

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

EDIÇÃO XIII

Capítulo 8

VAGINOSE E VAGINITE

JOÃO ERICK SOUSA RANDAL POMPEU¹
CAIO LEVI PIRES DOS SANTOS¹
GEORGE FRANCO DE OLIVEIRA¹
CARLA CRISTINA MAIA DE LIMA LOBO²

*1. Discente – Medicina da Universidade Christus (UNICHRISTUS)
2. Docente – Medicina da Universidade Christus (UNICHRISTUS)*

Palavras-Chave: Vaginose; Vaginite; Ginecologia.

INTRODUÇÃO

As doenças que afetam o sistema reprodutor feminino, estão cada vez mais prevalentes em todo o mundo. O trato genital feminino apresenta anatomia, microbioma e fatores protetores complexos. É necessário que o meio ambiente vaginal apresente um PH adequado, através da atuação dos *Lactobacillus*, responsáveis pela produção do ácido láctico (SOBEL *et al.*, 2023). Quando ocorre algum processo capaz de alterar o equilíbrio do ambiente vaginal, possibilita-se a proliferação de microrganismos associados a processos inflamatórios (vaginites) ou sem evidência de inflamação (vaginose). As vaginites e vaginose são causadoras dos sintomas mais frequentes nos consultórios de ginecologia, sendo responsáveis por repercussões negativas na saúde mental e vida sexual das mulheres, afetando negativamente a qualidade de vida dessas pacientes (SOBEL *et al.*, 2023).

Vaginose

Vaginose bacteriana é uma condição clínica na qual ocorre alteração da microbiota vaginal, havendo uma substituição dos *Lactobacillus* por outros micro-organismos. Por consequência da alteração na microbiota, ocorre produção de aminas voláteis, redução do ácido láctico e elevação do PH vaginal: > 4,5 (normal de 4 a 4,5) (FEBRASGO, 2019).

Epidemiologia

Representa a afecção mais comum da parte inferior do trato genital feminino. Possui como principais agentes etiológicos: *Gardnerella*, *Prevotella*, *Atopobium*, *Megasphaera*, *Bifidobacterium*, *Leptotrichia*, *Clostridium*, *Sneathia*, *Dialister* e *Mycoplasmas*. Apresenta prevalência mundial de 10-30% das mulheres (FEBRASGO, 2019). Nos Estados Unidos, estudo realizado pela National Health and Nutrition

Examination Survey (NHANES) estimou prevalência de vaginose bacteriana em 29% das mulheres americanas entre 14 a 49 anos, sendo ainda mais prevalente em mulheres americanas negras, acometendo 50% dessas (SOBEL *et al.*, 2023). Outrossim, sendo responsável no Brasil por até 40% das queixas vaginais (FEBRASGO, 2019). Além de ser 3 vezes mais prevalente em mulheres inférteis, também está associada ao aumento de infecções após cirurgias ginecológicas, ao HPV e ao aumento de contração do HIV (FEBRASGO, 2019).

Fatores de risco: raça negra, tabagismo e comportamento sexual de risco (sexo anal seguido de sexo vaginal, relação sexual com outras mulheres e sexo com parceiros não circuncidados) (FEBRASGO, 2019).

Fisiopatologia

A vaginose bacteriana decorre de um desequilíbrio na flora bacteriana vaginal, em que ocorre substituição dos *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias e facultativas (SOBEL *et al.*, 2023).

Quadro clínico

Corrimento vaginal fino, homogêneo e de coloração variável: esbranquiçado ou amarelado ou acinzentado. Odor fétido, similar ao cheiro de peixe. Piora do odor no período menstrual e após relação sexual desprotegida (WILLIAMS *et al.*, 2014).

Diagnóstico e exames complementares

- Exame físico ginecológico

Primeiro passo para o diagnóstico e descarte de outras patologias (SOBEL *et al.*, 2023).

