



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 03
Vulvosopia normal e alterada

2010

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)
Todo conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



Manual de Orientação
Trato Genital Inferior



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetria

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetria*

Trato Genital Inferior

Apoio:



GlaxoSmithKline

2010

Trato Genital Inferior e Colposcopia

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

Triênio 2009 - 2011

Presidente

Nilson Roberto de Melo

Secretario Executivo

Francisco Eduardo Prota

Secretaria Executiva Adjunta

Vera Lúcia Mota da Fonseca

Tesoureiro

Ricardo José Oliveira e Silva

Tesoureira Adjunta

Mariângela Badalotti

Vice-Presidente Região Norte

Pedro Celeste Noletto e Silva

Vice-Presidente Região Nordeste

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Hitomi Miura Nakagava

Vice-Presidente Região Sudeste

Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos

Vice-Presidente Região Sul

Almir Antônio Urbanetz

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia
Trato Genital Inferior

Presidente: Nilma Antas Neves (BA)

Vice-Presidente: Newton Sérgio de Carvalho (PR)

Secretaria: Márcia Fuzaro Cardial (SP)

MEMBROS

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)
Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)
Edison Natal Fedrizzi (SC)
Garibalde Mortoza Júnior (MG)
Isa Maria de Mello (DF)
José Focchi (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)
Sílvia Lima Farias (PA)

COLABORADORES

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)
Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Cíntia Irene Parellada (SP)
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)
Edison Natal Fedrizzi (SC)
Garibalde Mortoza Júnior (MG)
Isa Maria de Mello (DF)
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)
José Focchi (SP)
Márcia Fuzaro Cardial (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Nilma Antas Neves (BA)
Paula Maldonado (RJ)
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)
Sílvia Lima Farias (PA)

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetria

1ª. Reunião de Consenso da FEBRASGO sobre Prevenção do Câncer do Colo Uterino

São Paulo / SP
21 de agosto de 2010

PARTICIPANTES

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)
Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Celso Luíz Borelli (SP)
Edison Natal Fedrizzi (SC)
Etelvino de Souza Trindade (DF)
Francisco Alberto Régio de Oliveira ((CE)
Garibaldi Mortoza Júnior (MG)
Gustavo Py Gomes da Silveira (RS)
Isa Maria de Mello (DF)
Jesus Paula Carvalho (SP)
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)
Jurandyr Moreira de Andrade (SP)

Luciano Brasil Rangel (SC)
Luíz Carlos Zeferino (SP)
Manoel Afonso Guimarães Gonçalves (RS)
Márcia Fuzaro Cardial (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Nilma Antas Neves (BA)
Nilson Roberto de Melo (SP)
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)
Petrus Augusto Dornelas Câmara (PE)
Walquíria Quida Salles Pereira Primo (DF)

Manual de Orientação
Trato Genital Inferior

ÍNDICE

Colposcopia normal e alterada _____	9
Ectopia _____	28
Vulvoscopia normal e alterada _____	35
Dermatites vulvares _____	45
Dermatoses vulvares (Liquens) _____	50
Vulvovaginites _____	60
Vulvovaginites na infância _____	94
Herpes genital _____	106
Úlceras genitais (não DST) _____	115
Condiloma _____	122
Alterações citológicas _____	130
Rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil _____	144
Condutas em exames colpocitológicos alterados _____	150
Neoplasia intra-epitelial cervical (diagnóstico) _____	156
Neoplasia intra-epitelial cervical (tratamento) _____	167
Lesões glandulares do colo uterino _____	175
Carcinoma microinvasor do colo uterino _____	185
Neoplasia intra-epitelial vaginal _____	193
Neoplasia intra-epitelial vulvar _____	199
Lesão anal HPV-induzida _____	207
Vacinação contra HPV _____	212



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia*

Trato Genital Inferior



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetria

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria.

Presidência

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 - cj. 1103/1105
Vila Clementino - São Paulo / SP - CEP: 04037-003
Tel: (11) 5573.4919 Fax: (11) 5082.1473
e-mail: presidencia@febrasgo.org.br

Secretaria Executiva

Avenida das Américas, 8445 - sala 711
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22793-081
Tel: (21) 2487.6336 Fax: (21) 2429.5133
e-mail: secretaria.executiva@febrasgo.org.br

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)
Todo o conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



*Todo conteúdo deste Manual de Orientações pode ser encontrado
no site: www.febrasgo.org.br
Todos os direitos reservados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria*

VULVOSCOPIA

A Vulvosopia, como a maioria dos exames complementares, deve ser utilizada para confirmar ou afastar uma suspeita diagnóstica baseada na clínica e no exame da lesão.

