

Vaginites e vaginoses

Iara Moreno Linhares¹, Rose Luce Gomes do Amaral², Renata Robial³,
José Eleutério Junior⁴

Descritores

Vaginite; Vaginose bacteriana;
Candidíase; Tricomoníase; Infecção

Como citar?

Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 24/Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).

1. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Hospital da Mulher José Aristodemo Pinotti, Campinas, SP, Brasil.

3. Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

4. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 24, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

INTRODUÇÃO

As infecções do trato reprodutivo da mulher constituem-se em importantes entidades clínicas pela frequência com que se apresentam, pela sintomatologia desconfortável, pelas repercussões psicológicas e, na sexualidade, pela possibilidade de complicações e sequelas importantes e por facilitarem a aquisição/transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outros agentes de transmissão sexual. Apesar do aprimoramento dos métodos diagnósticos e da disponibilidade de elevado número de medicamentos por via sistêmica ou local, tais afecções continuam a representar um desafio para médicos e pacientes, particularmente quando se apresentam em episódios recidivantes.⁽¹⁾

Dentre as infecções do trato reprodutivo, destacam-se as vulvovaginites e vaginoses, processos nos quais o meio ambiente vaginal fisiológico, composto primordialmente por *Lactobacillus*, encontra-se alterado, assim, possibilitando a proliferação de outros microrganismos e podendo estar associado a processo inflamatório (vaginites) ou sem evidências de inflamação (vaginoses). As vulvovaginites e vaginoses representam as queixas mais frequentes nos consultórios de ginecologia, sendo responsáveis por aproximadamente 40% dos motivos de consulta. Os sintomas são representados principalmente por corrimento vaginal, em quantidade, coloração e aspecto variáveis, associados a outros sintomas como odor desagradável, prurido, sensação de ardor e/ou queimação, disúria e dispareunia, a depender do(s) agente(s) etiológicos(s). Tais sintomas, além das repercussões anteriormente mencionadas, podem afetar negativamente a qualidade de vida.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) inclui as vulvovaginites no item **N76** – Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva, subitem **N76.0** – Vaginite aguda e **N76.1** – Vaginite subaguda e crônica. A candidíase vulvovaginal está incluída no item **B37** – Candidíase, subitem **B37.3** – Candidíase da vulva e da vagina. Não existe item específico para as vaginoses (que não são processos inflamatórios); por tal motivo, quando houver necessidade de aplicação da CID-10, podem ser designadas como N76.1.

ETIOLOGIA

- **Vaginose bacteriana (VB)** é um estado de desequilíbrio da flora vaginal caracterizado pela substituição da flora microbiana dominada por *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias e facultativas. Embora existam variações entre mulheres, as espécies mais frequentemente encontradas são *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister*, *Clostridium* e *Mycoplasmas*.⁽²⁾
- **Candidíase** é o processo inflamatório vaginal causado pela proliferação de fungos no meio vaginal que levam ao aparecimento de sintomas (corrimento, prurido, disúria, dispareunia). *Candida albicans* é o agente mais frequente (85% a 95% dos casos); outras espécies de *Candida* (*glabrata*, *tropicalis*, *parapsilosis*, *guilliermondii*, entre outras) são encontradas em aproximadamente 10% dos casos. Denomina-se **candidíase vaginal recorrente** o aparecimento de quatro ou mais episódios confirmados clínica e laboratorialmente em um período de 12 meses.⁽³⁾

