

1 – A síndrome em causa não resulta de nenhum micróbio ou bactéria em especial. Resulta de um desequilíbrio ecológico da vagina, causado pela falta das bactérias da flora indígena e pelo excesso de bactérias invasoras - como as bactérias do intestino e as do esperma. Às vezes, pode estar associada às relações sexuais primeiro pelo ânus e depois pela vagina.

Os critérios laboratoriais serão o $\text{pH} > 5,0$ e a microscopia. Os sintomas descritos pela doente são bons indicadores da infecção vaginal.

2 – Microorganismos: *Gardnerella Vaginallis*, vários anaeróbios obrigatórios (principalmente espécies de Bacterióides, espécies de *Mobiluncus*, espécies de *Preptostreptococcus*) e *Mycoplasma Hominis* aumentam significativamente em mulheres com vaginose bacteriana (vaginite inespecífica).

3 – Diagnóstico – O simples isolamento da *Gardnerella* das secreções vaginais tem pouco significado diagnóstico, visto que esta também está presente em mulheres sadias. O teste de diagnóstico para a vaginose bacteriana consiste:

- Exame microscópico por esfregaço corado do conteúdo vaginal, que mostra a presença de "células-chave" ou "clue-cells". Estas consistem em células epiteliais rodeadas por bacilos Gram positivos ou Gram variáveis (semelhantes à *G. Vaginallis*) e pequenos bacilos Gram negativos curvos (semelhantes à *Mobiluncus*).
- pH da secreção vaginal: a medida do pH vaginal é um teste rápido e simples, que produz informações valiosas. É realizado por meio de uma fita de papel indicador de pH, colocada em contacto com a parede vaginal, durante um minuto. Deve-se tomar cuidado para não tocar o colo, que possui um pH muito mais básico que a vagina e pode provocar distorções na leitura. O valor do pH vaginal normal varia de 4,0 a 4,5. Na vaginose bacteriana é sempre maior que 4,5;
- Teste das aminas: algumas aminas são produzidas pela flora bacteriana vaginal, particularmente pelos agentes anaeróbios. Essas aminas podem ser identificadas quando o conteúdo vaginal é misturado com 1 ou 2 gotas de KOH a 10%. Na presença de vaginose bacteriana, ocorre a liberação de aminas com odor fétido, semelhante ao odor de peixe podre.

O diagnóstico da vaginose bacteriana confirma-se quando estiverem presentes três dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos:

- corrimento vaginal homogéneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
- pH vaginal maior que 4,5;

- teste das aminas positivo;
- presença de "clue cells" no exame bacterioscópico, associada à ausência de lactobacilos

4 - TRATAMENTO

- Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou
- Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 1 vez ao dia, por 7 dias; ou
- Metronidazol 2g, VO, dose única; ou
- Tinidazol 2g, VO, dose única; ou
- Secnidazol 2g, VO, dose única; ou
- Tianfenicol 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; ou
- Clindamicina 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou
- Clindamicina creme a 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias

Gestantes

- Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou
- Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); ou
- Metronidazol 2g, VO dose única (somente após completado o primeiro trimestre); ou
- Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população).

Parceiros

Não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos de recidivas.

Observações:

- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos acima sugeridos, deve-se evitar a ingestão de álcool (devido à interacção de derivados imidazólicos com álcool, caracterizada por mal-estar, náuseas, tonturas, "gosto metálico na boca").
- Tratamento tópico é indicado nos casos de hábitos alcoólicos crónicos.

Portadora do HIV

Pacientes infectadas pelo HIV devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

5 – **Cervicite na mulher** – Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoeae.

Quanto ao diagnóstico, procede-se ao exame de Papa Nicolau. Seguidamente, faz-se esfregaço corado com método de Gram.

Uretrite homem – Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis, Ureaplasma Urealyticum, Herpes Simplex tipo 2, Trichomona Vaginalis (os últimos muito prevalentes nos Estados Unidos da América)

Quanto ao diagnóstico, teria que se verificar a existência ou não de corrimento uretral ou purulento. Por vezes é necessário fazer extracção directa. Mesmo quando não há corrimento, faz-se exame de sedimento centrifugado dos primeiros 20 ou 30 ml do primeiro jacto de urina do dia, recorrendo a visualização microscópica dos achados. Se se verificar a existência de 5 ou mais neutrófilos por campo, é sugestivo de uretrite.

6 – TRANSMISSÃO EM ADULTOS PREDOMINANTEMENTE ATRAVÉS DE RELAÇÕES SEXUAIS.

Bactérias - Neisseria Gonorrhoea

Chlamydia Trachomatis

Treponema Pallidum

Calymmatobacterium Granulomatis

Ureaplasma Urealyticum

Vírus - HIV 1 e 2

Vírus Linfotrópico T Humano tipo 1

Vírus Herpes Simples tipo 2

Papilomavírus Humano (múltiplos tipos)

Vírus Hepatite B

Citomegalovirus

Vírus Molusco Contagioso

(quanto aos esquemas terapêuticos das várias doenças Sexualmente transmissíveis, causadas por estes agentes, encontram-se esquematizados num quadro que será anexado futuramente).