É essencial que se tenha conhecimento das doenças vulvares para que se possa indicar e interpretar os achados da vulvosopia. A principal função desse exame é avaliar as lesões induzidas pelo HPV, em especial, a Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) e fazer o diagnóstico diferencial entre outras doenças que mimetizam estas.

A vulvosopia é considerada, atualmente, o melhor exame complementar para prevenção do câncer vulvar. Assim, como no colo uterino, na vulva é possível diagnosticar e tratar a lesão precursora. A vulvosopia vai ajudar a orientar os melhores locais para realizar as biópsias e assim chegar ao diagnóstico definitivo pela histopatologia. É importante que os fragmentos sejam bem dirigidos e estudados por patologista com experiência em patologia vulvar e/ou dermatológica.

A primeira divulgação sobre vulvosopia foi realizada por Broen & Ostergard em 1971, associando-a ao Teste de Collins para incrementar o estudo da neoplasia vulvar. Até então, o exame empregado para dirigir a biópsia era apenas o Teste de Collins. A vulvosopia é realizada através da visão colposcópica que permite uma ampliação da lesão (6 a 40 vezes) e utiliza o ácido acético a 5% e Lugol como reagentes. É um método complementar que vem se desenvolvendo muito lentamente, com poucos adeptos e poucas publicações. Essa dificuldade deve ter relação com a insuficiência de centros especializados para estudos específicos das doenças vulvares e com a menor frequência do câncer de vulva, quando comparado ao câncer do colo uterino.

Tem como objetivo principal a prevenção do câncer de vulva com a proposta de:

- ① Ajudar a fazer o diagnóstico diferencial das lesões que mimetizam as NIVs.
- ② Indicar os melhores locais para realizar as biópsias.
- ③ Demarcar as NIVs no momento do tratamento. Apesar da maioria das NIVs serem lesões macroscópicas, não raro existem lesões subclínicas nas margens ou algumas NIVs são subclínicas. Usando os critérios da vulvosopia (em especial, o acetobranqueamento) durante o tratamento, seja este cirúrgico ou destrutivo, toda a lesão é visualizada e evita-se deixar lesões residuais não tratadas.

Técnica da Vulvosopia

- * Prévía observação macroscópica da vulva, corpo perineal e região perianal.
- * Observação colposcópica de todas essas regiões.
- * Aplicação do ácido acético a 5% “borrifando” (deixar o efeito por 3 a 5 minutos).

- * Nova observação colposcópica, interpretando as mudanças geradas pelo ácido acético a 5%.
- * Aplicação do Lugol no vestíbulo vulvar.
- * Diante de infecções agudas ou ferimentos, pode ser feita a análise das lesões por visão colposcópica, mas não é aconselhável a utilização do ácido acético a 5% e Lugol.
- * O principal critério de avaliação da vulvosopia é a acetorreatividade. O acetobranqueamento do epitélio vulvar é extremamente comum, e não-específico, mas é possível agrupar alguns aspectos relacionados a diferentes significados.

Os principais achados da vulvosopia diante das NIV 2 e NIV 3 segundo Michael J. Campion, Daron G. Ferris, Frederico M. di Paola, Richard Reid e Albert Singer, são:

A aplicação do ácido acético a 5%, durante 3 a 5 minutos na vulva, produz um proeminente acetobranqueamento (denso) espessado, bem demarcado e de margens mais regulares que pode ser visto a olho nu, embora seja melhor avaliado pela vulvosopia. Essa reação acetobranca é melhor percebida nas lesões não pigmentadas ou eritematosas. As lesões pigmentadas (marrons) irão desenvolver pelo menos uma leve acetorreatividade.

A atipia vascular definida acontece muito tarde no processo neoplásico da vulva, embora um pontilhado ou mosaico possam ser vistos em algumas lesões. Os capilares dilatados, bizarros ou um epitélio amarelado e friável aparecem nas lesões de maior suspeita. Lesões nodulares ou ulceradas sugerem doença invasiva.

