



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 05
Dermatoses vulvares (líquens)

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)
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*

DERMATOSES VULVARES (LÍQUENS)

LÍQUEN PLANO VULVAR

O Líquen Plano Vulvar (LPV) se apresenta como pápulas ou placas eritematosas e eventualmente erosadas da região vulvar, onde o prurido é sua principal manifestação. É considerada doença de aparecimento infrequente ou mesmo rara. Corresponde a processo inflamatório da pele e/ou mucosa vulvar, podendo ser observada em forma localizada ou até mesmo generalizada.

Achados Clínicos e Diagnósticos - As lesões evidenciadas no LPV caracterizam por pápulas planas eritematosas de longa duração e às vezes, lesões vasculares purpúreas distintas, podendo ser discretas ou unir-se para formar placas. Tendem a ser descamativas e eventualmente erosivas. Ocupam com maior frequência a face interna dos lábios menores na forma erosiva (fig. 1). Apesar dessas lesões vaginais não serem observadas, rotineiramente, é citada a possibilidade de fusões de vagina, ocasionada pela evolução das lesões (Fig. 2). Em cerca de 60% dos casos podem existir lesões orais (mais prevalentes) ou quando, no tegumento, com predileção pelo tronco e superfícies das curvas.

Os casos típicos de líquen plano de mucosa genital possuem eritema circundado por borda reticulada, chamado de fenômeno de Wickman (fig.1), como visto no líquen plano de boca, e é a melhor área para realizar a biópsia, e obter a confirmação diagnóstica. O líquen plano de mucosa genital como referimos, pode estar associado a lesões orais, sendo que a inspeção da mucosa oral pode levar a importantes pistas diagnósticas. Igualmente, vagina também pode estar afetada e a descamação do epitélio vaginal pode levar a sangramento, que. Este pode ocorrer espontaneamente ou pelo toque, causando grande sensação de desconforto na paciente. Ao menos 50% das pacientes referem-se à dispareunia(1).

Histologicamente apresenta padrão citado como "dente serrado" de **hiperplasia** epidérmica e alteração vacuolar da camada basal da **epiderme**, juntamente com um infiltrado inflamatório dérmico superior intenso, composto predominantemente por células-T A etiologia é desconhecida, embora a hipótese de causa imunológica seja mais provável(1).

Diagnóstico diferencial = deve ser feito com o Líquen escleroso Atrófico (LEA) e neoplasia intraepitelial da vulva. As principais pistas diagnósticas para diferenciar do LEA é que neste, o restante da pele vulvar e perianal está frequentemente acometida, enquanto a mucosa oral e vaginal comumente não está afetada. O líquen plano afeta mulheres adultas, não tendo sido relatado antes da puberdade, em contraste com o LEA que é visto em crianças.

Tratamento - Os corticóides tópicos potentes como o propionato de clobetasol propiciam remissão satisfatória em mais de 70% dos casos. A posologia sugerida é de aplicação duas vezes ao dia, por três meses e doses de manutenção a posterior. Em alguns casos, após longo período (em torno de 10 anos) o LPV pode entrar em remissão, podendo ocorrer em cerca de 10 a 15% destes (4,6).

Seguimento - Embora não exista definição da associação com o câncer vulvar, pelo fato de se tratarem de lesões de cronicidade onde, eventualmente, possam manter o ato do prurido e traumatismo, recomenda-se seguimento em longo prazo. A biópsia deve ser praticada em todas as lesões papulares e/ou ulcerativas que não cicatrizam, conforme já referido quando da descrição do LEA. O caso de uma paciente com LPV que desenvolveu carcinoma escamoso já foi descrito, embora não tenha se definido esta relação causal (6).



Fig. 1- LPV demonstrando área eritematosa circundada por borda reticulada (Coleção do Ambulatório de Lesões Genitais do Departamento de Tocoginecologia HC/UFPR – Newton de Carvalho)

Fig. 2 – LPV onde ocorreu fusão parcial das paredes vaginais junto ao períneo (Coleção do Ambulatório de Lesões Genitais do Departamento de Tocoginecologia HC/UFPR – Newton de Carvalho)



LÍQUEN ESCLEROSO E ATRÓFICO GENITAL

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

Líquen Escleroso e Atrófico (LEA) é uma dermatose inflamatória crônica e benigna com predominante localização vulvar. Embora pouco frequente, pela sintomatologia molesta, necessita de diagnóstico e tratamento eficazes. Afeta tanto a epiderme quanto a derme predominando na região genital feminina, sendo a relação aproximada de dez mulheres para um homem acometido. Acomete mais a faixa etária da mulher adulta e principalmente no período pós menopausal. É infrequente em meninas e rara em crianças e mais ainda em meninos e ao que parece, predomina entre caucasianas.

