



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 04
Dermatites vulvares

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:



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)
Garibaldi Mortoza Júnior (MG)
Isa Maria de Mello (DF)
José Focchi (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Paulo Sérgio Vieiro 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)
Garibaldi 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 Vieiro 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*

DERMATITES VULVARES

INTRODUÇÃO

Neste capítulo abordaremos as dermatites mais freqüentes na área da vulva. Todas têm o prurido como o principal sintoma, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial entre elas: candidíase vulvar, dermatite seborréica e dermatite atópica.

Candidíase vulvar^{1,2}

Conceito

É uma manifestação externa geralmente associada à infecção vaginal por *Cândida albicans*.

Epidemiologia

A Candidíase costuma ser vista em pacientes imunossuprimidas. As pacientes diabéticas poderão apresentar Candidíase, principalmente quando o Diabetes não estiver controlado. A Candidíase também pode se desenvolver após o uso de antibióticos sistêmicos, porque altera a flora normal da vagina e permitirá o supercrescimento de espécies de Cândida, resultando em vaginite e vulvite.

Manifestações clínicas

Prurido vulvar intenso, associado ou não a corrimento vaginal.

Mancha ou placa vermelha com maceração do tecido ou erosões superficiais e descamação na periferia da lesão.



Candidíase vulvar extensa em paciente diabética

Diagnóstico clínico

O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado na história e exame físico.

Diagnóstico subsidiário

Teste micológico direto da lesão

Glicemia, sorologia para HIV para os casos de falha terapêutica ou recidivas frequentes

Tratamento clínico

Evitar fatores irritantes: uso de roupas apertadas; raspagem ou depilação dos pêlos; uso de roupas íntimas de tecido sintético.

Manter a vulva higienizada (água boricada à 3%) e seca.

Tratar fatores sistêmicos:

- * Diabetes - Interconsulta com endocrinologia;
- * Obesidade - Interconsulta com endocrinologia;
- * Área pequena – Clotrimazol ou Cetoconazol, uso externo, 2x/dia, por 15 dias
- * Área extensa – Cetoconazol, via oral, 200 mg ao dia por 1 mês ou Fluconazol, via oral, 150 mg dose única diária, a cada 3 dias, por 15 dias.
- * Se prurido intenso, pode-se associar uso de anti-histamínico à noite, por 1 semana.

Dermatite atópica

Conceito

É uma doença dermatológica e inflamatória, com manifestações agudas, subagudas e crônicas.

Fisiopatologia

O eczema agudo é mais comum após o contato com direto com um alérgeno. Esse processo geralmente é auto-limitado, mas podem resultar em reação inflamatória subaguda, que pode evoluir para padrão eczematoso crônico associado a trauma auto-induzido que é secundário ao ato de coçar a pele vulvar.

O agente para iniciar o prurido pode não ser identificado e poderá ser até mesmo psicogênico.

Manifestações clínicas

Prurido vulvar intenso por semanas, meses ou anos.



Dermatite atópica em paciente jovem

Diagnóstico clínico

Mancha eritematosa em vulva de tamanho e contornos variados.

Tratamento clínico

Tentar identificar o agente alergênico: evitar roupas íntimas sintéticas, usar sabão líquido hipoalergênico, evitar usar papel higiênico e protetor diário de calcinha, trocar o tipo de absorvente, não lavar as roupas íntima com sabão em pó.

Compressas de água gelada e uso de anti-histamínico ou corticóide oral (Prednisona 20 mg ao dia) por 1 semana, para alívio do prurido intenso.

Para eczemas subagudos ou crônicos, usar corticóide tópico de média potência (betametasona ou dexametasona) pomada, 2x ao dia, por 15 dias

Dermatite seborréica³

Conceito

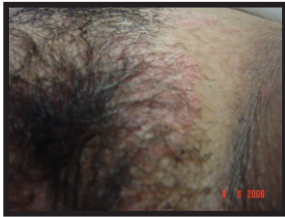
Trata-se de uma inflamação crônica da pele em áreas com produção de sebo. Pode acometer todas as faixas etárias, mas a etiologia é desconhecida. Supõe-se que pode estar

relacionada à produção aumentada de sebo decorrente de maior sensibilidade a androgênios.

Tem característica recidivante e pode ficar exarcebada durante períodos de estresse.

Manifestações clínicas

O prurido vulvar é o principal sintoma e ao exame físico, observa-se lesão eritematosa difusa e simétrica com fina descamação encima da base eritematosa. Frequentemente a paciente apresenta envolvimento extragenital no couro cabeludo, nos sulcos nasolabiais, no canal auditivo externo, no sulco auricular posterior, nas sombrancelhas, na base dos cílios e na região externa.



Dermatite seborréica em paciente jovem com história de seborréia persistente em couro cabeludo.

Diagnóstico

O diagnóstico é eminentemente clínico.

Tratamento⁴⁻⁶

Lavar as áreas afetadas com shampoo com sulfeto de selênio, com enxofre e ácido salicílico diariamente na fase aguda e manter 2 vezes por semana na fase de manutenção.

Pode-se aplicar corticoide tópico de média potência como o valerato de betametasona a 0,1%, 1 vez ao dia por 1 semana.

Nos casos persistentes deve-se usar Cetoconazol creme, duas vezes ao dia por 1 mês.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Holland J, Young ML, Lee O, C-A Chen S. Vulvovaginal carriage of yeasts other than *Candida albicans*. *Sex Transm Infect.* 2003 Jun;79(3):249-50.
- 2- Richter SS, Galask RP, Messer SA, Hollis RJ, Diekema DJ, Pfaller MA. Antifungal

- susceptibilities of *Candida* species causing vulvovaginitis and epidemiology of recurrent cases. *J Clin Microbiol.* 2005 May;43(5):2155-62.
- 3 - Gee BC. Seborrhoeic dermatitis. *Clin Evid.* 2004 Dec;(12):2344-52.
- 4 - Waldroup W, Scheinfeld N. Medicated shampoos for the treatment of seborrheic dermatitis. *J Drugs Dermatol.* 2008 Jul;7(7):699-703.
- 5 - Piérard-Franchimont C, Goffin V, Decroix J, Piérard GE. A multicenter randomized trial of ketoconazole 2% and zinc pyrithione 1% shampoos in severe dandruff and seborrheic dermatitis. *Skin PharmacolAppl Skin Physiol.* 2002 Nov-Dec;15(6):434-41.
- 6 - Ive FA. An overview of experience with ketoconazole shampoo. Department of Dermatology, Dryburn City Hospital, Durham. *Br J Clin Pract.* 1991 Winter;45(4):279-84.

2010

Apoio:



GlaxoSmithKline



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia