

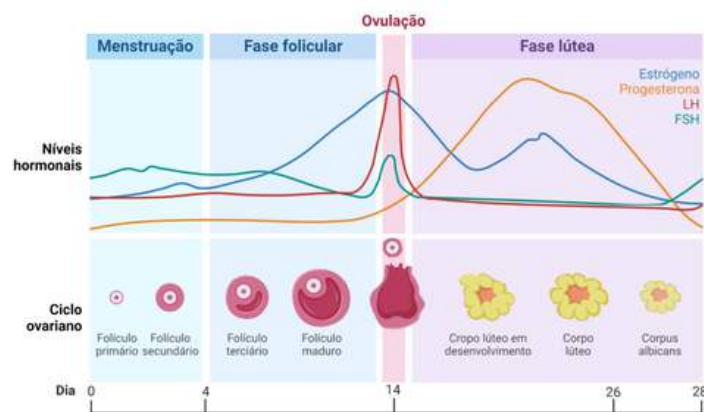
CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

OBJETIVO 1: CARACTERIZAR O CONTEÚDO VAGINAL FISIOLÓGICO.

Vamos iniciar falando o óbvio: nem todo corrimento é patológico!!! Importante deixarmos isso claro, uma vez que muitas pacientes acreditam que qualquer descarga vaginal significa alguma doença. Apenas temos que saber o que é normal e o que, de fato, é indicativo de alguma infecção.

O corrimento fisiológico é formado por muco das glândulas endocervicais, transudato da mucosa vaginal, células epiteliais descamadas, secreções das glândulas vestibulares e pela microbiota vaginal (lactobacilos). Ele é fundamental para lubrificação, proteção contra infecções e remoção de células descamadas.

A principal fonte desse conteúdo vaginal é o muco produzido pelas glândulas endocervicais e esse muco vai sofrer variações no decorrer do ciclo menstrual (sob ação hormonal)



Quando o estrogênio está elevado → fase folicular e ovulação

Lembrem-se que todo o ciclo menstrual tem um objetivo principal: ovulação → gravidez. Logo, o corpo vai tentar facilitar esse processo, de forma que, quando a mulher está se preparando para ovular o corrimento fica **mais fino**, para **facilitar a passagem dos espermatozoides**.

O **estrogênio elevado** estimula a produção de **MAIS muco cervical** (é como se fosse uma piscina para os espermatozoides, **facilitam a motilidade** e chegada ao útero)

Nessa fase, o muco apresenta-se:

- Maior volume e fluidez
- Transparente e elástico (“clara de ovo”).

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

- Menor viscosidade e maior permeabilidade aos espermatozoides.
- pH alcalino (entre 6,5 e 7,5), favorecendo a sobrevivência desses espermatozoides, pois neutraliza a acidez e permite que sobrevivam mais tempo no trato genital feminino)

Por isso, algumas mulheres avaliam período fértil com base no muco: se tiver mais fluido, transparente e elástico, está no período fértil (pré-ovulação).

Quando a progesterona está elevada
→ **pós ovulação (fase lútea)**

Lembram que logo após a ovulação o corpo lúteo vai produzir progesterona, preparando o endométrio para uma possível gestação? Então, os níveis de progesterona ficarão altos até que o corpo lúteo regrida (e o endométrio descama = menstruação).

Pensem que após a ovulação o corpo está confiando que essa mulher fecundou o óvulo e agora o objetivo não é mais permitir a passagem de

espermatozoides, mas sim **PROTEGER** essa possível gestação.

Então agora o muco vai ficar mais ESPESSE, como uma barreira, tanto para os espermatozoides como para patógenos!!!!

Nessa fase, o muco apresenta-se:

- Menor volume de secreção.
- Mais espesso, opaco e menos elástico.
- Aumenta a viscosidade, dificultando a passagem dos espermatozoides.
- pH mais ácido (≤ 6) → proteção contra patógenos



Então, com isso, entendemos que o corrimento vaginal passa por mudanças fisiológicas dentro de um curto período de tempo (ciclo menstrual).



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

Mas quais são as características que apontam para um corrimento FISIOLÓGICO?

- **Aspecto:** geralmente transparente ou esbranquiçado, **sem odor forte**.
- **Consistência:** pode variar de aquoso a mucoso, dependendo da fase do ciclo menstrual → como vimos acima.
- **Volume:** flutua conforme o ciclo → aumenta próximo à ovulação devido ao estímulo estrogênico.
- **Odor:** discreto ou ausente, **nunca fétido**. (Lembrando que não é ideal avaliar o odor do corrimento pelas roupas íntimas, porque o suor da pele, a oxidação da secreção, contaminação por urina e proliferação bacteriana podem comprometer essa avaliação)
- **Sintomas associados:** **não causa prurido, ardor, dor ou irritação**
- **PH:** **< 4,5** → a acidez reflete a atividade dos lactobacilos, se o pH aumenta, isso indica a redução de lactobacilos (como na vaginose bacteriana e na tricomoníase).

Lembrar que: **NÃO SE TRATA CORRIMENTO FISIOLÓGICO**. Tem mulheres que vão produzir mais corrimento e isso não quer dizer que tenha algo de errado com elas (pode ocorrer em situações como: ectopia cervical, gravidez, uso de ACO com estrogênio, etc)

Tudo o que fugir desses parâmetros → **não é fisiológico!**

Aí sim tem que investigar e tratar!!!