- Diagnóstico por Critérios de Amsel

Através da microscopia: análise com solução salina do corrimento vaginal, sendo necessários 3 dos 4 critérios para confirmação diagnóstica:

1. Corrimento vaginal branco-acinzentado homogêneo aderido às paredes da vagina.

2. Teste das aminas: positivo.

3. Ph vaginal > 4,5

4. Presença de *clue cells* à bacterioscopia (FEBRASGO, 2019).

- Diagnóstico por Escore de Nugent

Através do exame microscópico de esfregaço de secreção vaginal corado pelo Gram, são avaliados os morfotipos *Lactobacillus*, *Mobiluncus sp* e *Gardnerella vaginalis*, presentes na bacterioscopia. Escore de 0-3: resultado normal; escore de 4-6: flora vaginal de aspecto intermediário; escore de 7-10: vaginose bacteriana (FEBRASGO, 2019).

Tratamento

- Drogas de primeira escolha, realizar uma das opções:

- Metronidazol gel 0,75%, 5 g, via intravaginal, ao deitar para dormir durante um período de 5 dias.

- Metronidazol 500 mg, via oral, 2 vezes ao dia durante um período de 7 dias.

- Clindamicina creme 2%, 5 g, via intravaginal ao deitar para dormir durante um período de 5 dias (FEBRASGO, 2019).

- Drogas alternativas, realizar uma das opções:

- Tinidazol 1 g, via oral, 1 vez ao dia por um período de 5 dias.

- Tinidazol 2 g, via oral, 2 vezes ao dia, por um período de 2 dias.

- Clindamicina 300 mg, via oral, tomar de 12 em 12 horas durante um período de 7 dias (FEBRASGO, 2019).

- Casos de Recidiva, realizar uma das opções:

- Metronidazol 500 mg, via oral, 2 vezes ao dia por 10 a 14 dias.

- Metronidazol gel, via intravaginal, 2 vezes por semana, durante um período de 4 a 6 meses (FEBRASGO, 2019).

Recomendações adicionais:

- Abstenção de atividade sexual ou uso de forma adequada de preservativo durante o tratamento.

- Abstinência de álcool durante 24 horas, e aumentar para 72 horas, caso seja utilizado o tinidazol.

- Não existe recomendação de tratamento para parceiros sexuais (FEBRASGO, 2019).

Candidíase vulvovaginal

A candidíase vulvovaginal é uma infecção do trato genital feminino, ocasionada por fungo, que acomete a vagina e a vulva (SOBEL *et al.*, 2024).

Epidemiologia

A *Candida albicans* encontra-se presente em até 20% das mulheres assintomáticas e saudáveis. Aproximadamente 75% das mulheres em idade reprodutiva irão apresentar ao menos 1 quadro de candidíase durante a vida (FEBRASGO, 2019).

Cerca de 50% terão 2 ou mais episódios.

De forma recorrente (4 casos ou mais, por ano), 5% apresentarão tal quadro (FEBRASGO, 2019).

Fisiopatologia

Candida albicans pode fazer parte da flora normal em baixas concentrações, porém, por fatores pouco conhecidos, elas podem passar do estado de saprófitas para o estado infeccioso, levando a resposta inflamatória e surgimento da sintomatologia (SOBEL *et al.*, 2024).

Quadro clínico

Sintomas: prurido vulvar (principal queixa), pode haver queixas de sensação de queimação, dor e/ou irritação vulvar, disúria (descrita como externa ou vulvar, e não uretral), dispareunia. Ao exame físico: eritema de mucosa vulvar e vaginal, edema, escoriação e fissura vulvar, pode haver ou não presença de secreção (sendo caracteristicamente branca, inodora, espessa e de aspecto grumoso - podendo, raramente, ser de aspecto fino, aquosa, homogênea), e geralmente o colo do útero se apresenta normal (WILLIAMS *et al.*, 2014).

