



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA RAPOSO FERREIRA

PATOLOGIA BENIGNA DA VULVA NAS DIFERENTES FASES DA
VIDA DA MULHER

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA

ÁREA CIENTÍFICA DE GINECOLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTORA MARIA MARGARIDA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO DIAS

DRA. FERNANDA PATRÍCIA ANTUNES DOS SANTOS

MARÇO/2023

PATOLOGIA BENIGNA DA VULVA NAS DIFERENTES FASES DA VIDA DA MULHER

Mariana Raposo Ferreira*

*Correio eletrónico: uc2020242929@student.uc.pt
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Polo III, Ciências da Saúde,
Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-548 Coimbra Portugal

Índice

1	Resumo	6
2	Abstract	7
3	Lista de Siglas	8
4	Introdução	9
5	Materiais e Métodos	11
6	Discussão	12
6.1	Anatomia	12
6.2	Anamnese da Patologia Vulvar	13
6.3	Exame Físico e Exames complementares	14
6.4	Variantes do Normal	16
6.4.1	Fase Pediátrica	16
6.4.1.1	Sinéquias Vulvares	16
6.4.2	Fase Reprodutiva	16
6.4.2.1	Papilomatose Vestibular	16
6.4.2.2	Spots de Fordyce	17
6.4.3	Menopausa	18
6.4.3.1	Atrofia vulvovaginal	18
6.5	Dermatoses	21
6.5.1	Fase Pediátrica	21
6.5.1.1	Eczema Vulvar	21
6.5.2	Fase Pubertária/Adolescência	22
6.5.2.1	Doença de Hailey-Hailey	22
6.5.3	Fase Reprodutiva	23
6.5.3.1	Líquen Simples Crônico	23
6.5.3.2	Hidradenite Supurativa	24
6.5.3.3	Psoríase	25
6.5.4	Menopausa	27
6.5.4.1	Líquen escleroso	27
6.5.4.2	Líquen plano	29
6.6	Doenças Infeciosas	31
6.6.1	Fase Pediátrica	31
6.6.1.1	Impétigo	31
6.6.1.2	Molúsculo contagioso	32
6.6.1.3	Vulvovaginites	32
6.6.2	Fase Pubertária/Adolescência	34

6.6.2.1	Vulvovaginites _____	34
6.6.3	Fase Reprodutiva _____	35
6.6.3.1	Foliculite/Furúnculos _____	35
6.6.3.2	Infeções sexualmente transmissíveis _____	36
6.6.3.2.1	Condiloma acuminado _____	36
6.6.3.2.2	Sífilis _____	37
6.6.4	Menopausa _____	38
6.6.4.1	Herpes Zoster _____	38
6.7	Úlceras _____	40
6.7.1	Fase Pediátrica/Pubertária _____	40
6.7.1.1	Úlcera de Lipschütz _____	40
6.7.2	Fase Reprodutiva _____	41
6.7.2.1	Infeciosas _____	41
6.7.2.1.1	Herpes Vulvar _____	41
6.7.2.1.2	Vírus da imunodeficiência humana _____	42
6.7.2.2	Não Infeciosas _____	43
6.7.2.2.1	Doença de Behçet _____	43
6.7.2.2.2	Doença de Crohn _____	44
6.7.2.2.3	Úlcera vulvar por fármacos/Erupção fixa à droga _____	45
6.8	Tumores Benignos _____	46
6.8.1	Fase Pubertária/Adolescência _____	46
6.8.1.1	Pólipos Fibroepiteliais _____	46
6.8.1.2	Quistos Epidermóides _____	46
7	Conclusão _____	48
8	Agradecimentos _____	49
9	Referências _____	50

1 Resumo

A vida da mulher pauta-se por diferentes fases, constituídas por diferentes características. A prevalência das patologias benignas da vulva também evolui ao longo da vida da mulher, sendo possível classificá-las de acordo com cada etapa.

Apesar do carácter benigno, estas lesões demonstram impacto significativo na qualidade de vida destas mulheres, representando a causa para mais de dez milhões de consultas por ano.

Vários fatores favorecem a predisposição para a patologia vulvar, como as relações anatómicas estabelecidas ou as condições de temperatura, humidade e vestuário a que a região vulvar se encontra sujeita.

O diagnóstico é complexo, tendo em conta a sintomatologia inespecífica e sobreponível subjacente, mas também pelo estigma e educação sexual deficitária que geram relutância na procura de auxílio médico.

Para a identificação destas patologias é imprescindível uma anamnese rigorosa e um exame físico cuidadoso, tendo como base o conhecimento da anatomia vulvar. Os exames completos também devem ser adaptados à patologia vulvar e as suas particularidades.

Esta revisão narrativa visa criar um documento informativo sobre as patologias vulvares benignas mais frequentes em cada fase da vida da mulher, sendo abordadas as variantes do normal, as dermatoses, as doenças infecciosas, as úlceras e os tumores benignos. Para cada patologia refere-se a respetiva etiologia e epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento disponível.

Palavras-Chave: “patologia vulvar benigna”, “variantes anatómicas vulvares”, “dermatoses vulvares”, “doenças infecciosas da vulva”, “úlceras vulvares”, “tumores benignos da vulva”.

2 Abstract

The woman's life is guided by different phases, consisting of different characteristics. The prevalence of benign pathologies of the vulva also evolves throughout the woman's life, therefore facilitating a classification of them according to each stage of life.

Despite the benign nature, these lesions demonstrate a significant impact on the quality of life of these women, representing the cause for more than ten million consultations per year.

Several factors favor the predisposition to vulvar pathology, such as established anatomical relationships or the temperature, humidity, and clothing to which the vulvar region is subject.

Diagnosis is complex, considering the underlying nonspecific and overlapping symptoms, furthermore the stigma and deficient sex education generate reluctance to seek medical help.

For the identification of these pathologies, a rigorous anamnesis and a careful physical examination is essential, based on the knowledge of the vulvar anatomy. Diagnostic tests should also be adapted to vulvar pathology and its distinctiveness.

This narrative review aims to create an informative document on the most frequent benign vulvar pathologies at each stage of a woman's life, it will be discussed variants of normal, dermatoses, infectious diseases, ulcers, and benign tumors. For each pathology, its etiology and epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and treatments available are reported.

Keywords: “benign vulvar pathology”, “vulvar anatomical variants”, “vulvar dermatoses”, “infectious diseases of the vulva”, “vulvar ulcers”, “benign tumors of the vulva”.

3 Lista de Siglas

AINE	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
AVV	Atrofia Vulvovaginal
DC	Doença de Crohn
DHH	Doença de Hailey-Hailey
EBV	Vírus Epstein-Barr
ECA	Eczema de Contacto Alérgico
ECI	Eczema de Contacto Irritativo
EV	Eczema Vulvar
EVA	Eczema Vulvar Atópico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HSV	Herpes Simplex Vírus
HZ	Herpes Zoster
IECA	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
ISSVD	Sociedade Internacional para o estudo de Doenças Vulvovaginais
ISSWSH	Sociedade Internacional para o estudo da Saúde Sexual das Mulheres
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LP	Líquen Plano
LSC	Líquen Simples Crónico
MC	Molusco Contagioso
NAAT	Amplificação de Ácidos Nucleicos
NAMS	Sociedade Norte-Americana de Menopausa
PASI	Índice de Pontuação de Atividade Psoriática
PCR	Reação em Cadeia de Polimerase
PF	Pólipos Fibroepiteliais
PV	Papilomatose Vestibular
QoL	Qualidade de Vida
SGUM	Síndrome Genitourinária da Menopausa
SV	Sinéquias Vulvares
UL	Úlcera de Lipschutz
VB	Vaginose Bacteriana
VHIS	Pontuação do Índice de Saúde Vaginal
VZV	Vírus Varicela-Zoster

4 Introdução

As diferentes etapas na vida da mulher pautam-se por características específicas, que tornam cada fase singular. Tanto as características vulvares, que se alteram consoante a fase reprodutiva, como a prevalência das patologias benignas da vulva, contribuem para a distinção de cada etapa, permitindo estabelecer uma distribuição por idades.

As lesões vulvares apresentam um amplo espectro de etiologias e embora raramente sejam doenças ameaçadoras de vida, podem associar-se a sintomatologia invalidante e recidivante, com impacto significativo na QoL, associado a problemas psicossociais e sexuais.¹ As alterações vulvares constituem um dos principais motivos de admissão nos serviços de Ginecologia, constituindo a causa de mais de dez milhões de consultas por ano, no entanto, a prevalência exata deste grupo de patologias permanece desconhecida.²⁻⁴

A frequência da patologia vulvar prende-se também com a sua maior predisposição a infeções, visto que, estabelece relações anatómicas de proximidade com a uretra e o ânus. Para além disso, as condições a que a região vulvar é sujeita, designadamente, o ambiente quente, húmido e maioritariamente sujeito a vestuário apertado e a conseqüente fricção, promovem o enfraquecimento da função de barreira cutânea, o que propicia fenómenos de irritação vulvar.^{2,5-8}

Apesar de a vulva ser a estrutura genital feminina mais visível, é a que menos atenção tem recebido na literatura, sendo muitas vezes negligenciada e associada a elevada incidência de falha diagnóstica, conduzindo à cronicidade das lesões e conseqüentemente a elevados custos para o sistema de saúde. A sintomatologia subjacente é frequentemente inespecífica e sobreponível, sendo o prurido, dor, irritação vulvar e/ou dispareunia as queixas mais frequentes. Por outro lado, o estigma e os tabus culturais, associados aos genitais femininos, assim como, a lacuna na educação sexual, geram relutância na procura de auxílio médico. Esta hesitação contribui para um maior atraso no estudo etiológico e diagnóstico, já de si complicados, o que conseqüentemente concorre para a progressão e cronicidade da patologia. Em 2021, Preti et al. ao estudar o conhecimento das mulheres sobre anatomia e autoexame vulvar, percebeu que cerca de 61% expressam sentimento de constrangimento e somente 15% foi capaz de desenhar a vulva e as suas estruturas. Além do desconhecimento, apenas 23% das mulheres procurariam aconselhamento clínico, caso identificassem possíveis anomalias. Por fim, a investigação diagnóstica também se encontra afetada pelo desafio clínico associado ao diagnóstico destas doenças, além da sobreposição entre especialidades, como a ginecologia, a dermatologia e a medicina

geral e familiar. Em 2012, um inquérito realizado pela ISSVD, revelou que apenas 19% dos clínicos receberam formação para a doença vulvar e somente 11% durante a subespecialização. ^{1,2,4-14}

Da necessidade de melhorar a prestação de cuidados e a QoL destas mulheres, surge esta revisão narrativa. ^{8,13} Este trabalho visa apresentar uma revisão sobre as patologias benignas vulvares mais frequentes, estratificadas pelas diferentes fases de vida da mulher, com as respetivas etiologias e epidemiologias, manifestações clínicas, métodos de diagnóstico e eventuais terapêuticas.

5 Materiais e Métodos

Procedeu-se à realização de uma revisão narrativa, tendo por base, uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed*, em combinação com pesquisa na base de dados *Embase*, empregando como palavras-chave: “*benign vulvar pathology*”, “*anatomical vulvar variants*”, “*dermatoses*”, “*infectious diseases*”, “*ulcers*” e “*benign tumors*”, “*gynecology*”.

Foram analisados estudos originais, orientações, revisões e metanálises publicadas em inglês e português. Foram selecionados artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2022, sendo privilegiados os mais recentes. Quando consideradas pertinentes, foram analisadas referências bibliográficas dos artigos selecionados.