Os principais achados da vulvosopia diante das infecções pelo HPV e NIV 1, segundo Michael J. Campion, Daron G. Ferris, Frederico M. di Paola, Richard Reid e Albert Singer, são:

Um certo grau de acetobranqueamento pode ocorrer no epitélio infectado pelo HPV, devido à queratina anormal e ao aumento da densidade celular. Esse acetobranqueamento que ocorre em algumas lesões induzidas pelo HPV não é específico do HPV. Ele ocorre também em traumas, infecções agudas (candidíase, herpes), áreas de tratamentos prévios com cáusticos (ácido tricloroacético - ATA) ou destruição física (eletrocautério ou LASER). O aspecto do acetobranqueamento é leve ou moderado, geralmente, em pequenas lesões focais satélites, múltiplas e de bordas irregulares.

Há 20 anos, realizamos vulvosopia na Clínica Vulvar Multidisciplinar da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco) praticamente em todos os nossos atendimentos, respeitando as restrições. Assim, fomos desenvolvendo experiência no método, de tal forma, que hoje afirmamos que esse exame permite um melhor estudo das lesões vulvares, no sentido de realizar o diagnóstico diferencial das lesões que mimetizam as NIVs. Através da vulvosopia, reconhecemos as lesões que sugerem NIV 2 ou NIV 3 e escolhemos os melhores locais para realizar as biópsias.

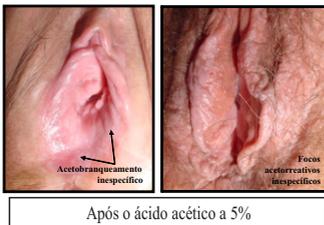
Nossa experiência reúne mais de 200 casos de NIVs confirmadas por diagnóstico histopatológico, por meio de biópsias múltiplas. Tomamos como rotina fotografar a grande maioria dos casos, descrevendo os diferentes achados e colocando os fragmentos em diferentes recipientes, permitindo catalogar as imagens em relação à histopatologia. A ausência de uma terminologia oficial para a vulvoscopia nos permitiu elaborar uma proposta para classificação dos seus aspectos.

Nossa Proposta para Classificação dos Aspectos da Vulvoscopia

Classificação dos Aspectos da Vulvoscopia (Maia / 2004)	
1. Acetobranqueamento inespecífico	
2. Acetobranqueamento significativo	
3. Estudo do Padrão Vascular	
4. Valorização da hiperqueratose, lesões nodulares e ulceradas	
5. Ausência de acetorreatividade	Destaque: - Doença de Paget e - Melanoma <i>in situ</i>

1. Acetobranqueamento inespecífico: tênue ou moderado, de bordas irregulares não demarcadas, com focos satélites, alguns confluentes, geralmente simétricos e múltiplos. (Figura 1). Não sugere NIV e, após um adequado reconhecimento desse aspecto, não será necessária uma investigação por biópsia.

Exceção: As lesões hipercrômicas, mesmo com acetobranqueamento inespecífico (tênue e não demarcado), podem ser NIV 2 ou NIV 3. Por isso, nestes casos, recomenda-se investigação por biópsia para um diagnóstico de certeza.



Após o ácido acético a 5%

Fig. 1 - Vulvoscopia: acetobranqueamento inespecífico (tênue, simétrico e não demarcado e em focos múltiplos não demarcados). Não sugere NIV, não precisa biopsiar.

Quando o acetobranqueamento inespecífico (tênue ou moderado, simétrico, com focos múltiplos e não demarcados) se apresenta mais sobrelevado, pode-se pensar, além da infecção por fungo, também, em infecção subclínica pelo HPV. Aconselha-se tratar o processo infeccioso e repetir a vulvoscopia. Desaparecendo os focos acetobranqueados inespecíficos, a hipótese da candidíase é a mais provável. Persistindo as imagens, a infecção subclínica pelo HPV será possível. Como a maioria dos protocolos recomenda-se não tratar a infecção subclínica pelo HPV. Alguns autores sugerem não levantar essa

Quando o **acetobranqueamento inespecífico** (tênue ou moderado, simétrico, com focos múltiplos e não demarcados) se apresenta mais sobrelevado, pode-se pensar, além da infecção por fungo, também, em infecção subclínica pelo HPV. Aconselha-se tratar o processo infeccioso e repetir a vulvoscopia. Desaparecendo os focos acetobrancoes inespecíficos, a hipótese da candidíase é a mais provável. Persistindo as imagens, a infecção subclínica pelo HPV será possível. Como a maioria dos protocolos recomenda-se não tratar a infecção subclínica pelo HPV. Alguns autores sugerem não levantar essa hipótese diagnóstica, para evitar biópsias e tratamentos desnecessários.

