



MED-REVIEW



VULVOVAGINITES

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

A apostila sobre vulvovaginites aborda um dos temas mais clássicos da ginecologia, sendo o corrimento vaginal uma das queixas mais comuns em consultório. O raciocínio clínico para o diagnóstico sempre se baseia na identificação do provável agente a partir das características do corrimento, do pH vaginal e do exame físico.

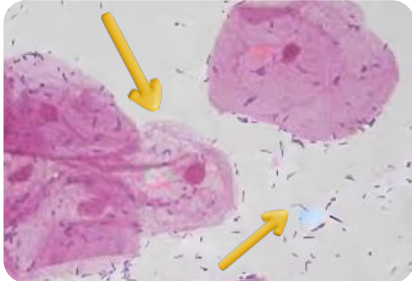
PATOLOGIA	NATUREZA / AGENTE ETIOLÓGICO	SINTOMAS CLÁSSICOS	PH VAGINAL	DIAGNÓSTICO / ACHADOS CLÍNICOS	TRATAMENTO PRINCIPAL
Vaginose Bacteriana (VB)	Disbiose; perda de <i>Lactobacillus</i> e aumento de bactérias anaeróbias.	Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e odor fétido de peixe.	> 4,5	Critérios de Amsel (precisa de 3): corrimento, pH alterado, <i>Clue Cells</i> e Teste das Aminas positivo.	Metronidazol (VO ou tópico) ou Clindamicina.
Candidíase Vulvovaginal	Infecção fúngica, frequentemente por <i>Candida albicans</i> .	Prurido intenso, corrimento branco grumoso ("leite coalhado"), ardência e fissuras.	Normal ou Baixo (< 4,5)	Presença de pseudo-hifas e esporos na microscopia; Teste das Aminas negativo.	Fluconazol (VO) ou Miconazol/ Nistatina tópicos. Gestantes: apenas via tópica.
Tricomoníase	IST causada pelo protozoário <i>Trichomonas vaginalis</i> .	Corrimento abundante amarelo-esverdeado, bolhoso (espumoso) e fétido.	> 5,0 (Alcalino)	Protozoário móvel a fresco e colpíte difusa ("colo em framboesa/ morango").	Metronidazol ou Tinidazol exclusivamente Via Oral. Tratamento do parceiro é obrigatório.

PATOLOGIA	NATUREZA / AGENTE ETIOLÓGICO	SINTOMAS CLÁSSICOS	PH VAGINAL	DIAGNÓSTICO / ACHADOS CLÍNICOS	TRATAMENTO PRINCIPAL
Vaginose Citolítica	Excesso de <i>Lactobacillus</i> gerando hiperacidez.	Prurido intenso e corrimento branco (muito semelhante à candidíase).	< 4,0	Citólise intensa na microscopia (células lisadas), ausência de fungos.	Alcalinizar o meio vaginal (ex: duchas com bicarbonato).
Vaginite Atrófica	Deficiência estrogênica (ex: menopausa e lactação).	Ressecamento vaginal, leucorreia branca discreta e prurido.	> 5,0	Redução de <i>Lactobacillus</i> ; aumento de polimorfonucleares e células basais/parabasais.	Reposição com estrogênio tópico.
Vaginite Descamativa	Inflamação polimicrobiana ligada ao <i>Streptococcus</i> do grupo B.	Corrimento purulento, inflamação intensa, prurido e dispareunia.	> 6,0	Grande número de polimorfonucleares e descamação de células epiteliais.	Clindamicina tópica + Corticoide tópico.

FLORA VAGINAL NORMAL

SECREÇÃO VAGINAL FISIOLÓGICA

CÉLULA VAGINAL NORMAL



LACTOBACILOS



Corrimento: Branco/Transparente/Sem odor
pH 3,8-4,2
Lactobacilos, outras bactérias e candida
Whiff test (KOH): negativo

NÃO FAZEM PARTE DA FLORA VAGINAL NORMAL:
TRICOMONAS E CLAMÍDIA

Os Protagonistas: *Lactobacillus* (Bacilos de Döderlein)

A vagina não é um ambiente estéril; ela é intensamente colonizada por micro-organismos, sendo os ***Lactobacillus* (ou Bacilos de Döderlein)** a peça central de toda a defesa vaginal. Na microscopia de uma secreção normal, eles podem ser visualizados com o aspecto de pequenos "tracinhos". Eles garantem a proteção do trato genital feminino por meio de três arsenais biológicos:

