Casos clínicos

Ginecologia da infância e adolescência

Discussão de casos · ambulatório e plantão

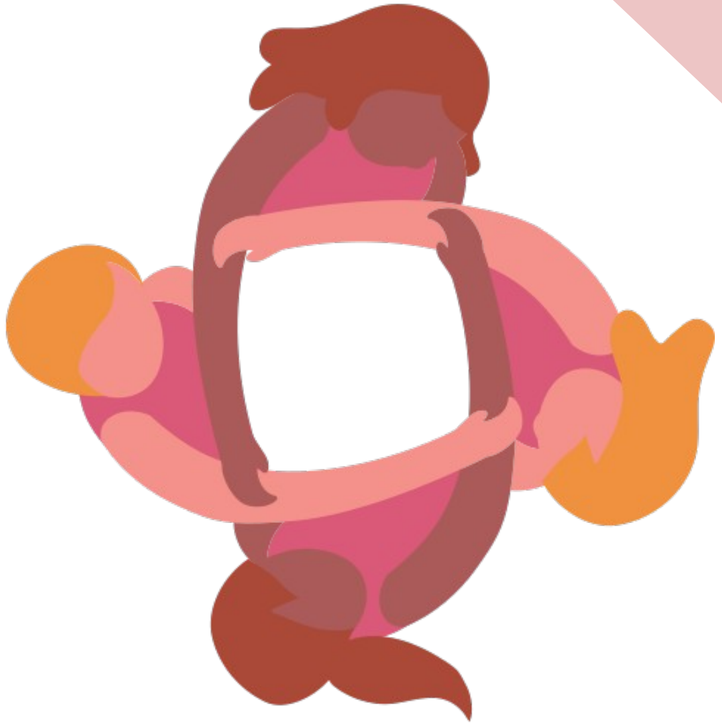
CASO 1| 'ELA VIVE COÇANDO'

Maria Eduarda, 5 anos, trazida pela mãe à UBS: creche em tempo integral.

Corrimento amarelado escasso e prurido vulvar há 3 semanas, pior à noite. Calcinha de lycra, banho de espuma, limpa-se sozinha 'de trás para frente'. Sem febre, disúria ou sangramento.

Exame em posição de rã, com a mãe ao lado: hiperemia vulvar e perineal difusa, secreção amarelada escassa, hímen anular íntegro, sem fissuras ou lesões; ânus normal. Sem odor fétido.

A mãe pergunta se 'é fungo' e pede 'aquela pomada'. A agente de saúde comentou, baixinho, se não seria 'coisa de abuso'.



É cândida? O que mais causa isso aos 5 anos? Que achados obrigariam a pensar em abuso — e como você responde à mãe?

Resolução do caso 1

Vulvovaginite inespecífica — 70% dos casos na pré-púbere. Hipoestrogenismo deixa a mucosa fina e alcalina, sem lactobacilos; períneo curto facilita contaminação fecal. Cândida é rara fora de fralda, antibiótico ou diabetes.

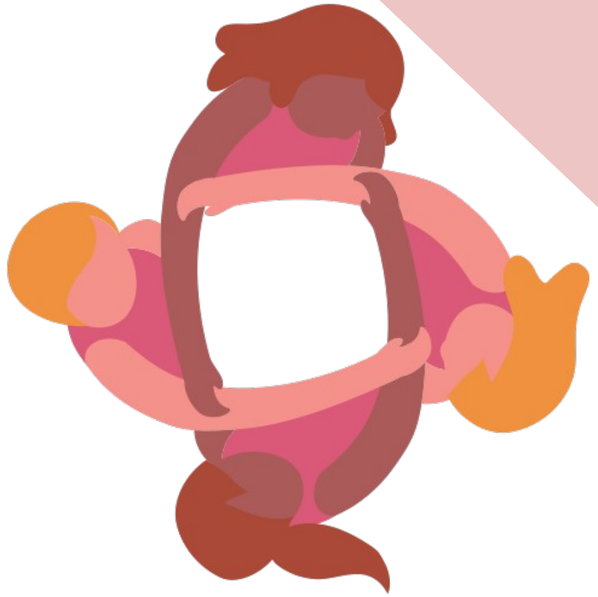
Conduta: higiene da frente para trás, algodão branco, sem calça apertada, banho de assento morno, sem sabonete perfumado; urinar de pernas abertas; emoliente. Reavaliar em 2–4 semanas.

