15 minutos

Corrimento que sempre volta

Caso rápido · ambulatório de GO

CASO | 'JÁ TOMEI DE TUDO, DOUTOR'

Renata, 32 anos, G1P1, parceiro fixo.

Em 12 meses, 5 episódios de prurido vulvar com corrimento branco grumoso, sempre no pré-menstrual. Cada vez: fluconazol 150 mg dose única da farmácia, melhora em 3 dias e 'volta no mês seguinte'. Entre eles, 2 episódios de corrimento acinzentado com odor de peixe, tratados com metronidazol 7 dias.
ACO combinado há 6 anos; sabonete íntimo 2x/dia. Glicemia há 2 anos: 94 mg/dL. Sem antibiótico recente. Parceiro assintomático, 'já tomou fluconazol também'. Hoje: vulva hiperemiada com fissuras, corrimento branco aderido; pH 4,0; aminas negativo; KOH 10%: hifas e pseudo-hifas. Pede 'um remédio mais forte'.



Exame a fresco com KOH 10%: hifas e pseudo-hifas

O que diferencia recorrência de falha? Que exame falta antes de prescrever 6 meses de remédio?

Imagem: acervo da aula (Eixo 2).

RECORRENTE: DEFINIÇÕES E O QUE INVESTIGAR

	Candidíase vulvovaginal recorrente	Vaginose bacteriana recorrente
Definição	≥ 4 episódios sintomáticos em 12 meses (PCDT/MS; CDC 2021 aceita ≥ 3)	≥ 3 episódios em 12 meses; recorre em até 50–60% após tratamento padrão
Confirme antes	pH ≤ 4,5; KOH com hifas (sensibilidade 50–70%) CULTURA com identificação de espécie — obrigatória na recorrente: 10–20% são não-albicans (C. glabrata) e não respondem a azólico	pH > 4,5; aminas positivo; clue cells (Amsel 3 de 4) ou Nugent 7–10 Afastar tricomoníase (a fresco ou teste molecular)
Fatores a corrigir	Diabetes mal controlado (pedir glicemia/HbA1c), antibióticos, corticoide, iSGLT2, imunossupressão; estrogênio alto (ACO não precisa ser suspenso de rotina); duchas e sabonetes	Duchas vaginais, tabagismo, novo parceiro ou múltiplos, DIU de cobre (associação fraca); sexo sem preservativo logo após o tratamento
O que NÃO adianta	Tratar o parceiro assintomático; dieta sem açúcar; probiótico como terapia única; 'remédio mais forte' sem cultura	Tratar o parceiro era 'não' (CDC 2021) — ensaio de 2025 mostrou menos recorrência tratando o homem com metronidazol oral + tópico (Vodstrcil, NEJM 2025); ainda não está no PCDT

Fontes: Brasil, MS/SVS, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (2022); CDC STI Treatment Guidelines 2021; Sobel JD, Lancet 2007 (CVV); FEBRASGO, Vulvovaginites (2021); Vodstrcil LA et al., NEJM 2025.

QUANDO O PROTOCOLO PADRÃO FALHOU

CVV recorrente por C. albicans

Indução: fluconazol 150 mg VO em 3 doses — dia 1, dia 4 e dia 7
Supressão: fluconazol 150 mg VO 1x/semana por 6 meses
Resultado: 90% sem recorrência durante a supressão; 40 a 50% recorrem depois de parar — avisar
Alternativa: azólico tópico (clotrimazol 500 mg óvulo) 1x/semana por 6 meses se não puder usar oral
Gestante: só tópico — clotrimazol ou miconazol por 7 dias; fluconazol não.

Não-albicans (C. glabrata)

Ácido bórico 600 mg em cápsula vaginal, 1x/dia por 14 dias (manipulado) — não usar na gestação
Nistatina 100.000 UI vaginal por 14 dias
Depois: supressão com ácido bórico 2x/semana ou nistatina em dias alternados, 6 meses
Fluconazol não funciona bem na glabrata — por isso a cultura decide antes dos 6 meses de tratamento. C. krusei: resistente a fluconazol, usar tópico.

VB recorrente

Retratar: metronidazol 500 mg VO 12/12 h por 7 dias (ou gel 0,75% intravaginal por 5 noites)
Supressão: metronidazol gel 0,75% intravaginal 2x/semana por 4 a 6 meses
Esquema alternativo: metronidazol 7 dias → ácido bórico 600 mg vaginal 21 noites → metronidazol gel 2x/semana
Resultado: 70% sem recorrência durante a supressão; metade recorre depois
Preservativo nos primeiros meses e nada de ducha. Probiótico de Lactobacillus: evidência fraca, não substitui.

Fontes: Sobel JD et al., NEJM 2004;351:876-83 (fluconazol semanal); Sobel JD et al., Am J Obstet Gynecol 2006 (metronidazol gel supressivo); Reichman O et al., Sex Transm Dis 2009 (ácido bórico); PCDT IST 2022; CDC 2021.

RESOLUÇÃO | CULTURA. DEPOIS 6 MESES

Candidíase vulvovaginal recorrente (5 episódios/ano) — e cada dose única de fluconazol tratou o episódio, não a doença.

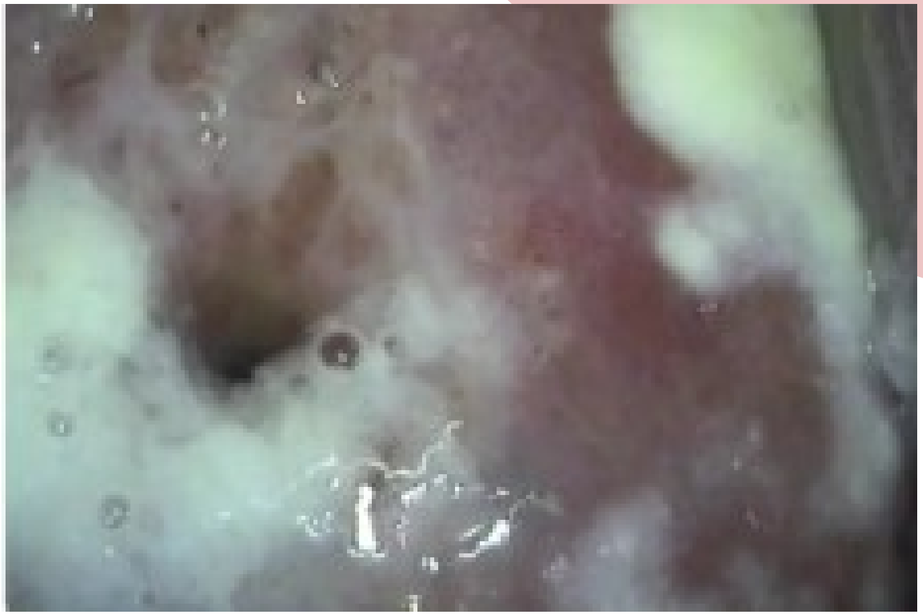
Recorrência, não falha: ela melhora a cada ciclo e recai no pré-menstrual; isso é o padrão clássico da recorrente, provavelmente por C. albicans. Falha seria não melhorar nunca — aí pensaria em glabrata ou em outro diagnóstico (dermatite, líquen).

Hoje: coletar cultura de secreção vaginal com identificação de espécie antes da primeira dose; glicemia de jejum e HbA1c; suspender o sabonete íntimo (água e, se quiser, sabonete neutro só na vulva); corticoide tópico de baixa potência por 5 dias para as fissuras, se muito sintomática.

Tratamento: fluconazol 150 mg nos dias 1, 4 e 7; depois 150 mg toda semana por 6 meses. Se a cultura vier glabrata: trocar para ácido bórico 600 mg vaginal 14 noites e supressão com bórico.

O que não fazer: tratar o parceiro, suspender o ACO de rotina, 'remédio mais forte' sem cultura. Os 2 episódios de VB foram tratados corretamente e não configuram recorrência — por enquanto.

Retorno em 1 mês com a cultura e em 6 meses ao fim da supressão: metade recai depois; se recair, repetir o ciclo.



Colpite micótica: placas brancas aderidas em mucosa hiperemiada

Cultura antes dos 6 meses

Fluconazol D1, D4, D7

150 mg/semana × 6 meses

Glabrata: ácido bórico

Fontes: PCDT IST 2022; CDC 2021; Sobel JD, NEJM 2004.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 29 anos com 4 episódios de candidíase vulvovaginal confirmados nos últimos 10 meses, cada um tratado com fluconazol 150 mg em dose única, com boa resposta. Cultura vaginal: Candida albicans. Não é gestante nem diabética. A conduta mais adequada é:

A Fluconazol 150 mg em dose única a cada novo episódio, associado ao tratamento do parceiro.

B Fluconazol 150 mg nos dias 1, 4 e 7, seguido de 150 mg por semana durante 6 meses.

C Ácido bórico 600 mg intravaginal por 14 dias, pois a recorrência indica resistência ao fluconazol.

D Suspender o anticoncepcional combinado e prescrever probiótico oral por 6 meses.

E Metronidazol 500 mg 12/12 h por 7 dias, pela provável associação com vaginose bacteriana.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 29 anos com 4 episódios de candidíase vulvovaginal confirmados nos últimos 10 meses, cada um tratado com fluconazol 150 mg em dose única, com boa resposta. Cultura vaginal: Candida albicans. Não é gestante nem diabética. A conduta mais adequada é:

A Fluconazol 150 mg em dose única a cada novo episódio, associado ao tratamento do parceiro.

B Fluconazol 150 mg nos dias 1, 4 e 7, seguido de 150 mg por semana durante 6 meses.

C Ácido bórico 600 mg intravaginal por 14 dias, pois a recorrência indica resistência ao fluconazol.

D Suspender o anticoncepcional combinado e prescrever probiótico oral por 6 meses.

E Metronidazol 500 mg 12/12 h por 7 dias, pela provável associação com vaginose bacteriana.

PARA LEVAR

1

Recorrente é ≥ 4 CVV/ano (ou ≥ 3 VB/ano): não repita a dose única — colha cultura com espécie e procure diabetes e hábitos.

2

CVV por albicans: fluconazol 150 mg D1, D4, D7 e depois 1x/semana por 6 meses. Glabrata: ácido bórico 600 mg vaginal 14 dias.

3

VB recorrente: metronidazol 7 dias e depois gel 0,75% 2x/semana por 4 a 6 meses. Parceiro: não na CVV; na VB, evidência nova a caminho.