A paciente do caso relata uma MUDANÇA NO CORRIMENTO.

Ela relata que antes ele era: esbranquiçado, em pouca quantidade, sem sintomas associados, inodoro.

Ela notava principalmente após longo período sem troca de roupa. Tudo bem certinho para caracterizar um **corrimento FISIOLÓGICO**.

Depois, essas **características mudaram**, mas aí é assunto para os próximos objetivos.



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

OBJETIVO 2: DIFERENCIAR AS PRINCIPAIS CAUSAS DE CORRIMENTO VAGINAL (CANDIDÍASE VULVOVAGINAL, VAGINOSE BACTERIANA, TRICOMONÍASE, CERVICITES, DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA) - ETIOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA, FATORES DE RISCO E DIAGNÓSTICO.

Vamos começar falando das **VULVOVAGINITES**

Como o próprio nome já diz: são infecções da **VULVA** (parte externa) e **VAGINA** (canal vaginal) → **NÃO ultrapassa o orifício cervical externo (OCE)**

Dentro desse grupo, temos 3 principais: **candidíase, vaginose bacteriana e tricomoníase**

CANDIDÍASE

A palavra chave aqui vai ser **PRURIDO** → essa vai ser a queixa da paciente, muito mais do que o corrimento em si.

A candidíase é uma infecção e inflamação causada por fungos do gênero *Candida*, sendo o mais comum o *Candida albicans*. Entendam que esse

querido pode viver normalmente na microbiota feminina, sem causar doença, o problema é quando ocorre **DESEQUILÍBRIO** do ambiente vaginal.

Em condições normais, há predomínio de lactobacilos e **pH vaginal ácido** → aí o fungo fica bem quietinho (forma comensal: leveduras), sem causar problemas.

Masssss, quando esse equilíbrio se altera, ocorre uma **proliferação EXCESSIVA da Candida** → ela muda para a forma filamentosa/pseudohifas → **invadindo a mucosa vaginal da mucosa vaginal** → causando inflamação local

O que pode favorecer esse desequilíbrio?

- **Antibióticos** → antibióticos matam bactérias e os lactobacilos são bactérias, logo, paciente que fez tratamento com antibioticoterapia sistêmica pode causar uma **redução de lactobacilos** e, consequentemente, facilitar a vida da *Candida* → candidíase.



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

- **Condições que causam aumento de estrogênio** → lembrem que fungo adora glicose → **estrogênio estimula a produção de células superficiais**, que acumulam **glicogênio** → Candida tem mais substrato energético

Situações que aumentam estrogênio: gravidez, anticoncepcionais hormonais

- **Diabetes mellitus** → lembrem que fungo adora glicose? Então, se a paciente tiver uma **DM descompensada**, ela vai eliminar mais glicose nas secreções e a Candida vai ter **mais substrato energético** para se proliferar

No osce: não deixem de perguntar sobre diabetes!!!

- **Imunossupressão** → se a paciente não tem uma boa imunidade local, fica facinho para a cândida se proliferar → isso pode acontecer pelo **vírus HIV, quimioterapia, corticoides, etc.**
- **Umidade** → fungos crescem mais em ambientes **quentes, úmidos e pouco ventilados**, logo, quando a região genital fica úmida por muito tempo, acontece maior hidratação

da pele e da mucosa, maior facilidade do fungo ao epitélio e **proliferação mais rápida** → isso significa que, os **hábitos** da paciente podem ser um **fator de risco** importante para a candidíase.

Por exemplo: uso de roupas muito apertadas ou sintéticas (menor circulação → maior umidade), uso de biquíni molhado por muito tempo, usar calça jeans por longos períodos, etc.

E as manifestações clínicas?

- **PRURIDO INTENSO!!!!** (podendo ocasionar escoriações e/ou fissuras vulvares)

Estamos falando de uma **INFLAMAÇÃO**, então também pode causar:

- **Irritação e hiperemia vulvar**
- **Vulva edemaciada**
- **DISPAREUNIA SUPERFICIAL** (no início da penetração/de introito)
- **DISÚRIA EXTERNA** (nas ITUs a disúria é logo ao começar a urinar, mas na candidíase, o desconforto é quando a urina passa pela vulva)

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

- **Ardor vaginal**

Vai ter corrimento? SIM!

Senão não estaríamos falando nesse mapa, né?

Mas, muitas vezes a paciente não vai reclamar desse corrimento, porque ele é **ADERIDO ÀS PAREDES VAGINAIS**, não escorrendo tanto para a vulva.

Esse corrimento é **branco, espesso, grumoso (parece leite coalhado)** e, como já falamos, vai ficar bem **aderido** às paredes vaginais.



O **diagnóstico** vai ser **CLÍNICO** (geralmente prurido) + **exame físico** (hiperemia e edema vulvar, corrimento com as características que vimos acima) + **pH geralmente normal ($\leq 4,5$)**.