2. Acetobranqueamento significativo: acentuado, espessado, demarcado e assimétrico.

2.1 O acetobranqueamento significativo é bem observado nas NIV 2 e NIV 3 de **lesões eritematosas**. É preciso biopsiar sempre. (Figura 2)



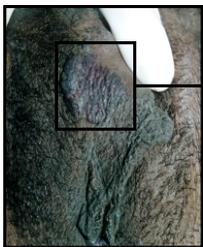
Antes do ácido acético a 5%



Após o ácido acético a 5%

Fig. 2 - Vulvoscopia: acetobranqueamento significativo (acentuado, assimétrico e demarcado). Sugere NIV, deve ser feito a biópsia.

2.2 O acetobranqueamento significativo de lesões hiperpigmentadas também apresenta uma alta correlação com NIV 2 e NIV 3. Biopsiar sempre. (Figura 3)



Antes do ácido acético a 5%



Após o ácido acético a 5%

Fig. 3 - Vulvoscopia: acetobranqueamento significativo (acentuado, assimétrico e demarcado). Sugere NIV, deve ser feito a biópsia.

2.3 Qualquer grau de acetobranqueamento da lesão hipercrômica (mesmo que seja de características inespecíficas, leve e não demarcada) deve ser investigado por biópsia, pois poderá ser NIV 2 ou NIV 3. (Figura 4)



Fig. 4 - Vulvoscopia. Na lesão hipercrômica, qualquer grau de acetobranqueamento, mesmo que leve, deve ser investigado por biópsia pois pode corresponder a NIV 2 ou NIV 3.

Antes do ácido acético a 5% Após o ácido acético a 5%

3. Estudo do Padrão Vascular: mosaico, pontilhado e vasos atípicos (acometem muito tarde no processo neoplásico da vulva e nas lesões de maior suspeita).

O mosaico e o pontilhado, quando presentes, aparecem nas lesões do vestíbulo e nas lesões eritematosas. (Figura 5)



Fig. 5 - Vulvoscopia: mosaico, pontilhado e vasos atípicos podem aparecer nas NIV 2 e 3 e nas lesões de maior suspeita.

Após o ácido acético a 5% Após o ácido acético a 5%

4. Valorização da hiperqueratose, lesões nodulares e ulceradas:

4.1 Hiperqueratose **localizada** principalmente, se em Líquen escleroso vulvar, é sempre uma lesão que merece biópsia profunda, cuja profundidade permita obter a derme. Se possível, realizar a retirada de toda lesão hiperqueratótica para o estudo histopatológico. Muitas vezes, ela oculta um carcinoma escamoso invasivo ou NIV. Lembrar que a hiperqueratose é uma lesão branca e não se modifica com a aplicação do ácido acético a 5%. (Figura 6)



Fig. 6 - Hiperqueratose localizada, principalmente se em Líquen escleroso vulvar, é sempre uma lesão que merece biópsia profunda ou retirada de toda lesão hiperqueratótica.

4.2 Quando o Líquen escleroso vulvar apresenta uma acentuada hiperqueratose **difusa**, recomendamos que seja feito corticosteróide tópico de alta potência (Propionato de Clobetasol a 0,5%) e, em seguida, uma nova avaliação por vulvoscopia. (Figura 7) O uso de uma pequena quantidade do Propionato de Clobetasol sobre a hiperqueratose difusa, à noite, por 30 a 60 dias, será suficiente para fazer desaparecer a hiperqueratose difusa. Deverá ser repetida a vulvoscopia, e focos de neoplasia antes ocultos pela hiperqueratose poderão ser visualizados e biopsiados.

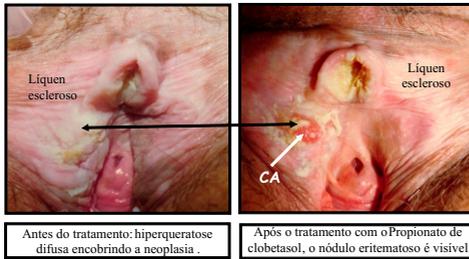


Fig. 7 - Após o uso do Propionato de clobetasol (tópico), a hiperqueratose regrediu e foi possível visualizar o carcinoma escamoso invasivo (nódulo eritematoso).

