



ARTIGO

O CORRIMENTO VAGINAL DURANTE A GRAVIDEZ

VULVOVAGINAL DISCHARGE IN PREGNANCY

JOSÉ A. SIMÕES ⁽¹⁾ PAULO C. GIRALDO ^(1,2)

RESUMO

O corrimento vaginal durante a gestação poderá servir como um importante marcador das doenças de transmissão sexual que em última análise poderão estar ligadas a resultados bastante desfavoráveis e comprometedores do bem estar materno-fetal. Por outro lado, a presença do corrimento vaginal, achado muito freqüente nesta ocasião, não obrigatoriamente terá que estar ligado a um processo infeccioso ou patológico. Cabe ao obstetra, a difícil responsabilidade de não errar nem por excesso e nem por falta.

Os autores fazem uma revisão destes aspectos, enfocando as mudanças fisiológicas próprios do período gestacional relacionando-as com os aspectos clínicos relevantes. Pontos fundamentais da epidemiologia, diagnóstico clínico/ laboratorial e tratamento das principais vulvovaginites/Cervicitias (Candidíases, Tricomoníases, vaginoses bacterianas, clamídiase, gonococíase) foram revisados, mostrando a importância do diagnóstico precoce.

São apontados de forma compreensiva, os principais passos necessários para a abordagem do corrimento vaginal na grávida, estabelecendo-se prioridades de investigação e dando um esquema prático de tratamento.

⁽¹⁾ Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP, Brasil.

⁽²⁾ Department of Obstetrics and Gynecology, Cornell University Medical College, N.Y, USA.

Endereço para Correspondência

José Antonio Simões
Departamento de Tocoginecologia FCM/UNICAMP
Cidade Universitária Zeferino "Vaz"
Distrito de Barão Geraldo
Campinas/SP CEP: 13083-970

Palavras-Chave: Vulvovaginitis, gravidez, epidemiologia, diagnóstico, tratamento.

Keywords: Vulvovaginitis, pregnancy, epidemiology, diagnosis, treatment.

ABSTRACT

Vaginal discharge during pregnancy can serve as an important marker of sexually transmitted diseases which in a last analysis could be linked to results which are very unfavorable and harmful to maternal-fetal well-being. On the other hand the presence of vaginal discharge during this period, would not necessarily have to be linked to an infectious process which forces the obstetrician to be cautious, allowing no room for error.

*Mudanças fisiológicas
ocorridas durante a gravidez
podem dificultar
o diagnóstico, favorecer
a instalação de algumas
infecções.*

The authors review these aspects, focusing on the normal physiological changes during pregnancy, relating them to their relevant clinical aspects.

Fundamental points of epidemiology, clinical and laboratorial diagnosis and treatment for the principal vulvo vaginitis/cervicitis (candidiasis, trichomoniasis, bacterial vaginosis, Chlamydiasis) were reviewed, showing how important an early diagnosis is.

The main steps towards the approach of vaginal discharge during pregnancy, the setting up of investigation priorities and having a practical scheme of treatment is set out comprehensively.

INTRODUÇÃO

O corrimento vaginal é um dos problemas mais freqüentes na prática diária do tocoginecologista e infelizmente continua sendo abordado de maneira muito simplista na maioria das vezes. Pode ser percebido pela mulher ou encontrado durante o exame ginecológico. Apesar de poder estar geralmente associado a um processo inflamatório e/ou infeccioso da vagina ou do colo uterino, é importante salientar que nem sempre a sua presença constitui-se necessariamente numa infecção. Muitas vezes pode ser conseqüente a um aumento do conteúdo normal da vagina, ou estar relacionado a um processo inflamatório, porém não-infeccioso (Tabela 1).

Durante a gravidez, o corrimento vaginal possui aspectos peculiares, embora as causas e o diagnóstico na mulher grávida sejam similares àqueles das mulheres não-grávidas. O manuseio do corrimento vaginal na gestante pode se tornar difícil, particularmente se é decorrente de um processo infeccioso, em decorrência de fatos como: Efeitos tóxicos e teratogênicos de certos medicamentos; eventual possibilidade de infecção fetal; associação e desencadeamento de trabalho de parto prematuro (TPP), rotura prematura de membranas (RPM) e prematuridade. Além disso, mudanças fisiológicas ocorridas durante a gravidez podem dificultar o diagnóstico, favorecer a instalação de algumas infecções ou ainda torná-las mais resistentes aos tratamentos habituais(1).