Os sinais e sintomas podem piorar na semana que antecede a menstruação (WILLIAMS *et al.*, 2014).

Diagnóstico e exames complementares

Após suspeita clínica, o diagnóstico deve ser confirmado pela visualização de fungos no exame a fresco (presença de hifas e/ou esporos). O exame a fresco tem uma taxa de detecção de aproximadamente 50% a 60% (FEBRASGO, 2019). Nos casos em que o teste for negativo e os sintomas persistirem, é recomendado continuar com o diagnóstico, incluindo a realização de bacterioscopia pelo Gram e cultura, especialmente em casos recorrentes. Atualmente, testes baseados em técnicas de biologia molecular (PCR) são, principalmente, utilizados para fins de pesquisa (FEBRASGO, 2019).

Tratamento

O tratamento ideal é individualizado (FEBRASGO, 2019).

Em caso de candidíase não complicada podem ser utilizados antifúngicos vaginais, agentes tópicos com os derivados imidazólicos e po-

liênicos ou antifúngicos por via oral, que incluem:

- Fluconazol, administrado em dose única de 150 mg em forma de comprimido.

ou

- Cetoconazol, que requer a ingestão de dois comprimidos de 200 mg por dia durante cinco dias seguidos, e itraconazol, tomado na dosagem de uma cápsula de 100 mg de manhã e outra à noite, durante um dia (FEBRASGO, 2019).

Em casos recorrentes (mulheres com imunodeficiência) ou pacientes com sintomas exacerbados, opta-se por um tratamento prolongado, escolher uma das opções:

- Cremes vaginais por um período de sete a quatorze dias.

- Opções sistêmicas (fluconazol 150 mg) em um total de três doses, com intervalos de três dias (FEBRASGO, 2019).

Após a remissão dos episódios agudos, recomendam-se esquemas de supressão utilizando um comprimido de fluconazol (150 mg) uma vez por semana, durante um período de seis meses (FEBRASGO, 2019).

Naqueles com sintomas severos, como eritema extenso, escoriações e fissuras, a terapia inclui o uso de medicamentos locais por um período de 7 a 14 dias, ou a administração de fluconazol em duas doses separadas por um intervalo de 72 horas (FEBRASGO, 2019).

Para gestantes recomenda-se apenas o uso de azólicos por via vaginal. (FEBRASGO, 2019).

Além disso, é fundamental a eliminação ou o controle dos fatores que predisõem a doença (FEBRASGO, 2019).

Recomendações adicionais:

- Não é aconselhável tratar o parceiro sexual em casos simples.
- Situações raras em que o parceiro apresenta balanite, caracterizada por inflamação da glândula peniana acompanhada de coceira ou irritação, o uso de antifúngicos tópicos pode proporcionar alívio dos sintomas (FEBRASGO, 2019).

Tricomoniase

A tricomoníase, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, é uma infecção sexualmente transmissível do grupo das vaginites (SOBEL *et al.*, 2023).

Epidemiologia

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a doença tem uma incidência anual superior a 180 milhões de casos. A Tricomoniase é a infecção sexualmente transmissível não viral mais comum do mundo (SOBEL *et al.*, 2023).

Fisiopatologia

O parasita *Trichomonas vaginalis* tem quatro flagelos e uma membrana ondulante que lhe confere alta mobilidade. Sua principal forma de transmissão é através de atividade sexual, embora em casos raros possa ser transmitido por outras vias, já que pode sobreviver por algumas horas fora do corpo em ambientes úmidos. Ao entrar na vagina, o parasita *Trichomonas vaginalis* se reveste com proteínas do hospedeiro, o que lhe permite evitar os sistemas de defesa locais. Além disso, ele é capaz de sobreviver no ambiente ácido e hostil da vagina por períodos prolongados, enquanto permanece aderido às células da mucosa vaginal (FEBRASGO, 2019).