4.3 Lesões nodulares ou ulceradas sugerem doença invasiva, devendo sempre ser biopsiadas.

O Líquen escleroso é uma importante via carcinogênica na vulva. Para alguns autores, o fator irritativo crônico, gerado pelo prurido, pode ter papel significativo na carcinogênese. Daí a importância de se realizar um adequado seguimento das pacientes com Líquen escleroso, preferencialmente, através de uma vulvoscopia anual que auxilia a identificar a NIV, muitas vezes de difícil identificação macroscópica. Diagnóstico feito na fase de NIV permite um tratamento e uma verdadeira prevenção do câncer vulvar. (Figura 8)



Fig. 8 - Destacamento da NIV pela vulvoscopia, mostrando acetobranqueamento significativo, em paciente com Líquen escleroso vulvar, após a aplicação do ácido acético à 5%.

5. Ausência de acetorreatividade:

- Destaque: - Doença de Paget e
- Melaoma *in situ*

Doenças também importantes para a prevenção do câncer vulvar, como a Doença de Paget e Melanoma *in situ*, não vão apresentar acetorreatividade ao ácido acético a 5%, pelo menos, nos poucos casos com que trabalhamos. Como essas duas doenças são infrequentes na vulva, achamos oportuno destacar que nossa observação de ausência de acetobranqueamento na Doença de Paget e Melanoma *in situ*, está baseada em poucos casos (Doença de Paget, em 6 casos e no Melanoma, 2 casos). Não encontramos referências na literatura sobre acetorreatividade na lesão da Doença de Paget e Melanoma.

Assim, é importante conhecer os critérios clínicos para o diagnóstico dessas doenças para não desconsiderá-las apenas pela ausência do acetobranqueamento significativo. A Doença de Paget apresenta-se como placa eritematosa, bem demarcada, descamativa, de aspecto eczematoso e expansão lenta. Áreas de hipo ou hiperpigmentação podem ocorrer (Figura 9). A lesão, usualmente, é pruriginosa ou se acompanha de ardor, embora possa ser assintomática em alguns casos.

Então, recomendamos que, diante de lesões crônicas eritematosas ou eritemato-hipercrômicas, mesmo quando não se observe acetorreatividade, deve-se proceder investigação por biópsia. . (Figura 10)



Fig. 9 - Lesão da Doença de Paget: placa eritemato-escamosa, de aspecto eczematoso com áreas de

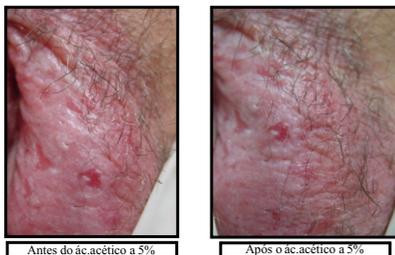


Fig. 10 - Vulvosopia: a lesão eritematosa (crônica) da Doença de Paget não apresentou acetobranqueamento significativo.

Teste de Schiller

O Teste de Schiller é útil apenas no vestíbulo vulvar, seguindo os mesmos critérios usados para a colposcopia da vagina. (Figura 11)

Linha de Hart é a divisória entre a pele dos pequenos lábios e a mucosa glicogenada do vestíbulo.

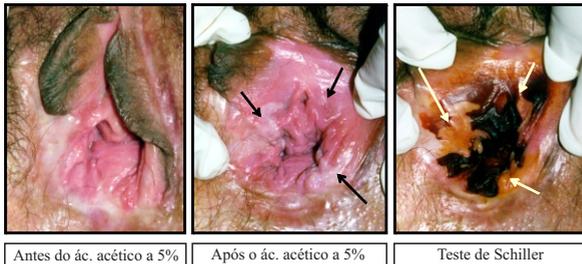


Fig. 11 - Vulvoscopia: teste de Schiller mostrando área iodo negativo no vestíbulo vulvar correspondendo a NIV 2.

Teste do Ácido Acético a 5%

- *Prévia observação macroscópica da vulva, corpo perineal e região perianal.
- *Aplicação do ácido acético a 5% “borrifando” (deixar o efeito por 3-5 minutos).
- *Nova avaliação **macroscópica**, interpretando as mudanças geradas pelo ácido acético a 5%.