- **Tricomoníase** tem como agente etiológico o parasita flagelado *Trichomonas vaginalis*, de transmissão sexual e que tem a capacidade de fagocitar bactérias, fungos e vírus, transportando-os para o trato genital superior.⁽⁴⁾
- **Vaginose citolítica** é causada pela excessiva proliferação de *Lactobacillus*, pela redução do pH vaginal e pela citólise, levando ao aparecimento de sintomas. Os fatores desencadeantes são desconhecidos.⁽⁵⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa** é uma forma pouco frequente, mas severa, de vaginite purulenta crônica. A etiologia é desconhecida; em alguns casos, têm sido identificados *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli*, e o processo inflamatório é intenso. Existe a hipótese de que fatores imunológicos e deficiência de estrogênios contribuam para a afecção.⁽⁶⁾
- **Vaginite aeróbica** é um estado de alteração do meio vaginal caracterizado por microflora contendo bactérias aeróbicas entéricas (sendo as mais frequentes *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* do grupo B), redução ou ausência de *Lactobacillus* e processo inflamatório de diferentes intensidades. Existem questionamentos a respeito de se a flora aeróbia seria a causa da vaginite aeróbica ou secundária a alterações imunológicas.⁽⁷⁾

FISIOPATOLOGIA

- **Vaginose bacteriana:** as bactérias associadas à VB alteram a resposta imune local, o que torna o meio vaginal imunossuprimido [portanto, mais suscetível a outros agentes infecciosos, como papilomavírus humano (HPV) e HIV]. Relaciona-se a diversos distúrbios do trato reprodutivo: maior prevalência em mulheres inférteis do que férteis, está associada a risco de abortamento após fertilização *in vitro*, infecções pelo HPV e neoplasias intraepiteliais cervicais, infecções após cirurgias ginecológicas, aumento da taxa de infecção pelo HIV, aumento da possibilidade de aquisição de agentes sexualmente transmissíveis, aumento do risco de infertilidade tubária; alguns estudos apontam associações com prematuridade, abortamento espontâneo, baixo peso ao nascer e endometrite pós-parto.⁽²⁾
- **Candidíase vaginal:** *Candida albicans* pode fazer parte da flora normal em baixas concentrações. Por fatores ainda pouco conhecidos, todavia, passa do estado de saprófita para o estado infeccioso, então, ocorrendo invasão das camadas do epitélio vaginal, resposta inflamatória e aparecimento de sintomas. São produzidas enzimas com atividade proteolítica (proteínases)

que favorecem a aderência e o dano às células epiteliais, o que favorece a invasão. Possuem, ainda, a capacidade de formação de biofilmes, o que facilita as recidivas.⁽⁸⁾

- **Tricomoníase:** após penetrar na vagina, o *Trichomonas vaginalis* adere fortemente às células epiteliais, ligando uma proteína de sua superfície (lipofosfoglicano) à membrana das células. Para sua sobrevivência, o parasita adquire nutrientes do meio externo, fagocitando bactérias, fungos e células do hospedeiro.⁽⁹⁾ Eritrócitos incorporam sua membrana celular para adquirir o ferro, que utiliza para seu metabolismo e aumento de virulência. Provoca resposta inflamatória e facilita a aquisição de outras infecções, inclusive a do HIV. A tricomoníase tem sido associada a complicações durante o ciclo gravídico puerperal.⁽⁴⁾
- **Vaginose citolítica:** os fatores que determinam a proliferação excessiva de *Lactobacillus* não são conhecidos (assim como não são totalmente conhecidos os fatores determinantes do pH vaginal). Discute-se se o pH mais ácido facilitaria o desenvolvimento dos *Lactobacillus* ou se ocorreria o inverso. De qualquer maneira, o excesso lactobacilar aumenta o processo citolítico, cujos produtos são responsáveis pelo aparecimento de sintomas.⁽⁵⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa:** embora bactérias como *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli* possam ser responsáveis pela estimulação do sistema imune com intensa resposta inflamatória, existem dúvidas se a afecção seria primariamente uma alteração do sistema imune, com infecção bacteriana secundária.⁽¹⁰⁾
- **Vaginite aeróbica:** em resposta à população bacteriana presente, ocorre aumento na produção de citocinas em graus variados de processo inflamatório; também é questionado o papel do sistema imune local.⁽⁷⁾