Quadro clínico

Os sintomas clássicos associados à infecção incluem um corrimento vaginal geralmente

abundante, que pode apresentar tonalidades amareladas ou amarelo-esverdeadas. Outros sintomas comuns são os seguintes: coceira, sensação de queimação, disúria e dispareunia, principalmente, por inflamação na região acometida (FEBRASGO, 2019).

Nas mulheres, esses sintomas tendem a se intensificar após o período menstrual devido ao aumento do pH vaginal e à capacidade do parasita de adquirir ferro da hemoglobina, o que potencializa sua virulência. É crucial lembrar que, em muitas mulheres, os sintomas podem ser leves ou até mesmo inexistentes (FEBRASGO, 2019).

Diagnóstico e exames complementares

O método mais comum para diagnosticar a infecção, devido à sua acessibilidade e simplicidade, é a bacterioscopia a fresco. Neste método, o parasita é identificado pela sua movimentação característica. Além disso, a bacterioscopia com coloração de Gram também pode ser usada para identificar o parasita, embora sem os movimentos, o que pode tornar a identificação mais difícil. Quando há sintomas presentes, mas o exame a fresco é negativo, recomenda-se realizar uma cultura. Por fim, temos as técnicas de biologia e bioquímica moleculares, que, apesar de serem mais precisas, são menos utilizadas na prática clínica devido a seu custo elevado, sendo mais comuns em pesquisas científicas (FEBRASGO, 2019).

Se a colpocitologia oncológica (Papanicolaou) indicar a presença de *T. vaginalis*, o ideal é convocar a paciente para uma consulta de confirmação da infecção. Se o teste for confirmado positivo, medidas para tratamento são tomadas. No entanto, nem sempre é viável realizar essa confirmação. Nesses casos, fica a critério do profissional decidir a conduta adequada. Vale ressaltar que o Papanicolaou não é considerado

um diagnóstico definitivo devido à sua baixa sensibilidade (FEBRASGO, 2019).

Tratamento

- Tratamento medicamentoso, realizar uma das opções:
 - Metronidazol – 2 g via oral em dose única.
 - Metronidazol 500 mg via oral a cada 12 horas durante sete dias.
 - Tinidazol – 2 g via oral em dose única (FEBRASGO, 2019).

Obs: estudos controlados randomizados mostraram que o uso de doses de 2 g de metronidazol ou tinidazol têm eficácia semelhante ou até superior na eliminação do parasita e alívio dos sintomas. Diante da recorrência, devem-se evitar os esquemas para dose única, utilizando-se metronidazol 500 mg, por via oral a cada 12

horas, durante sete dias, ou tinidazol 2 g por via oral, durante sete dias. Sugere-se que os casos irresponsivos sejam referenciados a um especialista (FEBRASGO 2019).

Recomendações durante e após tratamento:

- Evitar o consumo de álcool por 24 horas após o uso de metronidazol e por 72 horas após o uso de tinidazol.
- Durante o tratamento, é recomendado evitar relações sexuais.
- É crucial que os parceiros sexuais sejam encaminhados para tratamento, pois a infecção é sexualmente transmissível. O tratamento para os parceiros deve seguir os mesmos regimes, preferencialmente em dose única.
- Devido à alta taxa de reinfeção em mulheres, é recomendável uma nova avaliação três meses após o término do tratamento (FEBRASGO, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FEBRASGO. Tratado de Ginecologia Febrasgo. 1. ed. São Paulo: Elsevier, 2019.

WILLIAMS J.W. *et al.* Williams ginecologia. México, D.F.: Mcgraw-Hill Interamericana, 2014.

SOBEL, J. *et al.* Bacterial vaginosis: Clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2023.

SOBEL, J. *et al.* Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA 2024.

SOBEL, J. *et al.* Trichomoniasis; Clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2023.

SOBEL, J. *et al.* Vaginitis in adults: Initial evaluation. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2023.