

BMJ Best Practice

Vaginite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

| | |
|--|-----------|
| Resumo | 3 |
| Fundamentos | 4 |
| Definição | 4 |
| Epidemiologia | 4 |
| Etiologia | 4 |
| Fisiopatologia | 5 |
| Prevenção | 6 |
| Prevenção primária | 6 |
| Rastreamento | 6 |
| Prevenção secundária | 6 |
| Diagnóstico | 7 |
| Caso clínico | 7 |
| Abordagem passo a passo do diagnóstico | 7 |
| Fatores de risco | 9 |
| Anamnese e exame físico | 11 |
| Exames diagnóstico | 13 |
| Diagnóstico diferencial | 15 |
| Critérios de diagnóstico | 16 |
| Tratamento | 18 |
| Abordagem passo a passo do tratamento | 18 |
| Visão geral do tratamento | 20 |
| Opções de tratamento | 22 |
| Novidades | 34 |
| Acompanhamento | 35 |
| Recomendações | 35 |
| Complicações | 36 |
| Prognóstico | 36 |
| Diretrizes | 37 |
| Diretrizes de diagnóstico | 37 |
| Diretrizes de tratamento | 38 |
| Nível de evidência | 40 |
| Referências | 42 |
| Imagens | 47 |
| Aviso legal | 50 |

Resumo

- ◇ A vaginose bacteriana continua a ser a principal causa de vaginite; outras causas infecciosas comuns incluem tricomoníase e candidíase, apesar de causas não infecciosas também serem possíveis.
- ◇ Afeta mulheres em todas as faixas etárias, particularmente durante a idade reprodutiva.
- ◇ Sintomas comuns incluem corrimento, prurido e dispareunia.
- ◇ É recomendável realizar rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em todas as pacientes com vaginite infecciosa.
- ◇ Parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis* devem ser tratados e deve-se oferecer rastreamento para outras ISTs.

Definição

A vaginite é uma inflamação da vagina decorrente de mudanças na composição do microambiente vaginal, causadas por infecções, fatores irritantes ou insuficiência hormonal (por exemplo, vaginite atrófica). A vaginose bacteriana, a tricomoníase e a candidíase são tipos de infecções que causam vaginite.

Epidemiologia

A vaginite é o diagnóstico ginecológico mais comum no contexto das unidades básicas de saúde.[2]

Mulheres com corrimento vaginal somam aproximadamente 10 milhões de consultas clínicas por ano. Em aproximadamente 90% das pacientes afetadas nos EUA, esse quadro clínico se desenvolve em decorrência de uma vaginose bacteriana, candidíase ou tricomoníase, dentre as quais a vaginose bacteriana é a mais comum.[3]

A tricomoníase é a infecção sexualmente transmissível não viral mais prevalente nos EUA, afetando aproximadamente 3.7 milhões de pessoas em 2008.[4] Dados globais sugerem que esta é a infecção sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo.[5]

É difícil determinar o número de casos de candidíase vulvovaginal nos EUA, pois não há vigilância nacional para essa infecção, mas estima-se que 75% das mulheres terão pelo menos um episódio ao longo da vida, sendo que 40% a 45% terão dois ou mais episódios.[4] Mulheres negras relatam maior incidência de infecções por candidíase em comparação mulheres brancas.[6]

A vaginite atrófica pode afetar até 40% das mulheres menopausadas, mas muito poucas procuram tratamento médico.[7] [8]

Etiologia

O supercrescimento de organismos bacterianos, como *Gardnerella vaginalis*, espécies de *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis*, *Escherichia coli*, estreptococos do grupo B e *Peptostreptococcus*, mostrou ser a principal causa de vaginose bacteriana.[4]

Candida albicans, a segunda causa mais comum de vaginite, é a principal levedura responsável pela candidíase vulvovaginal. Sabe-se que espécies mais resistentes ao tratamento, como *Candida glabrata* e *Candida tropicalis*, são fatores etiológicos.

O *Trichomonas vaginalis*, um protozoário flagelado altamente transmissível, está associado à vaginite. O micro-organismo pode ser identificado em até 80% dos parceiros masculinos.[9] [10]

A vaginite atrófica ocorre por causa de níveis decrescentes de estrogênio, predominantemente em mulheres no pós-menopausa. Além disso, o microambiente da vagina é mantido pela presença do estrogênio. Em mulheres em pré-menopausa, a atrofia é rara, mas pode ocorrer em razão de interferência na produção ovariana de estrogênio: por exemplo, medicamento antiestrogênico ou cirurgia.[7] [8]

Situações que alteram o ambiente vaginal, como o uso de duchas, higiene insuficiente ou excessiva, antibióticos, certos sabonetes, tabaco, absorventes higiênicos internos, dispositivos contraceptivos e vírus da imunodeficiência humana (HIV) aumentam as chances de se contrair a doença.[1] [11]

Fisiopatologia

A alteração do pH vaginal leva a um supercrescimento de micro-organismos normais presentes na vagina. Lactobacilos que produzem peróxido de hidrogênio são importantes na prevenção do supercrescimento de anaeróbios normalmente encontrados na flora vaginal. Durante o período reprodutivo, o pH normal da vagina é de 3.8 a 4.2; enquanto este pH baixo for mantido, não ocorrerá supercrescimento.

Em mulheres menopausadas, níveis decrescentes de estrogênio levam à atrofia vaginal. A mucosa vaginal torna-se mais fina e mais seca, menos elástica e mais suscetível a inflamações.

Prevenção primária

Evitar duchas e materiais irritantes como sabonetes fortes ou banhos de espuma pode ajudar a prevenir a vaginite. O uso de preservativos masculinos pode ajudar a prevenir a disseminação da infecção. Suplementos de *Lactobacillus acidophilus* na dieta podem ajudar a prevenir a recorrência de vaginite infecciosa.[19]

Rastreamento

Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é conhecida por aumentar o risco de complicações da gestação (por exemplo, ruptura prematura de membranas, nascimento pré-termo), mas as evidências atualmente não apontam para a recomendação de rastreamento de rotina para vaginose bacteriana em gestantes assintomáticas.[4] [31] Existem evidências insuficientes para avaliar a relação entre os benefícios e malefícios do rastreamento em gestantes assintomáticas com alto risco de parto prematuro.

Apesar de a vaginose bacteriana ocorrer com maior frequência em mulheres com parceiras sexuais, atualmente não se recomenda rastreamento de rotina para vaginose bacteriana para esta população.[4]

Trichomonas

O rastreamento para *Trichomonas vaginalis* deve ser considerado em mulheres com alto risco de infecção (ou seja, mulheres que têm novos ou múltiplos parceiros, que têm história de infecções sexualmente transmissíveis [ISTs], que são pagas para fazer sexo ou que usam medicamentos injetáveis).[4]

Embora a infecção por *T vaginalis* seja conhecida por aumentar o risco de complicações na gestação (por exemplo, ruptura prematura de membranas, nascimento pré-termo), as evidências atualmente não apontam para a recomendação de rastreamento de rotina em gestantes assintomáticas com baixo risco de infecção.[4] O rastreamento é recomendado na primeira consulta pré-natal para gestantes com infecção por HIV, uma vez que a infecção por *T vaginalis* aumenta o risco de transmissão vertical do HIV.[4]

Prevenção secundária

Na vaginose bacteriana, o tratamento dos parceiros sexuais não é recomendado.8[B]Evidence

Pacientes com vaginose bacteriana ou tricomoníase, e também positivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), devem receber o mesmo esquema de tratamento daquelas que são HIV-negativas.[4]

Parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis* devem ser tratados e deve-se propor rastreamento para outras ISTs. As pacientes devem evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros estejam curados, ou devem, pelo menos, usar preservativos.

A candidíase vulvovaginal geralmente não é adquirida por meio de relações sexuais; o tratamento dos parceiros sexuais não é recomendado, mas deve ser considerado em mulheres que apresentam infecção recorrente. Se um parceiro sexual do sexo masculino apresentar sintomas (por exemplo, irritação), estes devem ser manejados com agentes tópicos.[4]

A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher branca de 25 anos se apresenta com corrimento vaginal fétido e prurido nos últimos 15 dias. Ela relata que o odor é pior após as relações sexuais e que o corrimento é branco. A paciente está em uma relação monogâmica estável e nunca engravidou. Ela nega qualquer história médica ou ginecológica significativa. A paciente relata que esta é a primeira vez que apresentou esses sintomas e está preocupada com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O exame físico revela corrimento branco no fórnice vaginal posterior, mas não há eritema nem sangramento vaginal.

Caso clínico #2

Uma mulher negra, de 46 anos apresentou-se com queixas de corrimento vaginal branco, dispareunia, prurido e queimação vulvar, principalmente ao urinar. Ela relata que o corrimento vaginal assemelha-se a queijo cottage e é inodoro. A paciente tem história de 10 anos de diabetes mellitus do tipo 2, que é tratada com metformina; ela nega qualquer outra história médica. Ela não apresentou sintomas semelhantes anteriormente. Ao exame físico as paredes vaginais estão cobertas de placas brancas, com aparência de queijo cottage. Após sua remoção da base, permanece uma área eritematosa. São observadas leveduras de brotamento e em broto ao esfregaço vaginal em câmara úmida. Há também uma área eritematosa no terço superior da vulva, perto da uretra. Não há outros achados anormais no exame físico.

Outras apresentações

Pacientes com vaginite atrófica apresentam pós-menopausa com sintomas de secura, dispareunia, sangramento leve e, com menos frequência, disúria. A vaginite atrófica pode ocorrer em mulheres não menopausadas, com história de quimioterapia, radioterapia ou ooforectomia.