Mas também pode ser realizada **CITOLOGIA A FRESCO** (lembrem que vocês pedem o exame a fresco com o **ABC-PH no CHA?**) → o exame a fresco é basicamente você coletar o **corrimento do canal vaginal** (aquilo que vocês aprendem a coletar com o swab e depositar na **lâmina**) → e essa lâmina vai ser levada ao **microscópio** logo em seguida, visualizando o conteúdo vaginal sem corantes ou processos de fixação.

Nesse exame, serão detectadas **HIFAS E ESPOROS**.



Teste das aminas: negativo (já já falaremos nesse querido)

Agora vamos para o próximo...



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

VAGINOSE BACTERIANA

Lembrar quando houver **ODOR DESAGRADÁVEL**

Em condições normais, a microbiota vaginal é dominada por **LACTOBACILOS**.

Os **lactobacilos** produzem **ácido láctico** → mantém o **pH vaginal ácido** → produzem **peróxido de hidrogênio** → **inibem crescimento de outras bactérias**.

Na vaginose, ocorre um **desequilíbrio** e esses **lactobacilos** vão **REDUZIR** Com isso → **menor produção de ácido láctico** (**e aumento do PH**) → menor proteção do ambiente vaginal → **maior proliferação de bactérias anaeróbias**

As principais são: Gardnerella vaginalis (essa é a principal) e **Mobiluncus**, mas pode ser também: prevotella, bacteroides, mycoplasma hominis.

O problema é que essas bactérias produzem **enzimas proteolíticas** que **degradam proteínas da secreção vaginal** → essa degradação vai gerar **AMINAS VOLÁTEIS** → e essas

substâncias são responsáveis pelo **odor desagradável** da vaginose (peixe podre).

Essa **degradação de proteínas** também causa **decomposição do muco cervical** (e lembram que ele age como proteção contra patógenos?), logo, na vaginose bacteriana ocorre a **perda dessa barreira fisiológica** → paciente fica mais suscetível à **ascensão de patógenos** (isso pode causar **DIP, corioamnionite em gestantes, etc**).

Além disso, como há **redução dos lactobacilos** e, consequentemente, **redução do ácido láctico**, o **pH aumenta** → **pH > 4,5!!!!**

Essas bactérias tem capacidade de aderir às células epiteliais vaginais e formar uma espécie de biofilme bacteriano sobre o epitélio, isso que forma as famosas **Clue Cells** que falaremos nos critérios diagnósticos.

Percebam que o grande problema aqui é a **ALTERAÇÃO da microbiota vaginal!**



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

O que pode causar essa alteração de microbiota?

- Múltiplos parceiros sexuais
- Novo parceiro sexual

Nessas duas situações é importante abrir um parêntese: **VAGINOSE NÃO É UMA IST!!!!**

Masssss, **cada novo parceiro** é uma **nova microbiota** (diferente da microbiota da paciente), a chance de causar um **desequilíbrio** é muito maior.

Ela **não** depende da atividade sexual (pode ocorrer em mulheres sem vida sexual ativa) e **NÃO** requer tratamento do parceiro!!!

O problema não é a transmissão de um patógeno específico durante a relação sexual (senão seria uma IST), mas sim o **desequilíbrio da flora vaginal**, com **redução de lactobacilos** e **proliferação de bactérias anaeróbias**.

Agora, voltando aos fatores de risco:

- **DUCHAS VAGINAIS!!!!** → as duchas removem mecanicamente parte da microbiota vaginal, podendo causar

eliminação de lactobacilos, aumento do pH e desequilíbrio da flora → por isso aquela recomendação de não lavar a vagina (somente a vulva) → porém, no caso das pacientes com vaginose bacteriana, geralmente o **odor começa a incomodar tanto** que elas **aumentam a frequência das duchas** e isso, na verdade, vai **PIORAR o quadro clínico**.

- **Uso de DIU** → em alguns casos, o **fio do DIU** pode funcionar como um **substrato para biofilme bacteriano**
- **Tabagismo** → por causar imunossupressão local → altera o metabolismo do epitélio vaginal e **reduz lactobacilos**

E as MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS?

Aqui, diferente da candidíase, **NÃO ESTAMOS FALANDO DE INFLAMAÇÃO** (senão seria VAGINITE e não VAGINOSE)

- Não terá hiperemia, edema e irritação vulvar
- Pouco ou nenhum prurido

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

O que vai ter, de fato:

- **ODOR DESAGRADÁVEL!!!!** → pacientes vão relatar **cheiro de peixe-podre** que **piora durante a menstruação** e **após relação sexual**

Tanto o sangue (menstruação) como o sêmen são **ALCALINOS**, logo, **elevam o pH vaginal** → **PH alcalino aumenta a produção de aminas voláteis**.

CORRIMENTO ACINZENTADO E/OU BRANCO → homogêneo, fluido, fino, não vai ser grumoso como o da candidíase

DIAGNÓSTICO: O diagnóstico de VB é feito pelos **critérios de AMSEL**, vejamos como são bem intuitivos agora que sabemos a fisiopatologia e os sintomas:

1. Corrimento vaginal homogêneo

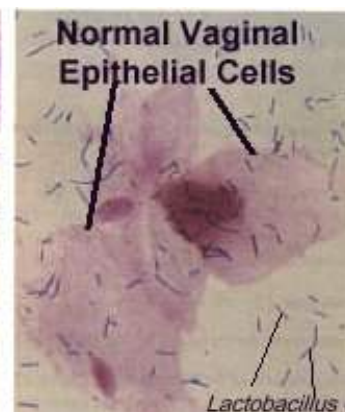
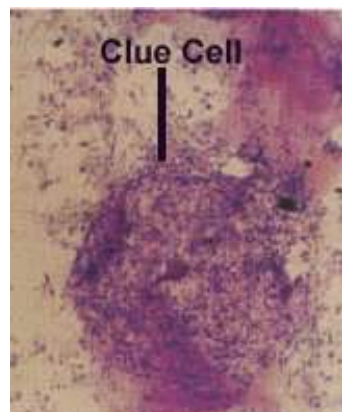
- 2. **PH > 4,5** → lembram que os lactobacilos reduzem e o pH aumenta?

