

Capítulo 13

VULVOVAGINITES: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

MARTINA VERGANI¹
ROSA MARIA BELLAVER SCHABBACH¹
JÚLIA POSSER¹
GIOVANNA DAL SOCHIO GOBBATO¹
MARIA EDUARDA CHIES GALARZA¹
EDUARDA SONDA DE GODOY¹
MARINA CORSO TONIETTO¹
LETÍCIA COLOMBO¹
GUILHERME LOUREIRO DA CRUZ AVANCINI¹
MARCO ANTÔNIO DEMORE RIGOTTO¹
DOMÊNICA CLARA FISTAROL¹
GABRIELA VIEIRA PONTALTI¹
GABRIELA PISANI PULITA¹
JÚLIA FELTRIN FONSECA¹

¹Discente – Medicina da Universidade de Caxias do Sul

Palavras-Chave: Vulvovaginite; Infecção Vaginal; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

As vulvovaginites são condições inflamatórias ou infecciosas que afetam o epitélio da vulva e da vagina, sendo responsáveis por 50% a 70% das queixas ginecológicas e a principal causa de corrimento vaginal patológico. Essas afecções estão frequentemente relacionadas a alterações na flora vaginal, composta predominantemente por *Lactobacillus*, o que pode favorecer a proliferação de micro-organismos patogênicos.

As causas das vulvovaginites são variadas, incluindo fatores infecciosos, hormonais, fisiológicos, alérgicos, traumáticos e neoplásicos, sendo as infecciosas as mais prevalentes. Entre as causas infecciosas, a vaginose bacteriana, a candidíase vulvovaginal e a tricomoniase se destacam, porém deve-se atentar a seus principais sinais e sintomas, além de forma de diagnóstico, para diferenciação entre si. Além das infecções, fatores como alterações hormonais, uso de antibióticos, higiene inadequada e condições físicas ou químicas também podem predispor ou desencadear essas condições (UPTO-DATE, 2024).

Os sintomas típicos incluem corrimento vaginal anormal, odor desagradável, prurido, ardência, desconforto e, em alguns casos, dispareunia. O diagnóstico é essencial para a escolha do tratamento adequado, sendo necessário realizar uma avaliação cuidadosa da história clínica, exame físico e, quando necessário, exames laboratoriais.

O manejo das vulvovaginites deve ser personalizado, com enfoque na identificação da causa subjacente, na correção de fatores predisponentes e na escolha de terapias eficazes. A educação em saúde, focada na higiene íntima

adequada, na prevenção de infecções e no reconhecimento precoce dos sintomas, é fundamental para reduzir a recorrência e melhorar o controle dessas condições (CDC, 2021).

Este capítulo tem como objetivo oferecer uma visão abrangente sobre as vulvovaginites, abordando desde os aspectos epidemiológicos e etiológicos até estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento. Enfatiza a importância da prevenção, educação em saúde e uma abordagem personalizada para melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar das pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada em novembro de 2024, com base em investigações nas bases de dados PubMed e UpToDate. Foram identificados 20 artigos, que posteriormente foram avaliados segundo critérios de seleção. Os critérios de inclusão consistiram em artigos redigidos na língua portuguesa e inglesa publicados no intervalo de 2014 a 2024 e que abordavam as temáticas pertinentes a esta pesquisa, englobando estudos do tipo revisão e meta-análise, disponíveis na íntegra.

Por outro lado, os critérios de exclusão abrangiam artigos disponibilizados apenas em forma de resumo, os que não tratavam diretamente da proposta em questão e os que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após a aplicação dos critérios de seleção, restaram 11 artigos, os quais foram submetidos a uma leitura detalhada para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de maneira descritiva e divididos em categorias temáticas conforme a etiologia e tratamento da vulvovaginite.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vulvovaginites infecciosas

Candidíase vulvovaginal

Caracterizada pela infecção da vagina e vulva, a candidíase vulvovaginal é causada principalmente pela *Candida albicans*, fungo presente na flora vaginal, ou seja, quando a flora é alterada, surge a infecção. O fungo invade as camadas do epitélio vaginal e possui a capacidade de formar biofilme, fator predisponente para recidiva de candidíase. Ardência vulvar, prurido vaginal e corrimento branco, sem odor e em grumos são sinais comuns, assim como dispareunia e disúria (PASSOS *et al.*, 2023).