A vaginite irritante ou alérgica apresenta-se com sintomas semelhantes de vulvodinia, dispareunia ou prurido, com ou sem uma história de atopia. As pacientes podem relatar uso de duchas e/ou recente mudança de sabonetes, de dispositivos contraceptivos, de absorventes higiênicos internos e de medicamentos.[1]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico se baseia em achados clínicos, e é confirmado com amostras vaginais. Algumas evidências sugerem que as pacientes frequentemente fazem autodiagnóstico da vaginite e tratam a vaginose bacteriana e a candidíase com medicamentos isentos de prescrição.[20]

Deve-se propor rastreamento para outras ISTs a parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis*. A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa.

História

Os fatores precipitadores de vaginite podem incluir duchas, higiene insuficiente ou excessiva e o uso de antibióticos, dispositivo intrauterino (DIU) ou pílulas contraceptivas orais (PCO). Além destes, história de mudança recente nos produtos e/ou nos sabonetes para higiene feminina, ou o uso de preservativos de látex ou diafragmas, pode sugerir vaginite irritativa ou alérgica. A vaginite infecciosa é mais comum durante a idade reprodutiva, enquanto a menopausa predispõe à vaginite atrófica. A candidíase vulvovaginal é observada com mais frequência entre mulheres negras[6] e mulheres com diabetes ou vírus da imunodeficiência humana (HIV).[21] Fatores de risco menores incluem tabagismo, relações sexuais mais frequentes e gestação.[21]

A história deve avaliar todo o espectro de sintomas vaginais, inclusive mudanças no corrimento, mau cheiro vaginal, prurido, dispareunia e disúria. Perguntas sobre a localização dos sintomas (vulva, vagina e ânus), duração, resposta a tratamento prévio, inclusive autotratamento e uso de duchas, e história sexual em relação ao número de parceiros sexuais e de infecções sexualmente transmissíveis prévias podem proporcionar pistas importantes sobre uma provável etiologia.[22]

História de dispareunia, ressecamento e disúria em mulheres no pós menopausa indica vaginite atrófica, que é diagnosticada clinicamente. Pacientes com candidíase vulvovaginal frequentemente relatam um corrimento branco, espesso, semelhante a um queijo cottage, que é inodoro,[23] enquanto as mulheres com vaginose bacteriana podem relatar um corrimento branco, fétido, que é notado com mais frequência após uma relação sexual. Na tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível, o corrimento é descrito como verde, amarelo ou branco, espumoso e fétido.[4]

Pode ocorrer sangramento vaginal por causa de cervicite na tricomoníase. Em casos raros, ele também está relacionado ao ressecamento vaginal que ocorre na vaginite atrófica.[4]

Febre e dor abdominal são sintomas manifestos muito raros e, geralmente, estão associados a ISTs comórbidas.

Exame físico e amostras vaginais

O exame físico envolve inspeção externa da genitália e exame interno com um espécúlo.

Em geral, a vaginite irritante ou alérgica é diagnosticada clinicamente, e o exame físico pode demonstrar eritema com ou sem edema.[24]

Em geral, a vaginite atrófica é diagnosticada clinicamente com base na história e nas evidências de atrofia no exame (menor elasticidade; ressecamento; epitélio friável, pálido e brilhante). Medidas adicionais para diagnóstico e avaliação da eficácia do tratamento incluem o pH vaginal, o índice de maturação vaginal (um cálculo das porcentagens relativas de células superficiais comparadas a células intermediárias e parabasais) e a avaliação do sintoma mais incômodo, em que as pacientes escolhem um sintoma e classificam sua intensidade (ressecamento vaginal, dispareunia, irritação vaginal, disúria, sensibilidade vaginal, sangramento pós-coito).[25]

O diagnóstico de candidíase, em geral, é feito clinicamente com evidências de eritema e de um corrimento espesso, branco, semelhante a queijo cottage, aderente às paredes laterais da vagina, mas pode ser confirmado por preparação de esfregaço vaginal em câmara úmida com 10% de hidróxido de potássio (KOH) ou cultura.

Se houver suspeita de vaginose bacteriana ou tricomoníase, amostras vaginais para avaliação do pH, teste das aminas (teste "do odor"), soro fisiológico e microscopia com KOH (câmara úmida) podem auxiliar no diagnóstico, juntamente com os achados clínicos.

[Fig-1]

O pH e o teste das aminas podem ser realizados tanto por medição direta quanto por teste colorimétrico. É importante que o swab para avaliações de pH seja obtido da porção média da parede lateral da vagina a fim de evitar falsas elevações nos resultados de pH causadas por muco cervical, sangue, sêmen ou outros produtos.[22]

Observa-se pH elevado em infecções bacterianas e na vaginite atrófica.

Dependendo da preferência da instituição, a vaginose bacteriana pode ser diagnosticada por coloração de Gram vaginal (critérios de Nugent) ou pela presença de pelo menos 3 critérios de Amsel:[26] [27]

- pH vaginal >4.5
- Teste de 'Whiff'
- Células-chave (clue cells; células epiteliais vaginais com aparência distinta de pequenos pontos, em câmara úmida em soro fisiológico, por estarem cobertas por bactérias)

[Fig-2]

- Corrimento vaginal branco aderente.

Na tricomoníase, a câmara úmida revela inúmeros leucócitos e protozoários móveis.

[Fig-3]

À inspeção, o colo uterino pode ter uma aparência pontuada e papiliforme (colo uterino em morango).

Exames laboratoriais

Se o diagnóstico ainda for incerto, pode ser necessário fazer culturas vaginais ou exames de reação em cadeia da polimerase para tricomoníase ou levedura em casos de infecções resistentes ao tratamento. Essas técnicas não são realizadas rotineiramente.

A coloração de Gram de secreções vaginais para classificação da flora bacteriana de acordo com os critérios de Nugent identifica pacientes com vaginose bacteriana.[27]

Outros exames disponíveis para diagnóstico incluem exames rápidos da atividade enzimática de organismos associados à vaginose bacteriana.[4] [22] [28] [29]

Recomenda-se realizar exames para ISTs em pacientes com infecções recorrentes e/ou naquelas que apresentam risco de exposição a ISTs (por exemplo, relação sexual sem proteção), e deve-se incluir exames de gonorreia, clamídia, sífilis e HIV.[4] A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa.[30]

Fatores de risco

Fortes

uso de duchas

- Pode alterar o microambiente da flora vaginal, em razão de mudanças no pH.[1]

higiene insuficiente ou excessiva

- A higiene pessoal pode afetar a microflora da vagina.

uso de antibióticos

- Um ciclo recente antibioticoterapia pode precipitar a vaginite, especialmente a candidíase. O resultado é um desequilíbrio na flora vaginal.[12]

mudança nos produtos e/ou no sabonete para higiene feminina

- Pode indicar etiologia irritante/alérgica.

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- A imunossupressão, principalmente a baixa contagem de CD4 e a alta carga viral de HIV, está associada a candidíase vulvovaginal.[13]

diabetes

- Existe uma correlação direta entre hiperglicemia e a incidência de vaginite, causada principalmente por *Candida albicans*. [14]

mulheres negras

- A candidíase vulvovaginal pode ser mais comum nessa população.[6] A razão para essa predileção por raça não é clara.

dispositivo intrauterino (DIU)

- Pode alterar o microambiente da flora vaginal.[15]

uso de pílula contraceptiva oral

- Altera o equilíbrio hormonal e, portanto, a flora do microambiente. Associada ao aumento do risco de infecção por candidíase vulvovaginal.

preservativo de látex/diafragma

- A vaginite alérgica pode ocorrer em mulheres alérgicas ao látex.

idade reprodutiva

- A vaginite infecciosa é mais comum nessas mulheres.

menopausa

- Níveis reduzidos de estrogênio alteram a elasticidade e o pH da vagina, predispondo à vaginite atrófica.[7]

múltiplos ou novos parceiros sexuais

- O número de parceiros sexuais e a história de infecções sexualmente transmissíveis são fatores essenciais. Ter múltiplos parceiros sexuais do sexo masculino ou feminino é um fator de risco para vaginose bacteriana.[4]

Fracos

tabagismo

- Possíveis mudanças no pH vaginal; poucas evidências.[16]

aumento na frequência de relações sexuais

- Mudanças no pH vaginal; poucas evidências.[17]

gestação

- Aumenta os níveis de estrogênio, possivelmente alterando a flora vaginal. São poucas as evidências para esta associação.[18]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Fatores de risco fortes incluem: uso de ducha; higiene insuficiente ou excessiva; uso prévio de antibiótico; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); diabetes; mulheres negras; presença de dispositivo intrauterino (DIU); uso de pílula contraceptiva oral (PCO); mulheres em idade fértil; menopausa; e atividade sexual.

corrimento vaginal (comum)

- Cor, odor, consistência, frequência e quantidade são todos fatores importantes para o diagnóstico da causa.
- Geralmente, o corrimento é branco, espesso, semelhante a queijo cottage e sem odor nas infecções por Candida; fino, fétido e branco na vaginose bacteriana; fino/espesso, verde, amarelo ou branco, espumoso e com odor desagradável na tricomoníase.

[Fig-1]

disúria (comum)

- Associada a candidíase e tricomoníase. Também associada à vaginite atrófica.

corrimento aderente à mucosa vaginal (comum)

- Corrimento branco a acinzentado, aderente à mucosa vaginal na vaginose bacteriana; corrimento espesso, branco, semelhante a queijo cottage aderente às paredes vaginais laterais na candidíase.