Prurido noturno = oxiúros: fita gomada ou empírico — albendazol 400 mg VO dose única, repetir em 2 semanas, toda a casa.

Persistente, fétido ou com sangue: corpo estranho (papel higiênico) — irrigação com soro morno ou vaginoscopia sob sedação. Cultura: estreptococo do grupo A, H. influenzae, Shigella → antibiótico dirigido.

Quando pensar em abuso: IST fora do período neonatal (gonococo, clamídia, tricomonas, sífilis, HIV não perinatal), laceração himenal posterior (3–9 h), hematomas, relato, mudança de comportamento. Suspeita = notificar Conselho Tutelar (ECA, art. 13) e SINAN; não precisa de certeza.

Para a mãe: 'não é fungo e não vi sinal de violência; é irritação comum nessa idade'. Hímen íntegro não exclui abuso — mas aqui não há indício.



Inespecífica: higiene 1º

Coça à noite: albendazol

Fétido: corpo estranho

IST na criança: notificar

Fontes: FEBRASGO, Ginecologia Infanto-Juvenil (2021); SBP, Vulvovaginites na infância (2019); Adams JA et al., J Pediatr Adolesc Gynecol 2018 (achados em suspeita de abuso); ECA, Lei 8.069/1990.

CASO 2 | 'O PEITO DELA ESTÁ CRESCENDO'

Isabela, 7 anos e 2 meses, encaminhada pela pediatra.

Telarca bilateral percebida há 6 meses, hoje Tanner M3; pelos pubianos finos (P2); sem axilares, sem odor, sem acne. Velocidade de crescimento 9 cm no último ano. Estatura no percentil 97 (alvo familiar p50). IMC adequado.

Sem cefaleia, sem alteração visual, sem convulsões, sem manchas café-com-leite. Nasceu a termo, sem asfixia. Mãe teve menarca aos 11 anos.

Exames trazidos: idade óssea (Greulich-Pyle) 10 anos; LH basal 0,8 mUI/mL (eletroquimioluminescência); estradiol 35 pg/mL; USG pélvico: útero 4,2 cm, endométrio visível, ovários 2,8 e 3,1 mL.



Variante benigna ou puberdade precoce? Central ou periférica? O que falta e para quem você encaminha?

ANTES DOS 8 ANOS | COMO SEPARAR

	Telarca precoce isolada	Puberdade precoce central	Puberdade precoce periférica
Mecanismo	Ativação transitória/parcial do eixo, comum < 2 anos	Eixo hipotálamo-hipófise ativado (GnRH-dependente); idiopática em 90% das meninas	Esteroide sem GnRH: cisto ovariano, McCune-Albright, tumor, HAC, exógeno
Clínica	Só mama, sem pelos, sem estirão; pode regredir	Mama → pelos → estirão, sequência fisiológica; menarca em 2–3 anos	Sequência fora de ordem (sangramento antes da mama), rápida; café-com-leite, massa abdominal
Idade óssea	Compatível com a cronológica	Avançada > 1 ano (ou > 2 DP)	Avançada
LH basal / estímulo	LH < 0,3 mUI/mL; pico ao GnRH < 5	LH basal ≥ 0,3 mUI/mL já sugere; pico ao estímulo com GnRH/leuprorrelina ≥ 5 mUI/mL confirma	LH suprimido com estradiol alto; pico ao GnRH ausente
USG pélvico	Útero < 3,5 cm, ovários < 1–2 mL	Útero > 3,5–4 cm, endométrio visível, ovários > 2 mL	Cisto/tumor ovariano; útero estrogenizado
Conduta	Observar a cada 3–6 meses	RM de crânio (sempre < 6 anos; discutir 6–8); análogo de GnRH	Tratar a causa; sem análogo de GnRH

Fontes: SBP, Puberdade precoce — Guia prático (2022); MS, PCDT Puberdade Precoce Central (2023); Carel JC, Léger J, NEJM 2008; Latronico AC et al., Lancet Diabetes Endocrinol 2016.
Pontos de corte variam com o ensaio.

Resolução do caso 2

Puberdade precoce central, provavelmente idiopática: telarca antes dos 8 anos com progressão, estirão, idade óssea 3 anos à frente, LH basal 0,8 (≥ 0,3), útero › 4 cm com endométrio. Não é telarca isolada.

Por que não é variante benigna: telarca precoce isolada não acelera crescimento nem avança idade óssea, e o LH fica pré-puberal. Aqui a sequência é fisiológica (mama → pelos → estirão), só adiantada.