Neste artigo, revisaremos algumas alterações fisiológicas da gravidez associadas às vulvovaginites e traçaremos um guia genérico para a abordagem diagnóstica das mesmas. Final-

mente descreveremos as causas mais comuns de corrimento vaginal, enfocando os aspectos mais relevantes dos mesmos relacionados à gestação.

Modificações do Trato Genital durante a Gravidez

A anatomia do trato genital modifica-se consideravelmente durante a gravidez. As paredes vaginais hipertrofiam-se, perdem a sua rugosidade característica e são muito mais vascularizadas. No colo uterino há uma intensa hiperplasia glandular, dando origem às ectopias e levando à exposição de uma área maior de epitélio colunar em contato com o meio vaginal. Como conseqüência há uma produção maior de "secreções" cervical e vaginal, com um aumento significativo do fluxo vaginal (2).

A acidez vaginal é variável e dependente da descamação e da quantidade de glicogênio das células epiteliais. Durante a gravidez, graças ao aumento dos hormônios sexuais femininos, ocorre uma maior concentração de células epiteliais vaginais descamadas e ricas em glicogênio, o que constitui-se num excelente meio para a reprodução dos lactobacilos. Estes, por sua vez, ao promoverem a glicogenólise, liberam ácido láctico em maior quantidade e aumentam a acidez vaginal, exercendo assim um papel protetor contra a proliferação bacteriana, especialmente dos anaeróbicos.

Estas alterações estão de acordo com a lógica biológica para que o conceito chegue ao mundo através de uma vagina habitada pelo menor número possível de microorganismos virulentos. Contudo, além dos lactobacilos, os fungos também se adaptam bem num meio mais ácido, havendo boas oportunidades para a *Candida albicans* se proliferar.

O sistema imunológico também encontra-se alterado durante a gravidez e pode afetar a história natural de algumas infecções. A imunidade celular diminui e, como resultado, diminui a atividade dos linfócitos T, que estão re-

A prática têm demonstrado que uma rotina simples e sistemática de consulta ginecológica é suficiente para um diagnóstico correto e imediato.

duzidos pela metade nas gestantes. Esses linfócitos, responsáveis direto pela imunidade celular, são importantes na formação da resposta de defesa no combate à proliferação exagerada de fungos, vírus e bactérias (3).

Enquanto essa atividade do sistema imune específico está alterada, mecanismos não específicos de defesa, aumentam sua atividade, na tentativa de promover alguma compensação e equilíbrio. O número de leucócitos e a capacidade funcional dos macrófagos também aumentam proporcionalmente com o evoluir da gravidez.

Essa imunomodulação gravídica serve para garantir a implantação e o desenvolvimento bem sucedidos da nova vida, porém traz consequências para a saúde da mulher grávida, que passa a ter seus mecanismos de defesa alterados, o que impõe uma completa adaptação e um novo estabelecimento do ecossistema vaginal.

Guia para abordagem diagnóstica das mulheres com corrimento vaginal

A prática tem demonstrado que uma rotina simples e sistemática de consulta ginecológica (anamnese dirigida, exame especular e rotina bacterioscópica simples) é suficiente para um diagnóstico correto e imediato na maioria dos casos de corrimento vaginal. O diagnóstico feito sem um embasamento teórico bem fundamentado, quase sempre no palpito e até muitas vezes feito pelo telefone, é um erro profissional grave que além de não resolver o problema, pode em muitas vezes agravá-lo. Dados ainda não publicados, mostraram que em mulheres não grávidas a presença de corrimento clinicamente sugestivo de candidíase vaginal, apenas 41% dos casos tiveram o diagnóstico confirmado por bacterioscopia e/ou cultura apropriada e que em 15,4% dos casos, o diagnóstico de candidíases vaginal foi feito, quando o aspecto clínico sugeria Vaginose bacteriana. Estes dados confirmam os achados internacionais que procuram mostrar a importância da integração entre a anamnese, exame ginecológico e os testes laboratoriais simples(4), (5).

Anamnese: A descrição subjetiva da paciente em relação às características do corrimento

nem sempre é muito útil para o diagnóstico correto. Nenhum sintoma é único ou patognomônico de qualquer causa de corrimento vaginal. Portanto, o ginecologista consciente nunca deve tra-

tar uma mulher com queixa de corrimento vaginal sem realizar no mínimo um exame ginecológico cuidadoso.