- **Produção de Ácido Lático:** O epitélio vaginal é rico em glicogênio. Os *Lactobacillus* se alimentam desse glicogênio e o metabolizam, convertendo-o em ácido lático. É esta produção constante que garante o **pH vaginal rigidamente ácido, entre 3,8 e 4,5**. Essa acidez tem a dupla função de inibir o crescimento de fungos/bactérias patogênicas e de manter a harmonia da microbiota.
- **Produção de Peróxido de Hidrogênio:** Além do ácido lático, alguns lactobacilos liberam peróxido de hidrogênio, uma substância que é diretamente tóxica para patógenos invasores que não possuem a enzima catalase para se defender.
- **Liberação de Biossurfactantes:** Eles também produzem compostos que diminuem a tensão superficial dos líquidos vaginais. Isso cria uma barreira física e mecânica que impede que micro-organismos patogênicos consigam aderir e colonizar as células da mucosa.

A Flora Comensal:

Os Patógenos "Adormecidos" É importante desmistificar a ideia de que os agentes causadores de corrimento vêm sempre do meio externo. Micro-organismos potencialmente causadores de doenças, como as bactérias ***Gardnerella*, *Mobiluncus*, *Ureaplasma* e o fungo *Candida***, já habitam o interior da vagina saudável, mas em quantidades muito pequenas. Em condições normais, eles são inofensivos e assintomáticos simplesmente porque o ambiente hostil (ácido e repleto de *Lactobacillus*) os mantém estritamente controlados, funcionando como um "freio" para a sua proliferação.

A Quebra do Equilíbrio e o Adoecimento

A doença não ocorre do nada; ela é sempre o resultado de uma quebra no equilíbrio dessa balança microscópica. Qualquer alteração fisiológica ou externa significativa pode resultar em um diagnóstico patológico, o que acontece principalmente por três vias:

- **Supressão dos *Lactobacillus* e aumento do pH:** Quando a população de lactobacilos cai (por exemplo, após o uso de antibióticos para outras infecções, ou pela queda de estrogênio na menopausa), o pH se torna menos ácido. Sem esse controle, bactérias como a *Gardnerella* se multiplicam vertiginosamente, resultando na **Vaginose Bacteriana**.
- **Crescimento descontrolado oportunista:** Fatores como estresse, diabetes descompensado ou imunossupressão criam um ambiente favorável para que a *Candida* consiga superar as barreiras de defesa e se proliferar em excesso, gerando a intensa inflamação da **Candidíase**. Por outro lado, um excesso atípico da própria produção de ácido lático pelos *Lactobacillus* pode gerar a **Vaginose Citolítica**.
- **Invasão de agentes externos:** Quando a flora é invadida por patógenos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) vindos do exterior, como o ***Trichomonas***, a ***Clamídia*** e o ***Gonococo***, que conseguem se estabelecer e causar danos diretos à mucosa e inflamação exuberante.

AS TRÊS CAUSAS MAIS COMUNS DE CORRIMENTO PATOLÓGICO

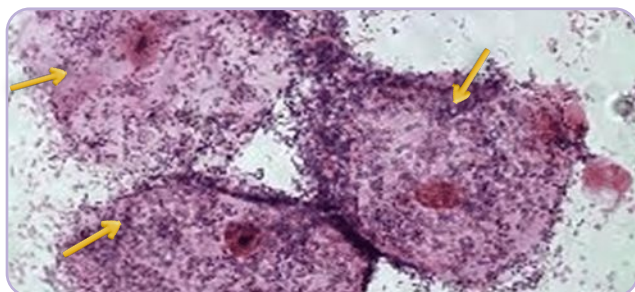
Vaginose Bacteriana



VAGINOSE BACTERIANA

ATENÇÃO: NÃO É UMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

Perda do predomínio dos lactobacilos e crescimento de bactérias anaeróbias.



CRITÉRIO DE AMSEL 3/4

pH maior que 4,5
Corrimento acizentado
Clue Cells
Teste de aminas positivo

TRATAMENTO

METRONIDAZOL 500MG 12/12H 7 DIAS VIA ORAL

OU

METRONIDAZOL/CLINDAMICINA VAGINAL



TRATA COM METRONIDAZOL VO



3 EPISÓDIOS/ANO (VAGINOSE DE REPETIÇÃO)

TTO PROLONGADO METRONIDAZOL +
ÁCIDO BÓRICO VV

A Vaginose Bacteriana **não é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST)**, mas sim uma **disbiose** caracterizada pela perda do predomínio dos Lactobacillus e crescimento de bactérias anaeróbias.

Mulheres com vaginose bacteriana possuem risco maior de adquirir infecções sexualmente transmissíveis (IST), notadamente HIV, gonorreia, clamídia, tricomoníase, infecção por Mycoplasma genitalium e HPV.