Outros fatores de diagnóstico

episódios prévios (comum)

- Pode haver um aumento no risco de futuros episódios, mas não auxilia na distinção de um fator etiológico específico.

prurido (comum)

- Associado a vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase.
- Também é uma queixa comum em causas alérgicas ou irritantes de vaginite.

vulvodinia (comum)

- Uma queixa comum entre mulheres com vaginite alérgica ou irritante.

ressecamento vaginal (comum)

- Geralmente associado à vaginite atrófica.

dispareunia (comum)

- Geralmente associada com vaginite atrófica e candidíase.
- Um sintoma manifesto que, em geral, se apresenta na maioria dos tipos de vaginite.

eritema (comum)

- Geralmente presente na candidíase e na vaginite alérgica ou irritante.

epitélio pálido (comum)

- A atrofia na vaginite atrófica resulta em menor suprimento de sangue capilar, e o epitélio parece pálido.

epitélio brilhante (comum)

- O epitélio desbastado na vaginite atrófica geralmente tem uma aparência brilhante.

elasticidade reduzida (comum)

- A pele parece seca e há perda de turgor na vaginite atrófica.

epitélio friável (comum)

- Pode ser notado ao se inserir um espécuro em mulheres com vaginite atrófica.

febre (incomum)

- Muito incomum; não necessariamente indicativa de gravidade.
- Possivelmente mais comum na tricomoníase, pois está relacionada a outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

sangramento vaginal (incomum)

- Pode ocorrer por causa de cervicite associada à tricomoníase. É raro o sangramento vaginal na vaginite atrófica, apesar de poder estar relacionado ao ressecamento vaginal.

dor abdominal (incomum)

- A dor abdominal é um sintoma manifesto muito raro, mas pode ocorrer juntamente com doença inflamatória pélvica por causa de IST concomitante.

colo uterino em morango (incomum)

- À inspeção, o colo uterino pode ter uma aparência pontuada e papiliforme na tricomoníase.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

| Exame | Resultado |
|--|--|
| pH vaginal <ul style="list-style-type: none"> 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. | elevado/normal |
| teste das aminas (whiff) das secreções vaginais <ul style="list-style-type: none"> 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. | positivo na vaginose bacteriana |
| microscopia das secreções vaginais em câmara úmida <ul style="list-style-type: none"> Amostras vaginais adicionadas a duas lâminas diferentes, uma com soro fisiológico e uma com solução de KOH. Vaginose bacteriana: células-chave (clue cells; células epiteliais vaginais com aparência distinta de pequenos pontos sendo cobertas por bactérias) estão presentes e são observadas como células epiteliais vaginais cobertas por muitos bastonetes e cocos, com uma aparência granular. O número de lactobacilos diminui e leucócitos estão ausentes. [Fig-2] Candidíase: hifas e leveduras em brotamento são melhor observadas na microscopia com solução de hidróxido de potássio. [Fig-4] Tricomoníase: observa-se um número significativo de leucócitos e células epiteliais. O parasita é um protozoário móvel em formato oval ou fusiforme com 15 micrômetros de comprimento. A sensibilidade da câmara úmida é baixa em amostras vaginais (51% a 65%). A sensibilidade diminui com o tempo, de maneira que os médicos devem avaliar as lâminas imediatamente.[4] [Fig-3] | identificação de infecções bacterianas e fúngicas |
| coloração de Gram de secreções vaginais <ul style="list-style-type: none"> Pontuação efetuada de acordo com a classificação de Nugent, que envolve a contagem dos morfotipos bacterianos. Lactobacilos reduzidos ou ausentes indicam vaginose bacteriana.[27] | Morfotipo dos Lactobacillus reduzido ou ausente |

| Exame | Resultado |
|--|--------------------------|
| teste de HIV <ul style="list-style-type: none"> • Teste de rotina para excluir o HIV. O tempo para a soropositividade para HIV com um ensaio imunoenzimático (EIE) de terceira geração pode ser >21 dias. • Recomendado a pacientes com infecções recorrentes e/ou àquelas que apresentam risco de exposição a ISTs (por exemplo, relação sexual sem proteção). • A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa. | pode ser positiva |
| teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) <ul style="list-style-type: none"> • Recomendado para o diagnóstico de infecção por clamídia ou gonorreia.[4] • Altamente sensível para tricomoníase, geralmente detectando 3 a 5 vezes mais infecções que a microscopia em câmara úmida.[4] • Recomendado a pacientes com infecções recorrentes e/ou àquelas que apresentam risco de exposição a ISTs (por exemplo, relação sexual sem proteção). • A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa. | pode ser positiva |
| Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) <ul style="list-style-type: none"> • Exame de rotina para descartar sífilis. • Recomendado a pacientes com infecções recorrentes e/ou àquelas que apresentam risco de exposição a ISTs (por exemplo, relação sexual sem proteção). • A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa. | pode ser positiva |
| teste de RPR sérica <ul style="list-style-type: none"> • Exame de rotina para descartar sífilis. • Recomendado a pacientes com infecções recorrentes e/ou àquelas que apresentam risco de exposição a ISTs (por exemplo, relação sexual sem proteção). • A vaginose bacteriana e a candidíase, em geral, não são transmitidas sexualmente; porém, elas podem ocorrer concomitantemente com ISTs (por exemplo, gonorreia e infecções por clamídia); portanto, recomenda-se triagem para ISTs em todas as pacientes com vaginite infecciosa. | pode ser positiva |

Exames a serem considerados

| Exame | Resultado |
|--|--|
| cultura de secreções vaginais <ul style="list-style-type: none"> Os resultados para tricomoníase levam aproximadamente 3 dias. Apesar de este ser o teste mais específico e sensível para tricomoníase, a preparação de câmara úmida permanece como o teste mais comumente usado, pois é mais rápido e mais acessível. Pode auxiliar no diagnóstico de casos de Candida e de tricomoníase resistentes a tratamento. | positivo para infecções do tipo tricomoníase/candidíase |
| reação em cadeia da polimerase para tricomoníase em secreções vaginais <ul style="list-style-type: none"> Reação em cadeia da polimerase objetivando os genes da beta-tubulina do <i>Trichomonas vaginalis</i>.^[28] | positivo, se for tricomoníase |
| testes rápidos de enzimas das secreções vaginais <ul style="list-style-type: none"> Anticorpo imunoglobulina A (IgA) antitricomonal nas secreções vaginais pela técnica de microensaio de imunoabsorção enzimática (microELISA).^[29] Detecta prolina iminopeptidase de <i>Gardnerella vaginalis</i>.^[4] | positivo para tricomoníase/vaginose bacteriana associada a <i>Gardnerella vaginalis</i> |

Diagnóstico diferencial

| Doença | Sinais/sintomas de diferenciação | Exames de diferenciação |
|------------------|---|--|
| Gonorreia | <ul style="list-style-type: none"> Podem ocorrer dor pélvica ou na parte inferior do abdome e febre em infecção ascendente. | <ul style="list-style-type: none"> Crescimento de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> em cultura com ágar chocolate. |
| Clamídia | <ul style="list-style-type: none"> Muitas são assintomáticas; sangramento intermenstrual, cervicite e dor abdominal podem ser fatores diferenciadores. | <ul style="list-style-type: none"> <i>Chlamydia trachomatis</i> com técnica de teste de amplificação de ácido nucleico. |
| Cervicite | <ul style="list-style-type: none"> Sangramento intermenstrual; colo uterino friável em exame físico; verrugas genitais podem estar presentes, se causada por vírus do papiloma humano (HPV). | <ul style="list-style-type: none"> A secreção do colo uterino coletada por coloração de Gram pode indicar <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>. O exame citológico cervical pode ser positivo para HPV. |

| Doença | Sinais/sintomas de diferenciação | Exames de diferenciação |
|--|--|---|
| Líquen plano | <ul style="list-style-type: none"> Sintomas comuns incluem prurido, vulvodinia intensa e dispareunia. Sinais diferenciadores podem incluir a presença de pápulas ou placas violáceas, com a parte superior achatada. Essas lesões podem estar presentes em outros locais do corpo (por exemplo, punhos e tornozelos). | <ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico normalmente é clínico. A histopatologia pode demonstrar um infiltrado linfocítico em forma de banda, ceratinócitos necróticos e hiperqueratose. |
| Outras causas do corrimento vaginal | <ul style="list-style-type: none"> O corrimento vaginal pode ser fisiológico, e geralmente odorífero, mucoso e branco a amarelado. Outras causas patológicas menos comuns incluem vaginite inflamatória descamativa (associada a corrimento purulento e abundante), irradiação pélvica, câncer vaginal, câncer nas tubas uterinas (massa pélvica palpável e sangramento vaginal) e câncer cervical (a doença em estado avançado pode apresentar corrimento vaginal aquoso ou que exala odor desagradável, mais provavelmente em decorrência da massa necrótica) e fístula vaginal. | <ul style="list-style-type: none"> Esfregaço de Papanicolaou: positivo para câncer cervical. Ultrassonografia pélvica. Tomografia computadorizada (TC) do abdome ou da pelve com contraste intravenoso/oral: demonstra malignidade. Biópsia da parede vaginal: característica de inflamação descamativa aguda ou crônica. |

Critérios de diagnóstico

Critérios diagnósticos de Amsel e associações microbianas e epidemiológicas[26]

Vaginose bacteriana:

- pH vaginal >4.5
- Teste de aminas (Whiff)
- Células-chave (clue cells; células epiteliais vaginais com aparência distinta de pequenos pontos, em câmara úmida em soro fisiológico, por estarem cobertas por bactérias)
- Corrimento vaginal branco aderente.

Critérios de Nugent[27]

A coloração de Gram de secreções vaginais da flora bacteriana pode ajudar a identificar pacientes com vaginose bacteriana. A classificação de Nugent deriva-se de uma estimativa de proporções diferentes dos morfotipos bacterianos presentes, resultando em uma classificação entre 0 e 10:

- <4 normal
- 4 a 6 intermediário
- >6 vaginose bacteriana.

