

# Vaginites e Vaginoses

---

Protocolos Febrasgo

Ginecologia – nº 24 – 2018



## DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

**César Eduardo Fernandes**

Presidente

**Corintio Mariani Neto**

Diretor Administrativo/Financeiro

**Marcos Felipe Silva de Sá**

Diretor Científico

**Juvenal Barreto B. de Andrade**

Diretor de Defesa e Valorização  
Profissional

**Alex Bortotto Garcia**

*Vice-Presidente*

Região Centro-Oeste

**Flavio Lucio Pontes Ibiapina**

*Vice-Presidente*

Região Nordeste

**Hilka Flávia Barra do E. Santo**

*Vice-Presidente*

Região Norte

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**

*Vice-Presidente*

Região Sudeste

**Maria Celeste Osório Wender**

*Vice-Presidente*

Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS – 2016 / 2019

### **Presidente**

José Eleutério Junior

### **Vice-Presidente**

Paulo César Giraldo

### **Secretária**

Ana Katherine da Silveira Gonçalves

### **Membros**

Geraldo Duarte

Iara Moreno Linhares

Maria Luiza Bezerra Menezes

Mario Cezar Pires

Mauro Romero Leal Passos

Newton Sérgio de Carvalho

Plínio Trabasso

Regis Kreitchmann

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Rose Luce Gomes do Amaral

Victor Hugo de Melo

Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho

# Vaginites e Vaginoses

Iara Moreno Linhares<sup>1</sup>

Rose Luce Gomes do Amaral<sup>2</sup>

Renata Robial<sup>3</sup>

José Eleutério Junior<sup>4</sup>

## Descritores

Vaginite; Vaginose bacteriana; Candidíase; Tricomoníase; Infecção

### Como citar?

Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 24/Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-contagiosas).

## Introdução

As infecções do trato reprodutivo na mulher constituem-se em importantes entidades clínicas pela frequência com que se apresentam, pela sintomatologia desconfortável, pelas repercussões psicológicas e na sexualidade, pela possibilidade de complicações e sequelas importantes e por facilitarem a aquisição/transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outros agentes de transmissão sexual. Apesar do aprimoramento dos métodos diagnósticos e da disponibilidade de elevado número de medicamentos por via sistêmica ou local, tais afecções continuam a representar

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital da Mulher José Aristodemo Pinotti, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

\*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-contagiosas e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 24, acesse: <https://www.febRASGO.org.br/>

um desafio para médicos e pacientes, particularmente, quando se apresentam em episódios recidivantes.<sup>(1)</sup>

Dentre as infecções do trato reprodutivo, destacam-se as vulvovaginites e vaginoses, processos nos quais o meio ambiente vaginal fisiológico, composto primordialmente por *Lactobacillus*, encontra-se alterado, assim, possibilitando a proliferação de outros microrganismos e podendo estar associado a processo inflamatório (vaginites) ou sem evidências de inflamação (vaginoses). As vulvovaginites e vaginoses representam as queixas mais frequentes nos consultórios de ginecologia, sendo responsáveis por aproximadamente 40% dos motivos de consulta. Os sintomas são representados principalmente por corrimento vaginal, em quantidade, coloração e aspecto variáveis, associados a outros sintomas como odor desagradável, prurido, sensação de ardor e/ou queimação, disúria e dispareunia, a depender do(s) agente(s) etiológico(s). Tais sintomas, além das repercussões anteriormente mencionadas, podem afetar negativamente a qualidade de vida.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) inclui as Vulvovaginites no item **N76** – Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva, subitens **N76.0** –Vaginite aguda e **N76.1** Vaginite subaguda e crônica. A candidíase vulvovaginal está inclusa no item **B37** - Candidíase, subitem **B37.3** Candidíase da vulva e da vagina. Não existe item específico para as vaginoses (que não são processos inflamatórios); por tal motivo, quando houver necessidade de aplicação da CID-10, podem ser designadas como N76.1.