Exame ginecológico: Deve ser iniciado pela inspeção da vulva, com atenção especial às alterações de coloração e presença de lesões. Após a introdução do espéculo, deve-se avaliar cuidadosamente as características do corrimento (quantidade, coloração, consistência), da parede vaginal e do colo uterino (sinais de processo inflamatório). Contudo, é importante salientar que os sinais das vulvovaginites também são inespecíficos e algumas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas. Ao realizar-se o diagnóstico baseando-se apenas nas características clínicas do corrimento, incorre-se num erro em mais da metade das vezes. Por isso, a observação cuidadosa deve ser apenas a primeira etapa de um procedimento sistemático de testes fáceis, baratos e que não consomem mais do que cinco minutos. Sem a medida do pH vaginal, o teste das aminas ("do cheiro") e a bacterioscopia do conteúdo vaginal, podemos dizer que torna-se muito difícil um diagnóstico etiológico correto (6).

Medida do pH vaginal: a medida do pH vaginal é um teste rápido e simples que produz informações valiosas. É realizado através de uma fita de papel indicador de pH colocada em contato com a parede vaginal durante um minuto. Deve-se tomar cuidado para não tocar o canal cervical, que possui um pH muito mais básico que a vagina e pode provocar distorções na leitura. Este aspecto evidencia-se ainda mais na grávida, pelo exposição natural e esperada das glândulas endocervicais para a vagina. O valor do pH vaginal normal varia de 3,8 a 4,5.

Teste das aminas ("do cheiro"): algumas aminas são produzidas pela flora bacteriana vaginal, particularmente pelos germes anaeróbicos. Estas aminas podem ser identificadas quando o conteúdo vaginal é misturado com 1-2 gotas de hidróxido de potássio

(KOH) a 10%. Na presença de vaginose bacteriana ocorre uma liberação de aminas com odor bastante fétido, semelhante ao odor de peixe. Odor semelhante também pode ser observado em alguns casos de tricomoníase vaginal.

Bacterioscopia do conteúdo vaginal: a análise microscópica do conteúdo vaginal é, na prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal. Diferentes técnicas podem ser utilizadas para preparar o conteúdo vaginal para análise: à fresco, com KOH a 10% e/ou esfregaço corado pelo Gram.

O achado microscópico típico de um conteúdo vaginal normal inclui: células epiteliais vaginais em quantidade moderada (usualmente em maior número que os leucócitos); predominância de lactobacilos em relação às outras espécies de bactérias; ausência de "clue-cells", *Trichomonas vaginalis*, hifas e esporos de leveduras.

Culturas: as culturas em meios de rotina não possuem nenhum valor no diagnóstico do corrimento vaginal. Como o ecossistema vaginal é composto por uma flora bacteriana mista, quase sempre haverá crescimento de uma ou mais bactérias, mas que raramente estão associadas com o processo patológico. A maioria dessas bactérias fazem parte da flora vaginal normal. Somente possuem valor no diagnóstico as culturas específicas, que devem ser reservadas aos poucos casos de recorrência ou dificuldade diagnóstica com os procedimentos anteriores.

Citologia oncótica (Papanicolaou): Apesar de poder prestar alguma ajuda, não deve ser utilizada rotineiramente para o diagnóstico do corrimento vaginal. Possui baixa sensibilidade e especificidade, visto ser um exame realizado mais no sentido de evidenciar-se alterações celulares oncogênicas. Além disso, muitas mulheres normais e assintomáticas podem apresentar *Candida sp* e/ou *Gardnerella vaginalis* como parte de sua flora normal.

CORRIMENTO VAGINAL FISIOLÓGICO

É importante salientar que muitas mulheres que procuram o ginecologista com queixa de corrimento vaginal, na realidade não possuem nenhuma patologia. O "corrimento" que

A análise microscópica do conteúdo vaginal é, na prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal.

reclamam nada mais é do que o conteúdo vaginal fisiológico.

O fluxo vaginal tem uma composição complexa que inclui muco cervical, secreções transudadas através da parede vaginal e células epiteliais vaginais descamadas. A quantidade média diária é de aproximadamente 3 gramas, porém pode variar muito com a idade, excitação sexual, estado emocional, fase do ciclo menstrual e com a gravidez (7). Geralmente há um aumento do fluxo vaginal normal durante a gestação, devido às alterações fisiológicas descritas anteriormente.