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento é iniciado após o diagnóstico, o qual se baseia em sintomas clínicos e na microscopia de secreções vaginais. A terapia depende do organismo etiológico e de ser uma primeira apresentação ou recorrência. Pacientes com vaginose bacteriana ou tricomoníase, e também positivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), devem receber o mesmo esquema de tratamento daquelas que são HIV-negativas.[4]

Vaginose bacteriana

O tratamento é indicado a todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana.[4] Apesar de a vaginose bacteriana poder aumentar o risco de certas complicações neonatais e gestacionais, os únicos benefícios estabelecidos do tratamento, tanto em gestantes quanto não gestantes, são aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e, potencialmente, diminuir o risco de adquirir o HIV e outras ISTs (por exemplo, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, ISTs virais).

Em mulheres não gestantes, o metronidazol oral ou tópico, ou a clindamicina tópica são os tratamentos de primeira escolha.[4] As apresentações tópicas e orais do metronidazol parecem igualmente eficazes, mas a aplicação intravaginal pode estar associada a um número menor de eventos adversos.[32] [33] 1[B]Evidence A terapia com uma dose oral de metronidazol é a menos eficaz contra vaginose bacteriana e não é mais recomendada.2[A]Evidence

A clindamicina em creme vaginal é uma alternativa útil à terapia de primeira linha com metronidazol.[4] [33] 3[C]Evidence As opções de tratamento de segunda linha incluem tinidazol oral, clindamicina oral e óvulos vaginais de clindamicina.[33]

Para infecção persistente ou recorrente, o metronidazol em gel intravaginal é administrado por um período maior, de 4-6 meses após a conclusão do esquema recomendado.[35] 4[B]Evidence Demonstrou-se que a terapia supressiva reduz o risco de recorrências, mas este benefício pode não persistir após sua descontinuação.[35]

Gestantes podem ser tratadas com metronidazol oral com segurança. A clindamicina oral é uma alternativa eficaz.[4]

Pacientes devem evitar o consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento com metronidazol e tinidazol, e por 24 e 72 horas respectivamente após receber a última dose. Mulheres em idade fértil precisam estar cientes que, devido à sua fórmula à base de óleo, o creme de clindamicina pode enfraquecer preservativos de látex e diafragmas por 5 dias após seu uso.

Apesar de tratamentos não antibióticos estarem disponíveis (por exemplo, benzidamina), sua segurança e eficácia não são corroboradas por dados científicos de longo prazo.[36] Também não existem evidências científicas significativas que corroborem o uso de antissépticos ou de desinfetantes na vaginose bacteriana.[37] [38]

Tricomoníase

O tratamento da tricomoníase resulta em alívio dos sintomas, cura microbiológica e redução da transmissão.[4] O isolamento do micro-organismo não é necessário em todos os casos: por exemplo, em uma paciente sintomática com história pregressa de tricomoníase ou uma doença conhecida em seu parceiro sexual.

A terapia de dose única com metronidazol ou tinidazol oral é, na maioria dos casos, suficiente para mulheres gestantes e não gestantes, e o tratamento dos parceiros sexuais ajudará na prevenção da recorrência.

Para organismos resistentes e infecção persistente, é necessária uma abordagem de tratamento diferente. Esta envolve doses maiores de metronidazol ou tratamento com tinidazol. O tinidazol tem uma meia-vida sérica mais longa que o metronidazol e também atinge níveis mais elevados no trato geniturinário. Vários isolados da *T. vaginalis* apresentam concentrações inibitórias mínimas (CIMS) inferiores com tinidazol que com metronidazol.[4]

Pacientes devem evitar o consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento com metronidazol e tinidazol, e por 24 e 72 horas respectivamente após receber a última dose.[4]

O uso de preservativos, apesar de não ser 100% eficaz, deve ser discutido com a paciente como parte da prevenção a infecções sexualmente transmissíveis.

Candidíase vulvovaginal

Existem várias opções terapêuticas disponíveis, tanto intravaginais quanto orais. É importante distinguir entre a vaginite por *Candida* complicada e a não complicada (recorrência, gravidade, infecção por outras espécies de *Candida* que não a *Candida albicans*, gestação e imunocomprometimento, incluindo pacientes diabéticas).

Para infecções não complicadas, deve-se iniciar o tratamento com agentes antifúngicos azólicos orais ou tópicos.[4] 5[A]Evidence

Para infecções complicadas, inicia-se uma terapia antifúngica de curta duração (oral ou tópica) para infecção, seguida por uma terapia de manutenção (oral ou tópica) por aproximadamente 6 meses.[4]

Gestantes são tratadas apenas com azólicos tópicos, por não mais de 7 dias.[4]

Se a paciente apresentar diabetes concomitante, a melhora no controle glicêmico também previne a recorrência.

Vaginite atrófica

A dispareunia pode ser tratada com géis lubrificantes antes da relação sexual, e estes podem ser iniciados imediatamente, para uso até que um tratamento bem-sucedido com estrogênio tópico seja estabelecido, ou em prazo mais longo, em mulheres que desejem evitar tratamento hormonal.[25] Para pacientes que fazem terapia de reposição hormonal (TRH), o uso concomitante de um lubrificante pode ser adequado para o controle dos sintomas. No início da TRH, deve haver uma discussão detalhada com a paciente para explicar a terapia local pretendida. Deve-se pesar cuidadosamente os riscos e os benefícios da terapia estrogênica para cada paciente individualmente, visando a minimização tanto da quantidade de estrogênio quanto a duração do tratamento.[40] [41] Devem-se considerar os potenciais efeitos adversos versus benefícios das diferentes formulações. Enquanto anéis de estrogênio proporcionam a liberdade de substituição a cada 3 meses, os cremes vaginais podem oferecer um efeito calmante significativo e imediato à área atrófica. Também é preciso considerar o método de aplicação mais fácil, na menor dose, para cada paciente (por exemplo, uma paciente com deformidades articulares causadas por artrite pode achar difícil aplicar um creme estrogênico todas as noites, sendo que um anel estrogênico pode ser a abordagem mais apropriada para tal paciente).

Vaginite de contato ou alérgica não infecciosa

Medidas preventivas são a base do tratamento. Evitar agentes causadores, como produtos para higiene feminina, preservativos de látex/diafragmas, duchas e irritantes, como sabonetes fortes ou banhos de espuma pode ajudar a prevenir a vaginite. Cremes e géis vaginais que não contêm hormônios, frequentemente chamados de emolientes, estão disponíveis sem prescrição médica, e são usados geralmente para restaurar o pH vaginal e para aliviar irritação e prurido vaginais, assim como para aumentar a umidade vaginal.^[24]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

| Agudo (resumo) | | |
|--|----|---|
| não gestante: episódio agudo isolado | | |
| ■ vaginose bacteriana | 1a | metronidazol |
| | 1a | clindamicina: creme intravaginal |
| | 2a | clindamicina: apresentações orais ou óvulos intravaginais |
| | 2a | tinidazol |
| ■ tricomoníase | 1a | terapia com nitroimidazol |
| ■ candidíase vulvovaginal não complicada | 1a | terapia antifúngica |
| ■ candidíase vulvovaginal complicada | 1a | terapia antifúngica |
| gestante: episódio agudo isolado | | |
| ■ vaginose bacteriana | 1a | metronidazol |
| | 1a | clindamicina |
| ■ tricomoníase | 1a | metronidazol |
| ■ candidíase vulvovaginal | 1a | terapia antifúngica tópica |
| vaginite atrófica | | |
| | 1a | terapia estrogênica |
| vaginite alérgica ou irritante | | |
| | 1a | evitar irritantes ± emolientes |
| Em curso (resumo) | | |

| Em curso | | | (resumo) |
|---|---|-----------|---|
| não gestante: sintomas persistentes ou recorrentes | | | |
| ■ | vaginose bacteriana | 1a | metronidazol |
| ■ | tricomoniase | 1a | terapia com nitroimidazol |
| ■ | candidíase vulvovaginal complicada | 1a | terapia antifúngica |
| gestante: sintomas persistentes ou recorrentes | | | |
| ■ | vaginose bacteriana | 1a | metronidazol |
| ■ | tricomoniase | 1a | metronidazol |
| ■ | candidíase vulvovaginal complicada | 1a | terapia antifúngica e consulta com um infectologista |

Opções de tratamento

Agudo

não gestante: episódio agudo isolado

■ vaginose bacteriana

1a

metronidazol

Opções primárias

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

OU

» **metronidazol vaginal**: (gel a 0.75%) inserção de 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 5 dias

» O tratamento é indicado para todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana a fim de aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e potencialmente diminuir o risco de contração do HIV e de outras ISTs (por exemplo, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, ISTs virais).[4]

» O metronidazol é o tratamento de primeira escolha.[33] 1[B]Evidence

» As formulações oral e vaginal demonstraram ser igualmente eficazes.6[A]Evidence A escolha depende da observância e da preferência da paciente.

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 24 horas após a última dose.

1a

clindamicina: creme intravaginal

Opções primárias

» **clindamicina vaginal**: (creme a 2%) inserção de 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias

» O tratamento é indicado para todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana a fim de aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e potencialmente diminuir o risco de contração do HIV e de outras ISTs (por exemplo, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, ISTs virais).[4]

» O creme de clindamicina vaginal é recomendado como uma opção alternativa de tratamento de primeira linha.[4] 3[C]Evidence

Agudo

» Mulheres em idade fértil precisam estar cientes que, devido à sua fórmula à base de óleo, o creme de clindamicina pode enfraquecer preservativos de látex e diafragmas por 5 dias após seu uso.