- 3. **Whiff test/teste das aminas POSITIVO** → esse teste será feito após coletar-se uma amostra do corrimento → essa secreção será

colocada em uma lâmina e adicionada à **hidróxido de potássio (KOH 10%)** → essa substância vai **alcalinizar o meio** e **aumentar a produção de aminas voláteis** (parecido com o que acontece com o sêmen e o sangue menstrual) → **odor piora!!!**

Então: teste das aminas positivo aponta para **ODOR DESAGRADÁVEL!**

- 4. **Exame a fresco com a presença de CLUE CELLS** → o exame a fresco é aquele mesmo que conversamos na candidíase (pega a lâmina com o corrimento e bota para avaliar direto no microscópio) → **CLUE CELLS** são células epiteliais vaginais recobertas por grande quantidade de bactérias (**elas ficam com bordas mal definidas ou granulosas ao microscópio**).





CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

São 4 critérios → bastam **3** para fechar diagnóstico de VB

Outros pontos importantes:

- pH normal, geralmente afasta a ideia de VB (não descarta, mas lembram que a fisiopatologia tem tudo a ver com a redução de lactobacilos e aumento do Ph?)
- Se detectar **gardnerella** na **citologia oncológica** em paciente acidental → isso **não fecha diagnóstico** para VB (precisa ter sintomas)

Última das vulvovaginites:

TRICOMONÍASE (caso da paciente)

Lembrar quando: CORRIMENTO AMARELO-ESVERDEADO + BOLHOSO e COLO COM MICROULCERAÇÕES

Aqui estamos falando de uma **INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL** → o agente etiológico é o **trichomonas vaginalis** (protozoário flagelado) → diferente da candidíase, não existe trichomonas na nossa microbiota normal, ele **NÃO** faz parte da flora vaginal. (Mesmo se detectar

trichomonas em paciente assintomática TEM QUE TRATAR)

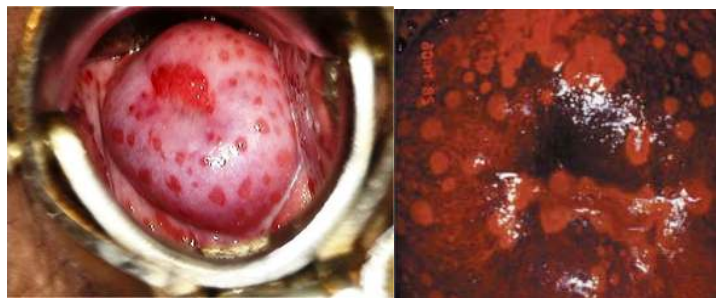
Esse protozoário coloniza: **vagina, uretra, colo uterino** → fixando-se ao epitélio e **liberando substâncias que causam inflamação da mucosa** → diferente da vaginose aqui TEM **inflamação!!!**

Além disso, a infecção altera a microbiota vaginal e **reduz lactobacilos** → com menos lactobacilos, vocês já sabem, temos um **aumento do pH vaginal**.

Agora outro ponto importante, reparem que nenhuma das vulvovaginites citadas previamente afetava o colo uterino, mas agora na tricomoníase **há um acometimento cervical** → a infecção primária da tricomoníase é na vagina (**VAGINITE**), mas o trichomonas **pode causar lesões microulceradas**.

Essas lesões microulceradas tem **aspecto de morango** ou são chamadas de **colo tigróide** quando coradas com iodo (**teste de schiller**)

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP



Na paciente do caso: colo uterino de aspecto pontilhado/avermelhado (é justamente por essas microulcerações que o tricomonas causa)

Essas microlesões na mucosa facilitam a transmissão de outras ISTs como **clamídia, gonorreia, HIV, etc** (e isso é importantíssimo para entendermos a evolução do quadro da paciente).

Lembrando que aqui a **tricomoníase NÃO é uma cervicite** → o foco primário de infecção é a **vagina** (pensem como se fosse um **incêndio: inicia na vagina mas a “fumaça” sobe para o colo**).

Os fatores de risco para **tricomoníase** são diretamente ligados à **comportamento sexual de risco** (afinal, é uma IST):

- < 25 anos
- Nova parceria sexual
- Múltiplos parceiros

- Uso irregular de preservativo
- História prévia de IST (mesmos fatores de risco) → inclusive, **SEMPRE, que estiver diante de uma IST, testem para outras ISTs!**

Aproveitando esse gancho → lembrem-se que SEMPRE que for IST tem que tratar parceiros!!!! (falaremos disso melhor nas condutas).