Caracteriza-se pela presença do prurido vulvar associado com o aparecimento de pápulas

branco-nacaradas, que podem agrupar-se e assumir progressivamente aspecto apergaminado na pele.

ETIOPATOGENIA

A etiologia do LEA ainda é desconhecida, mas há evidências de base multifatorial. Existem fortes indícios de que esteja relacionada à alteração hormonal e ao que parece, a origem imunológica é o principal mecanismo relacionado com o desenvolvimento da doença. A teoria hormonal se evidencia pelo fato de predominar, após a menopausa, na regressão do funcionamento ovariano, porém quando ocorre em meninas tende a regredir, espontaneamente, após a puberdade.

Há algum tempo, acreditava-se que a associação com os níveis séricos de testosterona fossem o fator etiológico principal, e a resposta favorável à testosterona tópica associada com a diminuição dos níveis de diidroepiandrosterona, testosterona livre e androstenediona corroborava esta possibilidade que, posteriormente, mostrou-se inconsistente, como sendo a causa principal. Fatores genéticos também poderiam estar envolvidos, uma vez que existem casos familiares (2). As doenças comumente associadas são: alopecia e vitiligo, porém alterações da tireóide, anemia perniciosa e *diabetes mellitus* também têm sido referidas como fatores associados. Neste caso, o *Diabetes Mellitus*, pela sua frequência e associação com o prurido genital é de grande importância que seja afastado.

Atualmente, a pronta resposta ao uso de corticóides tópicos de alta potência sugere a origem imunológica, como sendo a mais provável e estas medicações são o pilar principal do seu tratamento.

ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS

O líquen escleroso e atrófico ocorre predominantemente, em toda a área anogenital (83 a 98% dos casos), com lesões extragenitais em 15 a 20% dos pacientes.

Nas mulheres os sintomas mais frequentes são: prurido, irritação local, disúria, disparemia, fissuras e em alguns casos, até mesmo dor na região genital.

O prurido é o sintoma capital e em algumas ocasiões, ele é tão intenso que a paciente exagera neste ato de coçar, até propiciar soluções de continuidade da pele e, então, com a escarificação, surge à dor que suplanta em intensidade os receptores do prurido. Neste caso, a paciente prefere ter dor, ao prurido, tal a tenacidade deste. Assim, em algumas situações, o prurido é tão persistente e tenaz que pode até mesmo alterar o comportamento psicológico da paciente.

Em relação à atrofia genital, ela é fruto da cronicidade do processo, embora nem sempre se acompanhe deste prurido intenso acima referido. Em algumas situações, o processo de atrofia se acentua, dificulta e, eventualmente, até mesmo impede o relacionamento sexual. Existem descrições de tal a intensidade desta situação que a paciente não suportaria nem mesmo o toque unidigital, na ocasião da consulta ginecológica.

Habitualmente, as estruturas anatômicas mais afetadas obedecem a uma ordem cronológica de ocorrência sendo a mais encontrada: clitóris, pequenos lábios, intróito vaginal e grandes lábios. Há uma tendência para a doença ocorrer, da parte superior em direção a posterior. As lesões são branco-eritematosas, opacas, nacaradas, na face interna dos grandes lábios e vestibulo vulvar (Fig. 1), e quando se estendem para o períneo e região perianal, adquirem aspecto típico de como se fosse um "oito". Ocasionalmente, as lesões atróficas se apresentam enrugadas sugerindo aspecto de "papel de cigarro" (fig. 2). Em algumas situações, em processo avançado pode ocorrer o desaparecimento completo do clitóris, pequenos e grandes lábios, e estenose do intróito vaginal (fig. 2) – quadro este antigamente denominado de “craurose vulvar” que devido a possibilidade de confusões na nomenclatura, foi abandonado(8).

Em relação aos aspectos histológicos, é observado aplanamento (retificação) das papilas dérmicas com infiltrado inflamatório e homogenização do colágeno subjacente. Camada de ceratina como indicio de proliferação pode ser observada.

