

# Capítulo 1

## VAGINITE E VAGINOSE

ANA JULIA ROCHA DA SILVA<sup>1</sup>  
DAISY MELO RIBEIRO<sup>1</sup>  
JUSSARA FRESTA DE MOURA<sup>1</sup>  
MARIA CLARA SERRA SOEIRO<sup>1</sup>

*1. Discente – Medicina na Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.*

*Palavras Chave: Vaginite; Vaginose; Vulvovaginites.*

## INTRODUÇÃO

A vagina é um órgão dinâmico e multifacetado composto por epitélio escamoso sem queratina e provido de fluidos que servem de defesa contra infecções. Este fluido possui muitas particularidades compostas por mais de 200 tipos de microrganismos diferentes que necessitam estar em equilíbrio para formar o conteúdo vaginal fisiológico, de coloração clara ou transparente, inodora e com aspecto mucóide, homogêneo e pouco grumoso. Possui um Ph entre 3,8 a 4,2 devido a predominância do *Lactobacillus sp* na microbiota vaginal, responsável pela acidez protetora do órgão genital feminino (PASSOS *et al.*, 2017).

O desequilíbrio dessa microbiota possui diversas causas. As infecciosas são as principais queixas nos consultórios ginecológicos, tendo como exemplo a candidíase, tricomoníase, e as variações da vaginose bacteriana. Porém existem causas não infecciosas, como a hormonal, por hipoestrogenismo, irritativas e alérgicas, sendo representadas pela vaginose citolítica e vaginite atrófica.

Alguns fatores de risco podem estar associados a essas alterações, como o tabagismo, uso de ducha vaginal ou sabonetes que alterem o Ph, diabetes e obesidade pelo aumento de glicogênio na vulva, parceiros múltiplos ou frequente atividade sexual sem o uso de preservativos (LASMAR *et al.*, 2017; PASSOS *et al.*, 2017; BEREK *et al.*, 2014).

## Infecciosas

### Candidíase

#### a) Etiopatogenia

A Candidíase Vulvovaginal (CVV) caracteriza-se pela infecção vaginal e vulvar por espécies de cândida. Entre as espécies temos a *Candida albicans* (**Figura 1.1**), agente etiológico de 80- 90% casos, *C. glabrata* (5-10%) e *C. tropicalis* (até 5% dos casos). Não é considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST).

#### b) Propedêutica

A CVV continua tendo uma alta incidência, uma vez que quase todas as mulheres adquirem esse quadro genital pelo menos uma vez em algum momento de suas vidas. A principal queixa da paciente é a leucorreia branca em grumos acompanhada ou não de prurido vulvar e/ou vaginal intenso, eritema e disúria terminal pode estar presente. Existem alguns fatores que facilitam a ocorrência como a gestação, diabetes, contato oral-genital, uso de estrogênio em altas doses, anticoncepcionais orais, antibióticos, espermicidas, e uso de diafragmas ou DIUs.

#### c) Diagnóstico

O diagnóstico de CVV pode ser realizado pela clínica típica de prurido intenso, edema de vulva e/ou vagina e secreção esbranquiçada e grumosa (SIMÕES, 2005). Ao exame microscópico a fresco ou a coloração de Gram demonstram, em 40 a 60% dos casos, a presença de hifas e pseudo-hifas, as formas mais comumente encontradas na fase sintomática. O tipo *C. Glabrata* não tem hifas.

**Figura 1.1** Micrografia de baixa potência de elementos hifais observados no exame de hidróxido de potássio a 10% de uma paciente com vaginite por *C. albicans*



Fonte: Sobel *et al.*, 2023.

A CVV pode ser classificada em complicada ou não complicada, demonstrada no **Quadro 1.1**.

**Quadro 1.1** Classificação da candidíase vulvovaginal. CVV, candidíase vulvo vaginal; CVVR candidíase vulvovaginal recorrente.

**Candidíase não complicada**

1. CVV infrequente ou esporádica
2. CVV leve a moderada
3. CVV em mulheres imunocompetentes

**Candidíase complicada**

1. CVVR (quatro episódios ou mais no ano)
2. CVV Grave
3. CVV não *albicans*
4. CVV em mulheres diabéticas, gestantes, imunossuprimidas ou outras patologias vulvovaginais

Fonte: Adaptado de PASSOS *et al.*, 2017.

