

Tricomoniase

Cristiane Guimarães Fonseca¹
Mauro Romero Leal Passos²

A tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis* no trato gênito-urinário da mulher e do homem. É o tipo mais freqüente de vulvovaginite na mulher adulta.

Coube a Alfred Donné, na França, em 1836, a descoberta do agente etiológico.

Mais de 100 espécies do gênero *Trichomonas* já foram descritas, contudo três delas foram isoladas no homem: o *T. tenax*, na cavidade oral, o *T. hominis*, no tubo digestivo, e o *T. vaginalis*, no trato gênito-urinário. Não é relatado patogenicidade pelas duas primeiras espécies.

O agente etiológico

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário cosmopolita, anaeróbico, provido de grande mobilidade, devido a seus quatro flagelos e uma membrana ondulante ântero-lateral. Tem uma estrutura que percorre todo seu corpo, sendo proeminente na parte posterior — o axostilo. Sua forma é ovalada, medindo em média 15µm, sendo pouco maior do que um leucócito. O núcleo, também oval, está localizado próximo aos flagelos. Não possui mitocôndrias, alimentando-se por fagocitose e osmose. Sua multiplicação é por divisão binária, crescendo

bem em meio úmido, pH de 4,9 a 7,5 à temperatura de 35 a 37°C.

O *T. vaginalis* é morto facilmente pela dessecação e exposição prolongada à luz solar. Contudo, em material colhido da vagina misturado com soro fisiológico, é capaz de manter-se ativo, entre lâmina e lamínula, por tempo superior a cinco horas.

Epidemiologia

A via de transmissão principal é o contato sexual.

O ser humano é vetor e hospedeiro único e obrigatório do *T. vaginalis*, funcionando a mulher como reservatório. Em casos de infecção crônica, o homem também atua como reservatório.

É possível, em condições especiais, a transmissão por meio de banheiros públicos, saunas, toalhas de banho, material para exame ginecológico indevidamente esterilizado, contudo estes casos são estatisticamente desprezíveis.

Sua freqüência varia de três a 15% em pacientes assintomáticos atendidas em clínica ginecológica⁽¹¹⁾. Através de nossas verificações, encontramos aproximadamente 14% de processo inflamatório por trichomonas em colpocitologias de pacientes atendidas no Instituto Ginecológico da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Leitzke et al.⁽⁴⁾ detectaram tricomoníase em 27% das mulheres que procuraram o Posto de Prevenção do Câncer Ginecológico da Escola Paulista de Medicina, em 1979.

Não é comum a cura espontânea de mulher infectada. No homem pode ocorrer a descolonização espontânea do trato urinário baixo em três semanas, desde que não ocorra reinfeção ou infestação crônica⁽⁷⁾.

A tricomoníase é a infecção que mais se associa a outras D.S.T. A associação com gonorréia varia de três a 40%. Ovcinnikov⁽⁹⁾ mostrou, através da microscopia eletrônica, a endocitobiose, que representa a sobrevivência de *Neisseria gonorrhoeae* no interior do *T. vaginalis*, mantendo as neisserias suas características morfofuncionais. Neste particular, Stree et al.⁽¹³⁾ estudaram *in vitro* misturas de suspensões da *N. gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis* e *C. trachomatis*, após a ingestão desses microrganismos pelos trichomonas. As culturas estudadas indicam que o gonococo e o micoplasma são ingeridos e que o número de organismos viáveis intracelulares decai muito e a maioria dos gonococos estão mortos dentro de seis horas e todos os micoplasmas dentro de três horas. Não existem evidências, seja através de cultura ou de microscopia eletrônica, que a *C. trachomatis* persista em culturas mistas com *T. vaginalis*.

Patogenia

Christian et al.⁽¹⁾ sugeriram que é a movimentação enérgica e intensa dos trichomonas contra as células sua principal ação citotóxica.