DIAGNÓSTICO

- **Vaginose bacteriana:** os sintomas são corrimento de intensidade variável, acompanhado de odor vaginal fétido (“odor de peixe” ou amoniacal), que piora com o intercursos sexual desprotegido e durante a menstruação. O odor ocorre devido à volatilização de aminas aromáticas (putrescina, cadaverina, dimetilamina) resultantes do metabolismo das bactérias anaeróbicas em contato com a alcalinidade do sêmen ou do sangue menstrual. Ao exame especular, observa-se o conteúdo vaginal de aspecto homogêneo, em quantidade variável, com coloração esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada.⁽¹¹⁾ Os critérios para diagnóstico da VB são os de Amsel⁽¹²⁾ e os

de Nugent.⁽¹³⁾ Os critérios de Amsel requerem três dos quatro itens a seguir: 1) corrimento vaginal branco-acinzentado homogêneo aderente às paredes vaginais; 2) medida do pH vaginal maior do que 4,5; 3) teste das aminas (*whiff test*) positivo 4) presença de “*clue cells*”.⁽¹⁴⁾ O escore de Nugent baseia-se em elementos avaliados na bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram). O resultado da avaliação é traduzido em escores, assim considerados: 1) escore de 0 a 3 – padrão normal; 2) escore de 4 a 6 – flora vaginal intermediária; 3) escore de 7 a 10 – VB.

- **Candidíase vaginal:** as principais queixas são prurido e corrimento, mais intensos no período pré-menstrual. Disúria e dispareunia, também, podem estar presentes. Ao exame ginecológico, observam-se hiperemia vulvar, edema e, eventualmente, fissuras e escoriações; ao exame especular, verificam-se hiperemia da mucosa vaginal e presença de conteúdo vaginal esbranquiçado ou amarelado, em quantidade variável, de aspecto fluido, espesso ou flocular, podendo estar aderido às paredes vaginais. O pH vaginal encontra-se abaixo de 4,5.⁽¹⁴⁾ A presença de fungos é confirmada por meio de: 1) exame a fresco do conteúdo vaginal com hidróxido de potássio (KOH) a 10% ou soro fisiológico; 2) bacterioscopia com coloração pelo método de Gram; 3) cultura em meios específicos. O exame a fresco possui sensibilidade em torno de 50% a 60%. A positividade do exame a fresco dispensa a continuidade da investigação. Entretanto, se tal exame for negativo e houver sintomas, está indicada a continuação do processo diagnóstico, com a bacterioscopia pelo Gram e cultura, particularmente nos casos recorrentes.⁽⁸⁾
- **Tricomoníase:** os sintomas são de corrimento geralmente profuso, amarelado ou amarelo-esverdeado, acompanhado de ardor genital, sensação de queimação, disúria e dispareunia. Ao exame ginecológico, geralmente se observam hiperemia dos genitais externos e presença de corrimento exteriorizando-se pela fenda vulvar. Ao exame especular, verifica-se aumento do conteúdo vaginal de coloração amarelada ou amarelo-esverdeada, por vezes, acompanhado de pequenas bolhas. As paredes vaginais e a ectocérvice apresentam-se hiperemiadas, observando-se ocasionalmente o “colo uterino com aspecto de morango” (*colpitis macularis*) em razão das sufusões hemorrágicas. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5 e o teste das aminas (*whiff test*) pode ser positivo devido à presença de germes anaeróbios associados à VB.⁽¹⁵⁾ O método mais utilizado para o diagnóstico é a bacterioscopia a fresco, pelo qual se observa o parasita com movimentos

pendulares (sensibilidade de 51% a 65%). A bacterioscopia com coloração pelo Gram também permite a identificação do *T. vaginalis*, nesse caso, imóvel. A cultura (meio de *Diamond*) é recomendada quando existirem sintomas e os exames anteriores tiverem sido negativos.⁽¹⁶⁾

