

**10 de Setembro 2008.**  
**Professora Marise.**

Dispareunia; dor na relação.  
Sinusiorragia: sangramento na relação.

Fluxo vaginal branco, discreto, sem cheiro, sem dor, menstruação normal, sem queixas anormais.  
Exame mostra pequenos grumos.

Papanicolaou é colhido e vem como resultado: classe II – Gardnerella vaginalis.

Conduta?

Essa paciente não tem clínica.

Esses grupos lembram Doderline, mas o Papanicolaou só mostrou Gardnerella que pode habitar normalmente a vagina. Houve o encontro da bactéria e não de uma vaginose bacteriana. Assim, não deve ser submetida a tratamento.

Se houver sintomas o tratamento é metronidazol (250mg 3 tomadas; 400mg 2 tomadas), tinidazol, secnidazol, amoxicilina (500 mg de o/8 horas), clindamicina.

Existe tratamento em dose única para vaginose. A professora acredita que esse tratamento gere muita recidiva.

Tratar ou não o parceiro? Não deve ser tratado porque não é DST e sim um desequilíbrio de flora.

Se houver recidiva/recorrência pode ser necessário tratar o parceiro. Mas é discutível.

Tratamento tópico não se utiliza mais, ficando reservado para grávidas (especialmente no primeiro trimestre).

No primeiro trimestre de gestação pode-se utilizar clindamicina, amoxicilina, ampicilina. Depois da décima sexta semana (garante que passou a embriogênese) pode usar metronidazol.

A grávida deve ser tratada porque pode haver ascensão de anaeróbico com amnioréxis prematura, ítes (otite, meningite) de prematuras, descolamento de placenta, ruptura precoce de membranas, etc.

Gardnerella pode ser um habitante natural, mas a vaginose promovida por ela não é um fenômeno natural.

A candidíase sem clínica também não é submetida a tratamento.

A cândida faz parte da flora normal de vagina.

Cândida também não é DST.

É o segundo agente causador de corrimento.

Caso: fluxo branquinho, mucóide, Papanicolaou mostra cândida em forma de esporos, sem clínica.

Não se trata porque o fluxo se deve a Doderline e não à cândida. Assim, a paciente pode estar incomodada pelo fluxo, mas isso não é causado pela cândida.

Candidíase de repetição. Quais os fatores de risco?

Baixa imunidade: uso de corticóides.

Uso de ACO: estrogênio mantém o pH ácido e facilita cândida.

Uso de ATB (por exemplo em amigdalite de repetição): ATB acaba com flora de Doderline e cresce cândida.

Gravidez.

Doderline dá pequenos grumos.

Cândida lembra queixo cottage. Dá coceira/prurido, mas não dá odor fétido.

Dentro dos pruridos deve-se investigar se é cândida ou processos alérgicos (papel higiênico, sabonete, absorvente)? Deve-se aguardar o resultado do Papanicolaou.

Cândida costuma coçar antes da menstruação e assim, se a coceira for na menstruação, lembra muito alergia a absorvente.

O agente mais comum é a *C. albicans*, mas *glabrata* e outras são encontradas.

O tratamento comum é por via oral. Não é utilizado o tratamento tópico com cremes.

Tratamento com cetoconazol (mais tóxico) itroconazol, fluconazol (menos tóxico).

Não trata parceiro, exceto parceiro tendo clínica (coceira/eczema) ou a paciente tem recidiva.

Vantagem do tratamento oral: trata cândida intestinal (que pode ser uma fonte de infecção por má higiene).

O problema não é a cândida e sim o produto tóxico (candidina) levando a coceira (quadro alérgico – edema, hiperemia, prurido intenso). Um tratamento usando AINE ajudaria a resposta imune

naquele local e facilitaria o tratamento. Isso não é utilizado. Entretanto, muitos utilizam corticóide oral de baixa dosagem em não-grávidas (em altas doses é imunossupressor e facilita a candidíase – hidrocortisona/betametasona). A professora utiliza o corticóide tópico (candicort – betametasona/cetoconazol associados). Utilizados do lado de fora da vagina).

