Internato 2026

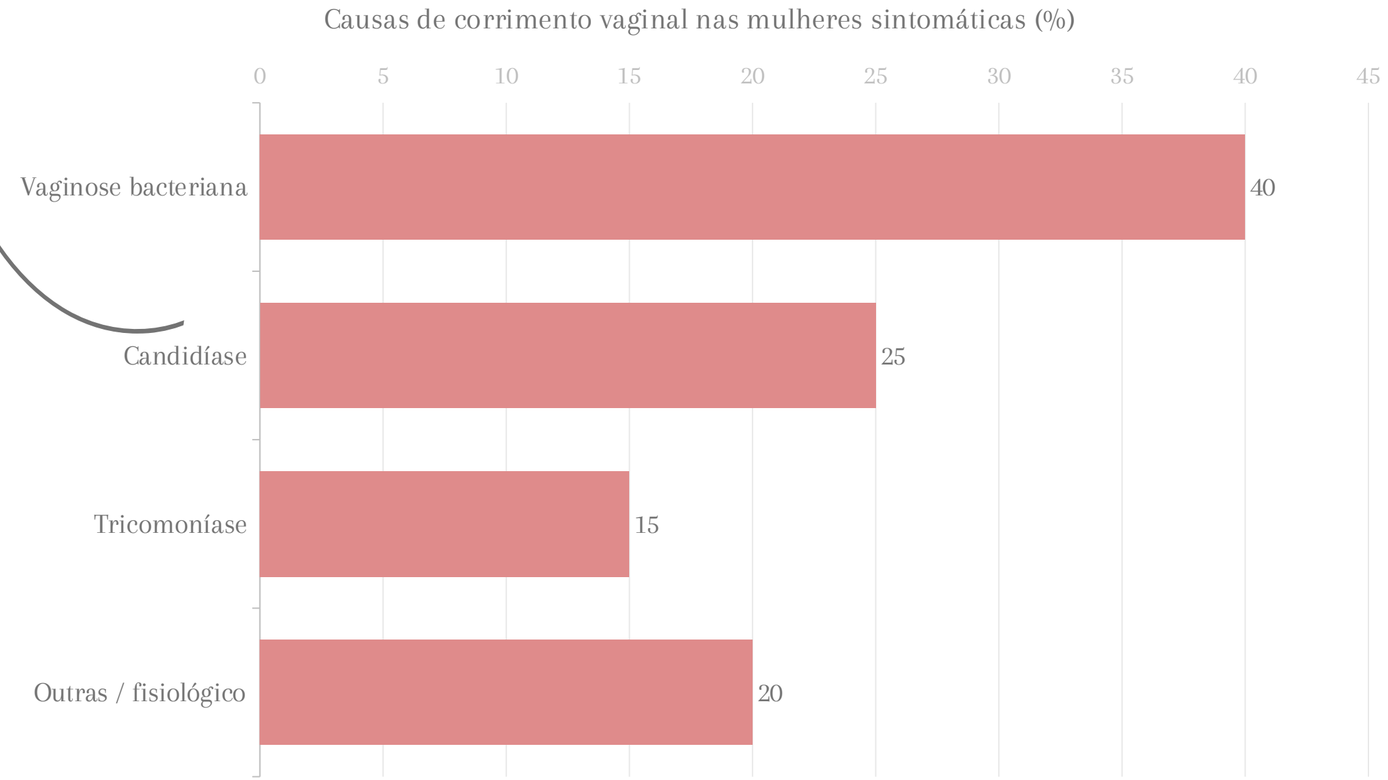
Vulvovaginites e DIP

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. O ecossistema vaginal: por que o pH decide o diagnóstico
2. Vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase: diagnóstico e tratamento
3. Vaginites que a prova cobra e ninguém estuda: citolítica, aeróbia, atrófica
4. Doença inflamatória pélvica: critérios, antibióticos, quando internar
5. Casos clínicos, imagens e questões de prova

EPIDEMIOLOGIA | CORRIMENTO



29%

das mulheres em idade reprodutiva têm vaginose bacteriana — e 84% delas não têm sintoma (NHANES)

75%

das mulheres terão pelo menos um episódio de candidíase vulvovaginal na vida; 5–9% têm a forma recorrente

156 milhões

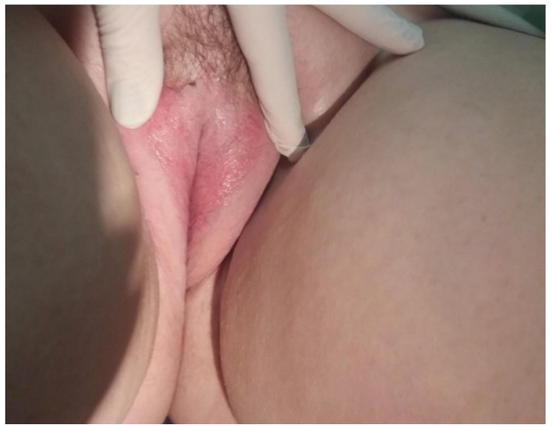
de casos novos de tricomoníase por ano no mundo — a IST não viral mais comum (OMS 2020)

Fontes: Koumans EH et al., Sex Transm Dis 2007 (NHANES 2001–04); Sobel JD, Lancet 2007; OMS, Global STI estimates 2020; CDC, STI Treatment Guidelines 2021.

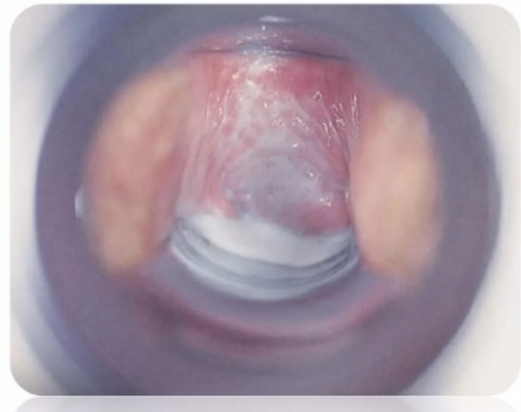
CASO 1 | PRURIDO

LSM, 27 anos, administradora.

Prurido vulvar e ardor ao urinar há 2 semanas, desde que voltou da praia. Corrimento branco, sem odor. Ciclos regulares; ACO combinado há 8 anos. Parceiro único há 1 ano e 6 meses. HPV tratado há 2 anos; rastreio de IST normal há 1 ano. Vacinas em dia. Exame: hiperemia em grandes e pequenos lábios; paredes vaginais hiperemiadas, placas brancas aderidas ao colo; corrimento branco grumoso, sem odor.



Vulva: hiperemia e placas



Especular: placas brancas aderidas

Qual o diagnóstico? Precisa de exame? E a praia?

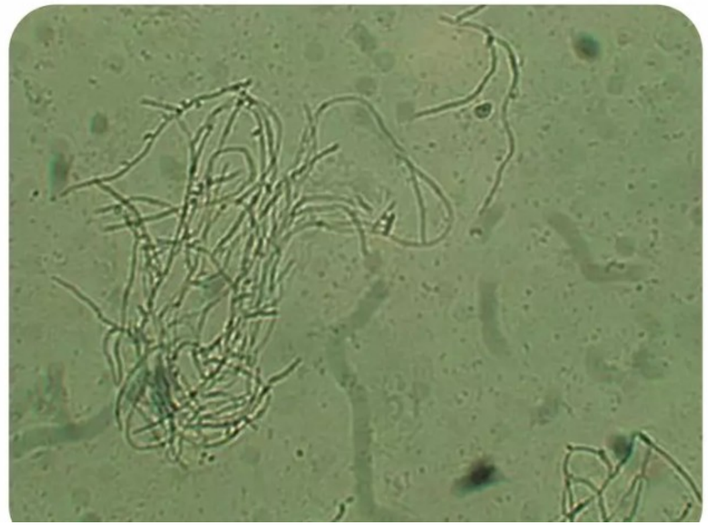
Imagens: acervo da aula.

CASO 1 | EXAMES

Antes de olhar o resultado: quais desses exames eram necessários?
A candidíase não complicada é diagnóstico clínico. O exame a fresco com KOH 10% confirma (hifas) e o pH < 4,5 afasta vaginose e tricomoníase.
Cultura só na recorrente ou na falha — para identificar espécie não-albicans.