6 Discussão

6.1 Anatomia

A vulva é um órgão genital feminino externo, que em virtude dos estrogénios e ausência de androgénios, se desenvolve no embrião do sexo feminino, por volta das onze semanas de gestação. Este órgão engloba diversas estruturas, diferentes tipos de pele e sofre alterações com a idade.^{5,11,15}

As estruturas constituintes da vulva são definidas como componentes eréteis, como os pequenos lábios e o clitóris, e componentes não eréteis como o monte púbico, os grandes lábios, o vestíbulo vulvar, o meato uretral, o introito vaginal, e as glândulas vestibulares de Bartholin e Skene.^{1,6,9,11}

Quanto às componentes eréteis, os pequenos lábios são pregas cutâneas de pele glabra e pigmentada, a sua constituição é desprovida de tecido adiposo e rica em terminações nervosas e recetores sensoriais. Encontram-se lateralmente ao vestíbulo e medialmente aos grandes lábios, a sua porção anterior forma o prepúcio e o freio do clitóris e fundem-se posteriormente na comissura posterior.^{5,11,15,16} Apresentam grande diversidade quanto à sua textura, forma e dimensões, dado que em largura podem variar entre 0,7-5 centímetros e em comprimento podem oscilar entre 2-10 centímetros. Podem ser assimétricos ou duplicados de um ou de ambos os lados.^{9,11,16} O clitóris é composto por componentes externos e internos, estes últimos incorporados nos pequenos lábios.^{11,16}

Quanto às componentes não eréteis, o monte púbico representa uma área triangular invertida na parte superior da vulva, sendo constituído por tecido adiposo subcutâneo coberto por pele com folículos pilosos. Inferiormente, os grandes lábios, duas pregas cutâneas proeminentes, que partem anteriormente do monte púbico até se fundirem posteriormente, no corpo perineal, distando entre estes dois pontos 7-12 centímetros. São constituídos por tecido adiposo e cobertos por pele pigmentada, com folículos pilosos e glândulas nas faces externas, enquanto nas faces internas permanece lisa, rosada e sem pelos.^{11,15,16} A região delimitada anteriormente pelo clitóris, posteriormente pela comissura posterior e lateralmente pela linha de Hart, é denominada de vestíbulo vulvar. O vestíbulo engloba diversas estruturas, nomeadamente o meato uretral externo, o introito vaginal, o hímen, o bulbo vestibular, os óstios das glândulas vestibulares menores e de duas glândulas vestibulares maiores (de Bartholin), que participam na lubrificação.^{6,9,11,15,16}

A linha de Hart é uma linha imaginária que assenta na borda interna dos pequenos lábios, contornando o vestíbulo e representa a zona de transição entre o epitélio

escamoso queratinizado dos pequenos lábios e o epitélio de transição não queratinizado do vestíbulo vulvar. Este epitélio, sem superfície queratinizada que confira uma barreira de proteção, predispõe a irritações e/ou infeções. ^{6,9,15,16}

O hímen é uma estrutura composta por uma camada fina de pele glabra, a sua aparência normal possui variações consideráveis, sendo possível surgir em forma de anel, dobra semilunar ou ser inexistente. ¹¹

A vascularização vulvar depende das artérias pudendas internas e externas e veias que drenam para as veias pudendas internas. A inervação é realizada por ramos do plexo lombar, nomeadamente, pelos nervos ilioinguinais e genitofemorais na região ântero-superior e pelo nervo pudendo nas restantes. ^{6,11,16}

6.2 Anamnese da Patologia Vulvar

A entrevista clínica necessita que o clínico estabeleça um diálogo empático e que reforce a confidencialidade, com vista a criar uma boa relação médico-doente. ^{5,6,14}

Para o diálogo sobre queixas vulvares, é imperativo conhecer a sua idade e consequente *status* hormonal, pois permitem orientar o diagnóstico. ¹⁵

O clínico deve investigar a existência de corrimentos anormais, prurido, dor, dispareunia, hemorragias ou disúria. Na maioria dos casos, ocorre sobreposição de sintomas, não sendo possível identificá-los de forma isolada. ^{4,14} Entre os sintomas mais frequentes, destacam-se o prurido e a dor, sendo esta descrita de diversas formas, como ardor, picadas ou dispareunia. ¹⁴

A caracterização dos sintomas é essencial, pelo que, devemos questionar quanto ao início, localização, duração e evolução, bem como, fatores de alívio, agravamento e de risco. Podem ser descritos como localizados ou generalizados. ^{4,5,14}

Na história clínica, é indispensável questionar os antecedentes sexuais, história menstrual, antecedentes cirúrgicos, hábitos de higiene íntima e medicação habitual ou recentemente instituída, como, antibióticos, antifúngicos, contraceptivos ou medicamentos não sujeitos a receita médica. A automedicação é uma prática frequente, pelo que a honestidade da paciente é encorajada, principalmente perante quadros recidivantes. ^{4,5,14}

Além dos sintomas vulvares deve-se procurar perceber o impacto na QoL, e averiguar sinais de depressão, ansiedade e ideação suicida. ^{13,14}

Por fim, é importante informar a doente sobre medidas preventivas como hábitos de higiene vulvar, com produtos de pH adequado, hipoalergénicos e que proporcionem a hidratação dos tecidos. Além disso deve ser aconselhada a evicção do uso de roupa apertada e húmida, e de agentes potencialmente irritantes como, pensos higiénicos

diários, sabonetes neutros ou alcalinos e produtos perfumados e com álcool.^{4,5,17}

6.3 Exame Físico e Exames complementares

O exame ginecológico deve ser efetuado após consentimento informado e na presença de uma enfermeira.^{14,17}

Em crianças, deve decorrer no colo do progenitor ou representante legal em posição *frog-leg* (decúbito dorsal com as plantas dos pés unidas), permitindo visualizar toda a vulva, incluindo o hímen.¹⁴

O exame deve iniciar-se pela inspeção, procurando descrever a localização, o tamanho, tipo de lesão primária, coloração e achados de morfologia secundária associados (Tabela 1 e 2).^{14,15,18}

Tabela 1 – Lesões primárias e as respetivas características.

Lesão Primária	Tamanho	Características
Mácula	Menos de 1,5 centímetros	Lesão plana e pigmentada
Mancha	Mais de 1,5 centímetros	Lesão plana e pigmentada
Pápulas	Menos de 1,5 centímetros	Lesão palpável
Nódulo	Mais de 1,5 centímetros	Lesão palpável
Placa	Mais de 1,5 centímetros	Lesão palpável e achatada
Vesícula	Menos de 1,5 centímetros	Coleção de líquido claro
Bolha	Mais de 1,5 centímetros	Coleção de líquido claro
Pústula	_____	Coleção de líquido purulento

Tabela 2 – Exemplos de achados de morfologia secundária associados à lesão vulvar.

Eczema	Placas eritematosas, pruriginosas e mal definidas.
Liquenificação	Tecido espessado e proeminência dos sulcos cutâneos.
Escoriação	Lesão superficial no seguimento de abrasão por prurido.
Erosão	Ferida aberta com perda total ou parcial da epiderme.
Fissura	Erosão linear.
Úlcera	Ferida aberta com perda da epiderme e prejuízo da derme.

A presença de ulceração, necrose, hemorragia, hiperqueratose ou lesões exofíticas devem ser consideradas sinais de alerta, pois podem sugerir malignidade.¹⁸

Recomenda-se solicitar à doente que aponte e localize os sintomas, para que se perceba se coincidem com as anomalias identificadas ou para orientar o clínico quando

não sejam identificadas alterações. ¹⁴

Perante a suspeita de vulvodinia, um quadro de exclusão de dor vulvar, devemos efetuar o *Q-tip test* como forma de confirmação. ^{5,15}

O exame a fresco pode ser muito informativo, visto permitir identificar *Trichomonas*, *clue cells* (úteis para diagnóstico de VB), leveduras e pseudohifas e avaliar a presença de citólise ou inflamação. A cultura pode ter lugar em casos particulares de incerteza diagnóstica ou falha terapêutica. ^{4,5,14}

O pH vaginal poderá ser orientador de diagnóstico. Tendo conhecimento que os valores normais na idade fértil rondam os 4-4,5, um valor alcalino pode sugerir a presença de eritrócitos, leucócitos, sémen, tricomoníase ou VB. ^{4,5,14}

Caso um corrimento anormal levante suspeitas de gonorreia ou clamídia deve ser analisado por NAAT. ^{4,5}

Sempre que os sintomas e fatores de risco o justifiquem, deve ser realizado o rastreio para ISTs. Especialmente perante úlceras genitais, mesmo as sugestivas de patologia não infecciosa, está recomendada a testagem para HSV e Sífilis. O teste para o HIV, deve ser realizado antes de iniciar qualquer tratamento imunossupressor. Se confirmada a presença de IST, é obrigatória a notificação da doença e o tratamento dos parceiros. ¹⁷

O impacto diagnóstico da vulvoscopia é controverso, embora existam artigos que mencionem os benefícios da ampliação no diagnóstico de lesões pré-malignas, os estudos atuais demonstram ausência vantagem sobre a baixa ampliação. ¹⁵

O ácido acético para deteção de lesões por HPV não se revela útil na região vulvar, dado demonstrar baixa sensibilidade e especificidade (44% e 68%, respetivamente), e elevada frequência de falsos positivos. ¹⁵

Nos casos suspeitos de dermatite de contacto alérgica são considerados os *Patch Tests*. O valor preditivo positivo destes varia entre 16% e 78%, dependendo da clínica e da população testada. ^{14,15}

A biópsia vulvar permanece um exame vantajoso, indicada na presença de úlceras não cicatrizantes, falha terapêutica, lesões com pigmentação suspeita, bordos irregulares ou sinais suspeitos de pré-malignidade ou malignidade. ^{4,14}

Deve-se ainda educar para a anatomia vulvar e autoexame, de forma que a doente participe ativamente no seu tratamento e seguimento. A informação transmitida deve ser preferencialmente por meio de demonstração, tanto no corpo, como através de imagens, visto que estimulam a memorização. ^{6,9,1}

6.4 Variantes do Normal

6.4.1 Fase Pediátrica

6.4.1.1 Sinéquias Vulvares

Epidemiologia

As SV (ou aderências labiais), definem-se pela fusão completa ou parcial dos pequenos lábios na linha média. Esta variação anatômica congênita ou adquirida, afeta cerca de 0,6-5% das crianças.^{19,20} O seu aparecimento ocorre sobretudo após os 3 meses, 88% antes dos 2 anos.^{19,21}

A etiologia não é totalmente compreendida, contudo, o déficit de estrogénios e a reepitelização cutânea por microtrauma parece o argumento mais provável.¹⁹⁻²¹

A limpeza excessiva do períneo, a higiene deficitária, a fralda, as vulvovaginites ou o eczema são fatores predisponentes. As SV em associação a traumatismo genital, podem representar um sinal de alarme para eventual abuso sexual.¹⁹⁻²¹

Manifestações

Apenas 10-40% apresentam sintomatologia.^{19,20}

O grau de adesão determina a clínica. Em 19,9% dos casos de adesão grave, são descritas Infecções urinárias recorrentes.¹⁹⁻²¹

Tratamento

Aproximadamente 80% dos casos resolvem espontaneamente, no entanto, perante necessidade terapêutica, a estrogenoterapia associada a tração dos dos lábios, durante duas a oito semanas, são opção de primeira linha.¹⁹⁻²²

A lise cirúrgica, deve ser reservada para casos severos, uma vez que pode estar associada ao desenvolvimento de aderências resistentes.^{19,21}

6.4.2 Fase Reprodutiva

6.4.2.1 Papilomatose Vestibular

Epidemiologia

A PV é uma variante benigna da mucosa vulvar, que afeta 5-33% das mulheres, principalmente entre 21 e 56 anos.²³⁻²⁶

Manifestações

A inspeção demonstra aglomerados de micropapilas com tonalidade idêntica à mucosa adjacente, que cobrem a porção interna dos pequenos lábios e vestibulo e se dispõem de forma simétrica e organizada. As projeções vulvares monomórficas de 1-2 milímetros de diâmetro, apresentam aparência filiforme com extremidades arredondadas e bases individuais, recobertas por superfície lisa e macia, sem sensibilidade acrescida ao toque. ²³⁻²⁶