**d) Tratamento**

A virulência da Cândida é autolimitada. Portanto, não tem repercussões a longo prazo na vida reprodutiva da paciente. O tratamento está indicado para alívio dos sintomas. Segundo **Tabela 1.1** tratamento da candidíase vulvovaginal.

**Tabela 1.1** Tratamento da candidíase vulvovaginal

Medicamento e apresentação	Dose, intervalo de uso e via de administração	Duração
Nitrato de butoconazol creme 2% ** Aplicador 5g	Aplicação única, VV	Efeito por 3 dias
Clotrimazol 1%	5 g/dia VV	6-12 dias
Miconazol creme 2%	100 mg/dia VV	7 dias
Tioconazol creme 2%	5 g/dia	3 dias
Tioconazol óvulo vaginal	300 mg/dia VV	1 dia
<b>Segunda opção</b>		
Fluconazol comprimido de 150 mg	1 cp VO	Dose única
Itraconazol comprimido de 200 mg	1 cp de 12/12 h VO	1 dia
<b>Situações especiais: gestação</b>		
Nistatina***	100.000 UI/dia VV	14 dias
Miconazol creme vaginal 2 %	1 aplicador VV	7 dias
Clotrimazol creme vaginal 1%	1 aplicador VV	6-12 dias

### Recorrências e profilaxia

Cetoconazol comprimido de 200 mg	2 cp/dia por 5 dias VO, 1 x/mês no período perimenstrual VO	6 meses
Fluconazol comprimido de 150 mg	1 cp/semana VO	6 meses
Cápsulas de ácido bórico 600 mg em cápsula de gelatina	1 cápsula/dia VV	7-14 dias

\* As preparações tópicas têm base oleosa e podem enfraquecer o látex de preservativos e diafragmas.

\*\* Menor incidência de irritação local.

\*\*\* Maior risco de recorrência.

VO, via oral; VV, via vaginal.

**Fonte:** Adaptado de PASSOS *et al.*, 2017

### Tricomoníase

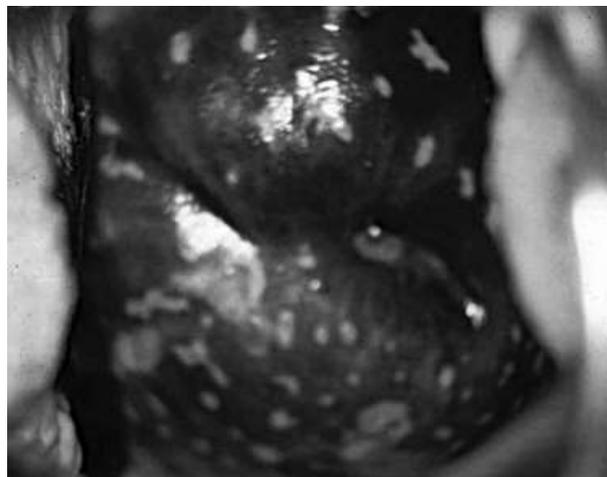
#### a) Etiopatogenia

A tricomoníase é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) causada pelo protozoário ovóide *Trichomonas vaginalis* (**Figura 1.2**), que possui grande motilidade devido aos seus quatro flagelos. Admite-se que após a inoculação na vagina, a sintomatologia ocorra em 1 a 2 semanas, a depender de fatores imunes locais e quantidade de protozoários inoculados. Nos homens a infecção é autolimitada, transitória e pode ser identificada em 30 a 40% dos parceiros masculinos de pacientes infectadas.

#### b) Propedêutica

As mulheres são as principais portadoras da doença e podem variar de assintomática até uma doença inflamatória grave. Nas sintomáticas a principal manifestação é uma secreção vaginal abundante amarelo-esverdeada, bolhosa e com odor desagradável; algumas podem apresentar prurido vulvar intenso, colpíte difusa multifocal e hiperemia/edema de vulva e vagina.

**Figura 1.2** Infecção pelo *Trichomonas vaginalis*



**Fonte:** PASSOS *et al.*, 2017.

#### c) Diagnóstico

O diagnóstico é realizado pela visualização dos protozoários flagelados no exame à fresco, que possui uma sensibilidade de 50 a 70% em pacientes sintomáticas. Além deste, outros métodos podem ser utilizados, como a cultura em meio de Diamond, bacterioscopia pelo gram, colpocitologia corada e biologia molecular (PCR).

#### d) Prevenção e Tratamento

A prevenção está principalmente relacionada ao uso de preservativos, como nos outros tipos de DST. O metronidazol 2 g Via Oral em dose única é o tratamento de escolha, possuindo o tinidazol eficácia semelhante. Metronidazol em diferente posologia, explicitada na tabela 3, ou secnidazol são regimes alternativos que possuem menor eficácia. O tratamento tópico não é recomendado. O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento, pela interação com o uso dos imidazólicos. A abstinência sexual é necessária para eficácia do tratamento, devendo o parceiro ser tratado com o mesmo esquema. Segundo **Tabela 1.2** opções terapêuticas na tricomoníase.

**Tabela 1.2** Opções terapêuticas na tricomoníase

Medicamento e apresentação	Dose e via de administração	Intervalo de uso e duração
Metronidazol*	2 g VO* 500 mg VO	Dose única / 1 dia* 12 em 12 h / 7 dias
Tinidazol	2 g VO	Dose única / 1 dia
Secnidazol	2 g VO	Dose única / 1 dia

\*Regime recomendado

Fonte: Adaptado de PASSOS *et al.*, 2017.

### Vaginose Bacteriana

#### a) Etiopatogenia

A vaginose bacteriana decorre de alteração na microbiota bacteriana vaginal normal que resulta na perda de lactobacilos e aumento de 100 a 1.000 vezes na concentração de anaeróbios. a principal bactéria anaeróbia a proliferar é a *Gardnerella vaginalis*. Apesar de a *Gardnerella vaginalis* ser o principal agente causador, é importante lembrar que não é o único. Também pode haver a proliferação de outras bactérias, como *Bacteroides sp.*, *Mobiluncus sp.*, *Prevotella sp.* e *Peptostreptococcus sp.*, logo não é considerada uma IST.

Observa-se desequilíbrio da microbiota normal, com a redução acentuada dos lactobacilos e intensa proliferação de outros micro-organismos. Ocorre tipicamente em pacientes submetidas a sucessivos episódios de alcalinização do meio vaginal, como coito frequente com ejaculação vaginal (o sêmen é alcalino), pacientes que costumam realizar duchas vaginais e pacientes que recebem sexo oral frequentemente, pois o pH da saliva é mais alcalino do que o da vagina. Muitas vezes, a alcalinização do ambiente vaginal ocorre sem nenhum fator predisponente.

É importante ressaltar que não é cervicite, logo não há corrimento pelo orifício externo do colo. O corrimento é vaginal, apenas. Além disso, trata-se da causa mais comum de corrimento vaginal. Em alguns casos, pode ser assintomática. A vaginose bacteriana é a mais frequente das três vulvovaginites.

#### b) Propedêutica

A queixa clínica envolve corrimento vaginal homogêneo, fino, branco-acinzentado, às vezes com microbolhas, não aderente à parede vaginal, de odor fétido (peixe podre) que se exacerba após o coito e durante a menstruação, que é a época preferencial de maior sintomatologia. Em regra, a vagina não se encontra eritematosa, e o exame do colo uterino não apresenta anormalidades.

#### c) Diagnóstico

Características clínicas da secreção vaginal e o pH alcalino associado à microscopia com leucócitos ausentes. Geralmente, não há sinais de irritação vulvar.

Realiza-se também o teste de KOH (teste das aminas ou de Whiff), com liberação de odor de peixe semelhante ao das aminas. No teste das aminas positivo, coloca-se a secreção vaginal em lâmina e adiciona-se uma gota de KOH (hi-

dróxido de potássio) a 10%, conseguindo a liberação das aminas voláteis (putrescina e cadaverina), que têm odor extremamente desagradável.

No exame a fresco, observam-se células indicadoras, *clue cells* (**Figura 1.3**), células epiteliais vaginais com a membrana recoberta por bactérias tipicamente de aspecto granular e cujas membranas apresentam bordos não nítidos. Também são chamadas de células-guia, células indicadoras ou células-alvo.