A localização extragenital ocorre em percentual que varia de 8 a 20% dos casos. As lesões são máculas ou placas atróficas podendo se localizar na região ântero-superior do tronco, em pescoço, antebraços, dorso, orelha, boca e nariz. As localizações atípicas são: região palmoplantar, mamilos, couro cabeludo e facial, quando é feito diagnóstico diferencial com lúpus discóide. Formas disseminadas da doença são extremamente raras (8).

O diagnóstico diferencial pode ser feito com dermatoses de ocorrência na região genital e entre elas, o vitiligo tem aspecto semelhante. Porém, neste caso, não existe alteração na consistência da pele ou mucosa. Além destes, também as neoplasias como a Doença de Paget extramamária, ou a neoplasias intraepiteliais vulvares podem ser confundidas com o LEA. Na fig.4 observamos lesão de Doença de Paget extramamária como possível diagnóstico diferencial.

CONDUTA

No manejo do LEA deveremos atender os seguintes pontos:

★ **controle dos sintomas** - Onde o prurido se situa como sendo o mais importante e que poderemos até mesmo interpretar, na vigência do seu controle, como sendo uma resposta positiva a medicação. Em algumas situações o prurido é intenso principalmente à noite e a solicitação para que a paciente apare as unhas ou mesmo que use luvas pode ser uma sugestão interessante. O tratamento básico tem por finalidade inibir o “ciclo do prurido”. Neste caso, devido ao ato de coçar, existe a liberação de substâncias do

processo inflamatório, o que aumenta mais a vontade de coçar. Ou seja, “quando mais a paciente se coça, mais tem vontade de se coçar. Portanto, o bloqueio deste mecanismo é fundamental e justifica de início, a indicação da dose de ataque da medicação.

* **prevenção e tratamento das complicações** - Onde a atrofia genital deve ser prevenida com o pronto tratamento e com acompanhamento à manutenção prolongada da medicação. Nesse caso, a terapêutica hormonal tópica através de uso de cremes vaginais tem sua indicação. Além disto, em algumas situações extensas, os androgênios usados topicamente podem auxiliar na diminuição deste processo, pois têm a capacidade de engrossar as camadas da pele, lembrando que como efeitos colaterais podem propiciar a hipertrofia do clitóris (fig. 5).

* **diagnóstico precoce das lesões malignas** – Embora o LEA não tenha o potencial oncogênico que se acreditava anteriormente, quando se dizia que perto de 70% poderia se “transformar” em câncer, é sabido que se trata de uma situação considerada precursora da neoplasia vulvar e deste modo deve ser encarada com seguimento rigoroso (Figs. 6 e 7). Devido a este potencial considera-se que o LEA vulvar deva ser seguido indefinidamente. Neste período de seguimento, o ideal é que o prurido vulvar crônico tenha se extinguido, pois, o ato de coçar é citado, devido ao traumatismo constante, como sendo potencial fator originário das atípias vulvares. Neste sentido, a evidência das seguintes alterações durante o período de seguimento deve ser investigada, histologicamente, através da biopsia vulvar: úlceras ou lesões elevadas e tumorais (figs. 6 e 7), áreas hiperkeratóticas mais densas, áreas pigmentadas acinzentadas ou amarronzadas e de aspecto aveludado (nível de evidência C)(4).

Portanto, frente a caso de LEA, devem ser observadas as medidas citadas no quadro 1.

Quadro 1: Medidas a serem tomadas em casos de LEA vulvar.

- ✓ Afastar Carcinomas;
 - ✓ Diagnosticar e tratar Diabetes Melitus;
 - ✓ Uso de corticóides tópicos de alta potência;
 - ✓ Uso de estrogênios tópicos/sistêmicos quando o LEA se associa com a atrofia genital;
 - ✓ Androgênios tópicos em algumas situações de extrema atrofia das estruturas vulvares
-

Em relação ao uso do corticóide tópico, a preferência recai sobre o Clobetasol que como sugestão poderá ser utilizada inicialmente na forma de dose de ataque, com manutenção posterior conforme sugere o quadro 2.

Quadro 2: Sugestão para esquema de uso do Clobetaso tópico.

- ✓ 1 aplicação 2X ao dia = 30 dias iniciais (dose de ataque)
 - ✓ 1 aplicação 1X ao dia = 3 meses
 - ✓ 1 aplicação 2 a 3X semana = 3 a 6 meses
 - ✓ 1 aplicação 1X semana ou até a cada 15 dias como manutenção
-

Portanto, o uso do corticosteróide tópico ultrapotente como clobetasol é fortemente recomendado (nível de evidência B) como conduta principal no LEA (4).