Avaginose bacteriana está associada com piores desfechos durante a gestação. Gestantes com vaginose sintomática têm risco aumentado de parto prematuro com recém-nascidos de baixo peso. No entanto, uma revisão da Cochrane de 2013 encontrou que o tratamento de vaginose bacteriana em gestantes não reduziu a incidência de partos prematuros. Este achado também foi observado em uma revisão sistemática mais recente e aponta para a hipótese de que esta condição é um preditor de piores desfechos gestacionais, mas parece não guardar uma relação causal com estes desfechos

- **Sintomas Clássicos:** Corrimento **branco-acinzentado, homogêneo**, associado a **odor fétido de peixe**. Esse odor piora após as relações sexuais e durante a menstruação, pois o sêmen e o sangue menstrual possuem um pH mais básico, o que favorece a liberação das aminas voláteis pelas bactérias.
- **Diagnóstico:** O pH vaginal é sempre **maior que 4,5**. O diagnóstico é feito com base nos **Critérios de Amsel**, sendo necessário ter 3 de 4 critérios:
 1. Corrimento típico.
 2. pH > 4,5.
 3. **Teste das Aminas (Teste de Whiff) positivo**, que ocorre pela liberação de aminas voláteis e gera um cheiro forte de "peixe podre" quando o conteúdo vaginal é misturado com KOH a 10%.
 4. Presença de **Clue Cells** (células epiteliais recobertas por bactérias, com contorno granuloso).
- **Tratamento:** Metronidazol 500 mg VO 12/12h por 7 dias, ou gel intravaginal por 7 dias. Clindamicina creme vaginal é uma alternativa para pacientes alérgicas ao Metronidazol.
- **Gestantes:** O tratamento é feito da mesma forma, sendo preferível o **Metronidazol via oral**. O tratamento é importante, pois a VB não tratada pode aumentar riscos obstétricos, como rotura prematura de membranas e trabalho de parto prematuro.
- **VB de Repetição:** Considerada quando há **3 ou mais episódios no ano**. O tratamento é mais prolongado, geralmente Metronidazol associado a ácido bórico via vaginal, que ajuda na retirada do biofilme de bactérias e regula o pH.

Trata parceiro? O tratamento do parceiro sexual em casos de Vaginose Bacteriana (VB) pode ser futuramente alterado.

Novas Evidências: Estudo Clínico do Grupo StepUp

Existe uma **plausibilidade** para o benefício de tratar o parceiro sexual, uma vez que os parceiros de mulheres com VB também carregam os mesmos patógenos da doença colonizando seus genitais.

O grupo **StepUp** conduziu um estudo clínico multicêntrico para testar essa hipótese em casais heterossexuais monogâmicos, nos quais a mulher havia sido diagnosticada com vaginose bacteriana.

- **Regime de Intervenção nos Homens:** Os homens foram randomizados para receber um regime de tratamento combinado ou nenhum tratamento (grupo controle). O regime de intervenção utilizado foi:
 - Metronidazol 400 mg via oral (sistêmico) 12/12h por 7 dias.
 - Mais clindamicina creme 2% via tópica na glândula e prepúcio 12/12h por 7 dias.

Todas as mulheres participantes receberam o tratamento padrão para VB.

- **Resultados em Relação à Recorrência da VB:** O desfecho primário do estudo foi a recorrência da vaginose após 12 semanas do tratamento.
 - Embora o estudo esperasse recrutar 290 casais, ele foi **interrompido precocemente** com 164 casais devido à demonstração de uma diferença significativa entre os grupos.
 - A recorrência da vaginose (o desfecho primário) ocorreu em **35% do grupo que tratou o parceiro**.
 - Em comparação, a recorrência ocorreu em **63% no grupo controle** (que não tratou o parceiro).
 - O risco relativo foi de 0,37 (IC 95% 0,22-0,61), indicando uma **redução significativa na recorrência da VB** ao tratar o parceiro sexual.



SAIBA MAIS: COMPARAÇÃO COM DIRETRIZES E ESTUDOS ANTERIORES

Atualmente, as diretrizes não indicam o tratamento da parceria sexual de mulheres com vaginose bacteriana.

Esse achado do grupo StepUp é considerado uma "**forte sinalização de benefício**" e difere dos achados prévios:

- Um ensaio clínico anterior, realizado em 2021, que utilizou **somente metronidazol sistêmico** nos parceiros, teve **resultado negativo** para a redução da recorrência da vaginose.

- Uma revisão sistemática de 2012 também não havia encontrado benefício no tratamento do parceiro sexual, embora esses estudos fossem considerados de baixa qualidade metodológica.

