



# INFECÇÕES DO TRATO GENITAL INFERIOR

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

## CONDILOMATOSE

Manifestação clínica benigna associada principalmente aos subtipos 6 e 11 de HPV, considerados de baixo potencial oncogênico.

### DIAGNÓSTICO

- Exclusivamente clínico mediante apresentação clássica de lesão genital verrucosa, variável em número, localização (vulva, região perianal, mucosa vaginal, perianal e ectocérvice) e tamanho (de poucos milímetros a vários centímetros, quando há coalescência das lesões).
- Freqüente a piora da manifestação clínica durante a gestação.
- Biópsia indicada em casos cujo aspecto e comportamento pós-terapia das lesões sejam atípicos.

### TRATAMENTO

- Lesões pequenas e/ou pouco numerosas:
  - ácido tricloroacético a 50% (para mucosa) e 80 a 90% (para pele), aplicação local semanal até o desaparecimento das lesões, com duração média de 6 semanas.
- Lesões grandes e/ou numerosas e/ou resistentes ao tratamento clínico:
  - criocauterização, eletrocauterização ou excisão cirúrgica.
- Evitar o tratamento cirúrgico após 36 semanas de gestação.
- Podofilina, 5-fluoracil e interferon são contra-indicados na gestação.
- As taxas de recidivas são elevadas após qualquer modalidade de tratamento.
- Não dispensar exame colpocitológico da gestante e pesquisa da doença no parceiro.

### CONDUTA NO PARTO

- Baixo risco de transmissão vertical do HPV durante o parto transpélvico. Sua consequência é a papilomatose respiratória recorrente do neonato.
- A amniotomia deve ser postergada na assistência ao trabalho de parto.
- Indicação de cesariana na presença de lesões extensas e/ou numerosas, com algum grau de obstrução do canal do parto.

### HERPES GENITAL

- Ocorre contínua ascensão da soroprevalência do HSV-1 e 2 em mulheres em idade reprodutiva.
- A transmissão sexual acontece, em sua maioria, durante episódios de reativação subclínica em pessoas com infecções não reconhecidas.
- Gestantes soropositivas para HSV-2 (tipo viral mais freqüente e mais associado a recidivas genitais) podem evoluir desde ausência de manifestação clínica (muito comum) até quadros sistêmicos de hepatite, endometrite pós-parto, meningite e encefalite (raros e associados a déficit imunológico e primo-infecção).

- A prevenção do herpes neonatal é fundamental por sua elevada morbidade e letalidade. São fatores de risco reconhecidos:
  - lesões genitais maternas ativas na ocasião do parto: seu contato direto com o concepto (olhos, nasofaringe e trauma no escalpo) é determinante na contaminação intraparto.
  - estágio da doença materna relacionado ao tempo da gravidez: infecção primária no 3º trimestre.
  - tipo de HSV isolado do trato genital: neonatos expostos ao HSV-1 no parto apresentam maior predisposição para tornarem-se infectados comparados aos expostos ao HSV-2 (embora estes últimos com maior potencial de gravidade, com envolvimento do SNC).
  - procedimentos obstétricos invasivos intraparto: podem acarretar lesões de continuidade na pele, facilitando transmissão direta do HSV.

#### DIAGNÓSTICO

- Geralmente clínico mediante manifestação genital característica: múltiplas pequenas vesículas cutâneas e/ou mucosas que evoluem para úlceras rasas e dolorosas autolimitadas em 10 a 20 dias.
- Teste imunológico com sorologia HSV tipo-específica (immunoblot, ELISA e Western blot) é uma ferramenta diagnóstica importante principalmente para gestantes com história sugestiva que não apresentam lesões no momento da consulta.

#### TRATAMENTO - Tabela 1

- Medicação antiviral sistêmica acelera a cura da lesão e reduz a excreção viral, além de aliviar sintomatologia materna.
- O aciclovir é a droga melhor estudada, considerada categoria B na gravidez.

**Tabela 1** - Doses recomendadas da aciclovir para o herpes durante a gravidez

Indicação	Aciclovir
Infecção primária ou primeiro episódio de HSV	400 mg VO, 3x ao dia por 7-14 dias
HSV recorrente sintomático	400 mg VO, 3x ao dia por 5 dias
Tratamento supressivo diário	400 mg VO, 3x ao dia, a partir de 36 semanas até o parto

#### CONDUTA NO PARTO

- Indicada a operação cesariana em caso de lesões genitais visíveis ao exame físico.
- Devem ser evitados amniotomia e parto operatório transpélvico durante assistência ao trabalho de parto em pacientes com herpes genital mesmo sem manifestação clínica.
- O aleitamento não é contra-indicado.

