

BMJ Best Practice

Avaliação da dispareunia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 22, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	5
Considerações de urgência	5
Diagnóstico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Visão geral do diagnóstico diferencial	9
Diagnóstico diferencial	11
Nível de evidência	24
Referências	25
Imagens	26
Aviso legal	32

Resumo

◊ Dispareunia, ou penetração sexual dolorosa, é uma queixa comum entre as mulheres.

◊ **Epidemiologia :**

A prevalência da dispareunia varia muito de acordo com a população amostrada e como ela é definida. Estudos retrospectivos citaram uma faixa de 1.5% a 70%.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) Uma pesquisa realizada com mulheres em unidades básicas de saúde relatou que 46% das mulheres já tinham apresentado penetração dolorosa,[\[1\]](#) enquanto outra pesquisa com ex-universitárias que participaram de um estudo sobre infecção sexualmente transmissível durante o período universitário detectou uma prevalência ao longo da vida de 61%.[\[2\]](#)

◊ **Classificação :**

A dispareunia pode ser classificada como primária ou secundária, bem como superficial ou profunda.[\[7\]](#)

- A dispareunia primária caracteriza-se por dor associada à penetração desde o início da atividade sexual.
 - A dispareunia secundária é adquirida durante a vida sexual da paciente.
 - A penetração dolorosa localizada no introito vaginal é característica de dispareunia superficial decorrente de distúrbios da vulva e do vestíbulo.
 - Os sintomas profundos frequentemente estão relacionados a distúrbios na pelve.
-

Etiologia

A etiologia da dispareunia difere de acordo com a associação da dor, ou seja, se esta está associada à genitália externa (dispareunia superficial) ou com estruturas pélvicas mais profundas (dispareunia profunda).

Etiologias da dispareunia superficial

- Afecções dermatológicas inflamatórias: dermatite atópica, dermatite de contato (por causa de alergia a látex, espermicidas ou plasma seminal) e outros problemas dermatológicos que envolvem a vulva ou a vagina
- Doenças infecciosas: vulvovaginite, surto de herpes simples, cistite intersticial, infecção do trato urinário (ITU)
- Disfunção da mucosa: causas iatrogênicas como irradiação pélvica ou prescrição de medicamentos que diminuem a lubrificação (por exemplo, contraceptivos orais, antidepressivos e alguns anti-hipertensivos); lubrificação inadequada primária; atrofia vaginal decorrente da menopausa
- Anormalidades estruturais (que causam obstrução): hímen imperfurado, massa/abscesso de Bartholin, distrofias vulvares, lesão perineal que inclui episiotomia ou trauma obstétrico e circuncisão feminina
- Distúrbios musculoesqueléticos: vaginismo (por causa de um reflexo condicionado do músculo pubococcígeo, os músculos vaginais se contraem subitamente em resposta a qualquer forma de penetração vaginal, tornando a penetração sexual ou o exame pélvico dolorosos ou impossíveis)
- Outros distúrbios: psicossexual, vestibulodinia/vulvodynía (ardência e/ou dor crônicas envolvendo o introito vaginal sem causa clínica óbvia; pode ocorrer em associação a fissuras na pele circundante).

Etiologias da dispareunia profunda

- Doenças infecciosas/inflamatórias: cervicite, doença inflamatória pélvica (DIP), endometriose (presença de glândulas endometriais e estroma fora da cavidade endometrial e da musculatura uterina; pode causar dispareunia profunda por distorção da anatomia pélvica e envolvimento retr vaginal), hidrossalpinge (acúmulo de fluidos nas tubas uterinas causando obstrução das tubas; pode ocorrer na sequência de uma doença infecciosa)
- Anormalidades estruturais: leiomiomatose (também conhecida por miomas uterinos, tumores benignos do útero primariamente compostos por músculo liso e tecido conjuntivo fibroso; o seu tamanho varia desde o de pequenos implantes até grandes tumores uterinos), adenomiose (tecido endometrial ectópico encontrado no miométrio, a camada muscular espessa do útero, causando excreção local de citocinas, que induzem a dor)
- Distúrbios musculoesqueléticos: espasmo do músculo elevador do ânus (dor retal episódica com etiologia desconhecida).

Considerações de urgência

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

Nas mulheres que apresentam dispareunia profunda acompanhada de dor pélvica inferior e corrimento vaginal, deve-se considerar a presença de etiologias infecciosas como cervicite e doença inflamatória pélvica (DIP). As mulheres que têm essas doenças devem receber antibioticoterapia imediata para minimizar a morbidade em curto e em longo prazo, como abscessos tubo-ovarianos, doença sistêmica, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Um abscesso da glândula de Bartholin, se não diagnosticado e não tratado, pode evoluir até uma infecção perineal extensa, resultando em fasciite e infecção sistêmica. Nas mulheres em que há suspeita de abscesso da glândula de Bartholin, deve-se proceder imediatamente à incisão e drenagem para evitar celulite e fasciite subsequentes.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Uma história ginecológica completa, incluindo história sexual e eventual história de abuso, se existente, e exame físico pélvico são os componentes principais na abordagem de uma paciente com dispareunia. Frequentemente, a história e o exame físico são suficientes para diagnosticar a etiologia subjacente.