O corrimento vaginal fisiológico é transparente ou branco, inodoro, de aspecto mucóide, homogêneo ou pouco grumoso. O pH vaginal é normal e o teste das aminas negativo. Na microscopia, a flora vaginal é predominada pelos lactobacilos, com células epiteliais descamativas e presença de raros leucócitos.

Numa gestante com estas características, o único cuidado a ser adotado é uma orientação bastante clara, transmitindo-lhe a confiança e a segurança da normalidade.

CANDIDÍASE VAGINAL

A candidíase vaginal é a causa mais comum de vulvovaginite infecciosa durante a gravidez. Sua prevalência tem sido relatada como sendo até dez vezes maior do que nas mulheres não-grávidas, ocorrendo em 15% a 40% das gestantes. SIMÕES et al., (8) encontraram 19,3% de candidíase vaginal entre as gestantes assintomáticas atendidas num hospital universitário (Unicamp).

A simples presença de *Candida* não equivale à existência de doença, visto que 25% a 40% das mulheres com cultura positiva são completamente assintomáticas. A *Candida sp* pode ser considerada um agente comensal com capacidade para se tornar patogênico, na dependência de algumas mudanças que possam ocorrer na vagina hospedeira, como por exemplo a gestação.

Durante a gravidez, a vagina está mais suscetível à infecção, sendo mais comum a recorrência e menos eficaz a terapêutica. O aumento na concentração de glicogênio vaginal, devi-

Devemos salientar que o cetoconazol está absolutamente contra-indicado durante a gravidez. Estudos demonstram o potencial teratogênico em animais.

do aos altos níveis de hormônios esteróides, associado ao aumento do calor e da umidade locais, propiciam ótimo ambiente para o crescimento e germinação do fungo, particularmente na segunda metade da gravidez (9). As crianças nascidas de parto normal cujas mães são portadoras de candidíase vaginal, têm até 35 vezes mais chance de desenvolver candidíase oral. Apesar da colonização da vagina e do colo com a *Candida* geralmente ser caracterizada por comensalismo benigno, em certas condições, quando a imunidade materna está seriamente comprometida, pode ocorrer infecção intra-uterina, existindo evidências indiretas de que esta infecção fúngica ocorre via ascendente. A infecção intra-uterina por *Candida* é muito rara, mas extremamente grave para o feto (10). O princípio básico de tratamento da candidíase é de que as gestantes sintomáticas devem ser tratadas. A nistatina tópica pode ser utilizada com toda segurança na gravidez, inclusive no primeiro trimestre. Todavia, algumas espécies de *Candida não-albicans* têm se mostrado resistentes a este antimicótico (11). Portanto, os agentes imidazólicos constituem-se no tratamento de escolha para candidíase vaginal na gestação. Vários estudos têm demonstrado que estes agentes são mais efetivos que a nistatina para o tratamento da candidíase vaginal durante a gravidez, e que o seu uso também é seguro, inclusive no primeiro trimestre (11).

Devemos salientar que o cetoconazol está absolutamente contra-indicado durante a gravidez, pois estudos têm demonstrado que esta droga tem potencial teratogênico em ratos e coelhos. O uso de cremes vaginais à base de miconazol por períodos mais prolongados (duas semanas), para o tratamento da candidíase em gestantes, tem demonstrado resultados bastante satisfatórios.

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana (VB) é encontrada em 10% a 26% das mulheres grávidas. Na Unicamp encontrou-se VB em 9,5% das gestantes assintomáticas (8) (16). O sintoma mais frequente é o corrimento vaginal com odor fétido, embora quase metade das pacientes com

vaginose bacteriana sejam completamente assintomáticas. O diagnóstico da vaginose bacteriana pode ser feito clinicamente, na presença de três destes quatro critérios: corrimento

homogêneo; pH vaginal maior que 4,5; teste das aminas positivo; presença de "clue cells" no exame bacterioscópico. Contudo, só a presença de odor fétido e "clue cells" são suficientes para o diagnóstico, pela maior importância destes dois critérios. O diagnóstico também pode ser realizado através da utilização isolada da bacterioscopia vaginal corada pelo Gram, através da identificação de certos tipos morfológicos das bactérias envolvidas nesta infecção, tais como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Bacteroides*, e da diminuição ou ausência dos *Lactobacillus*.

A associação positiva da presença de vaginose bacteriana com parto prematuro e/ou RPM tem sido demonstrada em diversas publicações. Os primeiros a correlacionarem os achados clínicos de vaginose bacteriana com prematuridade de RPM foram MINKOFF et al. (12), que encontraram taxas significativamente maiores destas complicações entre as mulheres portadoras de vaginite inespecífica (40%), quando comparada ao grupo-controle que teve parto a termo (28%). Recentemente, Simões et al. (13) encontraram incidências de TPP, prematuridade, RPM e baixo peso estatisticamente maiores no grupo de gestantes com VB do que no grupo em controle. O achado de que a maioria dos microorganismos isolados nas gestantes com TPP e/ou RPM estão relacionados com a vaginose bacteriana sugere que a infecção ascendente tem um importante papel nestes casos e, portanto, vários autores têm recomendado investigar e tratar a VB durante o pré-natal (14).

O tratamento de escolha para a vaginose bacteriana é o metronidazol, que possui algumas restrições de uso e que será melhor focado a seguir, dentro da revisão sobre a tricomoníase vaginal. Uma alternativa para o tratamento no primeiro trimestre é a utilização de creme vaginal com clindamicina a 2%, de uso seguro na gravidez e com bons resultados (14).

A vaginose citolítica apresenta-se com sintomas muito similares aos da candidíase vaginal (prurido, queimação, corrimento branco, às vezes grumoso).

TRICOMONÍASE VAGINAL

A tricomoníase vaginal (TV) na gestação tem sido reportada como diferentes taxas de incidências podendo ocorrer em até 30% das gravidezes, tendo sido observado entretanto, uma drástica diminuição desta infecção nos últimos anos. Recente estudo em gestantes normais na Unicamp, encontrou a presença de tricomoníase vaginal em apenas 2,1% das casos (8). Apenas 10% das mulheres com TV referem mau odor e mais da metade delas são assintomáticas. Em relação à associação desta infecção com complicações perinatais, um amplo estudo multicêntrico revelou uma correlação positiva entre a infecção materna por *Trichomonas vaginalis* e RPM, TPP, recém-nascidos de baixo peso e endometrite puerperal (15).

Os aspectos clínicos e diagnósticos da tricomoníase vaginal são semelhantes em grávidas e não-grávidas, entretanto o seu tratamento durante a gestação ainda é bastante controverso. O tratamento de escolha para a tricomoníase, da mesma forma que para a vaginose bacteriana, é o metronidazol. Esta droga possui mutagenicidade "in vitro" sobre algumas bactérias e carcinogênese em alguns animais roedores, fazendo com que muitos autores contra indiquem seu uso durante a gestação, em especial no primeiro trimestre (11). Entretanto, dados acumulados recentemente sugerem que o seu uso durante a gravidez é seguro, particularmente a partir do segundo trimestre, tendo sido acompanhadas mais de 1.300 usuárias grávidas sem nenhuma consequência para o feto. Apesar disso, muitos autores ainda preferem evitar o uso do metronidazol até que a embriogênese esteja completada, utilizando alternativamente apenas o clotrimazol tópico no primeiro trimestre de gestação, cujo uso é bastante seguro (11).

VAGINOSE CITOLÍTICA

A vaginose citolítica apresenta-se com sintomas muito similares aos da candidíase vaginal (prurido, queimação, corrimento branco, às vezes grumoso). Entretanto não encontram-se esporos e hifas de *Candida sp* na microscopia

do conteúdo vaginal ou tão pouco nas culturas específicas. Pelas alterações locais que ocorrem durante a gravidez, esta possibilidade causal de corrimento vaginal deve sempre ser

descartada.

Ao exame, o corrimento costuma ser semelhante àquele encontrado na candidíase vaginal. O pH vaginal tende a ser mais ácido e o teste das aminas é negativo. O diagnóstico é confirmado pela bacterioscopia, que mostra um aumento exagerado de lactobacilos e de células epiteliais descamadas e uma ausência de *Candida sp* ou outros patógenos (16).

O tratamento consiste em tentar diminuir a quantidade de lactobacilos através da alcalinização vaginal com banhos de assento com 30g de bicarbonato de sódio em 1 litro de água morna, 3-4 vezes por semana. Além disso, deve-se orientar o uso de vestuários adequados que promovam uma melhor aeração vulvo-perineal, diminuindo a umidade e o calor local.

CERVICITE CLAMIDIANA

Na gravidez, a prevalência da infecção cervical por *Chlamydia trachomatis* varia de 2% a 47%. Em gestantes brasileiras tem sido pouco estudada, e a prevalência encontrada é bastante variável, com taxas oscilando entre 2,1% e 31,5%. A forma de transmissão materno-fetal ocorre por contato direto, após a rotura das membranas, e não existem evidências de sua transmissão via transplacentária. Os conceitos de mães com cervicite clamidiana, nascidos de partos vaginais, têm uma probabilidade de 60% a 70% em adquirir a infecção. Cerca de 20% a 50% destas crianças desenvolverão conjuntivite de inclusão nas duas primeiras semanas de vida, e 10% a 20% poderão apresentar pneumonia nos quatro meses subsequentes ao parto (17).

Nos últimos anos, muitos estudos demonstraram vários efeitos adversos da *Chlamydia trachomatis* sobre a evolução da gravidez, encontrando maiores taxas de mortalidade perinatal, TPP, RPM e baixo peso fetal entre as gestantes portadoras desta infecção. Os estu-

O tratamento de escolha para a gonorréia não complicada ainda é a Penicilina G procaína, na dose única de 4.800.000 UI IM.

dos mais atuais sugerem que apenas as infecções recentes e/ou severas durante a gravidez estejam realmente associadas com o aumento destas complicações (18). A endocérvice é o local mais comum da infecção por *Chlamydia trachomatis* no trato genital feminino, graças à sua preferência pelas células do epitélio cilíndrico. Infelizmente, existem bem poucos sintomas específicos associados com esta endocervicite e cerca de 70% das mulheres são completamente assintomáticas. A mulher é portanto, uma importante fonte de retransmissão da bactéria para seus parceiros e também para o feto.

O diagnóstico da cervicite por *Chlamydia trachomatis* baseia-se na identificação da própria bactéria ou de algum indicio da sua presença. A citologia em esfregaços corados por Giemsa tem sensibilidade diagnóstica muito baixa, ao redor de 20%, e, portanto, uma citologia negativa não pode afastar o diagnóstico de infecção clamidiana. A sorologia é altamente sensível, porém muito pouco específica. A cultura é o método diagnóstico mais preciso, considerado o padrão-ouro para a identificação da *Chlamydia trachomatis*. Entretanto, seu custo extremamente elevado e a necessidade da utilização de técnicas sofisticadas, com meios de cultura em células vivas, tornam este método impraticável dentro da realidade brasileira (19). As técnicas de detecção antigênica por amplificação do DNA da *Chlamydia trachomatis* (PCR e LCR), tem assumido importante papel diagnóstico na rotina clínica dos países desenvolvidos, apresentando sensibilidade e especificidade superiores às culturas em células de MacCoy, estando contudo o seu emprego, muito restrito para a nossa realidade. Na prática, o método diagnóstico mais factível, e com resultados aceitáveis é a pesquisa da *Chlamydia trachomatis* através da imunofluorescência direta. Este método consiste na identificação dos corpúsculos elementares em materiais endocervical, através de anticorpos monoclonais fluorescentes, visibilizados com auxílio da microscopia ótica (20).

O tratamento de escolha na gravidez é a eritromicina, uma vez que a tetraciclina e seus derivados estão contra-indicados nesse perío-

do. Outra alternativa seria o uso da amoxicilina, especialmente para aquelas mulheres com maior intolerância gástrica (21).

CERVICITE GONOCÓCICA

Outra possível causa de corrimento vaginal durante a gravidez, é a cervicite gonocócica. Trata-se de uma infecção séria quando ocorre neste período, podendo causar complicações tanto para a mãe como para o concepto. A prevalência varia de 1% a 5% nas diversas publicações (22). A infecção gonocócica, exemplo do que ocorre nas mulheres não-grávidas, muitas vezes pode ser assintomática, podendo contudo assumir formas clínicas graves, como a doença gonocócica disseminada, caracterizada principalmente pela artrite séptica. Isso é mais comum quando a infecção ocorre na segunda metade da gravidez.

Para o lado fetal, a infecção pode ocorrer via ascendente, com as membranas rotas ou mesmo íntegras. Quando ocorre no primeiro trimestre, a infecção gonocócica pode causar aborto séptico e quando ocorre mais tardiamente pode causar corioamnionite e, conseqüentemente, TPP e/ou RPM. Porém, na grande maioria dos casos, o recém-nascido adquire a infecção durante sua passagem pelo canal de parto. A conjuntivite gonocócica neonatal é a manifestação mais comum da doença no recém-nascido, mas felizmente é rara nos países onde as crianças são submetidas à aplicação de nitrato de prata a 1% logo após o nascimento (22).

Na prática, o diagnóstico da cervicite gonocócica deve ser presuntivo através da demonstração de diplococos gram-negativos no interior dos polimorfonucleares das secreções suspeitas (particularmente do endocérvice). Todavia, na mulher, o diagnóstico deve sempre ser confirmado através da cultura de material endocervical em meio de *Thayer-Martin*, para evitar resultados falsos (tanto positivos como negativos).

O tratamento de escolha para a gonorréia não complicada ainda é a Penicilina G procaína, na dose única de 4.800.000 UI IM. Como tratamento alternativo tem-se preconizado o uso de Ceftriaxone na dose de 250mg IM, dose única,

A podofilina está contra-indicada, por ser absorvida sistemicamente e causar intensa toxicidade. O 5-Fluoruracil também não deve ser utilizado durante a gravidez.

com resultados muito satisfatórios especialmente durante a gravidez.

Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)

O Papilomavirus humano (HPV) encontra condições ideais de desenvolvimento nas mulheres grávidas, em decorrência das alterações locais e da imunomodulação que normalmente ocorrem durante a gestação, comentadas anteriormente. Por isso, as lesões condilomatosas geralmente aumentam muito na gravidez, às vezes atingindo enormes proporções. Além disso, muitos condilomas extensos durante a gestação podem apresentar importante redução espontânea no puerpério, às vezes desaparecendo completamente (23).

A inoculação de HPV no trato respiratório superior do concepto pode ocorrer durante sua passagem pelo canal de parto e, conseqüentemente, pode causar a papilomatose laringea na infância. Felizmente, a maioria das crianças não são infectadas, mesmo quando nascidas através de parto vaginal. Em função destes fatos e da possibilidade da transmissão transplacentária, ainda que remota, a maioria dos autores recomendam que a cesariana seja indicada apenas naquelas mulheres portadoras de lesões extensas, com obstrução do canal de parto (24).

O tratamento das lesões condilomatosas estão parcialmente limitadas na gestação e sabe-se que aquelas tratadas no primeiro trimestre têm grande tendência de recidivar. A podofilina está contra-indicada, por ser absorvida sistemicamente e causar intensa toxicidade. O 5-Fluoruracil também não deve ser utilizado durante a gravidez devido à sua potencial absorção sistêmica. Já o ácido tricloroacético, a 70% ou 80%, não está contra-indicado e pode ser utilizado com segurança na gravidez (24).

A eletrocauterização e o ácido tricloroacético (ATA) 70%, tem sido o tratamento preferido durante a gravidez, porém, em lesões mais extensas, pode ser necessária uma excisão cirúrgica. Nestes casos, se houver disponibilidade, deve ser utilizado o laser de CO₂, que possibilita o controle mais preciso da destruição tissular. A eletrocauterização do colo não deve ser realizada no primeiro trimestre, pela possi-

bilidade de abortamento e, ainda, nenhuma forma de tratamento é recomendada nas duas semanas que antecedem o parto (23) (15). O uso do ATA deverá aplicado em pequenas extensões de forma repetitiva, com intervalos variáveis de 3 dias a uma semana, respeitando a sensibilidade individual de cada individuo.

COMENTÁRIOS FINAIS

Pelo que foi exposto, é muito importante estar atento para a possibilidade da presença de infecções genitais durante a gravidez. Várias destas infecções podem ser completamente assintomáticas ou com sintomatologia inespecífica, embora possam causar danos maternos e fetais. A presença do corrimento vaginal não deve ser menosprezada pelo ginecologista. Ao contrário, deve ser avaliado com muita atenção, utilizando-se os testes aqui mencionados (medida do pH vaginal, teste das aminas e bacterioscopia) e se atendo aos dados anamnesticos. Somente assim, o diagnóstico será mais seguro e, conseqüentemente, o tratamento mais eficaz, evitando-se as possíveis complicações materno-fetais. A gravidez, é sem dúvida alguma, um momento oportuno para uma investigação ativa de todas as DST e a presença do corrimento vaginal pode ser um importante marcador destas infecções.

