; WOODWARD, George A. Overview of vulvovaginal conditions in the prepubertal child. 2022.

LEE A, FISCHER G. Diagnosis and Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus: An Update for Dermatologists. Am J Clin Dermatol. 2018 Oct;19(5):695-706. doi: 10.1007/s40257-018-0364-7. PMID: 29987650.

PFEIFFER, Luci. Violência sexual. In: JÚNIOR, Dioclécio C.; BURNS, Dennis Alexander R.; LOPEZ, Fábio A. Tratado de pediatria. v. 1. 5. cap 5.4. p 411-421. ed. Barueri: Manole, 2021. E-book. p. 415. ISBN 9786555767476. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767476/. Acesso em: 14 out. 2024.

POWELL J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosus: an increasingly common problem. J Am Acad Dermatol. 2001;44:803–6.

POWELL J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosus. The course after puberty. J Reprod Med. 2002;47:706–9.

WANG, X. *et al*. A case report and literature review of vaginal bleeding in prepubertal girl. Acta Paediatrica, v. 109, n. 10, p. 1944-1947, out. 2020. doi: 10.1111/apa.15479. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32652669/. Acesso em: 14 out. 2024.

ZHANG, J. *et al*. Prepubertal vaginal bleeding: an inpatient series from a single center in Fujian China. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v. 33, n. 2, p. 120-124, abr. 2020. doi: 10.1016/j.jpag.2019.11.009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31765797/. Acesso em: 14 out. 2024.