- **Vaginose citolítica:** os sintomas são corrimento esbranquiçado e prurido de intensidades variáveis que piora no período pré-menstrual. Ardor, queimação, disúria e dispareunia podem estar associados. Ao exame clínico, observa-se o conteúdo vaginal geralmente aumentado, de aspecto flocular, fluido ou em grumos, aderente ou não às paredes vaginais. O pH encontra-se igual ou menor que 4.⁽⁵⁾ A bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram) revela aumento excessivo de *Lactobacillus*, raros leucócitos ou ausência deles, núcleos desnudos e restos celulares devido à lise das células epiteliais. Não são encontrados elementos fúngicos (hifas e/ou esporos).⁽¹⁷⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa:** a queixa, comumente de longa duração, é de corrimento profuso ou em moderada quantidade, acompanhado de desconforto acentuado, dispareunia, ardor. O exame ginecológico revela processo inflamatório, de intensidade variável, com eritema, podendo haver petéquias ou mesmo equimoses na mucosa do trato genital; a cérvice pode estar envolvida. Por vezes, é necessário remover o conteúdo vaginal para melhor observar o processo inflamatório na mucosa. Importante excluir tricomoníase.⁽¹⁸⁾
- Pela microscopia, observam-se aumento nos polimorfonucleares e nas células parabasais, ausência de *Lactobacillus* e presença de outras bactérias. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5.⁽⁶⁾
- **Vaginite aeróbica:** os sintomas são corrimento vaginal, por vezes com aspecto purulento e odor desagradável; dependendo do grau de inflamação, há queixa de disúria e dispareunia. Ao exame ginecológico, observa-se inflamação do vestibulo; ao exame especular, hiperemia da mucosa vaginal e aumento do conteúdo vaginal, em graus variáveis. O quadro clínico severo de vaginite aeróbia assemelha-se ao da vaginite inflamatória descamativa; para alguns autores, ambas seriam da mesma entidade.⁽¹⁰⁾ Por meio da microscopia do conteúdo vaginal (com microscópio de contraste de fase em aumento de 400 vezes), são avaliadas a flora microbiana e a presença de leucócitos. De acordo com a quantidade de cada elemento, a vaginite aeróbica é classificada em quatro graus, denominados de “graus lactobacilares”. Certamente, na prática, a utilização de tal classificação apresenta limitações pela não disponibilidade de treinamento profissional e equipamento adequado.⁽⁷⁾

TRATAMENTO

- **Vaginose bacteriana:** o tratamento da VB visa eliminar os sintomas e restabelecer o equilíbrio da flora vaginal fisiológica, principalmente, pela redução dos anaeróbios. Podem ser utilizados (A):^(19,20)
 - Metronidazol 500 mg por via oral (VO) duas vezes ao dia durante sete dias; OU
 - Metronidazol gel 0,75% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante cinco dias; OU
 - Clindamicina creme 2% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante sete dias.

Alternativamente:

- Tinidazol 2g por VO duas vezes ao dia, durante dois dias; OU
- Tinidazol 1g VO uma vez ao dia, durante cinco dias; OU
- Clindamicina 300 mg por VO a cada 12 horas, durante sete dias.

Os efeitos colaterais dos imidazólicos podem incluir náuseas, vômitos, cefaleia, tonturas, boca seca e gosto metálico. Deve-se recomendar abstinência de álcool durante 24 horas após o tratamento com nitroimidazólicos e abstenção de atividade sexual ou o uso de condons durante o tratamento (clindamicina tem base oleosa e pode enfraquecer condons e diafragmas).

Não existem recomendações para o tratamento das recidivas; uma possibilidade é a utilização de outro regime terapêutico; outra é o uso do mesmo regime assim que o episódio recorrente se instale. Diante de múltiplas recorrências, pode-se utilizar o metronidazol 500 mg por VO duas vezes ao dia, durante 7 a 14 dias. Se não for efetivo, utilizar metronidazol gel intravaginal duas vezes por semana, durante quatro a seis meses. Entretanto, após o término da terapia, podem surgir novos episódios recorrentes.