Grávida não deve receber fluconazol. Estas pacientes recebem tratamento tópico (nistatina, miconazol, fentizol, itraconazol, terconazol) mesmo antes da décima sexta semana.

Cândida recorrente (4 ou mais episódios por ano): fluconazol pega melhor cândida não-albicans; itraconazol pode ser utilizado. Tudo que é recorrência não trata em dose única porque não tem boa resposta. Pode ser necessário usar uma vez na semana até durante 6 meses.

A cândida não gera problema de abortamento, mas a paciente não vai querer ficar se cocando durante a gravidez.

O ideal é tratar antes de fazer preventivo porque ela pode dar um laudo com ASCO. Mas faz preventivo assim mesmo para não perder a oportunidade.

Pode haver disúria na cândida: edema → escarificação → ardência com a chegada da urina.

### **Tricomoniase**

É uma DST e deve tratar parceiro.

Fluxo vaginal esverdeado, bolhoso, com teste das aminas fracamente positivo.

Pode haver hiperemia, colpíte, cervicite, sinusiorragia, dispareunia, disúria (pelo comprometimento de uretra, assim como clamídia). Por este último o tratamento é oral (para pegar focos além da vaginal). A clamídia é a principal causa de sinusiorragia.

O teste que gera iodo tigróide no cólon é característico.

Petéquias no colo também podem ocorrer: aspecto de morango com leite; cólon em Framboesa.

Paciente é tratada mesmo sem clínica porque é DST (diferentemente da Gardnerella que é um achado). Os parceiros também são tratados.

Paciente com gonococo e tricomoniase. Qual deve ser tratado primeiro? O trichomonas fagocita o gonococo (este é intra-celular). Assim, deve-se tratar o trichomonas primeiro. Todos os dois podem causar doença inflamatória pélvica (assim como muitos outros germes).

Tratamento: metronidazol. 2 gramas em dose única (2 comprimidos de 1 ou 4 de 0,5). A paciente não deve beber álcool 1 dia antes e 1 depois (associação do álcool com derivado imidazólicos). Pode usar secnidazol, etc.

Paciente grávida: ampicilina não pega. Utiliza metronidazol depois da décima sexta semana. Utilizar algum drogas tópica se for necessário antes da décima sexta semana.

pH da vagina é ácido 3,5-4 por causa do estrogênio. Este hormônio faz um espessamento do epitélio vaginal → grande produção de glicogênio → grande produção de ácidos → mantém a flora de Doderline.

Depois da menopausa a vagina fica com a parede fina como um pergaminho.

### **Geral**

Gardnerella faz parte da flora normal de vagina.

O que é tratado é a vaginose bacteriana (o corrimento mais comum).

É um desequilíbrio da flora vaginal (não é inflamação – vaginite) em que há queda da flora de Doderline/lactobacilo (e alcalinização do pH) e aumento dos anaeróbios (Gardnerella, etc) com clínica característica (odor fétido).

### **Critérios de Amsel**

4 critérios onde tendo 3 fecha-se o dx de vaginose bacteriana:

Clínica: fluxo vaginal branco-acinzentado bolhoso. Odor no período da menstruação ou na relação.

Teste do pH - pH vaginal alcalino: Doderline diminui → anaeróbio cresce.

Sniff teste: teste do potássio/teste do odor/teste do cheiro. Pega um pouquinho do fluxo e coloca numa lâmina → pinga-se KOH a 10% → liberação de uma amina voláteis (putrescina, cadaverina).

Esse cheiro pode ocorrer na menstruação e na relação porque o esperma e o sangue são básicos.

Presença de clue cells: células epiteliais onde os parasitas (aneróbios e etc) ficam aderidos.

Papanicolau, exame a fresco e bacterioscopia mostram clue cells.

Diagnóstico de certeza de gonococo: cultura.

Gonococo e clamídia podem dar endocervicites.

Professora costuma tratar antes da chegada da cultura (usa azitromicina) pensando no futuro reprodutivo da paciente.

Amoxicilina e tianfenicol também pegam os dois m-o.

Controle de cura para gonococo é cultura. Deve ser realizada um mês depois do tratamento.