Exames	Resultados
Hemograma	Eritrograma, leucograma e plaquetograma dentro dos limites da normalidade
EAS	Dentro dos limites da normalidade
Glicemia de jejum	79 mg/dL (VR: 65-99 mg/dL)
TSH	2,16 µUI/mL (VR: 0,53-3,59 µUI/mL)
T4 livre	0,94 ng/dL (VR: 0,93-1,60 ng/dL)
Colpocitologia onco-parasitária	Padrão inflamatório moderado com presença de fungos, atipias celulares ausentes.
USG transvaginal	Útero com 47,3 cm^3; endométrio 3 mm; ovário direito com 5,4 cm^3 e ovário esquerdo com 5,4 cm^3 (todos dentro dos limites de normalidade)

Exames solicitados na primeira consulta



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

O ECOSSISTEMA VAGINAL

Lactobacilos

Convertem glicogênio em ácido lático
pH 3,8 – 4,5
H_2O_2 e bacteriocinas inibem anaeróbios
Estrogênio = glicogênio = lactobacilos

O que desequilibra

Duchas vaginais e sabonetes íntimos
Novo parceiro, múltiplos parceiros, sexo sem preservativo
Antibióticos de amplo espectro
Hipoestrogenismo (menopausa, lactação)
Tabagismo, DIU de cobre (vaginose)

O que o pH diz

‹ 4.5 candidíase ou citolítica (flora preservada)
› 4.5 vaginose bacteriana, tricomoníase, aeróbia, atrófica
Sangue, sêmen e muco cervical alcalinizam: cuidado na coleta

Fonte: FEBRASGO, Protocolo Vaginites e Vaginoses (2024); Sobel JD, Lancet 2007.

FLUXOGRAMA | CORRIMENTO VAGINAL (PCDT-IST)

Queixa de corrimento vaginal

Anamnese + exame especular: aspecto do corrimento, colo, dor à mobilização, pH, teste das aminas, microscopia (a fresco / Gram)

pH < 4,5 · grumoso · prurido · sem odor

pH > 4,5 · homogêneo · odor de peixe · aminas +

pH > 5 · amarelo-esverdeado, bolhoso · colo em framboesa

CANDIDÍASE → azólico

VAGINOSE → metronidazol

TRICOMONÍASE → metronidazol + parceiro

Sem microscopia? Trate pela clínica: prurido + grumoso = candidíase; odor + homogêneo = vaginose; os dois presentes = trate ambos. Cervicite (muco purulento, colo friável) = gonococo/clamídia.

Fonte: Ministério da Saúde, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (2022).

VAGINOSE BACTERIANA

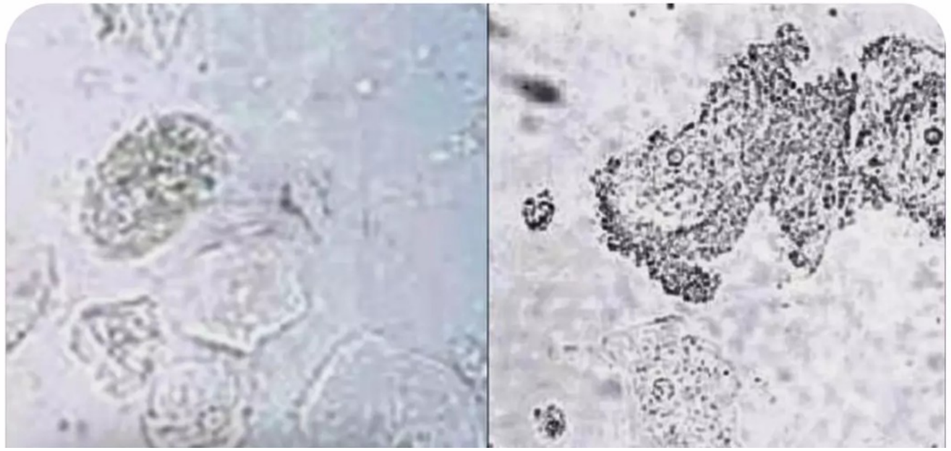
Fisiopatologia substituição dos lactobacilos por Gardnerella vaginalis, Atopobium, Prevotella, Mobiluncus — biofilme polimicrobiano, sem inflamação (por isso 'vaginose', não 'vaginite').

Clínica corrimento fluido, homogêneo, branco-acinzentado, aderente, odor de peixe que piora após o coito e na menstruação. Prurido é raro.

Amsel (3 de 4) corrimento homogêneo; pH > 4,5; teste das aminas (KOH 10%) positivo; clue cells ≥ 20% das células epiteliais.

Nugent (Gram) 0–3 normal · 4–6 intermediário · 7–10 vaginose. É o padrão-ouro dos estudos; Amsel é o da clínica.

Por que tratar aumenta risco de DIP, infecção pós-cirúrgica, aquisição de HIV/HSV e, na gestante, parto prematuro.



Exame a fresco: clue cells (células epiteliais recobertas por bactérias) ao lado de células normais

Fontes: CDC, STI Treatment Guidelines 2021; FEBRASGO 2024; Amsel R et al., Am J Med 1983; Nugent RP et al., J Clin Microbiol 1991.

VAGINOSE | TRATAMENTO

Situação	Esquema (PCDT-IST 2022 / CDC 2021)	Observações
1ª escolha	Metronidazol 500 mg VO 12/12 h, 7 dias ou metronidazol gel 0,75%, 5 g vaginal à noite, 5 dias	Evitar álcool durante e até 24 h após (efeito dissulfiram-like). Sem necessidade de abstinência pela droga.
Alternativa	Clindamicina 300 mg VO 12/12 h, 7 dias ou clindamicina creme 2% vaginal, 7 noites	Creme oleoso enfraquece preservativo de látex por até 5 dias.
Gestante	Metronidazol 250 mg VO 8/8 h, 7 dias (ou 500 mg 12/12 h)	Tratar sintomáticas em qualquer trimestre. Metronidazol é seguro na gestação.
Recorrente (≥ 3/ano)	Metronidazol 500 mg 12/12 h, 10–14 dias ou gel 10 dias; depois gel 0,75% 2x/semana por 4–6 meses	Rastrear e tratar o parceiro masculino (NEJM 2025). Ácido bórico 600 mg 21 dias + gel de manutenção é opção.
Assintomática	Não tratar — exceto antes de procedimento ginecológico invasivo e na gestante de alto risco	Rastreio populacional não é recomendado.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022; CDC 2021; FEBRASGO 2024.

O QUE MUDOU | TRATAR O PARCEIRO

Vodstrcil LA et al., NEJM 2025.

Ensaio australiano, 164 casais monogâmicos com vaginose bacteriana recorrente. Mulheres tratadas como de costume; homens randomizados para tratamento ou nada.

Tratamento do parceiro: metronidazol 400 mg VO 12/12 h, 7 dias + clindamicina creme 2% na glande e corpo do pênis, 2x/dia, 7 dias.

Resultado: recorrência em 12 semanas caiu de 63% para 35%. O estudo foi interrompido antes do fim por benefício.

Mensagem: a vaginose se comporta como uma IST na mulher com parceiro fixo. O biofilme de Gardnerella também coloniza o pênis. Ainda não está nos protocolos brasileiros — mas já é prática em centros de referência para a forma recorrente.