- **Candidíase:** para o tratamento, consideram-se as duas formas de candidíase:

1. **Candidíase não complicada** (ocorre esporadicamente, em intensidade leve ou moderada, agente é *Candida albicans*, em mulheres não comprometidas): o tratamento pode ser por via vaginal ou sistêmica, com eficácias semelhantes (A).⁽²¹⁾ Entre os derivados imidazólicos, podem ser utilizados, por via local: fenticonazol (creme na concentração de 0,02 g/g, um aplicador ao deitar, durante sete dias, ou óvulo com 600 mg em dose única), clotrimazol (creme 10 mg/g por sete dias, ou comprimido vaginal 500 mg em dose única), miconazol (creme 20 mg/g por 14 dias), econazol (creme 10 mg/g por 14 dias), butaconazol (20 mg/g em dose única), terconazol (8 mg/g por cinco dias), tioconazol

(20 mg/g por sete dias, ou óvulo 300 mg em dose única); entre os poliênicos, nistatina (creme vaginal 25.000 UI/g por 14 dias) na forma de creme vaginal. Para uso sistêmico: fluconazol (comprimido de 150 mg em dose única), cetoconazol (comprimidos de 200 mg, posologia dois comprimidos – 400 mg, durante cinco dias); e itraconazol (cápsulas de 100 mg, uma cápsula pela manhã e outra à noite, por apenas um dia) (A). Como efeitos colaterais, podem ocorrer náuseas, dores abdominais e cefaleia. Raramente ocorre elevação das enzimas hepáticas (A).⁽²²⁾

2. **Candidíase complicada** (recorrente ou severa ou por espécies *não albicans* ou em mulheres com diabetes, ou condições que comprometam o sistema imune, ou debilitadas ou recebendo imunossupressores): é importante confirmar a presença do fungo antes de iniciar o tratamento, visto que outras condições podem manifestar-se por sintomas semelhantes (vaginose citolítica, alergias, dermatopatias). Episódios isolados geralmente respondem aos esquemas anteriormente mencionados; entretanto, alguns especialistas recomendam tratamento tópico por 7 a 14 dias ou por VO (fluconazol 150 mg, total de três doses com intervalos de três dias) (B).⁽²⁰⁾ Após a remissão dos episódios agudos, podem ser utilizados esquemas de supressão com um comprimido de fluconazol (150 mg) uma vez por semana, durante seis meses (A). Outra opção são os tratamentos por via local, de maneira intermitente. Após o término do tratamento supressivo, aproximadamente 50% das mulheres permanecem livres dos episódios recorrentes s(A).⁽²²⁾ Para as manifestações severas como eritema extenso, edema, escoriações e fissuras, recomendam-se cursos prolongados de terapia, podendo ser utilizados medicamentos por via local, no período de 7 a 14 dias, ou fluconazol (150 mg) em duas doses, com intervalo de 72 horas (B).⁽²⁰⁾ Não existem recomendações terapêuticas comprovadamente eficazes para tratamento das espécies *não albicans*. Alguns autores recomendam tratamento prolongado (7 a 14 dias) com medicamentos que não sejam fluconazol; outros recomendam a utilização de óvulos vaginais manipulados contendo 600 mg de ácido bórico (C).
- **Tricomoniase:** os esquemas de tratamento recomendados são metronidazol 2g por VO em dose única ou tinidazol 2g por VO em dose única. Alternativamente, pode ser utilizado metronidazol 500 mg a cada 12 horas, durante sete dias (A).