A maioria é assintomática, contudo, podem referir prurido, dor, sensação de queimadura e dispareunia. ²³

Diagnóstico

A PV é comumente confundida com condilomas acuminados, no entanto, este último apresenta papilas largas, firmes, esbranquiçadas, irregulares, com extremidades pontiagudas e base comum. ²⁴⁻²⁷ Na dermatoscopia, a PV apresenta canais vasculares abundantes e irregulares, enquanto o condiloma acuminado apresenta um aspeto nodoso e padrão vascular glomerular ou pontilhado. ^{24,26} Na exposição a ácido acético, o condiloma acuminado torna-se esbranquiçado, a falta de reação indica PV. ^{23,24}

Tratamento

O tratamento revela-se desnecessário. ^{25,26}

6.4.2.2 Spots de Fordyce

Epidemiologia

Os *Spots* ou manchas de Fordyce são coleções de glândulas sebáceas mais desenvolvidas, sem associação a folículo piloso, cobertas por mucosa intacta. A incidência aumenta com a idade, estando presente entre 70-80% dos adultos. ²⁸⁻³⁰ A etiologia não é totalmente conhecida, embora se desenvolvam na puberdade associadas a alterações hormonais e em indivíduos com perfis lipídicos elevados. ^{28,29}

Manifestações

Geralmente são assintomáticas. ^{28,30}

Apresentam-se como pápulas ou placas de tonalidade amarela-esbranquiçada de um a três milímetros. Surgem isoladas ou agrupadas, tendencialmente de forma bilateral e simétrica. Ocorrem principalmente no bordo superior dos lábios mas também podem nos pequenos lábios (Fig.1). ^{28,30}

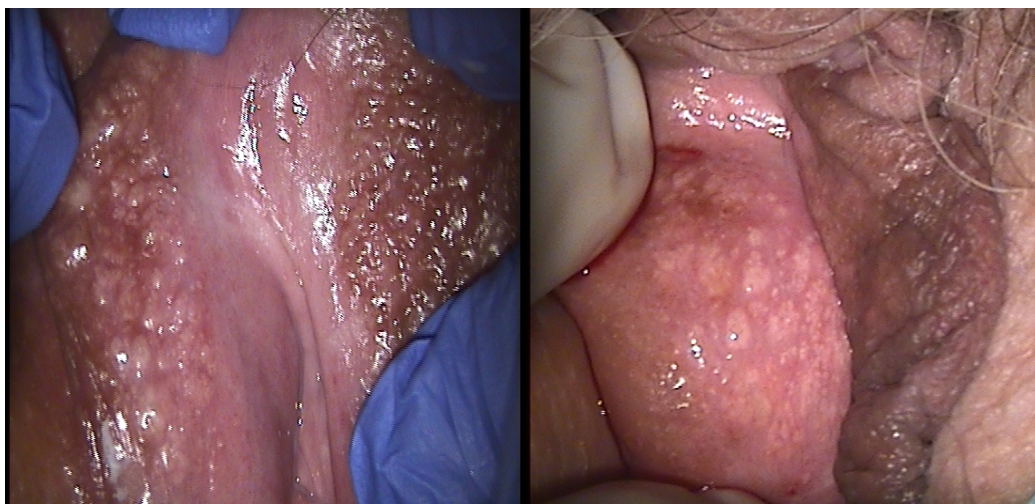


Figura 1 - **Spots de Fordyce** ao longo dos pequenos e grandes lábios da vulva.
(Imagem por cortesia da Dra. Fernanda Santos, fotografada sob autorização da doente.)

Diagnóstico

A inspeção estabelece o diagnóstico.²⁸

Tratamento

Não necessita de terapêutica.^{28,30}

6.4.3 Menopausa

6.4.3.1 Atrofia vulvovaginal

Epidemiologia

A AVV insere-se no SGUM, introduzido em 2014 por consenso da NAMS e da ISSWSH. O SGUM é uma patologia crónica e progressiva que engloba os distúrbios do sistema urogenital associados ao hipoestrogenismo.³¹⁻³³

O hipoestrogenismo surge essencialmente na menopausa, no entanto, pode decorrer de terapias adjuvantes no tratamento de neoplasias.^{31,33}

A AVV é uma condição prevalente, visto afetar 15% das mulheres antes da menopausa e 40-57% na pós-menopausa.³¹⁻³³

Manifestações

A fisiopatologia do SGUM vai associar-se a quadros sintomáticos complexos que incluem sintomas genitais, como secura vaginal, queimadura, irritação, prurido,

dispareunia e a coitorragia, e sintomas urinários que incluem disúria, urgência, frequência e incontinência urinária.³¹⁻³³

A literatura menciona que na pós-menopausa a secura vaginal é o sintoma mais frequente, presente em 50-83% das mulheres, seguida pela dispareunia (38-59%) e pela irritação vulvovaginal (37-77%).³³

A AVV associa-se à diminuição de Lactobacilos e consequente elevação do pH vaginal para 5,0-7,5, o que favorece a proliferação de bacteriana e infecções vulvovaginais ou urinárias recorrentes.³¹⁻³³

Na inspeção verifica-se palidez, mucosa desidratada, estenose ou inflamação do introito vaginal ou uretral, fusão dos pequenos lábios ou a identificação de vasos superficiais. A mucosa apresenta-se friável, fina e com menos elasticidade (Fig. 2).^{31,32}



Figura 2 – Alterações típicas da **Atrofia Vulvovaginal**.

(Imagem por cortesia da Dra. Fernanda Santos, fotografada sob autorização da doente.)

Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na inspeção e nas escalas como a VHIS que classifica o grau de atrofia em cinco parâmetros (a elasticidade, presença de secreções, pH, muco epitelial e hidratação vulvovaginal). Quanto menor a classificação, maior a gravidade.^{31,33}

Tratamento

Inicialmente recomenda-se um estilo de vida saudável, cessação tabágica, exercícios de Kegel e a manutenção da atividade sexual. O recurso a hidratantes ou lubrificantes, podem proporcionar alívio a curto prazo.³¹⁻³³

A terapia hormonal é indicada como complementar ou segunda linha, uma vez que resolve a sintomatologia e a patologia de base. Pode ser administrada por diferentes vias, sendo que antecedentes de neoplasia da mama ou endométrio, desaconselha o tratamento local e contraindica o tratamento sistémico. O tratamento sistémico é reservado para AVV associada a sintomatologia vasomotora invalidante e/ou sinais de osteoporose.^{32,33}

6.5 Dermatoses

6.5.1 Fase Pediátrica

6.5.1.1 Eczema Vulvar

Epidemiologia

O EV é a dermatose vulvar mais frequente e caracteriza-se pela presença de uma reação inflamatória que condiciona alterações histológicas, em qualquer idade.^{17,34,35} A etiologia parece associar-se a fatores exógenos ou endógenos, que classificam o eczema em dois subtipos, o EV Endógeno (que inclui o eczema seborreico e atópico), e o EV Exógeno (ou eczemas de contacto, subdivididos em alérgico e irritativo). O EVA, o ECA e ECI são os mais frequentes na vulva.^{3,17,34}

O EVA é uma patologia de carácter genético, caracterizada pela disfunção da barreira cutânea, geralmente associado ao desenvolvimento de outras dermatites.^{3,17,34}

O ECA caracterizado por uma reação de hipersensibilidade do tipo IV retardada, afeta 20% das mulheres com dermatose vulvar. Este processo inflamatório é habitualmente desencadeado por substâncias químicas presentes em artigos indevidamente intitulados de “produtos para higiene íntima”, antibióticos, antifúngicos, anestésicos locais e produtos de látex.^{3,17,34-36}

O ECI afeta 80% das mulheres com EV, sendo assim o subtipo mais frequente. O seu aparecimento ocorre pelo prejuízo da função de barreira cutânea, exposição a atrito e fluídos corporais, produtos de higiene desadequados e limpeza cutânea abrasiva.^{3,17,34-36}

Manifestações

O prurido intenso é o principal sintoma, sendo também reportadas queixas de desconforto, sensação de queimadura e dispareunia.^{3,17,34,35}

À inspeção, os diferentes subtipos de EV manifestam lesões similares, caracterizadas na fase aguda pela presença de placas eritematosas simétricas e mal delimitadas, que variam de ligeiras a graves, associadas a edema, vesículas, escoriações, erosões e úlceras. Os casos crónicos apresentam eritema persistente, fissuras e liquenificação.^{3,17,34-36}

Estas lesões podem ser localizadas ou disseminadas, sendo que as áreas mais comumente envolvidas são os grandes lábios, a região púbica e perianal.^{3,17,34}

Ocasionalmente o EV pode complicar com sobreinfecção ou LSC.^{3,17,34}

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. ^{17,34,35}

Os casos suspeitos de ECA beneficiam dos *Patch Tests* para confirmação e detecção dos alérgenos envolvidos. ^{3,17,35,36}

A realização de biópsia está reservada para casos de dúvida ou de insucesso terapêutico. ¹⁷

Tratamento

Recomenda-se a corticoterapia, sendo a via e a potência dependente da gravidade, idade e cronicidade inerente. A dose de manutenção, com redução gradual da potência, pode ser considerada. ^{3,34,35} Pode ser necessária a implementação de anti-histamínicos, como a hidroxizina. ³⁵

O sucesso terapêutico depende ainda da evicção dos agentes desencadeantes, da correta higiene vulvar e de emolientes. Deve ser explicado o potencial de recorrência. ^{17,35,36}

6.5.2 Fase Pubertária/Adolescência

6.5.2.1 Doença de Hailey-Hailey

Epidemiologia

A DHH ou pêfigo familiar benigno, é uma doença vesículo-bolhosa que afeta principalmente as pregas cutâneas. Geralmente as manifestações iniciam-se na adolescência ou na terceira a quarta décadas de vida. ^{36,37}

Esta dermatose apresenta hereditariedade de transmissão autossômica dominante com penetração completa, contudo, a expressão genética demonstra-se variável. Estima-se uma incidência de 1 em 50.000. ^{36,37}

A remissão espontânea é possível, contudo múltiplas recorrências são frequentes. Alguns dos desencadeantes são a gravidez, a menstruação, infecções cutâneas, calor, sudorese e AINE. ³⁷

Manifestações

Afeta sobretudo áreas intertriginosas de forma simétrica, sendo a vulva uma das áreas mais afetadas, envolvendo os grandes e pequenos lábios, a região púbica e nadegueira. ^{36,37}

Inicialmente surgem vesículas, bolhas e pele eritematosa, podendo progredir

para erosões, fissuras e vegetações com odor fétido. Esta patologia pode complicar com cicatrizes desfigurantes, sobreinfecção e hiperpigmentação das áreas afetadas. ^{36,37}

O envolvimento vulvar provoca dor, prurido e sensação de queimadura. ^{36,37}

Diagnóstico

A DHH é um diagnóstico clínico.