2a clindamicina: apresentações orais ou óvulos intravaginais

Opções primárias

» **clindamicina**: 300 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

OU

» **clindamicina vaginal**: óvulo de 100 mg na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias

» O tratamento é indicado para todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana a fim de aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e potencialmente diminuir o risco de contração do HIV e de outras ISTs (por exemplo, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, ISTs virais).[4]

» As preparações orais ou os óvulos intravaginais de clindamicina podem ser administrados como opções de segunda linha.

2a tinidazol

Opções primárias

» **tinidazol**: 2 g por via oral uma vez ao dia por 2 dias; ou 1 g por via oral uma vez ao dia por 5 dias

» O tratamento é indicado para todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana a fim de aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e potencialmente diminuir o risco de contração do HIV e de outras ISTs (por exemplo, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, ISTs virais).[4]

» O tinidazol oral pode ser usado como um esquema alternativo de segunda linha. Ele tem uma meia-vida sérica mais longa que o metronidazol e também atinge níveis mais elevados no trato geniturinário.

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 72 horas após a última dose.

■ tricomoníase

1a terapia com nitroimidazol

Opções primárias

Agudo

» **metronidazol**: 2 g por via oral em dose única

OU

» **tinidazol**: 2 g por via oral em dose única

» O tratamento da tricomoníase resulta em alívio dos sintomas, cura microbiológica e redução da transmissão.[4] O isolamento do micro-organismo não é necessário antes da terapia em todos os casos: por exemplo, em uma paciente sintomática com história pregressa de tricomoníase ou uma doença conhecida em seu parceiro sexual.

» O metronidazol sistêmico é o tratamento de primeira escolha, mas o tinidazol é uma alternativa eficaz.[4] Geralmente, uma única dose de 2 g é suficiente para o clearance. O tinidazol tem uma meia-vida sérica mais longa que o metronidazol e também atinge níveis mais elevados no trato geniturinário.

» O tratamento tópico não é tão eficaz. Acredita-se que o micro-organismo possa colonizar a uretra e glândulas associadas e, apesar de o tratamento tópico poder aliviar os sintomas, é melhor usar medicamentos sistêmicos para favorecer a eliminação do micro-organismo.

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e durante 24 horas (metronidazol) ou 72 horas (tinidazol) depois.

» Parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis* devem ser tratados e deve-se oferecer rastreamento para outras ISTs. As pacientes devem evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros estejam curados, ou devem, pelo menos, usar preservativos.

» Recomenda-se a todas as mulheres sexualmente ativas realizar reavaliação para *T. vaginalis* no prazo de 3 meses após o tratamento inicial.[4]

■ **candidíase vulvovaginal não complicada**

1a

terapia antifúngica

Opções primárias

» **butoconazol vaginal**: (creme de liberação prolongada a 2%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite em dose única

OU

Agudo

» **clotrimazol vaginal**: (creme a 1%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias; (creme a 2%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias

OU

» **miconazol vaginal**: (creme a 2%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias; (creme a 4%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias; supositório vaginal de 100 mg na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias; supositório vaginal de 200 mg na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias; supositório vaginal de 1200 mg na vagina uma vez ao dia à noite em dose única

OU

» **terconazol vaginal**: (creme a 0.4%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias; (creme a 0.8%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias; supositório vaginal de 80 mg na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias

OU

» **tioconazol vaginal**: (pomada a 6.5%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite em dose única

OU

» **nistatina vaginal**: comprimido vaginal de 100,000 unidades na vagina uma vez ao dia à noite por 14 dias

OU

» **fluconazol**: 150 mg/dose por via oral em dose única

» Vários agentes estão disponíveis por via oral ou tópica. **5[A]Evidence** Essas formulações são de venda livre em alguns países.

» Candidíase não complicada refere-se a: *Candida albicans*, episódios esporádicos, sintomas leves a moderados e mulheres saudáveis não gestantes.

Agudo

■ candidíase vulvovaginal complicada

1a

» Ela pode ser tratada com um ciclo curto de um agente antifúngico tópico.

» Cremes e supositórios vaginais usados neste esquema são à base de óleo e podem enfraquecer preservativos de látex e diafragmas.

» Não há preferência entre os agentes. A escolha (entre tópico e oral) baseia-se na observância/conforto da paciente. Também pode ser necessário levar em conta o custo e a disponibilidade.

terapia antifúngica

Opções primárias

» **fluconazol**: 150 mg por via oral a cada 3 dias totalizando 3 doses

» Vários agentes estão disponíveis por via oral ou tópica.^{5[A]}[Evidence](#)

» Candidíase complicada refere-se a: candidíase não albicans, mais de 4 episódios por ano e mulheres com diabetes não controlada, debilidade ou imunossupressão.

» O tratamento para a doença complicada deve ser iniciado com um ciclo curto de terapia antifúngica, seguido de terapia de manutenção.^[4]

» Não há preferência entre os agentes; a escolha (entre tópico e oral) baseia-se na observância/conforto da paciente, e considerações adicionais podem ser custo e disponibilidade.

» Recomendam-se antifúngicos azólicos tópicos por 7-14 dias. Muitos desses agentes são de venda livre e qualquer uma das opções recomendadas para candidíase vulvovaginal não complicada pode ser usada.

» A candidíase vulvovaginal geralmente não é adquirida por meio de relações sexuais; o tratamento dos parceiros sexuais não é recomendado, mas deve ser considerado em mulheres que apresentam infecção recorrente. Se um parceiro sexual do sexo masculino apresentar sintomas (por exemplo, irritação), estes devem ser manejados com agentes tópicos. ^[4]

gestante: episódio agudo isolado

■ vaginose bacteriana

1a

metronidazol

Agudo

Opções primárias

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

» O tratamento é indicado a todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana.[4] Apesar de a vaginose bacteriana poder aumentar o risco de certas complicações neonatais e gestacionais, os únicos benefícios estabelecidos do tratamento em gestantes são aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e, potencialmente, diminuir o risco de adquirir HIV e outras ISTs (por exemplo, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, ISTs virais).

» O metronidazol oral é o tratamento de primeira escolha.[4]

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 24 horas após a última dose.

1a clindamicina

Opções primárias

» **clindamicina**: 300 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

» O tratamento é indicado a todas as mulheres sintomáticas com vaginose bacteriana.[4] Apesar de a vaginose bacteriana poder aumentar o risco de certas complicações neonatais e gestacionais, os únicos benefícios estabelecidos do tratamento em gestantes são aliviar os sintomas vaginais, reduzir os sinais de infecção e, potencialmente, diminuir o risco de adquirir HIV e outras ISTs (por exemplo, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, ISTs virais).

» A clindamicina oral é uma alternativa eficaz ao metronidazol.[4]

■ tricomoníase

1a metronidazol

Opções primárias

» **metronidazol**: 2 g por via oral em dose única

» O metronidazol sistêmico é o tratamento de primeira escolha.[4] [42] Durante a gestação, é preferível uma dose única.

» O tratamento tópico não é tão eficaz. Acredita-se que o micro-organismo possa colonizar a uretra e glândulas associadas e, apesar de o

Agudo

■ candidíase vulvovaginal

1a

tratamento tópico poder aliviar os sintomas, é melhor usar medicamentos sistêmicos para favorecer a eliminação do micro-organismo.

» Na gestação, recomenda-se retardar o uso até após o primeiro trimestre.

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 24 horas após a última dose.

» Parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis* devem ser tratados e deve-se oferecer rastreamento para outras ISTs.

» As pacientes devem evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros estejam curados, ou devem, pelo menos, usar preservativos.

terapia antifúngica tópica

Opções primárias

» **clotrimazol vaginal**: (creme a 1%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias; (creme a 2%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias

OU

» **miconazol vaginal**: (creme a 2%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 7 dias; (creme a 4%) inserir 5 g (um aplicador cheio) na vagina uma vez ao dia à noite por 3 dias

» Terapias antifúngicas azólicas tópicas são recomendadas para o uso em gestantes.[4]

» A candidíase vulvovaginal geralmente não é adquirida por meio de relações sexuais; o tratamento dos parceiros sexuais não é recomendado, mas deve ser considerado em mulheres que apresentam infecção recorrente. Se um parceiro sexual do sexo masculino apresentar sintomas (por exemplo, irritação), estes devem ser manejados com agentes tópicos.[4]

vaginite atrófica

1a

terapia estrogênica

Opções primárias

» **estradiol vaginal**: (50-100 microgramas/24 horas) inserir o anel na vagina e substituir a cada 3 meses, conforme necessário; colocar

Agudo

o anel no fórnice vaginal posterior; ele deve permanecer em seu local continuamente por 3 meses

OU

» **estrogênios vaginais conjugados:** (0.625 mg/g) inserir 0.5 a 2 g na vagina uma vez ao dia à noite por 1-2 semanas

» Deve-se pesar cuidadosamente os riscos e os benefícios da terapia estrogênica para cada paciente individualmente, visando a minimização tanto da quantidade de estrogênio quanto a duração do tratamento.[40] [41]

» Não há preferência clínica entre as diferentes opções.[43] Muitas pacientes preferem o anel de silicone por ser mais fácil de usar que comprimidos ou creme; a eficácia e a segurança demonstraram ser as mesmas.[44] [45]

» A administração pode ser sintomática, contínua ou cíclica (com 3 semanas de uso e 1 de pausa).

» O anel deve ser retirado após 3 meses e, se apropriado, substituído por outro anel. A necessidade de continuação do tratamento deve ser avaliada em intervalos de 3 a 6 meses.

vaginite alérgica ou irritante

1a

evitar irritantes ± emolientes

» Medidas preventivas são a base do tratamento. Evitar agentes causadores, como produtos para higiene feminina, preservativos de látex/diafragmas, duchas e irritantes, como sabonetes fortes ou banhos de espuma pode ajudar a prevenir a vaginite. Cremes e géis vaginais que não contêm hormônios, frequentemente chamados de emolientes, estão disponíveis sem prescrição médica, e são usados geralmente para restaurar o pH vaginal e para aliviar irritação e prurido vaginais, assim como para aumentar a umidade vaginal.