PERSPECTIVAS

Algumas considerações sobre novas tentativas de modalidades terapêuticas são sugeridas tais como:

- * Estudos recentes descreveram puvaterapia com resposta moderada.
- * Igualmente, tem sido proposto o uso tópico de tacrolimus, com a promessa de ser droga de alta eficácia e poucos efeitos colaterais (3).



Fig. 1 - Placa hiperkeratótica inicial em área peri-clitóriana em caso de LEA (foto da coleção do Ambulatório de Lesões Genitais/Departamento de Tocoginecologia-HC/UFPR/Newton de Carvalho)

Fig. 2 - LEA em fase de intensa atrofia. Observa-se o desaparecimento das estruturas vulvares. Detalhe para o enrugamento da pele vulvar (efeito “papel de cigarro”) (foto da coleção do Ambulatório de Lesões Genitais/Departamento de Tocoginecologia-HC/UFPR/Newton de Carvalho)



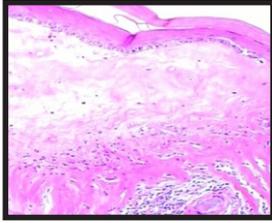


Fig. 3 – Aspecto histológico de biópsia definindo LEA. (foto da coleção do Ambulatório de Lesões Genitais/Departamento de Tocoginecologia-HC/UFPR/Newton de Carvalho e Setor de Anatomia Patologica/Luiz Martins Colaço)

Fig. 4 - Lesão hiperkeratótica em Doença de Paget Vulvar como diagnóstico diferencial do LEA - (foto da coleção do Ambulatório de Lesões Genitais/Departamento de Tocoginecologia-HC/UFPR/Newton de Carvalho)



Fig. 5 – Caso de hipertrofia clitoridiana em paciente com LEA e uso crônico de creme de androgênio tóxico (foto da coleção do Ambulatório de Lesões Genitais/Departamento de Tocoginecologia-HC/UFPR/Newton de Carvalho)



Figs. 6 e 7 - Casos de lesões ulcerada e tumoral configurando Carcinoma Vulvar associado em pacientes portadoras de LEA-(foto da coleção do Ambulatório de Lesões Genitais/Departamento de Tocoginecologia-HC/UFPR/Newton de Carvalho)

LÍQUEN SIMPLES VULVAR

Líquen Simples Vulvar (LSV) ou também chamado Líquen Simples Crônico da Vulva se apresenta como um processo eczemático crônico da região vulvar onde o engrossamento da pele, frequentemente, é associado com fissura ou escoriações.

É um exemplo clássico da permanência do ciclo do prurido vulvar, pois com o processo pruriginoso se mantendo, há uma tendência do engrossamento da pele e, com isto, facilitando a instalação de soluções de continuidade, como fissuras, escoriações e persistência da área inflamatória. Com isto, há uma tendência de manutenção do prurido.

Etiopatogenia e Fatores de Risco

É mais observado em adultos jovens e alguns citam como tendo relação com situações de estresse. Outros, já se referem ao estresse como sendo fator de manutenção da lesão (7).

Diagnóstico

O prurido é o sintoma principal embora, em alguns casos, as perdas teciduais possam cursar com ardência ou até dor. Predomina a localização pontual em pele labial e, em algumas situações, a paciente se torna ansiosa, pois tem o sono perturbado pelo prurido noturno. Eventualmente, sobre as soluções de continuidade podem se instalar processos infecciosos secundários.

Na histopatologia predomina engrossamento das camadas da pele e hiperqueratose. Também ocorrem aumento e aprofundamento das papilas dérmicas (papilomatose) e processo inflamatório no colágeno.

O diagnóstico diferencial é feito com as demais condições anteriormente citadas. Entre elas principalmente com o LEA e ainda com candidíase a psoríase vulvar.

Tratamento

Como não se sabe exatamente a origem inicial do prurido, o tratamento visa, fundamentalmente, inibir o ciclo de manutenção deste. Para tanto, poderemos iniciar com aplicação de corticóides de média potência como betametasona (valerato) sendo que em alguns casos, se faz necessário o uso de alta potência como o clobetasol.

Os antihistamínicos podem ser interessantes, pois além de auxiliar no combate ao prurido, alguns deles também propiciam relativa sedação que podem ser importantes em alguns casos. Damos preferência para o hidroxizine usado via oral, à noite, antes da paciente dormir, na dose diária de 10 a 25 mg. Lembramos que nos casos onde se instalou processo infeccioso local, o uso de antibióticos deve ser associado.

