

Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual

Vulvovaginite inespecífica e específica na menina pré-púbere, corpo estranho, líquen escleroso, sinéquia labial, sinais de alerta de abuso sexual e corrimento na adolescente

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Antes da puberdade, a mucosa vulvovaginal é fina, sem estrogênio e próxima do ânus, o que favorece a irritação. Cerca de dois terços das vulvovaginites pré-puberais são **inespecíficas** (higiene inadequada, irritantes, roupas justas) e melhoram com **medidas de higiene**, sem antibiótico. Corrimento purulento, sanguinolento, fétido, recorrente ou que persiste apesar da higiene pede **cultura de secreção vaginal** e exame cuidadoso para **corpo estranho**. Agentes específicos incluem *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Shigella* e oxiúros; a **candidíase é incomum antes da puberdade**, exceto com fralda, antibiótico recente, diabetes ou imunossupressão. O **líquen escleroso** (placas brancas, fissuras e equimoses) trata-se com corticoide tópico ultrapotente e não deve ser confundido com abuso. A **sinéquia de pequenos lábios** assintomática é observada; se sintomática, usa-se estrogênio tópico por 2–6 semanas, **sem separação forçada**. A maioria dos quadros é tratada no consultório (🟢/🟡). **IST em criança pré-púbere, lesão anogenital sem explicação ou relato da criança** exigem avaliação para abuso sexual: é **notificação obrigatória (compulsória)**, com comunicação ao Conselho Tutelar e encaminhamento a serviço de referência, com urgência se a violência for recente (🔴).

1. O que é e como se apresenta

- **Vulvovaginite inespecífica:** prurido, ardor à micção, hiperemia vulvar, corrimento discreto. Fatores: limpeza de trás para frente, resíduos de fezes ou papel, banhos de espuma, sabonetes perfumados, roupas sintéticas e justas, obesidade, permanência com maiô molhado.
- **Vulvovaginites específicas** (Ortiz Movilla, AEPap):
 - *Streptococcus pyogenes*: eritema vulvar intenso e bem delimitado, corrimento, às vezes após faringite ou com doença perianal estreptocócica.
 - *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*: corrimento purulento.
 - *Shigella*: corrimento mucopurulento, muitas vezes sanguinolento, nem sempre com diarreia.
 - **Oxiúros** (*Enterobius vermicularis*): prurido vulvar e perianal noturno.
 - *Candida*: rara na pré-púbere com controle esfinteriano (colonização de 3–4%); pensar em fralda, antibiótico recente, diabetes ou imunossupressão.
- **Corpo estranho vaginal:** corrimento fétido, sanguinolento e persistente; o mais comum é papel higiênico. O NICE lembra que corrimento vaginal fétido pode indicar corpo estranho e que corpo estranho vaginal ou anal é alerta para abuso sexual.

- **Líquen escleroso:** dermatose inflamatória crônica; placas brancas, atróficas e brilhantes em "oito" ao redor da vulva e do ânus, prurido intenso, fissuras, púrpura e sangramento. **Não é causado por abuso sexual** (NASPAG), embora possa ser confundido com ele.
- **Sinéquia (coalescência) de pequenos lábios:** aderência dos pequenos lábios na linha média, mais comum em lactentes e pré-escolares, associada ao hipoestrogenismo e à irritação local. Geralmente assintomática; pode causar gotejamento pós-miccional, disúria, ITU ou, raramente, retenção urinária.
- **Adolescente:** a **leucorreia fisiológica** (branca, sem odor ou prurido) começa meses antes da menarca. Corrimentos patológicos: candidíase, vaginose bacteriana, tricomoniase e cervicites por clamídia ou gonococo.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Vulvite ou vulvovaginite inespecífica com corrimento discreto; sinéquia assintomática; leucorreia fisiológica	Medidas de higiene; observação; retorno em 2–3 semanas se não melhorar
● Moderada	Corrimento purulento, sanguinolento, fétido ou recorrente; suspeita de agente específico; oxiúros; líquen escleroso; sinéquia sintomática; corrimento na adolescente; suspeita de abuso sem violência recente	Cultura de secreção, tratamento dirigido; corticoide ou estrogênio tópico; notificação e encaminhamento a serviço de referência quando houver suspeita de abuso
● Grave	Sangramento genital com trauma; corpo estranho que não sai por irrigação ou com sangramento; retenção urinária; dor pélvica com febre na adolescente (doença inflamatória pélvica); violência sexual recente; criança que continuará exposta ao agressor	Pronto-socorro ou serviço de referência para violência sexual no mesmo dia (exame sob sedação, profilaxias, proteção)