Em curso

não gestante: sintomas persistentes ou recorrentes

■ **vaginose bacteriana**

1a

metronidazol

Opções primárias

Em curso

■ tricomoníase

1a

» **metronidazol vaginal**: (gel a 0.75%) aplicar na vagina duas vezes por semana por 4-6 meses

» Se realmente acontecerem múltiplas recorrências, recomenda-se administrar metronidazol gel a 0.75% duas vezes por semana por 4-6 meses após a conclusão do esquema recomendado.[4] Demonstrou-se que a terapia supressiva reduz o risco de recorrências, mas este benefício pode não persistir após sua descontinuação.[35]

terapia com nitroimidazol**Opções primárias**

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções secundárias

» **metronidazol**: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias

OU

» **tinidazol**: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias

» Se uma dose única alta de metronidazol ou tinidazol não obtiver sucesso (e uma reinfecção for descartada), é recomendável tratar a paciente e seu(s) parceiro(s) com 500 mg de metronidazol por via oral duas vezes ao dia por 7 dias. Se o tratamento não obtiver sucesso, recomenda-se uma alta dose de metronidazol ou tinidazol por 7 dias.[4] O tinidazol tem uma meia-vida sérica mais longa que o metronidazol e também atinge níveis mais elevados no trato geniturinário.

» O tratamento tópico não é tão eficaz. Acredita-se que o micro-organismo possa colonizar a uretra e glândulas associadas e, apesar de o tratamento tópico poder aliviar os sintomas, é melhor usar medicamentos sistêmicos para favorecer a eliminação do micro-organismo.

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 24 horas (metronidazol) ou 72 horas (tinidazol) após a última dose.

» Parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis* devem ser tratados e deve-se oferecer rastreamento para outras ISTs. As pacientes devem evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros

Em curso

■ candidíase vulvovaginal complicada

1a

estejam curados, ou devem, pelo menos, usar preservativos.

terapia antifúngica**Opções primárias**

» **fluconazol**: 150 mg por via oral uma vez por semana por 6 meses

» Vários agentes estão disponíveis por via oral ou tópica.^{5[A]}[Evidence](#)

» Candidíase complicada refere-se a: candidíase não albicans, mais de 4 episódios por ano e mulheres com diabetes não controlada, debilidade ou imunossupressão.

» O tratamento para a doença complicada pode envolver duração mais longa do tratamento inicial oral ou tópico, seguido por terapia de manutenção por 6 meses.^[46]

» Não há preferência entre os agentes; a escolha (entre tópico e oral) baseia-se na observância/conforto da paciente, e considerações adicionais podem ser custo e disponibilidade.

» Recomendam-se antifúngicos azólicos tópicos por 7-14 dias. Muitos desses agentes são de venda livre e qualquer uma das opções recomendadas para candidíase vulvovaginal não complicada pode ser usada.

» A candidíase vulvovaginal geralmente não é adquirida por meio de relações sexuais; o tratamento dos parceiros sexuais deve ser considerado em mulheres com infecção recorrente. Se um parceiro do sexo masculino apresentar sintomas (por exemplo, irritação), estes podem ser tratados com agentes tópicos.^[4]

gestante: sintomas persistentes ou recorrentes

■ vaginose bacteriana

1a

metronidazol**Opções primárias**

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

» Se após um curto ciclo de metronidazol o tratamento não tiver sucesso, recomenda-se uma alta dose de metronidazol por 7 dias.

Em curso

■ tricomoníase

1a

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 24 horas após a última dose.

metronidazol**Opções primárias**

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

» Se após uma dose única alta de metronidazol o tratamento não obtiver sucesso, recomenda-se uma alta dose de metronidazol por 7 dias.

» O tratamento tópico não é tão eficaz. Acredita-se que o micro-organismo possa colonizar a uretra e glândulas associadas e, apesar de o tratamento tópico poder aliviar os sintomas, é melhor usar medicamentos sistêmicos para favorecer a eliminação do micro-organismo.

» O consumo de bebidas alcoólicas deve ser evitado durante o tratamento e por 24 horas após a última dose.

» Parceiros sexuais de pacientes que apresentam *Trichomonas vaginalis* devem ser tratados e deve-se oferecer rastreamento para outras ISTs. As pacientes devem evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros estejam curados ou devem, pelo menos, usar preservativos.

■ candidíase vulvovaginal complicada

1a

terapia antifúngica e consulta com um infectologista**Opções primárias**

» **fluconazol**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Candidíase complicada refere-se a: candidíase não albicans, mais de 4 episódios por ano e mulheres com diabetes não controlada, debilidade ou imunossupressão. Pode ser necessária uma consulta com um infectologista a fim de discutir outra cultura e exame de sensibilidade.

» O tratamento para a doença complicada pode envolver duração mais longa do tratamento tópico inicial, seguido por terapia de manutenção por 6 meses.[46]

» O fluconazol às vezes é usado em gestantes. Apesar de haver um risco muito baixo de teratogenicidade, alguns especialistas preferem não usar o fluconazol durante a gestação.[47] A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA

Em curso

está revisando atualmente o uso do fluconazol em gestantes em virtude de um estudo que demonstrou que ele está associado a um aumento do risco de aborto espontâneo.[48]

» A candidíase vulvovaginal geralmente não é adquirida por meio de relações sexuais; o tratamento dos parceiros sexuais não é recomendado, mas deve ser considerado em mulheres que apresentam infecção recorrente. Se um parceiro sexual do sexo masculino apresentar sintomas (por exemplo, irritação), estes devem ser manejados com agentes tópicos. [4]

Novidades

Comprimidos vaginais com vitamina C

Podem ser benéficos para o manejo da vaginose bacteriana, mas existem muito poucas evidências até o momento e estudos de longo prazo são necessários.^[49]

Secnidazol

A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA aprovou o uso de grânulos orais de secnidazol para o tratamento de vaginose bacteriana em mulheres adultas. Evidências sugerem que uma dose única de secnidazol é superior ao placebo para tratar vaginose bacteriana e é bem tolerado.^[50] Mais evidências são necessárias neste estágio, principalmente estudos de duração mais longa, uma vez que existe risco carcinogênico desconhecido com o uso crônico.

Recomendações

Monitoramento

Vaginose bacteriana

- Não é recomendado acompanhamento se os sintomas remitirem. A recorrência de vaginose bacteriana não é incomum, e as pacientes devem ser aconselhadas a retornar para terapia adicional se houver recidiva de sintomas.⁴[\[B\]Evidence](#)
- Pode ser usado um esquema de tratamento diferente do regime original para tratar a doença recorrente.

Tricomoníase

- Recomenda-se a todas as mulheres sexualmente ativas realizar reavaliação no prazo de 3 meses após o tratamento inicial. Isso por conta da alta taxa de reinfeção.⁴

Candidíase vulvovaginal

- Os pacientes devem ser instruídos a fazer um acompanhamento se os sintomas persistirem ou recorrerem nos 2 meses seguintes ao surgimento dos primeiros sintomas.

Instruções ao paciente

Vaginite infecciosa

- Dieta: suplementos de *Lactobacillus acidophilus* na dieta podem ajudar a prevenir a vaginite.¹⁹
- Atividade: recomenda-se abstenção do uso de duchas e de atividade sexual até a conclusão do tratamento. Se a paciente permanecer sexualmente ativa, aconselhe o uso de preservativos como precaução; alguns dos tratamentos tópicos são à base de óleo e podem romper os preservativos (por exemplo, o creme de clindamicina é à base de óleo e pode enfraquecer preservativos e diafragmas por 5 dias após o uso). Verifique junto ao fabricante do preservativo.
- Álcool: as pacientes devem evitar o consumo de bebidas alcoólicas enquanto estiverem usando metronidazol e por 24 horas após a última dose.
- Gestantes: preparações com clindamicina tópica não devem ser usadas na segunda metade da gestação.

Vaginite atrófica

- Recomende atividade sexual continuada, pois ela pode ajudar a retardar o agravamento da atrofia.

Vaginite alérgica ou irritante

- Evitar agentes causadores, como produtos para higiene feminina, preservativos de látex/diafragmas, duchas e irritantes, como sabonetes fortes ou banhos de espuma pode ajudar a prevenir a vaginite.