Ensaio randomizado controlado comparando 2g de metronidazol ou tinidazol sugerem que o tinidazol é equivalente ou mesmo superior ao metronidazol na eliminação do parasita e no alívio dos sintomas (A). Recomenda-se nova testagem três meses após o tratamento.⁽²⁰⁾ Deve-se orientar para abstenção de álcool durante 24 horas após o uso de metronidazol e 72 horas após o uso de tinidazol. É importante referenciar o(s) parceiro(s) sexuais para tratamento de doença de transmissão sexual. Recomenda-se a pesquisa de outras infecções de transmissão sexual.

- **Vaginose citolítica:** não existe um tratamento específico para a afecção, visto que a etiopatogenia não é conhecida. Recomenda-se a utilização de medidas que, pelo menos temporariamente, alcalizem o meio vaginal, como o uso de duchas vaginais com bicarbonato de sódio, particularmente no período pré-menstrual (C).⁽¹⁷⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa:** o objetivo do tratamento é reduzir a população bacteriana e o processo inflamatório. Não existem, até o momento, estudos randomizados controlados. Sobel estudou 98 casos nos quais foram utilizados três diferentes esquemas terapêuticos: 1) clindamicina creme vaginal 2% – 5g, durante 21 dias; ou 2) hidrocortisona 10% intravaginal durante duas a quatro semanas; 3) creme combinando clindamicina e hidrocortisona. Houve boa resposta aos tratamentos, porém ocorreram recidivas em 30% dos casos. Para alguns autores, estrogênios, por via vaginal, utilizados periodicamente poderiam reduzir as recidivas (B).⁽⁶⁾
- **Vaginite aeróbica:** não existem normatizações para o tratamento da vaginite aeróbica. O uso de antibióticos, por via local ou sistêmica, tem sido variável segundo diferentes autores. Sugere-se que a abordagem clínica seja baseada principalmente nos achados microscópicos. Se houver predomínio de inflamação, utilizar hidrocortisona 10% por via vaginal; caso haja predomínio de atrofia, usar estrogênios via vaginal; se houver excessivo número de bactérias, indica-se o uso de antibióticos; clindamicina 2% por via local (C).⁽⁷⁾

RECOMENDAÇÕES

1. Vulvovaginites e vaginoses representam afecções importantes. Além dos sintomas desagradáveis, podem acarretar consequências sérias e facilitar a aquisição de agentes de transmissão sexual, inclusive o HIV.
2. O diagnóstico deve ser baseado na anamnese, dados do exame clínico (com medida de pH vaginal e teste das aminas) e confirmação do(s) agente(s)

etiológico(s) por meio de microscopia; quando necessário, Gram e cultura.

3. Diagnóstico de VB: utilizar critérios de Amsel ou de Nugent.
4. Tratamento de VB: metronidazol 500 mg VO de 12 em 12 horas ou metronidazol gel ou clindamicina 2% vaginal, todos durante sete dias; alternativamente, tinidazol 2g por VO duas vezes ao dia, por dois dias (A), ou tinidazol 1g VO uma vez ao dia, por cinco dias (A), ou clindamicina 300 mg por VO de 12 em 12 horas, por sete dias (A). Abstenção de álcool e atividade sexual. Nas recorrências frequentes: repetir o tratamento e utilizar metronidazol gel duas vezes por semana por quatro a seis meses (C).
5. Diante da suspeita de candidíase, deve-se confirmar a presença de fungos por meio de análise laboratorial, porque outras afecções podem causar os mesmos sintomas: prurido e corrimento esbranquiçado (vaginose citolítica, alergias, dermatites vulvares).
6. Tratamento: para candidíase não complicada, os esquemas por VO ou por via vaginal apresentam a mesma eficácia (A). Atentar para fatores predisponentes. Para candidíase complicada: tratamento tópico por 7 a 14 dias ou oral (fluconazol 150 mg total de três doses, com intervalos de três dias) (B). Recorrências: fluconazol 150 mg total de três doses, com intervalos de três dias; e supressão com fluconazol 150 mg semanalmente, por seis meses (A). Após o término, 50% dos pacientes têm boa resposta.
7. Tricomoníase: corrimento geralmente abundante, ardor, queimação, disúria, dispareunia nos casos agudos. Casos crônicos: sintomas mais frustrados. Importante confirmar diagnóstico (exame a fresco, eventualmente cultura em meio específico).
8. Tratamento de tricomoníase: metronidazol 2g VO em dose única ou tinidazol 2g VO em dose única. Alternativamente: metronidazol 500 mg a cada 12 horas, durante sete dias (A). Proscrever a ingestão de álcool e atividade sexual. Importante a abordagem do(s) parceiro(s). Por tratar-se de infecção sexualmente transmissível, rastrear para outras doenças sexualmente transmissíveis.
9. Vaginite citolítica: importante microscopia (aumento *Lactobacillus*, núcleos desnudos, ausência/raros leucócitos, presença de fragmentos celulares e ausência de fungos). Não há tratamento específico;