NEJM, 6 de março de 2025

Recorrência 63% → 35%

Parceiro: metronidazol + clindamicina

Abstinência ou preservativo no tratamento

Vale para a recorrente

Fonte: Vodstrcil LA et al. Male-Partner Treatment to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis. N Engl J Med 2025;392:947-57.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

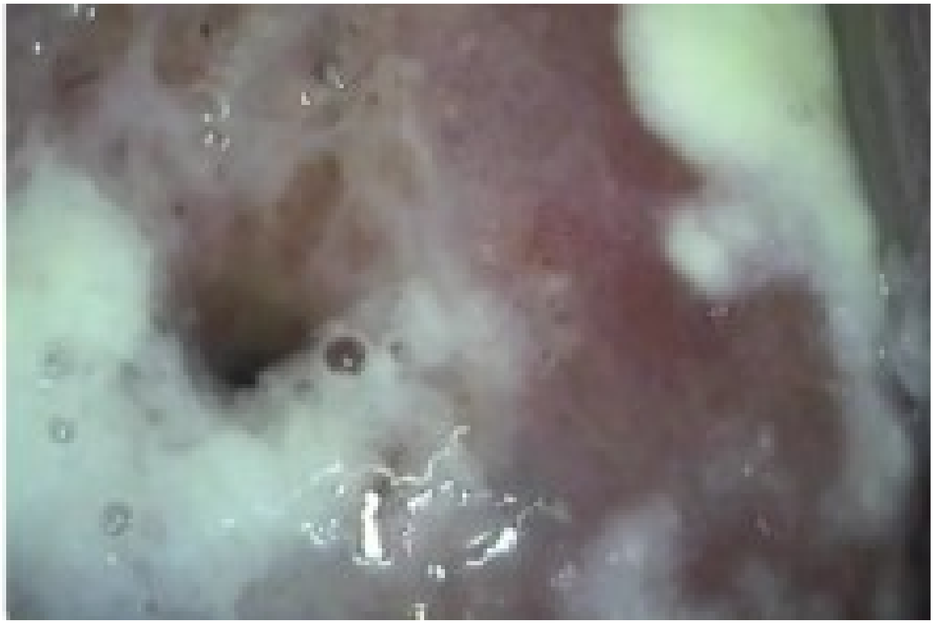
Agente Candida albicans em 85–90%; C. glabrata e outras não-albicans sobem na recorrente e na diabética — e respondem mal aos azólicos.

Fatores de risco gestação, diabetes, antibiótico recente, corticoide, imunossupressão, estrogênio em dose alta, roupas úmidas e apertadas — a praia do caso 1.

Clínica prurido intenso, ardor, dispareunia, disúria externa; corrimento branco grumoso 'em nata', sem odor; hiperemia, edema, fissuras.

Diagnóstico clínico + pH < 4,5 + a fresco/KOH com hifas e pseudo-hifas (sensibilidade ~50%). Cultura só se recorrente ou refratária.

Classificação NÃO COMPLICADA (esporádica, leve, albicans, imunocompetente) × COMPLICADA (grave, recorrente ≥ 4/ano, não-albicans, gestante, diabética, imunossuprimida).



Colpite micótica: placas brancas aderidas, hiperemia

Fontes: CDC 2021; Sobel JD, Lancet 2007; FEBRASGO 2024.

CANDIDÍASE | TRATAMENTO

Situação	Esquema	Observações
Não complicada	Fluconazol 150 mg VO dose única ou miconazol creme 2% vaginal, 7 noites ou nistatina 100.000 UI vaginal, 14 noites	Tópico e oral têm eficácia igual (~90%). Não tratar o parceiro, exceto se balanite.
Grave	Fluconazol 150 mg VO, 2 doses (D1 e D4)	Edema, fissuras, escoriações extensas.
Recorrente (≥ 4/ano)	Indução: fluconazol 150 mg D1, D4 e D7 Manutenção: fluconazol 150 mg 1x/semana, 6 meses	Pedir cultura com espécie. Controlar glicemia. Recidiva após parar em 30–50%.
Não-albicans (glabrata)	Ácido bórico 600 mg vaginal, 14 noites; ou nistatina 14 noites	Azólicos falham. Ácido bórico é tóxico se ingerido — orientar.
Gestante	Apenas tópico: miconazol ou clotrimazol por 7 dias; nistatina 14 dias	Fluconazol oral em doses repetidas associa-se a malformações no 1º trimestre — evitar.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022; CDC 2021; Sobel JD, NEJM 2004 (manutenção com fluconazol).

CASO 1| RESOLUÇÃO

Candidíase vulvovaginal não complicada.

Prurido + corrimento grumoso sem odor + placas aderidas: diagnóstico clínico. O KOH confirmou (hifas); pH < 4,5 afastou vaginose e tricomoníase.

Os hábitos: biquíni molhado por horas, calor, umidade, roupa apertada — ambiente ideal para a Candida. O ACO em dose baixa pesa pouco.

O HPV: nenhuma relação causal com candidíase. Mas é a deixa para checar o rastreio do colo e a vacina (já feita).

Conduta: fluconazol 150 mg VO dose única (ou miconazol 2% por 7 noites). Não tratar o parceiro. Não precisa de retorno se melhorar.

Promoção de saúde: trocar a roupa molhada, roupa íntima de algodão, não usar duchas vaginais ou sabonetes 'íntimos', preservativo com novo parceiro, rastreio do colo em dia.

Dos exames pedidos, apenas o a fresco/KOH era necessário. Hemograma, TSH, T4 e ultrassonografia não mudam conduta aqui.



KOH 10%: hifas

pH < 4.5

Hifas no KOH

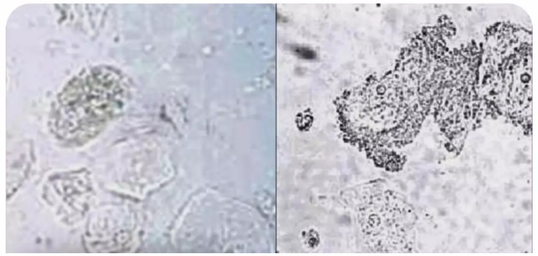
Fluconazol 150 mg DU

Não tratar parceiro

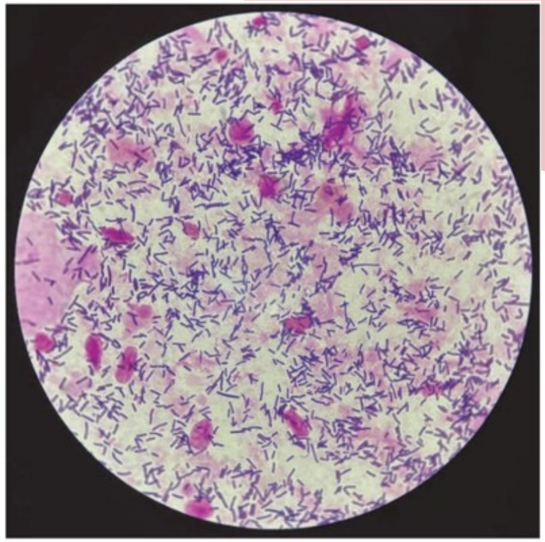
CASO 2 | ODOR

Daniela, 34 anos, bancária, G2P2.

Corrimento acinzentado e 'cheiro de peixe' que piora depois da relação e no fim da menstruação. Já tratou 'infecção' três vezes este ano com creme vaginal — melhora e volta.
DIU de cobre há 2 anos, parceiro fixo há 8 anos. Faz ducha vaginal 'para limpar' após o coito. Fuma 10 cigarros/dia.
Exame: vulva normal; corrimento fluido, homogêneo, branco-acinzentado aderido às paredes; colo sem lesão; sem dor à mobilização. pH 5,5; teste das aminas positivo; a fresco com clue cells.



A fresco: clue cells



Gram: bacilos Gram-positivos (lactobacilos) — o normal

É a terceira vez. O que está errado? Quem mais precisa de tratamento?

Imagens: acervo da aula.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Vaginose bacteriana recorrente (≥ 3 episódios/ano).

Amsel 4/4: corrimento homogêneo, pH > 4,5, aminas +, clue cells.