Considerações sobre a história do paciente

Além das características relacionadas abaixo, o médico deve estar atento para a possibilidade do fato de algumas mulheres não informarem voluntariamente as dificuldades com as relações sexuais.^{1[B]Evidence} O uso de perguntas abertas, como "Você é sexualmente ativa?" e, se sim, "Você anda tendo dificuldades ou problemas neste momento?" podem abrir uma brecha de comunicação sobre a disfunção sexual.^[8]

- Início dos sintomas: sintomas de dispareunia primária começam com o primeiro contato sexual e persistem, podendo ser indicativos de uma anormalidade congênita ou uma condição psicossexual.
- Localização dos sintomas: dor à penetração é um sintoma de dispareunia superficial, sugestivo de um distúrbio vulvar ou vestibular. O desconforto durante a penetração profunda, sem dificuldade na penetração inicial, associa-se a uma dispareunia profunda, possivelmente indicando uma patologia pélvica.
- Sintomas associados: a presença de prurido pode indicar eczema ou distrofia vulvar. Prurido acompanhado de corrimento pode ser indicativo de vulvovaginite. A dispareunia na penetração profunda acompanhada de dismenorreia 2 a 3 dias antes e após a menstruação e, às vezes, associada a dor durante a defecação (disquezia), pode sugerir endometriose.
- Qualidade da dor: dores agudas associadas a dispareunia profunda podem indicar endometriose, enquanto que uma dor intensa pode representar leiomiomatose. Uma sensação lacerante pode sugerir atrofia vaginal decorrente de uma variedade de doenças.
- Fatores de alívio: a dor que melhora com contraceptivos orais pode ser indicativa de endometriose ou adenomiose. A terapia estrogênica melhora a atrofia relacionada à deficiência de estrogênio e os lubrificantes tópicos podem melhorar a secura vaginal causada por medicamentos ou tratamentos.
- História médica: uma história de câncer que necessitou de quimioterapia ou radioterapia pélvica pode ter resultado em atrofia por deficiência de estrogênio, fibrose ou aderências. Medicamentos para outras doenças crônicas podem resultar em menor lubrificação (por exemplo, contraceptivos orais, antidepressivos e alguns anti-hipertensivos).
- História obstétrica: lesões traumáticas no parto ou episiotomia podem resultar em dispareunia.
- É necessário observar que sintomas consistentes com dispareunia superficial relacionados a espasmos do músculo elevador do ânus e vaginismo serão encontrados em associação a muitas outras doenças, uma vez que as mulheres instintivamente tensionam esses músculos quando antecipam um desconforto.

Exame físico

- Uma inspeção cuidadosa permite o diagnóstico de doenças dermatológicas e infecciosas/inflamatórias da vulva e do vestíbulo. Uma membrana delgada a moderadamente espessa na abertura da vagina, com ou sem pequenos pontos de perfuração, indica um hímen imperfurado, havendo o possível acúmulo de sangue menstrual na vagina (hematocolpia).
- O exame cuidadoso da vulva com um swab de algodão pode conduzir ao diagnóstico de vestibulodinia/vulvodynía, se uma leve pressão reproduzir a dor.

- Uma mucosa vaginal pálida, sem rugosidades, é característica de atrofia vaginal decorrente de deficiência estrogênica.
- Corrimento mucopurulento emanando do óstio cervical acompanhada de dor à mobilização do colo pode ser sugestiva de cervicite, ao passo que a presença de sensibilidade uterina pode indicar doença inflamatória pélvica (DIP).
- No exame físico bimanual, um útero aumentado, liso e sensível pode indicar adenomiose, enquanto que um útero aumentado e irregular é indicativo de leiomiomatose. Achados ao exame físico consistentes com endometriose incluem nodularidade retovaginal; encurtamento e/ou espessamento dos ligamentos uterossacros; útero retrovertido e fixo; e reprodução da dor à palpação de lesões de endometriose suspeita. A presença de uma massa anexial no exame pélvico pode ser sugestivo de endometrioma ou hidrossalpinge.

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-2\]](#)

[\[Fig-3\]](#)

[\[Fig-4\]](#)

Avaliações laboratoriais e estudos de imagem

Em muitos casos de dispureunia, não há necessidade de estudos laboratoriais e de imagem para fazer o diagnóstico. No entanto, eles são essenciais em certas situações, como as seguintes:

- As amostras vaginais para avaliação do pH vaginal e o teste de amina (teste de odor da secreção vaginal - "whiff") e para lâminas em soro fisiológico e hidróxido de potássio são um auxiliar para a identificação dos organismos responsáveis pela vulvovaginite. A coloração de Gram para vaginose bacteriana e culturas vaginais para Trichomonas e Candida podem ser úteis em mulheres com sintomas vulvovaginais (por exemplo, sensação de ardência no coito, corrimento vaginal, prurido), mas negativos em lâminas de esfregaço vaginal.
- O teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) de amostras genitais para gonorreia e Chlamydia é mais sensível que a cultura e é recomendado como o método de primeira linha para o teste de suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP).
- Culturas cervicais para gonorreia e Chlamydia devem ser feitas quando há suspeita clínica de cervicite (por exemplo, história de dispureunia na penetração profunda e corrimento vaginal) ou DIP (por exemplo, história de dispureunia na penetração profunda, febre, dor difusa na parte inferior do abdome).
- O teste para o vírus do herpes simples (HSV) pela reação em cadeia da polimerase deve ser solicitado para investigar infecção por HSV. O esfregaço de Tzanck pode ser usado como um teste diagnóstico alternativo se a reação em cadeia da polimerase não estiver prontamente disponível.
- A urinálise é essencial se há suspeita de infecção do trato urinário (ITU), por exemplo, polaciúria e urgência, disúria, hematúria. A microscopia de urina e cultura são indicadas na investigação da ITU ou na cistite intersticial.
- A ultrassonografia pélvica pode ser útil na caracterização da leiomiomatose e na avaliação de massas anexais suspeitas para endometriomas ou para hidrossalpinge. Durante a ultrassonografia transvaginal, é possível localizar áreas dolorosas precisamente (por exemplo, dor nas tubas uterinas). A ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser mais útil quando há suspeita de anormalidade estrutural congênita (por exemplo, pode-se detectar a adenomiose pela presença de uma estrutura miometrial de baixa densidade).

