

Editorial

Abordagem Atual da Candidíase Vulvovaginal

A importância do conhecimento acerca da vulvovaginite causada por *Candida*, situa-se principalmente em relação à sua frequência e à sua recorrência.

A *Candida* é classificada como fungo gram positivo, dimorfo, saprófita, com virulência limitada, sendo encontrada na vagina em 20% de mulheres sadias e assintomáticas (Sobel *et al*, 1998; Spinillo *et al*, 1992).

Existe na forma de esporos e de hifas, estas quando agrupadas, formam os micélios. Estes últimos são os responsáveis pela invasão da mucosa vaginal ocasionando o prurido (Sobel, 1990).

EPIDEMIOLOGIA

A candidíase é a segunda causa mais freqüente de vulvovaginite no menacme, podendo ser ainda maior durante a gravidez (Sobel, 1990; Swedberg *et al*, 1991; Spinillo *et al*, 1992; Reed *et al*, 1993).

O termo *Candida* refere-se ao gênero. A espécie mais comum é a *albicans*, responsável por 85% dos casos de candidíase. As espécies *glabrata* e *tropicalis* correspondem a 10 – 15%. Outras espécies menos comuns são a *krusei* e a *lusitânia*.

FISIOPATOLOGIA

A microbiota vaginal normal é rica em lactobacillus produtores de peróxido (bacilos de Döderlein), os quais formam ácido láctico a partir do glicogênio, cuja produção e secreção é estimulada pelos estrogênios. Esse mecanismo propicia uma acidez adequada (pH 4,5) do ambiente vaginal, dificultando a proliferação da maioria dos patógenos. A *Candida* é exceção, pois prolifera em ambiente ácido.

Além do equilíbrio microbiológico da microbiota vaginal, outros fatores contribuem para a defesa vaginal: integridade da mucosa, presença das imunoglobulinas A e G e dos polimorfonucleados e monócitos.

Entretanto, existem situações que predis põem ao aparecimento da candidíase (Sobel, 1990; Swedberg *et al*, 1991; Spinillo *et al*, 1992; Reed *et al*, 1993). A gravidez, o uso de anticoncepcionais orais com altas doses de estrogênio e o diabetes propiciam aumento na concentração de glicogênio vagi-

nal, com conseqüente acidificação do meio e proliferação da levedura. Da mesma forma, o uso de dispositivos intra-uterinos (Spinillo *et al*, 1992), doenças da tireóide, obesidade, corticoterapia e drogas imunossupressoras, parecem aumentar o risco de infecção causada por *Candida*.

O uso de antibióticos, também, pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento de candidíase em algumas mulheres. Contudo, o mecanismo exato para esta associação ainda não está bem estabelecido. Parece que seu uso determina redução da população bacteriana vaginal normal, particularmente dos bacilos de Döderlein, diminuindo a competição por nutrientes, facilitando a proliferação da *Candida* (Sobel, 1990).

Por outro lado, o uso de duchas vaginais parece não ter relação com o aparecimento de candidíase exceto em mulheres que apresentam predisposição à forma complicada (recorrente ou de repetição). Da mesma forma, as roupas justas e o uso de absorventes, também, não contribuem como fator de risco para a candidíase (Sobel, 1998 e 1999).

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Segundo a forma de apresentação a *Candida* é assim classificada (Sobel, 1998):

*Não complicada

- Candidíase vulvovaginal esporádica
- Candidíase vulvovaginal de grau leve à moderado
- Candidíase frequentemente associada à *C. albicans*
- Candidíase na ausência de gravidez

*Complicada

- Candidíase vulvovaginal recorrente
- Candidíase vulvovaginal severa
- Candidíase não-albicans
- Alterações do hospedeiro (diabetes, imunodepressão, gravidez)

No que diz respeito à candidíase vulvovaginal recorrente esta é definida como infecção por *Candida* caracterizada por quatro ou mais episódios em período de 12 meses. Ocorre quando o fungo não é completamente eliminado da vagina permanecendo baixas concentrações de microrganismos. Esta forma relaciona-se com fatores inerentes ao hospedeiro (imunológicos ou não) e não com a virulência do hospedeiro.