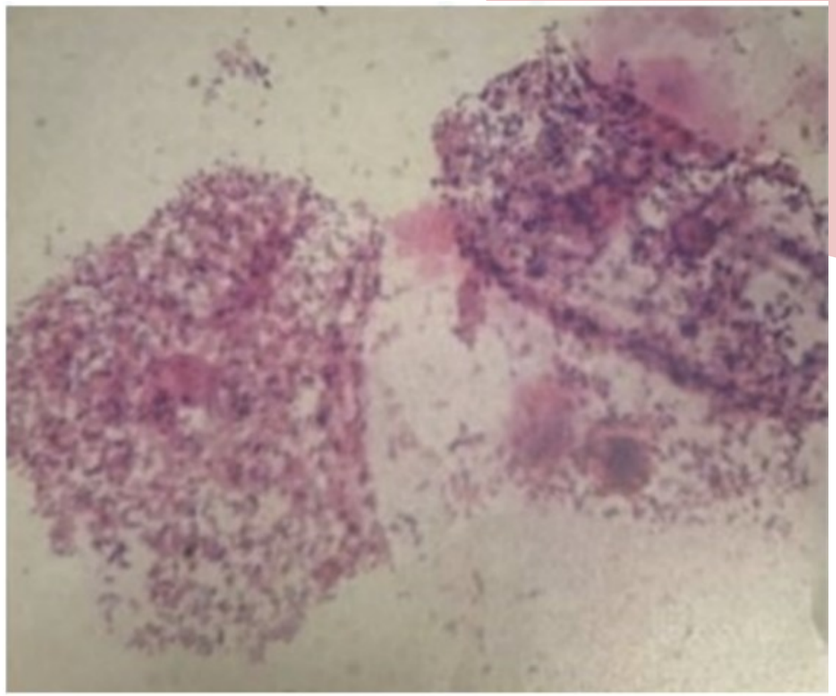
Não precisa de cultura — Gardnerella faz parte da flora normal; cultura positiva não diagnostica vaginose.

Fatores que mantêm a recorrência: ducha vaginal (o principal, e é modificável), tabagismo, DIU de cobre, parceiro não tratado, tratamento tópico curto demais.

Conduta: metronidazol 500 mg VO 12/12 h por 10–14 dias; depois metronidazol gel 0,75% 2x/semana por 4–6 meses. Suspender a ducha. Oferecer cessação do tabagismo.

Parceiro: metronidazol 400 mg 12/12 h + clindamicina creme 2% no pênis, 7 dias (NEJM 2025). Abstinência ou preservativo no período.

O DIU: não precisa sair. Discutir troca por SIU-LNG só se a recorrência persistir após corrigir o resto.



Gram: clue cells — Nugent 7–10

Amsel 3 de 4

Nugent 7–10

Metronidazol 10–14 d + manutenção

Tratar parceiro

TRICOMONÍASE

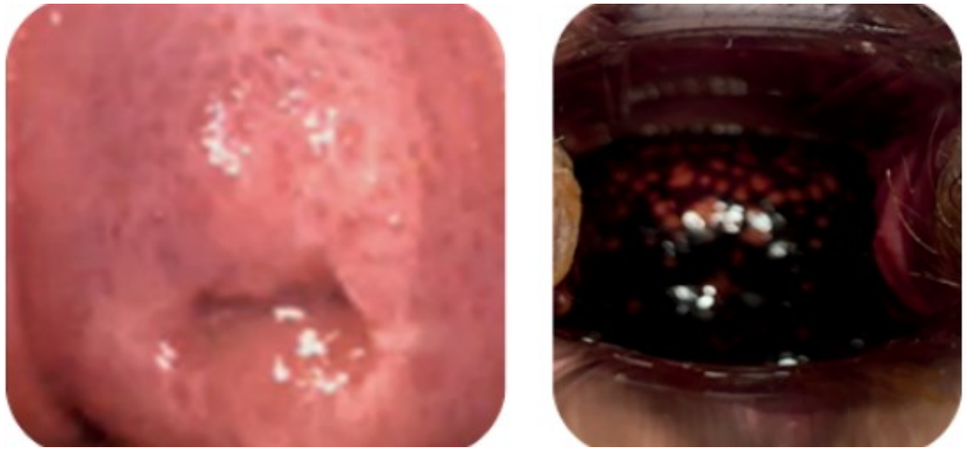
Agente Trichomonas vaginalis, protozoário flagelado. É IST — e a mais prevalente das não virais. Incubação de 5 a 28 dias.

Clínica corrimento abundante, amarelo-esverdeado, bolhoso, fétido; prurido, disúria, dispareunia; colpite macular ('colo em framboesa') em 2% ao olho nu, 50% à colposcopia. Até 50% assintomáticas.

Diagnóstico pH > 5; a fresco com protozoários móveis (sensibilidade 50–60%, cai em minutos — olhar na hora); NAAT é o padrão-ouro; citologia pode sugerir.

Complicações DIP, parto prematuro, baixo peso, ruptura prematura de membranas; triplica a aquisição de HIV.

Toda IST pede tratar o parceiro, abstinência até o fim do tratamento, rastrear sífilis, HIV, hepatites B e C, clamídia e gonococo; notificar; retestar em 3 meses.



Colpite por Trichomonas: pontilhado hemorrágico ('colo em framboesa'), secreção bolhosa

Fontes: CDC 2021; OMS 2020; Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022.

TRICOMONÍASE | A FRESCO E TRATAMENTO

Tratamento (PCDT-IST 2022):

Metronidazol 400 mg VO 12/12 h por 7 dias (ou 500 mg 12/12 h por 7 dias — CDC 2021 prefere o esquema de 7 dias à dose única de 2 g nas mulheres).

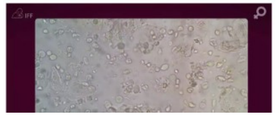
Parceiro: mesmo esquema, mesmo sem sintomas.

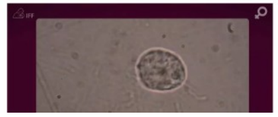
Gestante: metronidazol 400 mg 12/12 h por 7 dias, em qualquer trimestre.

Tópico não funciona — a uretra e as glândulas parauretrais são reservatório.

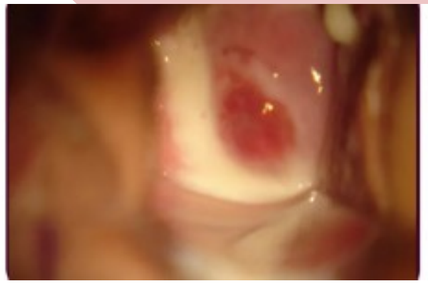
Falha: reinfecção pelo parceiro é a causa mais comum.

Depois, metronidazol 500 mg 12/12 h por 7 dias; refratária, 2 g/dia por 7 dias.





Exame a fresco: Trichomonas vaginalis (menor e maior aumento), piriforme, flagelado, móvel



Colpite por Trichomonas: secreção esverdeada, colo hiperemiado

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022; CDC, STI Treatment Guidelines 2021.

AS TRÊS GRANDES | COMPARAÇÃO

	Vaginose bacteriana	Candidíase	Tricomoníase
Corrimento	Fluido, homogêneo, acinzentado, aderente	Grumoso, branco, 'nata de leite'	Abundante, amarelo-esverdeado, bolhoso
Odor / prurido	Odor de peixe / sem prurido	Sem odor / prurido intenso	Fétido / prurido e ardor
pH	> 4,5	< 4,5	> 5
Teste das aminas	Positivo	Negativo	Pode ser positivo
Microscopia	Clue cells, poucos leucócitos	Hifas / pseudo-hifas (KOH)	Protozoários móveis, muitos leucócitos
Inflamação	Não (vaginose)	Sim	Sim — colpite macular
Tratamento	Metronidazol 500 mg 12/12 h 7 d	Fluconazol 150 mg DU ou tópico 7 d	Metronidazol 400–500 mg 12/12 h 7 d
Parceiro	Só na recorrente (NEJM 2025)	Não (salvo balanite)	Sempre — é IST

AS QUE CAEM NA PROVA

Vaginose citolítica

Lactobacilos em excesso: pH < 4,5, citólise (núcleos nus, debris), poucos leucócitos, sem patógeno
Prurido e ardor pré-menstruais que não melhoram com antifúngico — é 'candidíase que não cura'
Tratamento: alcalinizar — ducha com bicarbonato de sódio (30–60 g em 1 L) 2–3x/semana; suspender antifúngicos

Vaginite aeróbia / DIV

Flora entérica: E. coli, Streptococcus, Staphylococcus; pH > 4,5, muitos leucócitos, células parabasais, sem lactobacilos
Corrimento amarelo purulento, ardor, dispareunia; petéquias na vagina e no colo
Tratamento: clindamicina 2% vaginal ± hidrocortisona; na forma descamativa (DIV), manutenção prolongada e estrogênio se pós-menopausa

Vaginite atrófica

Hipoestrogenismo: pós-menopausa, lactação, análogo de GnRH — pH > 4,5, células parabasais, lactobacilos escassos
Secura, dispareunia, ardor, sangramento pós-coital; mucosa pálida, lisa, friável
Tratamento: estrogênio vaginal (estriol/promestrieno) — e lembrar: sangramento na pós-menopausa sempre se investiga

Fontes: FEBRASGO 2024; Donders GG et al., BJOG 2002 (vaginite aeróbia); Cibley LJ, Am J Obstet Gynecol 1991 (citolítica).