Vários estudos tentam estabelecer a correlação entre displasia cervical

¹ Interna Setor de D.S.T. Dept.º Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

² Professor Assistente e Chefe de D.S.T. (MIP) Universidade Federal Fluminense

e tricomoníase. Naguib⁽⁸⁾, em 46 casos de colpocitologias classe III-IV, encontrou 13 (28,3%) de associação com tricomoníase. Meisels⁽⁶⁾, em 39 casos de displasia, correlacionou 11 (28,2%) com tricomoníase. No Instituto de Ginecologia da U.F.R.J., em 31 casos de displasia cervical foram achados seis (19,35%) associados à tricomoníase. Por outra observação, de 137 processos inflamatórios por trichomonas, seis (4,37%) apresentavam associação com displasia cervical.

É necessário que se façam estudos com análise de todos os ângulos, principalmente para essas patologias do colo, que na verdade estão associadas com múltiplas infecções e inflamações crônicas, traumatismo local (partos e abortamentos) e o fator de predisposição individual. Achamos que na patologia do colo os fatores são múltiplos.

Então, antes de qualquer terapêutica mais agressiva no colo uterino, o mais lógico deve ser proceder um tratamento local e sistêmico, avaliação do parceiro, para posterior reavaliação do caso. O acompanhamento citológico revela comumente regressão do quadro displásico.

Quadro clínico

No homem — Na quase totalidade dos casos é assintomático, mas alguns apresentam quadro clínico típico de uma uretrite não gonocócica acrescido de prurido no meato uretral ou sensação de fisgadas na uretra.

Complicações como prostatite, vesiculite e epididimite podem ocorrer, tendo como agravante maior a oligospermia, determinante, por vezes, de esterilidade conjugal.

Na mulher — A ausência de sintomas ocorre com freqüência nas mulheres infectadas de trichomonas. Entretanto como estas são capazes de transmitir a doença e a maioria apresentarão manifestações clínicas, devem ser tratadas.

Na fase aguda, é característico corrimento vaginal abundante, amarelo-esverdeado ou cinzento, espumoso, com odor acre associado a edema e hiperemia da mucosa vulvovaginal e cervical. Este eritema toma aspecto de framboesa e representa uma colpíte multifocal. O prurido vaginal é freqüente. A disúria e/ou polaciúria podem coexistir, bem como a dispareunia.



Fig. 1 — Vulvovaginite por *T. vaginalis*

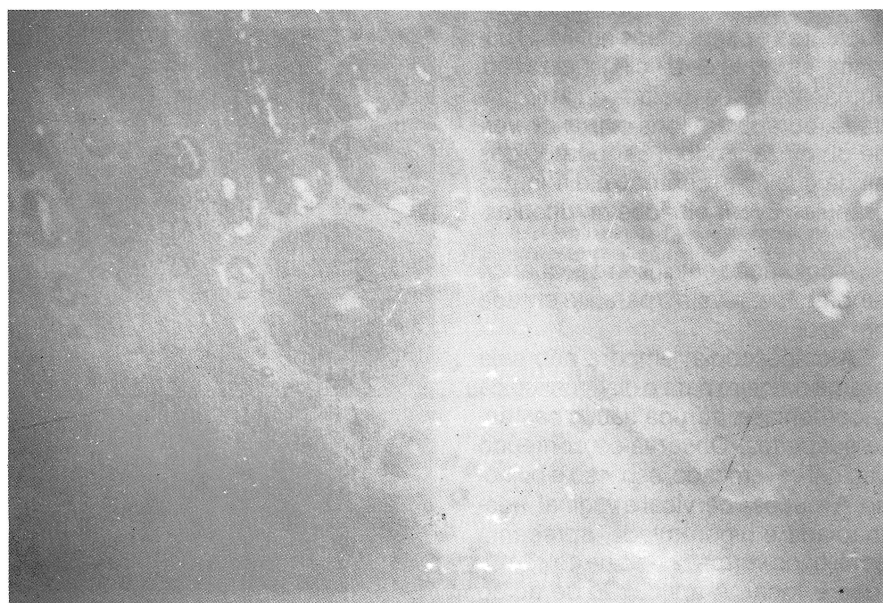


Fig. 2 — Colpíte — Observar aspecto bolhoso do corrimento vaginal

Na forma crônica, que representa a maior parte dos casos, todos os sinais e sintomas anteriormente descritos diminuem de intensidade e são bem tolerados pela paciente. O exame clínico revela leve ou moderado eritema vulvovaginal, com pouca secreção branco-amarelada, que pode ter bolhas e odor acre. O aspecto de mucosa em framboesa desaparece. O desconforto à micção e a dispareunia quase não são relatados. Frequentemente, há exacerbação do quadro periodicamente.

Embora seja relatado que o *T. vaginalis* só se desenvolve em epitélio vaginal de mulheres adultas cujo pH varia de 4,5 a 5, a tricomoníase urogenital pode ocorrer em crianças. O contato com fômites é a principal via de transmissão, quando não existe o contato sexual. A sintomatologia é basicamente igual à da mulher adulta, entretanto é maior o comprometimento da região vulvar.

Diagnóstico

É incompleto o diagnóstico da tri-

comoníase urogenital baseado apenas na anamnese e sinais objetivos do exame ginecológico.

O método mais correto para firmar-se o diagnóstico é através do exame direto. A citologia corada e a cultura de secreção podem ser também usadas.

O exame direto ou a fresco consiste em colocar uma gota da secreção do fundo de saco vaginal posterior e uma gota de solução de cloreto de sódio a 0,9% entre lâmina e lamínula e observar ao microscópio. Com objetiva de 10X ou 40X, é possível visualizar o protozoário movendo-se ativamente entre células epiteliais e leucócitos.

O esfregaço cérvico-vaginal corado pelo método de Papanicolaou ou de Shorr revela citólise, leucócitos e muco característico de aspecto granuloso. Alterações inflamatórias intensas são observadas nas células epiteliais, sobretudo apagamento de bordas ectoplasmáticas, halos perinucleares e pseudo-eosinofilia. O parasita, às vezes de difícil visualização, apresenta forma ovalada ou arredondada, corado em tons claros de verde ou cinza. Podem ser percebidos ainda núcleo excêntrico e diminutos grânulos avermelhados no citoplasma.

A coloração pelo Giemsa, quando empregada, revela o parasita corado em azul.

A colposcopia, embora não seja exame rotineiro para o diagnóstico da tricomoníase, agrupa dados bastante suspeitos. Observa-se conteúdo vaginal esverdeado, espesso e bolhoso. A mucosa cervical e vaginal, edemaciada e hiperemiada, apresenta pontilhado vermelho fino de colpíte difusa e focal. A aplicação de ácido acético provoca vasoconstricção das alças capilares, diminuindo a nitidez do pontilhado. O teste de Schiller revela iodopositividade, com pontilhado branco típico.

A cultura em meios de Feinberg-Whittington-CPLM, Küpferberg, Trussel ou de Loewe dá bom resultado. Todavia, o seu emprego na prática médica, além de onerar e atrasar o diagnóstico, não apresenta resultados tão melhores do que o exame direto que justifique sua feita, exceto para fins de pesquisa ou quando sob forte suspeita clínica, o exame a fresco e corado se revelam repetidamente negativos.

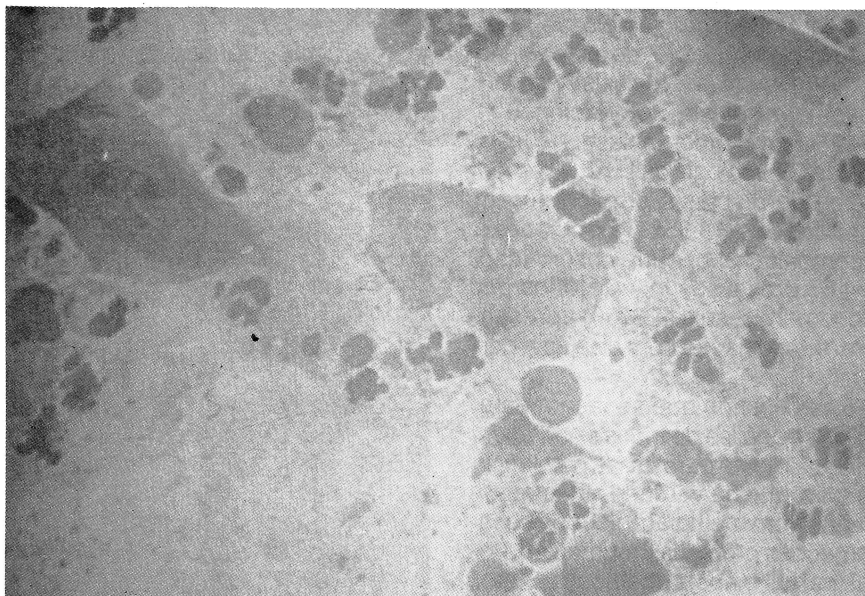


Fig. 3 — Aspecto de colpocitologia corada onde notam-se *Trichomonas vaginalis* de forma oval