Perspectivas

Alguns citam a injeção intralesional de corticóide (triacinolona) como medida heróica naqueles casos não responsivos e com resultados variáveis (7).

DOENÇAS VULVARES: VISÃO GERAL

De forma sumária podemos dizer que os sintomas de doenças vulvares são comuns, frequentemente crônicos, e podem interferir, significativamente, com o bem estar destas, bem como com sua emotividade e função sexual. Os sintomas presentes mais comuns são o prurido, a ardência e a dor. Na avaliação das mulheres que relataram tais sintomas, entre os diagnósticos sugeridos, estão as doenças dermatológicas onde se incluem as três entidades resumidamente descritas.

Condições agudas comumente associadas com prurido vulvar incluem dermatite de contato e infecções. As infecções não comentadas neste artigo, inclui principalmente as fúngicas e, entre elas, a candidíase (candidíase vulvovaginal) e tinea cruris, sendo que outras causas a serem pensadas são: tricomoníase, molusco contagioso, escabiose e pediculose.

Causas crônicas de prurido vulvar incluem dermatoses como: dermatite de contato e atópica, psoríase e atrofia genital, além das situações aqui comentadas, quais sejam o líquen escleroso, líquen plano e líquen simples. Devem ser afastadas, prioritariamente, as causas neoplásicas e entre elas a neoplasia intraepitelial vulvar, câncer vulvar e doença de Paget. A infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em algumas situações pode apresentar envolvimento com as neoplasias vulvares e, também, representa uma das importantes causas infecciosas. Entre as doenças sistêmicas que podem apresentar manifestação vulvar citam-se a doença de Crohn, tuberculose e, raramente, metástases de alguns tumores.

Por fim, não devemos esquecer que a região vulvar é altamente sensível a possíveis agentes irritantes e/ou pruriginosos-alérgenos. Entre eles, devemos citar as dermatites de contato associadas com talcos, sabões, antissépticos, borracha e látex de preservativos, contraceptivos vaginais, lubrificantes vaginais, detergentes, emolientes, tampões vaginais, e produtos de higiene vaginal em geral. Além do que, os tecidos de vestuário íntimo e jeans das calças, sobretudo quando associados ao clima com calor exagerado podem dificultar a aeração desta região e facilitar a instalação de processos irritativos. Igualmente, algumas medicações tóxicas como: anestésicos, antimicóticos, corticosteróides, ácido tricloroacético, podofilina ou cremes tópicos e vaginais em geral, também podem causar algum tipo de dermatite de contato.

Portanto, a região vulvar é, sobretudo, local onde deveremos ponderar o eventual benefício das medicações prescritas em relação aos seus possíveis efeitos colaterais irritantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Kirtschig G.; Wakelin S.H.; Wojnarowska F. Mucosal vulval lichen planus: outcome, clinical and laboratory features. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005 May;19(3):301-7.
- 2-Sherman V.; McPherson T.; Baldo M.; Salim A.; Gao X.H.; Wojnarowska F. The high rate of familial lichen sclerosus suggests a genetic contribution: an observational cohort study.. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010 Feb 25.
- 3-Kaupilla S.; Kotila V.; Knuuti E.; Väre P.O.; Vittaniemi P.; Nissi R. The effect of topical pimecrolimus on inflammatory infiltrate in vulvar lichen sclerosus. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Feb;202(2):181.e1-4.
- 4-ACOG Practice Bulletin No. 93: diagnosis and management of vulvar skin disorders - *Obstet Gynecol.* 2008 May;111(5):1243-53.
- 5-Jones R.W.; Scurry J.; Neill S.; MacLean A.B. Guidelines for the follow-up of women with vulvar lichen sclerosus in specialist clinics. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 May;198(5):496.e1-3.
- 6-Cooper S.; Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. *Arch Dermatol.* 2006 Mar;142(3):289-94.
- 7-Ball S.B.; Wojnarowska F. Vulvar dermatoses: lichen sclerosus, lichen planus, and vulvar dermatitis/lichen simplex chronicus - *Semin Cutan Med Surg.* 1998 Sep;17(3):182-8
- 8-Wilkinson E.J. & Stone I.K. –Atlas of Vulvar Disease – Ed. Williams & Wilkins, 2000

2010

Apoio:



GlaxoSmithKline



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia