



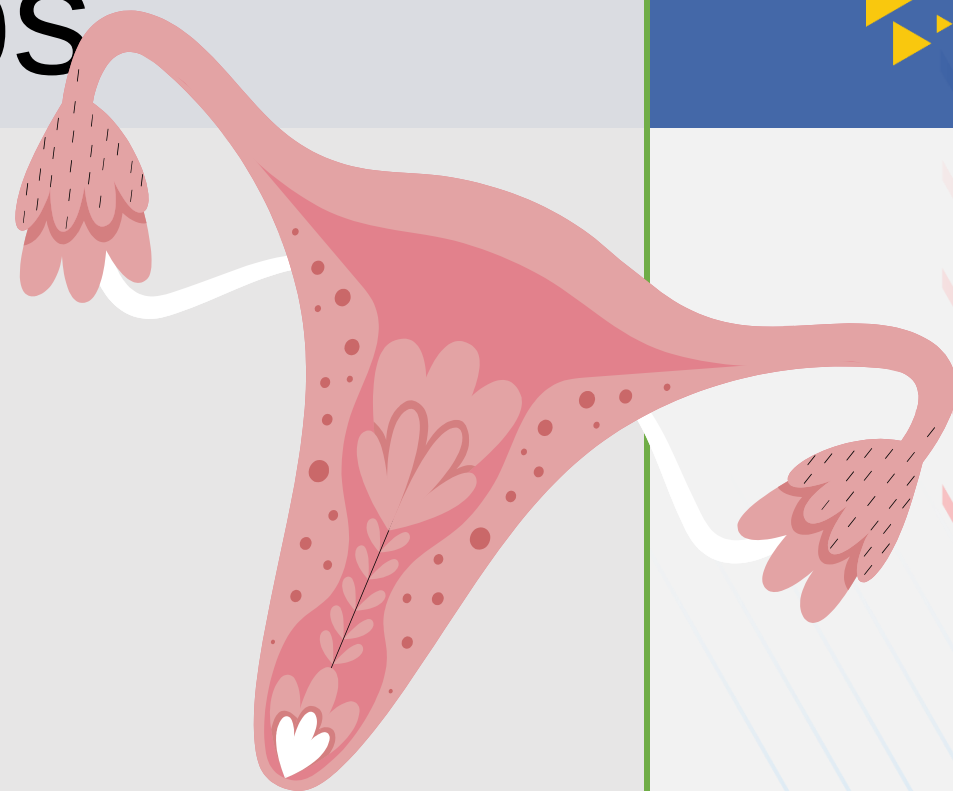
" Manejo clínico de corrimento vaginal e cervical ".

Dra. Ana Paula Costa Faria Dourado.

- *Mestre em Medicina e Saúde Humana pela EBMSP.*
- *Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO.*
- *Preceptora da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia – OSID*
- *Médica ginecologista do CEDAP.*
- *Professora da Faculdade Zarns Salvador.*



Corrimentos vaginais



Dra. Ana Paula Costa Faria Dourado.

Médica ginecologista do CEDAP.

Mestre em Medicina e Saúde Humana pela EBSF.

Preceptora da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia – OSID.

Coordenadora do Pilar de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade ZARNS – Salvador..



SECRETARIA
DA SAÚDE

Vagina saudável pode ter corrimento?

...

Esclarecendo:

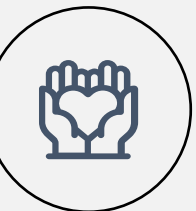


O que é?

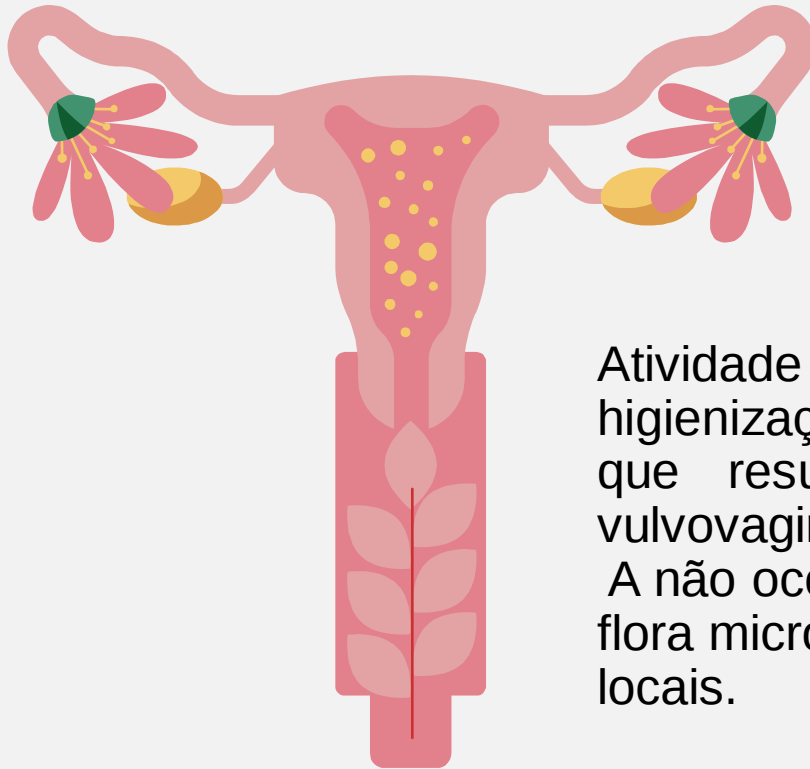
O corrimento vaginal é feito pelas células de descamação da vagina e do colo do útero sob ação do estrogênio.



O que pode ser considerado normal?



- 2 a 5 ml/dia.
- Pode variar de acordo com ciclo menstrual entre branco, claro, espesso, mucoide.
- Pode ter leve odor e causar irritação na vulva;
- Pode se tornar mais perceptível em determinados momentos, como durante a gravidez, com o uso de pílulas anticoncepcionais/adeseivo/anel vaginal, próximo à ovulação e na semana anterior ao período menstrual.



Introdução

Atividade sexual, toque não sexual, contaminação do reto, higienização, exposição ao vestuário e ao ambiente são fatores que resultam na presença de microrganismos na região vulvovaginal.

A não ocorrência de processos infecciosos é devido à atuação da flora microbiana endógena protetora e dos mecanismos de defesa locais.

01

Ecossistema e microbioma vaginal



Ecosistema e microbioma vaginal

web
PALES
TRA

01

Lactobacillus

Dominado por uma ou duas espécies de Lactobacillus, sendo os mais frequentes **Lactobacillus inner**, L crispatus, L gasseri ou L jensenii

02

pH vaginal

pH vaginal igual ou menor a 4,5 (ácido) na maioria das mulheres assintomáticas na idade reprodutiva

03

Ácido láctico

Ácido láctico é componente ativo da defesa imune inata no trato genital.

04

Ecosistema dinâmico

Fases do ciclo menstrual, gestação, uso de contraceptivos, frequência de intercursos sexual.

Entendendo o papel dos Lactobacillus:

web
PALES
TRA



O estrogênio estimula o depósito de glicogênio nas células epiteliais vaginais.



Degradado em glicose e ácido láctico, por ação dos Lactobacillus = pH menor ou igual a 4,5.



Segunda fonte produtora de ácido láctico são as células da mucosa vaginal de mulheres em idade reprodutiva (estrogênio dependente).

Elevação do pH em mulheres na pós-menopausa



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA
DA SAÚDE

Corrimento vaginal anormal pode ter maior probabilidade de se desenvolver em mulheres que praticam certos hábitos:

- Duchas;
- Uso de protetor diário;
- Sprays, pós ou enxágues de "higiene feminina";
- Banhos de espuma ou outros produtos de banho perfumados;
- Roupas sintéticas apertadas ou restritivas (por exemplo, tangas, roupas íntimas sintéticas);

Práticas mais saudáveis:

Use água sem sabão, sem perfume para lavar a genitália, use água morna (não quente) e a mão (não uma toalha).

Não faça duchas nem use produtos de higiene feminina; se o odor ou a secreção forem incômodos.

Use roupas íntimas de algodão; evite tangas e roupas íntimas de lycra.

Enxágue os genitais com água e/ou seque depois de ir ao banheiro; evite o uso de lenços umedecidos ou papel higiênico perfumado.

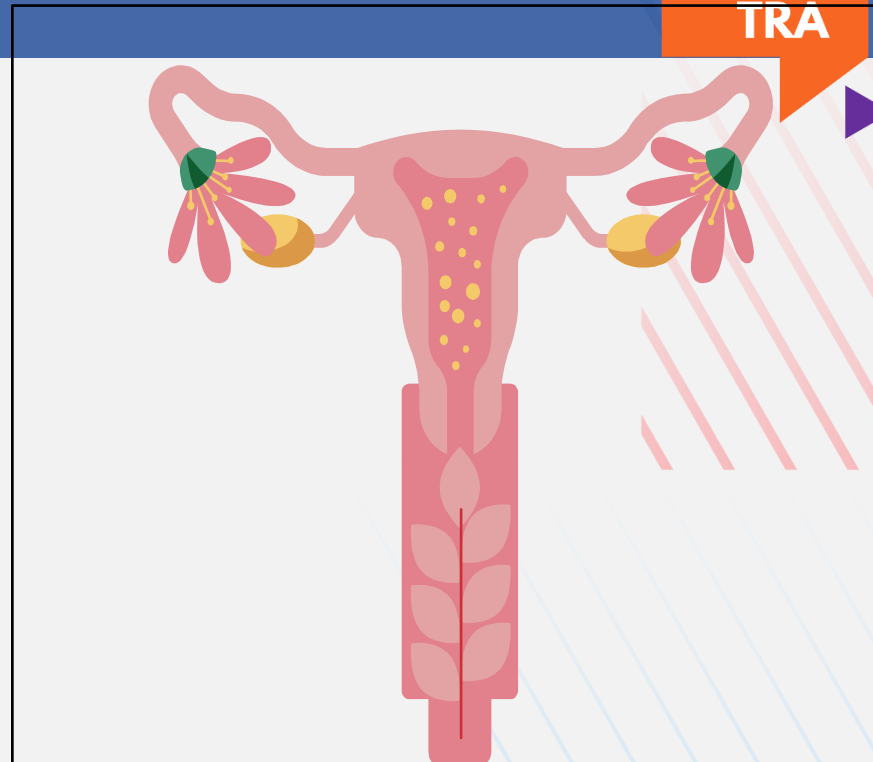
ANAMNESE



- . Características do corrimento.
- . Evolução.
- . Fatores predisponentes.
- . Hábitos de higiene íntima

Quando suspeitar de corrimento patológico?

Embora o corrimento normal possa ser amarelado, levemente fétido e acompanhado de sintomas irritativos leves, não é acompanhado de prurido, dor, ardor ou irritação significativa, eritema, erosões locais ou friabilidade cervical ou vaginal.



Etiologia:



Infecciosa

As causas mais comuns de corrimento vaginal anormal são candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana (VB) e tricomoniase. A cervicite também pode se apresentar como sintomas vaginais inespecíficos.

Não infecciosa

Etiologias não infecciosas incluem vaginite atrófica em indivíduos na pós-menopausa; corpo estranho; irritantes e alérgenos (lavagens vaginais ou duchas); dermatoses; alguns distúrbios médicos sistêmicos.

Vaginose bacteriana

Considerações importantes



1

A VB tem sido referida como a **mais frequente** afecção do trato genital inferior feminino.

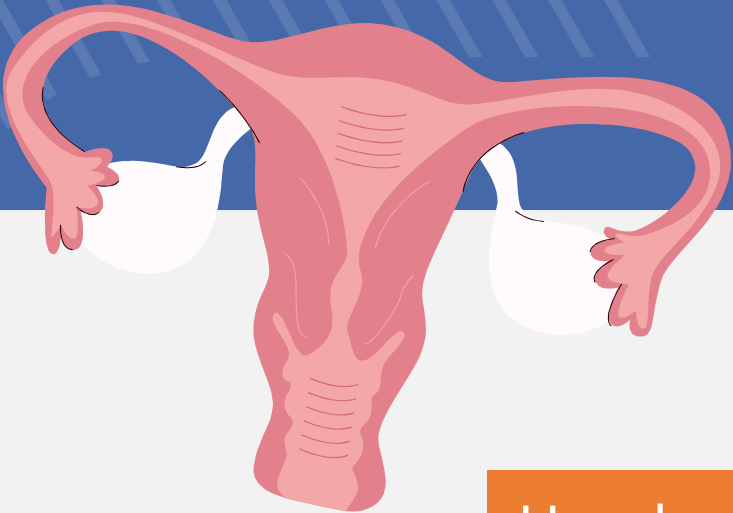
2

Substituição da flora microbiana saudável. Espécies microbianas mais frequentemente identificadas são Gardnerella, Atopobium, Prevotella, Megaspheera, Leptotrichia, Sneathia, Bifidobacterium, Dialister, Clostridium e Mycoplasmas.

3

Associada a aumento no risco de parto prematuro, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, aumento na morbidade neonatal e altas taxas de endometrite pós-parto.





Fatores de risco:



Uso de duchas
vaginais

Período menstrual

Tabagismo

Estresse
crônico

Sexo com parceiro
não circuncisado

Sexo anal
antes do sexo
vaginal

Relações sexuais
homoafetivas femininas

Quadro clínico



Corrimento esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada

Odor fétido que piora em relações sexuais e período menstrual

Não é comum sintomas inflamatórios, mas se presente pode estar associada à outras afecções genitais.



Diagnóstico

Critérios de
Amsel: presente
3 dos 4 critérios

web
PALES
TRA



Corrimento

Branco-acinzentado
homogêneo aderente
às paredes vaginais



pH vaginal

Maior que 4,5.
Determinando com
papel de pH no fluido
vaginal.



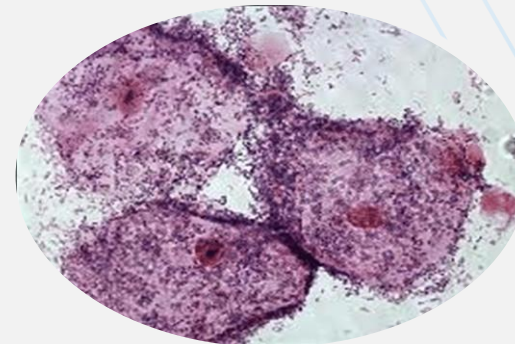
Teste das aminas

Odor fétido após a adição de KOH
10% a uma gota de conteúdo vaginal



Microscopia

Positivo quando
houver “clue-cells” em
mais de 20% das
células epiteliais



TelessaúdeBA

FESFSUS
Fundação Estatal Saúde da Família

SUS+

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA SAÚDE

QUAIS PACIENTES DEVO TRATAR:



Mulheres sintomáticas.



Mulheres assintomáticas:

- Grávidas.
- Procedimento do Trato Genital.



Tratamento

Não há
necessidade de
tratar parceiro.



Metronidazol 500 mg, via oral, duas vezes ao dia durante sete dias



Metronidazol gel 0,75% – 5g (um aplicador), intravaginal, ao deitar durante cinco dias



Clindamicina creme 2% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante sete dias



Recorrências: Metronidazol 500mg, VO, duas vezes ao dia de 10 a 14 dias OU Metronidazol gel, intravaginal, duas vezes por semana, 4-6

OBS: clindamicina tem base oleosa e pode enfraquecer preservativos e diafragmas até cinco meses após.

Candidíase vulvovaginal

Considerações importantes



1

A colonização vaginal por fungos parece ser hormônio dependente, já que é rara na infância e pós-menopausa e frequente na idade reprodutiva ou em mulheres em uso de terapia hormonal

2

Candida albicans é a espécie mais prevalente, responsável por 85% a 95% dos casos; Candida glabrata e Candida tropicalis estão associadas a 5% a 10% dos casos;

75% apresentarão 1 episódio

50% apresentarão 2 ou + episódios

5% apresentarão episódios recorrentes (4 ou +/ano)



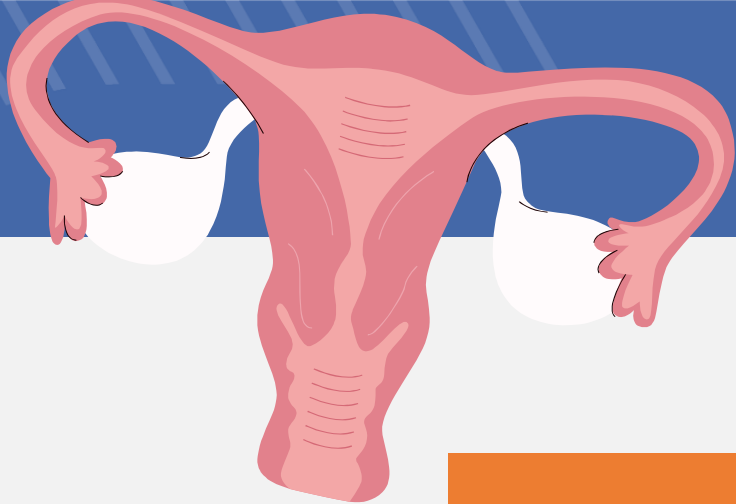
TessaúdeBA



Fundação Estatal Saúde da Família



GOVERNO DO ESTADO
Mulheres em idade reprodutiva
SECRETARIA DA SAÚDE



Fatores de risco:



Gravidez e uso de
contraceptivos de
alta dosagem

Hábitos de higiene
ou vestuário
inadequados

Estados de
imunossupressão

Diabetes
descompensada

Excesso de
carboidratos

Tabagismo

Quadro clínico



Corrimento geralmente esbranquiçado (aspecto de “leite talhado”) aderido à mucosa vaginal.

Processo inflamatório: desconforto, dor, disúria e dispareunia. é frequente observar hiperemia vulvar, edema e fissuras.

Queixa de prurido, de intensidade variável a intensa.



Classificação



	Não Complicada (todos os critérios devem estar presentes)	Complicada (pelo menos 1 dos critérios)
Episódios	Esporádicos e pouco frequentes.(menor ou igual 3 episódios ao ano.).	Recorrentes.
Sintomas	Leves a moderados.	Graves.
Agente etiológico	Provável cândida albicans.	Outras espécies.
Características das pacientes	Não gestante e imunocompetente.	Grávidas, DM descompensado e imunocomprometidos.



Diagnóstico



Achados clínicos



pH vaginal

Menor que 4,5.
Determinado com
papel de pH no fluido
vaginal.



Teste das aminas

Sem odor após a
adição de KOH 10% a
uma gota de conteúdo
vaginal

SF 0,9% ou
KOH



Citologia a fresco

Presença de hifas
e/ou esporos dos
fungos.



SECRETARIA
DA SAÚDE

Tratamento- Não complicada



TÓPICO: Primeira opção:

Dentre derivados imidazólicos estão:

Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal por 7 dias.
ou

Nistatina (creme 25.000 UI/g), via vaginal por 14 dias.

Segunda opção:

Fluconazol 150mg, via oral dose única ou
Itraconazol 100mg, 2 comp , vo, 2x ao dia por 1 dia.



Tratamento - complicada



Tratamento do episódio agudo:

- Fluconazol 150 mg, em um total de três doses, com intervalos de três dias (D1, D4 e D7).

ou

Itraconazol 100mg, 2 comp ,vo 2x ao dia por 1 dia.

ou

Miconazol creme vaginal por 10 a 14 dias.

Manutenção:

Fluconazol 150mg, via oral 1x por semana por 6 meses.

ou

Miconazol creme vaginal 2x /semana por 6meses.

ou

Miconazol óvulo 1x /semana por 6 meses.



Tratamento



E os parceiros sexuais?

- Não há necessidade de tratar parceiro.
- Questiona-se se a redução da população de fungos no trato genital masculino eventualmente poderia trazer algum benefício na prevenção de recidivas de candidíase recorrente.



Tricomoniase

Considerações importantes



1

Tricomoníase é a infecção sexualmente transmissível não viral mais comum no mundo. Aproximadamente um terço das mulheres infectadas são assintomáticas e a infecção pode persistir por meses ou anos.

2

Parasita *Trichomonas vaginalis* fagocitando fungos, vírus e bactérias como *Micoplasmas*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, transportando-os ao trato genital superior e facilitando, assim, o aparecimento de doença inflamatória pélvica.

3

A infecção do trato genital feminino pelo protozoário não induz imunidade duradoura, sendo comuns as infecções recorrentes.

Quadro clínico



Corrimento geralmente abundante, amarelado ou amarelo-esverdeado, por vezes acompanhado de pequenas bolhas.



Os sintomas acentuam-se no período pós-menstrual devido à elevação do pH vaginal e à aquisição de ferro da hemoglobina pelo parasita.



Acompanhado de ardor genital, sensação de queimação, disúria e dispareunia, “colo uterino com aspecto de morango” (sufusões hemorrágicas).

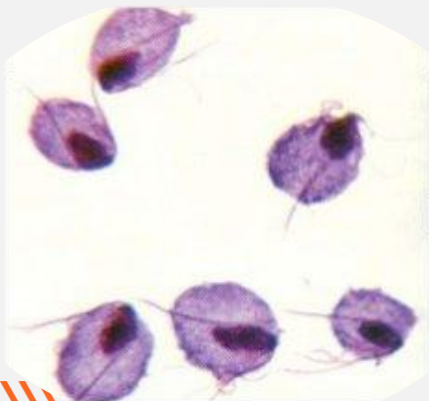


Diagnóstico



Corrimento

Corrimento geralmente abundante, amarelado ou amarelo-esverdeado, por vezes acompanhado de pequenas bolhas.



pH vaginal

pH quase sempre é maior que 5,0 e geralmente maior que 6,6.



Teste das aminas

Pode ser positivo se presença de germes anaeróbios associados.

SF 0,9%



Microscopia a fresco

Parasita móvel e flagelado e grande número de leucócitos.

A cultura é o método mais sensível e pode ser requisitada nos casos de difícil diagnóstico.

Tratamento



Metronidazol – 500 mg via oral a cada 12 horas durante sete dias.

Metronidazol – 2g via oral em dose única.

MS

Tinidazol – 2g via oral em dose única.

CDC

Importante lembrar que o(s) parceiro(s) sexuais devem ser referenciados para tratamento, por tratar-se de infecção sexualmente transmissível.

CDC e MS

FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO VAGINAL.



Anamnese, exame especular e pH vaginal

pH menor 4,5

Prurido +
corrimento grumoso

Mucóide

Microscopia

Corrimento
fisiológico

Hifas/esporos

Aumento de
lactobacilus

Candidíase.

Vaginose
citolítica

pH maior 4,5

Odor fétido e Whiff positivo

Sim

Não

Exame fresco

Clue
cells

Protozoário

Tricomoníase

Vaginose bacteriana

Exame fresco:
Células inflamatórias.