O sucesso do estudo StepUp, utilizando o **tratamento sistêmico combinado com o tópico** nos homens, sugere que a colonização dos genitais masculinos pelos patógenos da VB pode requerer a eliminação tanto interna quanto superficial para impactar o ciclo de recorrência da infecção na mulher.

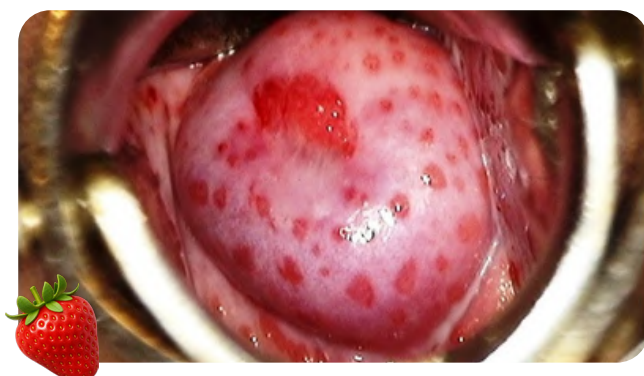
Implicações Futuras:

A forte sinalização de benefício encontrada pelo novo estudo (StepUp) sugere que **é provável que esse resultado mude as diretrizes futuramente**.

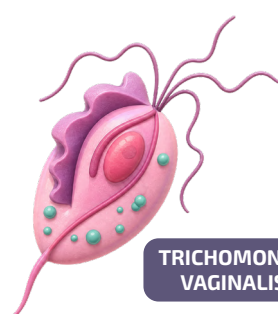
Considerando que a Vaginose Bacteriana de repetição é diagnosticada quando há **3 ou mais episódios no ano** e exige um tratamento mais prolongado, a inclusão do tratamento do parceiro pode se tornar uma estratégia crucial para **reduzir a alta taxa de recorrência** observada na VB.

Tricomoníase

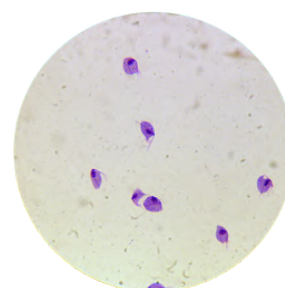
TRICOMONÍASE



Corrimento esverdeado, bolhoso,
prurido, dor, odor forte
pH > 5
Protozoário móvel
KOH fraco positivo



TRICHOMONAS
VAGINALIS



TRATAMENTO

Tem que ser ORAL:
Metronidazol 500mg 12/12h 7 dias
OU
METRONIDAZOL 2G DOSE ÚNICA

Diferente da Vaginose Bacteriana e da Candidíase (que são causadas por desequilíbrios na flora natural da mulher), a Tricomoníase é uma **IST autêntica**, causada pela infecção do protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis*.

Embora seja muitas vezes subestimada, ela não deve ser negligenciada, pois causa sérias repercussões na saúde reprodutiva: sua presença inflama de tal forma a mucosa que

aumenta significativamente o risco de transmissão e contração do HIV, além de estar associada a **parto prematuro e infertilidade**.

O protozoário se instala e gera um processo infeccioso e inflamatório agressivo, que destrói células da mucosa e dilata os capilares sanguíneos locais. Além disso, a presença do parasita altera o ambiente vaginal, favorecendo o crescimento de outras bactérias e aumentando o pH.

O Quadro Clínico

Essa intensa inflamação reflete diretamente nos sintomas da paciente:

- **Corrimento Característico:** É abundante, de cor **amarelo-esverdeada**, com aspecto **bolhoso (espumoso)** e odor muito fétido.
- **Sintomas Irritativos:** A inflamação local causa forte **prurido** (coceira), **disúria** (dor e ardência para urinar) e **dispareunia** (dor durante a relação sexual).

Diagnóstico e Exame Físico (Achados Clássicos)

O raciocínio diagnóstico se apoia em testes de consultório e na visualização direta:

- **pH Vaginal:** O ambiente se torna bastante alcalino, com o **pH sempre maior que 5,0**.
- **Teste das Aminas (KOH):** Pode dar positivo (liberando odor ruim), porém costuma ser uma reação mais fraca do que a observada na Vaginose Bacteriana.
- **Microscopia a Fresco:** É o diagnóstico definitivo no laboratório, onde o médico consegue visualizar o protozoário vivo e se movimentando na lâmina.
- **O "Colo em Morango":** Ao realizar o exame especular, o achado mais clássico (embora não esteja presente em 100% das vezes) é a colpíte difusa com aspecto de **"colo em framboesa" ou "colo em morango"**. Isso acontece justamente porque o parasita destrói a mucosa e dilata os vasos, criando múltiplas **micro-hemorragias puntiformes** e áreas de eritema (vermelhidão intensa). O colo uterino fica edemaciado (inchado) e muito friável, sangrando facilmente ao toque do espéculo ou do cotonete.