Além disso, os sintomas costumam piorar no período pré-menstrual. Pode-se observar edema, hiperemia vulvar e fissuras ao exame ginecológico. No exame especular, observa-se presença de conteúdo vaginal esbranquiçado ou amarelado, podendo estar aderido às paredes vaginais (PASSOS *et al.*, 2023).

O diagnóstico é clínico e laboratorial, trazendo a citologia a fresco com soro fisiológico e hidróxido de potássio a 10% para detectar a presença de fungos, bacterioscopia com coloração de Gram ou cultura em meios específicos. Se for identificada a presença de fungos na citologia a fresco, não é necessário continuar a investigação diagnóstica. Os principais fatores de risco para Candidíase vulvovaginal são: utilização de antimicrobianos, diabetes, imunossupressão, uso de altas doses de estrogênio e dispositivos intrauterinos. A candidíase vulvovaginal é classificada de acordo com a gravidade do quadro (PASSOS *et al.*, 2023).

Infecção não complicada

Infecções esporádicas (menos de 3 por ano). E sintomas leves a moderados E infecção

provável por *Candida albicans* E Mulheres imunocompetentes.

Diversos esquemas de tratamento são recomendados para o tratamento da candidíase não complicada, como: Fluconazol 150mg VO em dose única; Clotrimazol creme a 2% (1 aplicador de 5g utilizado por via vaginal) 1x a noite por 3 dias; Miconazol creme a 2% (1 aplicador de 5g utilizado por via vaginal) 1x a noite durante 7 dias; Butoconazol creme a 2% (1 aplicador de 5g utilizado por via vaginal) 1x a noite por 1 dia.

Infecção complicada

Recorrente OU sintomas graves OU candida não albicans OU Mulheres imunossuprimidas.

O tratamento para Candidíase complicada consiste em: Fluconazol 150mg VO em 3 doses com intervalo de 3 dias; Clotrimazol, Miconazol ou Butoconazol creme 1x a noite, durante 7 a 14 dias; cápsulas vaginais de Ácido Bórico 600mg para candidíase causada por *Candida non albicans*, 1x a noite durante 14 a 21 dias (PASSOS *et al.*, 2023).

Além disso, a Candidíase Vaginal ainda pode ser classificada em recorrente: quatro ou mais episódios de infecção sintomática no período de um ano. Na grande parte dos casos ocorre pela persistência ou reinfecção da *C. albicans* e é idiopática, mas também pode ser secundária ao uso de antimicrobianos, Diabetes Mellitus ou um estado de imunossupressão (PASSOS *et al.*, 2023).

Para o diagnóstico, devem ser realizados testes de sensibilidade e culturas vaginais para verificar a espécie da cândida e confirmar se é sensível ou resistente ao uso de azóis (Miconazol, Butoconazol, Clotrimazol). É de suma importância confirmar a presença do fungo antes de iniciar o tratamento, visto que outras condições, como alergias, vaginose citolítica e

dermatopatias podem cur-sar com as mesmas queixas (PASSOS *et al.*, 2023).

O tratamento da candidíase vaginal recorrente é dividido em duas partes, no primeiro momento é administrado uma dose de ataque, na qual as seguintes medicações podem ser utilizadas: Clotrimazol, Miconazol ou Butocanazol (1 aplicador 5g por via vaginal), 1x a noite durante 7 a 14 dias; Fluconazol 150mg VO, em 3 doses com intervalo de 3 dias entre cada uma (PASSOS *et al.*, 2023).

O segundo momento do tratamento consiste na terapia de manutenção, em que as medicações são utilizadas por um período prolongado de tempo. Dentre elas, indica-se o uso de: Fluconazol 150mg VO, 1x por semana, durante 6 meses ou Clotrimazol 200mg via vaginal, 1x por semana, durante 6 meses (PASSOS *et al.*, 2023).

Algumas recomendações podem ser feitas para pacientes com Candidíase vulvovaginal, como evitar: lubrificantes tópicos, duchas vaginais, uso de roupas íntimas de material sintético e dietas com açúcar refinado. Além disso, a parceria sexual só deve ser tratada se for sintomática (PASSOS *et al.*, 2023).

Vaginose bacteriana

Dentre as causas infecciosas, a vaginose bacteriana é desencadeada pelo desequilíbrio da flora vaginal, com a diminuição acentuada dos lactobacilos e pelo crescimento excessivo da flora bacteriana anaeróbia, sendo pela *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp, *Mobiluncus* sp, *Micoplasmas* (PASSOS *et al.*, 2023).

A fisiopatologia é baseada na alteração da resposta imune local, tornando o meio vaginal imunossuprimido. Além disso, a vaginose bacteriana está relacionada a outros distúrbios do trato reprodutivo, como HPV, aquisição de IST's e aumento da taxa de infecção por HIV. A queixa principal costuma ser a presença de

corrimento perola-do, bolhoso, de intensidade variável e com odor fétido lembrando cheiro de peixe (PASSOS *et al.*, 2023).

Ao exame especular, é possível visualizar a secreção aderente às paredes vaginais. Frequentemente piora após relação sexual e menstruação, porque ocorre volatilização das aminas aromáticas provenientes do metabolismo das bactérias anaeróbias que entram em contato com o sangue e semen. O padrão ouro para detectar vaginose bacteriana é a mancha de gram, mas o diagnóstico é feito pela análise dos critérios de Amsel e Nugent, que consiste na presença de três ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

pH vaginal > 4,5.

Leucorreia - cremosa, homogênea, cinzenta e aderida às paredes vaginais.

Whiff test (teste das aminas): Na presença de vaginose ocorre o surgimento imediato do odor caracterizado pelo “cheiro de peixe”. Isso ocorre pela politização das bases aminadas, ao ser adicionado 1 a 2 gotas de hidróxido de potássio a 10% na secreção vaginal.

Exame a fresco (Microscopia): Presença de clue-cells, células epiteliais vaginais cobertas por *G. vaginalis*, trazendo um aspecto de contorno granuloso.

O principal objetivo do tratamento da Vaginose bacteriana é estabelecer o equilíbrio da flora vaginal fisiológica, pela redução das bactérias anaeróbias. O tratamento preconizado é Metronidazol 500 mg VO de 12/12h por sete dias ou Metronidazol 400 mg VO de 12/12h ou de 8/8h. Ainda assim, existem outras formas de tratamento que são recomendadas, como: Metronidazol gel a 75% (1 aplicador 5g), utilizado por via vaginal, 1x a noite durante 5 dias; Clindamicina creme a 2% (1 aplicador 5g), utilizado por via vaginal, 1x a noite durante 7 dias (PASSOS *et al.*, 2023).

Todas as mulheres sintomáticas devem receber tratamento, já mulheres assintomáticas

(identificada Vaginose bacteriana no exame físico ou na realização do Papanicolau) não devem ser tratadas, com exceção das gestantes e mulheres em pré - operatório. Para gestantes, o mesmo tratamento pode ser utilizado, mas a preferência é pela via oral (PASSOS *et al.*, 2023).

Além disso, ao usar Metronidazol via oral é contraindicada a ingestão de bebidas alcoólicas, até 24h após o término do tratamento. Na vaginose bacteriana, não é necessário tratar a parceria sexual (PASSOS *et al.*, 2023).