Tratamento

A primeira linha terapêutica passa pelos corticosteroides tópicos ou orais, eficazes em 86% dos casos. Para o controlo da inflamação a longo prazo pondera-se os inibidores tópicos da calcineurina. ^{36,37}

Perante uma sobreinfecção, há indicação para antibioterapia e/ou antifúngico. ³⁶

Os fatores desencadeantes devem ser evitados. Em casos de hiperhidrose, podem ser implementadas injeções de toxina botulínica ou terapia laser. ^{36,37}

Por elevada morbilidade, a intervenção cirúrgica é reservada apenas em casos refratários. ³⁷

6.5.3 Fase Reprodutiva

6.5.3.1 Líquen Simples Crónico

Epidemiologia

O LSC é uma dermatose comum que surge habitualmente na vida adulta média a tardia. ^{17,35,36}

Desenvolve-se na sequência de prurido e consequente agressão cutânea, como em 75% das doentes atópicas. O LSC parece ainda associar-se a distúrbios psiquiátricos ou fatores ambientais, tais como calor, sudorese e fricção. ^{17,35,36}

Estima-se que na consulta de patologia vulvar 10-35% dos casos observados apresentam LSC. ^{17,35}

Manifestações

A principal manifestação é o prurido intenso, crónico ou intermitente, que exacerba sobretudo durante o período noturno e cujo ato de coçar promove alívio temporário. ^{17,35}

Na inspeção vulvar, caracteriza-se pela presença de eritema e placas eczematosas na região pilosa, hipo ou hiperpigmentadas, associadas a graus variáveis

de escoriações, úlceras ou fissuras, geralmente identificadas no lado dominante. Com a cronificação surgem placas liquenificadas mal delimitadas. ^{17,35,36}

Esta patologia pode complicar com infecções secundárias e raramente, alterações arquiteturais irreversíveis. ¹⁷

Diagnóstico

O LSC na maioria dos casos é diagnosticado com base na anamnese e inspeção. Durante a história clínica devem ser questionados antecedentes pessoais ou familiares de doença atópica ou outras dermatoses. ^{17,35,36}

Tratamento

O tratamento é multimodal e centra-se na erradicação de substâncias irritantes, na melhoria da higiene vulvar, na cessação do ciclo prurido-manipulação-prurido, na diminuição da inflamação e no restabelecimento da barreira cutânea. ^{35,36}

A aplicação de gelo de forma intermitente e por breves intervalos proporciona algum alívio sintomático. Nos períodos de exacerbações, como no período noturno recomendam-se anti-histamínicos sedativos. Se necessário e de modo a erradicar a inflamação, recorre-se a corticosteroides tópicos de potência média-alta em ciclos curtos. A função de barreira cutânea pode ser restaurada com recurso a emolientes. ^{17,35,36}

6.5.3.2 Hidradenite Supurativa

Epidemiologia

A Hidradenite Supurativa ou Acne Inversa, é uma dermatose inflamatória crónica, recorrente e debilitante que apresenta lesões profundas, dolorosas e inflamadas nas áreas intertriginosas ricas em glândulas apócrinas. ^{38,39}

Estima-se uma prevalência global de 4,1%. Afeta geralmente jovens na pós-adolescência e mulheres com 30-40 anos, sendo duas vezes mais frequente no sexo feminino. ^{38,39,40}

Embora a patogénese não seja totalmente conhecida, presume-se que esteja relacionada com a hiperqueratose folicular, rutura dos folículos e a inflamação das glândulas apócrinas com desregulação imunológica. ^{38,40}

Apesar de benigna, diminui significativamente a QoL, o que se comprova pela associação a depressão em 5,9-42,9% das doentes. Esta dermatose associa-se a diversas comorbilidades, como a síndrome metabólica, eventos cardiovasculares

adversos, síndrome do ovário poliquístico, doença inflamatória intestinal e a espondiloartropatia.^{38,40}

Estas mulheres são tipicamente obesas, fumadoras e sofrem de psoríase. O tabaco é dos principais fatores de risco, aumentando 90% a probabilidade deste diagnóstico. Episódios de exacerbação podem ser desencadeados pelo calor, sudorese ou fricção.⁴⁰

Manifestações

O sintoma mais frequente é a dor, referida em 97% das doentes. Ocasionalmente podem referir prurido, odor desagradável, insónia e disfunção sexual.^{41,43}

Embora existam variações fenotípicas, na inspeção identificam-se tipicamente nódulos profundos e dolorosos, abscessos, fístulas supurativas, cicatrizes em ponte e comedões.^{38,40}

Diagnóstico

O diagnóstico é desafiante, sendo estabelecido em média 7 anos após o seu aparecimento.^{38,40}

A definição modificada de *Dessau*, indica que o diagnóstico deve basear-se na presença simultânea de três critérios: lesões características, localizações típicas e aparecimento recorrente.^{38,40}

Tratamento

O aconselhamento para a cessação do hábito tabágico e perda de peso é essencial.³⁹

O tratamento médico passa pela antibioterapia. Os corticoides e os AINES são úteis no controlar da inflamação e da dor. Nas formas moderadas a graves, pode haver lugar para agentes biológicos, nomeadamente o *Adamimumab*. Para as feridas ativas devem ser utilizados pensos não irritativos e adequados.³⁹

Por fim, podem propor-se procedimentos como a laser ou fototerapia, ou procedimentos cirúrgicos como o *Deroofing* ou a excisão alargada.³⁹

6.5.3.3 Psoríase

Epidemiologia

A psoríase é uma doença inflamatória crónica imunomediada com predisposição genética, que afeta até 11,4% dos adultos. O aparecimento desta dermatose pode ser potenciado por infeções, tabagismo, alcoolismo ou medicamentos como os

corticosteroides sistémicos, beta bloqueadores ou AINE. ^{17,36}

Das mulheres diagnosticadas com psoríase, 63% manifestam lesões na região vulvar. O desenvolvimento de lesões vulvares raramente ocorre de forma isolada, sendo mais frequente a sua identificação após 20 anos de doença, descrita a nível do couro cabeludo e unhas, na presença de psoríase inversa ou quando existe um PASI mais elevado. ¹⁷

Manifestações

Caracteriza-se pelo prurido, dor ou sensação de queimadura e dispareunia. ^{17,36}

Na inspeção, dada a localização, as lesões são menos típicas e mais subtis. Identifica-se um eritema inespecífico e simétrico, pápulas ou placas bem delimitadas, finas e rosadas (Fig.3). A descamação das lesões tende a ser menos exuberante ou até mesmo ausente. Associadamente, encontram-se fissuras dolorosas e liquenificação. ^{17,36}



Figura 3 - **Psoríase genital**. Psoríase extensa, com placas eritematosas bem delimitadas, estendendo-se ao abdómen e face interna das coxas.

(Imagem por cortesia da Dra. Fernanda Santos, fotografada sob autorização da doente.)

Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na história clínica e exame físico, que deve incluir a inspeção de outras localizações anatómicas.¹⁷

Tratamento

O tratamento da psoríase passa pela evicção dos fatores precipitantes, como produtos de higiene desadequados ou vestuário de tecido sintético e/ou justo.¹⁷

A psoríase vulvar localizada é passível de tratamento tópico com corticoide de potência intermédia. Recomenda-se a utilização de emolientes que minimizem a irritação local.¹⁷

Em doentes com psoríase multifocal ou genital refratária à terapêutica, dá-se primazia à terapia sistémica com metotrexato, retinoides, inibidores tópicos de calcineurina ou agentes biológicos.^{17,36}

6.5.4 Menopausa

6.5.4.1 Líquen escleroso

Epidemiologia

O Líquen Escleroso Vulvar é uma dermatose epitelial inflamatória crónica de carácter benigno, que envolve frequentemente a região ano-genital.^{17,41,42} O seu aparecimento surge em qualquer género ou fase de vida, contudo afeta sobretudo mulheres, tendo apresentação etária bimodal com picos de incidência, na pré-puberdade e na peri e pós-menopausa. Enquanto 7-15% dos casos ocorrem na pré-puberdade, entre os 4 e os 7 anos, 54% dos casos ocorrem na peri e pós-menopausa em média aos 52 anos.^{41,42}

Posto que um terço dos casos são assintomáticos, presume-se que a prevalência desta patologia seja subestimada.⁴²

A etiologia tem uma base multifatorial, sendo associada à predisposição genética e autoimune, e adicionalmente a infeções locais ou défices hormonais. Além disso, a sua manifestação é potenciada pela irritação cutânea.^{17,41,42}

Manifestações

À inspeção vulvar, estende-se pelos pequenos lábios e manifesta-se inicialmente por pápulas brancas, tipo porcelana e placas com hiperqueratose, claramente demarcadas, ou placas/manchas atróficas que podem envolver o prepúcio

clitoriano, os pequenos lábios e a região perianal, apresentando o envolvimento típico em “figura de 8” (Fig.4). Estas lesões podem apresentar um bordo inflamatório e associar-se a eritema ligeiro ou equimose. Observa-se também erosão, ulceração, fissuras e hemorragias subepiteliais. ^{17,41-43}

Pode progredir para despigmentação e atrofia, promovendo alterações arquiteturais irreversíveis, com fimose clitoriana, envolvimento do sulco interlabial com reabsorção dos pequenos lábios e estenose do introito. ^{17,41-43}

Um terço dos casos são assintomáticos, contudo os sintomáticos cursam com desconforto vulvar, ardor, dispareunia e sobretudo prurido progressivo, que em 86% dos casos demonstra exacerbação noturna. Nos casos mais severos, podem associar-se sintomas urinários e intestinais. ⁴¹⁻⁴³

Apresenta períodos de remissão e na pré-puberdade até 25% dos casos apresentam remissão completa. ^{41,42}

Trata-se de uma patologia com risco de carcinoma espinocelular inferior a 5%. ^{17,41,42,44}



Figura 4 - **Líquen Escleroso Vulvar**, com envolvimento típico em “figura de 8”.
(Imagem por cortesia da Dra. Fernanda Santos, fotografada sob autorização da doente.)

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. ⁴¹⁻⁴³

A elevada taxa de casos assintomáticos dificulta o diagnóstico, sendo apenas 16% diagnosticados precocemente. ^{41,42}

O recurso a biópsia é reservado para casos de dúvida diagnóstica, suspeita de alterações pré-neoplásica ou neoplásica, ou falha terapêutica. ^{18,42}

Tratamento

O tratamento de primeira linha, tem por base a corticoterapia tópica de alta potência, ajustando a frequência e potência de acordo com a resposta. Demonstram benefício clínico, em 96,8% dos casos. É essencial informar as doentes, por forma a evitar fatores agudizantes e manter uma higiene vulvar adequada. ^{17,41-43}

6.5.4.2 Líquen plano

Epidemiologia

O LP é uma patologia inflamatória mucocutânea mediada pelas células T e que pode envolver a pele, cabelo, unhas e mucosas. ^{3,17,36}

Pode ser subdividida em três variantes vulvares, o LP clássico, o LP hipertrófico e o LP erosivo, sendo este último o mais frequente a nível vulvar. ^{3,17,36,45}

A associação entre lesões vulvares e orais é frequente em mulheres menopáusicas e ocasionalmente em jovens. ^{3,17,45}

Manifestações

O Líquen Plano Erosivo envolve classicamente os pequenos lábios, o vestíbulo e pode afetar a vagina, manifestando-se na sua maioria por dor vulvar ou ardor, podendo ainda ser referido um prurido que não alivia com o coçar, dispareunia, corrimento vaginal ou sintomas urinários. De forma rara, pode ser assintomático. ^{17,36,45}

As lesões primárias vulvares são máculas ou manchas eritematosas, bem delimitadas, por vezes com estrias reticuladas esbranquiçadas (estrias de Wickham), sendo frequentes as erosões (Fig.5). Estas podem culminar no desenvolvimento de cicatrizes e sinéquias que levam a alterações arquiteturais vulvares e vaginais, por vezes, irreversíveis. ^{3,17,36,45}

O envolvimento erosivo da mucosa vulvar, vaginal e gengival, é descrito como síndrome vulvovaginal-gengival, uma variante rara e agressiva de LP. ^{17,36}

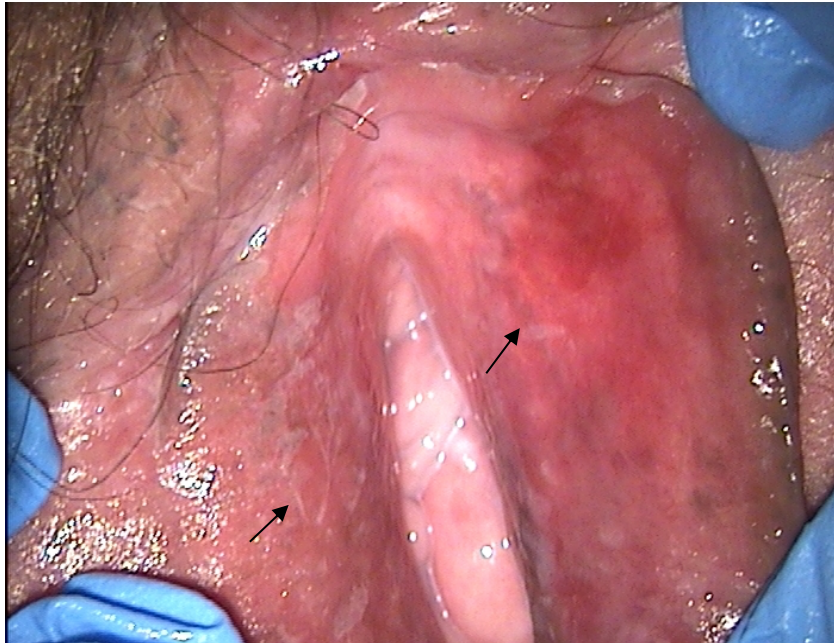


Figura 5 - **Líquen Plano Erosivo**. Mácula eritematosa a nível da face interna do pequeno lábio esquerdo. Estrias de Wickham a nível da face interna do pequeno lábio direito. (Imagem por cortesia da Dra. Fernanda Santos, fotografada sob autorização da doente.)

Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na clínica, sendo a biópsia reservada para casos de dúvida, suspeita de malignidade ou falha terapêutica. É essencial a observação de outras localizações anatómicas, como a mucosa oral, sendo orientadoras de diagnóstico.^{17,37,45,46}

Tratamento

O tratamento de primeira linha é a corticoterapia de alta potência, com necessidade de tratamento de manutenção. A terapêutica tem como objetivo o alívio sintomático e a evicção da progressão da doença, nomeadamente para carcinoma espinocelular, cujo risco descrito foi de 0,3-1%.^{17,36,44,45}

6.6 Doenças Infeciosas

6.6.1 Fase Pediátrica

6.6.1.1 Impétigo

Epidemiologia

Impétigo é uma infecção epidérmica superficial altamente contagiosa e extremamente prevalente na infância, sobretudo dos 2-5 anos.⁴⁶⁻⁴⁸

Esta patologia divide-se em dois subtipos consoante a etiologia e apresentação clínica, o impétigo bolhoso e o impétigo não bolhoso. O *Staphylococcus aureus* é a principal microrganismo responsável pelo impétigo bolhoso, o subtipo mais comum na pediatria. O impétigo não-bolhoso é em 70-80% dos casos causado por *Staphylococcus aureus* e em 10% dos casos por *Streptococcus pyogenes*.^{47,48}

Esta infecção pode afetar qualquer área sob uma higiene deficitária, um ambiente excessivamente húmido, com presença de lesões cutâneas, comorbilidades e reações adversas a determinados fármacos, uma vez que constituem fatores facilitadores para a infecção.^{47,48}

Manifestações

O impétigo manifesta-se por pequenas vesículas, que progridem para pústulas, que por sua vez, evoluem para placas eritematosas com crosta amarela-acastanhada e se associam a prurido e dor.⁴⁶⁻⁴⁸ No impétigo bolhoso surgem bolhas de conteúdo claro a purulento, que podem evoluir para erosões.^{46,48}

O Impetigo pode cursar com febre e adenopatia. Apesar de na maioria dos casos apresentar um curso benigno, pode complicar com glomerulonefrite aguda e evoluir para celulite, artrite séptica, febre reumática aguda, osteomielite, pneumonia e sépsis.^{47,48}

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico.^{47,48}

Tratamento

Embora 13-52% dos casos seja uma infecção autolimitada, a antibioterapia é indicada. De forma tópica, quando o impetigo não bolhoso envolve apenas 2% da superfície corporal, e sistémica em casos de envolvimento mais extenso e em todos os casos de impetigo bolhoso.^{47,48}

Devem ser recomendadas medidas eficazes de higiene vulvar, de modo a evitar a propagação intra e interpessoal e refratariedade das lesões. ⁴⁸

6.6.1.2 Molúsculo contagioso

Epidemiologia

O MC é uma doença infecciosa epidérmica benigna, muito frequente e altamente contagiosa, provocada por vírus de DNA da família *Poxviridae* e género *Molluscipox*. Esta patologia incide essencialmente em crianças com 3-10 anos, mas ocasionalmente pode ser identificada em adultos e indivíduos imunodeprimidos. ^{46,49}

A transmissão nas crianças ocorre por contacto físico, banhos partilhados, fómites ou transmissão congénita. Nos adolescentes e adultos, a transmissão ocorre sobretudo na relação sexual. ^{46,49}

Manifestações

Pode ser assintomático, contudo quando se associa a prurido ou desconforto local aumenta o risco de autoinoculação. ^{46,49,50} As lesões papulares, cor de pele ou esbranquiçadas, de superfície lisa e umbilicação central, podem envolver os genitais, mas em crianças são mais frequentes localizações como face, pescoço, tronco e extremidades. ^{46,49,50} As lesões distribuem-se de forma incerta, tanto em aglomerados como de forma linear, o que se deve à autoinoculação após prurido. ^{46,49}

Diagnóstico

As lesões características determinam o diagnóstico. ^{46,50} Caso a clínica seja atípica, poder-se-á recorrer à dermatoscopia ou à biópsia. ^{49,50}

Nas crianças, a localização genital deve levar ao despiste de abuso sexual. ⁵⁰

Tratamento

O tratamento recomendado é a curetagem, ablação por criocirurgia ou aplicação tópica de ácido tricloroacético ou cantaridina. ⁴⁶

6.6.1.3 Vulvovaginites

Epidemiologia

A vulvovaginite é uma das patologias mais comuns na pré-puberdade, uma vez que, inerentes à idade existem diversos fatores anatómicos, fisiológicos e comportamentais que tornam a vulva mais vulnerável. ^{21,51,52}

Anatomicamente, há maior proximidade entre a vulva e o ânus o que facilita a transferência bacteriana; o tecido adiposo dos grandes lábios, os pelos púbicos e os pequenos lábios são subdesenvolvidos, o que diminui a proteção do vestíbulo. Do ponto de vista fisiológico, o hipoestrogenismo e o pH neutro associam-se a menos *Lactobacillus*, o que diminui a prevenção contra o sobre crescimento bacteriano. Quanto aos comportamentos, a higiene incorreta é frequente, a lavagem descuidada das mãos e o contacto constante com a orofaringe facilitam a migração bacteriana. O vestuário apertado e de tecido sintético facilmente provocam irritação cutânea. ^{21,51,52}

As vulvovaginites são etiologicamente divididas em específicas, aquando da identificação de uma causa subjacente ou não específicas, sendo a irritação cutânea a etiologia mais frequente. As causas não específicas representam 75% dos casos na população pediátrica. Quando o agente é identificado, os organismos respiratórios e entéricos são os mais isolados. ^{21,51,52}

Manifestações

As queixas mais frequentes são o prurido vulvar, a sensação de queimadura, odor desagradável e hemorragias. Por vezes, existem queixas urinárias. ^{21,51,52}

As infeções bacterianas associam-se a corrimento vaginal e eritema, as infeções por *Enterobius vermicularis* levam ao prurido noturno na região perineal. ^{21,52}

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. ^{21,52}

Recomenda-se abordar possíveis infeções respiratórias ou entéricas recentes na doente ou em contactos próximos e a exposição a irritantes químicos ou traumáticos. ^{21,51,52}

Quando indicado, podem ser solicitadas culturas. ⁵¹

Tratamento

As vulvovaginites não específicas, apesar de frequentes, são diagnósticos de exclusão, sendo possível uma boa resposta com medidas conservadoras, nomeadamente, medidas de higiene ou evicção de agentes irritantes. ^{21,51,52}

Quando detetado um agente específico o tratamento deve ser dirigido. ^{51,52}

6.6.2 Fase Pubertária/Adolescência

6.6.2.1 Vulvovaginites

Epidemiologia

As vulvovaginites são o principal motivo que levam adolescentes a recorrer aos serviços de ginecologia.^{21,52}

Apesar das diferenças anatômicas e fisiológicas do trato genital da adolescente, comparativamente com a criança, os fatores comportamentais, como coitarca ou uso de antibioterapia, fazem com que as causas infecciosas sejam mais prevalentes. Sendo frequentes a candidíase vulvovaginal, VB ou tricomoníase.^{21, 52}

As candidíases são descritas pelo menos uma vez na vida de 75% das mulheres. É considerada não complicada quando causada por *Candida albicans* em doente imunocompetente, e complicada, se por espécies não *albicans* em doentes imunodeprimidas.²¹

A VB é descrita em 23% das jovens de 14 a 19 anos de idade. Resulta do desequilíbrio da flora comensal, com predomínio de *Gardnerella vaginalis* ou *Ureaplasma*.²¹

A tricomoníase é a IST não viral mais comum na adolescência. A prevalência aumenta com a idade e o número de parceiros sexuais. A coinfeção com VB ocorre em 60-80% dos casos.^{21, 52}

Manifestações

São descritos sintomas como prurido, sensação de queimadura e corrimento vaginal. Ocasionalmente, são descritas queixas urinárias como disúria, urgência, frequência ou incontinência.^{21, 52}

A candidíase vulvovaginal normalmente manifesta-se por corrimento branco, espesso e grumoso, prurido intenso e eritema, estas jovens podem referir também disúria e edema vulvar.^{21, 52}

A VB manifesta-se pela presença de corrimento branco-acinzentado, com um odor fétido semelhante ao odor a peixe.^{21, 52}

Apesar da maioria das doentes com tricomoníase não apresentar sintomas, pode ser identificado corrimento espumoso de odor intenso e prurido.⁵²

Diagnóstico

O diagnóstico é geralmente obtido através da anamnese e exame objetivo, exame a fresco do conteúdo vaginal e por vezes NAAT, como no caso da tricomoníase.

^{21, 52}

Tratamento

As causas específicas, devem ser tratadas de forma dirigida. A Candidíase vulvovaginal é tratada com fluconazol oral. A tricomoníase deve ser tratada mesmo se assintomática, sendo indicado tratar o casal com metronidazol oral. A VB sintomática deve ser tratada com metronidazol.^{21, 52}

6.6.3 Fase Reprodutiva

6.6.3.1 Foliculite/Furúnculos

Epidemiologia

A Foliculite é uma condição cutânea comum e geralmente benigna, que se deve na maioria dos casos a uma infecção bacteriana do folículo piloso, causada pela bactéria *Staphylococcus aureus*.^{46,53}

Esta patologia pode ainda ser provocada por inflamação ou infecção por *Pseudomonas aeruginosa* após a exposição a água contaminada, *Demodex folliculorum*, *Malassezia*, HSV ou HIV.⁵³

Os fatores de predisposição incluem a depilação, o uso de roupa íntima apertada e quente, uso prolongado de antibióticos orais, a obesidade e imunossupressão por diabetes ou infecção por HIV.^{46,53}

Manifestações

A foliculite manifesta-se por infecção ou inflamação peri-folicular o que se reflete no aparecimento de pequenas pápulas, pústulas ou eritema.^{46,53} Esta condição pode afetar qualquer área pilosa, sendo frequente na vulva.^{46,53}

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. Perante dúvidas, pode ser efetuada cultura.^{46,53}

Tratamento

As foliculites podem resolver de forma autolimitada, em casos específicos pode haver necessidade de recorrer a antifúngicos, antivirais ou antiparasitários orais.⁵³