VAGINITE AERÓBIA E ATRÓFICA | ACHADOS



Figure 7.1 Severe aerobic vaginitis/desquamative inflammatory vaginitis.
A– Vaginal and cervical petechiae B– Copious discharge
C– Vestibular involvement

Vaginite aeróbia grave / DIV: petéquias vaginais e cervicais, secreção purulenta, vestíbulo acometido

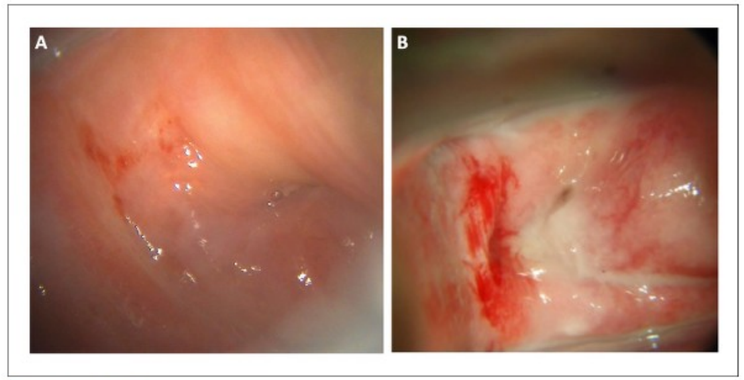


Figure 8.1 A and B– Colposcopic aspect of the vagina of a postmenopausal woman. Loss of vaginal rugae, petechiae, and easy bleeding.

Vaginite atrófica: perda das rugas, petéquias, sangramento fácil

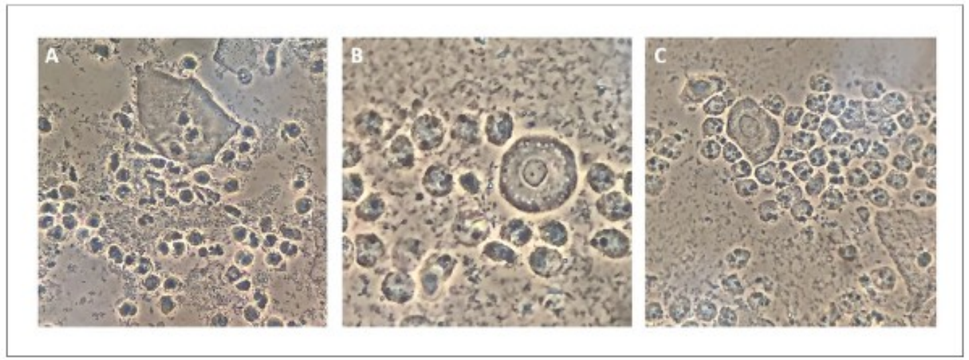
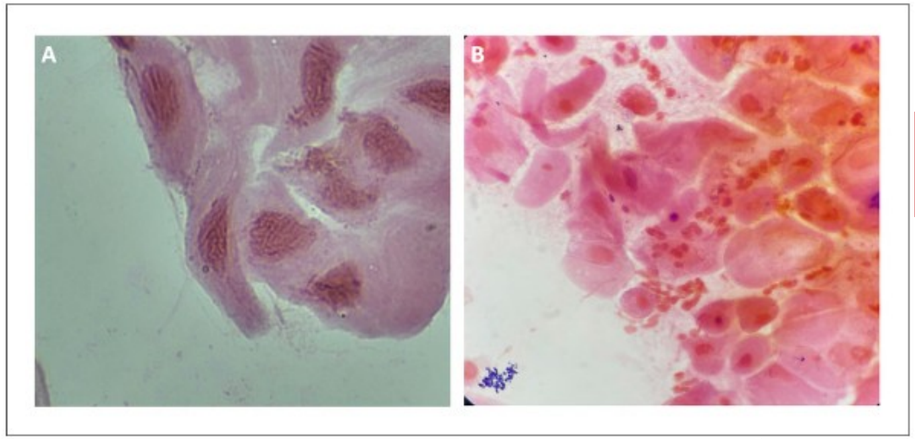


Figure 7.2 Aerobic vaginitis/desquamative inflammatory vaginitis in wet mount microscopy (400x, phase contrast).
A– Moderate aerobic vaginitis B and C– Severe aerobic vaginitis/desquamative inflammatory vaginitis

A fresco (400x): leucócitos, células parabasais, cocos — flora aeróbia



Esfregaço: células parabasais e inflamação (atrofia)

Imagens: Donders G (ed.), Atlas of Vulvovaginal Disease (figs. 7.1, 7.2, 8.1); acervo da aula.

QUESTÃO | IAMSPE 2022

A vaginose citolítica é uma patologia que acomete as mulheres, devido a um desequilíbrio do ecossistema vaginal. A respeito da vaginose citolítica, assinale a alternativa CORRETA.

A Há elevação do pH vaginal, com redução da população de lactobacilos.

B Há presença de Trichomonas, Gardnerella ou Candida.

C Há corrimento vaginal amarelado, sem prurido ou relação com o período pré-menstrual.

D Há diminuição do pH vaginal, com elevação da população de lactobacilos.

E O tratamento consiste no uso de cremes vaginais com imidazólicos.

QUESTÃO | IAMSPE 2022

A vaginose citolítica é uma patologia que acomete as mulheres, devido a um desequilíbrio do ecossistema vaginal. A respeito da vaginose citolítica, assinale a alternativa CORRETA.

A Há elevação do pH vaginal, com redução da população de lactobacilos.

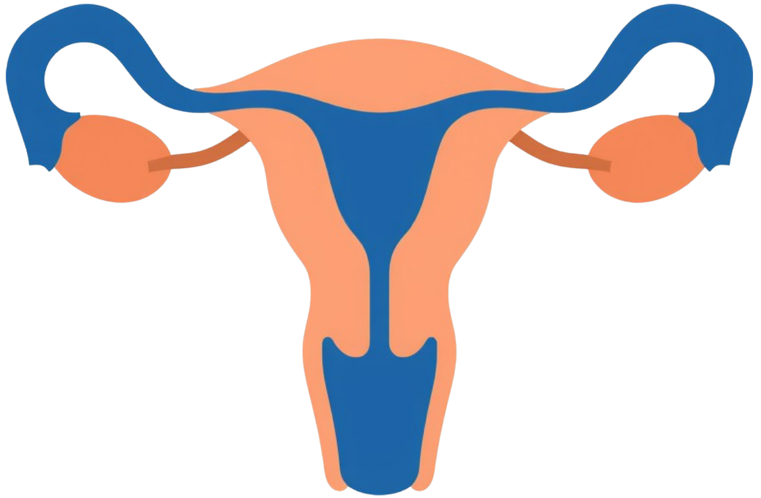
B Há presença de Trichomonas, Gardnerella ou Candida.

C Há corrimento vaginal amarelado, sem prurido ou relação com o período pré-menstrual.

D Há diminuição do pH vaginal, com elevação da população de lactobacilos.

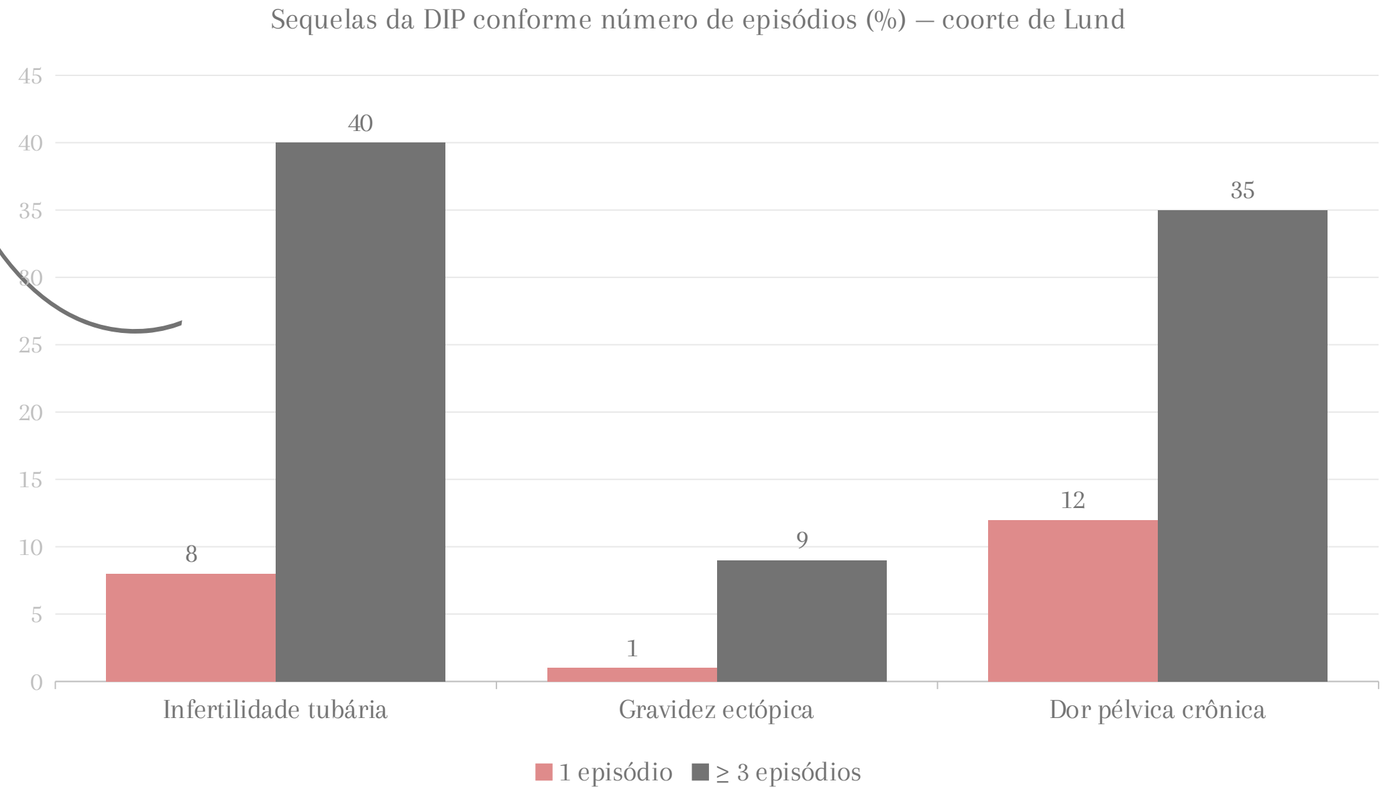
E O tratamento consiste no uso de cremes vaginais com imidazólicos.

Doença inflamatória pélvica



A infecção que sobe — e a prova que desce se você esperar exame para tratar

DIP | POR QUE IMPORTA



4,4%

das mulheres de 18–44 anos nos EUA já tiveram DIP — 2,5 milhões de mulheres (NHANES 2013–14)

1 em 8

mulheres com história de DIP tem dificuldade para engravidar; infertilidade tubária: 8% após 1 episódio, 20% após 2, 40% após 3

6–10x

mais risco de gravidez ectópica após DIP; dor pélvica crônica em até 1/3

Fontes: Kreisel K et al., MMWR 2017 (NHANES); Weström L et al., Sex Transm Dis 1992 (coorte de Lund, 1.844 mulheres).

CASO 3 | DOR PÉLVICA

Bianca, 22 anos, estudante, G0.

Dor em baixo ventre há 5 dias, progressiva, bilateral, pior ao caminhar; corrimento amarelado há 2 semanas; febre de 38,5 °C ontem; dispareunia profunda.

Novo parceiro há 2 meses, sem preservativo. DIU de cobre inserido há 3 semanas. Nega atraso menstrual; β-hCG negativo.

Exame: PA 110/70, FC 104, T 38,2 °C. Abdome doloroso em hipogástrio e fossas ilíacas, sem peritonismo.

Especular: muco purulento pelo orifício externo, colo friável. Toque: dor intensa à mobilização do colo, anexo direito doloroso e empastado.

Leucócitos 16.400; PCR 98 mg/L. USTV: espessamento tubário à direita, coleção anexial de 5 cm com conteúdo heterogêneo; líquido livre no fundo de saco.



Especular: muco cervical purulento, colo friável

É DIP? Trata em casa ou interna? E o DIU — tira?

Imagem: acervo da aula.

DIP | CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (CDC 2021)

Mínimos — basta um

Mulher sexualmente ativa com dor pélvica ou abdominal baixa, sem outra causa, e pelo menos um:

- dor à mobilização do colo
- dor uterina
- dor anexial

Já se inicia o tratamento empírico. O limiar é baixo de propósito: a sequela é a infertilidade.

Adicionais — reforçam

- temperatura > 38,3 °C
- secreção cervical ou vaginal mucopurulenta anormal
- leucócitos abundantes na secreção vaginal a fresco
- VHS ou PCR elevadas
- gonococo ou clamídia positivos no colo

Sem leucócitos na secreção e secreção normal: DIP improvável.

Elaborados — definem

- biópsia endometrial com endometrite
- USTV ou RM: tubas espessadas com líquido, abscesso tubo-ovariano, Doppler com hiperemia tubária
- laparoscopia com achados compatíveis

Não são necessários para tratar. Servem para o caso duvidoso e para o abscesso.

Fonte: CDC, Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021; Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022.

DIP | ETIOLOGIA E DIFERENCIAL

Quem sobe Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis iniciam; anaeróbios, Mycoplasma genitalium, enterobactérias e a flora da vaginose completam. Por isso o esquema é sempre polimicrobiano.

Fatores de risco idade < 25, múltiplos parceiros, IST prévia, DIP prévia, não uso de preservativo, vaginose, DIU apenas nas primeiras 3 semanas após a inserção.

Sempre afastar gravidez ectópica (β-hCG em toda dor pélvica), apendicite, torção e cisto ovariano roto, endometriose, ITU, litíase.

Fitz-Hugh-Curtis peri-hepatite por clamídia/gonococo: dor em hipocôndrio direito 'em corda de violino' na laparoscopia. Trata-se como DIP.

Estadiamento (Monif) I salpingite sem peritonite · II com peritonite · III abscesso tubo-ovariano · IV abscesso roto — o IV é cirurgia.



Principais fatores de risco para DIP

Fontes: CDC 2021; Brunham RC et al., NEJM 2015; Monif GRG, 1982.

DIP | TRATAMENTO

Regime	Esquema	Observações
Ambulatorial (1ª escolha)	Ceftriaxona 500 mg IM dose única (1 g se ≥ 150 kg) + doxiciclina 100 mg VO 12/12 h, 14 dias + metronidazol 500 mg VO 12/12 h, 14 dias	Metronidazol passou a ser obrigatório (CDC 2021) pelos anaeróbios e pela vaginose associada. Reavaliar em 72 h: sem melhora → internar.
Ambulatorial (alternativa)	Cefotaxima 500 mg IM DU ou cefoxitina 2 g IM + probenecida 1 g VO + doxiciclina + metronidazol, 14 dias	Doxiciclina é contraindicada na gestante — e gestante com DIP interna.
Hospitalar	Ceftriaxona 1 g IV 1x/dia + doxiciclina 100 mg VO/IV 12/12 h + metronidazol 400–500 mg IV 12/12 h ou clindamicina 900 mg IV 8/8 h + gentamicina 3–5 mg/kg/dia IV	Após 24–48 h de melhora clínica, passar para VO até completar 14 dias. Clindamicina + gentamicina é o esquema do abscesso.
Parceiros	Ceftriaxona 500 mg IM DU + azitromicina 1 g VO DU (ou doxiciclina 7 dias)	Todos os parceiros dos últimos 60 dias, mesmo assintomáticos. Abstinência até o fim do tratamento.

Fontes: CDC 2021; Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022.

DIP | QUANDO INTERNAR

Indicações de internação

· abscesso tubo-ovariano
· gestante
· falha do tratamento oral em 72 h
· intolerância ou impossibilidade de VO
· quadro grave: febre alta, vômitos, peritonite
· diagnóstico incerto — não exclui apendicite ou ectópica
· imunossupressão / HIV com baixo CD4

Abscesso tubo-ovariano

Antibiótico IV com cobertura anaeróbia (clindamicina + gentamicina, ou ceftriaxona + doxiciclina + metronidazol).
‹ 7 cm: 70% respondem só com antibiótico
≥ 7–8 cm, sem melhora em 48–72 h, ou rotura: drenagem guiada por imagem ou laparoscopia
Rotura = abdome agudo = laparotomia e antibiótico de amplo espectro.

E o DIU?

Não precisa ser removido para tratar a DIP.
Reavaliar em 48–72 h: sem melhora clínica, retirar.
O risco de DIP pelo DIU se restringe às 3 semanas após a inserção — depois, o risco é o da vida sexual.
Rastrear IST em quem tem fator de risco na inserção; não é obrigatório esperar o resultado para inserir.

Fontes: CDC 2021; ACOG Practice Bulletin; OMS, Critérios Médicos de Elegibilidade 2015.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

DIP estágio III: abscesso tubo-ovariano de 5 cm.

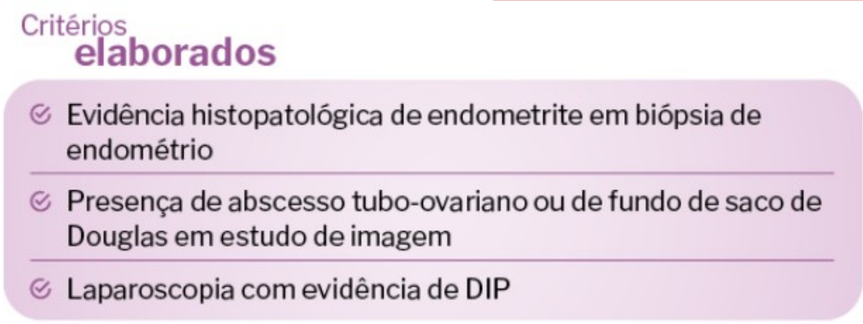
Critérios mínimos presentes (dor à mobilização do colo, dor anexial) + adicionais (febre, muco purulento, PCR) + elaborado (USTV com coleção e tuba espessada).

Interna: abscesso + febre + vômito. Ceftriaxona 1 g IV 1x/dia + doxiciclina 100 mg 12/12 h + metronidazol 500 mg IV 12/12 h (ou clindamicina + gentamicina).

48–72 h: afebril e com menos dor → VO por 14 dias no total. Sem melhora ou abscesso ≥ 7 cm → drenagem laparoscópica.

O DIU: fica. Só sai se não melhorar em 72 h. Inserido há 3 semanas, está dentro da janela de risco — e o parceiro novo sem preservativo é o fator principal.

Não esquecer: rastrear HIV, sífilis, hepatites; NAAT para gonococo e clamídia; tratar o parceiro; preservativo; retestar em 3 meses; orientar sobre fertilidade.



Critérios elaborados

Critérios mínimos: trate

ATO = interna

Reavaliar em 72 h

DIU fica

QUESTÃO | DIP

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) deve entrar como diagnóstico diferencial suspeito em todas as mulheres na menacme com queixa de dor abdominal baixa ou pélvica. Assinale a alternativa CORRETA em relação à DIP:

A) A maioria dos casos de DIP apresenta sintomas moderados que frequentemente levam a paciente a procurar avaliação médica.

B) A ultrassonografia transvaginal tem habilidade limitada para o diagnóstico de DIP aguda, mas se identificado um abscesso tubo-ovariano, define o diagnóstico.

C) Secreção vaginal ou cervical anormal é um dos critérios clínicos obrigatórios para o diagnóstico de DIP.

D) Nas pacientes usuárias de DIU, a remoção desse dispositivo deve ser feita concomitantemente ao diagnóstico para que o tratamento seja eficaz.

QUESTÃO | DIP

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) deve entrar como diagnóstico diferencial suspeito em todas as mulheres na menacme com queixa de dor abdominal baixa ou pélvica. Assinale a alternativa CORRETA em relação à DIP:

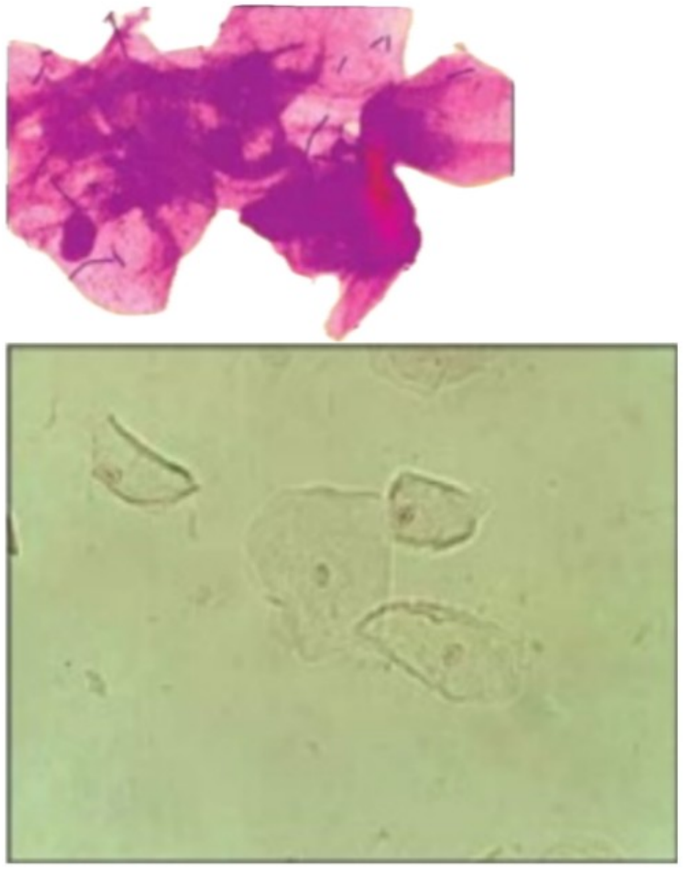
A. A maioria dos casos de DIP apresenta sintomas moderados que frequentemente levam a paciente a procurar avaliação médica.

B. A ultrassonografia transvaginal tem habilidade limitada para o diagnóstico de DIP aguda, mas se identificado um abscesso tubo-ovariano, define o diagnóstico.

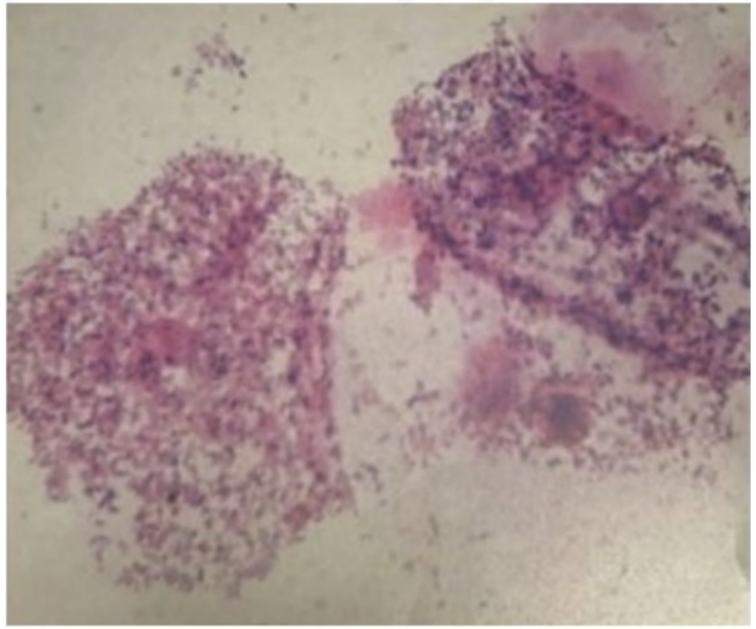
C. Secreção vaginal ou cervical anormal é um dos critérios clínicos obrigatórios para o diagnóstico de DIP.

D. Nas pacientes usuárias de DIU, a remoção desse dispositivo deve ser feita concomitantemente ao diagnóstico para que o tratamento seja eficaz.