Central ou periférica? LH basal detectável em ensaio ultrassensível = eixo ligado = central. Se LH basal fosse < 0,3, faria o teste de estímulo (GnRH ou leuprorrelina 3,75 mg SC com LH em 2 h; pico ≥ 5 mUI/mL confirma). Estradiol alto com LH suprimido apontaria para periférica.

O que falta: RM de crânio com foco em hipotálamo-hipófise — hamartoma, glioma, cisto, hidrocefalia. Obrigatória abaixo dos 6 anos; entre 6 e 8 anos as sociedades recomendam fazer, sobretudo com progressão rápida como aqui. TSH para excluir hipotireoidismo grave (causa rara de PP sem estirão).

Encaminhar: endocrinologia pediátrica. Tratamento: análogo de GnRH — leuprorrelina 3,75 mg IM mensal (ou 11,25 mg trimestral) ou triptorrelina, disponíveis pelo PCDT do SUS. Objetivo: frear a maturação óssea para preservar estatura final e poupar a menina de menstruar aos 8 anos. Suspender por volta dos 11 anos de idade óssea/cronológica.

Para os pais: não é tumor na maioria; é um relógio adiantado, que a gente pausa. Sem o tratamento, ela para de crescer cedo e termina abaixo do alvo familiar.



Estirão + IO avançada = PP

LH basal ≥ 0,3 = central

RM de crânio antes de tratar

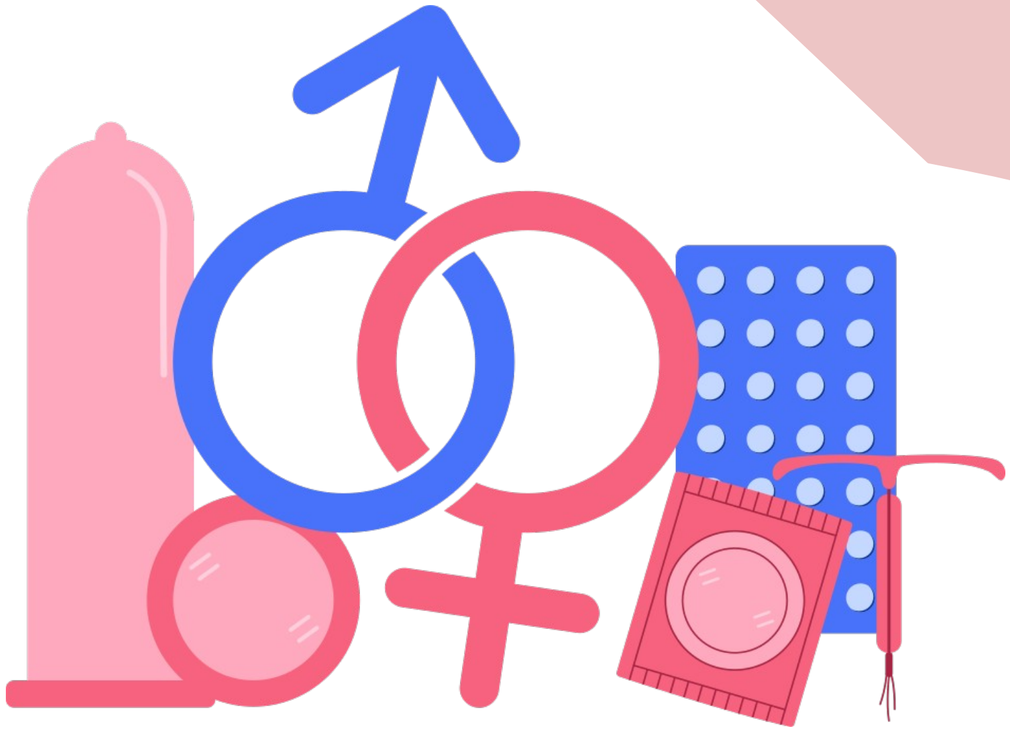
Análogo de GnRH pelo SUS

Fontes: SBP 2022; MS, PCDT Puberdade Precoce Central (2023); Latronico AC et al., Lancet Diabetes Endocrinol 2016.

CASO 3 | 'NÃO CONTA PARA A MINHA MÃE'

Júlia, 15 anos, 1º ano do ensino médio: veio sozinha ao ambulatório.