O Tratamento Sistêmico

Um ponto crucial no manejo da Tricomoníase é que **o tratamento tópico (cremes ou óvulos vaginais) não é suficiente**. Como se trata de uma IST, o parasita pode estar alojado em glândulas periféricas e no trato urinário, exigindo que o tratamento seja **obrigatoriamente via oral (sistêmico)**.

As opções indicadas são:

- **Metronidazol 500 mg de 12/12h por 7 dias** (considerado o esquema preferencial).
- Metronidazol 2 g Via Oral em dose única.
- Tinidazol 2 g Via Oral em dose única.

Manejo Adicional: Regras de Ouro

O sucesso do tratamento da Tricomoníase depende de três condutas complementares obrigatórias:

1. **Tratamento do Parceiro:** Como é uma IST, o parceiro sexual **tem que ser tratado**, independentemente de ter sintomas ou não. Se a parceria não for tratada, a mulher será reinfetada logo após terminar o tratamento ("efeito pingue-pongue").
2. **Rastreamento de Outras ISTs:** O diagnóstico de Tricomoníase serve como um "sinal de alerta". A presença de uma IST aumenta o risco de a paciente ter sido exposta a outras. O médico deve oferecer e investigar ativamente outras infecções, como HIV, Sífilis e Hepatites.
3. **Atenção ao Efeito Antabuse:** É fundamental alertar a paciente para **não consumir qualquer bebida alcoólica** durante o tratamento com Metronidazol ou Tinidazol (e até alguns dias após o término). A interação dessas drogas com o álcool causa o Efeito Antabuse (reação tipo dissulfiram), que resulta em acúmulo de toxinas gerando rubor facial, taquicardia, náuseas severas, vômitos e falta de ar intensa.

Candidíase

CANDIDÍASE



ATENÇÃO: NÃO É UMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL



Corrimento branco, ardência, prurido
pH < 4,5
Pseudo-hifas e esporos
KOH negativo

TRATAMENTO

Oral:

Fluconazol 150mg DOSE ÚNICA

Tópico:

Nistatina 14 dias/Miconazol 7 dias



NÃO PODE VIA ORAL

Tópico:

Nistatina 14 dias/Miconazol 7 dias



≥ 4 EPISÓDIOS/ANO

**TTO prolongado fluconazol D1, D4, D7
após 1X/sem por 6 meses**

O fungo *Candida* (sendo a *Candida albicans* a principal causadora) já pode habitar a vagina de mulheres saudáveis em pequenas quantidades, sem causar qualquer sintoma, pois seu crescimento é inibido pelo ambiente ácido mantido pelos *Lactobacillus*.

A doença se manifesta quando ocorre um desequilíbrio nessa flora, permitindo que o fungo se prolifere descontroladamente e gere uma **intensa resposta inflamatória** local. Essa proliferação é altamente dependente de **fatores desencadeantes**, tais como:

- **Uso recente de antibióticos:** Medicamentos usados para outras infecções (como um abscesso dental, por exemplo) acabam matando também as bactérias "boas" da vagina, desregulando a proteção natural.
- **Imunossupressão e Comorbidades:** O estresse, o diabetes (especialmente o mal controlado), infecção por HIV/AIDS, uso crônico de corticoides e tratamentos quimioterápicos reduzem a imunidade e favorecem o fungo.

Quadro Clínico

Devido à forte inflamação da vulva e da vagina, os sintomas da candidíase são muito irritativos.

- A queixa principal e mais incômoda relatada pela paciente costuma ser o **prurido (coceira) intenso**, que muitas vezes a incomoda mais do que o próprio corrimento.
- O corrimento clássico é **branco, grumoso e aderido**, com um aspecto característico de "**leite coalhado**".
- Como consequência da inflamação e do ato de coçar, a paciente frequentemente apresenta **fissuras**, edema (inchaço) na vulva, vermelhidão (hiperemia), hipersensibilidade, ardência e dor ao urinar (disúria).