#### CERVICITES

- Etiologia infecciosa e na maior parte das vezes causadas por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.
- Ausência de sintomatologia ou manifestações clínicas brandas e inespecíficas na maioria dos casos (leucorréia, dor em baixo ventre, disúria e dispaurenia) explicam retardo no diagnóstico e potencial de complicações obstétricas. Por isso, a pesquisa destas patologias deve ser sistemática em gestantes que evoluem para amniorrexe prematura e/ou trabalho de parto prematuro.
- Os parceiros de pacientes infectadas por gonococo ou clamídia devem ser sempre tratados.
- Operação cesariana indicada apenas em casos de infecção ativa não tratada até o momento do parto.

## **GONORRÉIA**

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

- Sintomatologia ausente ou manifestada inicialmente por cervicite evidente: colo hiperemiado e friável associado a leucorréia purulenta.

### **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

- Citologia da secreção cérvico-vaginal corada pelo *Gram* → diplococos Gram negativo (baixa sensibilidade).
- Cultura da secreção cérvico-vaginal em meio específico → método mais eficaz.

### **TRATAMENTO MATERNO**

- Cefalosporinas como 1ª opção durante gestação
  - *Cefixima 400 mg VO dose única ou*
  - *Ceftriaxone: 250 mg IM, em dose única.*
- Quando diagnóstico concomitante de clamídia:
  - *Azitromicina, 1g VO, em dose única ou amoxicilina 500 mg VO de 8/8hs por 7 dias*

### **TRATAMENTO NEONATAL**

- Profilaxia universal da *oftalmite gonocócica neonatal*: solução oftálmica de nitrato de prata a 1% (método de Credè).

## **CLAMÍDIA**

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

- Quando presente, quadro de cervicite costuma ser menos exuberante se comparado ao causado por gonococo.
- Formas raras de manifestação clínica: síndrome de Reiter (tríade composta por artrite, cervicite e conjuntivite) ou linfogranuloma venéreo (úlceras genitais).

### **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

- Citologia cérvico-vaginal corada pelo *Giemsa* → sensibilidade baixa.
- Swab endocervical e uretral:
  - cultura em meio específico (pouco utilizado)
  - imunofluorescência direta ou ELISA
  - CAPTURA HÍBRIDA – ALTA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE

### **TRATAMENTO**

- *Estearato de Eritromicina: 500 mg VO de 6/6 horas por 7 dias ou*
- *Amoxicilina: 500 mg VO de 8/8 horas por 7 a 10 dias ou*
- *Azitromicina: 1g VO em dose única.*

## **MONILÍASE (CANDIDÍASE)**

- *Candida albicans* é o agente etiológico mais prevalente (85 a 90%).
- Outras espécies como *C.tropicalis* e *C.glabrata*, embora pouco frequentes, apresentam maior grau de resistência ao tratamento.
- Maior incidência na gestação (quando ocorre acidificação fisiológica do pH da vagina).
- Não apresenta relação com complicações obstétricas.

#### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

- Leucorréia branco-leitosa em grumos ou em placas, sem odor, associada a prurido e hiperemia locais.
- Disúria e dispaurenia também podem ocorrer.

#### **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

- Microscopia a fresco da secreção vaginal tratada com KOH a 10% com identificação de hifas ou esporos do fungo.
- Teste do pH: fita de acidez mostra nível de pH vaginal <4.
- Cultura da secreção em meio específico em casos de recorrência, com suspeita de espécie diferente da *C. albicans*

#### **TRATAMENTO**

- Cremes ou óvulos de aplicação vaginal são seguros em qualquer época da gestação:
  - Nistatina, creme vaginal, 1 x ao dia ao deitar, durante 14 dias.
  - Derivados imidazólicos como miconazol, clotrimazol, isoconazol, fenticonazol ou tioconazol em apresentação de cremes, aplicados 1x ao dia, ao deitar, durante 7 dias ou em óvulos vaginais aplicados em dose única.
- Tratamento medicamentoso é associado a recomendações relativas à higiene e vestuário adequados, assim como correção de distúrbios metabólicos como o diabetes.