## Etiologia

- **Vaginose bacteriana (VB)** é um estado de desequilíbrio da flora vaginal caracterizado pela substituição da flora microbiana

dominada por *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias e facultativas. Embora existam variações entre mulheres, as espécies mais frequentemente encontradas são *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister* e *Clostridium*, *Mycoplasmas*.<sup>(2)</sup>

- **Candidíase** é o processo inflamatório vaginal causado pela proliferação de fungos no meio vaginal que levem ao aparecimento de sintomas (corrimento, prurido, disúria, dispareunia). *Candida albicans* é o agente mais frequente (85%-95% dos casos); outras espécies de *Candida* (*glabrata*, *tropicalis*, *parapsilosis*, *gulihermondi*, *outras*) são encontradas em aproximadamente 10% dos casos. Denomina-se **candidíase vaginal recorrente** ao aparecimento de quatro ou mais episódios confirmados clínica e laboratorialmente em um período de 12 meses.<sup>(3)</sup>
- **Tricomoniase** tem como agente etiológico o parasita flagelado *Trichomonas vaginalis*, de transmissão sexual e que tem a capacidade de fagocitar bactérias, fungos e vírus, transportando-os para o trato genital superior.<sup>(4)</sup>
- **Vaginose citolítica** é causada pela excessiva proliferação de *Lactobacillus*, pela redução do pH vaginal e pela citólise, levando ao aparecimento de sintomas. Os fatores desencadeantes são desconhecidos.<sup>(5)</sup>
- **Vaginite inflamatória descamativa** é forma pouco frequente, mas severa, de vaginite purulenta crônica. A etiologia é desconhecida; em alguns casos, têm sido identificados *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli*, e o processo inflamatório é intenso. Existe a hipótese de que fatores imunológicos e deficiência de estrogênios contribuam para a afecção.<sup>(6)</sup>

- **Vaginite aeróbica** é um estado de alteração do meio vaginal caracterizado por microflora contendo bactérias aeróbicas entéricas (sendo as mais frequentes *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus do grupo B*), redução ou ausência de *Lactobacillus* e processo inflamatório de diferentes intensidades. Existem questionamentos a respeito de se a flora aeróbia seria a causa da vaginite aeróbica ou secundária a alterações imunológicas.<sup>(7)</sup>

## Fisiopatologia

- **Vaginose bacteriana:** as bactérias associadas à VB alteram a resposta imune local, o que torna o meio vaginal imunossuprimido (portanto, mais susceptível a outros agentes infecciosos, como HPV e HIV). Relaciona-se a diversos distúrbios do trato reprodutivo: maior prevalência em mulheres inférteis do que férteis, está associada a risco de abortamento após fertilização *in vitro*, infecções pelo HPV e neoplasias intraepiteliais cervicais, infecções após cirurgias ginecológicas, aumento da taxa de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), aumento da possibilidade de aquisição de agentes sexualmente transmissíveis, aumento do risco de infertilidade tubária; alguns estudos apontam associações com prematuridade, abortamento espontâneo, baixo peso ao nascer e endometrite pós-parto.<sup>(2)</sup>
- **Candidíase vaginal:** *Candida albicans* pode fazer parte da flora normal em baixas concentrações. Por fatores ainda pouco conhecidos, todavia, passa do estado de saprófita para o estado infeccioso, então, ocorrendo invasão das camadas do epitélio vaginal, resposta inflamatória e aparecimento de sintomas.

São produzidas enzimas com atividade proteolítica (proteíases) que favorecem a aderência e o dano às células epiteliais, o que favorece a invasão. Possuem, ainda, a capacidade de formação de biofilmes, o que facilita as recidivas.<sup>(8)</sup>

- **Tricomoníase:** após penetrar na vagina, o *Trichomonas vaginalis* (TV) adere fortemente às células epiteliais, ligando uma proteína de sua superfície (lipofosfoglican) à membrana das células. Para sua sobrevivência, o parasita adquire nutrientes do meio externo, fagocitando bactérias, fungos e células do hospedeiro.<sup>(9)</sup> Eritrócitos incorpora sua membrana celular para adquirir o ferro, que utiliza para seu metabolismo e aumento de virulência. Provoca resposta inflamatória e facilita aquisição de outras infecções, inclusive, a do HIV. A tricomoníase tem sido associada a complicações durante o ciclo gravídico puerperal.<sup>(4)</sup>
- **Vaginose citolítica:** os fatores que determinam a proliferação excessiva de *Lactobacillus* não são conhecidos (assim como não são totalmente conhecidos os fatores determinantes do pH vaginal). Discute-se se o pH mais ácido facilitaria o desenvolvimento dos *Lactobacillus* ou se ocorreria o inverso. De qualquer maneira, o excesso lactobacilar aumenta o processo citolítico, cujos produtos são responsáveis pelo aparecimento de sintomas.<sup>(5)</sup>
- **Vaginite inflamatória descamativa:** embora bactérias como *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli* poderiam ser responsáveis pela estimulação do sistema imune com intensa resposta inflamatória, existem dúvidas se a afecção seria primariamente uma alteração do sistema imune, com infecção bacteriana secundária.<sup>(10)</sup>