Fatores de risco e situações que elevam a gravidade

- Menina pré-púbere com IST: gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoniase e HIV adquiridos após o período perinatal indicam fortemente abuso sexual (CDC; NICE); herpes anogenital e verrugas anogenitais exigem considerar abuso.
- Lesões anogenitais sem explicação plausível, gravidez, comportamento sexualizado incompatível com a idade, mudança súbita de comportamento.
- Diabetes, imunossupressão, uso recente de antibiótico (candidíase).
- Sangramento vaginal na pré-púbere: excluir corpo estranho, trauma, *Shigella*, *S. pyogenes*, líquen escleroso, prolapso uretral, puberdade precoce e tumor.

3. Diagnóstico no consultório

- **Exame com a criança em posição de rã** (decúbito dorsal, joelhos afastados) ou genupeitoral, sempre com a presença de responsável, explicando cada passo e sem forçar. Tração suave dos grandes lábios para baixo e para fora permite ver o hímen e o terço inferior da vagina.
- **Não usar espécuro** em menina pré-púbere no consultório.
- **Cultura de secreção vaginal** (swab umedecido, sem tocar o hímen): corrimento purulento, sintomas intensos, recorrência ou persistência apesar da higiene (AEPap).
- **Fita adesiva perianal** (método de Graham) na suspeita de oxiúros.
- **Corpo estranho**: irrigação com soro fisiológico morno pode visualizar e remover; se não for possível, vaginoscopia sob sedação.
- **Líquen escleroso**: diagnóstico clínico, seguido de teste terapêutico; biópsia ou encaminhamento se houver dúvida ou falha (NASPAG).
- **Suspeita de abuso sexual**: testes para IST com métodos validados, preferencialmente no serviço de referência (CDC); registrar achados de forma descritiva, com desenho ou foto quando autorizado.
- **Adolescente**: anamnese confidencial sobre atividade sexual, pH e aspecto do corrimento; teste de gravidez quando indicado; rastrear clamídia e gonorreia se sexualmente ativa.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Abuso sexual (lesões, IST, relato) — nunca atribuir tudo a "falta de higiene" sem examinar.
- Corpo estranho e tumor vaginal (sangramento persistente).
- Líquen escleroso confundido com trauma ou dermatite de fralda.
- ITU (disúria com urina alterada; ver **Infecção urinária**) e dermatite de contato.
- Puberdade precoce (sangramento com desenvolvimento mamário).

4. Tratamento em casa

Medidas gerais (vulvovaginite inespecífica)

- Limpeza de frente para trás; urinar com os joelhos afastados; banhos de assento mornos, sem sabonete na vulva (água ou sabonete neutro só por fora); secar sem esfregar.
- Calcinha de algodão, evitar roupas justas, banhos de espuma e permanência com roupa de banho molhada.
- Creme de barreira (vaselina ou óxido de zinco) na irritação.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Amoxicilina (S. <i>pyogenes</i>)	50 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	1x/dia ou 12/12 h	10 dias	Mesmo esquema da faringoamigdalite estreptocócica; alternativa penicilina V (AEPap)
Amoxicilina-clavulanato (<i>H. influenzae</i> produtor de betalactamase)	Conforme bula e antibiograma	8/8 h ou 12/12 h	7–10 dias	Orientar pela cultura (AEPap)
Albendazol (oxiúros)	400 mg (200 mg de 1 a 2 anos)	Dose única	Repetir em 2 semanas	Tratar todos os moradores; alternativa mebendazol 100 mg dose única repetida em 2 semanas
Nistatina ou imidazólico tópico (candidíase na área de fralda)	Aplicação na pele afetada	Conforme bula	Conforme bula	Candidíase é rara na pré-púbere sem fatores de risco
Clobetasol 0,05% pomada (líquen escleroso)	Fina camada	1x/dia até o controle dos sintomas	Indução por algumas semanas, depois manutenção com corticoide reduzido ou inibidor de calcineurina (NASPAG)	Acompanhamento com dermatologista ou ginecologista infanto-puberal
Estrogênio tópico (sinéquia sintomática)	Fina camada sobre a linha de fusão, com leve pressão	1–2x/dia	2–6 semanas	Estradiol 0,01% (Pediatria Integral 2024); no Brasil, usar o estrogênio tópico disponível conforme bula; efeitos reversíveis: sensibilidade mamária e hiperpigmentação vulvar
Betametasona 0,05% (sinéquia, alternativa)	Fina camada	12/12 h	4–6 semanas	Alternativa ao estrogênio (Pediatria Integral 2024)