#### **TRICOMONÍASE**

- Doença de transmissão essencialmente sexual causada pelo protozoário anaeróbico *Trichomonas vaginalis*.
- Está associada a complicações na gestação: trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura e baixo peso ao nascer.

#### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

- São descritas 3 formas clínicas: vaginite assintomática (até 50% dos casos), vulvovaginite (sintomas clássicos de corrimento amarelo-esverdeado bolhoso, de odor fétido, recobrimdo paredes vaginais e colo uterino que se apresenta hiperemiado e com pontos de sangramento, em aspecto de framboesa; prurido local e dispaurenia podem estar presentes) e uretrite (com disúria).

#### **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

- Microscopia a fresco da secreção vaginal tratada com soro fisiológico 0,9%: visualização direta dos parasitas.
- Teste do pH: fita de acidez mostra pH vaginal >4,5.
- Exame de Papanicolaou: identificação do protozoário no esfregaço cervicovaginal, com desvantagem na demora do resultado.

#### **TRATAMENTO**

- Metronidazol (classificado como categoria B na gravidez): 2g VO dose única ou 250mg VO de 8/8 horas, por 7 dias.
- O parceiro deve ser tratado com *Tinidazol*: 2g VO em dose única.

## VAGINOSE BACTERIANA

- Síndrome clínica polimicrobiana caracterizada por desequilíbrio na composição da flora microbiana vaginal, com exagerada proliferação de germes anaeróbios associado à diminuição de *Lactobacillus sp.*
- Comprovada associação com complicações obstétricas como trabalho de parto prematuro e amniorrexe prematura, o que justifica sua investigação sistemática em gestantes assintomáticas com elevado risco para prematuridade.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Teste das aminas positivo (Whiff test): odor semelhante a peixe podre mediante adição de 2 gotas de KOH 10% em lâmina de conteúdo vaginal.
- Teste do pH: fita de acidez mostra pH vaginal >4,5.
- Microscopia óptica pela coloração de Gram em esfregaço do conteúdo vaginal: presença de células indicadoras ou *clue cells* (células epiteliais superficiais recobertas por cocobacilos).
- Secreção vaginal tratada com KOH a 10% libera odor fétido.

## TRATAMENTO

- Metronidazol (classificado como de categoria B na gravidez): 500 mg VO de 12/12 horas, por 7 dias ou 250 mg VO de 8/8 horas, por 7 dias ou 2 g VO dose única ou
- Metronidazol creme vaginal: aplicação vaginal diária, por 7 dias ou
- Clindamicina (classificado como categoria B na gravidez): 300 mg VO de 12/12 horas, por 7 dias.
- O tratamento do parceiro não é conduta rotineira.

## LEITURA SUGERIDA

- FREITAG, B. C.; GRAVETT, M. G. Infection: other infectious conditions. In: JAMES, D. K., et al. **High risk pregnancy: management options**. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 2006. p. 671-696.

HOLMES, K. et al. **Sexually transmitted disease**. 4th. ed. Toronto: McGraw Hill Medical, 2008.

- PASSOS, M. R. L., et al. Doenças sexualmente transmissíveis(DST). In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende: obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 746-776.

- QUEENAN, J. T. Gravidez complicada por herpes genital. In: QUEENAN, J. T. **Gestação de alto risco: diagnóstico e tratamento baseados em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.307-316.

- RUANO, R., et al. Intercorrências clínico-cirúrgicas: doenças sexualmente transmissíveis. In: ZUGAIB, M.(Ed.). **Zugaib: obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008. p. 967-991.

- SOBEL, J. D. **Bacterial vaginosis**, 2013. Disponível em: < [http://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis?source=search\\_result&search=Bacterial+vaginosis+and+Jack+D.+Sobel&selectedTitle=1~85](http://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis?source=search_result&search=Bacterial+vaginosis+and+Jack+D.+Sobel&selectedTitle=1~85)>. Acesso em: 21 mar 2013.

- SOBEL, J. D. **Candida vulvovaginitis**, 2013. Disponível em: < [http://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis?source=search\\_result&search=Candida+vulvovaginitis&selectedTitle=1~49](http://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis?source=search_result&search=Candida+vulvovaginitis&selectedTitle=1~49)>. Acesso em: 21 mar 2013.

- ZENILMAN, J. M. **Genital chlamydia trachomatis infections in women**, 2013. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/contents/genital-chlamydia-trachomatis-infections-in-women>>. Acesso em: 21 mar 2013.