¹ Doutora em Ginecologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Professor Adjunto Doutor da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Chefe do ambulatório de Patologia Vulvar do IG-UFRJ

Já o termo *reinfecção* é considerado quando a *Candida* é completamente erradicada da vagina e novamente introduzida através da via sexual ou do trato gastrointestinal.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

*Prurido e ardor vulvovaginal intensos, principalmente à micção

*Escoriação, edema e eritema vulvar

*Dispareunia

*Secreção vaginal branca, floculada, espessa e inodora

*pH abaixo de 4,5

*Microscopia direta: ? com solução salina: a candidíase caracteriza-se por esfregaço com grande número de células epiteliais, esporos, micélio e leucócitos (Jovanovic *et al*, 1991).

– com adição de KOH a 10%: facilita a observação dos elementos fúngicos, clareando o material a ser examinado por dissolução dos grumos de células epiteliais, tornando-as transparentes, dissolvendo piócitos e hemácias, permitindo melhor visualização de hifas e esporos que adquirem aspecto intumescido.

TRATAMENTO

A colonização vaginal da *Candida* em mulheres não-grávidas é de 15 a 20%, não se justificando, portanto, o tratamento rotineiro nos casos assintomáticos.

1) Candidíase não-complicada

Os agentes orais são altamente eficazes e de maior praticidade não havendo, portanto, necessidade de terapia antifúngica tópica concomitante.

Agentes orais

- Fluconazol - 150 mg (dose única)
- Itraconazol – 200 mg 2x / dia (1 dia) ou 200 mg / dia (3 dias)
- Cetoconazol 200mg – 400 mg / dia (5 dias)

Agentes locais

*Antimicóticos Azólicos

- Clotrimazol creme à 1% - 5 g à noite (6 noites)
- Clotrimazol comp.vaginal – 1 comp. em dose única
- Fenticonazol creme – 1 aplicação à noite (7 dias)
- Fenticonazol óvulo – 1 óvulo à noite (dose única)
- Isoconazol creme – 1 aplicação à noite (7 dias)
- Isoconazol óvulo – 1 óvulo à noite (dose única)
- Miconazol creme à 2% - 5 g à noite (7 – 14 dias)
- Terconazol - 5 g à noite (5 dias)
- Tioconazol pomada a 6,5% ou óvulo 300 mg – 1 aplicação à noite

*Antimicóticos Poliênicos

- Nistatina creme – 5 g à noite (12 dias)
- Anfotericina B – 4 g à noite (7 – 10 dias)

2) Candidíase complicada

A escolha apropriada da droga, da via de administração e da duração do tratamento são de extrema importância para a resposta clínica e cura micológica da doença.

Existem, entretanto, situações próprias do hospedeiro, tais como história de candidíase vulvovaginal recorrente e severa que podem contribuir para a redução da eficácia do tratamento. Portanto, pacientes portadoras de candidíase de repetição deverão ser tratadas com doses prolongadas de antimicótico independentemente da via de administração.

a) Candidíase vulvovaginal severa

Nas situações de candidíase com comprometimento vulvar importante, os derivados azóis tópicos podem exacerbar os sintomas de queimação e prurido. Se a via de administração escolhida for a tópica, os antimicóticos poliênicos (nistatina) associados à banhos de assento com solução de bicarbonato de sódio (30 à 60 g, dissolvido em 1000 ml de água), geralmente, oferecem resultados imediatos melhores. Caso a opção seja a via oral, o tratamento não deverá ser o de dose única (Sobel, 1998 e 1999).

As formulações com derivados azóis, sejam tópicos ou orais, somente proporcionarão alívio dos sintomas cerca de 24 – 48 h após o início do tratamento.