Diagnóstico Diferencial

Para confirmar que se trata de candidíase e descartar vaginose ou tricomoniase, o médico avalia:

- **pH Vaginal:** Ao contrário das outras vulvovaginites, na candidíase o pH permanece **normal ou baixo (menor que 4,5)**.
- **Teste das Aminas:** É **negativo**, confirmando a ausência das bactérias anaeróbicas que causam o odor fétido de "peixe podre".
- **Microscopia:** A análise do conteúdo vaginal a fresco confirma o diagnóstico ao revelar a presença de **pseudo-hifas e esporos** do fungo.

Tratamento

O tratamento pode ser feito por via oral ou com cremes/óvulos vaginais (tópico):

- **Tratamentos Comuns:** Fluconazol 150 mg via oral em dose única, ou tratamento tópico com Nistatina ou Miconazol. O uso de **Miconazol via vaginal por 7 noites** é considerado um excelente tratamento de primeira linha.
- **Atenção Absoluta às Gestantes:** O manejo na gestação exige muito cuidado. **Gestantes não devem usar Fluconazol de forma alguma**, pois há evidências de risco de

aborto e de causar malformações congênitas no feto, especialmente em altas doses ou uso prolongado. Portanto, o tratamento em gestantes **deve ser exclusivamente tópico** (Nistatina ou Miconazol).



SAIBA MAIS: O DESAFIO DA CANDIDÍASE RECORRENTE E COMPLICADA

A candidíase de repetição é diagnosticada de forma diferente da vaginose: enquanto a vaginose exige 3 episódios no ano, a candidíase é considerada recorrente quando a paciente apresenta **4 ou mais episódios sintomáticos em 12 meses**.

Os quadros são classificados como **Candidíase Complicada** quando a doença apresenta maior gravidade ou resistência, preenchendo critérios como:

1. **Infecções recorrentes** (≥ 4 ao ano).
2. **Sintomas muito exuberantes** (fissuras severas, edema intenso e eritema acentuado).
3. **Hospedeiras especiais** (gestantes, pacientes imunossuprimidas ou diabéticas mal controladas).
4. **Infecção por espécies não-albicans**: Como a *Candida glabrata*, que possui uma sensibilidade muito menor ao Fluconazol convencional.

Para essas pacientes com quadros complicados e recorrentes, o tratamento de dose única não funciona. É necessário realizar um **tratamento prolongado**, que pode incluir, por exemplo, o uso de Fluconazol em doses repetidas (3 doses na primeira semana) seguido por uma fase de manutenção (1 dose por semana durante 6 meses) para erradicar o fungo e reequilibrar a flora.

Diagnósticos Diferenciais da Candidíase Vulvovaginal

VAGINOSE CITOLÍTICA

Excesso de *Lactobacillus*
pH < 4
Leucorreia branca, prurido
Citólise intensa
Mais comum: gestação, fase lútea, DM

TRATAMENTO

Alcalinizar com Bicarbonato
Duchas vaginais 2-3x/Sem

VAGINITE ATRÓFICA

Pós-menopausa, lactação
pH > 5
Leucorreia branca, prurido
Aumento de PMN, céls basais/parabasais
Ressecamento vaginal, fissuras

TRATAMENTO

Estrogênio tópico

VAGINITE DESCAMATIVA

Polimicrobiana
Streptococcus Beta hemolíticos
pH > 6
Corrimento purulento, dispareunia
PROCESSO INFLAMATÓRIO INTENSO

TRATAMENTO

Clindamicina tópico + corticoide

Vaginose Citolítica

A Vaginose Citolítica é considerada o oposto da Vaginose Bacteriana, pois ocorre devido a um **excesso de *Lactobacillus***.

- **Fisiopatologia e Microscopia:** Esse excesso de bacilos produz grandes quantidades de ácido láctico, tornando o pH vaginal excessivamente ácido (geralmente entre 3,5 e 4,5, marcando menor que 4,0). Essa extrema acidez agride a mucosa e causa a lise (destruição ou "citólise") das células epiteliais vaginais. Ao microscópio, observam-se fragmentos dessas células lisadas, mas **sem a presença de leucócitos em grande número**, o que ajuda a descartar quadros infecciosos clássicos.
- **Quadro Clínico e Fatores de Risco:** A paciente apresenta corrimento branco e prurido intenso, quadro muito semelhante à candidíase, mas os exames são negativos para fungos. Essa condição é mais comum em **pacientes diabéticas, durante a gestação e na fase lútea** do ciclo menstrual.
- **Tratamento:** A lógica do tratamento é reverter a acidez extrema. Portanto, o objetivo é **alcalinizar o meio** utilizando, por exemplo, duchas de bicarbonato 2 a 3 vezes na semana até a melhora dos sintomas.

Vaginite Atrófica

Este quadro não é causado por um patógeno primário, mas sim por uma **deficiência de estrogênio**.

- **Fisiopatologia e Microscopia:** Com a queda estrogênica, há uma redução natural dos *Lactobacillus* e da produção de ácido láctico, o que faz o pH vaginal subir para **acima de 5**. O epitélio vaginal sofre um intenso afinamento. Na microscopia, isso se traduz por um **predomínio de células basais e parabasais** e um aumento de polimorfonucleares (células inflamatórias).
- **Quadro Clínico e Fatores de Risco:** É extremamente comum em mulheres na **pós-menopausa** e durante o período de **lactação**. Clinicamente, a principal queixa é o **ressecamento vaginal**, associado a dor (dispareunia), prurido e uma leucorreia branca discreta.
- **Tratamento:** O tratamento de escolha é a reposição com **estrogênio tópico**. Ele age devolvendo a integridade da espessura da mucosa e aliviando os sintomas de maneira eficaz e segura.

Vaginite Descamativa

Trata-se de uma condição rara e bastante agressiva, caracterizada por um **processo inflamatório intenso da mucosa vaginal**.

- **Fisiopatologia e Microscopia:** É uma condição polimicrobiana, mas está frequentemente associada à bactéria ***Streptococcus beta-hemolítico do grupo B***. O pH vaginal sofre forte elevação, ficando **acima de 6**. Na microscopia, observa-se uma flora

mista alterada, intensa descamação de células epiteliais e um **grande número de polimorfonucleares**, comprovando a forte inflamação.

- **Quadro Clínico:** Diferente das outras vulvovaginites citadas, a vaginite descamativa cursa com um **corrimento purulento**. A paciente também sofre com irritação vulvar importante, prurido e dispareunia.
- **Tratamento:** O manejo precisa agir em duas frentes: combater a carga bacteriana e apagar o "incêndio" inflamatório. Por isso, a escolha é uma terapia combinada utilizando **Clindamicina tópica** (antibiótico) associada a um **corticoide tópico** (anti-inflamatório).

Questão Estratégica - Aplicação Clínica



QUESTÃO ENAMED - 2026

Mulher de 35 anos, diabética, com laqueadura tubária bilateral, procurou atendimento médico com queixa de prurido genital e disúria terminal, com 7 dias de evolução.

Recentemente, fez uso de antibiótico para tratamento de abscesso dental.

Ao exame especular, notava-se edema vulvar, hiperemia, fissura, corrimento esbranquiçado e teste das aminas negativo.

Com base no agente etiológico mais provável, o tratamento é

- A) Miconazol, 1 aplicador, via vaginal, por 7 noites.
- B) Cefalexina, 2 g/dia, via oral, por 7 dias.
- C) Azitromicina 1 g/dia, via oral, por 10 dias.
- D) Metronidazol, 1 aplicador, via vaginal, por 10 noites.

Comentário:

O caso clínico descreve uma mulher diabética com prurido genital intenso, disúria terminal, edema vulvar, hiperemia, fissuras, **corrimento esbranquiçado e teste das aminas negativo**. O histórico inclui uso recente de antibiótico para abscesso dental.

Identificação do Agente: O quadro é a apresentação clássica de **Candidíase Vulvovaginal**.

Exclusão de Outras Causas: O **Teste das Aminas negativo** exclui Vaginose Bacteriana e Tricomoníase. A Vaginose Bacteriana cursa com odor fétido e corrimento acinzentado. A Tricomoníase causa corrimento amarelo-esverdeado e espumoso.

Fatores de Risco: O uso de antibióticos e o diabetes são fatores que desregulam a flora vaginal, favorecendo a proliferação da *Candida*.

Tratamento Adequado: O tratamento é feito com antifúngico. A alternativa correta é **Miconazol, 1 aplicador, via vaginal, por 7 noites (A)**, que é um dos tratamentos de primeira linha.

Gabarito: Letra A

MÓDULO PLUS: USO DE PROBIÓTICOS PARA VULVOVAGINITES

O uso de probióticos tem se destacado como uma estratégia promissora, especialmente no tratamento e na prevenção das recorrências da **vaginose bacteriana**. O principal objetivo dessa terapia é auxiliar na restauração e no equilíbrio da microbiota vaginal, que depende diretamente da presença dos *Lactobacillus*.

Mecanismos de Ação

Os *Lactobacillus* utilizados como probióticos atuam inibindo a adesão e a colonização de agentes patogênicos no trato vaginal. Eles conseguem isso através da produção de dois elementos principais:

- **Biossurfactantes:** São substâncias responsáveis por diminuir a tensão superficial dos líquidos no ambiente vaginal, o que impede fisicamente a aderência dos micro-organismos ruins à mucosa.
- **Peróxido de hidrogênio:** Alguns lactobacilos produzem esse composto, que é tóxico para os patógenos que não possuem a enzima catalase para se defender.