Medidas de higiene e de profilaxia são essenciais para evitar a recorrência.⁴⁶

6.6.3.2 Infecções sexualmente transmissíveis

6.6.3.2.1 Condiloma acuminado

Epidemiologia

Os Condilomas acuminados, também denominados por Verrugas Genitais, são lesões hiperplásicas da mucosa, de carácter benigno. Estas lesões tipicamente resultam da infeção HPV, a IST mais prevalente. Até 90 % dos casos, têm subjacente uma infeção pelos genótipos de baixo risco, 6 e 11. ^{10,46,54-57}

O risco de infeção por HPV aumenta com relações sexuais desprotegidas, história de múltiplos parceiros sexuais, coitarca precoce ou antecedentes de ISTs. Embora raro, existem descrições de transmissão vertical. ^{46,57}

Apesar desta patologia ter carácter benigno, poderá existir risco acrescido de neoplasia genital, principalmente quando o agente causal é um genótipo de alto risco, como o 16 ou o 18. ⁴⁶

Manifestações

É geralmente assintomático, mas pode associar-se a prurido, hemorragia ou sensação de picada. ⁵⁷

As verrugas genitais desenvolvem-se em a três meses após a exposição, como pápulas isoladas ou agrupadas de tonalidade variável ou lesões em forma de couve-flor, que oscilam entre um milímetro a um centímetro e que sangram facilmente. Estas lesões podem ser extensas em mulheres imunodeprimidas e na gravidez. ^{46,56,57}

Diagnóstico

A inspeção permitem estabelecer o diagnóstico. A histopatologia é reservada para lesões atípicas. ^{46,56}

Tratamento

A maioria dos casos são autolimitados. Quando é necessária terapêutica, recomenda-se aplicação tópica de ácido tricloroacético ou imiquimod. Em segunda linha, podem ser propostos procedimentos como a criocirurgia, vaporização laser ou exérese. ^{46,57}

A remoção das verrugas não erradica a infeção, sendo as recidivas frequentes. ^{49,57}

A vacina contra o HPV permite evitar aproximadamente 90% dos condilomas, podendo ser administrada até aos 45 anos. A monogamia e o preservativo permitem

reduzir o risco de transmissão. Dado o risco acrescido, devem ser rastreadas para outras ISTs e manter o rastreio do cancro do colo do útero atualizado. ^{49,55,57}

6.6.3.2.2 Sífilis

Epidemiologia

A Sífilis é uma IST por *Treponema pallidum*. ⁴⁶

Ocorre mais frequentemente entre adultos socialmente desfavorecidos, entre os 20 e os 35 anos. Na grávida, sem tratamento pode acarretar transmissão vertical em até 80% e morte fetal em 40% dos casos. ^{56,58}

Manifestações

A sífilis apresenta três estádios clínicos. ⁵⁸

A sífilis primária surge três a quatro semanas após o contacto sexual com um parceiro infetado. Caracteriza-se por uma úlcera vulvar única indolor, bem demarcada com base limpa, bordos elevados e endurecidos, descrita como cancro duro. Resolve espontaneamente sem cicatrizes em duas a quatro semanas. Esta lesão patognomónica pode ainda associar-se a linfadenopatia inguinal unilateral móvel e indolor. ^{46,58}

Oito a doze semanas após a transmissão, a sífilis secundária surge como condiloma plano, com pápulas hipertróficas planas em regiões cutâneas húmidas como a área vulvar e perianal (Fig.6). Em simultâneo, desenvolve-se uma erupção maculopapular generalizada nas palmas das mãos e plantas dos pés. Este quadro clínico associa-se a mal-estar, febre e perda de apetite. ^{46,56,58}

A sífilis terciária desenvolve-se anos após a exposição e envolve diversos órgãos, entre os quais a pele, os ossos, os olhos, o sistema cardiovascular e o sistema nervoso central. ^{46,58}



Figura 6 - **Sífilis secundária**. Condiloma plano vulvar.
(Imagem por cortesia da Dra. Fernanda Santos, fotografada sob autorização da doente.)

Diagnóstico

A anamnese, os fatores de risco e a inspeção determinam o diagnóstico.⁴⁶

A confirmação é obtida através da detecção do *Treponema pallidum* em microscopia de campo escuro, por PCR, testes diretos de fluorescência ou testes serológicos treponémicos e não-treponémicos.^{46,56,58}

Tratamento

O tratamento indicado para a sífilis é a Penicilina G Benzatina Intramuscular.^{46,58}

O rastreio e tratamento dos contactos sexuais, nos últimos três meses é imperativo.^{46,58}

6.6.4 Menopausa

6.6.4.1 Herpes Zoster

Epidemiologia

O HZ é uma infecção comum em mulheres idosas na sequência da reativação do VZV que reside nos gânglios sensitivos, sendo mais frequente com a idade e a

imunodepressão. O acometimento vulvar ocorre quando a reativação é restrita a gânglios sagrados.^{46,59}

Manifestações

Inicialmente manifesta-se por um pródromo de dor, sensação de queimadura ou irritação ao longo de um dermatomo. Caracteriza-se por vesículas e pústulas dolorosas agrupadas que se limitam à disposição de um a dois dermatomos, portanto unilaterais, sem ultrapassarem a linha média.^{46,59}

Diagnóstico

Na maioria dos casos, a clínica determina o diagnóstico. Nos casos que suscitem incerteza, a cultura ou PCR deve ser requeridas como métodos confirmatórios.^{46,59}

Pelas manifestações semelhantes, a infecção por HSV deve ser excluída, com recurso aos antecedentes de infecção por VZV e histórico vacinal.^{46,59}

Tratamento

Caso se detete em menos de três dias após o início clínico, estão recomendados antivirais, como o aciclovir, valaciclovir e o fanciclovir, que aceleram a cura e reduzem o risco de neuralgia pós-herpética.^{46,59}

O HZ pode ser parcialmente evitado através da vacinação com uma estirpe atenuada.⁴⁶

6.7 Úlceras

6.7.1 Fase Pediátrica/Pubertária

6.7.1.1 Úlcera de Lipschütz

Epidemiologia

UL, úlcera aftosa ou úlcera vulvar aguda, é caracterizada por um aparecimento súbito de úlceras genitais reativas, dolorosas e autolimitadas, sobretudo em crianças e adolescentes sem vida sexual e idades entre os 9 e 18 anos. ^{36,45,46,60,61}

A transmissão parece ser promovida pela autoinoculação ou por disseminação hematogénica após infeção orofaríngea. Uma em cada três doentes apresentam UL de aparecimento súbito. ^{60,61}

Atualmente nenhuma etiologia específica foi comprovada, contudo 88% dos casos associam-se a uma infeção por EBV. Todavia, a parotidite ou outras infeções provocadas por citomegalovírus, adenovírus, *mycoplasma* ou *toxoplasma gondii* podem apresentar causalidade com este tipo de úlcera. Alguns casos associam-se a etiologia não infecciosa como irritação crónica, decorrente do uso de roupa justa. ^{46,60,61}

Manifestações

Dezanove em cada vinte jovens com UL desenvolvem um pródrómo de febre, fadiga, mal-estar, odinofagia, cefaleias, mialgias, linfadenopatias ou diarreia. ^{36,45,46,61}

Na inspeção vulvar deteta-se classicamente menos de três úlceras vulvares agudas, profundas, com mais de dez milímetros de diâmetro, bem demarcadas, com um centro fibrinoso, purulento ou necrótico. Normalmente apresentam predileção pelo vestíbulo e pela porção medial dos pequenos lábios. Estas lesões tendem a distribuir-se de forma simétrica em espelho ("padrão de beijo"), sendo descritas como muito dolorosas. ^{36,45,46,60}

Diagnóstico

As UL são um diagnóstico de exclusão. ^{36,44,59}

Quando se suspeita de associação com mononucleose infecciosa, o diagnóstico pode ser confirmado pela deteção de anticorpos EBV-IgM ou por PCR. ⁴⁵

Tratamento

A UL autolimitada, resolve após três a quatro semanas, sem sequelas ou risco de recidiva. ^{46,60}

O controlo algico, passa pelos banhos de assento, aplicação de anestésicos tópicos ou analgésicos não-opióides. De forma a acelerar o processo de remissão, recomenda-se o uso de prednisolona. ^{37,45,46}

6.7.2 Fase Reprodutiva

6.7.2.1 Infeciosas

6.7.2.1.1 Herpes Vulvar

Epidemiologia

O Herpes vulvar é causado pelo HSV, que apresenta dois serotipos, o HSV-I e HSV-II, ambos mais frequentes na população feminina. ^{58,46}

Esta infeção é muito prevalente, aproximadamente 50-60% das mulheres ocidentais estão infetadas com HSV-I e cerca de 20% com HSV-II, sendo este o mais comumente associado à infeção genital. ^{4,46}

Os fatores de risco para o herpes genital são similares aos de outras ISTs, nomeadamente o contacto com lesões ou secreções infetadas, múltiplos parceiros sexuais ou consumo de drogas. ⁵⁸

Manifestações

No episódio primário de infeção os doentes relatam queixas de disúria, sensação de queimadura e prurido. Podem ainda surgir sintomas constitucionais como febre e linfadenopatias. ^{4,58}

As mulheres previamente infetadas podem desenvolver infeções recorrentes, contudo, com clínica menos exuberantes e pródromos que incluem sensação de queimadura, parestesias ou prurido. ^{4,58}

O Herpes vulvar manifesta-se inicialmente por aglomeradas de múltiplas vesículas, que podem romper e formar úlceras superficiais dolorosas. ^{4,58}

Diagnóstico

A infeção genital por HSV tem um diagnóstico clínico. ⁵⁸

O diagnóstico confirmatório passa pela deteção do DNA viral por PCR ou testes serológicos. ^{4,58}

Tratamento

Recomenda-se os antivirais como o Aciclovir, Valaciclovir ou Fanciclovir.^{4,58}

Nas infecções recorrentes, está indicada medicação profilática. Doentes imunodeprimidos, grávidas, doentes HIV ou doentes oncológicos demonstram maior risco de sépsis, pelo que o seguimento deve ser cauteloso.⁴

6.7.2.1.2 Vírus da imunodeficiência humana

Epidemiologia

O HIV pode manifestar-se inicialmente sob a forma de úlceras vulvares, orais, esofágicas ou retais.^{17,60}

Embora a literatura sobre úlceras vulvares e HIV seja escassa, a imunossupressão e infeção direta pelo vírus parecem as etiologias mais consensuais. Em apoio a estas teorias surgem contagens de CD4 tipicamente baixas e a resolução completa das lesões com o tratamento antirretroviral.^{17,60}

Devido à imunossupressão, podem associar-se a alterações cutâneas inespecíficas, como verrugas hiperqueratósicas, dermatite seborreica persistente ou psoríase.¹⁷

Manifestações

As mulheres afetadas por úlceras por HIV encontram-se em imunodepressão grave. Em 37% dos casos, as lesões vulvares surgem simultaneamente a úlceras orais.⁶⁰

Na inspeção, as úlceras exibem grandes dimensões e normalmente persistem durante semanas ou meses, podendo evoluir para necrose dos tecidos. Quando a úlcera não é tratada, a destruição local pode ser severa e associar-se à formação de fístulas.⁶⁰

Estas lesões provocam episódios recorrentes de dor, por vezes incapacitante.⁶⁰

Diagnóstico

O rastreio do HIV está recomendado para todas as adolescentes e jovens adultas, principalmente para as que apresentem risco acrescido ou úlceras genitais ou perianais.^{17,59}

Embora a biópsia providencie informação limitada, a sua realização é indicada para a exclusão de outras etiologias infecciosas e de malignidade^{34,60}

Tratamento

O tratamento precoce das úlceras por HIV é fundamental, visto evitar sequelas debilitantes. A terapêutica preconizada passa pelos corticosteroides tópicos, intralesionais ou orais.⁶⁰

6.7.2.2 Não Infeciosas

6.7.2.2.1 Doença de Behçet

Epidemiologia

A Doença de Behçet é uma patologia rara que consiste em úlceras vulvares e orais, associadas a inflamação multissistêmica, de etiologia desconhecida.^{39,62}

