

## 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.

<sup>1</sup> Doutora em Ginecologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro

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

Já o termo *reinfeção* 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 corticosteroídeos 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.