Menarca aos 12 anos, ciclos regulares, DUM há 8 dias. Namorado de 17 anos; relações há 3 meses, 'com camisinha quase sempre'. Quer 'um anticoncepcional que não precise lembrar' e pede que a mãe não saiba. Nega comorbidades, enxaqueca, tabagismo, trombose na família. PA 110×70 mmHg, IMC 21. Nunca fez exame ginecológico; está assustada com a ideia de 'exame com espéculo'. Não sabe se tomou vacina de HPV.
Pergunta se você é obrigado a chamar os pais, se ela pode pôr DIU 'mesmo sem ter filho' e se 'a injeção engorda'.



Você atende sem os pais? Precisa de espéculo? Qual é o melhor método para ela — e o que mais essa consulta precisa resolver?

ADOLESCENTE NO CONSULTÓRIO | REGRAS DO JOGO

Sigilo e autonomia

ECA (art. 17) e CEM 2019 (arts. 74 e 77): a adolescente com capacidade de discernimento tem direito ao sigilo, inclusive dos pais, salvo risco relevante à vida ou a terceiros

Na prática: parte da consulta a sós; explicar os limites do sigilo no início; registrar

Quebra justificada: abuso, ideação suicida, gravidez com risco, recusa de tratamento essencial

‹ 14 anos com relação sexual: é estupro de vulnerável (Lei 12.015/2009) — notificar e acolher, independentemente de 'consentimento'

Contracepção

LARC é 1ª linha (FEBRASGO, SBP, ACOG CO 735, OMS MEC): implante de etonogestrel ou SIU-LNG 52 mg; DIU de cobre também. Nuliparidade e idade não contraindicam

Sem espéculo para iniciar método: anamnese, PA, IMC bastam; toque só para inserir DIU/SIU

Injetável trimestral (DMPA): pode (OMS categoria 2 < 18 anos), mas atrasa pico de massa óssea e engorda mais que os outros — não é a 1ª escolha

Pílula combinada como ponte até o LARC; não exige exame; preservativo sempre (dupla proteção)

O resto da consulta

Testes rápidos: HIV e sífilis; clamídia/gonococo em urina se disponível — ela tem < 25 anos e parceiro sem preservativo constante

Vacina HPV: SUS 9–14 anos dose única; aos 15 anos, dose única de resgate ampliada pelo MS em 2025 para 15–19 anos não vacinados — verificar caderneta

Citologia: só a partir dos 25 anos (MS/INCA)

Contracepção de emergência: ensinar antes de precisar: levonorgestrel 1,5 mg até 5 dias

Violência, humor, álcool, escola: HEEADSSS em 5 minutos

Fontes: ECA (Lei 8.069/1990); CFM, Código de Ética Médica (Res. 2.217/2018); FEBRASGO, Anticoncepção na adolescência (2021); SBP, Guia de Anticoncepção na Adolescência (2018); ACOG Committee Opinion 735 (2018); OMS MEC 5ª ed. 2015; MS/PNI 2024–2025; INCA, Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo (2016).

Resolução do caso 3

Atende sim, sozinha e com sigilo; sem espéculo; o melhor método é um LARC — e a consulta ainda rastreia IST, confere vacina e ensina contracepção de emergência.

Sigilo: 'O que você me contar fica entre nós, a menos que eu veja risco para você.' Aos 15, com discernimento, ela decide (ECA, CEM). Namorado de 17: relação lícita (≥ 14). Registre a avaliação de capacidade.

Exame: PA, peso e conversa bastam. Sem Papanicolau antes dos 25. Espéculo só no dia da inserção de DIU/SIU; o implante não exige nenhum.

Método: 'sem lembrar' = implante de etonogestrel (3 anos, 2 minutos no braço, sem exame pélvico) ou SIU-LNG 52 mg (8 anos). DIU em nulípara pode. Avisar do sangramento irregular. Ponte até o LARC: pílula combinada + preservativo.

'A injeção engorda?': o DMPA é o que mais pesa na balança e no osso — pode, mas não é a melhor escolha.

Ainda hoje: teste rápido HIV/sífilis, clamídia/gonococo em urina se houver; caderneta de HPV (resgate se não vacinada); levonorgestrel 1,5 mg explicado; HEEADSSS; retorno em 3 meses.



Sigilo: ECA + CEM

Sem espéculo para prescrever

LARC 1ª linha, nulípara pode

HPV, IST, LNG de emergência

Fontes: ECA; CEM 2019; FEBRASGO 2021; SBP 2018; ACOG CO 735; OMS MEC 2015; MS/PNI 2025.