- **Vaginite aeróbica:** em resposta à população bacteriana presente, ocorre aumento na produção de citocinas em graus variados de processo inflamatório; também é questionado o papel do sistema imune local.<sup>(7)</sup>

## Diagnóstico

- **Vaginose bacteriana:** os sintomas são corrimento de intensidade variável, acompanhado de odor vaginal fétido (“odor de peixe” ou amoniacal), que piora com o intercurso sexual desprotegido e durante a menstruação. O odor ocorre devido à volatização de aminas aromáticas (putrescina, cadaverina, dimetilamina) resultantes do metabolismo das bactérias anaeróbias em contato com a alcalinidade do sêmen ou do sangue menstrual. Ao exame especular, observa-se o conteúdo vaginal de aspecto homogêneo, em quantidade variável, com coloração esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada.<sup>(11)</sup> Os critérios para diagnóstico da VB são os Amsel<sup>(12)</sup> e os de Nugent.<sup>(13)</sup> Os critérios de Amsel requerem três dos quatro itens a seguir: 1) corrimento vaginal branco-acinzentado homogêneo aderente às paredes vaginais; 2) medida do pH vaginal maior do que 4,5; 3) teste das aminas (*whiff test*) positivo 4) presença de “*clue cells*”.<sup>(14)</sup> O escore de Nugent baseia-se em elementos avaliados na bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram). O resultado da avaliação é traduzido em escores, assim considerados: 1) escore de 0 a 3 – padrão normal; 2) escore de 4 a 6 – flora vaginal intermediária; 3) escore de 7 a 10 – vaginose bacteriana.
- **Candidíase vaginal:** as principais queixas são prurido e corrimento, mais intensos no período pré-menstrual. Disúria e dispareunia, também, podem estar presentes. Ao exame ginecoló-

gico, observam-se hiperemia vulvar, edema e, eventualmente, fissuras e escoriações; ao especular, verificam-se hiperemia da mucosa vaginal e presença de conteúdo vaginal esbranquiçado ou amarelado, em quantidade variável, de aspecto fluido, espesso ou flocular, podendo estar aderido às paredes vaginais. O pH vaginal encontra-se abaixo de 4,5.<sup>(14)</sup> A presença de fungos é confirmada por meio de: 1) exame a fresco do conteúdo vaginal com KOH 10% ou soro fisiológico; 2) bacterioscopia com coloração pelo método de Gram; 3) cultura em meios específicos. O exame a fresco possui sensibilidade em torno de 50%-60%. A positividade do exame a fresco dispensa a continuidade da investigação. Entretanto, se tal exame for negativo e houver sintomas, está indicada a continuação do processo diagnóstico, com a bacterioscopia pelo Gram e cultura, particularmente, nos casos recorrentes.<sup>(8)</sup>

- **Tricomoniase:** Os sintomas são de corrimento geralmente profuso, amarelado ou amarelo-esverdeado, acompanhado de ardor genital, sensação de queimação, disúria e dispareunia. Ao exame ginecológico, geralmente, observam-se hiperemia dos genitais externos e presença de corrimento exteriorizando-se pela fenda vulvar. Ao especular, verifica-se o aumento do conteúdo vaginal de coloração amarelada ou amarelo-esverdeada, por vezes, acompanhado de pequenas bolhas. As paredes vaginais e a ectocérvice apresentam-se hiperemiadas, observando-se ocasionalmente o “colo uterino com aspecto de morango” (*colpíte macularis*) em razão das sufusões hemorrágicas. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5 e o teste das aminas (*whiff test*) pode ser positivo devido à presença de germes anaeróbios associados à vaginose bacteriana.<sup>(15)</sup> O método mais utilizado

para o diagnóstico é a bacterioscopia a fresco, pelo qual se observa o parasita com movimentos pendulares (sensibilidade de 51%-65%). A bacterioscopia com coloração pelo Gram também permite a identificação do *T. vaginalis*, nesse caso, imóvel. A cultura (meio de *Diamond*) é recomendada quando existirem sintomas e os exames anteriores tiverem sido negativos.<sup>(16)</sup>