Os corticocóides tópicos de baixa potência podem ser utilizados com a finalidade de proporcionar alívio mais imediato dos sintomas. Entretanto, os mais potentes podem desencadear piora significativa do ardor vulvovaginal.

b) Candidíase recorrente

• Tratamento primário

Tem como finalidade garantir a remissão clínica e microbiológica da candidíase.

* Local – 14 noites consecutivas qualquer que seja a droga escolhida.

OU

- * Oral Fluconazol – 150 mg a cada 2 dias (3 cápsulas) ou
- Itraconazol – 200 mg / dia (14 dias) *ou*
- Cetoconazol – 400 mg / dia (14 dias)

Preconiza-se esquema oral ou local de terapia antifúngica azólica supressiva.

• Tratamento supressivo

* Local Clotrimazol comp. vaginal 500 mg 1 x / semana (6 meses)

- * Oral Cetoconazol 100 mg / dia (6 meses)
- Itraconazol 50 - 100 mg / dia (6 meses)
- Fluconazol 100 mg / semana (6 meses)

c) Candidíase não-albicans (*glabrata e krusei*)

- Ácido bórico :cápsula vaginal- 600 mg / dia (durante 14 dias)
- Nistatina creme vaginal- 5 g à noite (12 – 14 dias)

d) *Candidíase na gravidez*

- * Tópico de longa duração.
- * Nos casos de recorrência orienta-se repetir o tratamento tópico de longa duração seguido esquema de manutenção com:
 - Clotrimazol comp. vaginal 500 mg 1 x / semana *ou*
 - Isoconazol, fentizol, miconazol ou terconazol 2x / semanaEste esquema deverá ser mantido até o término da gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- * Regimes profiláticos diários ou semanais parecem obter melhores resultados na prevenção da recorrência da candidíase.
- * Reduzir terapêutica estrogênica, principalmente os contraceptivos orais com altas concentrações de estrogênio.
- * Violeta de genciana à 0.5% esta licenciada para uso apenas em pele íntegra e não para aplicação sobre mucosas.
- * Controle clínico rigoroso do diabetes e suspensão de corticóides sistêmicos.
- * Em grande parte dos casos, tanto o tratamento antifúngico tópico como sistêmico de parceiros masculinos não têm qualquer influência sobre os índices de recorrência em mulheres afetadas.
- * Cultura está indicada somente nos casos de resistência o que, na verdade, é raro.
- E, quando o quadro clínico é sugestivo de candidíase contudo, o pH vaginal é normal e a microscopia à fresco não evidencia a presença de hifas ou esporos.

* Uso de formulações tópicas combinadas não é boa prática, pois é infreqüente a associação de candidíase e vaginose bacteriana ou tricomoníase.

* Terapêutica antimicótica profilática só é indicada para pacientes com história prévia de vulvovaginite causada por *Candida* induzida por uso de antibióticos.

**ISABEL CC VAL e
GUTEMBERG L ALMEIDA FILHO**
Instituto de Ginecologia da UFRJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jovanovic R, Congema E & Nguyen HT. Antifungal Agents vs Boric Acid for Treating Chronic Mycotic Vulvovaginitis. **J Repro Med**, 36:593-597, 1991.
2. Reed BD & Eyler A. Vaginal Infections: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, 47:1805-1816, 1993.
3. Sobel JD. Vaginal Infections in Adult Women. **Med Clin North Am**, 74:1573-1602, 1990.
4. Sobel JD, Faro S, Force RW *et al.* Vulvovaginal candidiasis: Epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. **Am J Obstet Gynecol**, 178:203-211, 1998.
5. Sobel JD. Vulvovaginitis in Healthy Women. **Comp Ther**, 25:335-346, 1999.
6. Swedberg JA & Petravage JB. Vulvovaginitis: Diagnosis and Management. **Comp Ther**, 17:17-21, 1991.
7. Spinillo A, Carratta L, Pizzoli G *et al.* Recurrent Vaginal Candidiasis. Results of a Cohort Study of Sexual Transmission and Intestinal Reservoir. **J Repro Med**, 37:343-347, 1992.