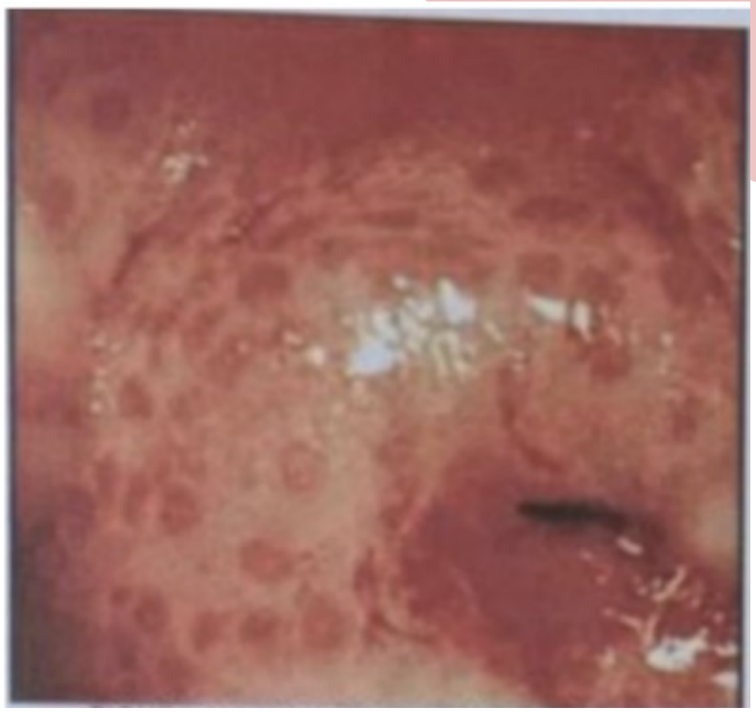
IMAGENS PARA A PROVA | QUAIS OS ACHADOS?



1

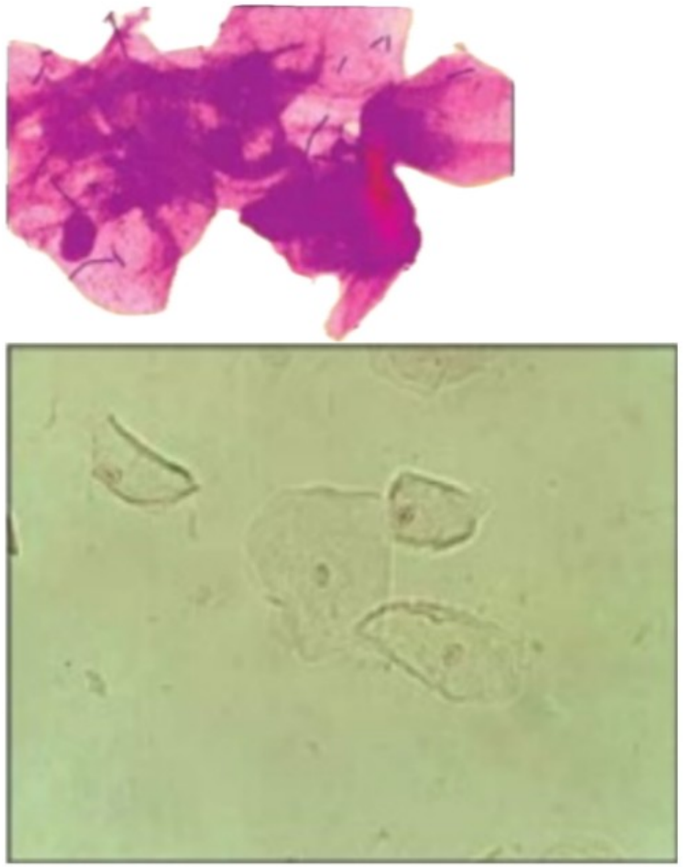


2

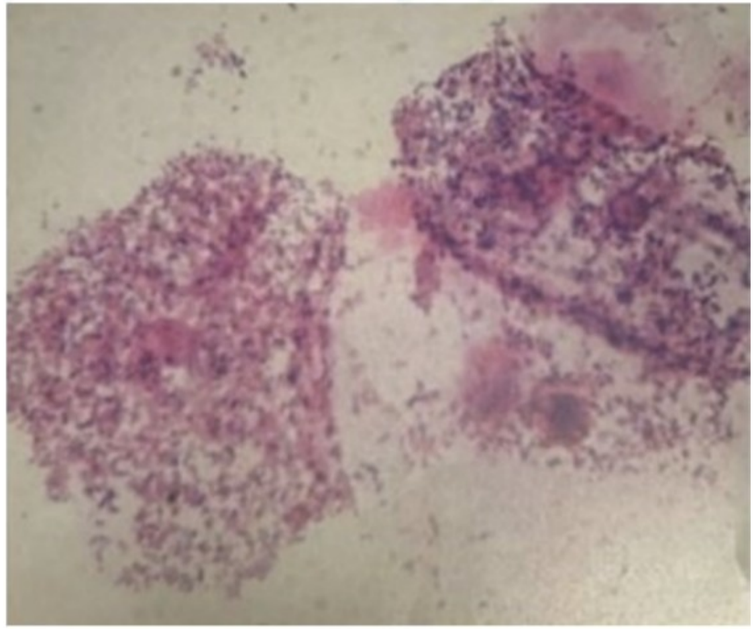


3

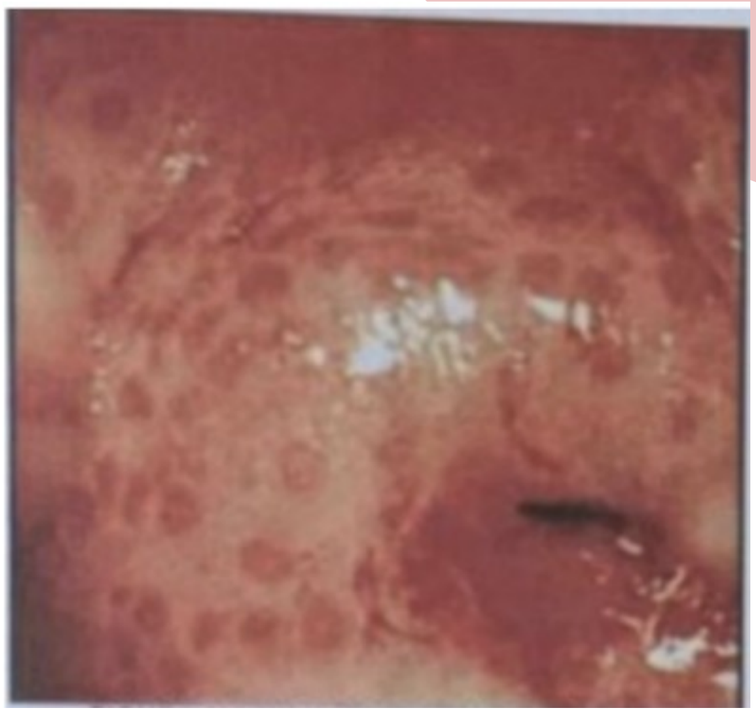
IMAGENS PARA A PROVA | RESPOSTAS



1. Hifas e pseudo-hifas no KOH — candidíase



2. Clue cells no Gram (Nugent 7–10) — vaginose bacteriana



3. Colpite macular, 'colo em framboesa' — tricomoníase

MENSAGENS

1. O pH divide o mundo: < 4,5 é candidíase ou citolítica; > 4,5 é vaginose, tricomoníase, aeróbia ou atrófica.

2. Vaginose: Amsel 3 de 4, metronidazol 7 dias. Recorrente: 10–14 dias + manutenção — e tratar o parceiro (NEJM 2025).

3. Candidíase: fluconazol 150 mg DU; recorrente ≥ 4/ano pede cultura e 6 meses de manutenção; gestante só tópico.

4. Tricomoníase é IST: metronidazol 7 dias, parceiro sempre, rastrear as outras IST e retestar em 3 meses.

5. DIP: dor pélvica + dor à mobilização do colo = trate agora. Ceftriaxona + doxiciclina + metronidazol por 14 dias.

6. Interna: abscesso, gestante, falha em 72 h, vômitos, dúvida diagnóstica. O DIU só sai se não houver melhora em 72 h.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