Evidências e Estudos Clínicos

Diversas pesquisas têm testado diferentes cepas (como *Lactobacillus GG*, *L. acidophilus* oral e vaginal, *L. rhamnosus* GR-1, *L. fermentum* RC-14 e *L. crispatus*) com resultados positivos. Pacientes tratadas relatam a melhora dos sintomas de vaginite, além de uma redução visível no corrimento e no eritema (vermelhidão) vaginal.

Estudos mostram que os probióticos têm um impacto substancial na **redução das taxas de recorrência da doença**:

- Um estudo de 2017 demonstrou que o uso de cápsulas vaginais de *L. crispatus* por 14 dias, logo após o término do tratamento padrão com metronidazol, resultou em uma **recorrência de apenas 21%**, contra 41% no grupo que usou placebo.
- Outro estudo, de 2019, utilizou probióticos vaginais de forma simultânea ao metronidazol por 7 dias, seguido por uma fase de manutenção (cápsulas diárias por 10 dias a cada 6 meses). A **taxa de recorrência caiu para 29,17%**, comparada a 58,33% no grupo controle.

Limitações e Conclusão

Os probióticos podem ser utilizados tanto em conjunto com a terapia antibiótica de primeira escolha quanto após o tratamento, servindo como uma excelente alternativa para prevenir a recorrência, fato muito importante diante do aumento global da resistência aos antibióticos.

Apesar de a eficácia em restaurar a flora vaginal e reduzir episódios de vaginose ser comprovada, **ainda não há um consenso bem estabelecido na literatura médica** em relação às vias de administração ideais, dosagens exatas, os tipos específicos de probióticos mais eficazes e as possíveis reações adversas.

REVISÃO FINAL

Resumo em 1 minuto

- **FLORA NORMAL:**
 - **Lactobacillus** (Bacilos de Döderlein).
 - **pH Ácido:** 3,8 a 4,5.
 - **Arma:** Ácido láctico.
- **VAGINOSE BACTERIANA (VB):**
 - Disbiose (queda de Lactobacillus, alta de anaeróbios).
 - **Clínica:** Acinzentado | Homogêneo | **Odor Fétido de Peixe** (piora pós-coito/menstruação).
 - **pH:** > 4,5.
 - **Critérios de Amsel (3 de 4):** Corrimento | pH elevado | Teste Aminas (+) | **Clue Cells**.
 - **Tratamento:** Metronidazol.
 - **Novo Estudo** StepUp aponta TRATAR PARCEIRO: Metronidazol (oral) + Clindamicina (tópica) no parceiro **reduz recorrência**.
- **CANDIDÍASE VULVOVAGINAL:**
 - **Natureza:** Infecção fúngica inflamatória.
 - **Gatilhos:** Antibióticos | Diabetes | Estresse | Imunossupressão.
 - **Clínica:** **Prurido Intenso** | Grumoso ("**Leite Coalhado**") | Fissuras.
 - **pH:** Normal ou Baixo (< 4,5).
 - **Microscopia:** Pseudo-hifas | Esporos.

- **Tratamento:** Fluconazol (Oral) ou Miconazol/Nistatina (Tópico).

⚠ **Gestantes: Sempre Tópico!** (Fluconazol = Risco aborto/malformação).

- **TRICOMONÍASE:**

- **Natureza:** IST (*Trichomonas vaginalis*).
- **Clínica:** Amarelo-Esverdeado | **Bolhoso/Espumoso** | Odor | Disúria.
- **pH:** > 5,0 (Alcalino).
- **Sinal Clássico:** "Colo em Framboesa / Morango".
- **Tratamento:** Metronidazol **VIA ORAL EXCLUSIVA**.
- **Regras Rígidas:** Tratar Parceiro **OBRIGATORIAMENTE** | Rastrear outras ISTs | Zero Álcool (Efeito Antabuse).

- **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:**

- **Vaginose Citolítica:** Excesso de *Lactobacillus* | pH < 4,0 | Citólise | Tratamento: Bicarbonato (Alcalinizar).
- **Vaginite Atrófica:** Pós-Menopausa/Lactação | Queda de Estrogênio | pH > 5,0 | **Ressecamento** | Tratamento: Estrogênio Tópico.
- **Vaginite Descamativa:** *Streptococcus B* | pH > 6,0 | **Purulento** | Inflamação Severa | Tratamento: Clindamicina + Corticoide.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA** a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.

- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.

- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