Para aqueles que não usam o colposcópio, esse teste será de grande valia para ajudar a definir o diagnóstico. Sem dúvida, a avaliação da acetorreatividade e outros detalhes serão melhor analisados através da visão colposcópica. Alguns autores também sugerem que a reação acetobranca seja avaliada por lupas. (Figura 12)

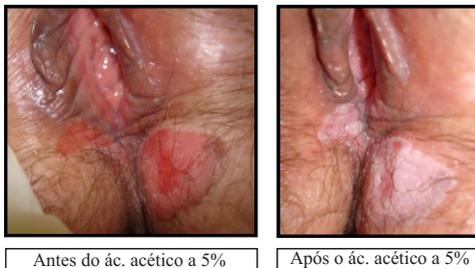


Fig. 12 - Teste do ácido acético (reação acetobranca vista a olho nu). Acetobranqueamento significativo: acentuado, assimétrico e demarcado. Sugere NIV, deve ser feito a biópsia.

Teste de Collins

Alguns profissionais querem agregar o Teste de Collins à vulvoscopia como se fosse o Teste de Schiller para a colposcopia do colo e vagina. Na realidade, o Teste de Collins e a Vulvoscopia são dois exames complementares distintos com vistas a estudar a lesão suspeita de malignidade, tendo como maior objetivo orientar os melhores locais para a biópsia. Caso o médico queira lançar mão de ambos, deve sempre iniciar pela

vulvosscopia.

O Teste de Collins utiliza o azul de Toluidina, um corante vital que se **fixa no núcleo das células**. Quanto maior for o conteúdo de cromatina nuclear e a sua atividade mitótica, maior será a impregnação pelo azul. É aplicado para orientar os melhores locais para realizar a biópsia da lesão suspeita.

Na nossa prática, a vulvosscopia é muum melhor indicador de locais para biópsia do que o teste de Collins. Por muitos anos, utilizamos ambos, e, à medida que avançamos na interpretação dos achados da vulvosscopia, deixamos de realizar o Teste de Collins de rotina.

Técnica: aplica-se o azul de Toluidina a 1% sobre a lesão e deixa-se por 3-5 minutos, lavando em seguida com ácido acético a 1%.

Achado: no epitélio com atipia, ocorre hiper celularidade com núcleos aumentados de volume, proporcionando uma coloração azul-rei nas áreas de maior concentração nuclear.

Falso positivo: nas escoriações e ulcerações benignas, pela exposição das células basais que têm núcleo grande, embora sem malignidade

Falso negativo: nas áreas de hiperqueratose, o corante não consegue penetrar nas células malignas que podem estar por baixo da camada córnea.

CONCLUSÃO

É importante estimular o ginecologista para aprimorar seu atendimento, dando uma boa atenção ao exame macroscópico da vulva. Se assim acontecer, a grande maioria das NIV será diagnosticada, já que comumente essas lesões são visíveis a olho nu. A vulvosscopia vai aprimorar o diagnóstico das doenças vulvares e melhorar a dirigir as biópsias. Uma vez realizado o diagnóstico da NIV, o tratamento deve ser feito na medida certa para não deixar lesões residuais, mas também, ficar atento para não causar mutilações nas mulheres, independente da idade. O seguimento será sempre a melhor forma de se certificar da eficácia do diagnóstico e da escolha terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BODÉN E. et al. Papiloma virus infeccion of the vulva. **Acta Obstet.Gynecol. Scand.**, v. 68, n. , p.179-84, 1989.
- 2 - BROEN EM; OSTERGARD DR. Toluidine blue and colposcopy for screening and delineating vulvar neoplasia. **Obstet. Gynecol.**, v.38, n. 5, p.775, 1971.
- 3 - CAMPION MJ; FERRIS DG; PAOLA FM; REID R. Colposcopy of the vulva. In: **Modern colposcopy: a practical approach**. Augusta, Georgia: Educational Systems, 1991. cap.11, p.1-13.
- 4 - CASCHETTO S. et al, Screening strategies for vulvar preneoplastic and neoplastic lesions. **Minerva Ginecol.** Dec;52(12):491-5. 2000.