Vaginite por Tricomoniase

Causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, protozoário flagelado e móvel, a tricomoniase corresponde de 10% a 25% das infecções vaginais, sua principal forma de transmissão é a sexual, com risco de transmissão de 60% a 80% por relação sexual. Pode acometer a vagina, cérvix e vulva, causando cervicovaginite. Apesar de assintomática em 50% dos casos, principalmente na mulher pós menopausa, os principais sintomas são: corrimento vaginal amarelado ou esverdeado abundante e bolhoso, dispareunia, odor fétido, dor local, prurido ou irritação vulvar e sintomas urinários, como disúria e polaciúria. No exame físico, pode ser observado hiperemia da mucosa com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa) (JACK D SOBEL *et al.*, 2023).

O diagnóstico de tricomoniase pode ser realizado por diferentes meios, mas o método mais utilizado é associação da clínica com a bacterioscopia a fresco, pelo qual se observa o *Trichomonas*, porém o padrão-ouro para diagnóstico é a reação em cadeia da polimerase (PCR). Além disso, o teste de pH vaginal costuma apresentar valores acima de 4,5. Após o diagnóstico confirmado, deve-se rastrear ou-

tras infecções sexualmente transmissíveis, como HIV e Sífilis (PASSOS *et al.*, 2023).

O tratamento recomendado é o Metronidazol 500 mg, via oral de 12 em 12 horas por um período de 7 dias, para gestantes sintomáticas, é recomendado dose única de Metronidazol 2 g em qualquer estágio da gestação. Vale ressaltar a importância de tratar o parceiro, evitar relação sexual até o final do tratamento e contraindicar ingestão de bebida alcoólica durante e até 24h após o término do tratamento (PASSOS *et al.*, 2023) (**Figura 13.1**).

Figura 13.1 principais sinais e sintomas das vulvovaginites infecciosas e seu diagnóstico

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	DIAGNÓSTICO
Candidíase	- Secreção vaginal esbranquiçada com grumos, aderida ao colo e às paredes vaginais - Disúria - Prurido intenso - Edema vulvar - Dispareunia superficial	- Presença de hifas e esporos na microscopia da secreção vaginal após a aplicação de KOH - pH vaginal < 4,5
Vaginose Bacteriana	- Secreção acinzentada, aderente às paredes vaginais - Odor fétido - Sem sintomas de inflamação	- Critérios de Amsel: - Corrimento homogêneo e fino - Whiff test positivo - Clue-cells - pH vaginal > 4,5
Tricomoniase	- Secreção vaginal amarelo/esverdeada bolhosa e fétida - Disúria - Dispareunia - Prurido intenso - Edema vulvar - Colo com petéquias ao exame especular	- Presença de <i>Trichomonas vaginalis</i> no exame a fresco

Fonte (PASSOS *et al.*, 2023).

VULVOVAGINITES DE CAUSAS NÃO INFECCIOSAS

Vaginite inflamatória descamativa

A vaginite inflamatória descamativa (DIV) é uma síndrome clínica crônica não infecciosa, podendo ser primária ou secundária. A primária é idiopática, acredita-se que possa ser por deficiência de estrogênio ou infecção por *Staphylococcus aureus*. Já a secundária é induzida por uma alteração do sistema imune, comum no uso de rituximabe. É considerada um diagnóstico de exclusão, já que não possui um teste específico

e os sintomas são semelhantes aos de outras vaginites, como vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal e tricomoniase, quando essas são excluídas, sua hipótese é desenvolvida.

Apresenta-se mais comumente em mulheres perimenopausadas. O principal sintoma é o corrimento excessivo e de longa duração, junto de dispareunia, desconforto e ardor. Ao exame ginecológico, é possível visualizar eritema e equimoses na vagina e petéquias no colo uterino, revelando a presença do processo inflamatório. Nota-se também aumento do pH vaginal e das células parabasais e leucócitos. O diagnóstico é feito com base no quadro clínico, alterações laboratoriais e a eliminação de outras etiologias infecciosas (SOBEL, 2024).