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- A laparoscopia diagnóstica pode ser útil no caso de suspeita de endometriose (por exemplo, dispareunia na penetração profunda, dismenorreia significativa).
- A cistoscopia deve ser solicitada inicialmente em todas as pacientes com um diagnóstico de suspeita de cistite intersticial (por exemplo, polaciúria e urgência, dor pélvica crônica, intolerância ao exame pélvico). Além disso, as pacientes com risco elevado de câncer de bexiga (fumantes, mulheres expostas a corantes com anilina) devem realizar a citologia da urina.
- As pacientes com suspeita de hipersensibilidade ao plasma seminal (por exemplo, prurido pós-coito, ardência), dermatite de contato (por exemplo, história de resposta alérgica ao látex ou agente espermicida) ou dermatite atópica (por exemplo, prurido, pele seca e com descamação) podem demonstrar remissão dos sintomas após evitar o alérgeno. No entanto, caso isso não ocorra ou se o alérgeno for de difícil identificação, recomenda-se realizar os testes de alergia.
- Biópsias vulvares/vaginais devem sempre ser solicitadas no caso de lesões suspeitas e alterações de etiologia incerta, para descartar condições pré-cancerosas ou cancerosas.

[Fig-5]

[Fig-6]

[Fig-7]

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Vaginite e vulvovaginite

Infecção por herpes simples

Atrofia vaginal

Iatrogênica

Lubrificação inadequada primária

Vestibulodinia/vulvodynía

Endometriose

Adenomiose

Leiomiomas

Incomum

Cistite intersticial

Infecção do trato urinário

Abscesso da glândula de Bartholin

Hipersensibilidade ao plasma seminal

Dermatite de contato

Dermatite atópica

Massa da glândula de Bartholin

Hímen imperfurado

Lesões perineais traumáticas

Distrofias vulvares

Vaginismo

Incomum

Transtorno psicossexual

Cervicite

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Hidrossalpinge

Espasmo do músculo elevador do ânus

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Vaginite e vulvovaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
sensação de queimação com coito, edema vulvar/vaginal, corrimento vaginal, prurido	mucosa vaginal/vulvar eritematosa e edemaciada; corrimento vaginal (espesso e aderente para infecção por Candida, espumoso para tricomoníase); colo uterino em morango sugere tricomoníase	<p>»pH vaginal: elevado/normal O pH vaginal normal em mulheres em idade fértil é 4.5. Em mulheres menopausadas, o pH vaginal geralmente fica na faixa de 6.0 a 7.0. Um pH elevado é observado em infecções bacterianas, incluindo tricomoníase e vaginite atrófica. Geralmente, as infecções por Candida apresentam-se com um pH dentro do intervalo normal.</p> <p>»teste das aminas (whiff) das secreções vaginais: positivo na vaginose bacteriana A presença de aminas voláteis (odor de peixe) não ocorre em fluidos vaginais normais. A presença de odor de peixe após a adição de 10% de hidróxido de potássio (KOH) à amostra vaginal indica um resultado positivo de vaginose bacteriana.</p> <p>»esfregaço vaginal com hidróxido de potássio: presença de Trichomonas ou pseudo-hifas</p>	<p>»cultura de Trichomonas e Candida: positiva A ser considerada no caso da afecção ser refratária à terapia e nenhuma outra causa ter sido elucidada.</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Vaginite e vulvovaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» coloração de Gram de secreções vaginais: Morfotipo dos Lactobacillus reduzido ou ausente Pontuação efetuada de acordo com a classificação de Nugent, que envolve a contagem dos morfotipos bacterianos.	

◊ Infecção por herpes simples

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor vulvar intensa; disúria, ardência, prurido, febre e mal-estar generalizado com infecção primária	surto primário: as lesões podem coalescer e serem difusas, acompanhadas por linfadenopatia inguinal; surto recorrente: lesões vesiculares discretas	» teste do vírus do herpes simples (HSV) por reação em cadeia da polimerase: positiva A reação em cadeia da polimerase é o teste de confirmação mais sensível.	» esfregaço de Tzanck: presença de células gigantes multinucleadas Baixa sensibilidade e especificidade, mas pode ser uma alternativa se a reação em cadeia da polimerase não estiver prontamente disponível. [Fig-5]

◊ Atrofia vaginal

História	Exame	1º exame	Outros exames
secura vaginal; dor dilacerante durante a penetração, ardência pós-coito, leve sangramento vaginal na presença de lacerações pequenas	mucosa vaginal pálida e lisa, pode haver evidências de pequenas lacerações	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Comum**◊ Iatrogênica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dificuldade com a penetração, inicio da dor após uso de medicamento ou início da radioterapia, história de terapia com radiação, uso de contraceptivos orais combinados, antidepressivos ou alguns anti-hipertensivos	a mucosa vaginal está seca	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Lubrificação inadequada primária