A prevalência é superior no médio oriente, onde se apresentam taxas de 1/250 pessoas, com mais de 12 anos de idade.^{58,61}

Manifestações

As úlceras orais e vulvares são muito características desta patologia. As orais ocorrem com maior frequência, seguidas das vulvares que ocorrem em 57-93% das mulheres.⁶¹

As úlceras vulvares surgem inicialmente como nódulos de consistência mole, que se tornam profundos, dolorosos e ulcerados com dimensões inferiores a dez milímetros de diâmetro.^{58,61} Localizam-se preferencialmente nos grandes lábios.⁶¹

Estas lesões são geralmente autolimitadas, contudo tendem a permanecer cicatrizes.⁶¹

Diagnóstico

Não existem testes patognomônicos para a identificação desta patologia.⁶¹

O diagnóstico deve ser obtido clinicamente, quando cumpridos os critérios internacionais estabelecidos, nomeadamente a presença de úlceras orais recorrentes (pelo menos três vezes por ano), com pelo menos mais dois dos seguintes, úlceras genitais recorrentes, uveíte ou vasculite retiniana, lesões similares a eritema nodoso ou lesões cutâneas pápulo-pustulosas.^{36,61}

Esta patologia apresenta envolvimento multissistêmico, incluindo manifestações oculares, cutâneas, gastrointestinais, neurológicas, articulares e vasculares.^{36,45}

Na inspeção, mesmo na ausência de doença clínica ativa, pode-se identificar cicatrizes vulvares que orientam o diagnóstico.⁶¹

Tratamento

O tratamento de primeira linha, consiste na colchicina ou na associação com penicilina benzatínica. A talidomida e dapsona em combinação com imunossupressores como a ciclosporina, a azatioprina ou os inibidores TNF são recursos de segunda linha.⁶¹

A terapêutica de manutenção permite a remissão completa das lesões.⁶¹

6.7.2.2.2 Doença de Crohn

Epidemiologia

A DC é uma patologia inflamatória intestinal caracterizada por granulomas não caseosos, que pode afetar todo o trato gastrointestinal da boca ao ânus, com lesões segmentares que se apresentam em "padrão de calçada".^{36,61}

Esta patologia inclui manifestações mucocutâneas que afetam cerca de 44% das doentes, sendo que 70% destas apresentam envolvimento vulvar, podendo inclusive ser a primeira manifestação desta doença.^{36,45,61}

Manifestações

A DC vulvar manifesta-se caracteristicamente por eritema e edema vulvar, principalmente nos grandes e pequenos lábios, com afeção unilateral ou bilateral. O edema crónico conduz ao aparecimento de linfangiectasias, pápulas firmes, nódulos fibróticos e obstrução linfática.^{36,45,61}

Conjuntamente, apresenta úlceras lineares patognomónicas descritas como em "corte de faca" que surgem maioritariamente nas pregas genitocrurais ou nas pregas interlabiais.^{36,45,61}

Por vezes surgem ainda abscessos, fístulas drenantes e cicatrizes.^{36,61}

Diagnóstico

Embora menos frequente, pode manifestar-se inicialmente sob a forma de ulcerações vulvares, e como tal devem alertar e promover a investigação diagnóstica.⁶¹

O diagnóstico pode ser estabelecido pela clínica e pela identificação de lesões características.³⁶

A calprotectina fecal deve ser realizada como método de rastreio, dado que quando superior a 250 µg/mg sugere alta probabilidade de doença inflamatória intestinal.^{36,45}

A biópsia e a análise histopatológica com observação de padrão inflamatório e granulomas não caseosos, orientam o diagnóstico.^{36,45,61}

Uma vez diagnosticada, estas doentes devem ser referenciadas para a Gastroenterologia. ⁴⁵

Tratamento

O tratamento das lesões vulvares, passa pelo controlo da doença sistémica, independentemente do envolvimento intestinal. ^{45,61}

No entanto, é frequente a necessidade de recorrer a corticoterapia local ou à injeção intralesional de triamcinolona, para controlo da doença vulvar. ^{36,61}

6.7.2.2.3 Úlcera vulvar por fármacos/Erupção fixa à droga

Epidemiologia

Um das etiologias não infecciosas são os efeitos adversos a fármacos. ^{58,62}

Alguns dos medicamentos mais frequentes são os AINES, os antibióticos, os antiepiléticos, os agentes biológicos, os IECA, bloqueadores beta-adrenérgicos, carbonato de lítio e os corticosteroides. ^{36,58,62}

Manifestações

As úlceras reativas a fármacos ocorrem de forma recorrente na mesma região, sempre que a doente seja sujeita ao medicamento desencadeante. ³⁶

Geralmente são lesões isoladas. A reação aos fármacos pode ainda provocar o aparecimento de manchas bem delimitadas, de cor vermelha ou violácea, bolhas ou erosões. ^{36,62}

Tendem a resolver em poucos dias, contudo, após o seu desaparecimento normalmente permanece pigmentação cutânea no local da lesão. ⁶²

Diagnóstico

A associação entre a utilização de determinados fármacos e o despoletar de episódios de ulceração vulvar característica e recorrente, com a mesma localização, um a dois dias depois, permite a determinação deste diagnóstico. ⁶²

Tratamento

O tratamento passa pela evicção dos fármacos desencadeantes. ^{36,62}

6.8 Tumores Benignos

6.8.1 Fase Pubertária/Adolescência

6.8.1.1 Pólipos Fibroepiteliais

Epidemiologia

Os PF, fibromas moles ou acrocórdons são tumores benignos frequentes em qualquer fase da vida da mulher. ⁶³

A obesidade, a patologia metabólica, a hiperinsulinémia ou os desequilíbrios hormonais parecem favorecer o seu aparecimento. ⁶³

Manifestações

Os PF são pápulas, de pequenas dimensões, com frequente crescimento pedunculado da epiderme e derme com cor de pele a acastanhada. ^{1,63,64}

Estas protusões geralmente ocorrem no pescoço, axilas, virilhas, pálpebras e ocasionalmente na região vulvar, particularmente nos pequenos lábios. ^{63,64}

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. No entanto, se localizações atípicas ou características incomuns, pode haver lugar para a biópsia. ^{63,64}

Tratamento

Tratando-se de condições benignas, apenas têm indicação terapêutica se inflamados ou sintomáticos. Podem ser submetidos a eletrocauterização, crioterapia, e quando de maiores dimensões, excisão. ^{1,63,64}

As mulheres devem ser informadas do risco de recorrência desta condição. ⁶⁴

6.8.1.2 Quistos Epidermóides

Epidemiologia

Os quistos epidermóides ou quistos de inclusão epidermoide são os quistos cutâneos benignos mais frequentes. ¹ O acometimento vulvar é frequente, principalmente nos grandes lábios. Podem aparecer em qualquer idade de forma espontânea, no seguimento de procedimentos cirúrgicos ou após trauma. ^{1,64}

Manifestações

Manifestam-se tipicamente como pápulas ou nódulos redondos, lisos, de tonalidade que pode variar de cor de carne a branco-amarelado, de dimensões variáveis e excepcionalmente podem sofrer calcificação. Estes quistos apresentam geralmente um crescimento insidioso e são assintomáticos, exceto se infecção, inflamação ou rutura. ^{1,64}

Diagnóstico

A inspeção determina o diagnóstico. Em caso de dúvida, recomenda-se um exame histopatológico. ¹

Tratamento

A terapêutica está reservada em casos sintomáticos ou por motivos estéticos. ¹

A excisão do revestimento deverá ser completa, por forma a evitar recorrência. ^{1,64}

Quando se tornam dolorosos, purulentos ou infetados, pode ser necessárias injeções de corticosteroides intra-lesionais ou a drenagem. ^{1,64}

7 Conclusão

Em virtude do apresentado, entende-se a abrangência das patologias benignas da vulva, sendo possíveis nas diversas fases da vida da mulher. Estas patologias de carácter benigno correspondem a um grupo etiológico heterogéneo, tendo sido abordadas as Variantes do Normal, as Dermatoses, as Doenças Infeciosas, as Úlceras e os Tumores mais pertinentes.

Ao longo deste artigo demonstramos a considerável prevalência individual de variadas patologias benignas da vulva, o que permite compreender a razão pela qual representam o motivo de mais de dez milhões de consultas por ano.

Tal como se pôde verificar, estas patologias acarretam quadros clínicos com diversos espetros de severidade, podendo afetar significativamente a QoL.

Pelo estudo destas patologias, percebe-se que os seus diagnósticos são difíceis de estabelecer, uma vez que, a maioria se manifesta através de sintomatologia inespecífica e sobreponível. Assim sendo, realça-se a importância da valorização do prurido e da dor como as queixas mais recorrentes. Conclui-se ainda que, a inspeção surge como o pilar do diagnóstico na generalidade dos casos.

Tendo em conta os fatores de risco e os tratamentos abordados, revela-se imprescindível a consciencialização para a importância da correta higiene vulvar, com produtos de pH adequado, hipoalergénicos e que proporcionem a hidratação dos tecidos, e para a evicção do vestuário que ocasione fricção e irritação vulvar.

Em suma, este artigo, surge como um documento informativo que permite auxiliar o diagnóstico, melhorar a prestação de cuidados e a QoL destas mulheres.

8 Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Figueiredo Dias, minha orientadora, e à Dra. Fernanda Santos, minha coorientadora, por terem aceitado orientar-me na elaboração deste trabalho. Por toda a paciência, atenção e orientação que demonstraram para comigo, o meu muito obrigada.

À minha família, em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional ao longo deste longo percurso, e por apesar de longe, estarem sempre tão perto.

9 Referências

1. Sally R, Shaw KS, Pomeranz MK. Benign "lumps and bumps" of the vulva: A review. *Int J Womens Dermatol.* 2021 may 12;7(4):383-390. DOI: 10.1016/j.ijwd.2021.04.007. PMID: 34621949; PMCID: PMC8484947.
2. Kelekçi KH, Özyurt S, Özkan B, Karaca Ş, Karakuzu A, Bilgin I. The Impact of Inflammatory and Infectious Diseases of Vulvar on Quality of Life. *J Menopausal Med.* 2016 Dec;22(3):131-138. DOI: 10.6118/jmm.2016.22.3.131. PMID: 28119892; PMCID: PMC5256362.
3. Raef HS, Elmariah SB. Vulvar Pruritus: A Review of Clinical Associations, Pathophysiology and Therapeutic Management. *Front Med.* 2021 Apr 7; 8:649402. DOI: 10.3389/fmed.2021.649402. PMID: 33898486; PMCID: PMC8058221.
4. Prabhu A, Gardella C. Common vaginal and vulvar disorders. *Med Clin North Am.* 2015 May;99(3):553-74. DOI: 10.1016/j.mcna.2015.01.008. PMID: 25841600.
5. Stockdale CK, Boardman L. Diagnosis and Treatment of Vulvar Dermatoses. *Obstet Gynecol.* 2018 Feb;131(2):371-386. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002460. PMID: 29324620.
6. Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. [Vulvar inflammatory dermatoses]. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2012 May;103(4):260-75. DOI: 10.1016/j.ad.2011.08.001. PMID: 22176862.
7. Rodriguez MI, Leclair CM. Benign Vulvar Dermatoses. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 2012 Jan; 67(1):55-63. DOI: 10.1097/OGX.0b013e318240cc72
8. Margesson LJ. Overview of treatment of vulvovaginal disease. *Skin Therapy Lett.* 2011 Mar;16(3):5-7. PMID: 21611679.
9. Margesson LJ. Vulvar disease pearls. *Dermatol Clin.* 2006 Apr;24(2):145-55. DOI: 10.1016/j.det.2006.01.007. PMID: 16677963.
10. Preti M, Selk A, Stockdale C, Bevilacqua F, Vieira-Baptista P, Borella F, *et. al.* Knowledge of Vulvar Anatomy and Self-examination in a Sample of Italian Women. *J Low Genit Tract Dis.* 2021 Apr 1;25(2):166-171. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000585. PMID: 33470738.
11. Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016 Mar;43(1):27-44. DOI: 10.1016/j.ogc.2015.10.011. PMID: 26880506.
12. Vilano S., Robbins C., Common prepubertal vulvar conditions. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016 Oct;28(5):359-65. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000309.
13. Allbritton JI. Vulvar Neoplasms, Benign and Malignant. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Sep;44(3):339-352. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.04.002. PMID: 28778635.

14. Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A, Schlosser BJ, Edwards L. Vulvar diseases: Approach to the patient. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jun;82(6):1277-1284. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.07.115. PMID: 31712174.
15. Sacher BC. The Normal Vulva, Vulvar Examination, and Evaluation Tools. *Clin Obstet Gynecol*. 2015 Sep;58(3):442-52. DOI: 10.1097/GRF.000000000000123. PMID: 26083130.
16. Yurteri-Kaplan LA, Miranne JM, Iglesia CB. Vulvar anatomy and labia minoroplasty. *Int Urogynecol J*. 2014 Feb 25;25(6):841-843. DOI: 10.1007/s00192-014-2332-y. PMID: 24566493.
17. Van der Meijden WI, Boffa MJ, Harmsel B, Kirtschig G, Lewis F, Moyal-Barracco, *et. al.* 2021 European guideline for the management of vulval conditions. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2022, April; 36(7): 952-972. DOI: 10.1111/jdv.18102.
18. Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK. 2011 Terminology of the Vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2012 Jul;16(3):290–5. DOI: 10.1097/LGT.0b013e31825934c7.
19. Krishna TG, Sagili H, Jayalakshmi D. Labial adhesions in a pre-pubertal girl: The importance of awareness. *Tropical Doctor*. 2021 Jun 7;51(4):661–2. DOI: 10.1177/00494755211020901. PMID: 34096385.
20. Huseynov M, Hakalmaz AE. Labial Adhesion: New Classification and Treatment Protocol. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2020 Aug 1;33(4):343–8. DOI: [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(20\)30195-9/fulltext](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(20)30195-9/fulltext)
21. Loveless M, Myint O. Vulvovaginitis: presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2018 Apr; 48:14–27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.014>. PMID: 28927766.
22. Morin JP, Tew CE, Puntney HL, Roser ML, Saltzman AF. Recurrence rates after surgical management of labial adhesions. *Journal of Pediatric Urology*. 2021 Oct 1;17(5):705.e1–5. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34389233/>
23. Kakkar S, Sharma PK. Benign vulvar vestibular papillomatosis: An underreported condition in Indian dermatological literature. *Indian Dermatology Online Journal*. 2017 Jan-Feb; 8(1):63–65. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297281/>
24. Ozkur E, Falay T, Erdemir AVT, Gurel MS, Leblebici C. Vestibular papillomatosis: An important differential diagnosis of vulvar papillomas. *Dermatology Online*

Journal. 2016 Mar 16; 22(3):13030/qt7933q377. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27136629/>

25. Gonzales JMD, Luna EM, Romero AP, Hernandez AM, Cherit JD. Vestibular papillomatosis as a normal vulvar anatomical condition. *Dermatol Online J*. 2013 Oct 16;19(10):20032. PMID: 24139372.
26. Thakare SA, Udare S. Importance of dermoscopy to diagnose vulvar vestibular papillomatosis vs. warts. *Indian Dermatology Online Journal*. 2020 Jul–Aug; 11(4): 680-681. DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_463_18
27. Muhammed RT, Afra TP, De D. Vestibular papillomatosis: a normal variation commonly misdiagnosed as genital condylomata. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Apr;220(4):403. doi: 10.1016/j.ajog.2018.08.025.
28. Leung AKC, Barankin B. Fordyce Spots. *Clinical Case Reports and Reviews*. 2015 Jun. 1(6): 121-122. DOI:1. 10.15761/CCRR.1000140.
29. Gaballah KY, Rahimi I. Can presence of oral Fordyce's granules serve as a marker for hyperlipidemia? *Dental Research Journal*. 2014; 11(5):553–558. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241607/>
30. Lee JH, Lee JH, Kwon NH, Yu DS, Kim GM, Park CJ, et al. Clinicopathologic Manifestations of Patients with Fordyce's Spots. *Annals of Dermatology*. 2012 Feb; 24(1): 103–106. DOI: 10.5021/ad.2012.24.1.103.
31. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, *et.al*. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol*. 2019 Aug 21; 10:561. DOI: 10.3389/fendo.2019.00561. PMID: 31496993; PMCID: PMC6712495.
32. Bleibel B, Nguyen H. *Vaginal Atrophy*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559297/>
33. Benini V, Ruffolo AF, Casiraghi A, Degliomini RS, Frigerio M, Braga A, *et.al*. New Innovations for the Treatment of Vulvovaginal Atrophy: An Up-to-Date Review. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Jun 6; 58(6):770. DOI: 10.3390/medicina58060770. PMID: 35744033; PMCID: PMC9230595.
34. Tavares E, Martins C, Teixeira J. Dermatoses Vulvares Inflamatórias. *Revista da SPDV*. 2011 Out-Dez; 69(4). <https://doi.org/10.29021/spdv.69.4.56>.
35. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224. *Obstet Gynecol*. 2020 Jul; 136(1):e1-e14. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003944
36. Sanchez I, Raffi J, Kraus CN. Inflammatory Vulvar Dermatoses (Part I). *Urology*. 2022 Jul; 165: 23-30, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2022.03.025>.

37. Lagha IB, Ashack K, Khachemoune A. Hailey-Hailey Disease: An Update Review with a Focus on Treatment Data. *Am J Clin Dermatol*. 2020 Feb; 21(1):49-68. DOI: 10.1007/s40257-019-00477-z. PMID: 31595434.
38. Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LAV, Hamzavi I, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities, and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Jan; 35(1):50-61. DOI: 10.1111/jdv.16677. PMID: 32460374.
39. Hendricks AJ, Hsiao JL, Lowes MA, Shi VY. A Comparison of International Management Guidelines for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology*. 2021; 237(1):81-96. DOI: 10.1159/000503605
40. R Goldberg, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2020 May; 82(5):1045-1058. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.08.090.
41. Orszulak D, Dulaska A, Niziński K, Skowronek K, Bodziony J, Stojko R, *et.al*. Pediatric Vulvar Lichen Sclerosus: A Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 4; 18(13):7153. DOI: 10.3390/ijerph18137153. PMID: 34281089; PMCID: PMC8297112.
42. Singh N, Ghatage P. Etiology, Clinical Features, and Diagnosis of Vulvar Lichen Sclerosus: A Scoping Review. *Obstet Gynecol Int*. 2020 Apr 21; 2020:7480754. DOI: 10.1155/2020/7480754. PMID: 32373174; PMCID: PMC7191405.
43. W Anemüller, Langan EA, Recke A. [Paediatric vulval clinic]. *Hautarzt*. 2021 Mar; 72(3):207-214. DOI: 10.1007/s00105-021-04770-z.
44. Vieira-Baptista P, Pérez-López FR, López-Baena MT, Stockdale CK, Preti M, Bornstein J. Risk of Development of Vulvar Cancer in Women With Lichen Sclerosus or Lichen Planus: A Systematic Review. *J Low Genit Tract Dis*. 2022 Jul 1;26(3):250-257.
45. Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A, Schlosser BJ, Edwards L. Vulvar diseases: Conditions in adults and children. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jun; 82(6):1287-1298. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.10.077. PMID: 31712170
46. Sand FL, Thomsen SF. Skin diseases of the vulva: Infectious diseases. *J Obstet Gynaecol*. 2017 Oct; 37(7):840-848. DOI: 10.1080/01443615.2017.1306696. PMID: 28397528.
47. Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022 Jan. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430974/>
48. Galli L, Novelli A, Ruggiero G, Stefani S, Fortina AB. Pediatric impetigo: an expert panel opinion about its main controversies. *J Chemother*. 2022 Sep; 34(5):279-285. DOI: 10.1080/1120009X.2021.1961185. PMID: 34405763.

49. Edwards S, Boffa MJ, Janier M, Calzavara-Pinton P, Rovati C, Salavastru CM, *et.al.* 2020 European guideline on the management of genital molluscum contagiosum. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Jan; 35(1):17-26. DOI: 10.1111/jdv.16856. PMID: 32881110.
50. Zhuang K, Ran Y, Xu F, Lama J. Atypical infantile genital Molluscum contagiosum. *An Bras Dermatol.* 2015 May-Jun; 90(3):403-5. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20153298. PMID: 26131875; PMCID: PMC4516089.
51. Romano ME. Prepubertal Vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol.* 2020 Sep; 63(3):479-485. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000536. PMID: 32282354.
52. Zuckerman A, Romano M. Clinical Recommendation: Vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016 Dec; 29(6):673-679. DOI: 10.1016/j.jpag.2016.08.002. PMID: 27969009.
53. Winters RD, Mitchell M. Folliculitis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547754/>. PMID: 31613534.
54. Przybylski M, Millert-Kalinska S, Zmaczynski A, Baran R, Zaborowska L, Jach R, *et.al.* Human papillomavirus genotyping in low-grade squamous intraepithelial lesions. *Ginekol Pol.* 2022 Jan 24; 93(1): 18–23. DOI 10.5603/GP.a2021.0166
55. Alrajjal A, Pansare V, Choudhury MSR, Khan MYA, Shidham VB. Squamous intraepithelial lesions (SIL: LSIL, HSIL, ASCUS, ASC-H, LSIL-H) of Uterine Cervix and Bethesda System. *Cytojournal.* 2021 Jul 17; 18:16. DOI: 10.25259/Cytojournal_24_2021. PMID: 34345247; PMCID: PMC8326095.
56. Yuan T, Liu YG, Liang B, Zhu QX, Li H. Cauliflower-shaped lesions on a young woman's vulva. *Int J STD AIDS.* 2021 Mar; 32(4):378-381. DOI: 10.1177/0956462420970126. PMID: 33533298.
57. Grennan D. Genital Warts. *JAMA.* 2019 Feb 5; 321(5):520. DOI: 10.1001/jama.2018.20181. PMID: 30721297.
58. Roett MA. Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2020 Mar 15; 101(6):355-361. PMID: 32163252..
59. Cymerman RM, Hoffmann RK, Schaffer PR, Pomeranz MK. Vulvar infections: beyond sexually transmitted infections. *Int J Dermatol.* 2017 Apr; 56(4):361-369. DOI: 10.1111/ijd.13464. PMID: 28198008.
60. Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L, Simonetti GD, Zraggen L, Clericetti CM, *et.al.* Lipschütz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2020 Oct; 179(10):1559-1567. DOI: 10.1007/s00431-020-03647-y. PMID: 32296983.
61. Bandow GD. Diagnosis and management of vulvar ulcers. *Dermatol Clin.* 2010 Oct; 28(4):753-63. DOI: 10.1016/j.det.2010.08.008. PMID: 20883918.

62. Abril-Pérez C, Palacios-Diaz RD, Pozuelo-Ruiz M, Torres-Navarro I, Botella-Estrada R. Vulvar and areolar fixed drug eruption. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Apr; 226(4):566. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.09.042. PMID: 34610321.
63. Singh S, Sahoo AK, Bhari N, Yadav S. Vulvar acrochordons arranged in a linear pattern. *J Obstet Gynaecol.* 2018 Feb; 38(2):287-288. DOI: 10.1080/01443615.2017.1332580. PMID: 28784000.
64. Sanchez I, Raffi J, Kraus CN. Vulvar Neoplasms (Part II). *Urology.* 2022 Jul; 165:31-35. DOI: 10.1016/j.urology.2022.02.007. PMID: 35218865.