Os dois tratamentos mais comuns são clindamicina e glicocorticoides, ambos tópicos. Utiliza-se creme clindamicina a 2%, 5g ou creme de hidrocortisona a 10%, 5g, ambas intravaginalmente por quatro a seis semanas. O creme de hidrocortisona a 10% não está disponível comercialmente, mas pode ser manipulado por um farmacêutico. O tratamento deve ser mantido até a remissão completa. A recidiva é comum logo após o término do tratamento, nesses casos, opta-se por iniciar um protocolo com o medicamento que não foi usado no tratamento inicial. Se houver distúrbios concomitantes, como atrofia vulvovaginal ou candidíase, estes também devem ser tratados (REICHMAN 2014, SOBEL, 2014).

Vaginite irritativa

A vulvovaginite irritativa ocorre após o contato da genitália com alguma substância química irritativa, condição que evolui para um processo inflamatório com prurido, eritema e ardência local. Assim, a utilização de sabonetes íntimos com adição de fragrâncias, roupas íntimas com tecidos sintéticos ou absorventes menstruais são causas comuns que

podem trazer irritação em algumas mulheres, gerando a vaginite irritativa. Esta também pode ocorrer após a utilização de medicamentos, dispositivos contraceptivos ou produtos tópicos (PALADINE, 2018)

Outrossim, o tratamento para essa vaginite envolve a identificação específica da causa irritativa para cada paciente, suspendendo o seu uso - ou substituindo-o, como a troca de roupas íntimas sintéticas por aquelas feitas com tecido de algodão, por exemplo. Caso o fenômeno irritativo identifica-se seja a utilização de um medicamento, é necessário frisar a importância em procurar auxílio médico para a troca do método terapêutico (PALADINE, 2018)

Vulvovaginite alérgica

A vulvovaginite alérgica é uma condição inflamatória que ocorre devido a reações de hipersensibilidade a agentes externos. Ela está frequentemente relacionada ao uso de produtos tópicos ou substâncias irritantes, como preservativos de látex, espermicidas, sabonetes, desodorantes íntimos ou medicamentos aplicados localmente. Embora seja menos frequente do que as vulvovaginites infecciosas, seu reconhecimento é essencial, já que os sintomas podem ser intensos, recorrentes e impactar significativamente a qualidade de vida das pacientes.

Esta condição é mais recorrente em mulheres em idade reprodutiva, faixa etária na qual o uso de produtos e métodos contraceptivos é mais comum, aumentando a exposição a potenciais agentes sensibilizantes. Além disso, pode ocorrer em outras faixas etárias, especialmente em pacientes com histórico de doenças atópicas, como dermatite alérgica ou rinite alérgica (LOPES, 2024)

Os sintomas da vulvovaginite alérgica incluem prurido intenso, ardor e eritema na região vaginal e vulvar. Pode ocasionar, também, edema e corrimento escasso, sem odor. Além disso,

a dor durante a relação sexual, conhecida como dispareunia, também é comum. Esses sintomas tendem a se agravar após a exposição ao agente sensibilizante, como produtos de higiene ou preservativos (HARLOW, *et al.*, 2019).

O manejo da vulvovaginite alérgica consiste em identificar e evitar o agente causador, aliviar os sintomas com cremes calmantes ou anti-histamínicos tópicos e adotar medidas preventivas, como utilizar produtos hipoalergênicos e roupas íntimas de algodão. Nos casos mais intensos, pode ser indicado o uso de corticosteroides tópicos de baixa potência, sempre com a orientação de um profissional de saúde, devido ao potencial de efeitos colaterais, principalmente com o uso prolongado (SWEENEY, *et al.*, 2021).

Vaginose Citolítica

Outra forma atípica de vulvovaginite é a vaginose citolítica, caracterizada pela proliferação excessiva de *Lactobacillus* no epitélio vaginal diante de um desequilíbrio dessa microbiota. Isso leva a um aumento dos processos citolíticos, ou seja, a destruição das células epiteliais de forma mais intensa, desencadeando sintomas como corrimento esbranquiçado, prurido, queimação, di-súria e dispareunia. O conteúdo vaginal encontra-se aumentado e o pH vaginal igual ou menor que 4, e a sintomatologia costuma piorar no período pré-menstrual (OLIVEIRA DA SILVA, *et al.*, 2023).