QUEIXA GINECOLÓGICA NA CRIANÇA E NA ADOLESCENTE | PRIMEIROS PASSOS

Antes de tudo: acolher, explicar cada passo, criança com a mãe e em posição de rã; adolescente com um tempo A SÓS. Nunca forçar exame — se precisar, é sob sedação

CORRIMENTO / PRURIDO na pré-púbere → higiene, roupa, oxiúros (albendazol). Fétido, com sangue ou persistente → corpo estranho / cultura. Cândida é exceção

SINÉQUIA de pequenos lábios: assintomática → observar (resolve com estrogenização). Sintomática → estriol tópico 2×/dia por 2–4 semanas. Nunca separar à força

MAMA OU PELO antes dos 8 anos (menarca < 9) → idade óssea + LH basal + USG pélvico. Estirão ou IO > 1 ano à frente → PPC provável → RM de crânio → endócrino pediátrico

SEM MENARCA aos 15 (com mamas) ou aos 13 sem nenhum caráter sexual = amenorreia primária → βhCG, FSH, TSH, prolactina, USG; dor cíclica + abaulamento vaginal = hímen imperfurado

ADOLESCENTE pede contracepção → sigilo (ECA/CEM), sem espéculo, LARC 1ª linha, testes rápidos, HPV, LNG de emergência. < 14 anos com relação sexual = notificar

SINAIS DE ALERTA (abuso): IST fora do período neonatal, laceração himenal posterior, lesões em genitália, relato, gravidez < 14 anos → notificação compulsória (Conselho Tutelar + SINAN), exame por equipe treinada

Em qualquer idade: sem Papanicolau antes dos 25; sem antifúngico 'por reflexo'; sem exame ginecológico que a paciente não entenda

Fontes: FEBRASGO, Ginecologia Infanto-Juvenil (2021); SBP 2019/2022; MS, PCDT Puberdade Precoce Central (2023); ECA; CEM 2019.

Pegadinha de prova

Adolescente de 16 anos, sem menarca, com mamas Tanner M4 e pelos pubianos P4, refere dor pélvica cíclica mensal há 6 meses, progressiva, com episódio de retenção urinária. Ao exame: abaulamento violáceo no introito vaginal, hímen sem orifício, massa suprapúbica dolorosa. O diagnóstico e a conduta são:

A Síndrome de Rokitansky; encaminhar para neovagina e cariótipo.

B Amenorreia primária hipogonadotrófica; solicitar RM de hipófise.

C Hímen imperfurado com hematocolpo; himenotomia cirúrgica, com drenagem do conteúdo.

D Síndrome de insensibilidade androgênica; cariótipo e gonadectomia após a puberdade.

E Atraso constitucional da puberdade; observar por mais 12 meses.

Pegadinha de prova

Adolescente de 16 anos, sem menarca, com mamas Tanner M4 e pelos pubianos P4, refere dor pélvica cíclica mensal há 6 meses, progressiva, com episódio de retenção urinária. Ao exame: abaulamento violáceo no introito vaginal, hímen sem orifício, massa suprapúbica dolorosa. O diagnóstico e a conduta são:

A Síndrome de Rokitansky; encaminhar para neovagina e cariótipo.

B Amenorreia primária hipogonadotrófica; solicitar RM de hipófise.

C Hímen imperfurado com hematocolpo: himenotomia cirúrgica, com drenagem do conteúdo.

D Síndrome de insensibilidade androgênica; cariótipo e gonadectomia após a puberdade.

E Atraso constitucional da puberdade; observar por mais 12 meses.

PARA LEVAR

1

Corrimento na menina pré-púbere é inespecífico em 70%: higiene, roupa, oxiúros. Fétido ou com sangue é corpo estranho; cândida é exceção. IST fora do período neonatal é abuso até prova em contrário — notifique.

2

Mama antes dos 8 anos com estirão e idade óssea avançada é puberdade precoce central: LH basal ≥ 0,3, USG, RM de crânio e análogo de GnRH pelo SUS. Telarca isolada não cresce nem avança osso: observe.

3

Adolescente com discernimento tem direito a sigilo (ECA, CEM) e a contracepção sem espéculo: LARC primeiro, nulípara pode; < 14 anos é notificação. Sem menarca aos 15 com dor cíclica e abaulamento violáceo: hímen imperfurado — himenotomia.