São critérios diagnósticos três dos critérios de Amsel (três ou mais):

- Corrimento vaginal fino, homogêneo, branco-acinzentado;
- pH vaginal acima de 4,5;
- Teste das aminas positivo;
- Células indicadoras no exame microscópico - exame a fresco.

**Figura 1.3** Visualização microscópica de clue cells



Fonte: PASSOS *et al.*, 2017.

#### d) Tratamento

Devem ser tratadas:

- Mulheres sintomáticas;
- Grávidas;
- Mulheres que serão submetidas à inserção de dispositivo intrauterino;
- Mulheres que serão submetidas a cirurgias ginecológicas;
- Mulheres que serão submetidas a exames invasivos no trato genital- por exemplo, histeroscopia;

- Não há indicação de tratamento do parceiro sexual.

O tratamento de primeira opção deve ser feito com metronidazol 500 mg, via oral (VO) a cada 12 horas, por sete dias. Ou Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, por cinco dias, à noite.

Como tratamento de segunda opção deve ser feito clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias.

Para as gestantes e puérperas, recomenda-se, atualmente, o mesmo tratamento das não gestantes.

Nos casos recorrentes, metronidazol 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 10 a 14 dias, ou metronidazol gel vaginal 100 mg/g, por 10 dias, seguido de duas aplicações semanais, por quatro a seis. Segundo **Tabela 1.4** opções terapêuticas na vaginose bacteriana.

**Tabela 1.4** Opções terapêuticas na vaginose bacteriana

Tratamento de primeira opção	Tratamento de segunda opção	Gestante
Metronidazol 500 mg, VO a cada 12 horas, por 7 dias	Clindamicina 300 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias	Metronidazol 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias ou metronidazol gel vaginal 100 mg/g, por cinco dias, à noite
Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, por cinco dias, à noite	—	—

Fonte: Adaptado de PASSOS *et al.*, 2017.

## Não infecciosas

### Vaginose citolítica

#### a) Fisiopatologia

Algumas mulheres, em idade reprodutiva podem ter uma proliferação irregular de *lactobacillus* na vagina. A causa desse aumento de carga bacteriana ainda não foi devidamente esclarecido, entretanto existe a teoria sobre a influência hormonal, ainda não comprovada. Logo, nessas mulheres o aumento expressivo de *lactobacillus*, isoladamente ou em associação com outras bactérias, pode promover uma intensa citólise das células da camada intermediária da vagina levando à vaginose citolítica (CV). Uma teoria possível para ocorrência da citólise é a de que a excessiva glicólise, como consequência deste aumento da carga bacteriana, leve a produção de grande quantidade de ácido láctico, levando a um pH mais ácido que o normal.

#### b) Propedêutica

A vaginose citolítica tem como sintomas corrimento esbranquiçado, prurido, queimação, podendo ter ardor, dispareunia e disúria, tendo maior intensidade na fase lútea e no período pré-menstrual. Os sinais e sintomas são semelhantes aos da candidíase vulvovaginal, logo a importância do diagnóstico correto.

#### c) Diagnóstico

O diagnóstico tem como base os sintomas da paciente. No exame físico, fica evidenciado o conteúdo vaginal aumentado, de aspecto fluido, flocular ou grumoso, aderido ou não à parede vaginal. Podendo haver a presença de sinais inflamatórios causados pela inflamação da mucosa devido aos detritos celulares e acidez excessiva ( $\text{pH} \leq 4$ ). A bacterioscopia do meio vaginal (Gram) mostra o aumento excessivo de *lactobacillus* (maior que 1.000 por campo de imersão), presença de poucos leucócitos ou ausência deles, além disso presença de núcleos celulares desnudos e de restos celulares presentes

devido à lise das células epiteliais. Não há a necessidade de realizar o teste das aminas (*Whiff Test*), sendo apenas útil para o diagnóstico de VB e de tricomoníase.

#### d) Tratamento

Por não se saber a etiopatogenia da vaginose citolítica, não existe tratamento específico. O tratamento mais comumente usado são as duchas vaginais com bicarbonato, a fim de alcalinizar o meio vaginal, principalmente no período pré-menstrual. O tratamento geralmente não cura a CV, traz apenas o alívio dos sinais e sintomas. Alguns antibióticos vaginais podem ser sugeridos como uma segunda linha de tratamento, como a clindamicina, caso o bicarbonato não funcione. Segundo **Tabela 1.4** opções terapêuticas na vaginose citolítica.