- **Sinéquia de pequenos lábios:** cerca de 80% resolvem espontaneamente em até 1 ano (Pediatria Integral); **assintomática, apenas observar e orientar higiene.** Tratar se houver sintomas urinários, ITU ou retenção. **Não separar à força no consultório:** é doloroso, traumático e a recidiva é frequente. A separação manual ou cirúrgica, com analgesia ou anestesia, fica para falha do tratamento tópico ou retenção urinária. Após a separação, manter creme de barreira por algumas semanas. A recidiva é comum (até 41% nos lactentes de fralda) até a puberdade.

- **Corrimento na adolescente** (PCDT-IST, Ministério da Saúde, 2022):
 - Candidíase vulvovaginal: miconazol creme vaginal 2% ou clotrimazol creme vaginal 1% por 7 dias; alternativa fluconazol 150 mg VO dose única.
 - Vaginose bacteriana e tricomoníase: metronidazol oral conforme o PCDT-IST. A vaginose não exige tratamento da parceria; a tricomoníase, sim.
 - Cervicite ou suspeita de IST: tratar a paciente e as parcerias conforme o PCDT-IST, oferecer testes para HIV, sífilis e hepatites e reforçar preservativo e vacina contra HPV.
- **Não usar:** antibiótico sem cultura na vulvovaginite inespecífica; antifúngico empírico repetido na pré-púbere; espéculo ou manobras forçadas; duchas vaginais.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Violência sexual recente: encaminhar no mesmo dia a serviço de referência para profilaxias. A profilaxia pós-exposição ao HIV deve começar o mais rápido possível, idealmente nas primeiras 2 horas e no máximo em 72 horas (PCDT-IST 2022); contracepção de emergência nas púberes.
- Criança em risco de continuar exposta ao agressor.
- Sangramento genital com trauma ou sangramento importante de causa não esclarecida.
- Corpo estranho não removível por irrigação.
- Retenção urinária (sinéquia completa, dor intensa).
- Adolescente com dor pélvica, febre, dor à mobilização do colo ou toxemia (doença inflamatória pélvica); gravidez com dor ou sangramento.

Como encaminhar e proteger

1. **Escutar sem interrogar:** registrar as palavras da criança entre aspas, sem perguntas indutivas e sem repetir a entrevista; a escuta especializada e o depoimento especial são feitos pela rede de proteção (Lei 13.431/2017).
2. **Não lavar nem trocar a roupa** se a violência for recente (preservação de vestígios), quando possível.
3. **Notificação obrigatória (compulsória)** na ficha de violência do SINAN e **comunicação ao Conselho Tutelar**, que é obrigatória nos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos (ECA, art. 13); a omissão do médico constitui infração administrativa (ECA, art. 245). Não é necessário ter certeza para comunicar.
4. Contatar o serviço de referência para violência sexual do município; se houver risco imediato, acionar Conselho Tutelar, polícia (190) ou Disque 100.
5. Relatório descritivo, sem conclusões sobre autoria, com data, hora, relato e achados do exame.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A irritação da vulva na menina pequena quase sempre melhora com higiene: limpar de frente para trás, banho morno sem sabonete na região e calcinha de algodão."
- "Se o corrimento ficar amarelado, esverdeado, com sangue ou mau cheiro, ou não melhorar em 2 a 3 semanas, volte."
- "A colagem dos lábios costuma se desfazer sozinha. Não tente separar em casa."
- "Coceira anal à noite pode ser verme; toda a família deve tomar o remédio."
- "Se a criança contar algo sobre alguém que tocou suas partes íntimas, acredite, acolha e procure o pediatra ou o Conselho Tutelar."
- Voltar imediatamente se houver sangramento, dor para urinar com retenção, febre ou dor intensa.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Vulvovaginite pré-puberal	Documento SBP de 2025 de acesso restrito, não consultado	Não consultado	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Maioria inespecífica; higiene; cultura se purulenta, persistente ou recorrente (AEPap)
Sinéquia labial	Não consultado	Não consultado	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Observar; estradiol 0,01% por 2–6 semanas ou betametasona; separação só após falha
Líquen escleroso	Não consultado	NASPAG (EUA, 2021): clobetasol, manutenção, não é abuso	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Não consultado
IST e abuso sexual	Comunicação ao Conselho Tutelar em casos suspeitos ou confirmados (ECA; manual SBP/CFM 2018); notificação obrigatória	CDC 2021: gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoníase e HIV indicam fortemente abuso	CG89: suspeitar com gonorreia, clamídia, sífilis, herpes genital, hepatite C, HIV e tricomoníase; considerar com verrugas e hepatite B	Segue o NICE	Gonococo, clamídia, HPV e herpes obrigam investigar abuso (AEPap)
Corrimento na adolescente	PCDT-IST 2022: miconazol ou clotrimazol 7 dias ou fluconazol 150 mg; metronidazol na vaginose e tricomoníase	Não consultado	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Não consultado

Leitura: as referências consultadas convergem em que a vulvovaginite pré-puberal é, em geral, inespecífica e tratada com higiene, que a candidíase é incomum antes da puberdade e que corrimento persistente ou sanguinolento exige cultura e busca de corpo estranho. Também concordam que gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoníase e HIV adquiridos fora do período

perinatal indicam abuso sexual, enquanto verrugas e herpes exigem avaliação contextual; o NICE inclui o herpes genital e a hepatite C entre os achados que levam a suspeitar. A diferença mais relevante é jurídica: nos EUA, todas as jurisdições exigem comunicação aos serviços de proteção (CDC); no Brasil, a comunicação ao Conselho Tutelar é obrigatória já na suspeita (ECA), somada à notificação compulsória no SINAN. Na sinéquia, o tratamento tópico por poucas semanas e a recusa à separação forçada são consenso.

PONTOS PRÁTICOS

1. Vulvovaginite pré-puberal é, na maioria, inespecífica: higiene antes de antibiótico ou antifúngico.
2. Corrimento purulento, sanguinolento, fétido ou persistente pede cultura e exclusão de corpo estranho.
3. Placas brancas com equimoses e fissuras sugerem líquen escleroso: corticoide ultrapotente e encaminhamento, sem concluir por abuso.
4. Sinéquia assintomática se observa; sintomática recebe estrogênio tópico; nunca separar à força.
5. IST na criança pré-púbere, lesão anogenital sem explicação ou relato da criança: notificação obrigatória (compulsória) e comunicação ao Conselho Tutelar já na suspeita.
6. Violência sexual recente é urgência: serviço de referência no mesmo dia para profilaxia do HIV (até 72 h), contracepção de emergência e proteção.

8. Fontes

- Ortiz Movilla R, Acevedo Martín B. Vulvovaginitis infantil. Revista de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), 2011. pap.es
- Pontón Martino B, Cebrián Muiños C. Patologías genitourinarias más frecuentes. Pediatría Integral (SEPEAP/AEP), 2024. pediatriaintegral.es
- Souto Romero H et al. Cirugía programada — calendario quirúrgico. Pediatría Integral, 2024. pediatriaintegral.es
- NASPAG. Clinical Opinion — Diagnosis and Management of Lichen Sclerosis in Pediatric and Adolescent Patients, 2021 (resumo). contemporarypediatrics.com
- CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines — Sexual Assault or Abuse of Children, 2021. cdc.gov
- NICE. CG89 — Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. nice.org.uk

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST, 2022. [PDF](#)
- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990. planalto.gov.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade de Pediatria de São Paulo, Conselho Federal de Medicina. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, 2ª ed., 2018. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Vulvovaginites na infância e adolescência — atualização, 2025 (texto integral de acesso restrito). sbp.com.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.