Referências Bibliográficas

- 1-Duarte G. Doenças Sexualmente Transmissíveis durante o ciclo gravido-puerperal. In: Mouris EN. Temas de obstetricia. São Paulo, Roca Ltda., 1992:385-406.
- 2-Brunham RC, Holmes KK, Embree JE. Sexually transmitted diseases in pregnancy. In: Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PP, Wiesner PJ. **Sexually Transmitted Diseases**. 2ª ed. McGraw-Hill Information Services Company, 1990. p.771-801.
- 3-Isada NB, & Crossman III JH - Perinatal infections. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, (ed.) - **Obstetrics normal and problem pregnancies**. 2ed. New York, Churchill Livingstone, 1991. P.1223-99.
- 4-Berg AO, Heidrich FE, Fluit SD, Beigman JJ, Wood RW, Stamm WE, et al. - Establishing the cause of symptoms in women in a family practice. **JAMA** 1984;251:620-5.
- 5-Shauf VKM, Peres Stable EJ, Burchardt K. The limited value of symptoms and signs in the diagnosis of vaginal infection. **Arch Intern Med** 1990;150:1929-33.
- 6-Sobel JD. Vaginitis. **New Engl. J. Med.**, 337:1896-1903, 1997.
- 7-Paavonen J. Physiology and ecology of the vagina. **Scand J Infect Dis**, 31(suppl 40):31:485-491, 1983.
- 8-Simoes JA, Giraldo PC, Ribeiro Filho AD. Prevalência e fatores de risco associados às infecções cervicovaginais durante a gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 18:459-467, 1996.
- 9-Sobel JD. Candidal vulvovaginitis. **Clin Obstet Gynecol**, 36:153-65, 1993.
- 10-Donders GGG, Moerman P, Caudron J, Van Assche FA. Intra-uterine candida infection: a report of four infected fetuses from two mothers. **Eur. J Obstet Gynecol Reprod Biol**, 38:233-238, 1990.
- 11-Sullivan C, Smith Jr. I.G. Management of vulvovaginitis in pregnancy. **Clin Obstet Gynecol**, 36:195-205, 1993.

- 12-Minkoff H, Grunebaum AN, Schwartz RH. Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes: a prospective study of vaginal flora in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, **150**:965-972, 1984.
- 13-Simões JA, Giraldo PC, Ribeiro F^o AD, Faúndes A. Comparative study of perinatal complications in pregnant women with and without cervicovaginal infection. *Acta Gynecol Scand*, **76**:88, 1997.
- 14-McGregor JA, French JI, Purker R, Patterson E, Jones W, Thorsgard K, Mcfee J. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of a prospective controlled evaluation. *Am J Obstet Gynecol*, **173**:157-167, 1995.
- 15-Heine P, McGregor JA. Trichomonas vaginalis: a reemerging pathogen. *Clin Obstet Gynecol*, **36**:137-144, 1993.
- 16-Cibley LJ, Cibley AJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*, **165**:1245-1249, 1991.
- 17-Rettig PJ. Perinatal infections with Chlamydia trachomatis. *Clin Perinatol.*, **15**:321-350, 1988.
- 18-Sweet RI, Landers DV, Walker C, Schachter J. Chlamydia trachomatis infection and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*, **156**:824-33, 1987.
- 19-Giraldo PC, Simões JA. Doenças sexualmente transmissíveis - Chlamydia e Mycoplasma. In: Halbe HW. *Tratado de ginecologia*. ed. São Paulo, Roca Ltda., 1993:868-74.
- 20-Neme B. Infecção por Chlamydia trachomatis no ciclo grávido-puerperal. *Femina*, **22**:278-282, 1994.
- 21-Giraldo PC, Simões JA. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo, Sarvier, 1994:329-37.
- 22-Dallabetta G, Hook III, GW. Gonococcal infections. *Infect dis Clin N Am*. **1**:25-43, 1987.
- 23-Schwartz D, Greenberg M, Daoud Y, Reid R. The management of genital condylomas in pregnant women. *Clin Obstet Gynecol*, **14**:589-93, 1987.
- 24-Smotkin D. Human papillomavirus infection of the vagina. *Clin Obstet Gynecol*, **36**:188-93, 1993.

TABELA 1
Causas mais comuns de Corrimento Vaginal

- Corrimento Vaginal Fisiológico
- Vulvovaginites Infeciosas:
 - Candidíase Vulvovaginal
 - Vaginose Bacteriana
 - Tricomoníase Vaginal
- Vulvovaginites não-infeciosas:
 - Irritativas
 - Alérgicas
 - Vaginose citolítica
- Cervicites:
 - Gonocócica
 - Clamídiana
- Cervicovaginitis:
 - Infecção pelo papilomavírus humano(HPV)