**Tabela 1.4** Opções terapêuticas na vaginose citolítica

	Medicamento e apresentação	Intervalo de uso e duração
<b>Primeira linha</b>	Ducha vaginal com bicarbonato de sódio	Uma vez ao dia por 2 semanas
<b>Segunda linha</b>	Clindamicina creme vaginal (2%)	Aplicar uma vez ao dia durante 5 dias

Fonte: Adaptado de VIEIRA-BAPTISTA *et al.*, 2023.

## Vaginite atrófica

### a) Etiopatogenia

A vaginite atrófica (VA) é o processo inflamatório da mucosa vaginal hipotrofiada devido ao hipoestrogenismo. Durante a idade fértil da mulher, a genitália feminina mantém o seu trofismo pelo estímulo do estrogênio e da progesterona. Na menopausa, e com o consequente declínio da produção hormonal ovariana, ocorre a atrofia da vagina. O hipoestrogenismo afeta a estrutura normal da vagina e a função dos tecidos, acarretando na perda de elasticidade da mucosa e aumento do ressecamento.

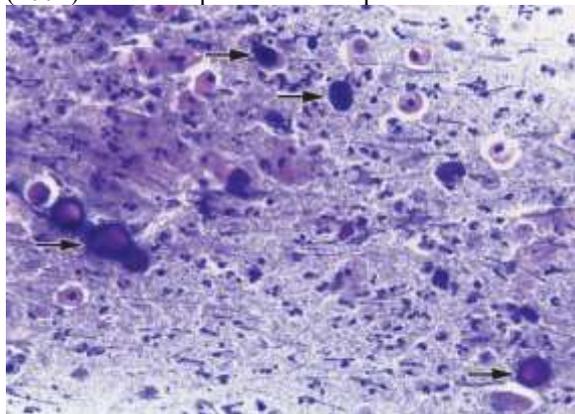
### b) Propedêutica

Os principais sintomas que a paciente com VA pode apresentar são irritação genital, ardência, prurido e possivelmente dispareunia e sangramento pós-coito. Além disso, o hipostrogênio também pode causar incontinência urinária e infecções urinárias recorrentes, visto que a bexiga e a uretra têm tecido estrogênio dependentes.

### c) Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, de acordo com os sinais e sintomas da paciente. No exame físico podem ser encontrados sinais de hipostrogênio, como epitélio fino e fragilizado, ressecamento e atrofia da vagina, e de inflamação. Exames complementares como bacterioscopia e preventivo mostram grande número de leucócitos em um esfregaço com somente células parabasais presentes (**Figura 1.4**).

**Figura 1.4** Papanicolau em caso de vaginite atrófica (400×). As setas apontam os “corpos azuis”



**Fonte:** LASMAR *et al.* Tratado de ginecologia Ricardo Bassil Lasmar, 2017.

### d) Tratamento

O uso de estrogênio tópico está indicado para o tratamento com estriol ou promestrieno. Segundo **Tabela 1.5** opções terapêuticas na vaginose citolítica.

**Tabela 1.5** Opções terapêuticas na vaginite atrófica

Medicamento e apresentação	Via de administração	Intervalo de uso e duração
Estriol	Vaginal	Aplicar à noite por 14 dias e manutenção de 2 aplicações por semana.
Promestrieno	Vaginal	Aplicar à noite por 14 dias e manutenção de 2 aplicações por semana.

**Fonte:** Adaptado de LASMAR *et al.*, 2017.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEREK, J.S. *et al.* Tratado de ginecologia. 15. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

LASMAR, R.B. *et al.* Tratado de ginecologia Ricardo Bassil Lasmar, Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2017.

PASSOS, E. *et al.*, Rotinas em Ginecologia. 7 ed. Porto Alegre; Artmed, 2017.

SIMÕES, JA. Sobre o diagnóstico da candidíase vaginal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 27 (5) Maio 2005. pp. 233-234. doi 10.1590/S0100-72032005000500001

VIEIRA-BAPTISTA, P. *et al.*, International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Vaginitis, 2023

.