História	Exame	1º exame	Outros exames
dificuldade com a penetração, dor no início da atividade sexual; pode haver dificuldade de excitação devido a dificuldades no relacionamento e possível história de abuso sexual	a mucosa vaginal está seca	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Vestibulodinia/vulvodynía

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor com a inserção ou remoção de absorvente higiênico interno; dor com estimulação manual; exame ginecológico doloroso	dor intensa no vestíbulo à palpação direta com um cotonete; a mucosa pode apresentar-se normal ou eritematosa ^[11]	» esfregaço vaginal e hidróxido de potássio: negativo As pacientes devem fazer testes para descartar vulvovaginite.	» culturas para Trichomonas e Candida: negativo Considerar se a afecção for refratária à terapia e nenhuma outra causa tiver sido elucidada.

Comum

◊ Endometriose

História	Exame	1º exame	Outros exames
apresenta-se tipicamente com dispareunia na penetração profunda; também pode incluir dismenorreia significativa e/ou dor entre as menstruações; pode ocorrer dor na defecação (disquezia); os sintomas podem evoluir com o tempo	nodularidade no fundo de saco; espessamento, sensibilidade ou nodularidade do ligamento uterossacro; útero fixo e retrovertido; desvio lateral do colo do útero porque o ligamento uterossacro está preso	» ultrassonografia pélvica: pode mostrar endometrioma ovariano (homogêneo, ecocardiografias de baixo nível) ou evidência de endometriose pélvica profunda, como o envolvimento do ligamento uterossacro (espessamento linear hipoecoico) Confirmatório para endometriomas. [Fig-6]	» laparoscopia diagnóstica: visualização direta com biópsia: glândulas ou estroma endometrial confirmados, do lado de fora da cavidade uterina A visualização direta dos implantes no momento da cirurgia e histopatologia nem sempre se correlacionam, uma vez que não há um método padronizado utilizado por todos os patologistas e as lesões atípicas podem ser difíceis de avaliar sem biópsia. [Fig-7]

◊ Adenomiose

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispareunia na penetração profunda; dismenorreia progressiva e menorrhagia; paridade; início após o parto	útero sensível à palpação, levemente aumentado na ausência de sinais de infecção	» ultrassonografia pélvica: útero aumentado com textura heterogênea, sem massas bem definidas	» ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica: estrutura miometrial de baixa densidade » biópsia do endométrio: negativo Biópsias do endométrio muitas vezes podem ser úteis para distinguir a adenomiose da endometriose crônica.

Comum**◊ Leiomiomas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispareunia na penetração profunda; dor intensa; dismenorreia progressiva e menorrhagia	útero sensível à palpação, aumentado e irregular, sem sinais de infecção	» ultrassonografia pélvica: útero aumentado com massas distintas	» ressonância nuclear magnética (RMN) pélvica: massas distintas Útil na detecção de leiomiomas menores que são imperceptíveis na ultrassonografia.

Incomum**◊ Cistite intersticial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispareunia, polaciúria e urgência urinária, dor pélvica crônica	intolerância ao exame pélvico, sensibilidade extrema ao longo da parede vaginal anterior	» cistoscopia: glomerulações, petéquias submucosas, laceração da mucosa, presença de úlceras de Hunner, baixa capacidade vesical sob anestesia Teste diagnóstico mais importante. Deve ser solicitado inicialmente em todas as pacientes com suspeita diagnóstica. » microscopia e cultura de urina: negativo Todas as pacientes com sintomas miccionais irritativos devem realizar uma microscopia de urina e cultura para descartar infecção.	» citologia da urina: negativo As pacientes com risco elevado de câncer de bexiga (fumantes, mulheres expostas a corantes com anilina) devem realizar a citologia da urina.

Incomum**◊ Infecção do trato urinário**

História	Exame	1º exame	Outros exames
polaciúria e urgência urinária; disúria; hematúria pode ser relatada	pode ser normal	<p>»urinálise: positiva para esterase leucocitária, nitritos e/ ou leucócitos e sangue</p> <p>»microscopia e cultura de urina: crescimento de $>10^5$ unidades formadoras de colônia por mL (UFC/mL)</p> <p>Pode guiar a antibioticoterapia se os antibióticos presuntivos forem inefetivos; o melhor é enviar antes da administração dos antibióticos.</p>	

🚩 Abscesso da glândula de Bartholin

História	Exame	1º exame	Outros exames
nódulo vulvar; dor intensa e sensibilidade durante a higiene, penetração ou movimento	a glândula de Bartholin localiza-se na junção da vulva com a vagina, na posição de 120 ou 240 graus; o abscesso será firme e sensível, e também pode ser observada a presença de drenagem purulenta; é comum a presença de celulite sobrejacente	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Hipersensibilidade ao plasma seminal

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido pós-coito, ardência, inchaço, possível resposta sistêmica (angioedema de face, faringe e lábios)[9]	eritema e edema pós-coito da mucosa vulvar/vaginal, possibilidade de presença de bolhas	<p>»evitar alérgenos: remissão dos sintomas</p> <p>Se os sintomas remitirem ao evitar o alérgeno proposto (líquido seminal), não</p>	<p>»teste de alergia: positiva</p> <p>Uma revisão retrospectiva do teste de contato para alérgenos de contato em oposição ao teste</p>

Incomum**◊ Hipersensibilidade ao plasma seminal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		há indicação para mais testes.	de punção cutânea demonstraram que o teste de punção cutânea apresenta uma alta taxa de resultados falsos-negativos. ^[10] É necessário fazer o encaminhamento a um alergologista para o teste de contato.