Tendo em vista que a etiopatogenia da vaginose citolítica ainda não é completamente esclarecida, o seu tratamento é baseado em maneiras de alcalinizar o pH vaginal, como a utilização de duchas com bicarbonato de sódio. Assim, conseguiria-se controlar o excesso de acidez e, portanto, a sintomatologia da vaginose citolítica. Recomenda-se a utilização dessa terapia essencialmente no período antecedente à menstruação, já que é momento de piora

clínica da condição (LINHARES IM, *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

As vulvovaginites representam uma parcela significativa das queixas ginecológicas, frequentemente associadas a alterações na microbiota vaginal e a fatores predisponentes como higiene inadequada, alterações hormonais e uso de antibiótico. Entre as causas mais comuns estão as vulvovaginites infecciosas, como candidíase, vaginose bacteriana e tricomoníase, mas é essencial investigar condições não infecciosas que mimetizam sintomas similares, as quais muitas vezes são inexploradas.

Infelizmente, muitas mulheres tratam suas vulvovaginites de maneira errônea, sem acompanhamento médico e sem saber a causa da irritação, o que pode propiciar resistência aos tratamentos e piora da condição clínica. Nesse sentido, o estudo destaca a importância de uma abordagem personalizada no diagnóstico e tratamento dessas condições, aliada a estratégias preventivas que envolvam educação em saúde e cuidados com a higiene íntima. Práticas como o uso de produtos neutros, roupas de algodão que facilitam a ventilação, e atenção aos cuidados genitais são fundamentais para manter um ambiente genital saudável.

Além disso, o controle de fatores como o uso excessivo de antibióticos e o manejo adequado de condições, como o diabetes, pode reduzir o risco dessas infecções. Essas medidas, associadas ao tratamento eficaz, contribuem para a redução da incidência e das complicações das vulvovaginites, reforçando o cuidado integral à saúde feminina. Assim, a promoção do bem-estar ginecológico é um reflexo de intervenções preventivas e terapêuticas bem direcionadas, que contribuem para a qualidade de vida das mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. DOI 10.1093/cid/ciab1055

HARLOW, B. L. et al. Vulvovaginal symptoms and their association with sexual function in women. *Obstetrics & Gynecology*, v. 133, n. 4, p. 823-830, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003187. Acesso em: 29 nov. 2024.

LINHARES IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 24/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas)

LOPES, Cristina; SILVA, Susana. Vulvovaginites alérgicas: diagnóstico e manejo. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia. Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)*, 2024. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/vulvovaginites-alergicas.pdf. Acesso em: 29 dez. 2024.

OLIVEIRA DA SILVA, et al., 2023 G. et al. VULVOVAGINITES. Em: *Saúde da Mulher - Edição XII*. [sl] Guilherme Barroso Langoni de Freitas, 2023. p. 30–38. DOI: ISBN 978-65-6029-004-4

PALADINE HL, Desai UA. Vaginitis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2018 Mar 1;97(5):321-329. PMID: 29671516. Acesso em 02 de dezembro de 2024.

PASSOS, Eduardo P.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; et al. Rotinas em Ginecologia (Rotinas). 8th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p.122. ISBN 9786558821144. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558821144/>. Acesso em: 29 nov. 2024.

REICHMAN, O.; SOBEL, J. D. Desquamative inflammatory vaginitis: A review of its pathophysiology, clinical presentation, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2014.

DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693414001278?via%3Dihub>. Acesso em: 30 nov. 2024.

SCOBEL, JD. Vaginitis in adults: Initial evaluation. 2023.

SOBEL, J. D. (2024). Desquamative inflammatory vaginitis. DOI: 10.51256/WHC122334 Disponível em: <https://sso.uptodate.com/contents/desquamative-inflammatory-vaginitis-div#H7433846>. Acesso em: 30 nov. 2024.

SWEENEY, E. L. et al. Management of vulvovaginal disorders. *American Family Physician*, v. 103, n. 7, p. 421-428, 2021. DOI: 10.1007/s10404-020-03826-9. Acesso em: 29 dez. 2024.