- **Vaginose citolítica:** os sintomas são corrimento esbranquiçado e prurido de intensidades variáveis que piora no período pré-menstrual. Ardor, queimação, disúria e dispareunia podem estar associados. Ao exame clínico, observa-se o conteúdo vaginal geralmente aumentado, de aspecto flocular, fluido ou em grumos, aderente ou não às paredes vaginais. O pH encontra-se igual ou menor a quatro.<sup>(5)</sup> A bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram) revela aumento excessivo de *Lactobacillus*, raros leucócitos ou ausência deles, núcleos desnudos e restos celulares devido à lise das células epiteliais.<sup>(34)</sup> Não são encontrados elementos fúngicos (hifas e/ou esporos).<sup>(17)</sup>
- **Vaginite inflamatória descamativa:** a queixa, comumente de longa duração, é de corrimento profuso ou em moderada quantidade, acompanhado de desconforto acentuado, dispareunia, ardor. O exame ginecológico revela processo inflamatório, de intensidade variável, com eritema, podendo haver petéquias ou mesmo equimoses na mucosa do trato genital; a cérvice pode estar envolvida. Por vezes, é necessário remover o conteúdo vaginal para melhor observar o processo inflamatório na mucosa. Importante excluir tricomoníase.<sup>(18)</sup>
- Pela microscopia, observam-se aumento nos polimorfonucleares e nas células parabasais, ausência de *Lactobacillus* e presença de outras bactérias. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5.<sup>(6)</sup>

- **Vaginite aeróbica:** os sintomas são corrimento vaginal, por vezes, com aspecto purulento e odor desagradável; dependendo do grau de inflamação, há queixa de disúria e dispareunia. Ao exame ginecológico, observa-se inflamação do vestíbulo; ao especular, hiperemia da mucosa vaginal e aumento do conteúdo vaginal, em graus variáveis. O quadro clínico severo de vaginite aeróbia assemelha-se ao da vaginite inflamatória descamativa; para alguns autores, ambas seriam da mesma entidade.<sup>(10)</sup> Por meio da microscopia do conteúdo vaginal (com microscópio de contraste de fase em aumento de 400 vezes), são avaliadas a flora microbiana e a presença de leucócitos. De acordo com a quantidade de cada elemento, a vaginite aeróbica é classificada em quatro graus, denominados de “graus lactobacilares”. Certamente, na prática, a utilização de tal classificação apresenta limitações pela não disponibilidade de treinamento profissional e equipamento adequado.<sup>(7)</sup>

## Tratamento

- **Vaginose bacteriana:** o tratamento da VB visa eliminar os sintomas e restabelecer o equilíbrio da flora vaginal fisiológica, principalmente, pela redução dos anaeróbios. Podem ser utilizados (A):<sup>(19,20)</sup>
  - Metronidazol 500 mg por via oral duas vezes ao dia durante 7 dias OU
  - Metronidazol gel 0,75% - 5 g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante 5 dias OU
  - Clindamicina creme 2% - 5 g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante 7 dias

Alternativamente:

- Tinidazol 2 g por via oral, duas vezes ao dia, durante 2 dias  
OU
- Tinidazol 1 g via oral, uma vez ao dia, durante 5 dias OU
- Clindamicina 300 mg, por via oral, a cada 12 horas, durante 7 dias

Os efeitos colaterais dos imidazólicos podem incluir náuseas, vômitos, cefaleia, tonturas, boca seca e gosto metálico. Recomendar abstinência de álcool durante 24 horas após o tratamento com nitroimidazólicos e abstenção de atividade sexual ou o uso de condons durante o tratamento (clindamicina tem base oleosa e pode enfraquecer condons e diafragmas).