Vaginite aeróbica/
Vaginite inflamatória
descamativa.

Cervicites

Dra. Ana Paula Costa Faria Dourado.

Mestre em Medicina e Saúde Humana pela EBSP.

Preceptora da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia – OSID. Coordenadora do Pilar de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade ZARNS - Salvador.

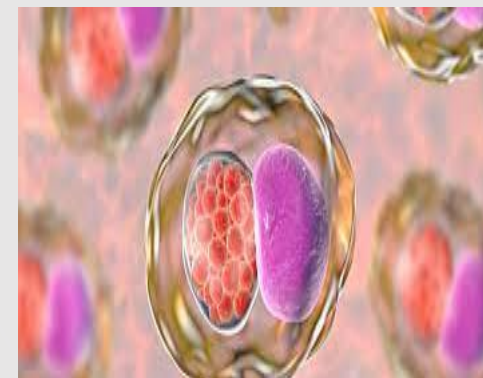
Definição

- Inflamação da mucosa cervical geralmente de causa infecciosa (gonocócica ou não gonocócica).
- Principais microorganismos:
 - *Chlamydia trachomatis*.
 - *Neisseria gonorrhoeae*.
- Outros agentes: *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealiticum* e infecções secundárias: bactérias anaeróbicas e Gram-negativos.
- Podem causar salpingites, endometrites e doença inflamatória pélvica.



Clamídia : Impotência

- No mundo - >1 milhão de casos ISTs-dia.
- 2020 -**128,5 milhões clamídia.**



82 milhões de gonorréia

8 milhões de sífilis

156 milhões de tricomoníase.

Idade entre 15 e 49

Em média, 1/25 pessoas.



IST

Chlamydia trachomatis

EUA - 2018

1,15 mi mulheres
691,7/100 mil
dç infecc. +
notificada

Europa
1,0% - 7,1%

Países Nórdicos ↓ prevalência
e incidência, após programas
de screening na déc. 70

Ásia e Pacífico Ocidental
(gestantes)

- Índia 0,9%
- Papua N. Guiné 14,2%
- Coreia 0,4%

ALC (gestantes)

- Bahamas 12,0%
- Brasil 9,8% - 16,7%
- Haiti 8,0% - 14,0%
- Chile 5,9%
- México 8,3% - 10,8%
- Peru 10,0%

África (gestantes)

- Tanzânia 1,6% - 11,4%
- Botswana 7,8%
- África do Sul 11,2% - 17,8%
- Quênia 5,5% - 14,9%



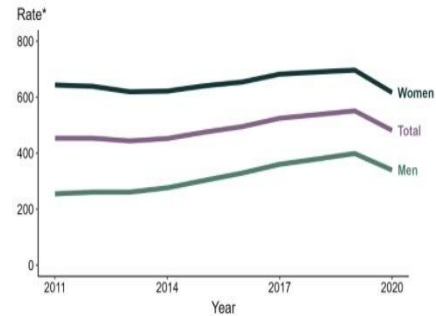
WHO: www.who.int/bulletin/volumes/97/8/BLT-18-228485-table-T1.html; CDC: www.cdc.gov/std/stats18/chlamydia.htm

Chlamidia tracomatis

EUA

EUROPA

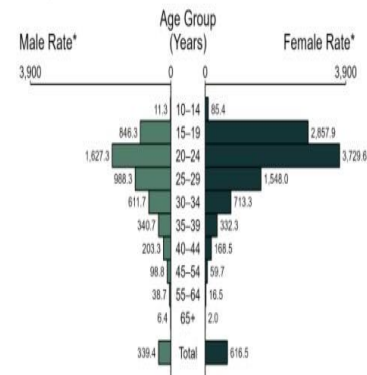
Chlamydia — Rates of Reported Cases by Sex, United States, 2011–2020



* Per 100,000



Chlamydia — Rates of Reported Cases by Age Group and Sex, United States, 2020

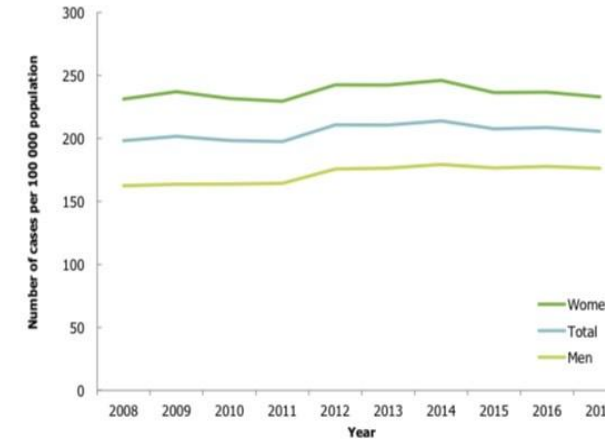


* Per 100,000

NOTE: Total includes all ages



Figure 4. Distribution of confirmed chlamydia cases per 100 000 population by gender and year, EU/EEA countries reporting consistently, 2008–2017

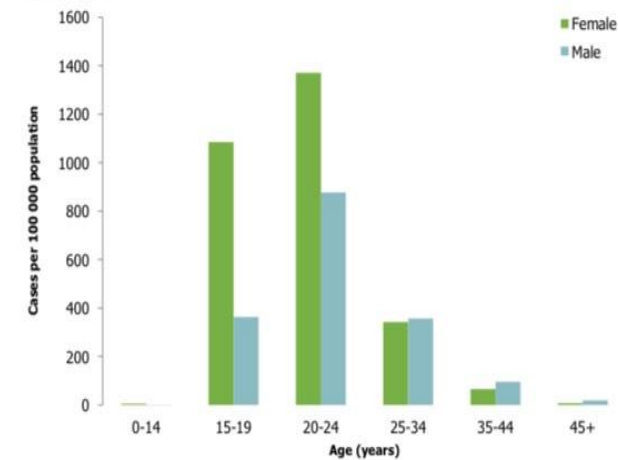


Source: Country reports from Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, Iceland, Ireland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom

Annual epidemiological report for 2017

SURVEILLANCE REPORT

Figure 2. Distribution of confirmed chlamydia cases per 100 000 population, by age and gender, EU/EEA, 2017