Manifestações clínicas

- **Pode ser assintomático em até 50% dos casos** (mesmo se achar em paciente assintomática **TEM QUE TRATAR**)
- **Corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, espumoso.**
- **ODOR FÉTIDO** (piora em contextos de **pH mais alcalino**, como **pós-coito e menstruação**, mesmo raciocínio da vaginose bacteriana)
- **PRURIDO VULVAR** Percebem que é como se misturassem os quadros clínicos da **vaginose + candidíase?**

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP



- **sinusiorragia e dispareunia**
- Pode apresentar também sintomas urinários (ex: **disúria, polaciúria**)
- Como é uma inflamação (assim como candidíase): pode ter **hiperemia e edema vulvar**
- **No exame físico:** colo uterino com lesões em morango

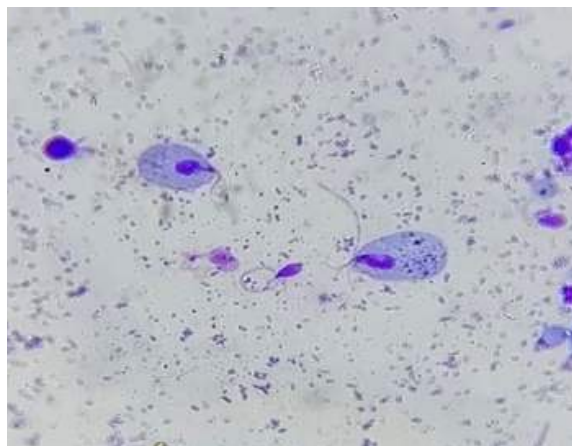
A paciente do caso apresentava:
Mudança no corrimento → passou a apresentar-se com **coloração amarelada, mais abundante, acompanhada de odor desagradável** (pior após relações sexuais), **disúria e polaciúria**, negava prurido.

No exame físico: hiperemia leve, discreto edema, colo uterino de aspecto pontilhado/avermelhado

Falou de corrimento esverdeado + colo pontilhado → podem marcar tricomoníase sem medo de ser feliz!

Diagnóstico: CLÍNICO!

- **PH > 4,5** (lembra que reduz lactobacilos? → altera pH vaginal!)
- **Exame a fresco** → presença de protozoários móveis flagelados



O **teste das aminas** também pode dar **positivo** → odor fétido

Agora entendem por que, no osce, vocês pedem o ABC-pH na paciente com queixa de corrimento?

A → aminas (avalia a produção de aminas voláteis → odor desagradável → pode positivar na vaginose bacteriana e na tricomoníase)

B → bacterioscopia → vai detectar pseudohifas/espores na candidíase, clue cells na vaginose bacteriana e protozoários móveis flagelados



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

C → **citologia** → avaliar presença de inflamação, **alterações celulares PH** → é extremamente importante saber se houve alteração do pH vaginal → valor de referência até **4,5**, se maior que isso tem alguma coisa errada!!! → **candidíase NÃO** altera pH, **vaginose altera (pH > 4,5)** e **tricomoniase também** (tem locais que botam pH na tricomoniase > 4,5 e outros > 5).

Já falamos de **VULVOVAGINITES** → o palco da infecção é na **vulva e vagina** (tricomoniase até chega a afetar o colo, mas é de forma mais superficial e secundária), agora o problema é mais em cima:

CERVICITES

(**cérvice + ite** = inflamação do colo uterino) → corresponde à inflamação da mucosa endocervical do **colo uterino** (epitélio glandular) → aqui a infecção **ultrapassou o OCE**, mas ainda não ultrapassou o orifício cervical interno (**quando passar é DIP!**)

Aqui vocês vão pensar na dupla sertaneja: **CLAMÍDIA E GONOCOCO** → são os agentes etiológicos mais comuns associados à cervicite → **ISTs**

Pode ser causada, também, por **trichomonas, herpes, micoplasma**, mas lembrem principalmente da duplinha **C + G**.

A **clamídia** é a mais prevalente (**cervicite não-gonocócica**), mas a **cervicite por gonococo** tende a ser **mais sintomática**.

FISIOPATOLOGIA (resumidamente)

- **Infecção** por clamídia ou gonococo (agentes mais comuns)
- **invasão do epitélio colunar** do endocérvice → quando invadem, eles vão causar **inflamação** local (vai resultar em hiperemia, edema e secreção mucopurulenta cervical) e **microlesões e fragilidade epitelial** (pode deixar o colo friável/sangrante)
- aqui a infecção fica restrita ao cérvice, mas há **ALTO risco de progressão para a DIP** (aí que mora o perigo).

Se é uma **IST**, os **fatores de risco** são os mesmos que nas outras ISTs: **comportamento sexual de risco**:

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

- < 25 anos
- Nova parceria sexual
- Múltiplos parceiros
- Uso irregular de preservativo
- História prévia de IST (mesmos fatores de risco).

QUADRO CLÍNICO

a maioria é **assintomático**, principalmente se for causado pela **clamídia**.

