

BMJ Best Practice

Avaliação de corrimento vaginal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	8
Considerações de urgência	8
Diagnóstico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Visão geral do diagnóstico diferencial	14
Diagnóstico diferencial	16
Diretrizes de diagnóstico	35
Recursos online	37
Nível de evidência	38
Referências	39
Imagens	44
Aviso legal	50

Resumo

- ◊ O corrimento vaginal é uma das razões mais comuns de consultas ginecológicas. Apenas nos EUA, ele responde por cerca de 10 milhões de consultas por ano.[\[1\]](#)

- ◊ **Corrimento vaginal fisiológico :**

Também chamado leucorreia fisiológica, o corrimento vaginal normal em mulheres em idade fértil geralmente consiste em 1-4 mL a cada 24 horas. Em geral, é transparente, branco-amarelado e mucoso. Tende a ser inodoro, mas às vezes apresenta leve odor fétido. A natureza do corrimento fisiológico pode variar com o tempo. Por exemplo, torna-se mais perceptível quando os níveis de estrogênio se encontram mais elevados (por exemplo, na gestação, ovulação ou quando há uso de contraceptivos à base de estrogênio e progestina). Os lactobacilos na flora vaginal normal mantêm a acidez normal no corrimento vaginal, produzindo peróxido de hidrogênio e ácido láctico. O pH normal de leucorreia em mulheres férteis (4.0-4.5) cria um ambiente hostil para patógenos. Em mulheres na pré-menarca e menopausadas com níveis baixos de estrogênio, o pH vaginal pode atingir 4.7 ou mais.

- ◊ **Epidemiologia :**

A prevalência real dessa condição é incerta porque a vaginite, que inclui o sintoma de corrimento vaginal, muitas vezes é assintomática, autodiagnosticada e automedicada. Uma pesquisa por telefone revelou que 8% das mulheres brancas e 18% das mulheres negras tiveram pelo menos 1 episódio de sintomas vaginais no ano anterior.[\[2\]](#)

Etiologia

O corrimento vaginal é um sintoma comumente observado por médicos e pode ser fisiológico ou patológico. [British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) guidelines] [CDC sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015]

- O corrimento fisiológico pode variar quanto à natureza, com alterações conforme a idade (fase pré-púber, fértil ou menopausada), nível hormonal (na gestação ou ao usar pílulas contraceptivas orais) ou fatores locais, como menstruação, dispositivo intrauterino ou pós-parto.[3]
- As causas patológicas devem-se comumente a infecções: principalmente vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal e tricomoníase, as quais, juntas, correspondem a 90% dos casos de vaginite.[4] As causas não infecciosas incluem vaginite atrófica, corpo estranho, alérgenos e higiene inadequada.[5]

Vaginose bacteriana

Vaginose bacteriana é a infecção vaginal mais comum, com uma prevalência de 29.2% nos EUA em mulheres com idade entre 14-49 anos.[6] A vaginose bacteriana caracteriza-se por uma alteração complexa na flora vaginal, que causa uma redução dos lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio, normalmente dominantes.[7] Esses lactobacilos são substituídos por um aumento na concentração de outros organismos, especialmente anaeróbios, como Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, espécies de Prevotella, espécies de Porphyromonas, espécies de Bacteroides, espécies anaeróbias de Peptostreptococcus, espécies de Fusobacterium ou Atopobium vaginae.[8] Esses organismos, que quebram os peptídeos vaginais em aminas e causam o corrimento típico em pacientes com vaginose bacteriana, produzem grandes quantidades de enzimas que causam a degradação proteolítica das carboxilases.

Até 30% das pacientes tratadas para vaginose bacteriana apresentam recorrência dentro de 3 meses.[9] O tratamento de rotina de mulheres com vaginose bacteriana assintomática não é recomendado, principalmente em razão da baixa taxa de resposta ao tratamento e ao aumento da incidência de candidíase após a terapia.[10] Entretanto, o tratamento de mulheres assintomáticas com vaginose bacteriana resulta em uma menor taxa de infecção subsequente por Chlamydia.[10] 1[B]Evidence A vaginose bacteriana está associada a evidências objetivas de infecção aguda do trato genital superior,[11] celulite do manguito vaginal, abscesso após histerectomia transvaginal ou pós interrupção voluntária da gestação, endometrite e doença inflamatória pélvica.[12] [13] O tratamento de parceiros do sexo masculino de pacientes com vaginose bacteriana não aumenta a taxa de cura; portanto, não é rotineiramente recomendado.[14]

A vaginose bacteriana diagnosticada no início da gestação representa um forte fator de risco para o trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, baixo índice de natalidade e aborto espontâneo.[15] [16] [17] 2[B]Evidence Entretanto, o tratamento de pacientes com infecção assintomática com metronidazol não evita o nascimento pré-termo.[18] Atualmente, os dados são insuficientes para sugerir o rastreamento e o tratamento de mulheres de baixo ou alto risco para reduzir a taxa de nascimentos pré-termo.

[Fig-1]

Tricomoníase

É responsável por 4% a 35% da vaginite em mulheres sintomáticas, e é 4 vezes mais comum em mulheres negras que em mulheres brancas.[19] Ela representa a infecção sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo.[20] Trichomonas vaginalis é um protozoário flagelado geralmente encontrado na vagina, uretra e glândulas parauretrais de pacientes infectadas.[21] Está associado à alta prevalência

de coinfeção com outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A transmissão é possível de mulher para mulher, mas raramente ocorre de homem para homem. Em sua maioria, os parceiros do sexo masculino de mulheres com diagnóstico de tricomoníase também são infectados; assim, recomenda-se tratar também os pacientes do sexo masculino.^[22] A tricomoníase pode aumentar a excreção genital do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em mulheres (que pode ser reduzida pelo tratamento).^[23] Aconselha-se o rastreamento para tricomoníase em mulheres HIV-positivas no início do tratamento e anualmente. A tricomoníase está associada a desfechos adversos da gestação, como nascimentos pré-termo, mas o tratamento não demonstra reduzir a morbidade perinatal; portanto, deve ser reservado a mulheres sintomáticas.^[24]

[Fig-2]

[Fig-3]

Candidíase vulvovaginal

Causa um terço dos casos de vaginite e é uma das infecções genitais mais comuns observadas na prática clínica.^[25] Espécies de candida estão presentes em cerca de 20% a 50% da flora vaginal de mulheres assintomáticas saudáveis. A candidíase vulvovaginal (CVV) é comum em adultos, especialmente nas mulheres em pré-menopausa. É incomum em pacientes menopausadas e perimenopausadas. Não é considerada uma IST.

O *Candida albicans* é a causa mais comum de CVV. *Candida glabrata* e *Candida parapsilosis* são outros organismos que também podem causar CVV com sintomas mais leves. A doença sintomática ocorre em razão de uma complexa interação entre a resposta inflamatória do hospedeiro e fatores de virulência em fungos. Relata-se que dois terços das mulheres com autodiagnóstico e automedicação para candidíase vulvovaginal não apresentam CVV.^[26]

Os fatores de risco para candidíase vulvovaginal (CVV) incluem diabetes mellitus mal controlada,^[27] antibióticos de amplo espectro que inibem o crescimento da flora vaginal normal, níveis elevados de estrogênio (por exemplo, pelo uso de pílulas contraceptivas orais, terapia estrogênica ou gravidez), imunossupressão (incluindo pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV), nas quais a imunossupressão está associada a uma maior incidência e persistência da doença) e susceptibilidade genética. A candidíase vulvovaginal não está relacionada ao número de parceiros sexuais recentes, mas pode estar relacionada à maior frequência de relações sexuais.^[28]

A CVV não complicada é definida como uma infecção com as seguintes características:

- CVV esporádica ou infrequente
- Sintomas leves a moderados
- É provável que seja da espécie *C albicans*
- Presença em pacientes imunocompetentes.

A CVV recorrente é:^[29]

- Definida como infecção que ocorre 4 ou mais vezes por ano
- Observada em cerca de 5% a 8% das pacientes.

CVV complicada:^[30]

- Inclui pacientes com CVV recorrente ou grave, candidíase não albicans ou diabetes não controlado, ou pacientes imunocomprometidas ou gestantes

- Caracteriza-se pela incidência elevada de espécies de cândida, exceto a espécie *C albicans*, em pacientes com HIV e pacientes com candidíase recorrente.