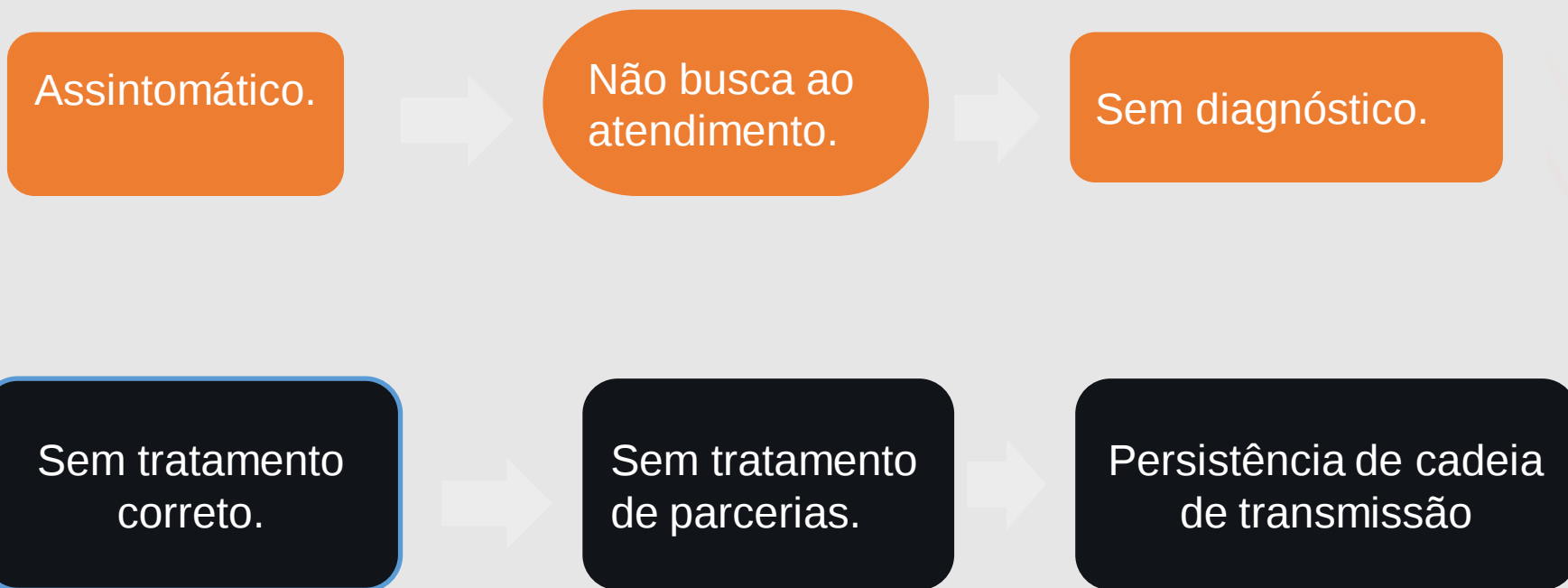
Source: Country reports from Bulgaria, Croatia, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, Hungary, Iceland, Ireland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom

web
PALES
TRA

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA SAÚDE

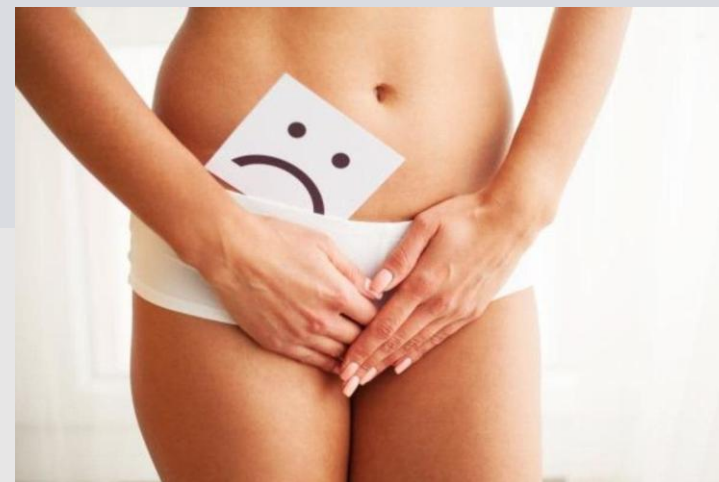
Problemas no controle das ISTs



Principais doenças associadas aos sorotipos da *Chlamydia trachomatis*:

Sorotipos	Principais doenças associadas
A, B, Ba, C	Tracoma
L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo (LGV)
D, E, F, G, H, I, J e K	Uretrite não gonocócica (UNG), uretrite pós-gonocócica (UPG), cervicite, doença inflamatória pélvica (DIP), endometrite, paratracoma, conjuntivite de inclusão, pneumonia do recém-nascido.

FATORES
DE RISCO:
screening **anual**



- **Mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos; (prevalência 5 e 25%).**
 - Novas ou múltiplas parcerias sexuais.
 - Parcerias com ISTs.
- Historia prévia ou presença de outra ISTs.
 - Uso irregular de preservativo.



TelessaúdeBA



SECRETARIA
DA SAÚDE

QUADRO CLÍNICO

ASSINTOMÁTICAS

80%



- Corrimento vaginal;
- Sangramento intermenstrual ou pós-coito;
- Dispareunia;
- Disúria;
- Polaciúria;
- Dor pélvica crônica;



Sinais e sintomas



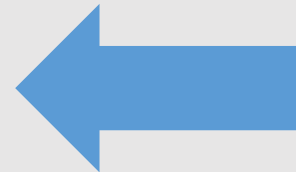
FLUXO GENITAL AMARELO
ESVERDEADO COM COLO
AVERMELHADO.

Sinais e sintomas



SECREÇÃO
MUCORREIA/PURULENTA

Sinais e sintomas



COLO FRIÁVEL

Etiologia- Gonococo

Diplococos GRAM- negativos

Quadro clínico mais exuberante.

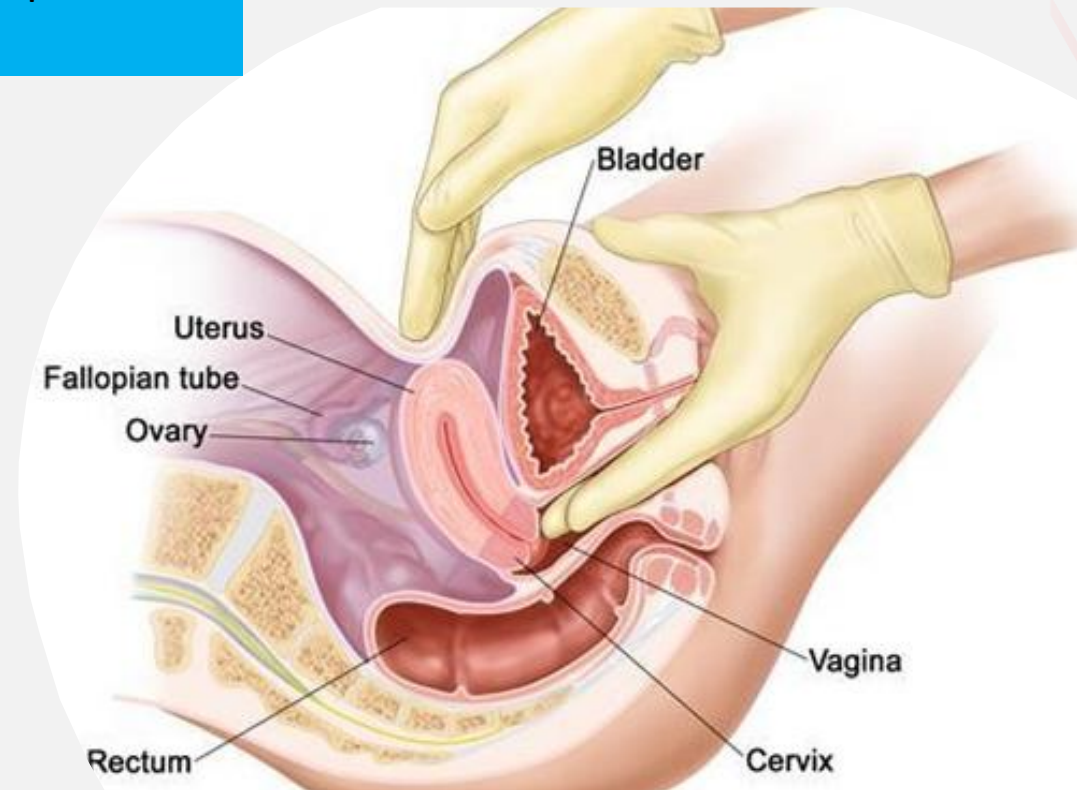
Secreção mucopurulenta,
sangramento e edema de colo



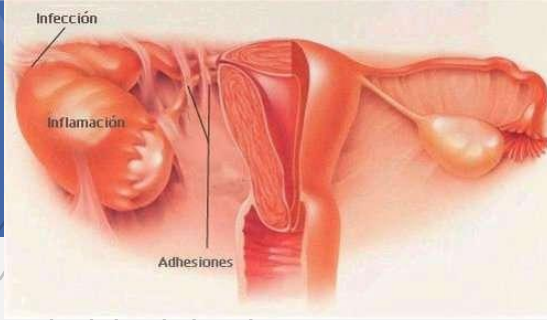
ARQUIVO PESSOAL

ARTRITE
GONOCÓCICA

- Dor a mobilização do colo uterino
- Fluxo mucopurulento no orifício externo
- Edema cervical
- Sangramento ao toque da espátula ou *swab*.