Mas, quando sintomática, paciente pode apresentar:

- **Corrimento cervical mucopurulento amarelado/esverdeado** → esse corrimento é originado do colo uterino e escorre pelo canal endocervical, por isso eles sempre mostram aquela imagem clássica do corrimento mucopurulento **fluindo do OCE**



- **Colo friável** → sangramento pós coito ou quando há mobilização do colo uterino (ex: paciente que vai coletar o preventivo e o colo sangra com facilidade durante o exame)
- **Dispareunia PROFUNDA** → na **cervicite o problema está no colo**, então vai doer **quando o pênis encostar nesse colo inflamado**.
- **Dor à mobilização do colo uterino** → mesmo raciocínio, esse colo está inflamado, fica mais sensível e quando for fazer o **toque bimanual** essa paciente vai sentir dor!!!
- **Colo edemaciado**
- Pode causar sintomas urinários: **disúria e polaciúria** (e não é uma disúria apenas externa como na candidíase, que ocorre por maior sensibilidade e inflamação na vulva)

Importante: CERVICITE NÃO CAUSA SINTOMA SISTÊMICO E NEM DOR ABDOMINAL!

Se tiver dor abdominal, febre, náuseas, vômitos, etc → pensar **em DIP**



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

O maior problema das cervicites não é nem o quadro clínico em si (muitas vezes nem sintomas tem), **o problema são as complicações** que a **ascensão desses patógenos podem causar**.

As principais são: **DIP** (já já falaremos sobre), **dor pélvica crônica**, **infertilidade**, **gravidez ectópica** (que também não deixam de ser complicações da DIP).

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO!

- sinais e sintomas + ausência de dor abdominal e sinais sistêmicos)
- Pode ser feito também a **biologia molecular (PCR) para clamídia e gonococo** → **padrão ouro** → **detecta as assintomáticas!!!!**
- **Bacterioscopia de Gram** → coleta o corrimento, fixa e cora com gram → **vai detectar gonococo** (cora a parede celular do Neisseria gonorrhoeae)

→ porém, a **Chlamydia trachomatis é um germe atípico**, ou seja, não tem parede celular, então, não vai detectar clamídia.

A melhor forma de detectar vai ser por **PCR de gonococo e clamídia**, porque o ideal é testar para os dois agentes (que são os mais comuns) e ainda assim conseguir **detectar as pacientes assintomáticas**.

Vocês acham que isso é feito de rotina em pacientes assintomáticas?

Em um mundo ideal, seria...

Porém, por não serem feitas essas testagens, muitas mulheres têm **infecção por esses germes (principalmente clamídia) de forma assintomática** por muito tempo → aí esses queridos continuam se proliferando e ascendendo pelo trato genital feminino → **quando eles ultrapassam o OCI, vem aí uma coisa muito forte:**

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A **DIP** é a **ascensão de micro-organismos do trato genital inferior**.

Eles vão subindo: **vagina** → **colo** → **endométrio** → **tubas** → **ovários** → **cavidade pélvica**



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

Aqui a infecção **ULTRAPASSA O OCI** → ou seja, passa do colo e acomete trato genital superior.

Mas que microrganismos são esses?

Pode ser **clamídia** ou **gonococo** (acabamos de falar que DIP pode ser uma complicação das cervicites), mas também pode ser: **anaeróbios**, **trichomonas**.

Os fatores de risco da DIP são:

- **Comportamento sexual de risco** (tudo aquilo que vimos como fator de risco na tricomoníase e na cervicite)
- **Uso de tampões e duchas vaginais** → aquilo que vimos na vaginose → perda dos lactobacilos → alcalinização do pH → menor barreira contra patógenos → ascensão facilitada de micro-organismos
- **Vaginose bacteriana recorrente**
- **Inserção de DIU e outros procedimentos ginecológicos** → ajudam a transportar mecanicamente os germes do trato

genital inferior para o trato genital superior

- **Condições socioeconômicas desfavoráveis** → associado ao atraso no diagnóstico/tratamento

QUADRO CLÍNICO

DIP pode ser **ASSINTOMÁTICA**, o micro-organismo pode estar fazendo um estrago lá dentro, mas causando manifestações muito brandas ou, muitas vezes, sem nem causar sintomas perceptíveis → obviamente isso vai atrasar o diagnóstico e o tratamento → **maior risco de complicações**

Mas se for sintomático, a paciente pode apresentar:

- Corrimento
- Dispareunia profunda
- Disúria
- Dor à mobilização do colo uterino
- Sangramento transvaginal anormal (intermenstrual ou pós relações sexuais)



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

Até agora tudo bem parecido com o quadro clínico de cervicites né? Mas aí vem o diferencial:

- **DOR PÉLVICA** → DIP é uma causa importantíssima de dor pélvica crônica
- **SINAIS SISTÊMICOS** → febre, náuseas, vômitos → cervicite não tem isso!
- **Em casos mais avançados pode causar dor em quadrante superior direito** → quando acomete peritônio da cápsula hepática

Se chegar uma paciente com corrimento anormal + dor pélvica → TEM QUE PENSAR EM DIP!!!!

Olha o que aconteceu com a paciente do caso da tutoria: Ela tinha tricomoniase e tratou, certo?

Mas olha a evolução: cerca de dois meses depois, a paciente retorna ao atendimento com **queixa de dor em baixo ventre** há 10 dias, de início gradual e piora progressiva, além **dispareunia** que surgiu na mesma época. Há cerca de 3 dias, está se

sentindo **febril** e vem apresentando **náuseas**. Refere que o corrimento vaginal amarelado e o odor desagradável melhoraram após o tratamento com Metronidazol, mas logo retornaram.