[Fig-4]

[Fig-5]

Causas infecciosas menos comuns

Outras causas infecciosas menos comuns de vaginite incluem infecção por clamídia, infecção por gonorreia, vírus do herpes simples, infecção por estreptococos,[31] [32] esquistossomose genital (relatada na África),[33] e infecção por *Entamoeba gingivalis* associada ao uso de dispositivo intrauterino no Egito.[34] A função do *Mycoplasma* como causa de corrimento vaginal ainda está sendo definida.[35]

[Fig-6]

[Fig-7]

[Fig-8]

[Fig-9]

Causas não infecciosas

Incluem dermatite alérgica ou de contato (por exemplo, látex, esperma, uso de duchas, corantes), irritantes químicos (por exemplo, sabonetes, absorventes higiênicos internos e externos, preservativos), higiene inadequada, vaginite atrófica (deficiência de estrogênio), corpo estranho (por exemplo, absorventes higiênicos internos, pessários, dispositivos contraceptivos), líquen plano erosivo, vaginite traumática, vaginite atrófica pós-puerperal, vaginite inflamatória descamativa (vaginite crônica e intratável associada a corrimento purulento e abundante), irradiação pélvica,[36] síndrome de Behçet (inflamação da vasculatura; os sintomas incluem aftas e articulações dolorosas e edemaciadas), câncer nas tubas uterinas e câncer cervical.[31] Uma complicação da slingoplastia intravaginal pode incluir um corrimento vaginal purulento e fétido da erosão da malha.[37] O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapsos uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo.[38] Outras causas menos comuns de corrimento vaginal relatadas na literatura incluem mioma prolapsado[39] e fístula vaginal.[40]

Pediátrica

Comparada à vagina de mulheres em idade fértil, a vagina de pacientes pré-púberes apresenta potencial hidrogenônico (pH) neutro, sem anticorpos para protegê-la contra infecções, é menor, mais próxima ao reto e exposta a níveis de estrogênio muito menores. Por conseguinte, essa faixa etária apresenta aumento do risco para vulvovaginite, que responde por aproximadamente 70% de todas as queixas ginecológicas.[41] [42] O corrimento vaginal nessa faixa etária geralmente não é causado por infecções e quase nunca por malignidades.[43] As causas comuns de corrimento vaginal em meninas com menos de 6 anos incluem corpo estranho (45%), abuso sexual (18%) e diagnóstico desconhecido (36%).[44] [45] Outras causas incluem vaginite inespecífica (irritação por espumas de banho, sabonetes com perfume, roupas apertadas, uso de papel higiênico de trás para frente), vaginite estreptocócica (acompanha ou após uma faringite estreptocócica sintomática) e leucorreia fisiológica (hormônios endógenos 6-12 meses antes da menarca). As causas infecciosas podem incluir oxiúros, transmissão da infecção do canal vaginal da mãe até um ano

após o parto, estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, *Haemophilus influenzae* e alguns bacilos Gram-negativos. O diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* indica abuso sexual.[\[46\]](#)

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Doença inflamatória pélvica (DIP)

As pacientes com infecção ascendente (por exemplo, por clamídia ou gonorreia) podem desenvolver doença inflamatória pélvica, o que poderia causar infertilidade, abscesso tubo-ovariano e, em casos muito raros, a morte, se não tratada. O tratamento empírico com antibióticos de amplo espectro, que combatem Chlamydia, gonorreia e organismos anaeróbios, é recomendado para mulheres sexualmente ativas que apresentam dor à mobilização do colo, sensibilidade uterina ou anexial, bem como sinal de infecção no trato geniturinário baixo (por exemplo, febre, corrimento mucopurulento, presença de leucócitos em preparação da câmara úmida).[\[23\]](#) Além disso, seus parceiros devem ser tratados.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Cerca de 90% dos casos de vaginite decorrem de infecção, principalmente por vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal e tricomoníase.[\[4\]](#) Esses 3 diagnósticos devem ser excluídos em todas as pacientes antes de considerar outras causas menos comuns.

História clínica e exame físico

Em pacientes com queixa de corrimento vaginal contínuo, a história inicial deve incluir:

- Todos os novos parceiros性uais
- Uso de novos sabonetes ou detergentes
- Uso de duchas
- Uso de anel vaginal contraceptivo ou dispositivo intrauterino
- Sintomas como dor pélvica, prurido, qualidade/quantidade/odor do corrimento.

A vaginose bacteriana geralmente apresenta corrimento fino e odor de peixe (teste de aminas [Whiff]).

A tricomoníase apresenta corrimento purulento com odor fétido. A candidíase vulvovaginal apresenta corrimento branco, aparência de queijo cottage e prurido.

O exame físico deve incluir a visualização da vulva, vagina e colo uterino para pesquisar lesões e/ou eritema, e o exame bimanual deve avaliar se há massa pélvica ou dor à mobilização do colo.

Em mulheres sintomáticas, swabs autocoleados e o histórico isolado podem não ser tão úteis quanto a avaliação física e o exame do espéculo vaginal realizado por um médico.[\[47\]](#)

Investigação de rotina

Deve-se obter uma amostra do corrimento vaginal; o potencial hidrogeniônico (pH) pode ser elucidado com o uso de papel de tornassol. A microscopia em câmara úmida é realizada colocando-se uma pequena amostra do corrimento em 2 áreas separadas em uma lâmina e adicionando-se soro fisiológico a uma dessas áreas e hidróxido de potássio à outra. Em seguida, uma lamínula é posicionada sobre a lâmina para observação ao microscópio. O paciente deve ser orientado e tratado de maneira adequada, caso a câmara úmida confirme alguma das seguintes condições:

- Critérios de Amsel, 3 entre os 4 a seguir: corrimento vaginal homogêneo; teste de aminas (Whiff) positivo com adição de hidróxido de potássio; células-chave (clue cells); e pH >4.5 (vaginose bacteriana).
[\[Fig-1\]](#)
- Tricomonas (sensibilidade de 51%-65% para tricomoníase[\[23\]](#)).
[\[Fig-3\]](#)
[\[Fig-2\]](#)
- Levedura de brotamento e hifas (candidíase).
[\[Fig-5\]](#)
[\[Fig-4\]](#)
- Leucócitos sem tricomonas ou levedura (pode sugerir cervicite[\[23\]](#)).

A seguir estão exames alternativos ou suplementares.

- Cultura vaginal para candidíase vulvovaginal: deve ser obtida para confirmar o diagnóstico em pacientes com sinais e sintomas clínicos típicos, mas pH normal e microscopia negativa em câmara úmida. Também deve ser obtida para pacientes com sintomas recorrentes.
- Cultura vaginal para tricomoníase: deverá ser considerada se o pH for >4.5, se houver leucócitos polimorfonucleares elevados, mas ausência de tricomonas móveis em microscopia em câmara úmida, ou se a microscopia não estiver disponível.
- Coloração de Gram para determinar a concentração relativa de lactobacilos: considerada por alguns especialistas como o melhor exame para diagnosticar a vaginose bacteriana.[\[23\]](#) Uma coloração de Gram pode ser avaliada pelos critérios de Nugent ou pelos critérios de Hay-Ison. Os critérios de Nugent relatam as proporções relativas dos diferentes morfotipos bacterianos. Os critérios de Hay-Ison são graduados: 0 para células epiteliais apenas; 1 para predominância de Lactobacillus; 2 para flora mista; 3 para predominância de Gardnerella e/ou Mobiluncus; e 4 para vaginite aerobia com predominância de bactérias aeróbias. A British Association for Sexual Health and HIV recomenda o uso dos critérios de Hay-Ison em vez dos critérios de Nugent.[\[12\]](#)

Os testes de amplificação de ácido nucleico e as sondas de ácido nucleico estão disponíveis para a detecção de vaginose bacteriana, candida e tricomoníase. Os testes de amplificação de ácido nucleico parecem ser mais precisos, mas todos esses testes são caros; portanto, eles devem ser reservados para áreas com alta prevalência ou onde a microscopia de preparado de câmara úmida ou as culturas não estão disponíveis.

Mulheres com risco de infecções sexualmente transmissíveis

Em mulheres com risco de infecções sexualmente transmissíveis (aqueles com vários e novos parceiros, ou parceiros com vários parceiros, bem como mulheres com menos de 25 anos de idade) e com corrimento vaginal amarelado profuso, deve ser realizado um exame pélvico. Além dos exames de rotina, é necessário realizar culturas e ensaios para *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Se o corrimento estiver acompanhado de dor pélvica e/ou dor à mobilização do colo, a paciente deverá ser tratada para doença inflamatória pélvica (DIP) de acordo com as diretrizes locais (por exemplo, diretrizes dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças).[\[23\]](#) O tratamento para *N gonorrhoeae*, *C trachomatis* e DIP suspeita evita infertilidade e dor pélvica crônica.

Corrimento vaginal recorrente

Em pacientes com corrimento vaginal recorrente, outros diagnósticos devem ser considerados, incluindo candidíase vulvovaginal recorrente. Pacientes com candidíase vulvovaginal devem ter as seguintes condições excluídas: diabetes mellitus e estados imunocomprometidos, bem como outros tipos de *Candida* (por exemplo, *Candida glabrata*), pois podem ser resistentes a agentes antifúngicos usados no tratamento da *Candida albicans*.

Exame físico normal e resultados negativos

Pacientes com corrimento vaginal, exame físico nada digno de nota, culturas negativas e histórico consistente com possíveis irritantes (por exemplo, troca de sabonete ou detergente) apresentam vaginite alérgica. Em geral, basta evitar o irritante para a remissão da afecção. A higiene precária deve ser considerada em pacientes com culturas negativas e nenhum histórico de contato com irritantes: por exemplo, pacientes que não trocam o absorvente higiênico interno regularmente nem se limpam de maneira adequada (higienização de trás para frente).

Pacientes com corrimento vaginal isolado, com coloração, odor e consistência normais, e que apresentam exame pélvico e câmara úmida normais podem ser tranquilizadas de que o corrimento vaginal é do tipo fisiológico.

Causas incomuns

Uma vez excluídas clinicamente e/ou por investigação as causas mais comuns, as causas menos comuns e muito raras de corrimento vaginal devem ser eliminadas por exames e estudos apropriados.

Vaginite atrófica

- Em mulheres menopausadas cujo epitélio parece pálido, liso e brilhante, o diagnóstico clínico de vaginite atrófica deve ser considerado.
- O esfregaço de Papanicolaou confirma o diagnóstico. Outros exames podem incluir os níveis de estrogênio, que geralmente estão baixos; microscopia negativa para infecção; e ultrassonografia do revestimento vaginal.

Vaginite atrófica fisiológica pós-puerperal

- História de parto recente com corrimento característico é diagnóstica: loquia vermelha (lochia rubra), serosa (lochia serosa) ou branca (lochia alba).