Complicações

| Complicações | Período de execução | Probabilidade |
|--|---------------------|---------------|
| vaginose bacteriana/relacionada a Trichomonas: nascimento pré-termo | variável | média |
| Em gestantes, a vaginose bacteriana e a tricomoníase têm sido associadas a partos prematuros.[51] [52] 7[C]Evidence Entretanto, as recomendações atuais não aconselham rastreamento de rotina para vaginose bacteriana em gestantes com risco de parto prematuro.[31] [53] | | |
| vaginose bacteriana/relacionada a Trichomonas: ruptura prematura de membranas | variável | média |
| Em gestantes, a vaginose bacteriana e a tricomoníase têm sido associadas à ruptura prematura de membranas.[52] | | |
| vaginose bacteriana/relacionada a Trichomonas: baixo peso ao nascer | variável | média |
| Em gestantes, a vaginose bacteriana e a tricomoníase têm sido associadas a baixo peso ao nascer.[51] [52] 7[C]Evidence | | |
| vaginose bacteriana/relacionada a Trichomonas: maior suscetibilidade a infecções sexualmente transmissíveis | variável | baixa |
| A vaginose bacteriana aumenta os riscos de infecções por Neisseria gonorrhoeae, HIV, Chlamydia trachomatis e vírus do herpes simples 2.[4] a tricomoníase aumenta o risco de aquisição do HIV-1 em 1.52 vez.[54] [55] | | |

Prognóstico

Em geral, com tratamento adequado, o prognóstico é muito bom para todos os tipos de vaginite.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Antenatal care for uncomplicated pregnancies

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

UK national guideline on the management of *Trichomonas vaginalis*

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2014

Vaginal discharge: quick reference guide

Publicado por: Public Health England

Última publicação em:
2014

UK national guideline for the management of bacterial vaginosis

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2012

Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists;
British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2012

Internacional

European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge

Publicado por: International Union Against Sexually Transmitted
Infections; World Health Organization

Última publicação em:
2011

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis

Publicado por: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Última publicação em:
2015

Oceania

Australian STI management guidelines for use in primary care

Publicado por: Australasian Sexual Health Alliance

Última publicação em:
2016

Diretrizes de tratamento

Europa

Antenatal care for uncomplicated pregnancies

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

UK national guideline on the management of *Trichomonas vaginalis*

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2014

UK national guideline for the management of bacterial vaginosis

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2012

Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists;
British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2012

Internacional

European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge

Publicado por: International Union Against Sexually Transmitted
Infections; World Health Organization

Última publicação em:
2011

Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy

Publicado por: International Menopause Society

Última publicação em:
2010

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis

Publicado por: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Última publicação em:
2015

Oceania

Australian STI management guidelines for use in primary care

Publicado por: Australasian Sexual Health Alliance

Última publicação em:
2016

Nível de evidência

1. Taxas de cura: existem evidências de qualidade moderada de que o tratamento antibacteriano intravaginal com gel de metronidazol ou com creme de clindamicina é mais eficaz, aumentando as taxas de cura após 25-39 dias comparado ao placebo em mulheres não gestantes e que apresentam vaginose bacteriana.[\[32\]](#) [\[33\]](#) O metronidazol oral foi associado a náusea e sensação de gosto metálico.
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. Taxas de cura: existem evidências de alta qualidade de que um esquema de duas vezes ao dia do metronidazol antibacteriano oral é mais eficaz e aumenta a taxa de cura aos 7 dias em comparação com uma dose única.[\[34\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
3. Taxas de cura: existem evidências de baixa qualidade de que a clindamicina pode ser tão eficaz em aumentar as taxas de cura em 7-10 dias comparada ao metronidazol em mulheres não gestantes e que apresentam vaginose bacteriana.[\[33\]](#) A clindamicina intravaginal foi associada a colite leve a grave e a candidíase vaginal.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Recorrência: existem evidências de qualidade moderada de que existe probabilidade de recorrência de vaginose bacteriana após o tratamento antibacteriano.[\[35\]](#)
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.
5. Cura clínica: existem evidências de alta qualidade de que não há diferença na taxa de cura clínica entre tratamentos azólicos intravaginais e orais para candidíase.[\[39\]](#) Entretanto, foram observados efeitos adversos em ambos os tipos de tratamento.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
6. Cura clínica: existem evidências de alta qualidade de que o metronidazol intravaginal é tão eficaz quanto o metronidazol oral no tratamento de vaginose bacteriana e resulta em menos eventos adversos.[\[32\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

7. Complicações em gestantes: existem evidências de baixa qualidade de que antibacterianos podem reduzir o risco de baixo peso ao nascer em gestantes que tenham tido um nascimento pré-termo prévio, mas não sabemos se eles são mais eficazes na redução do risco de nascimento pré-termo.[\[51\]](#) [\[52\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

8. Ação preventiva: existem evidências de qualidade moderada de que o tratamento de um parceiro fixo do sexo masculino com antibacterianos orais não é mais eficaz na redução da taxa de infecções recorrentes em mulheres que apresentam vaginose bacteriana, que também estejam recebendo tratamento antibacteriano, que não tratar o parceiro do sexo masculino.[\[4\]](#)

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 (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. Ness RB, Hillier SL, Richter HE, et al. Douching in relation to bacterial vaginosis, lactobacilli, and facultative bacteria in the vagina. Obstet Gynecol. 2002 Oct;100(4):765-72. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Egan ME, Lipsky MS. Diagnosis of vaginitis. Am Fam Physician. 2000 Sep 1;62(5):1095-104. [Resumo](#)
3. Kent HL. Epidemiology of vaginitis. Am J Obstet Gynecol. 1991 Oct;165(4 Pt 2):1168-76. [Resumo](#)
4. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. Geneva: World Health Organization; 2012. [Texto completo](#)
6. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H, et al. Candida vaginitis: self-reported incidence and associated costs. Sex Transm Dis. 2000 Apr;27(4):230-5. [Resumo](#)
7. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Am J Med Sci. 1997 Oct;314(4):228-31. [Resumo](#)
8. Bachmann GA, Nevadunsky NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. Am Fam Physician. 2000 May 15;61(10):3090-6. [Resumo](#)
9. Hobbs MM, Lapple DM, Lawing LF, et al. Methods for detection of Trichomonas vaginalis in the male partners of infected women: implications for control of trichomoniasis. J Clin Microbiol. 2006 Nov;44(11):3994-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. 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 Jan 1;44(1):13-22. [Resumo](#)
11. Taha TE, Hoover DR, Dallabetta GA, et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. AIDS. 1998 Sep 10;12(13):1699-706. [Resumo](#)
12. Wilton L, Kollarova M, Heeley E, et al. Relative risk of vaginal candidiasis after use of antibiotics compared with antidepressants in women: postmarketing surveillance data in England. Drug Saf. 2003;26(8):589-97. [Resumo](#)

13. Duerr A, Heilig CM, Meikle SF, et al. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity. *Obstet Gynecol*. 2003 Mar;101(3):548-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. 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. [Resumo](#)
15. Joesoef MR, Karundeng A, Runtupalit C, et al. High rate of bacterial vaginosis among women with intrauterine devices in Manado, Indonesia. *Contraception*. 2001 Sep;64(3):169-72. [Resumo](#)
16. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect*. 2004 Feb;80(1):58-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Otero L, Palacio V, Carreno F, et al. Vulvovaginal candidiasis in female sex workers. *Int J STD AIDS*. 1998 Sep;9(9):526-30. [Resumo](#)
18. Tolosa JE, Chaithongwongwatthana S, Daly S, et al. The International Infections in Pregnancy (IIP) study: variations in the prevalence of bacterial vaginosis and distribution of morphotypes in vaginal smears among pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Nov;195(5):1198-204. [Resumo](#)
19. Van Kessel K, Assefi N, Marrazzo J, et al. Common complementary and alternative therapies for yeast vaginitis and bacterial vaginosis: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv*. 2003 May;58(5):351-8. [Resumo](#)
20. Bilardi J, Walker S, McNair R, et al. Women's management of recurrent bacterial vaginosis and experiences of clinical care: a qualitative study. *PLoS One*. 2016 Mar 24;11(3):e0151794. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Centers for Disease Control and Prevention. Vaginal candidiasis. Aug 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
22. ACOG Committee on Practice Bulletins - Gynecology. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, Number 72, May 2006: vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2006 May;107(5):1195-206. [Resumo](#)
23. British Association for Sexual Health and HIV. UK national guideline for the management of bacterial vaginosis. 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
24. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2011 Apr 1;83(7):807-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Sturdee DW, Panay N; International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010 Dec;13(6):509-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*. 1983 Jan;74(1):14-22. [Resumo](#)

27. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. J Clin Microbiol. 1991 Feb;29(2):297-301. [Texto completo](#) [Resumo](#)
28. Madico G, Quinn TC, Rompalo A, et al. Diagnosis of Trichomonas vaginalis infection by PCR using vaginal swab samples. J Clin Microbiol. 1998 Nov;36(11):3205-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Sharma P, Malla N, Gupta I, et al. A comparison of wet mount, culture and enzyme linked immunosorbent assay for the diagnosis of trichomoniasis in women. Trop Geogr Med. 1991 Jul;43(3):257-60. [Resumo](#)
30. van Schalkwyk J, Yudin MH; Infectious Diseases Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. J Obstet Gynaecol Can. 2015 Mar;37(3):266-74. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. US Preventive Services Task Force. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008 Feb 5;148(3):214-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Brandt M, Abels C, May T, et al. Intravaginally applied metronidazole is as effective as orally applied in the treatment of bacterial vaginosis, but exhibits significantly less side effects. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 Dec;141(2):158-62. [Resumo](#)
33. Oduyebo OO, Anorlu RI, Oguniola FT, et al. The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006055. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Menard JP. Antibacterial treatment of bacterial vaginosis: current and emerging therapies. Int J Womens Health. 2011;3:295-305. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 2006 May;194(5):1283-9. [Resumo](#)
36. Boselli F, Petrella E, Campedelli A, et al. Efficacy and tolerability of fitostimoline (vaginal cream, ovules, and vaginal washing) and of benzydamine hydrochloride (tantum rosa vaginal cream and vaginal washing) in the topical treatment of symptoms of bacterial vaginosis. ISRN Obstet Gynecol. 2012;2012:183403. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Verstraeten H, Verhelst R, Roelens K, et al. Antiseptics and disinfectants for the treatment of bacterial vaginosis: a systematic review. BMC Infect Dis. 2012 Jun 28;12:148. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Weissenbacher ER, Donders G, Unzeitig V, et al. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin®) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. Gynecol Obstet Invest. 2012;73(1):8-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)

39. Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, et al. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD002845. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Krychman ML. Vaginal estrogens for the treatment of dyspareunia. *J Sex Med.* 2011 Mar;8(3):666-74. [Resumo](#)
41. Chollet JA. Efficacy and safety of ultra-low-dose Vagifem (10 mcg). *Patient Prefer Adherence.* 2011;5:571-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Gülmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 May 11;(5):CD000220. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Castelo-Branco C, Cancelo MJ. Compounds for the treatment of atrophic vaginitis. *Expert Opin Ther Pat.* 2008 Nov 18;18(12):1385-94. [Texto completo](#)
44. Henriksson L, Stjernquist M, Boquist L, et al. A one-year multicenter study of efficacy and safety of a continuous, low-dose, estradiol-releasing vaginal ring (Estring) in postmenopausal women with symptoms and signs of urogenital aging. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jan;174(1 Pt 1):85-92. [Resumo](#)
45. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Aug 31;(8):CD001500. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Wolner-Hanssen P, Krieger JN, Stevens CE, et al. Clinical manifestations of vaginal trichomoniasis. *JAMA.* 1989 Jan 27;261(4):571-6. [Resumo](#)
47. Mølgaard-Nielsen D, Pasternak B, Hviid A. Use of oral fluconazole during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med.* 2013 Aug 29;369(9):830-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA to review study examining use of oral fluconazole (Diflucan) in pregnancy. Apr 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
49. Petersen EE, Genet M, Caserini M, et al. Efficacy of vitamin C vaginal tablets in the treatment of bacterial vaginosis: a randomised, double blind, placebo controlled clinical trial. *Arzneimittelforschung.* 2011;61(4):260-5. [Resumo](#)
50. Schwebke JR, Morgan FG Jr, Koltun W, et al. A phase-3, double-blind, placebo-controlled study of the effectiveness and safety of single oral doses of secnidazole 2 g for the treatment of women with bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Dec;217(6):678.e1-e9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
51. Svare JA, Schmidt H, Hansen BB, et al. Bacterial vaginosis in a cohort of Danish pregnant women: prevalence and relationship with preterm delivery, low birthweight and perinatal infections. *BJOG.* 2006 Dec;113(12):1419-25. [Resumo](#)
52. McGregor JA, French JI, Parker R, et al. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of a prospective controlled evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 1995 Jul;173(1):157-67. [Resumo](#)

53. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, et al. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;(1):CD000262. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. St John E, Mares D, Spear GT. Bacterial vaginosis and host immunity. Curr HIV/AIDS Rep. 2007 Feb;4(1):22-8. [Resumo](#)
55. McClelland RS, Sangaré L, Hassan WM, et al. Infection with Trichomonas vaginalis increases the risk of HIV-1 acquisition. J Infect Dis. 2007 Mar 1;195(5):698-702. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Imagens

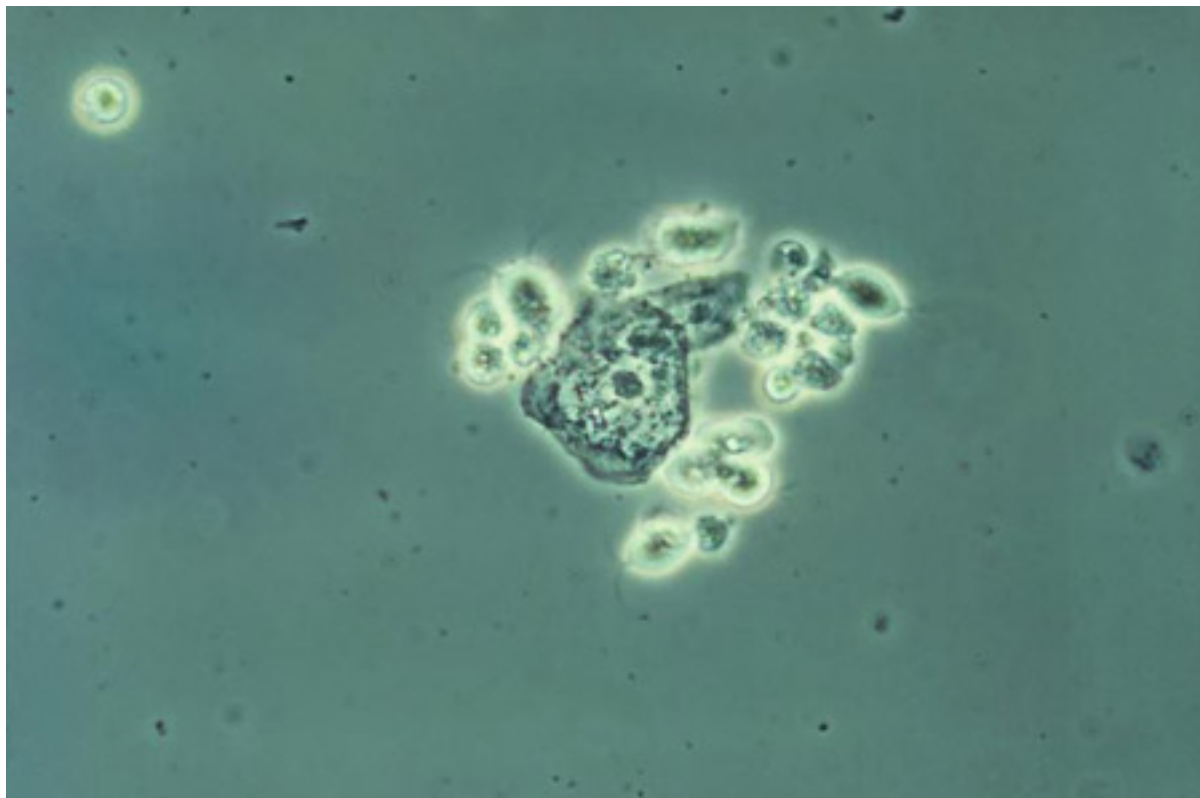


Figura 1: Vaginite por tricomonas com corrimento purulento abundante emanando do óstio cervical

Biblioteca de Imagens do CDC



Figura 2: Fotomicrografia revelando bactérias aderentes às células epiteliais vaginais, conhecidas como células-chave (clue cells)



*Figura 3: Micrografia de contraste de fases em câmara úmida de corrimento vaginal revelando a presença do protozoário *Trichomonas vaginalis**

Biblioteca de Imagens do CDC

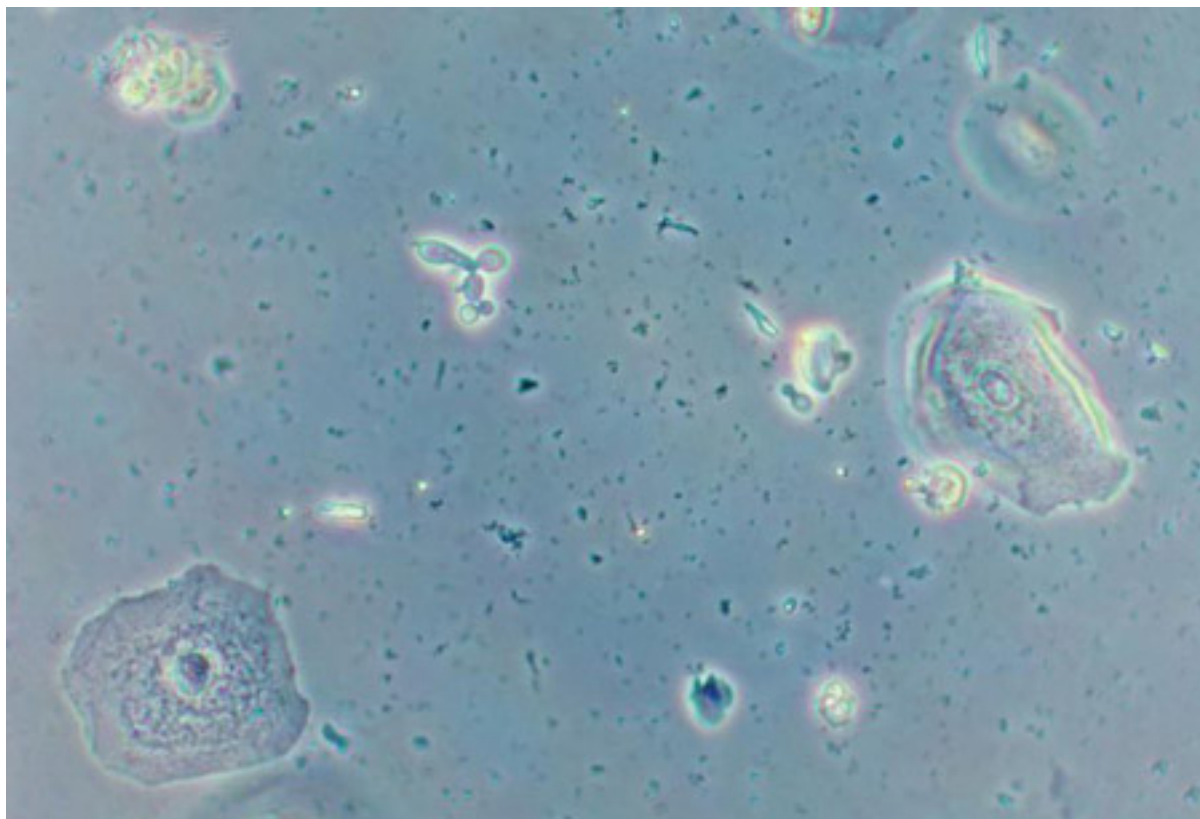


Figura 4: Esfregaço vaginal identificando Candida albicans por meio da técnica de câmara úmida

Biblioteca de Imagens do CDC; Dr. Stuart Brown

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 considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações 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 contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese 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

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Diego S. Illanes, MD, FACOG, FACS

Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery

Chairman of Obstetrics & Gynecology, Reliant Medical Group, Division Director of Robotic Surgery, Saint Vincent Hospital, Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA

DIVULGAÇÕES: DSI declares that he 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.

Jonathon Solnik, MD

Director

Minimally Invasive Gynecologic Surgery, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: JS declares that he has no competing interests.