◊ Dermatite de contato

História	Exame	1º exame	Outros exames
resposta alérgica, por exemplo, a látex ou agentes espermicidas; prurido pós-coito, ardência, inchaço	eritema e edema da mucosa vulvar/vaginal, possibilidade de presença de bolhas	» evitar alérgenos: remissão dos sintomas Se os sintomas remitirem ao evitar o alérgeno proposto (látex, espermicina), não há indicação para mais testes.	» teste de alergia: positiva Uma revisão retrospectiva do teste de contato para alérgenos de contato em oposição ao teste de punção cutânea demonstraram que o teste de punção cutânea apresenta uma alta taxa de resultados falsos-negativos. ^[10] É necessário fazer o encaminhamento a um alergologista para o teste de contato.

◊ Dermatite atópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido; pele ressecada e escamosa	pele vulvar seca com descamação; fissuras devido à escoriação	» evitar alérgenos e agentes irritantes: remissão dos sintomas Se os sintomas remitirem ao evitar os	» teste de alergia: positiva Uma revisão retrospectiva do teste de contato para

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Dermatite atópica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>alérgenos e agentes irritantes potenciais, não há indicação para mais testes. A minimização de atividades que causam ressecamento como limpeza e banhos em excesso e a redução no uso de sabonetes, que resseccam a pele, deveriam ser incluídas na tentativa.</p>	<p>alérgenos de contato em oposição ao teste de punção cutânea demonstraram que o teste de punção cutânea apresenta uma alta taxa de resultados falsos-negativos.[10] É necessário fazer o encaminhamento a um alergologista para o teste de contato.</p>

◊ Massa da glândula de Bartholin

História	Exame	1º exame	Outros exames
nódulo vulvar com pouca ou nenhuma dor associada	o cisto da glândula de Bartholin consiste em uma massa lisa e móvel na junção da vulva com a vagina, na posição de 120 ou 240 graus	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Hímen imperfurado

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor pélvica cíclica, amenorreia, oligomenorreia, dificuldade no uso de absorvente higiênico interno/inserção do pênis	membrana delgada a moderadamente espessa na abertura da vagina, pode, ou não, haver a presença de pequenas perfurações que permitem a passagem do fluxo menstrual; na ausência de pequenas perfurações, pode haver hematocolpos	» nenhuma: o diagnóstico é clínico Uma membrana delgada a moderadamente espessa na abertura da vagina, com ou sem pequenos pontos de perfuração, indica um hímen imperfurado, havendo o possível acúmulo de sangue	

Incomum**◊ Hímen imperfurado**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		menstrual na vagina (hematocolpia). [Fig-1]	

◊ Lesões perineais traumáticas

História	Exame	1º exame	Outros exames
a dor iniciou após o parto ou algum outro trauma (por exemplo, ataque sexual, circuncisão feminina); pode existir história de episiotomia, laceração obstétrica avançada	dor à palpação da cicatriz	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Distrofias vulvares

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido externo; dor vulvar e irritação; ardência pós-coito; leve sangramento pós-coito	a pele da vulva pode estar espessada por causa da hipertrofia ou adelgaçada, as lesões podem ser difusas ou irregulares, pode haver a presença de fissuras decorrentes do prurido	» biópsia vulvar: epitélio esbranquiçado Qualquer suspeita de anormalidade dermatológica da vulva deve ser investigada com exame histológico. Alterações pré-cancerosas e câncer da vulva devem ser excluídos antes de iniciar qualquer tratamento para uma distrofia presuntiva.	

◊ Vaginismo

História	Exame	1º exame	Outros exames
incapacidade de permitir a penetração vaginal de objetos;	deve-se adiar o exame pélvico quando há suspeita de vaginismo	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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**◊ Vaginismo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente o início acontece após um episódio de penetração (exame especular, penetração)	até que se tenha desenvolvido uma relação de confiança adequada; o exame físico pode ser normal ou pode demonstrar graus variados de dificuldade com a inserção do espéculo ou o exame digital, devido ao espasmo muscular e contração; pode ocorrer espasmo do músculo elevador do ânus durante o exame em resposta a uma antecipação de dor		

◊ Transtorno psicossexual

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode vir acompanhado de dificuldade nos relacionamentos interpessoais ou na excitação, ou transtornos de humor como depressão e ansiedade; possível história de abuso sexual	exame pélvico normal se não há episódios agudos de abuso ou ataque sexual	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

🚩 Cervicite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispareunia à penetração profunda, corrimento vaginal	corrimento cervical mucopurulento, dor à mobilização do colo, colo do útero friável e eritematoso	» teste de amplificação de ácido nucleico cervical para Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae: positiva	» cultura de esfregaço vaginal para Trichomonas: Trichomonas em cultura de esfregaço vaginal O esfregaço vaginal é diagnóstico em 50% a 70% dos casos

Incomum**Cervicite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			confirmados por cultura para tricomoníase.

Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispareunia na penetração profunda; febre, dor difusa na parte inferior do abdome; comportamento sexual de alto risco; sangramento uterino anormal, corrimento vaginal	dor à mobilização do colo; sensibilidade uterina; sensibilidade anexial; corrimento cervical purulento	<p>»contagem leucocitária sérica: elevado Considerar na primeira consulta. Teste inespecífico para infecção com valor preditivo médio com pouca probabilidade de, sozinho, alterar o manejo. No entanto, combinado com leucócitos polimorfonucleares (PMNs) em câmara úmida e velocidade de hemossedimentação (VHS) sérica, descarta efetivamente doença inflamatória pélvica (DIP) se os resultados de todos os três testes forem normais.</p> <p>»velocidade de hemossedimentação (VHS) sérica: elevado Considerar na primeira consulta. Teste inespecífico para processo inflamatório com pouca probabilidade de, sozinho, alterar o manejo. No entanto,</p>	» ultrassonografia pélvica: normal ou presença de um complexo tubo-ovariano A ultrassonografia é útil quando o exame clínico sugere a presença de um abscesso.

Incomum

 Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>combinado com leucócitos PMNs em câmara úmida e contagem leucocitária sérica, descarta efetivamente DIP se os resultados de todos os três testes forem normais.</p> <p>» PMNs das secreções vaginais em câmara úmida: presentes no esfregaço Considerar na primeira consulta. A presença de PMNs vaginais confirma a infecção vaginal, mas o teste não é específico para patógenos que provavelmente causem a DIP. Combinado com contagem leucocitária sérica em câmara úmida e VHS sérica, descarta efetivamente DIP se os resultados de todos os três testes forem normais.</p> <p>» sonda genética ou cultura cervical para gonorreia ou clamídia: pode ser positiva O teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) é mais sensível que cultura. NAATs ou culturas cervicais negativos para gonorreia e clamídia</p>	

Incomum**Doença inflamatória pélvica (DIP)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		não descartam o diagnóstico de DIP, uma vez que vários outros micro-organismos foram implicados como patógenos.	

◊ Hidrossalpinge

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de doença inflamatória pélvica (DIP)	sensibilidade anexial no exame pélvico, massa anexial palpável	» ultrassonografia pélvica: massa tubária	

◊ Espasmo do músculo elevador do ânus

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor na penetração; dor do tipo espasmódica; sensação de que há algo empurando de dentro para fora	espasmo e/ou dor distintos do músculo elevador do ânus durante o exame bimanual	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Nível de evidência

1. Relatos sobre problemas sexuais: existem evidências de qualidade moderada, fornecidas por um grande estudo do tipo coorte, de que 16% das mulheres que procuram cuidados ginecológicos relatam queixas性uais quando questionadas diretamente, mas apenas 3% as relatam espontaneamente.^[8]

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

- Hansen A, Carr K, Jensen JT. Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center for vulvovaginal disorders in 1996-2000. *J Reprod Med.* 2002;47:854-860. [Resumo](#)
- MacNeill C. Dyspareunia. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2006;33:565-577. [Resumo](#)

Referências

1. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol.* 1996;87:55-58. [Resumo](#)
2. Glatt AE, Zinner SH, McCormack WM. The prevalence of dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1990;75:433-436. [Resumo](#)
3. Sobhgal SS, Alizadeli Charndabee SM. Rate and related factors of dyspareunia in reproductive age women: a cross-sectional study. *Int J Imp Res.* 2007;19:88-94. [Resumo](#)
4. Danielsson I, Sjoberg I, Stenlund H, et al. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health.* 2003;31:113-118. [Resumo](#)
5. Frank RT. Dyspareunia: a problem for the general practitioner. *JAMA.* 1948;136:361.
6. Hansen A, Carr K, Jensen JT. Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center for vulvovaginal disorders in 1996-2000. *J Reprod Med.* 2002;47:854-860. [Resumo](#)
7. MacNeill C. Dyspareunia. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2006;33:565-577. [Resumo](#)
8. Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecology practice. *Obstet Gynecol.* 1989;73:425-427. [Resumo](#)
9. Shah A, Panjabi C. Human seminal plasma allergy: a review of a rare phenomenon. *Clin Exp Allergy.* 2004;34:827-838. [Resumo](#)
10. Usmani N, Wilkinson SM. Allergic skin disease: investigation of both immediate- and delayed-type hypersensitivity is essential. *Clin Exp Allergy.* 2007;37:1541-1546. [Resumo](#)
11. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, et al. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol.* 2001;98:45-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Imagens



Figura 1: Hímen imperfurado abaulado e azulado com hematocolpos

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.08.2008.0722] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.

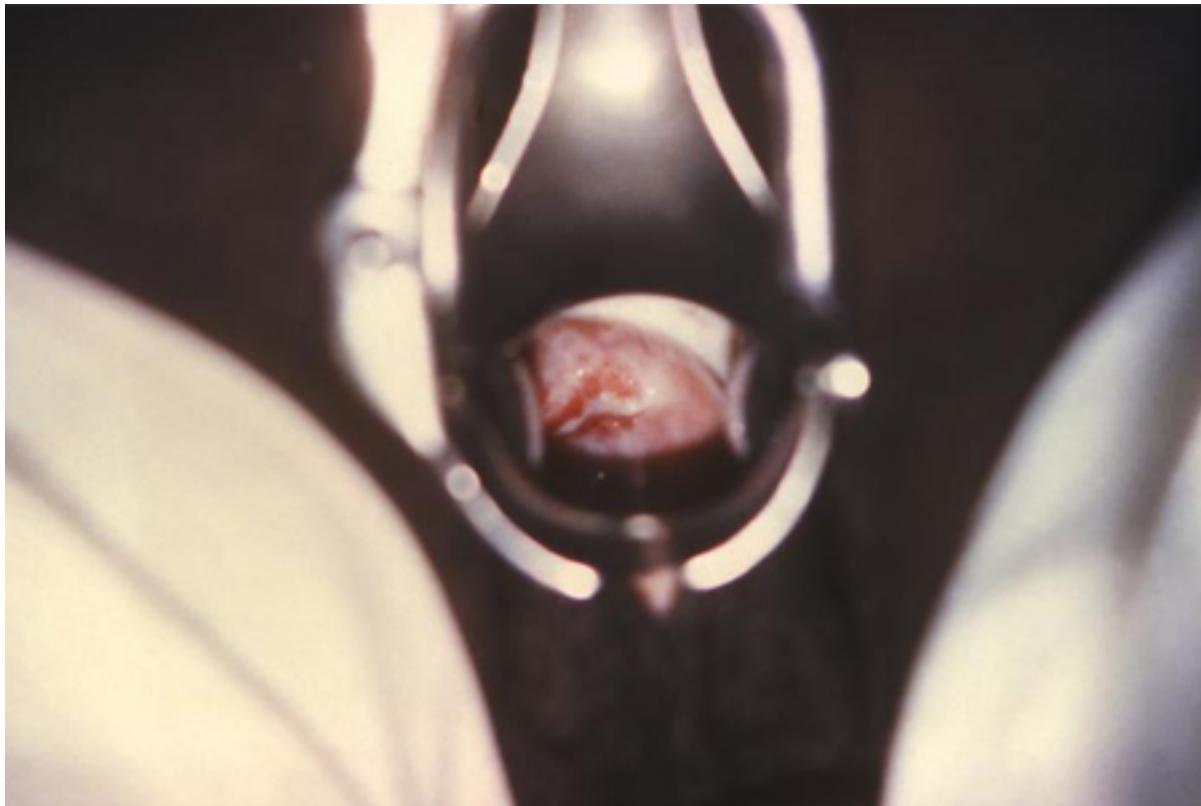


Figura 2: Cervicite e corrimento vaginal em decorrência de gonorreia

Biblioteca de Imagens do CDC

IMAGES

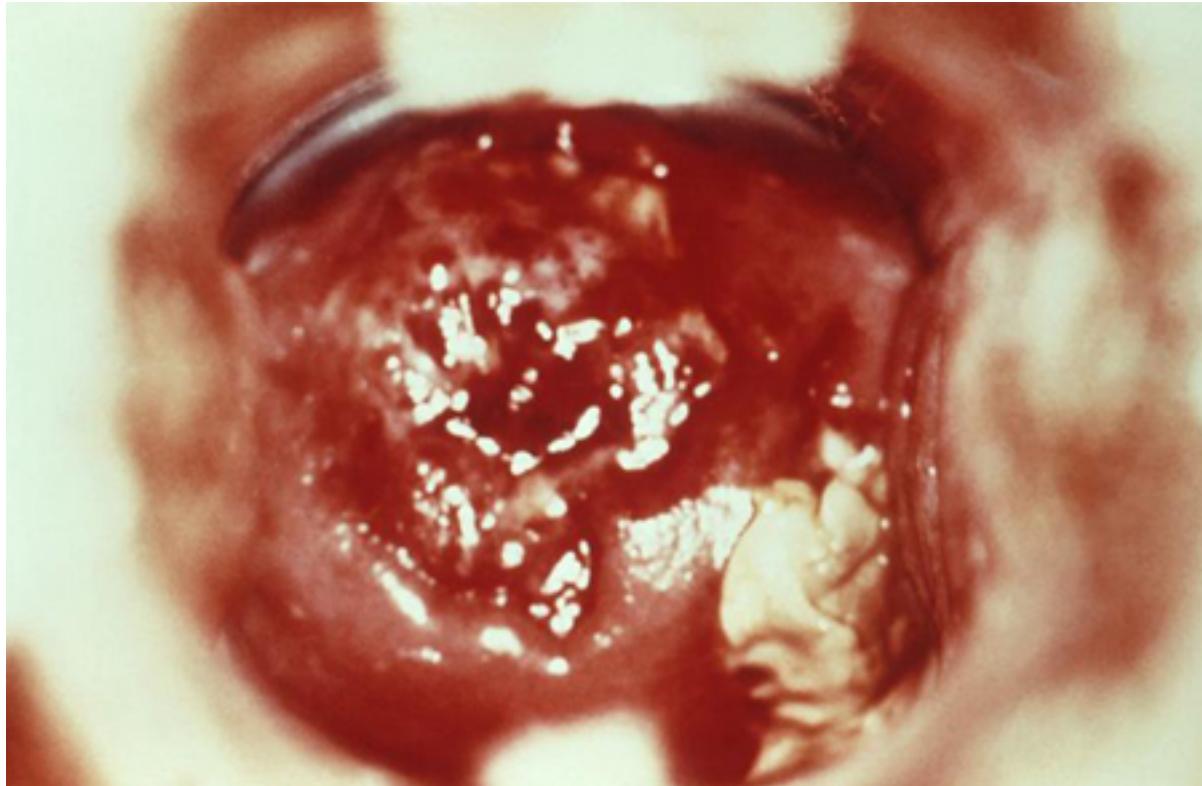


Figura 3: Cervicitis em decorrência do vírus do herpes simples; observa-se inflamação erosiva acompanhada de purulência paracervical

Biblioteca de Imagens do CDC/Dr. Paul Wiesner



IMAGES

Figura 4: Vaginite por tricomonas com corrimento purulento abundante emanando do óstio cervical

Biblioteca de Imagens do CDC

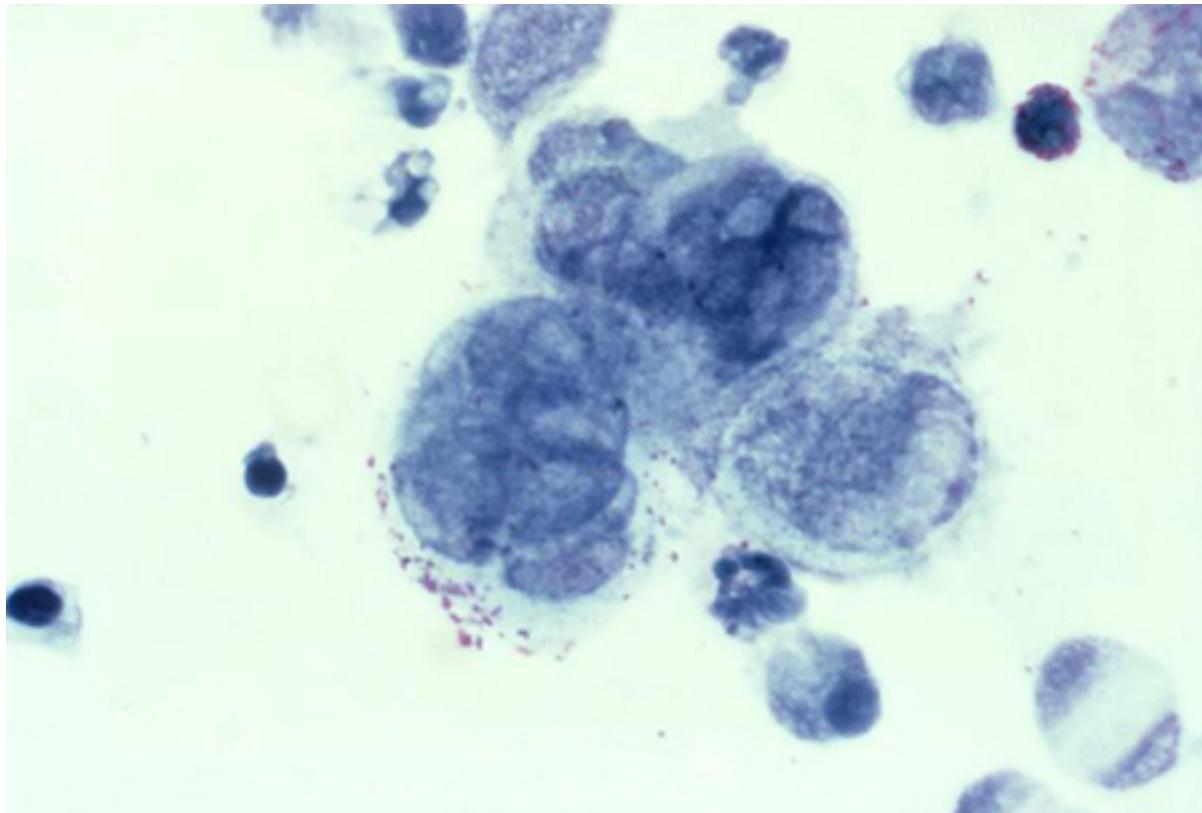


Figura 5: Presença do vírus do herpes simples indicado em um espécime de teste de Tzanck

Biblioteca de Imagens do CDC/Joe Miller

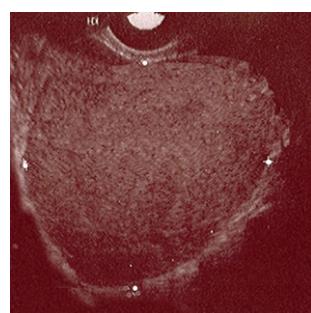


Figura 6: Ultrassonografia de endometrioma ovariano

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão



Figura 7: Imagem laparoscópica de endometrioma ovariano

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão

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: Jun 22, 2018.

33

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 exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Kai J. Buhling, MD, PhD

Professor

Head of Department of Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

DIVULGAÇÕES: KJB declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Buhling would like to gratefully acknowledge Prof Ahrendt, Dr Suketu M. Mansuria and Dr Amy N. Broach, the previous contributors to this monograph. We have been notified that Prof Ahrendt is now deceased. SMM declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Lori A. Brotto, PhD, R Psych

Assistant Professor

Department of Obstetrics and Gynecology, University of British Columbia, Vancouver, Canada

DIVULGAÇÕES: LAB declares that she has no competing interests.

Katherine E. Bunge, MD

Clinical Instructor

Magee-Womens Hospital, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA

DIVULGAÇÕES: KEB declares that she has no competing interests.