Vírus do herpes simples

- Múltiplas úlceras superficiais e dolorosas podem indicar cervicite por vírus do herpes simples, que pode ser confirmada por culturas e ensaios virais. A coloração de Tzanck é de interesse histórico, mas as diretrizes não dão suporte ao seu uso para diagnóstico.[\[23\]](#)
[\[Fig-10\]](#)

Corpo estranho

- Apresenta corrimento de odor fétido e irritação. Se duradouro, pode causar extensa formação de aderências com a obstrução quase completa da porção inferior da vagina em relação ao local do corpo estranho.[\[45\]](#)
- O diagnóstico é confirmado por radiografia pélvica, ultrassonografia transvaginal/transabdominal e/ou ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica com contraste.

Síndrome de Behçet

- Apresenta outros sinais e sintomas da síndrome (por exemplo, úlceras aftosas, lesões cutâneas e uveíte), associados à ulceração e corrimento vaginal. Em geral, o diagnóstico é clínico.

Vaginite crônica e exsudativa

- Associada a corrimento purulento e abundante, dispareunia intensa ou sintomas vulvares menores, como irritação e/ou prurido; pode indicar diagnóstico de vaginite inflamatória.
- A câmara úmida mostra predominantemente estreptococos não pertencente ao grupo A e exclui a causa infecciosa.
- A biópsia vaginal revela sinais e sintomas de reação inflamatória aguda e crônica de estroma com dilatação capilar.
- A colposcopia pode ser utilizada em caso de incerteza diagnóstica.

Líquen plano

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 16, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- Pode ser difícil distinguir de vaginite atrófica quando não há sintomas extravaginais.
- Apresenta-se com pápulas brilhantes, geralmente intensamente pruriginosas. A biópsia da parede vaginal confirma o diagnóstico.

Vaginite estreptocócica em adultos

- Os fatores predisponentes incluem história domiciliar ou pessoal de infecção do trato respiratório superior com estreptococos do grupo A, contato sexual ou atrofia vaginal. O corrimento vaginal é profuso ou abundante. O diagnóstico é confirmado com cultura.[32]

Esquistossomose genital

- Descrita na África; caracterizada por corrimento vaginal abundante e colo uterino eritematoso. O diagnóstico é feito por detecção microscópica de ovos parasitários na urina, seguida de biópsia por punção cervical.[33] A biópsia por punção apresenta 100% de sensibilidade para esquistossomose, mas pode aumentar a transmissão do HIV devido ao rompimento da barreira mucosa; portanto, os riscos e benefícios da biópsia por punção devem ser avaliados cuidadosamente. A colposcopia de grande ampliação também pode ser usada para o diagnóstico.[48]

Entamoeba gingivalis

- Associado à infecção oral e ao uso de dispositivo intrauterino no Egito.[34]

Pós-cirúrgica

- Uma história pregressa de slingoplastia intravaginal com início de corrimento vaginal purulento e fétido sugere vaginite pós-cirúrgica (rara) e pode ser confirmada com RNM por contraste. O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapo uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo.[38]

Pós-irradiação

- História de radioterapia; pode haver atrofia vaginal.[36]

Câncer cervical

- Em pacientes idosas que apresentam corrimento com cheiro desagradável e massa cervical ao exame físico, é necessário realizar uma biópsia da massa. Além disso, convém considerar o esfregaço de Papanicolau e tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve para descartar câncer cervical.

Carcinoma das tubas uterinas

- Raro, e apenas 16% das pacientes apresentam a tríade clássica de corrimento vaginal, dor pélvica em cólica e massa pélvica palpável, embora os dados sejam muito limitados.[49]
- Exames de ultrassonografia pélvica e CA-125 podem ajudar no diagnóstico, mas o estadiamento cirúrgico é definitivo.

Linfoma do trato genital

- Causa muito rara de corrimento vaginal. Os pacientes podem apresentar massa, corrimento com odor fétido, sangramento vaginal, dor ou plenitude abdominal. É possível palpar uma massa no exame bimanual ou visualizar no exame especular.[\[50\]](#) [\[51\]](#)

Pacientes pediátricas

Na população pediátrica, corpos estranhos e abuso sexual devem sempre ser descartados clinicamente e, se necessário, deve-se apurar a história, realizar exame físico, swabs vaginais, ultrassonografia pélvica transabdominal e vaginoscopia e encaminhar para especialista em abuso infantil.

Outros diagnósticos e investigações incluem os descritos a seguir:

- A microscopia de amostra vaginal revela lâminas de epitélio vaginal na leucorreia fisiológica.
- História recente de faringite e sinais de infecção vaginal sugerem vaginite estreptocócica, que é confirmada com swabs vaginais para organismos estreptocócicos.
- Bebês com menos de 1 ano de idade com sintomas vaginais podem ter sido infectados pela mãe no canal vaginal. Swabs vaginais e cervicais da mãe confirmam a suspeita.
- Se houver história de uso de espumas de banho, sabonetes com perfume, roupas apertadas ou de papel higiênico de trás para frente, o diagnóstico de vaginite inespecífica será clínico.
- Pode haver suspeita de oxiúros no caso de desconforto noturno ou prurido. O teste da fita adesiva confirma o diagnóstico.

[\[Fig-11\]](#)

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Vaginose bacteriana

Tricomoníase

Candidíase vulvovaginal

Infecção por Chlamydia trachomatis

Infecção por Neisseria gonorrhoeae

Vaginite alérgica ou por irritantes

Leucorreia fisiológica em adultos

Corpo estranho em crianças

Vaginite inespecífica

Leucorreia fisiológica em crianças

Incomum

Infecção por vírus do herpes simples (HSV)

Vaginite estreptocócica em adultos

Esquistossomose genital

Entamoeba gingivalis associada ao uso de dispositivo intrauterino (DIU)

Higiene inadequada

Corpo estranho em adultos

Relacionada ao uso de anel vaginal contraceptivo

Vaginite atrófica

Vaginite atrófica pós-puerperal; loquiação

Síndrome de Behçet

Incomum

Vaginite inflamatória descamativa

Líquen plano erosivo

Pós-cirúrgica

Pós-irradiação

Câncer cervical

Carcinoma das tubas uterinas

Infecção por oxiúros

Vaginite estreptocócica em crianças

Abuso sexual

Infecção transmitida pelo canal vaginal

Mioma prolapsado

Fístula vaginal

Linfoma do trato genital

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Vaginose bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
50% a 75% dos casos são assintomáticos; [52] odor de peixe especialmente após relações sexuais; corrimento esbranquiçado, fino e homogêneo; raramente disúria e dispureunia; os fatores de risco incluem novos parceiros sexuais ou >3 no ano anterior, uso de duchas, tabagismo [53] [54] [55]	corrimento geralmente homogêneo, fino, cinza-esbranquiçado e com odor característico	<p>»critérios de Amsel: pelo menos 3 entre os 4 a seguir: corrimento fino e homogêneo; pH vaginal >4.5; teste de aminas (whiff) positivo ou odor de aminas com a adição de base; células-chave (clue cells) na avaliação microscópica de preparação da câmara úmida em soro fisiológico</p> <p>»teste de hidróxido de potássio (KOH) de corrimento vaginal: presença de odor de peixe quando hidróxido de potássio (KOH) é adicionado ao corrimento vaginal Melhores critérios clínicos.</p> <p>Várias gotas de uma solução de KOH são adicionadas a uma amostra do corrimento vaginal. Um forte odor de peixe proveniente da mistura significa vaginose bacteriana.</p> <p>Testes de pH + KOH: a precisão diagnóstica da combinação dos 2 testes, teste de pH e teste de aminas (whiff) com a adição de KOH, foi de 88% com um valor preditivo positivo de 62% em</p>	<p>»teste de amplificação de ácido nucleico: positivo para organismos específicos Os testes de amplificação de ácido nucleico (NAAT) aprovados pela Food and Drug Administration dos EUA em combinação com NAATs para detectar vaginose bacteriana, clamídia e gonorreia estão comercialmente disponíveis e parecem ser mais precisos que sondas que não são de amplificação.[59]</p> <p>»sonda de ácido nucleico: positiva para organismos típicos Como Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, espécies de Prevotella, espécies de Porphyromonas, espécies de Bacteroides, espécies anaeróbias de Peptostreptococcus, espécies de Fusobacterium ou Atopobium vaginae.[8]</p> <p>Cara, mas com resultados rápidos. Útil</p>

Comum

◊ Vaginose bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>um estudo. Esses 2 critérios clínicos foram sugeridos para uso no diagnóstico de vaginose bacteriana em áreas carentes de recursos.[56]</p> <p>»microscopia de corrimento vaginal em câmara úmida: células clue As células-chave (clue cells) são células epiteliais que revestem a vagina e são cobertas por bactérias associadas à vaginose bacteriana; isso causa uma aparência granular distinta.[57] [58] [Fig-1]</p> <p>»coloração de Gram: concentração relativa de lactobacilos Considerada por alguns especialistas como o melhor exame para diagnosticar vaginose bacteriana.[23]</p> <p>Uma coloração de Gram pode ser avaliada pelos critérios de Nugent ou pelos critérios de Hay-Ison. Os critérios de Nugent relatam as proporções relativas dos diferentes morfotipos bacterianos. Os critérios de Hay-Ison são graduados: 0</p>	<p>quando a microscopia não está disponível.</p> <p>»cartão de exame: detecção do pH e de trimetilamina Baixa sensibilidade e especificidade.[23]</p> <p>»reação em cadeia da polimerase: pode identificar patógenos com vários alvos</p>

Comum

◊ Vaginose bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
		para células epiteliais apenas; 1 para predominância de Lactobacillus; 2 para flora mista; 3 para predominância de Gardnerella e/ou Mobiluncus; e 4 para vaginite aeróbia com predominância de bactérias aeróbias. A British Association for Sexual Health and HIV recomenda o uso dos critérios de Hay-Ison em vez dos critérios de Nugent. [12]	

🚩 Tricomoníase

História	Exame	1º exame	Outros exames
corrimento fino, purulento e com odor fétido; também pode apresentar ardência, prurido, disúria, polaciúria e dispureunia; os sintomas podem agravar-se durante a menstruação	geralmente, eritema da vulva e da mucosa vaginal; corrimento vaginal (verde-amarelado, espumoso) e colo uterino em morango não são sinais clínicos confiáveis, mas podem estar presentes [60]	» testes rápidos de detecção de抗ígenos e de amplificação de ácido nucleico de amostra vaginal: positiva Usam sondas de ácido desoxirribonucleico (DNA) e anticorpos monoclonais. Sensibilidade e especificidade de 90% e 99.8%, respectivamente. Podem ser usados na área de alta prevalência quando não há disponibilidade de culturas nem de	» cultura de amostra vaginal em meio de Diamond: positiva Deverá ser considerada se o pH for >4.5, na presença de leucócitos polimorfonucleares elevados e ausência de tricomonas móveis na microscopia em câmara úmida, ou se a microscopia não estiver disponível.

Comum

Tricomoníase

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>microscopia. Podem ser lidos em 45 minutos.[61]</p> <p>Os testes de amplificação de ácido nucleico (NAA) podem ser realizados em amostras vaginais autocoletadas pela paciente. Os testes de amplificação de ácido nucleico (NAA) parecem ser mais precisos que os testes de sonda que não são de amplificação.[59]</p> <p>O swab autocoletado pode aumentar a capacidade de rastreamento removendo barreiras ao exame.[62]</p> <p>»microscopia de corrimento vaginal em câmara úmida: positivo para <i>Trichomonas vaginalis</i> A amostra deve ser misturada com soro fisiológico. [Fig-3]</p> <p>»[Fig-2]</p> <p>Sensibilidade de 51% a 65%.[23]</p> <p>»teste de amplificação de ácido nucleico: positivo para <i>Trichomonas vaginalis</i></p>	

Comum

Tricomoníase

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» sonda de ácido nucleico: positivo para Trichomonas vaginalis	

◊ Candidíase vulvovaginal

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido vulvar, disúria, dor, ardência, edema, vermelhidão, inflamação, irritação, disparesunia; geralmente pouco ou nenhum corrimento, mas, quando presente, é branco, grumoso e de aspecto caseoso; ocorre com mais frequência em pacientes com diabetes[28]	eritema vulvar, edema da mucosa vaginal e vulvar; com Candida albicans, o corrimento geralmente é espesso, aderente, semelhante a queijo cottage, mas pode ser fino e não aderente; com Candida glabrata, o corrimento geralmente é escasso	<p>» pH de corrimento vaginal: pH de 4.0-4.5</p> <p>» microscopia de corrimento vaginal em câmara úmida: levedura de brotamento e hifas Negativa em 50% das pacientes com candidíase confirmada. A câmara úmida muitas vezes não é capaz de identificar espécies diferentes da Candida albicans.[28]</p> <p>[Fig-4]</p> <p>[Fig-5]</p> <p>O hidróxido de potássio (KOH) melhora a visualização.[23]</p> <p>» cultura de corrimento vaginal: Cândida Deve ser obtida para confirmar o diagnóstico em pacientes com sinais e sintomas clínicos típicos, mas pH normal e microscopia negativa. Também deve ser obtida</p>	<p>» teste de amplificação de ácido nucleico: positiva para Candida</p> <p>Os testes de amplificação de ácido nucleico (NAAT) aprovados pela Food and Drug Administration dos EUA em combinação com NAATs para detectar vaginose bacteriana, clamídia e gonorreia estão comercialmente disponíveis e parecem ser mais precisos que sondas que não são de amplificação.[59]</p> <p>» sonda de ácido nucleico: positiva para Candida</p> <p>» glicose sérica em jejum: pode confirmar diabetes em doença recorrente ou resistente</p> <p>» HbA1c: pode confirmar diabetes em doença recorrente ou resistente</p>

Comum

◊ Candidíase vulvovaginal

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>para pacientes com sintomas recorrentes.</p> <p>Os meios de cultura incluem Ágar Sabouraud, meio de Nickerson e Microstick-candida.</p>	

¶ Infecção por Chlamydia trachomatis

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente assintomática; ou corrimento purulento ou mucopurulento da endocérvix, sangramento intermenstrual ou pós-coito, disúria, polaciúria, disparesunia, irritação vulvovaginal; dor e febre raras	colo uterino friável, eritematoso e edematoso, com corrimento purulento ou mucopurulento; possível dor à mobilização do colo; com Chlamydia trachomatis: corrimento endocervical amarelo opaco, sangramento cervical facilmente induzido[63]	<p>»testes de amplificação de ácido nucleico usando amostra cervical, vaginal ou urinária: positiva</p> <p>Esses testes podem usar amostras coletadas do colo uterino, vagina ou urina, ou podem usar swabs vaginais autocoletados sem exame pélvico. O swab autocoletado pela paciente pode remover barreiras ao exame. Sensibilidade de 75% a 95%; embora esses testes sejam caros, a especificidade é excelente quando as amostras são coletadas do colo uterino. Opção ao exame de amostras do primeiro jato de urina, cuja sensibilidade é levemente menor.</p>	<p>»cultura para Chlamydia trachomatis: positiva</p> <p>Exame caro; reservado a pesquisas ou casos de estupro/abuso infantil.[64]</p> <p>[Fig-6]</p> <p>»detecção de antígenos de Chlamydia trachomatis: positiva</p> <p>»sonda cervical ou uretral de ácido desoxirribonucleico (DNA): positiva para Chlamydia trachomatis</p> <p>Sonda invasiva usando swab cervical ou uretral.</p> <p>»teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) sérico: pode ser positiva</p> <p>»teste de HIV: pode ser positiva</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 16, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Infecção por Chlamydia trachomatis

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Útil em pacientes assintomáticos: extremamente sensíveis e específicos.[64] [65]	

Infecção por Neisseria gonorrhoeae

História	Exame	1º exame	Outros exames
assintomática; ou prurido vaginal e/ou corrimento mucopurulento; dor abdominal ou dispureunia sugere extensão para o trato superior; se não tratada, pode causar doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, infertilidade	colo uterino normal ou com mucosa friável e corrimento purulento	<p>»testes de amplificação de ácido nucleico de swabs endocervicais, esfregaço de Papanicolau, swabs vaginais ou urina: positiva Amplificam as sequências de DNA ou de ácido ribonucleico (RNA) da N gonorrhoeae usando reação em cadeia da polimerase, amplificação mediada por transcrição ou amplificação por deslocamento de fita. Mais sensíveis que a cultura.[64] O swab autocoletado pela paciente pode remover barreiras ao exame.</p> <p>»amostra de cultura cervical em meio de Thayer-Martin modificado: positiva Menos sensível que o teste de amplificação de ácido nucleico. Resultados</p>	<p>»coloração de Gram de amostra cervical: diplococos intracelulares Gram-negativos Apesar de específico, apresenta sensibilidade de 50% em mulheres com gonorreia.[23]</p> <p>[Fig-7]</p> <p>[Fig-8]</p> <p>»ensaio imunoenzimático de amostra cervical ou de urina: positiva Detecta抗ígenos gonocócicos de swabs cervicais e amostras de urina. Sensibilidade de 92%, especificidade de 97%, mas valor preditivo positivo de apenas 55%.</p> <p>»teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) sérico: pode ser positiva</p> <p>»teste de HIV: pode ser positiva</p>

Comum

¶ Infecção por Neisseria gonorrhoeae

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>disponibilizados em 48 horas. A cultura permite examinar as sensibilidades e devem ser realizadas em casos de falha do tratamento.[64]</p> <p>»sonda cervical ou uretral de ácido desoxirribonucleico (DNA): positiva Identifica uma sequência específica de ácido nucleico de N gonorrhoeae. A precisão é igual à da cultura. O armazenamento e o transporte são mais convenientes comparados aos da cultura.</p>	

◊ Vaginite alérgica ou por irritantes

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido e corrimento vaginal em associação com o uso de medicamentos tópicos, produtos espermicidas, soluções para duchas, preservativos ou diafragmas; pode ser uma reação ao esperma, látex, corante, sabonete, absorvente higiênico interno e externo	eritema vulvar, corrimento vaginal abundante inespecífico	» nenhuma: o diagnóstico é clínico Melhora dos sintomas após a descontinuação de irritantes.	

Comum**◊ Leucorreia fisiológica em adultos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
consiste em 1 a 4 mL de secreção a cada 24 horas; em geral, é transparente, branco-amarelado e mucoso; tipicamente inodoro, mas pode apresentar leve odor fétido; mais perceptível quando os níveis de estrogênio encontram-se mais elevados (por exemplo, na gravidez, quando há uso de contraceptivos à base de estrogênio e progestogênio ou durante a ovulação)	secreção um pouco transparente, mucosa e branco-amarelada	» microscopia de amostra vaginal: lâminas de células epiteliais vaginais	

☒ Corpo estranho em crianças

História	Exame	1º exame	Outros exames
corrimento geralmente com odor desagradável e sangue	corpo estranho, corrimento com sangue e purulento	» radiografia abdominal ou pélvica: visualização de corpo estranho	» exame pélvico (talvez precise ser realizado sob anestesia): visualização de corpo estranho

◊ Vaginite inespecífica

História	Exame	1º exame	Outros exames
a irritação pelo uso de espumas de banho, sabonetes com perfume, roupas apertadas ou papel higiênico de trás para frente pode causar vaginite inespecífica; pele vulvar facilmente traumatizada	corrimento escasso a abundante com odor desagradável	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Comum**◊ Leucorreia fisiológica em crianças**

História	Exame	1º exame	Outros exames
alguns meses antes da menarca (9-13 anos de idade); corrimento fisiológico cinza-esbranquiçado causado por aumento nos níveis de estrogênio	corrimento escasso a moderado, transparente a branco; caso contrário, normal	» microscopia de amostra vaginal: lâminas de células epiteliais vaginais	

Incomum**◊ Infecção por vírus do herpes simples (HSV)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
inflamações ou úlceras vulvares superficiais; às vezes ocorre corrimento vaginal aquoso 7-11 dias após a infecção primária; ^[66] possibilidade de febre e mal-estar generalizado; o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) é raro	múltiplas úlceras vulvares, vaginais e cervicais superficiais e dolorosas, que frequentemente coalescem e remitem espontaneamente sem cicatrização	» culturas virais de lesões: positivas para vírus do herpes simples (HSV)-1 ou HSV-2 Alta taxa de falso-negativos. ^[23] Úlceras vulvares clinicamente superficiais e recorrentes, ou com apresentação aguda com múltiplas lesões, e sintomas tipo gripe são altamente sugestivos de HSV, mas o diagnóstico pode não ser preciso. Na prática clínica, as culturas muitas vezes são realizadas para ajudar a confirmar a suspeita clínica; o HSV é uma causa rara de corrimento vaginal, e lesões intravaginais que causam corrimento podem ser difíceis de interpretar. [Fig-9]	» testes sorológicos tipos-específicos para glicoproteína G: diferenciam HSV-1 e HSV-2 90% a 100% sensíveis e 91% a 100% específicos. ^[67]

Incomum**◊ Infecção por vírus do herpes simples (HSV)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»reação em cadeia da polimerase para HSV das lesões: positiva</p> <p>Exame de maior precisão.</p> <p>É importante determinar a infecção por HSV-1 versus HSV-2, pois recorrências e excreção assintomática são menos comuns com o HSV-1.^[23]</p>	

◊ Vaginite estreptocócica em adultos

História	Exame	1º exame	Outros exames
Fatores predisponentes presentes: história domiciliar ou pessoal de infecção do trato respiratório superior com estreptococos do grupo A; contato sexual; atrofia vaginal ^[32]	corrimiento vaginal profuso/abundante ^[32]	» swab vaginal: positivo para Streptococcus pyogenes (estreptococos do grupo A)	

◊ Esquistossomose genital

História	Exame	1º exame	Outros exames
pessoas que residem em áreas endêmicas	colo uterino eritematoso; corrimento vaginal abundante ^[33]	» microscopia de urina para parasitas: presença de ovos	<p>»biópsia por punção cervical: presença de ovos</p> <p>Pode aumentar a transmissão do HIV; portanto, os riscos e benefícios devem ser avaliados.</p> <p>»colposcopia de grande ampliação:</p>

Incomum**◊ Esquistossomose genital**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			manchas arenosas com cor amarela nas superfícies mucosas[68]

◊ Entamoeba gingivalis associada ao uso de dispositivo intrauterino (DIU)

História	Exame	1º exame	Outros exames
identificada no Egito em pacientes com infecção oral concomitante e uso de DIU T de cobre 380A[34]	pode haver corrimento vaginal profuso[34]	»lavagens de DIU para esfregaços diretos e coloração e extração de ácido desoxirribonucleico (DNA)/reação em cadeia da polimerase: presença de parasitas »exame concomitante para infecção oral: presença de parasitas	

◊ Higiene inadequada

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de papel higiênico de trás para frente, absorventes higiênicos internos e externos não trocados oportunamente, limpeza vaginal inadequada; prurido; infecções vaginais fúngicas possivelmente mais frequentes	corrimento vaginal com odor fétido	»nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Corpo estranho em adultos

História	Exame	1º exame	Outros exames
corrimento com odor desagradável e/ou sangue	irritação ocasional de grandes lábios e parte interna	»radiografia abdominal/pélvica:	»ultrassonografia transvaginal ou transabdominal:

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 16, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Corpo estranho em adultos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	das coxas; corpos estranhos duradouros podem causar extensa formação de aderências com a obstrução quase completa da porção inferior da vagina em relação ao local do corpo estranho[45]	visualização do corpo estranho A ausência de achados não deve descartar corpos estranhos.	visualização do corpo estranho A ausência de achados não deve descartar corpos estranhos. » RNM da pelve com contraste oral e intravenoso: visualização do corpo estranho A ausência de achados não deve descartar corpos estranhos.

◊ Relacionada ao uso de anel vaginal contraceptivo

História	Exame	1º exame	Outros exames
início dos sintomas com uso de anel contraceptivo	possível irritação no local da pressão do anel na vagina	» o diagnóstico é clínico: em geral, o anel causa irritação localizada, e não vaginite, mas a vaginite deve ser descartada via câmara úmida	

◊ Vaginite atrófica

História	Exame	1º exame	Outros exames
mulheres menopausadas; prurido, ardência, desconforto, dispareunia, corrimento vaginal amarelado com odor fétido ou sangramento vaginal	o epitélio atrófico parece pálido, liso e brilhante; pode haver inflamação com eritemas irregulares, petéquias e maior friabilidade	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	» esfregaço de Papanicolau: alterações citológicas atróficas, incluindo aumento na proporção de células parabasais Exame confirmatório, se necessário. » ultrassonografia de revestimento uterino: espessura endometrial entre 4 mm e 5 mm Exame confirmatório, se necessário.

Incomum**◊ Vaginite atrófica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>»concentração sérica de estrogênio: nível baixo de estrogênio circulante <120 ng/L (120 pg/mL)</p> <p>Exame confirmatório, se necessário.</p> <p>»pH vaginal: >5</p> <p>Exame confirmatório, se necessário.</p> <p>»microscopia de swab vaginal para causa da infecção: negativa para organismos que causam vaginose bacteriana, Trichomonas vaginalis, espécies de Candida</p> <p>Pode ser realizada para excluir a causa da infecção.</p>

◊ Vaginite atrófica pós-puerperal; loquiação

História	Exame	1º exame	Outros exames
parto recente; loquiação vermelha (lochia rubra) inicialmente; depois loquiação com coloração mais pálida (lochia serosa) nos próximos dias; loquiação branca ou amarelo-esbranquiçada (lochia alba) a partir do 10º dia aproximadamente; prurido, ardência, desconforto, dispareunia, corrimento vaginal amarelado com odor fétido ou sangramento vaginal	corrimento avermelhado nos primeiros dias, rosado nos próximos dias e esbranquiçado a partir do 10º dia pós-parto aproximadamente; achados de vaginite atrófica subsequentemente: o epitélio parece pálido, liso e brilhante; pode haver inflamação com eritemas irregulares, petéquias e maior friabilidade	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Incomum**◊ Síndrome de Behçet**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história conhecida de síndrome de Behçet; úlceras aftosas recorrentes, ulcerações genitais às vezes associadas a corrimento vaginal e uveíte, causando cegueira	úlceras genitais recorrentes na vulva e vagina, dolorosas e com cicatrização; corrimento vaginal ocasional	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	» biópsia de úlceras genitais: vasculite e invasão de plasmócitos e linfócitos na camada espinhosa da epiderme Suporte para diagnóstico quando a confirmação é necessária.

◊ Vaginite inflamatória descamativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
vaginite crônica e exsudativa associada a corrimento purulento e abundante; dispareunia intensa, sintomas vulvares secundários, como irritação e/ou prurido	corrimento vaginal profuso e purulento; aparência manchada ou equimoses focais (vulva, vagina e colo uterino)	» microscopia de corrimento vaginal em câmara úmida: infiltrado polimorfonuclear, células epiteliais basais e parabasais; ausência de lactobacilos; predominância de espécie estreptocócica não pertencente ao grupo A; ausência de células clue Indistinguível da vaginite atrófica grave com infecção bacteriana secundária.	» biópsia da parede vaginal: sinais e sintomas de reação inflamatória aguda e crônica de estroma com dilatação capilar » colposcopia: mostra múltiplas equimoses similares àquelas observadas na tricomoníase (colpitis macularis)

◊ Líquen plano erosivo

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupção crônica com predominância nas superfícies flexoras, membranas mucosas e pele vulvar; as lesões geralmente são extremamente pruriginosas e às vezes dolorosas	pápulas violáceas e brilhantes que aparecem principalmente nas superfícies flexoras, membranas mucosas e pele vulvar; a maior parte das lesões localiza-se nos aspectos internos da	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	» biópsia por punção da vagina ou vulva: hiperceratose, degeneração da camada celular basal, infiltração de células inflamatórias e cristas interpapilares (rete pegs)

Incomum**◊ Líquen plano erosivo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	vulva, especialmente no vestíbulo e nos pequenos lábios		<p>Suporte para diagnóstico quando a confirmação é necessária.</p> <p>Diagnóstico frequentemente confundido com o de vaginite atrófica.</p>

◊ Pós-cirúrgica

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de slingoplastia ou fístula intravaginal; corrimento vaginal purulento e fétido[37]	corrimento vaginal de odor fétido, fístula ou erosão da malha visualizada em exame especular O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapsos uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo.[38]	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Pós-irradiação

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de irradiação pélvica[36]	pode haver atrofia vaginal	» microscopia de corrimento vaginal em câmara úmida: pode ajudar a excluir outras causas de corrimento vaginal	

Incomum**🚩Câncer cervical**

História	Exame	1º exame	Outros exames
presente em 4% dos casos de corrimiento vaginal; ^[69] algumas mulheres podem apresentar corrimiento vaginal de odor fétido, indicando infecção por grande tumor necrótico; no câncer cervical em estádio tardio, pode ocorrer corrimiento vaginal aquoso ou com odor desagradável causado provavelmente pelo tecido necrótico	o exame especular apresenta possível corrimiento aquoso com odor desagradável, bem como massa pélvica vegetante	<ul style="list-style-type: none"> »esfregaço de Papanicolau: positiva para câncer cervical »biópsia de massa cervical: positiva para câncer cervical 	

🚩Carcinoma das tubas uterinas

História	Exame	1º exame	Outros exames
raro; apenas cerca de 16% das pacientes apresentam a tríade clássica (hidropsia tubária profluens [hidrossalpinge intermitente]) de corrimiento vaginal, dor pélvica em cólica e massa pélvica palpável, embora os dados sejam limitados; sangramento vaginal; um corrimiento vaginal transparente é o sintoma mais comum relatado pelas pacientes	sinais e sintomas característicos de malignidade (por exemplo, perda de peso, ascite)	<ul style="list-style-type: none"> »ultrassonografia pélvica: neovascularização no Doppler transvaginal colorido ou ascite sugere malignidade 	<ul style="list-style-type: none"> »cirurgia (histerectomia abdominal total e salpingo-ooftorectomia bilateral, citorredução do tumor, estadiamento total): estadiamento da doença Necessário para o diagnóstico definitivo. »CA-125: elevado na maioria das pacientes com carcinoma tubário avançado Também pode estar elevado em outros diagnósticos não malignos (endometriose, miomas). »tomografia computadorizada (TC) de abdome ou pelve com contraste

Incomum**🚩 Carcinoma das tubas uterinas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			intravenoso/oral: demonstra doença metastática

◊ Infecção por oxiúros

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido vulvar e perianal noturno	eritema vulvar	» fita de celofane adesiva e transparente examinada ao microscópio: ovos de oxiúros [Fig-11]	

◊ Vaginite estreptocócica em crianças

História	Exame	1º exame	Outros exames
faringite estreptocócica sintomática atual ou recente; causada pela transmissão da flora respiratória do nariz e faringe oral para a área vulvar	corrimento purulento, vulva com aparência de carne vermelha	» swab vaginal: positivo para Streptococcal pyogenes (estreptococos do grupo A)	

🚩 Abuso sexual

História	Exame	1º exame	Outros exames
corpos estranhos na vagina ou no reto, queixas genitourinárias, defecção ou micção dolorosa, corrimento, sangramento ou prurido vaginais, marcas de apertões ou corda, queixas orais, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou possível gravidez	a maioria dos casos de abuso sexual em meninas pré-púberes apresenta achados normais ao exame físico, com hímen de aparência normal; ausência de todo ou de partes do hímen, ou um rasgão himenal posterior, representa sinais de abuso sexual; um corrimento amarelo-esverdeado profuso pode ser sinal de	» swabs com cotonete para culturas: pode ser positivo para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae Essas infecções indicam contato sexual.	» microscopia de corrimento vaginal em câmara úmida: pode ser positivo para Trichomonas vaginalis Sugere contato sexual. » cultura viral de lesões ulceradas: pode ser positiva para o vírus do herpes simples » sorologia para sífilis e vírus da imunodeficiência

Incomum**🚩 Abuso sexual**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	infecção; a avaliação deve ser realizada por um especialista em abuso sexual infantil		humana (HIV): pode ser positiva Sugere contato sexual.

🚩 Infecção transmitida pelo canal vaginal

História	Exame	1º exame	Outros exames
vaginite por N gonorrhoeae, Chlamydia e Trichomonas pode ser encontrada em neonatos, por aquisição através de canal vaginal infectado até 1 ano ou mais após o parto; é muito importante descartar abuso sexual nesses lactentes	corrimento amarelo-esverdeado profuso	<p>»culturas cervical e vaginal da mãe: pode ser positivo para N gonorrhoeae, Chlamydia e Trichomonas</p> <p>»cultura vaginal de lactente: pode ser positivo para N gonorrhoeae, Chlamydia e Trichomonas</p> <p>A possibilidade de abuso infantil deve ser avaliada, e as autoridades competentes devem ser devidamente comunicadas para garantir a segurança da criança.</p>	

◊ Mioma prolapsado

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de miomas, corrimento profuso ou com sangue	o mioma pode ser visível ao exame físico ou palpável no colo uterino ao exame bimanual	» ultrassonografia: aparência sonográfica de mioma uterino	

Incomum**◊ Fístula vaginal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de cirurgia pélvica, irradiação ou doença de Crohn com corrimento contínuo consistente com urina ou fezes líquidas	exame especular, avaliação cuidadosa das paredes vaginais	» teste do absorvente higiênico interno com colocação de corante na bexiga: positivo quando há visualização do corante no absorvente higiênico interno	» pielografia retrógrada: revela vazamento entre o ureter e a vagina; sigmoidoscopia ou anoscopia: fístula observada ao exame físico » cistoscopia: visualização de trajeto fistuloso comunicante com bexiga urinária » fistulografia: visualização de trajeto fistuloso

☒ Linfoma do trato genital

História	Exame	1º exame	Outros exames
massa, corrimento com odor fétido ou sangramento vaginal, dor ou plenitude abdominal	é possível palpar uma massa no exame bimanual ou visualizar uma massa no exame especular	» ultrassonografia pélvica: confirma a presença de massa » biópsia: positiva para linfoma genital	

Diretrizes de diagnóstico**Europa**

diretriz nacional do Reino Unido sobre o manejo de Trichomonas vaginalis de 2014

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV
Última publicação em: 2014

Tratamento e diagnóstico laboratorial de corrimento vaginal anormal: guia de referência rápida para a atenção primária

Publicado por: Public Health England
Última publicação em: 2014

Europa

Diretriz nacional do Reino Unido para o tratamento da vaginose bacteriana

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV
Última publicação em: 2012

Diretriz europeia para o tratamento do corrimento vaginal

Publicado por: International Union against Sexually Transmitted Infections; Organização Mundial da Saúde
Última publicação em: 2011

América do Norte

Diretrizes de tratamento para ISTs de 2015

Publicado por: Centros de Controle e Prevenção de Doenças
Última publicação em: 2015

A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases

Publicado por: Infectious Diseases Society of America; American Society for Microbiology
Última publicação em: 2013

Recursos online

1. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) guidelines (*external link*)
2. CDC sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 (*external link*)

Nível de evidência

1. Taxa de infecção por Chlamydia trachomatis: há evidências de qualidade moderada de que o tratamento de vaginose bacteriana assintomática com metronidazol gel intravaginal reduz a taxa de infecção por C trachomatis.[\[10\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Parto prematuro: há evidências de qualidade moderada de que a vaginose bacteriana representa fator de risco para parto prematuro. Outros desfechos foram aborto espontâneo, infecção materna ou neonatal e morte perinatal.[\[15\]](#) [\[16\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:1-137. [Texto completo](#)

Referências

- Kent HL. Epidemiology of vaginitis. Am J Obstet Gynecol. 1991;165:1168-1176.
- Foxman B, Marsh JV, Gillespie B, et al. Frequency and response to vaginal symptoms among white and African American women: Results of a random digit dialing survey. J Womens Health. 1998;7:1167-1174.
- Mitchell H. Vaginal discharge-causes, diagnosis, and treatment. BMJ. 2004;328:1306-1308. [Texto completo](#)
- Sobel JD. Vulvovaginitis in healthy women. Compr Ther. 1999;25:335-346.
- Sobel JD. Pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. Curr Inf Dis Rep. 2002;4:514-519.
- Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. Sex Transm Dis. 2007; 34:864-869. [Texto completo](#)
- Fredricks DN, Fiedler TL, Marrazzo JM. Molecular identification of bacteria associated with bacterial vaginosis. N Engl J Med. 2005;353:1899-1911. [Texto completo](#)
- Hill GB. The microbiology of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 1993;169:450-454.
- Hay P. Recurrent bacterial vaginosis. Curr Infect Dis Rep. 2000;2:506-512.
- Schwebke J, Desmond R. A randomized trial of metronidazole in asymptomatic bacterial vaginosis to prevent the acquisition of sexually transmitted diseases. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:517.e1-6. [Texto completo](#)
- Peipert J, Montagno AB, Cooper AS, et al. Bacterial vaginosis as a risk factor for upper genital tract infection. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:1184-1187.
- British Association for Sexual Health and HIV. UK National guideline for the management of bacterial vaginosis. 2012. <http://www.bashh.org> (last accessed 21 October 2016). [Texto completo](#)
- Taha TE, Hoover DR, Dallabetta GA, et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. AIDS. 1998;12:1699-1706.
- Vutyavanich T, Pongsuthirak P, Vannareumol P, et al. A randomized double-blind trial of tinidazole treatment of the sexual partners of females with bacterial vaginosis. Obstet Gynecol. 1993;82:550-554.

15. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, et al. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:139-147.
16. Hauth JC, Goldenberg RL, Andrews WW, et al. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. *N Engl J Med.* 1995;333:1732-1736.
17. Kigozi GG, Brahmbhatt H, Wabwire-Mangen F, et al. Treatment of Trichomonas in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1398-1400.
18. Klebanoff MA, Carey JC, Hauth JC, et al. Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic *Trichomonas vaginalis* infection. *N Engl J Med.* 2001;345:487-493. [Texto completo](#)
19. Anderson MR, Klink K, Cohnsen A. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA.* 2004;291:1368-1379.
20. Centers for Disease Control and Prevention, Division of Parasitic Diseases. Fact Sheet: Trichomonas Infection. 2017 [Texto completo](#)
21. Krieger JN. Urologic aspects of trichomoniasis. *Invest Urol.* 1981;18:411-417.
22. Sena AC, Miller WC, Hobbs MM, et al. Trichomonas vaginalis infection in male sexual partners: implications for diagnosis, treatment, and prevention. *Clin Infect Dis.* 2007;44:13-22.
23. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:1-137. [Texto completo](#)
24. British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom national guideline on the management of trichomonas vaginalis 2014. March 2014. <http://www.bashh.org> (last accessed 21 October 2016). [Texto completo](#)
25. Sobel JD. Vaginal infections in adult women. *Med Clin North Am.* 1990;74:1573-1602.
26. Ferris DG, Nyirjesy P, Sobel JD, et al. Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol.* 2002;99:419-425.
27. De Leon EM, Jacober SJ, Sobel JD, et al. Prevalence and risk factors for vaginal Candida colonization in women with type 1 and type 2 diabetes. *BMC Infect Dis.* 2002;2:1.
28. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, et al. Vulvovaginal candidiasis: Clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol.* 1998;92:757-765.
29. Spinillo A, Pizzoli G, Colonna L, et al. Epidemiologic characteristics of women with idiopathic recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol.* 1993;81:721-727.
30. Spinillo A, Capuzzo E, Gulminetti R, et al. Prevalence of and risk factors for fungal vaginitis caused by non-albicans species. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:138-141.

- Avaliação de corrimento vaginal
31. Sobel JD. Vaginitis. *N Engl J Med.* 1997;337:1896-1903.
 32. Verstraelen H, Verhelst R, Vaneechoutte M, et al. Group A streptococcal vaginitis: an unrecognized cause of vaginal symptoms in adult women. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284:95-98.
 33. Yirenya-Tawiah D, Amoah C, Apea-Kubi KA, et al. A survey of female genital schistosomiasis of the lower reproductive tract in the Volta basin of Ghana. *Ghana Med J.* 2011;45:16-21. [Texto completo](#)
 34. Foda AA, El-Malky MM. Prevalence of genital tract infection with *Entamoeba gingivalis* among copper T 380A intrauterine device users in Egypt. *Contraception.* 2012;85:108-112.
 35. McGowin CL, Anderson-Smits C. *Mycoplasma genitalium*: an emerging cause of sexually transmitted disease in women. *PLoS Pathog.* 2011; 7:e1001324. [Texto completo](#)
 36. Rodrigues AC, Teixeira R, Teixeira T, et al. Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285:505-514.
 37. Baessler K, Hewson AD, Tunn R, et al. Severe mesh complications following intravaginal slingplasty. *Obstet Gynecol.* 2005;106:713-716.
 38. NHS Improvement and NHS England. Vaginal mesh: high vigilance restriction period. Provider Bulletin. 11 July 2018 [Texto completo](#)
 39. Stott D, Zakaria M. The transcervical expulsion of a large fibroid. *BMJ Case Reports.* *BMJ Case Rep.* 2012;2012:bcr0120125523.
 40. de la Poza G, López-Sanroman A, Taxonera C, et al. Genital fistulas in female Crohn's disease patients: clinical characteristics and response to therapy. *J Crohns Colitis.* 2012;6:276-280.
 41. Sanfilippo JS, Wakim NG. Bleeding and vulvovaginitis in the pediatric age group. *Clin Obstet Gynecol.* 1987;30:653-661.
 42. McGreal S, Wood P. Recurrent vaginal discharge in children. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26:205-208.
 43. Jaquiere A, Stylianopoulos A, Hogg G, et al. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, and microbiology of the genital tract. *Arch Dis Child.* 1999;81:64-67. [Texto completo](#)
 44. Striegel AM, Myers JB, Sorensen MD, et al. Vaginal discharge and bleeding in girls younger than 6 years. *J Urol.* 2006;176:2632-2635.
 45. Simon DA, Berry S, Brannian J, et al. Recurrent, purulent vaginal discharge associated with longstanding presence of a foreign body and vaginal stenosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16:361-363.
 46. Merkley K. Vulvovaginitis and vaginal discharge in the pediatric patient. *J Emerg Nurs.* 2005;31:400-402.

47. Singh RH, Zenilman JM, Brown KM, et al. The role of physical examination in diagnosing common causes of vaginitis: a prospective study. *Sex Transm Infect.* 2013;89:185-190.
48. Kleppa E, Holmen SD, Lillebø K, et al. Re: Al-Baghdadi O, Samarasinghe A, Wissa I. 2014. Cervical schistosomiasis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 34:206. *J Obstet Gynaecol.* 2014;34(8):755-6.
49. Ou YC, Huang HY, Huang CC, et al. Primary fallopian tube carcinoma: clinicopathological analysis of 12 cases. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2011;50:141-144.
50. Cao XX, Li J, Zhang W, et al. Patients with primary diffuse large B-cell lymphoma of female genital tract have high risk of central nervous system relapse. *Ann Hematol.* 2014;93:1001-1005.
51. Bull L, Knowles A, Ogden S, et al. Primary cervical lymphoma: a rare presentation to a genitourinary medicine clinic. *Int J STD AIDS.* 2013;24:587-589.
52. Klebanoff MA, Schwebke JR, Zhang J, et al. Vulvovaginal symptoms in women with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol.* 2004;104:267-272.
53. Bradshaw CS, Morton AN, Garland SM, et al. Higher-risk behavioral practices associated with bacterial vaginosis compared with vaginal candidiasis. *Obstet Gynecol.* 2005;106:105-114.
54. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect.* 2004;80:58-62. [Texto completo](#)
55. Beigi RH, Wiesenfeld HC, Hillier SL, et al. Factors associated with absence of H2O2-producing Lactobacillus among women with bacterial vaginosis. *J Infect Dis.* 2005;191:924-929.
56. Mittal V, Jain A, Pradeep Y. Development of modified diagnostic criteria for bacterial vaginosis at peripheral health centres in developing countries. *J Infect Dev Ctries.* 2012;6:373-377.
57. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74:14-22.
58. Simoes JA, Discacciati MG, Brolazo EM, et al. Clinical diagnosis of bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;94:28-32.
59. Cartwright CP, Lembke BD, Ramachandran K, et al. Comparison of nucleic acid amplification assays with BD affirm VP III for diagnosis of vaginitis in symptomatic women. *J Clin Microbiol.* 2013;51:3694-3699. [Texto completo](#)
60. Petrin D, Delgaty K, Bhatt R, et al. Clinical and microbiological aspects of *Trichomonas vaginalis*. *Clin Microbiol Rev.* 1998;11:300-317. [Texto completo](#)
61. DeMeo LR, Draper DL, McGregor JA, et al. Evaluation of a deoxyribonucleic acid probe for the detection of *Trichomonas vaginalis* in vaginal secretions. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:1339-1342.
62. Gaydos CA, Hsieh YH, Barnes M, et al. *Trichomonas vaginalis* infection in women who submit self-obtained vaginal samples after internet recruitment. *Sex Transm Dis.* 2011;38:828-832.

63. Sellors J, Howard M, Pickard L, et al. Chlamydial cervicitis: testing the practice guidelines for presumptive diagnosis. CMAJ. 1998;158:41-46. [Texto completo](#)
64. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae - 2014. MMWR Recomm Rep. 2014;63(RR-02):1-19. [Texto completo](#)
65. Geisler WM, Chow JM, Schachter J, et al. Pelvic examination findings and Chlamydia trachomatis infection in asymptomatic young women screened with a nucleic acid amplification test. Sex Transm Dis. 2007;34:335-338.
66. Stenchever MA, Droege Mueller W, Herbst AL, et al. Comprehensive gynecology. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2006; 655-656.
67. Wald A, Ashley-Morrow R. Serological testing for herpes simplex virus (HSV)-1 and HSV-2 infection. Clin Infect Dis. 2002; 35(Suppl 2):S173-S182. [Texto completo](#)
68. Kleppa E, Holmen SD, Lillebø K, et al. Re: Al-Baghdadi O, Samarasinghe A, Wissa I. 2014. Cervical schistosomiasis. Journal of Obstetrics and Gynaecology 34:206. J Obstet Gynaecol. 2014;34(8):755-6.
69. Pretorius R, Semrad N, Watring W, et al. Presentation of cervical cancer. Gynecol Oncol. 1991;42:48-53.

Imagens



Figura 1: Fotomicrografia revelando bactérias aderentes às células epiteliais vaginais, conhecidas como células-chave (clue cells)

Biblioteca de Imagens do CDC; M. Rein

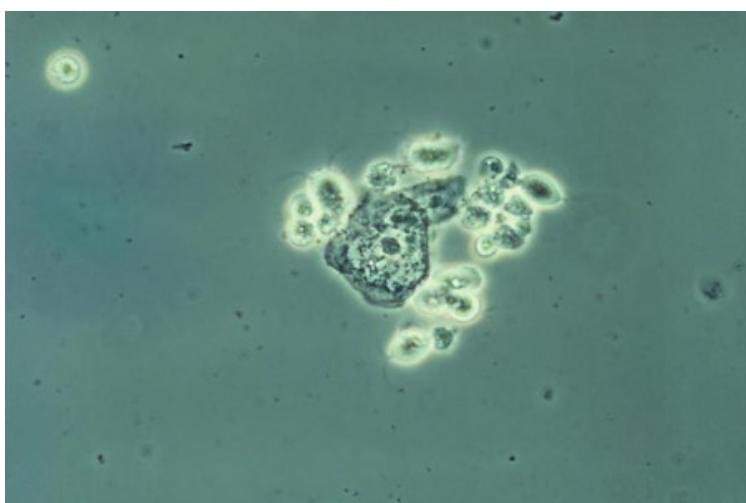


Figura 2: Micrografia de contraste de fases em câmara úmida de corrimento vaginal revelando a presença do protozoário *Trichomonas vaginalis*

Biblioteca de Imagens do CDC



Figura 3: Vaginite por tricomonas com corrimento purulento abundante emanando do óstio cervical

Biblioteca de Imagens do CDC

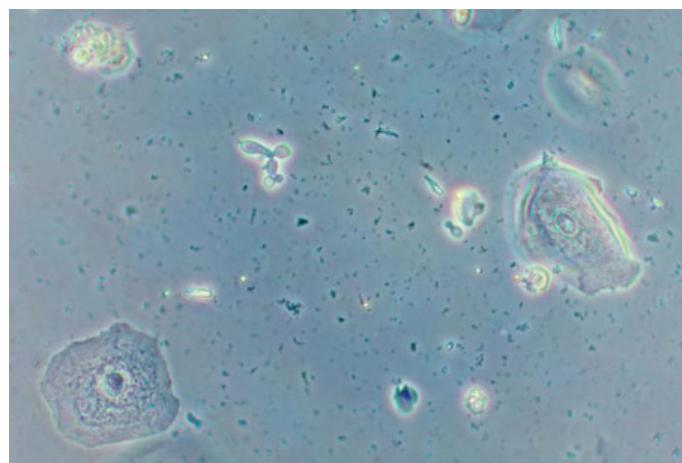


Figura 4: Esfregaço vaginal identificando *Candida albicans* por meio da técnica de câmara úmida

Biblioteca de Imagens do CDC; Dr. Stuart Brown

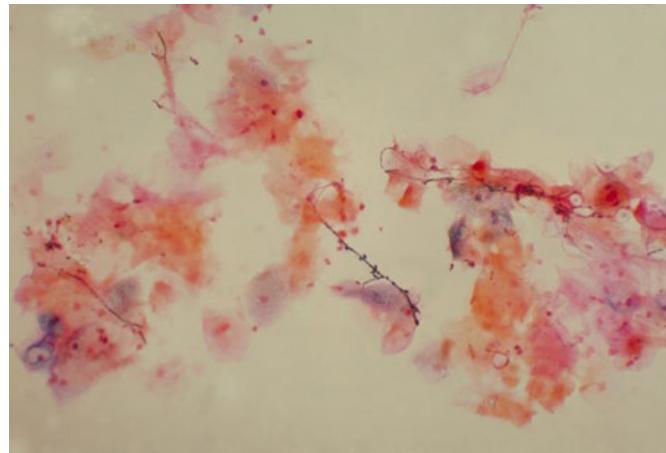


Figura 5: Esfregaço vaginal identificando *Candida albicans* por meio da técnica de coloração de Gram

Biblioteca de Imagens do CDC; Dr. Stuart Brown



Figura 6: Micrografia de monocamadas de célula McCoy revelando corpos de inclusão intracelular de *Chlamydia trachomatis*; com aumento de 50x

CDC; Dr. E. Arum, Dr. N. Jacobs

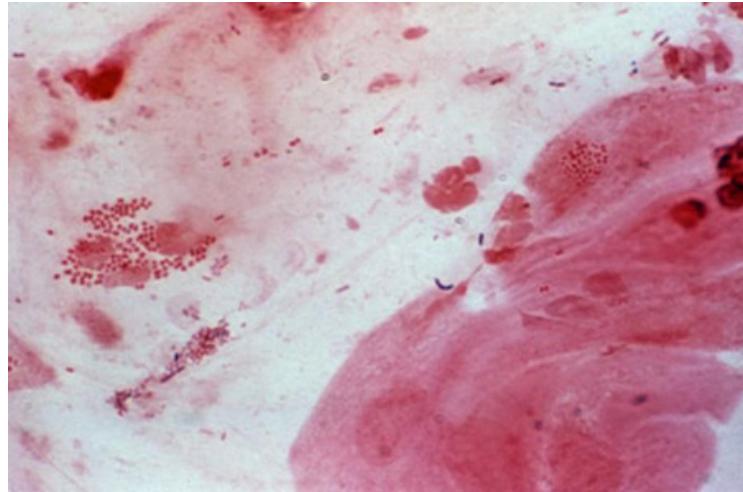


Figura 7: Micrografia de leucócitos polimorfonucleares e diplococos (extracelulares) em esfregaço cervical

Biblioteca de Imagens do CDC; Joe Miller



Figura 8: Cervicite e corrimento vaginal em decorrência de gonorreia

Biblioteca de Imagens do CDC

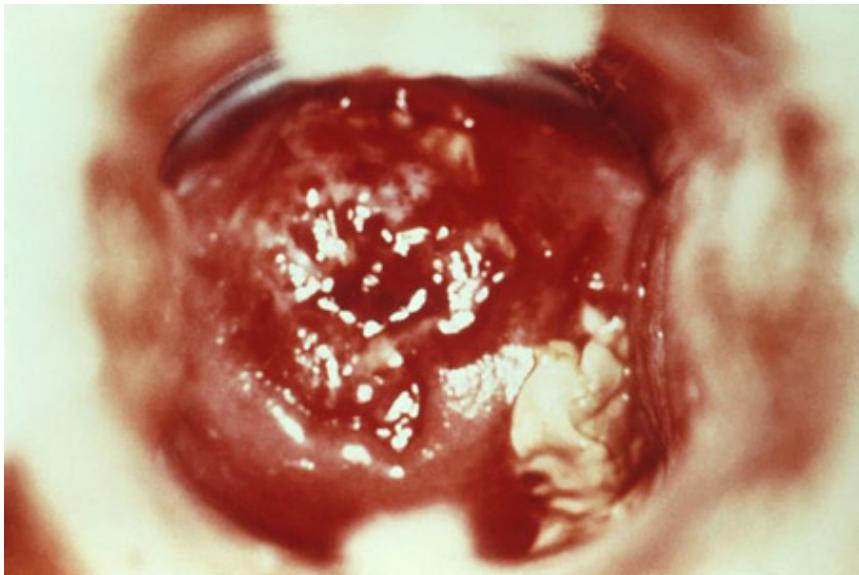


Figura 9: Cervicite em decorrência do vírus do herpes simples; observa-se inflamação erosiva acompanhada de purulência paracervical

CDC; Dr. Paul Wiesner

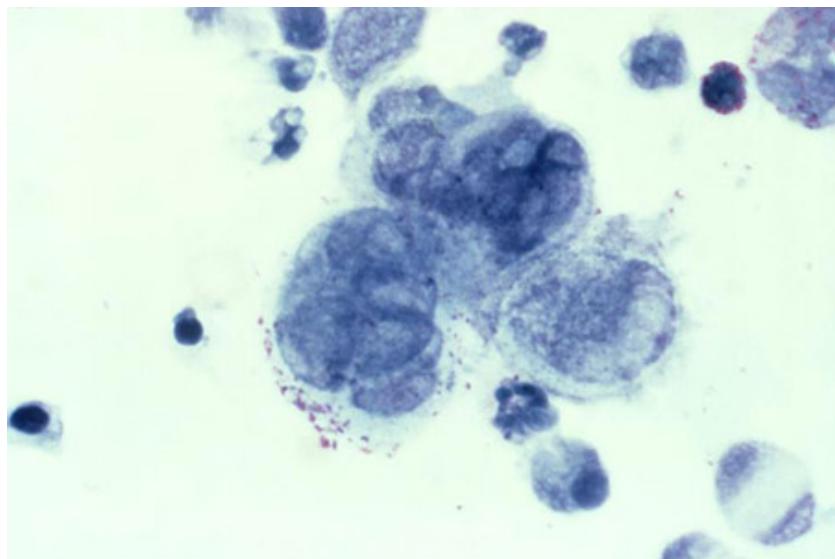


Figura 10: Presença do vírus do herpes simples em um espécime de teste de Tzanck

Biblioteca de Imagens do CDC; Joe Miller

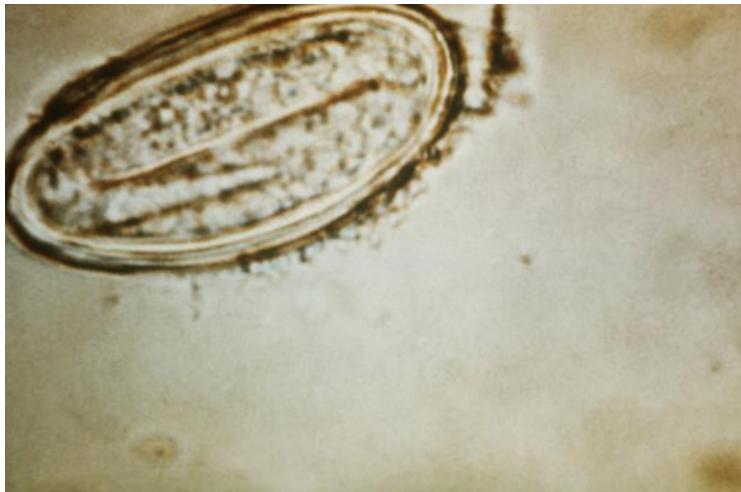


Figura 11: Ovo de *Enterobius vermicularis* (oxiúros humanos)

Biblioteca de Imagens do CDC

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 16, 2018.

51

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Veronica Gomez-Lobo, MD

Professor of Clinical Obstetrics and Gynecology
Clinician Educator Track, Georgetown University, Washington, DC
DIVULGAÇÕES: VGL declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Veronica Gomez-Lobo would like to gratefully acknowledge Dr Isabelle Guichard, a previous contributor to this topic. IG declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

David Chelmow, MD

Chair
Department of Obstetrics and Gynecology, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA
DIVULGAÇÕES: DC declares that he has no competing interests.

Lesley Bacon, FFSRH, MRCGP

Consultant in Sexual and Reproductive Health
Lewisham Primary Care Trust, Waldron Health Centre, London, UK
DIVULGAÇÕES: LB was a member of the group that produced the 2006 Faculty of Sexual and Reproductive Health guidance on the management of women with vaginal discharge presenting in non-GU setting.