Não existem recomendações para o tratamento das recidivas; uma possibilidade é a utilização de outro regime terapêutico; outra é o uso do mesmo regime assim que o episódio recorrente se instale. Frente a múltiplas recorrências, pode-se utilizar o metronidazol 500 mg por via oral, duas vezes ao dia, durante 7 a 14 dias. Se não for efetivo, utilizar metronidazol gel intravaginal, duas vezes por semana, durante 4 a 6 meses. Entretanto, após o término da terapia, podem surgir novos episódios recorrentes.

- **Candidíase:** para o tratamento, consideram-se as duas formas de candidíase:
  - 1. Candidíase não complicada** (ocorre esporadicamente, em intensidade leve ou moderada, agente é *Candida albicans*, em mulheres não comprometidas): o tratamento pode ser por via vaginal ou sistêmica, com eficácias semelhantes(A).<sup>(21)</sup> Entre os derivados imidazólicos, podem ser utilizados, por via local: fenticonazol (creme na concentração de 0,02 g/g, um aplicador ao deitar, durante 7 dias, ou

óvulo com 600 mg em dose única), clotrimazol (creme 10 mg/g, 7 dias, ou comprimido vaginal 500 mg – dose única), miconazole (creme 20 mg/g, 14 dias), econazol (creme 10 mg/g, 14 dias), butaconazol (20 mg/g – dose única), terconazol (8 mg/g, 5 dias), tioconazol (20 mg/g, 7 dias, ou óvulo 300 mg em dose única); entre os poliênicos, nistatina (creme vaginal 25.000 U.I./g – 14 dias) na forma de creme vaginal. Para uso sistêmico: fluconazol (comprimido de 150 mg em dose única), cetoconazol (comprimidos de 200 mg, posologia dois comprimidos – 400 mg) durante 5 dias; e itraconazol (cápsulas de 100 mg, uma cápsula pela manhã e outra à noite, por apenas um dia) (A). Como efeitos colaterais podem ocorrer náuseas, dores abdominais e cefaleia. Raramente ocorre elevação das enzimas hepáticas (A).<sup>(22)</sup>

- 2. Candidíase complicada** (recorrente ou severa ou por espécies *não albicans* ou em mulheres com diabetes, ou condições que comprometam o sistema imune, ou debilitadas ou recebendo imunossupressores): é importante confirmar a presença do fungo antes de iniciar o tratamento, visto que outras condições podem manifestar-se por sintomas semelhantes (vaginose citolítica, alergias, dermatopatias). Episódios isolados geralmente respondem aos esquemas anteriormente mencionados; entretanto, alguns especialistas recomendam tratamento tópico por 7 a 14 dias ou por via oral (fluconazol 150 mg, total de 3 doses com intervalos de 3 dias)(B).<sup>(20)</sup> Após a remissão dos episódios agudos podem ser utilizados esquemas de supressão com um comprimido de fluconazol (150 mg) uma vez por semana,

durante 6 meses (A). Outra opção são os tratamentos por via local, de maneira intermitente. Após o término do tratamento supressivo, aproximadamente 50% das mulheres permanecem livres dos episódios recorrentes(A).<sup>(22)</sup> Para as manifestações severas como eritema extenso, edema, escoriações e fissuras, recomenda-se cursos prolongados de terapia, podendo ser utilizados medicamentos por via local, no período de 7 a 14 dias ou fluconazol (150 mg) em duas doses com intervalo de 72 horas (B).<sup>(20)</sup> Não existem recomendações terapêuticas comprovadamente eficazes para tratamento das espécies *não albicans*. Alguns autores recomendam tratamento prolongado (7 a 14 dias) com medicamentos que não sejam fluconazol; outros recomendam a utilização de óvulos vaginais manipulados contendo 600 mg de ácido bórico (C).

- **Tricomoniase:** os esquemas de tratamento recomendados são metronidazol 2 g por via oral, em dose única; ou tinidazol 2 g por via oral, em dose única. Alternativamente, pode ser utilizado metronidazol 500 mg a cada 12 horas, durante 7 dias (A). Ensaios randomizados controlados comparando 2g de metronidazol ou tinidazol sugerem que o tinidazol é equivalente ou mesmo superior ao metronidazol na eliminação do parasita e no alívio dos sintomas (A).<sup>(32)</sup> Recomenda-se nova testagem 3 meses após o tratamento.<sup>(20)</sup> **O r i e n t a r** para abstenção de álcool durante 24 horas após o uso de metronidazol e 72 horas após o uso de tinidazol. Importante referenciar o(s) parceiro(s) sexuais para tratamento de doença de transmissão sexual. Recomenda-se a pesquisa de outras infecções de transmissão sexual.