Corrimento + dor pélvica + sinais sistêmicos → O que é isso, gente? DIP!!!!!!

Essa paciente tinha vários fatores de risco para DIP: o parceiro não foi tratado, ela continuou tendo relações desprotegidas, infectou por clamídia (ou talvez já tinha desde o início do quadro mas não foi testada), essa clamídia ascendeu → desenvolveu uma DIP (fora que, como já vimos, a tricomoniase ajuda nessa ascensão porque fragiliza as barreiras naturais pela inflamação)

Um quadro muito complexo mas que reforça alguns conceitos que já conversamos: uma IST puxa a outra (ao descobrir uma, tem que testar para outras) e tratar parceiro é fundamental.



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO!

Iniciar tratamento empírico para DIP nos seguintes contextos:

- Presença de **3 critérios maiores + 1 critério menor**

OU

- Presença de **1 critério elaborado**

Quais são esses critérios?

- **Critérios maiores** → é o combo das **3 dores: dor no hipogástrico, dor à palpação dos anexos (tubas e ovários) e dor à mobilização do toque uterino** → tem que ter as 3!!!
+ 1 critério menor

No osce, se for um caso suspeito de DIP, vocês vão realizar a palpação no hipogástrico + toque bimanual para avaliar dor nos anexos e dor à mobilização do colo.

Critérios menores → são **EVIDÊNCIAS DE INFECÇÃO/INFLAMAÇÃO** → febre, corrimento anormal, mais de 10 leucócitos por campo, leucocitose, PCR e VHS elevados, etc

Ou seja: basta ter as 3 dores + Febre

Ou

3 dores + corrimento anormal

Critérios elaborados → **EVIDÊNCIAS de DIP em atividade** → então, basta 1 desses para fechar diagnóstico: **evidência histopatológica de endometrite** (aqui você já tem é uma biópsia que comprova que já tem complicação da DIP), **presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco no exame de imagem** e/ou **laparoscopia com evidência de DIP**

A paciente do caso tinha: Dor no hipogástrico + dor intensa à mobilização do colo + dor bilateral à palpação dos anexos + febre + secreção purulenta amarelo-esverdeada

3 critérios maiores + 2 menores → DIP!!!!

Fechou nos critérios? Trata!

Outro detalhe: dor pélvica → também temos que **descartar emergências cirúrgicas** → pede **beta-HCG** para descartar gravidez ectópica!



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

OBJETIVO 3: TRAÇAR O MANEJO CLÍNICO DA PACIENTE COM CORRIMENTO VAGINAL, DE ACORDO COM AS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS.

Como já entendemos as (infinitas) causas de corrimento vaginal, aqui vai ser bem mais direto.

- Candidíase
- Vaginose bacteriana
- Tricomoníase
- Cervicites
- DIP

Regras gerais:

Vamos lembrar dos fatores de risco que vimos em cada uma das etiologias → isso ajuda a entender as orientações gerais que devemos dar à paciente

É IST? Tem que tratar os parceiros

CANDIDÍASE

O que causa candidíase? Um fungo!
Logo, o tratamento vai ser um ANTIFÚNGICO

O tratamento pode ser feito via vaginal ou via oral → tanto faz, vai da preferência da paciente

Via vaginal: miconazol 2% por 7 dias ou Nistatina por 14 dias

Via oral: fluconazol 150mg DOSE ÚNICA ou Itraconazol 200mg 12/12h por 1 dia (2 comprimidos)

Dica para decorar: miconazol → começa com M de mucosa = via vaginal e fluconazol → flui no sangue = via oral, tratamento sistêmico.

Perceberem que os tratamentos orais são bem mais curtos que os tópicos? tratamentos tópicos tem ação mais lenta e precisam de um período de exposição mais longo para serem absorvidos, enquanto os de via oral tem absorção sistêmica (caem direto na corrente sanguínea), com isso, a ação é mais rápida.

Como eu já comentei acima, a via tanto faz, pode ser qualquer uma das duas (no osce, vocês podem perguntar pela preferência da paciente), mas isso se ela NÃO ESTIVER GRÁVIDA.

Com grávida é tudo mais difícil → a ideia é minimizar a exposição do bebê à fármacos, logo, NÃO FAZ TRATAMENTO ORAL NA GRÁVIDA → tratamento TÓPICO!!! E a droga com melhor perfil de segurança é a Nistatina por 14 dias.



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

Além disso, MUITO IMPORTANTE: orientações gerais, como: **não usar roupas muito apertadas, evitar ficar com biquíni molhado, controlar diabetes**, essas coisas → mudança de hábitos!!! Não adianta tratar e continuar com um ambiente perfeito pra cândida proliferar.

Agora um extra, não sei se isso pode cair para vocês, mas é bom conhecer: Tratamento da candidíase complicada → candidíase severa, recorrente (>3 episódios por ano), por cândida não albicans ou em paciente imunodeprimido → os tratamentos padrões não serão suficientes

Como trata nesses casos?