sugere-se alcalinizar o meio vaginal com duchas de água e bicarbonato de sódio, particularmente no período pré-menstrual (C).

10. Vaginite inflamatória descamativa: sintomas geralmente crônicos, corrimento purulento, dispareunia, ardor; sinais inflamatórios de intensidade variável. Tratamento: clindamicina 2% por 14 dias ou hidrocortisona 10% por duas a quatro semanas, ou ambos associados. Estrogenioterapia local é útil (D).
11. Vaginite aeróbica: mesmas recomendações, acrescidas de antibiótico oral, eventualmente (D).

REFERÊNCIAS

1. Linhares IM, de Assis JS, Baracat EC. Infecções do trato reprodutivo recidivantes. In: Baracat EC. *Condutas em ginecologia baseadas em evidências*. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 203-10.
2. Nasioudis D, Linhares IM, Ledger WJ, Witkin SS. Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. *BJOG*. 2017;124(1):61-9.
3. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 2 – Vaginal immunology. p. 7-12.
4. Fichorova RN. Impact of *T. vaginalis* infection on innate immune responses and reproductive outcome. *J Reprod Immunol*. 2009;83(1-2):185-9.
5. Yang S, Zhang Y, Liu Y, Wang J, Chen S, Li S. Clinical significance and characteristics clinical differences of cytolytic vaginosis in recurrent vulvovaginitis. *Gynecol Obstet Invest*. 2017;82(2):137-43.
6. Reichman O, Sobel J. Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(7):1042-50.
7. Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S, Ruban K, Vieira-Baptista P. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. *Res Microbiol*. 2017;168(9-10):845-58.
8. Ledger WJ, Witkin SS, editor. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 4 – *Candida* vulvovaginitis. p. 29-45.
9. Graves A, Gardner WA Jr. Pathogenicity of *Trichomonas vaginalis*. *Clin Obstet Gynecol*. 1993;36(1):145-52.
10. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 7 – Cytolytic vaginosis, aerobic vaginitis and descamative inflammatory vaginitis. p. 69-76.
11. Sobel JD. Vaginitis. *N Engl J Med*. 1997;337(26):1896-903.
12. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*. 1983;74(1):14-22.
13. 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;29(2):297-301.
14. Sobel JD, Brooker D, Stein GE, Thomason JL, Wermeling DP, Bradley B, et al. Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. Fluconazole Vaginitis Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(4 Pt 1):1263-8.
15. Miller WC, Swygard H, Hobbs MM, Ford CA, Handcock MS, Morris M, et al. The prevalence of trichomoniasis in young adults in the United States. *Sex Transm Dis*. 2005;32(10):593-8.
16. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 6 – *Trichomonas* vaginitis. p. 59-67.
17. Cibley LJ, Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165(4 Pt 2):1245-9.
18. Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):850-5.
19. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1-137.
20. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, et al. Suppressant antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1283-9.
21. Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond C, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD002845.
22. Sobel JD. Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Drugs*. 2003;63(11):1059-66.