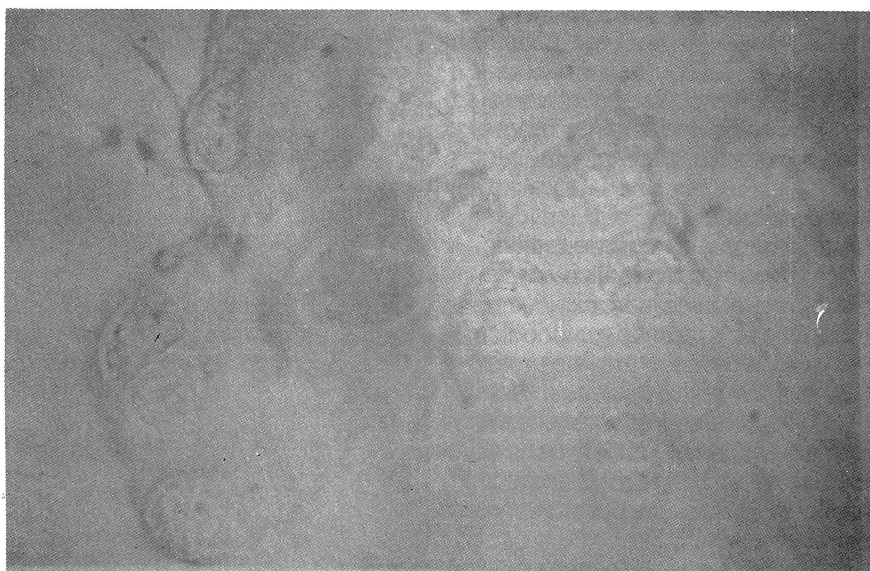


Fig. 4 — Aspecto da colpocitologia corada observando-se alterações celulares com binucleações inclusive

O controle de cura deve ser feito através do exame fresco e da citologia corada.

Tratamento

O tratamento deve ser simultâneo para os parceiros sexuais, sendo sistêmico e local para a mulher e apenas sistêmico para o homem. O médico deve orientar para que seja feita abstinência sexual e para que não seja ingerida qualquer bebida alcoólica, pois o aparecimento de náuseas, vô-

mitos, cólicas intestinais, tonteiras e rubor cutâneo é freqüente.

Segundo afirmação de Hurley⁽¹⁴⁾, a associação de candidíase e tricomoníase é infreqüente, ocorrendo na prática em 0,3% das pacientes, o que nos leva a repudiar o uso de associação medicamentosa e preferir drogas específicas para o tratamento da tricomoníase.

Medicação sistêmica

- *Metronidazol* — 250mg (1 compri-

mido) V.O. a cada 12 horas por 10 dias.

- *Nimorazol* — 1g (2 comprimidos de 500mg) V.O. a cada 12 horas. Total de seis comprimidos.
- *Ornidazol* — 1,5g (3 comprimidos de 500mg) V.O. Dose única.
- *Tinidazol* — 2g (4 comprimidos de 500mg) V.O. Dose única.

Medicação local

- *Metil-Partricina* — 1 óvulo ou 1 aplicador cheio de creme (25.000 U.I.) na vagina ao deitar, durante 15 dias.
- *Metronidazol* — 1 óvulo ou 1 aplicador cheio de creme na vagina ao deitar por 10 dias.
- *Ornidazol* — 1 óvulo de 500mg na vagina ao deitar por 5 dias.
- *Tinidazol* — 1 óvulo na vagina ao deitar por 10 dias.

Grávidas — Nestas eventualidades, emprega-se apenas o tratamento local, embora o metronidazol não seja um comprovado agente teratogênico ou toxigênico para o feto. O tratamento sistêmico deve ser feito após o parto.

Crianças — O metronidazol por via oral na dose total de 80mg/kg de peso, divididas em duas doses diárias, por um período de 5 a 10 dias, é usado em geral com sucesso. Deve-se associar a medicação local dando preferência aos cremes, e usa-

da por meio de aplicadores próprios para virgens.