- 5 - De PALO G. **Colposcopia e Patologia do Trato Genital inferior**. São Paulo: Medsi, 1993.
- 6 - FALLANI MG et al. Human papillomavirus infections in the lower genital tract of women. **Minerva Ginecol.**, Apr; 45(4):149-58. 1993.
- 7 - FISCHER G; SPURRETT B; FISCHER A. The chronically symptomatic vulva: aetiology and management. **Br J Obstet Gynaecol.**; v. 102, n.10, p.773-9, 1995.
- 8 - HERRERA G. et al. Vulvoscofia y biopsia dirigida en infección vulvar por papiloma virus humano. **Ginecol. Obstet.**, v.43, n. 2, p. 116-120, 1997
- 9 - JAYNE CJ; KAUFMAN RH. Treatment of Vulvar Intraepithelial Neoplasia 2/3 with Imiquimod. **The Journal of Reproductive Medicine.** v. 47, n. 5, p. 395-398, 2002.
- 10 - JONES RW; PARK JS et al. Human papillomavirus in women with vulvar intraepithelial neoplasia III. **J. Reprod. Med.**, v. 35, n.12, p. 1224-1226, 1990.
- 11 - JOURA EA; ZEISLER H; LÖSCH A; SATOR MO; MÜLLAUER-ERTL S. Differentiating vulvar intraepithelial neoplasia from nonneoplastic epithelial disorders. The toluidine blue test. **J Reprod Med**; v. 43, n.8, p.671-4, 1998.
- 12 - KÜRZL RG. Paget Disease. **Semin. Dermatol.**, v. 15, n. 1, p. 60-66, 1996.
- 13 - MAIA AF; CAMPELLO T; RODRIGUES AG. Atlas de Vulvoscofia. Vulva Collection. Corisco Design. Recife-PE, 2004.
- 14 - MARTELA E et al. Vulvoscofia en el diagnóstico de la patología vulvar. **Rev. obstet. ginecol. Venezuela.** v. 59, n. 1, p. 29-34, 1999.
- 15 - OLIVEIRA HC. **Biópsia da vulva: orientação pelo teste de Collins, teste do ácido acético e vulvoscofia**. 1992. Tese (Concurso de provimento do cargo de professor titular da Disciplina de Ginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- 16 - ORIGONI M; ROSSI M; FERRARI D; LILLO F; FERRARI AG. Human papillomavirus with co-existing vulvar vestibulitis syndrome and vestibular papillomatosis. **Int J Gynaecol Obstet**; v. 64, n. 3, p. 259-63, 1999.
- 17 - PRETI M; SETERS MV; SIDERI M; BEURDEN MV. Squamous Vulvar Intrethelial Neoplasia. **Clinical Obstetrics and Gynecology.** v.48, n. 4. December 2005.
- 18 - REID R. **Postgraduate course in colposcopy, cervical and vulvar pathology and gynecologic laser surgery at the Hyatt Sarasota**. Florida, nov. 4-9, 1991.
- 19 - RITTER J et al: Colposcopy of the vulva, **J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)**. ;20(4):511-8. 1991
- 20 - SETER MV, FONS G, BEURDEN MV. Imiquimod in Treatment of Multifocal Vulvar Intraepithelial Neoplasia 2/3. **The Journal of Reproductive Medicine.** v. 47, n. 9, 2002.
- 21 - STEFANON B; DE PALO G. Is vulvoscopy a reliable diagnostic technique for high grade vulvar intraepithelial neoplasia? **Eur J Gynaecol** ,18(3):211.1997.
- 22 - SINGER A; MONAGHAN JM. **Colposcopia, Patologia e Tratamento do Trato Genital Inferior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 23 - SPECK NMG; RIBALTA JCL. Imiquimode tópico para tratamento da doença de Paget da vulva. *Revista Brasileira de Genitoscopia.* v. 3, n. 1, julho/agosto/setembro de 2008.
- 24 - TODD RW; ETHERINGTON IJ; LUESLEY DM. The Effects of 5% imiquimod Cream on High-Grade Vulvar Intraepithelial Neoplasia. **Gynecologic Oncology.** v. 85, p 67-70, 2002.
- 25 - VAN BEURDEN M; VAN DER VANGE N; DE CRAEN AJ; TJONG-A-HUNG SP; TEN KATE FJ; TER SCHEGGET J; LAMMES FB. Normal findings in vulvar examination and vulvoscopy. **Br J Obstet Gynaecol**; v. 104, n.3, p.320-4, 1997.
- WRIGHT VC; CHAPMAN WB. Colposcopia da neoplasia intra-epitelial da vulva e de locais adjacentes. In: _____. **Colposcopia**. São Paulo: Interlivros, 1993. (Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte, v. 1).

2010

Apoio:



GlaxoSmithKline



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia