

# Miíase Vulvar: Relato de Caso

## Vulvar Myiasis: a Case Report

Carlos Augusto Real Martinez, Gilberto Romani, Denise Gonçalves Priolli,  
Ademir Aparecido de Campos, Vicente de Paulo Pereira Carneiro,  
Cassiano Alfredo Garcia Dalbem

### RESUMO

A miíase de localização vulvar é doença rara. O objetivo do presente relato é descrever um caso de miíase vulvar por larvas de *Cochliomyia hominivorax* em mulher de 77 anos, com precários hábitos higiênicos, apresentando dor, prurido e secreção de odor fétido na região genital há 10 dias. O exame ginecológico demonstrou lesão ulcerada no grande lábio vulvar, com seis centímetros, que se estendia ao monte do pube, preenchida por larvas. A doente evoluiu favoravelmente após remoção das larvas, desbridamento cirúrgico e curativos diários, sendo realizada, quatorze dias após o desbridamento, rotação de retalho cutâneo. Apresentou evolução satisfatória, estando assintomática dois meses após a intervenção. A miíase vulvar deve ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças infecciosas vulvares de doentes com hábitos de higiene precários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parasitismo: miíase. Vulva: infecções.

### Introdução

A miíase humana é enfermidade comum nas zonas rurais dos países tropicais<sup>1</sup>. É provocada por larvas de moscas, existindo várias classificações conforme a localização da doença, o inseto vetor e o tipo de tecido acometido<sup>2</sup>.

As miíases do tipo furunculóide são provocadas por larvas biontófagas parasitárias dos tecidos sadios, sendo as moscas das espécies *Dermatobia hominis*, *Cochliomyia hominivorax* e *Oestrus ovis* as principais responsáveis<sup>3</sup>. Outro tipo decorre da invasão por larvas com afinidade por tecidos necrosados (necrobiontófagas), sendo as mais frequentes as moscas dos gêneros *Sacophaga*, *Lucilia* e *Callitroga*<sup>3</sup>.

A doença atinge, na maioria das vezes, áreas descobertas do corpo, onde a oviposição é mais fácil, mulheres de baixo nível socioeconômico com hábitos precários de higiene, doentes com distúrbios psiquiátricos, diabéticos e imunodeprimidos<sup>4</sup>.

Disciplinas de Cirurgia Geral e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo.

Correspondência:

Carlos Augusto Real Martinez  
Rua Rui Barbosa, 255 apto. 32  
09190-370 - Santo André - SP  
Tel/fax: (11) 4438-9203  
e-mail: caomartinez@uol.com.br

A miíase de localização vulvar é evento raro, a julgar pelo pequeno número de artigos publicados<sup>2</sup>.

O objetivo do presente relato é apresentar um caso de miíase vulvar provocada por larvas da mosca *Cochliomyia hominivorax* tratada, com sucesso, pelo desbridamento local, com posterior rotação de retalho cutâneo da parede abdominal.

### Relato do caso

Mulher, 77 anos, com deficiência intelectual, procedente da zona rural de Bragança Paulista, vivia isolada da família, em péssimas condições habitacionais e com precários hábitos de higiene corporal. Procurou o Pronto Socorro do Hospital Universitário com dor na região vulvar com 10 dias de duração. Referia que há três semanas principiara com pequena ulceração vulvar, intensamente pruriginosa, que aumentou progressivamente de tamanho, com secreção purulenta de odor fétido. Relatava sensação de movimentos larvários no interior da lesão e nos últimos três dias apresentava febre diária, de caráter vespertino, e piora acentuada do quadro doloroso. Negava antecedentes de diabetes.

Ao exame físico encontrava-se desnutrida, temperatura de 37,8°C, pulso de 98 bpm e pres-

são arterial de 120 x 80 mmHg. Na região genital notava-se lesão ulcerada de aproximadamente 6 cm de diâmetro, estendendo-se do grande lábio vulvar esquerdo ao monte da pube, profunda, com necrose das bordas, estando completamente preenchida por larvas vivas de coloração amarelo-esbranquiçada, com aproximadamente 1 cm de comprimento (Figura 1).

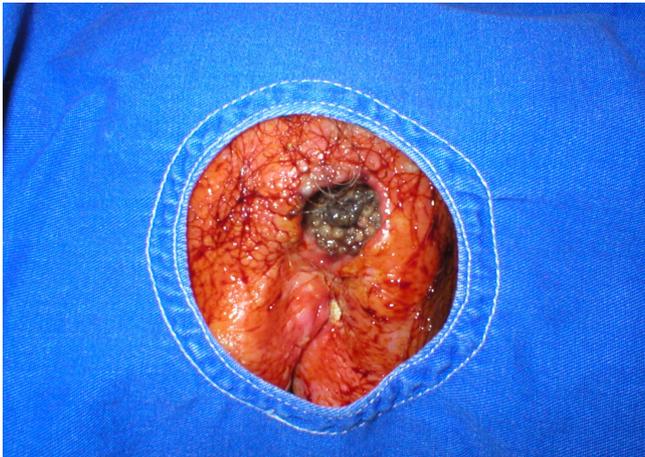


Figura 1 - Aspecto pré-operatório, mostrando lesão ulcerada da região vulvar totalmente preenchida por larvas.

Às margens, a ulceração possuía sinais flogísticos que se estendiam à região abdominal inferior e grandes lábios vulvares, atingindo a região ínguino-crural esquerda. A compressão dos tecidos adjacentes à ulceração provocava saída de secreção purulenta, de odor fétido. Os gânglios da cadeia superficial dos linfonodos ínguino-crurais esquerdos estavam aumentados de tamanho e dolorosos à palpação. Com diagnóstico de míiase vulvar, foi submetida a desbridamento cirúrgico, sob anestesia, estendendo-se a excisão ao tecido infectado que circundava a lesão. As larvas, em número de 50, foram totalmente removidas e algumas delas ainda movimentavam-se espontaneamente.

A extirpação cirúrgica removeu boa parte do monte do pube, porção superior do grande lábio vulvar esquerdo e parte da comissura vulvar anterior, não havendo, todavia, necessidade de remoção do clitóris (Figura 2).

O exame histopatológico revelou processo inflamatório agudo, com necrose das camadas dérmicas e focos de micro-abscessos espalhados por todo tecido removido.

Após a excisão cirúrgica, a doente recebeu antibioticoterapia (cefotixina), antiinflamatório não hormonal (cetoprofeno), analgésico, antitérmico (dipirona) e profilaxia antitetânica. Foram realizados curativos diários com iodopovidona tópica.



Figura 2 - Aspecto pós-operatório imediato da região vulvar após o desbridamento cirúrgico, com remoção das larvas.

A evolução pós-operatória foi favorável, com regressão do processo inflamatório e da linfadenopatia inguinal, não havendo necessidade de novos desbridamentos. No 14º dia pós-operatório, a ferida apresentava evidente tecido de granulação no fundo e bordas da lesão. Em virtude da extensão da área cruenta e pela dificuldade da enferma em realizar curativos domiciliares diários, optou-se por recobrimento da ferida residual com retalho cutâneo rodado da região inferior esquerda da parede abdominal (Figura 3).



Figura 3 - Aspecto pós-operatório da região vulvar doze dias após a rotação de retalho cutâneo.

No momento a paciente encontra-se bem, com cicatrização completa da ferida cirúrgica e resultado estético satisfatório, tendo sido encaminhada para programa social de assistência ao idoso, onde recebe visitas periódicas de profissionais de saúde e assistentes sociais.

A publicação do presente relato foi autoriza-

da pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, Bragança Paulista.

## Discussão

Hope em 1940<sup>5</sup> definiu míiase (do grego *myia* = mosca, *ase* = doença) como “infestação de vertebrados vivos por larvas de dípteros que, pelo menos durante uma fase do desenvolvimento, alimentam-se dos tecidos vivos ou mortos do hospedeiro, de suas substâncias corporais líquidas ou do alimento por ele ingerido”. Trata-se de dermatose freqüente em países tropicais, acometendo mais comumente habitantes das zonas rurais<sup>6</sup>. Nas regiões de maior desenvolvimento urbano a doença geralmente é encontrada em pacientes psiquiátricos, etilistas, diabéticos, desnutridos, imuno-deprimidos e, sobretudo, em pessoas com precários hábitos higiênicos e baixo nível de instrução<sup>3,4</sup>.

Vários gêneros de moscas são de interesse médico por infestarem o homem, podendo as larvas ser divididas em dois grupos principais (biontófagas ou necrobiontófagas), dependendo do tipo de tecido que infestam<sup>4</sup>. Assim, as que invadem tecidos saudáveis, denominadas biontófagas, causam a forma furunculóide da doença<sup>6</sup>. Nesse grupo destacam-se as míiases provocadas pelas espécies *Dermatobia hominis*, *Cochliomyia hominivorax* e *Oestrus ovis*<sup>2,6</sup>. Já as necrobiontófagas invadem exclusivamente tecidos necrosados, destacando-se os gêneros *Sarcophaga*, *Lucilia*, *Phaenicia*, *Calliphora* (*Callitroga* ou *Cochliomyia macellaria*), *Musca*, *Muscina* e *Fannia*<sup>1,2,5,7-9</sup>. Cabe lembrar ainda o gênero *Muscidae*, que caracteristicamente provoca a míiase cavitária (orbital, sinusoidal)<sup>6</sup>.

O estudo entomológico das larvas retiradas da doente do presente relato, constatou que pertenciam ao gênero *Callitroga*. Duas espécies neste gênero apresentam interesse médico: a *Cochliomyia hominivorax* (*Callitroga americana*), que durante a fase larvária desenvolve parasitismo obrigatório, e a *Cochliomyia macellaria* (*Callitroga macellaria*), em que o parasitismo da fase larvária é facultativo<sup>10</sup>. Apesar de ambas as espécies pertencerem ao mesmo gênero (*Callitroga*), as larvas da espécie *Cochliomyia hominivorax* são biontófagas, nunca se desenvolvendo em tecidos necrosados, ao passo que as da *Cochliomyia macellaria* são necrobiontófagas<sup>5</sup>.

A *Cochliomyia hominivorax* é mosca de tamanho médio, corpo curto e grosso, peças bucais bem desenvolvidas de tipo lambedor, encontrando-se no tórax verde-metálico três faixas longitudinais negras e largas<sup>5,10</sup>. Distingue-se da *Cochliomyia macellaria*, na fase adulta, pela presença de pêlos

escuros na frente e ausência de manchas claras laterais no último segmento abdominal<sup>10</sup>. Durante a fase larvária, a espécie possui tubos traqueais pigmentados em longa extensão do segmento terminal, enquanto na *Cochliomyia macellaria* os tubos traqueais apresentam tonalidade mais clara<sup>5</sup>. A disposição dos espiráculos anteriores, dos espinhos dorsais e das placas estigmáticas também permite a diferenciação entre as duas espécies<sup>5,10</sup>. A análise dessas características permitiu o diagnóstico da espécie *Cochliomyia hominivorax* como a responsável pela míiase da enferma descrita.

As fêmeas da *Cochliomyia hominivorax* geralmente depositam, de uma só vez, 20 a 400 ovos em feridas ou escarificações da pele e, em menos de 24 horas, as larvas eclodem e passam a se nutrir dos tecidos orgânicos periféricos<sup>10</sup>. Cabe destacar que as moscas geralmente são atraídas por tecidos infectados, necróticos e com odor fétido; as larvas, porém, só se alimentam de tecido sã<sup>5</sup>. No homem, tanto a pele quanto as cavidades naturais podem ser infectadas, durando o parasitismo cerca de uma semana, quando as larvas maduras caem ao solo para pupar<sup>10</sup>. A duração completa do ciclo biológico é de aproximadamente 25 dias.

A doença atinge geralmente as áreas mais expostas do corpo humano, devido à facilidade de oviposição da mosca. A infestação genital feminina é ocorrência excepcional, uma vez que o local é habitualmente protegido pelas vestes, sendo assim pouco acessível ao contato dos insetos<sup>2,11</sup>. A raridade do acometimento vulvar pode ser mais bem avaliada pelo pequeno número de casos publicados na literatura mundial<sup>1-3,7-9,11,12</sup>. Contudo, cabe destacar que, devido à benignidade e a transitoriedade da maioria dos casos e à maior prevalência no meio rural, a verdadeira incidência pode estar sendo subestimada<sup>3</sup>.

Várias espécies de larvas foram descritas na literatura mundial acometendo a região vulvar e entre elas destacam-se as pertencentes aos gêneros *Dermatobia*<sup>13</sup>, *Wohlfahrtia*<sup>1,9</sup>, *Sarcophaga*<sup>3,4</sup>, *Chrysomyia*<sup>8</sup> e *Piophilila*<sup>14</sup>. No Brasil, só pudemos encontrar três relatos de míiase vulvar<sup>2,7,12</sup>, sendo que em duas oportunidades a doença era provocada por larvas do gênero *Sarcophaga*<sup>7,12</sup>. Em levantamento dos casos de míiase vulvar publicados a partir de 1966, consultando duas bases de dados (LILACS e Medline), a infestação por larvas pertencentes à espécie *Cochliomyia hominivorax* ainda não havia sido descrita no Brasil.

A míiase vulvar geralmente ocorre em mulheres com baixo nível socioeconômico e com hábitos de higiene precários, quando se analisa a maioria dos casos publicados que fazem referência a esta particularidade<sup>1-4,7-9</sup>. Acreditamos que vários fatores contribuíram para o surgimento da

doença na enferma que pudemos acompanhar, merecendo destaque a baixa condição socioeconômica, idade avançada, rebaixamento intelectual, estado nutricional, moradia localizada em região rural com precárias condições sanitárias e, principalmente, o isolamento familiar.

Gomes et al.<sup>7</sup>, em 1996, publicaram caso de míiase vulvar em doente de 18 anos portadora de condiloma vulvo-vaginal e molusco contagioso, chamando a atenção para a importância dos hábitos precários de higiene e vida sexual promíscua no desenvolvimento da míiase vulvar. Mais recentemente, Passos et al.<sup>4</sup>, em 1997, publicaram caso de míiase vulvar em jovem de 19 anos, com múltiplos parceiros e portadora de sorologia positiva para sífilis e AIDS. Os autores inferem que a míiase vulvar está normalmente associada à promiscuidade e que no caso observado, a presença de lesões sífilíticas genitais acompanhadas de outras infecções, em virtude do odor fétido exalado, permitiram a atração do inseto. Reafirmam, ainda, a necessidade de se realizarem os testes sorológicos para sífilis e anti-HIV em toda doente portadora de míiase vulvar com vida sexual promíscua<sup>4</sup>.

A sintomatologia surge à medida que ocorre o desenvolvimento das larvas. Nos primeiros dias a doente queixa-se de dor, mais freqüente no período matutino e noturno, referindo ainda a sensação dos movimentos do parasita na lesão<sup>4,5</sup>. O prurido geralmente surge nas fases iniciais e é lentamente substituído por dor aguda, de caráter latejante, principalmente quando ocorre infecção bacteriana secundária. À medida que as larvas se desenvolvem, a destruição tecidual progride, ocorrendo a formação de lesão ulcerada que aumenta de tamanho, geralmente cercada por área flegmonosa, com secreção purulenta de odor fétido. O exame da ferida pode revelar a presença de larvas vivas, movimentando-se no interior da ulceração<sup>9</sup>. Tais características foram observadas na enferma do presente relato, destacando-se o importante processo inflamatório dos tecidos circunvizinhos e a linfadenopatia satélite inguinal, atribuídos a provável infecção bacteriana secundária. Infelizmente não foram colhidas amostras da secreção para identificação dos agentes bacterianos envolvidos na infecção. O exame histopatológico constatou, entretanto, que todo o tecido removido ao redor da ulceração possuía inúmeros focos de micro-abscessos, sugerindo presença de infecção bacteriana adicional. A rápida melhora da celulite loco-regional bem como a regressão da linfadenomegalia inguinal, após a introdução do antibiótico, parecem consubstanciar estes fatos.

O tratamento da míiase vulvar depende da existência e da intensidade da lesão tecidual. Nas

míiases com pouca destruição tecidual, o bloqueio anestésico local para remoção das larvas, seguida de vigorosa higienização local com soluções anti-sépticas e curativos diários, pode ser medida suficiente<sup>1,3,9,15</sup>. O emprego de éter sobre a lesão, com o intuito de matar as larvas e facilitar sua remoção, também tem sido utilizado<sup>4</sup>.

Nas lesões de maior tamanho onde a necrose tecidual é mais evidente ou quando existe celulite circunvizinha extensa, à semelhança da enferma do presente relato, preconiza-se a excisão completa do tecido desvitalizado, com remoção de todas as larvas identificadas<sup>7,8</sup>, sob anestesia geral ou bloqueio anestésico raquimedular. O bloqueio anestésico facilita a extirpação do tecido necrosado, além de conferir maior efetividade à remoção do maior número de larvas presentes.

Os curativos realizados no período pós-operatório possuem importância fundamental para a completa recuperação tecidual. Algumas vezes, principalmente nos enfermos nos quais a cirurgia inicial foi realizada sem o emprego de anestesia, a remoção de todas as larvas pode não ser completa, existindo a necessidade da retirada diária complementar de eventuais larvas remanescentes<sup>1,8</sup>. A utilização de soro fisiológico com soluções anti-sépticas (iodopovidona, clorexedina) é efetiva no controle da infecção local, entretanto, há autores que preconizam o uso de pomadas com agentes bactericidas<sup>2</sup>.

O emprego de antibioticoterapia sistêmica deve ficar reservado aos casos mais graves nos quais existem, à semelhança da doente descrita, sinais de infecção bacteriana secundária. Os antibióticos mais freqüentemente empregados têm sido a penicilina, aminoglicosídeos, cloranfenicol e cefalosporinas<sup>2,8,11</sup>. Deve-se lembrar a necessidade de cobertura antitetânica, ao considerarem-se os hábitos dos vetores responsáveis.

Como medidas preventivas ressalta-se a importância do esclarecimento, principalmente às populações rurais de baixa condição socioeconômica, dos princípios básicos da adequada higiene corporal<sup>11</sup>. Medidas que melhorem as condições higiênicas das habitações, evitando a promiscuidade e melhorando as condições sanitárias devem ser preocupação constante dos órgãos responsáveis pela saúde pública. Mulheres com hábitos sexuais promíscuos devem ser alertadas quanto às medidas preventivas, bem como a procurarem assistência médica sempre que apresentarem qualquer lesão vulvar sugestiva de doença sexualmente transmissível<sup>4,12</sup>. Por último, cabe lembrar ainda da atenção que deve ser fornecida aos doentes idosos habitantes da zona rural, sobretudo aos de vida solitária, quando já não podem cuidar sozinhos da própria higiene pessoal.

## ABSTRACT

*Myiasis located in the vulva is a rarely described disease. The objective of the present report is to describe a case of vulvar myiasis due to larvae of Cochliomyia hominivorax. A 77-year-old woman with precarious hygienic habits presented pain, pruritus and secretions with a fetid smell in the genital region for 10 days. Gynecological examination demonstrated an ulcerated lesion in the labium majus of the vulva measuring six centimeters that extended to the mons pubis and was found to be filled with larvae. The patient progressed favorably after removal of the larvae, surgical debridement and daily dressings. Fourteen days after the debridement, she was submitted to skin flap rotation, with good local scar formation. Two months after the intervention, she remained asymptomatic. Vulvar myiasis must be considered in the differential diagnosis of infectious diseases of the vulva in patients with precarious hygienic habits.*

**KEYWORDS:** *Ectoparasitic infestation. Myiasis. Vulvar diseases.*

## Referências

1. Delir S, Handjani F, Emad M, Ardehali S. Vulvar myiasis due to Wohlfahrtia magnifica. Clin Exp Dermatol 1999; 24:279-80.
2. Deus MCBR, Santos JA, Quevedo JMA. Míiase vulvar. Femina 1989; 17:560-3.
3. Cilla G, Picó F, Peris A, et al. Míiasis genital humana por Sarcophaga. Rev Clin Esp 1992; 190:189-90.
4. Passos MRL, Carvalho AVV, Silva ARL, et al. Míiase vulvar. DST J Bras Doenças Sex Transm 1997; 9:9-11.
5. Hope FW. On insects and their larvae occasionally found in the human body. Trans Entomol Soc London 1940; 2:256-71.
6. Pessoa SB. Parasitologia médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969. p.857-61.
7. Gomes PA, Fukugava MFN, Cucé LC. Míiase vulvar. J Bras Med 1996; 70:106-8.
8. Koranantakul O, Lekhakula A, Wansit R, Koranantakul Y. Cutaneous myiasis of vulva caused by the muscoid fly (Chrysomyia genus). Southeast Asian J Trop Med Public Health 1991; 22:458-60.
9. Yazar S, Özcan H, Dinçer S, Sahin I. Vulvar myiasis. Yonsei Med J 2002; 43:553-5.
10. Rey L. Bases da parasitologia médica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. Dípteros ciclorrafos: as moscas. p.296-303.
11. Pandolfo SM, Lima CR, Pandolfo MJ, Barroso RM. Fístula vesicovaginal extensa, com destruição completa da uretra, produzida por míiase, em paciente com prolapso genital total. Rev Para Med 2000; 14:33-40
12. Miranda MVP. Míiase vulvar. Relato de um caso e estudo biológico do díptero responsável (Callitroga americana). J Bras Ginecol 1971; 72:309-18.
13. Mirande LM, Landolfi JM, Pedemonte LH, Pepe CM. Míiasis forunculóide por "Dermatobia hominis". Med Cutan Ibero Lat Am 1976; 4:421-5.
14. Saleh MS, el Sibae MM. Urino-genital myiasis due to Piophilidae. J Egypt Soc Parasitol 1993; 23:737-9.
15. Ennes DK, Bacci LC, Branco RF, Simões MJ, Guariento A. Míiase de colo uterino. J Bras Ginecol 1987; 97:287-9.

Recebido em: 2/4/2003

Aceito com modificações em: 8/5/2003

## COMUNICADO AOS ASSOCIADOS E LEITORES

# FEBRASGO na Internet

Para maiores informações temos à disposição quatro endereços eletrônicos

[febrasgopresiden@uol.com.br](mailto:febrasgopresiden@uol.com.br)  
[secretaria\\_executiva@febrasgo.org.br](mailto:secretaria_executiva@febrasgo.org.br)  
[publicacoes@febrasgo.org.br](mailto:publicacoes@febrasgo.org.br)  
[tego\\_habilitacao@febrasgo.org.br](mailto:tego_habilitacao@febrasgo.org.br)



# VIII CONGRESSO PAULISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

## X CONGRESSO DE G&O DA REGIÃO SUDESTE DA FEBRASGO

14 a 17 de agosto de 2003  
ITM - EXPO - SÃO PAULO

[www.sogesp.com.br/congresso](http://www.sogesp.com.br/congresso)

### FICHA DE INSCRIÇÃO

#### CURSOS PRÉ-CONGRESSO

##### Ginecologia

CPC 01 - Hormonioterapia em Ginecologia  
CPC 02 - Interpretação de Mamografia  
CPC 03 - O Ginecologista como clínico da mulher  
CPC 04 - Oncologia Ginecológica  
CPC 09 - Informática em Ginecologia e Obstetrícia  
CPC 10 - Sexualidade da mulher  
CPC 11 - Mastologia  
CPC 12 - Cirurgia de alta frequência

##### Obstetrícia

CPC 05 - Orientação Multidisciplinar no Pré-Natal  
CPC 06 - Infecções Pré-Natais  
CPC 07 - Endocrinopatia em Obstetrícia  
CPC 08 - Administração de Consultório  
CPC 13 - Emergências em Obstetrícia  
CPC 14 - Atualização em Medicina Fetal  
CPC 15 - Cardiotocografia  
CPC 16 - Marketing de Consultório

#### Taxa de Inscrição

	De 01.05 a 30.06.2003	De 01.07 a 31.07.2003
Médico sócio SOGESP/FEBRASGO	R\$ 150,00	R\$ 200,00
Médico não sócio SOGESP/FEBRASGO	R\$ 450,00	R\$ 600,00
Residente sócio da SOGESP/FEBRASGO	R\$ 75,00	R\$ 100,00
Residente não sócio da SOGESP/FEBRASGO	R\$ 225,00	R\$ 300,00
Acadêmicos e outros profissionais	R\$ 75,00	R\$ 100,00

Nome

Endereço Residencial

Cidade

CEP  Estado  Telefone

Fax  Celular

e-mail

CRM  Valor R\$

Recibo em nome de

Especialidade  Médico sócio SOGESP / FEBRASGO  Residente sócio SOGESP / FEBRASGO  Acadêmico  
 Médico não sócio SOGESP / FEBRASGO  Residente não sócio SOGESP / FEBRASGO  Outros profissionais

#### Cursos Pré-Congresso

Manhã - CPC

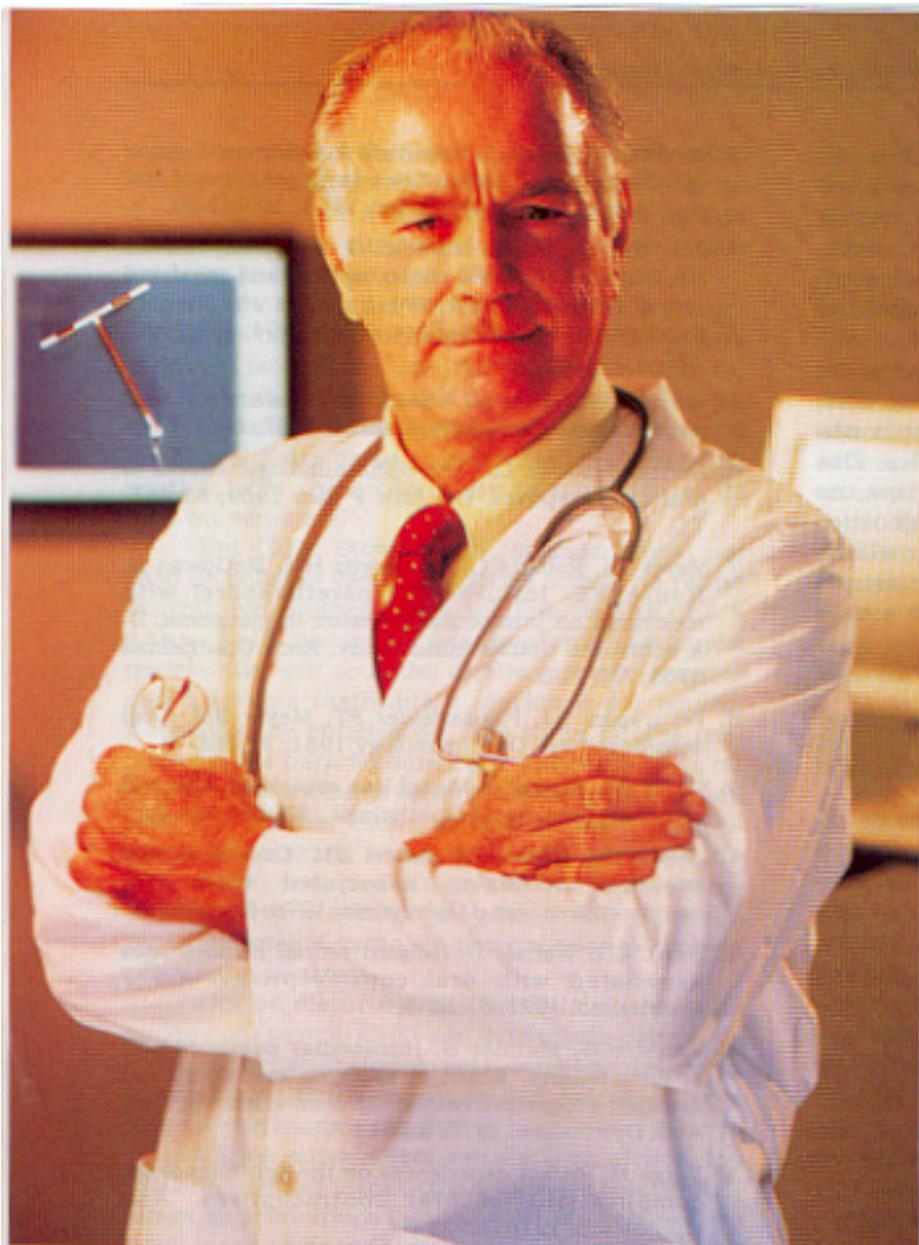
Tarde - CPC

#### Informações

**VAGAS LIMITADAS A UM CURSO POR PERÍODO**



Secretaria Executiva  
Rua dos Bombeiros, 40  
São Paulo - SP - CEP 04091-100  
Fone: (11) 3084-7100  
e-mail: [sogesp@uoi.com.br](mailto:sogesp@uoi.com.br)



Só o DIU CEPEÓ T Cu 380A pode assegurar:

**CONTROLE** sanitário rigoroso com o completo atendimento às normas e supervisão do FDA;

**TECNOLOGIA** com mais de 40 anos de constante aprimoramento, estudos e pesquisas em escala mundial;

**CONFIABILIDADE** com a comprovação de qualidade e eficácia por mais de 200 milhões de DIUs comercializados em mais de 100 países.

# DIU CEPEÓ T T Cu 380A

## TESTADO, APROVADO E COPIADO

O DIU CEPEÓ T T Cu 380A é produzido com a mais avançada tecnologia. O processo industrial é automatizado, com esterilização absoluta, matéria-prima aplicada de altíssima pureza e a equipe técnica e de pesquisa especializada e qualificada. Todo processo garantido pelas inúmeras certificações de qualidade, tanto as exigidas nos Estados Unidos como na Comunidade Européia, além dos padrões ISO 9002 e 14.000.



CEPEÓ DIRETO 0800 712331

ENTREGA 48 HORAS EM TODO O BRASIL (VIA SEDEX)

WWW.CEPEO.COM.BR