Exame Físico



- Doença Inflamatória Pélvica(30%);
- Dor pélvica crônica;
- Gravidez ectópica;
 - Infertilidade;

COMPLICAÇÕES



Durante a gravidez:

- Partos pré-termo;
- Ruptura prematura de membranas;
 - Perdas fetais;
- Retardo de crescimento intrauterino;
 - Endometrite puerperal;

Transmissão vertical no parto vaginal -30 a 50%



No Recém Nascido:

- Conjuntivite;
- Pneumonia;

COMPLICAÇÕES



SECRETARIA
DA SAÚDE

DIAGNÓSTICO



Sorologia



Técnicas de Biologia Molecular:

- (PCR) e detecção DNA;
 - Captura Híbrida;
 - Mais sensíveis
- PCR (S: 90% E : 99%)
- **TEMPO**

Cultura em meio de McCoy:

- Teste de referência para a detecção de CT;
- Sensibilidade pode ser prejudicada pela coleta e pelo transporte inadequados;

Bacterioscopia de secreção endocervical

- *swab* endocervical (Gram);

Diplococo gram negativo.

Sensibilidade inferior a 50%.



SECRETARIA DA SAÚDE

[Home](#) / [News](#) /

Launch WHO guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections



Launch WHO guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections

15 July 2021 | Departmental news

| Reading time: 2 min (452 words)

Tabela 4.2: Testes de diagnóstico comuns (junho de 2012) para a detecção de *N. gonorrhoeae*

	Microscopia ^a	Cultura	NAAT
Tipos de espécime			
Haste com secreção endocervical	Sim ^a	Sim	Sim
Haste com secreção vaginal	Não	Sim ^b	Sim (alguns ensaios)
Urina			
Feminina	Não	Não	Sim ^c
Masculina	Não	Não	Sim
Haste com secreção uretral	Sim ^a	Sim	Sim
Haste com amostra retal	Não	Sim	Não ^d
Haste com amostra da orofaringe	Não	Sim	Não ^d
Haste com amostra da conjuntiva	Sim	Sim	Não ^d
Desempenho			
Sensibilidade ^a	Baixa-alta ^a	Moderada-alta	Muito alta
Especificidade ^a	Moderada-alta ^a	Muito alta	Moderada-muito alta

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2013 sob o título Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus

web
PALES
TRA

Tratamento

Article

2025 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections

March 2025 · International Journal of STD & AIDS

36(6):[9564624251323678](#)

DOI:[10.1177/09564624251323678](#)

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
Infeção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infeção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infeção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

**TRATAR SEMPRE O
PARCEIRO!!!**

CDC- doxiciclina 1ª escolha.



SECRETARIA
DA SAÚDE

SEGUIMENTO



- **Aconher**

Diálogo sem juízo de valores.

- **Oferecer**

Testagem.

- **Informar**

Liberação de atividade sexual.

Vias de contaminação e complicações.

- **Encaminhar** - parcerias.

Contato últimos 60 dias.

Controle em 3m.

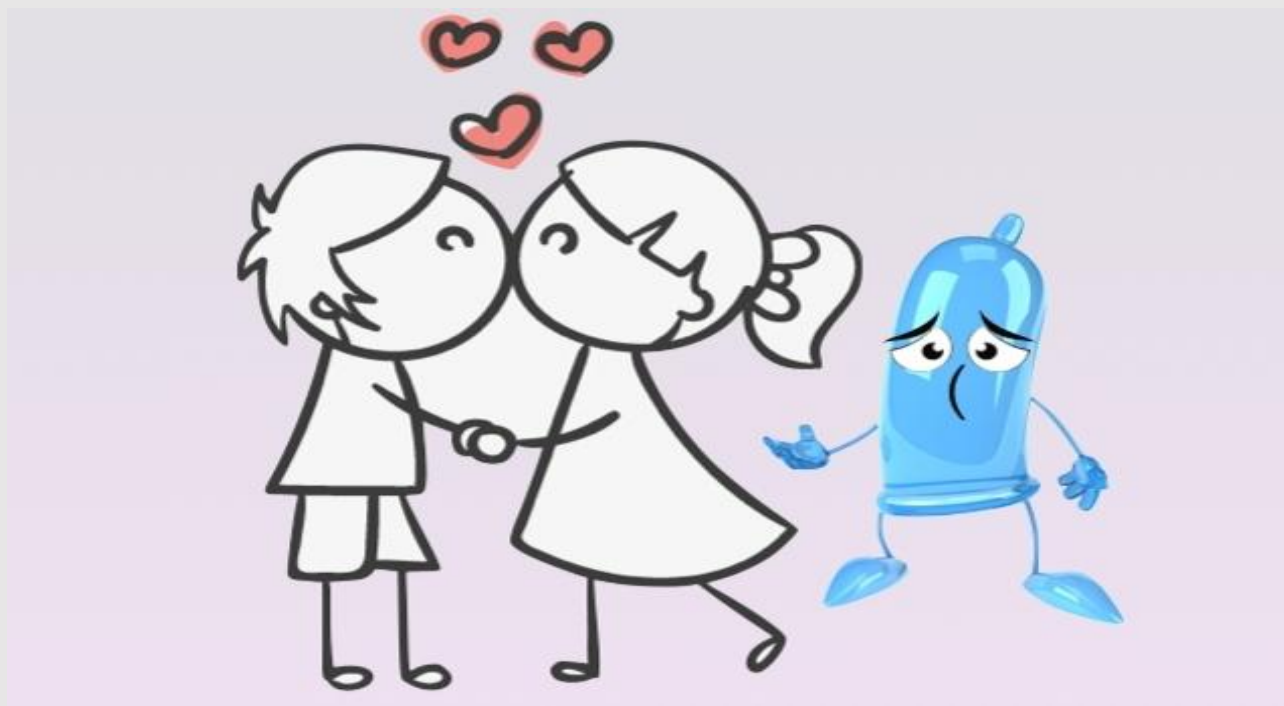
- **Garantir**

Privacidade e confiabilidade.



Prevenção é o melhor tratamento

web
PALES
TRA



Uma pessoa com IST nunca é só uma pessoa. É uma rede de parcerias sexuais que estão infectadas.