- **Vaginose citolítica:** não existe um tratamento específico para a afecção, visto que a etiopatogenia não é conhecida. Recomenda-se a utilização de medidas que, pelo menos temporariamente, alcalinizem o meio vaginal, como o uso de duchas vaginais com bicarbonato de sódio, particularmente no período pré-menstrual (C).<sup>(17)</sup>
- **Vaginite inflamatória descamativa:** o objetivo do tratamento é reduzir a população bacteriana e o processo inflamatório. Não existem, até o momento, estudos randomizados controlados. Sobel estudou 98 casos nos quais foram utilizados três diferentes esquemas terapêuticos: 1) clindamicina creme vaginal 2% - 5 gramas, durante dias; ou 2) hidrocortisona 10% intravaginal durante 2 a 4 semanas; 3) creme combinando clindamicina e hidrocortisona. Houve boa resposta aos tratamentos, porém ocorreram recidivas em 30% dos casos. Para alguns autores, estrogênios, por via vaginal, utilizados periodicamente, poderiam reduzir as recidivas (B).<sup>(6)</sup>
- **Vaginite aeróbica:** não existem normatizações para o tratamento da vaginite aeróbica. O uso de antibióticos, por via local ou sistêmica, tem sido variável segundo diferentes autores. Sugere-se que a abordagem clínica seja baseada principalmente nos achados microscópicos. Se houver predomínio de inflamação, utilizar hidrocortisona 10% por via vaginal; caso haja predomínio de atrofia, usar estrogênios via vaginal; se houver excessivo número de bactérias, indica-se o uso de antibióticos; clindamicina 2% por via local (C).<sup>(7)</sup>

## Recomendações

1. Vulvovaginites e vaginoses representam afecções importantes. Além dos sintomas desagradáveis, podem acarretar consequ-



ências sérias e facilitar a aquisição de agentes de transmissão sexual, inclusive, o HIV.

2. O diagnóstico deve ser baseado na anamnese, dados do exame clínico (com medida de pH vaginal e teste das aminas) e confirmação do(s) agente(s) etiológico(s) por meio de microscopia; quando necessário, Gram e cultura.
3. Diagnóstico de vaginose bacteriana (VB): utilizar critérios de Amsel ou de Nugent.
4. Tratamento de VB: metronidazol 500 mg VO 12/12h ou metronidazol gel ou clindamicina 2% vaginal, todos durante 7 dias; alternativamente tinidazol 2 g, por via oral, 2 vezes ao dia, por 2 dias (A) ou tinidazol 1 g, via oral, 1 vez ao dia, por 5 dias (A) ou clindamicina 300 mg, por via oral, 12/12h por 7 dias (A). Abstenção de álcool e atividade sexual. Nas recorrências frequentes: repetir tratamento e utilizar metronidazol gel 2 vezes/semana por 4 a 6 meses (C).
5. Frente à suspeita de candidíase, deve-se confirmar a presença de fungos através de análise laboratorial porque outras afecções podem causar os mesmos sintomas: prurido e corrimento esbranquiçado (vaginose citolítica, alergias, dermatites vulvares).
6. Tratamento: para candidíase não complicada, os esquemas por via oral ou por via vaginal apresentam a mesma eficácia (A). Atentar para fatores predisponentes. Para candidíase complicada: tratamento tópico por 7 a 14 dias ou oral (fluconazol 150 mg total de 3 doses, com intervalos de 3 dias) (B). Recorrências: fluconazol 150 mg total de 3 doses, com intervalos de 3 dias; e supressão com fluconazol 150 mg semanalmente, por 6 meses) (A). Após o término, 50% dos pacientes têm boa resposta.

7. Tricomoníase: corrimento geralmente abundante, ardor, queimação, disúria, dispareunia nos casos agudos. Casos crônicos: sintomas mais frustrados. Importante confirmar diagnóstico (exame a fresco, eventualmente, cultura em meio específico).
8. Tratamento tricomoníase: metronidazol 2 g via oral, em dose única; ou tinidazol 2 g via oral, em dose única. Alternativamente: metronidazol 500 mg a cada 12 horas, durante 7 dias (A). Proscrever a ingestão de álcool e atividade sexual. Importante a abordagem do(s) parceiro(s). Por tratar-se de infecção sexualmente transmissível, rastrear para outras DST.
9. Vaginite citolítica: importante microscopia (aumento *Lactobacillus*, núcleos desnudos, ausência/raros leucócitos, presença de fragmentos celulares e ausência de fungos). Não há tratamento específico, sugere-se alcalinizar o meio vaginal com duchas de água e bicarbonato de sódio, particularmente, no período pré-menstrual (C).
10. Vaginite inflamatória descamativa: sintomas geralmente crônicos, corrimento purulento, dispareunia, ardor; sinais inflamatórios de intensidade variável. Tratamento: clindamicina 2% por 14 dias; ou hidrocortisona 10% por 2 a 4 semanas ou ambos associados. Estrogenioterapia local é útil (D).
11. Vaginite aeróbica: mesmas recomendações, acrescidas de anti-biótico oral, eventualmente (D).

## Referências

1. Linhares IM, de Assis JS, Baracat EC. Infecções do trato reprodutivo recidivantes. In: Baracat EC. Condutas em ginecologia baseadas em evidências São Paulo: Atheneu; 2016. p. 203-10.
2. Nasioudis D, Linhares IM, Ledger WJ, Witkin SS. Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. BJOG. 2017;124(1):61-9.
3. Ledger WJ, Witkin SS, editors. Vulvovaginal infections. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 2; Vaginal immunology. p.7-12.

4. Fichorova RN. Impact of *T. vaginalis* infection on innate immune responses and reproductive outcome. *J Reprod Immunol*. 2009;83(1-2):185–9.
5. Yang S, Zhang Y, Liu Y, Wang J, Chen S, Li S. Clinical significance and characteristics clinical differences of cytolytic vaginosis in recurrent vulvovaginitis. *Gynecol Obstet Invest*. 2017;82(2):137-43.
6. Reichman O, Sobel J. Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(7):1042–50.
7. Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S, Ruban K, Vieira-Baptista P. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. *Res Microbiol*. 2017;168(9-10):845-58.
8. Ledger WJ, Witkin SS, editor. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 4, *Candida vulvovaginitis*; p. 29–45.
9. Graves A, Gardner WA Jr. Pathogenicity of *Trichomonas vaginalis*. *Clin Obstet Gynecol*. 1993;36(1):145–52.
10. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 7, *Cytolytic vaginosis, aerobic vaginitis and desquamative inflammatory vaginitis*; p. 69–76.
11. Sobel JD. *Vaginitis*. *N Engl J Med*. 1997;337(26):1896–903.
12. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*. 1983;74(1):14–22.
13. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*. 1991;29(2):297–301.
14. Sobel JD, Brooker D, Stein GE, Thomason JL, Wermeling DP, Bradley B, et al.; Fluconazole Vaginitis Study Group. Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(4 Pt 1):1263–8.
15. Miller WC, Swygard H, Hobbs MM, Ford CA, Handcock MS, Morris M, et al. The prevalence of trichomoniasis in young adults in the United States. *Sex Transm Dis*. 2005;32(10):593–8.
16. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 6, *Trichomonas vaginitis*; p. 59–67.
17. Cibley LJ, Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165(4 Pt 2):1245-9.
18. Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):850–5.
19. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1-137. Erratum in: *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(33):924
20. Sobel JD, Ferris D, Schwabek J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1283–9.

21. Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond C, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intravaginal imidazole and traizole antifungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;17(4):CD002845. Review.
22. Sobel JD. Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Drugs.* 2003;63(11):1059–66.



## Portal Febrasgo

Você também pode ler os Protocolos Febrasgo online, pelo seu computador, tablet ou celular!

Acesse:

[www.febrasgo.org.br/protocolos](http://www.febrasgo.org.br/protocolos)

**febrasgo**

Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

# Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

## Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propeidéutica mamária

## Obstetrícia

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorrespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