Na tricomoníase recidivante, deve-se observar a falha no tratamento que se dá por uso incorreto da medicação, tempo insuficiente ou por ausência de tratamento por um dos parceiros sexuais. O contato com outras pessoas infectadas não deve ser esquecido.

Nas *agudizações* da tricomoníase, deve-se atentar para a terapêutica incorreta, o abandono da medicação antes de erradicada a infecção, a ausência de tratamento do parceiro sexual e inobservância de abstinência sexual durante o tratamento.

Nas *recidivas* é importante questionar contato sexual com outras pessoas infectadas e pesquisar a localização uretral do parasita após terapêutica específica.

Embora tenha sido publicada a resistência *in vitro* do *Trichomonas vaginalis* ao metronidazol, não é esta uma causa usual de insucesso terapêutico⁽⁵⁾.

Temos observado que os esquemas com tempo prolongado, levam o abandono, por parte da cliente, antes do intervalo prescrito. Isto leva na prática a uma maior taxa de insucesso terapêutico. Por isto usamos o esquema com tinidazol para dose única com modificação: repetição da dose após uma semana. Esta posologia é

bem aceita pelos parceiros contando com a vantagem de melhorar, sensivelmente, a percentagem de cura clínica e microbiológica.

Referências

- 1. CHRISTIAN RT, MILLER NF, LUDOVICI PP, RILEY GM — A study of *Trichomonas vaginalis* in human cell culture. *Am J Obstet Gynecol*, 85: 947, 1963.
- 2. CRUICKSHANK R — *Microbiologia Médica*, 4ª ed. Fund. Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1973.
- 3. ESCHENBACH DA — Vaginal infection. *Clin Obstet Gynecol*, 26(1): 186, 1983.
- 4. LEITZKE G, MARTINS NV, GATTI AMG, TERREIRO LM, ALVES DE LIMA Fº O — Alterações colposcópicas e citológicas acarretadas pelo *T. vaginalis* — Eficácia do tinidazol no tratamento da tricomoníase genital. *Rev Bras Clin Terap*, 8: 69, 1979.
- 5. MEINGASSNER JG, THURNER J — Stain of *Trichomonas vaginalis* resistant to metronidazole and other 5-nitroimidazoles. *Antimicrob Agents Chemother*, 15: 254, 1979.
- 6. MEISELS A — Dysplasia and carcinoma of the uterine cervix IV. A correlated cytologic and histologic study with special emphasis on vaginal microbiology. *Acta Cytol*, 13: 224, 1969.
- 7. MONIF G — *Doenças Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1978.
- 8. NAGUIB SM, COMSTOCK GW, DAVIS HI — Epidemiologic study of trichomoniasis in normal women. *Am J Obstet Gynecol*, 27: 607, 1966.
- 9. OVCINNIKOV NM e cols. — Further studies of *Trichomonas vaginalis* with transmission and scanning electron microscopy. *Brit J Vener Dis*, 51: 357, 1975.
- 10. PERES JAT, ALVES DE LIMA Fº O, MARTINS NV — Doenças sexualmente transmissíveis. *JBM*, 42(6): 115, 1982.
- 11. REIN MF, CHAPEL TA — *Trichomonas*, candidiasis and the minor venereal diseases. *Clin Obstet Gynecol*, 18: 73, 1975.
- 12. SIBOULET A — *Aspects Actuels de la Thérapeutique des Maladies Sexuelles Transmissibles*. Institut Alfred Fournier, Paris (Fotocópia).
- 13. STREE DA et al. — Interaction between *Trichomonas vaginalis* and other pathogenic microorganisms of the human genital tract. *Br J Vener Dis*, 60: 31, 1984.
- 14. HURLEY R — Recurrent candida infection. *Clin Obstet Gynaecol*, 8: 209, 1981.

VIII Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual

Septiembre 1991 — Santiago, Chile
Organizado por la Fundación Nacional contra el SIDA
FUNACS

Presidente: Dr. Juan Bernal, Casilla 132-12 — Santiago, Chile
Telex: 340412 PB VTR-CK FOR ETS
Fax: ETS 56-02-2742823