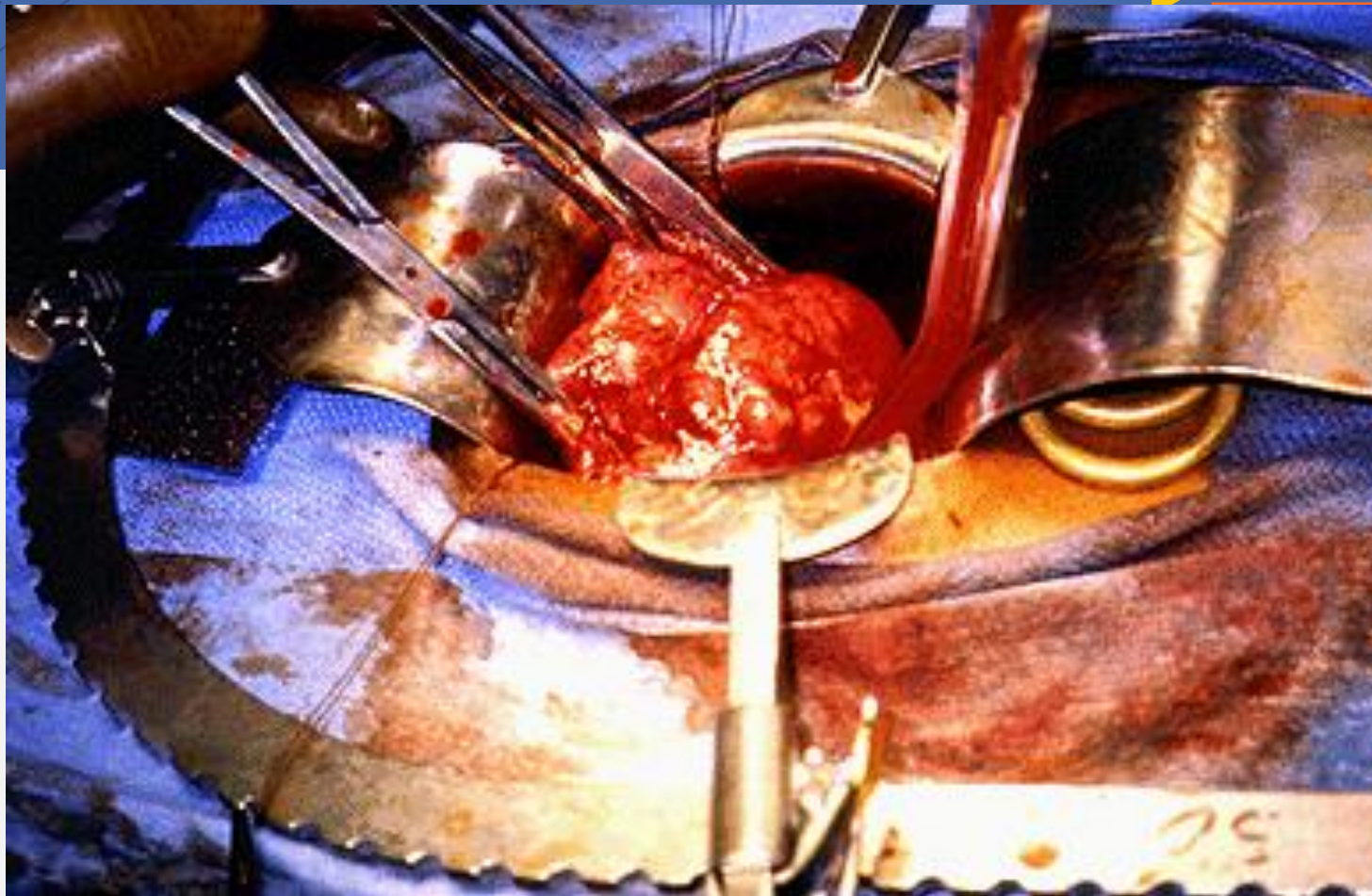


PCDT 2022



SECRETARIA
DA SAÚDE

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA



Fotografia intraoperatória grosseira de abscesso tubo-ovário esquerdo em paciente com doença inflamatória pélvica. *Cortesia de Mitchel Hoffman, MD*

DEFINIÇÃO



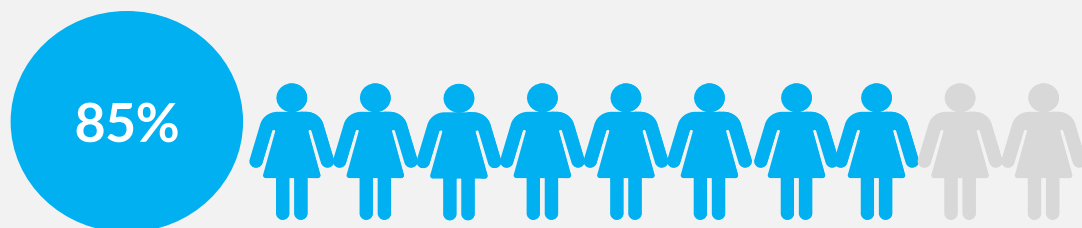
- É uma síndrome clínica atribuída a ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida a manipulação, comprometendo o endométrio, tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contiguas.

Ascensão de
microorganismos do
trato genital inferior.



web
PALES
TRA

ETIOLOGIA



Sexualmente transmitidos ou associados a vaginose bacteriana;



Não transmitidos sexualmente - germes entéricos, patógenos respiratórios ou os que colonizam o trato genital inferior;



ETIOLOGIA

MICROORGANISMOS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| > <i>Chlamydia trachomatis</i> | > Vírus e protozoários (raro) |
| > <i>Mycoplasma genitalium</i> | > <i>Herpes simplex virus</i> |
| > <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | > <i>Trichomonas vaginalis</i> |

ORGANISMOS ENDÓGENOS

- > *Micoplasmas do trato genital:*
 - » *Mycoplasma genitalium**
 - » *Mycoplasma hominis*
 - » *Ureaplasma urealyticum*

BACTÉRIAS ANAERÓBICAS

- > *Bacteroides spp. e fragilis*
- > *Peptoestreptococcus spp.*
- > *Prevotella spp.*

BACTÉRIAS FACULTATIVAS (AERÓBICAS)

- > *Escherichia coli*
- > *Gardnerella vaginalis*
- > *Haemophilus influenzae*
- > *Streptococcus spp. e agalactiae*

CLAMIDIA - MAIS DE 60% DOS CASOS



SECRETARIA
DA SAÚDE



FISIOPATOLOGIA

- A ascensão dos microrganismos é favorecida por variações hormonais do ciclo menstrual. O muco cervical durante o fluxo menstrual apresenta menor efeito bacteriostático e a menstruação retrograda pode favorecer a ascensão dos agentes. Características imunológicas de cada indivíduo também podem contribuir para a disseminação da infecção.

FATORES DE RISCO



- Condições socioeconômicas desfavoráveis;
- Atividade sexual na adolescência;
- Comportamento sexual de pessoas com maior vulnerabilidade para IST;

- História passada ou atual de IST;
- Uso de tampões e duchas vaginais;
- Vaginites e vaginoses recorrentes;
- **Inserção** de DIU.
- Idade.



SECRETARIA
DA SAÚDE

Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica, deverá investigar DIP no diagnóstico diferencial, independentemente da história de atividade sexual recente.



DIAGNÓSTICO



ANAMNESE

- Dor pélvica - não é severa, inicialmente um desconforto e progredindo com maior frequência bilateral;
- Secreção vaginal amarelada.
- Alterações do ciclo menstrual – relação dor com ciclo;
- Sangramento vaginal anormal (spotting);
- Febre e o corrimento vaginal ou mesmo alteração do muco cervical podem ou não estar presentes;
- Duração, curso e localização da dor.



DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

- Inserção recente (<1 mês) de DIU ou curetagem ou parto;
- História prévia de apendicectomia, cálculo urinário ou endometriose.
- História prévia de episódio de DIP ou de gravidez ectópica;
- Risco de IST;
- Disfunção miccional ou sintomas intestinais alterados;

EXAME FÍSICO

- Verificação da temperatura corporal;
- Palpação do abdome;
- Exame especular;
- Toque vaginal;

DIAGNÓSTICO



EXAME FÍSICO

- Dor à mobilização do colo;
 - Dor à palpação anexial;
- Presença de massa palpável: abscesso.
 - Descompressão brusca positiva.
- Secreção cervical ou vaginal alterada.



DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

- Hemograma;
- Exames de urina tipo I e urocultura;
- Provas bioquímicas inflamatórias (VHS e proteína C reativa);
- Exame bacterioscópico para rastreamento de vaginose bacteriana;



EXAMES COMPLEMENTARES

- Identificação do agente preferencialmente por provas de biologia molecular para diagnóstico de clamídia, gonococo e micoplasma.
- Teste de gravidez;
- Ultrassonografia transvaginal;
- Tomografia computadorizada da pelve;



DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

- Ressonância Magnética;
- Laparoscopia;
- Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para clamídia e gonococo e devem ser testadas para a infecção pelo HIV;
- Outros exames bioquímicos na dependência de cada caso e de sua gravidade: provas de função hepática e renal, avaliação hidroeletrolítica;



DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Gravidez ectópica;
- Apendicite aguda;
- Cisto ovariano roto ou torcido;
- Infecção do trato urinário;
 - Litíase urinária,
 - Endometriose;
- Endometrioma roto;
- Síndrome do intestino irritável;

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMENTO

- Precoce e empírico.
- Cobertura de flora polimicrobiana.
- Evitar as complicações graves.

- **AMBULATORIAL**
- **INTERNAMENTO.**

TRATAMENTO

- Precoce e empírico.
 - Cobertura de flora polimicrobiana.
 - Evitar as complicações graves.
-
- **AMBULATORIAL.**
 - **INTERNAMENTO.**



Critérios de Monif:

- **Estágio 1** – endometrite e salpingite aguda SEM peritonite.

AMBULATORIAL. Avaliação após 72h.

- **Estágio 2** – salpingite aguda com peritonite.

INTERNAMENTO.

- **Estágio 3** – salpingite aguda com abscesso tubo-ovariano íntegro.

INTERNAMENTO.

- **Estágio 4** – abscesso tubo-ovariano roto.

CIRURGIA.

Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP

TRATAMENTO

Abscesso tubo-ovariano

Gravidez

Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral

Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial

Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre

Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica)



CIRURGIA

Critérios para abordagem cirúrgica:

- Falha no tratamento clínico.
- Manutenção de abscesso pélvico, mesmo após o tratamento clínico.
- Suspeita de abscesso tubo ovariano roto.
- Peritonite **difusa** ou hemoperitônio.
- Instabilidade hemodinâmica refratária.
- Abscesso em fundo de saco de Douglas.
(indicação de culdocentese.)

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única	Cefotaxima 500mg, IM, dose única	—
	MAIS	MAIS	
	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias	
Hospitalar	MAIS	MAIS	—
	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	
	MAIS	MAIS	
Hospitalar	Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia, por 14 dias	Clindamicina 900mg, IV, 3x/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6/6h, por 14 dias
	MAIS	MAIS	MAIS
	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias	Gentamicina (IV ou IM): 3–5 mg/kg, 1x/dia, por 14 dias	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias
Hospitalar	MAIS	MAIS	—
	Metronidazol 400mg, IV, de 12/12h		
	MAIS	MAIS	

SEGUIMENTO



- A melhora clínica deveria acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano;
- A cura é baseada no desaparecimento dos sinais e sintomas;
- Se a avaliação for feita com critérios bacteriológicos após trinta dias, 40% das mulheres ainda persistem com a presença de um ou mais agentes bacterianos;
- A paciente deveria retornar ao ambulatório para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar, observando abstinência sexual até a cura clínica.



TelessaúdeBA



SECRETARIA
DA SAÚDE

COMPLICAÇÕES



- A laparotomia esta indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou que se rompem.
- Também esta indicada a culdotomia, caso o abscesso ocupe o fundo de saco de Douglas.
- Abscessos tubo-ovarianos podem ser esvaziados com punção transabdominal guiada por ultrassonografia.



TelessaúdeBA



SECRETARIA
DA SAÚDE

PRECOCES

- Abscesso tubo ovariano
- Choque séptico.
- Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

TARDIAS

- Dor pélvica
- Gravidez ectópica.
- Infertilidade.
- Recorrência da doença.

IMPORTANTE



DIU

Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade de remoção do dispositivo porém, caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior a instituição da antibioticoterapia, devendo ser realizada somente após duas doses do esquema terapêutico.

IMUNOSSUPRIMIDOS

Tem comportamento similar as pacientes com imunidade normal, apenas com a ressalva de que desenvolvem mais facilmente abscesso tubo-ovariano, merecendo portanto maior cuidado, sem necessidade de internação.



TelessaúdeBA



SECRETARIA
DA SAÚDE

GRAVIDEZ



- Grávidas com suspeita de DIP tem alto risco de abortamento e corioamnionite.
- Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciar imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro.
- Doxíciclina e quinolonas são contra-indicadas na gestação.

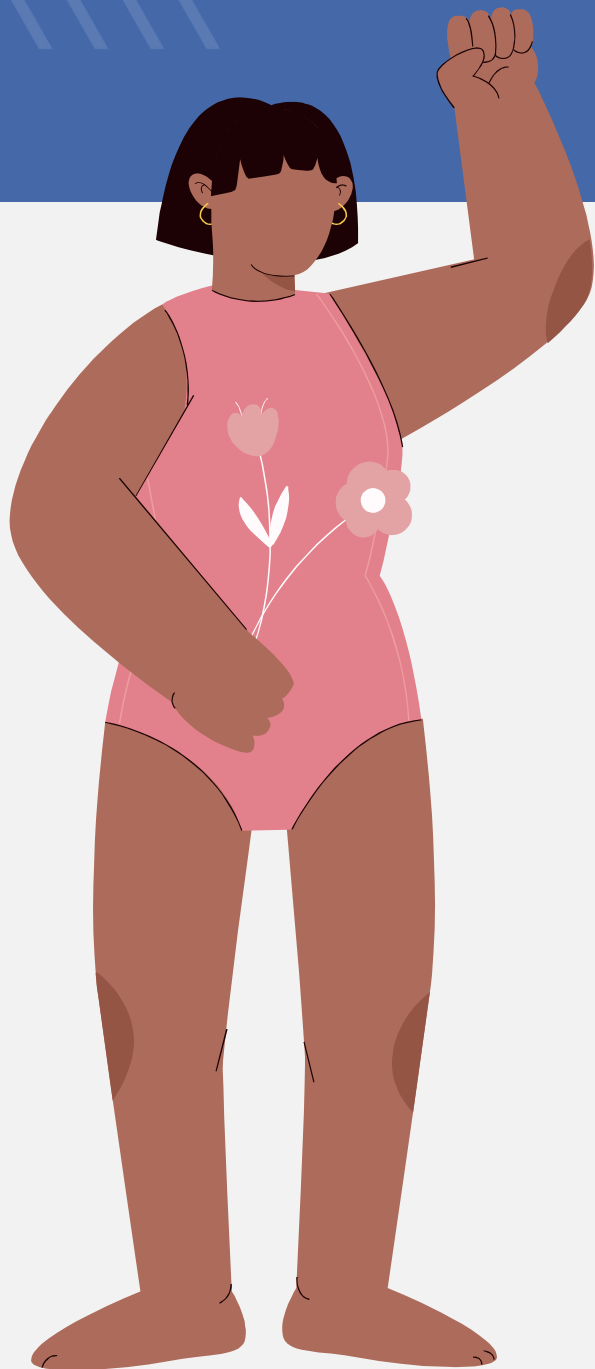
PREVENÇÃO

Rastreio e tratamento dos agentes das cervicites de mulheres sexualmente ativas reduz risco para DIP.



Referências Bibliográficas

- UpToDate 2025.
- FEBRASGO.
- GINECOACADEMY.
- Gonçalves AK, Eleutério Junior J, Costa AP, Giraldo PC. **Cervicites e uretrites**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 2/Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- Carvalho NS, Carvalho BF, Linsingen RV, Takimura M. **Doença inflamatória pélvica**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 25/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).



wel
PALES
TRA

Obrigada!

ana.dourado@faculdadezarns.com.br



SECRETARIA
DA SAÚDE



NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