1. Fase de indução: o objetivo dessa primeira fase é tratar a infecção atual (é como se fosse “apagar o incêndio”), eliminar o fundo e aliviar os sintomas → pode ser vaginal ou oral, mas o esquema muda

Se for vaginal: Miconazol por 10-14 dias (na não complicada são 7 dias, aqui aumentamos o tempo de tto)

Se for oral: Fluconazol 150mg 1x ao dia → 3 doses (dias 1, 4 e 7)

Na candidíase não complicada é dose única, aqui não

“A senhora vai tomar o comprimido intercalando: dia sim - dois dias não”

Exemplo: tomou o primeiro comprimido na segunda-feira, terça e quarta não toma, quinta toma outro comprimido, sexta e sábado não toma, domingo toma o último.”

Ou seja, na fase de indução usamos as mesmas medicações, mas aumentamos o tempo de tratamento

2. Fase de manutenção: impedir novos episódios depois da melhora do quadro inicial → também pode ser via oral ou vaginal

Se for oral: Fluconazol 150mg, 1x na semana por 6 MESES **Se for vaginal:** Miconazol 2x por semana (não vi o tempo exato, mas em alguns locais falam de aproximadamente 6 meses também)

Ou seja, após tratar a infecção ativa com a fase de indução eu vou manter o tratamento por alguns meses para evitar novos episódios (tto de manutenção). O mais importante de tratamento da candidíase é vocês saberem o manejo básico (miconazol VV 7 dias ou fluconazol VO dose única, principalmente) e não esquecer das orientações gerais para evitar a proliferação do fungo. Precisa tratar parceiro? É IST? Não! Então não precisa.



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

VAGINOSE BACTERIANA

Como o próprio nome já diz, é causado por uma BACTÉRIA → especialmente bactérias ANAERÓBIAS

Como trata bactéria? Com antibiótico! Os antibióticos que tem boa cobertura para anaeróbios são: metronidazol e clindamicina → essas são as duas possibilidades de tratamento para VB

→ **Metronidazol** (pode ser via vaginal ou via oral)

Metronidazol via oral 250mg → 2 comprimidos, 2x/dia por 7 dias

Metronidazol via vaginal → 5 dias (decorem que Vaginal começa com V que é 5 em algarismo romano → 5 dias!!!)

Ou

→ **Clindamicina** (apenas via oral) → VO 300mg 2x ao dia por 7 dias (mesmo tempo do tratamento oral com metronidazol)

E orientações gerais: não fazer duchas vaginais, evitar lavar o canal vaginal com sabonetes internos
Precisa tratar parceiros? Não é IST, então não é recomendado!

TRICOMONÍASE

É causado pelo que? Protozoário flagelado. Aqui nós voltaremos com o querido que acabamos de citar: metronidazol → ele além de ser um antibiótico é um ANTIMICROBIANO → tricomonas é um protozoário anaeróbio. O que muda em relação ao vaginose: aqui não podemos considerar tratamento tópico, é SEMPRE tratamento oral!!! Tratamento da tricomoníase:

Metronidazol 2g VO → DOSE ÚNICA
OU

METRONIDAZOL 250mg VO → 2cp 2x ao dia por 7 dias

Agora teremos uma novidade nos tratamentos:

Precisa tratar parceiro?

É uma IST? SIM!!! Então **PRECISA TRATAR PARCEIROS** → mesmo tratamento (metronidazol 2g VO dose única) + 7 dias de abstinência sexual

Outro ponto importante: como estamos falando de uma infecção sexualmente transmissível: busquem por outras ISTs!!!

Lembrando que: se achar tricomonas em paciente assintomática trata do mesmo jeito! No caso: paciente foi tratada com metronidazol 2g VO dose única → tratamento correto! Mas faltou o tratamento do parceiro!!!



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

CERVICITES

Acabamos de falar que boa parte das cervicites são assintomáticas, mas mesmo assim não deixam de apresentar risco de complicações → tratar inclusive as assintomáticas Lembram da duplinha sertaneja de cervicites? **Clamídia e gonoco**

O tratamento vai ser focado nelas!

Vimos anteriormente que a clamídia é um germe ATÍPICO, isto é, NÃO TEM PAREDE CELULAR.

Vamos de fármaco? Uma boa parte dos antibióticos vai ter como mecanismo de ação a destruição da parede celular (beta-lactâmicos: penicilinas, oxacilina, cefalosporinas...) → não adianta dar um antibiótico que destrua a parede celular de uma bactéria que não tem parede celular

O que vai funcionar são antibióticos que agem no ribossomo bacteriano → como as tetraciclina (atuam na unidade 30S do ribossomo) ou os macrolídeos (atuam na subunidade 50S do ribossomo) → e são eles que usaremos para tratar clamídia!!!!

Infecção por clamídia:

AZITROMICINA (macrolídeo) via oral 500mg, 2 comprimidos, DOSE ÚNICA

OU DOXICICLINA (tetraciclina)

100mg via oral, 2x ao dia por 7 dias → melhor escolha (mas cuidado, apesar de doxi ser a maioral no tratamento da clamídia, ela não é segura na gestação, então se for uma paciente gestante → tratar com azitromicina)

Mas temos o outro integrante da duplinha: gonococo A neisseria gonorrhoeae é uma bactéria gram-negativa e o melhor antibiótico para tratamento desse querido é a ceftriaxona (cefalosporina de 3º geração, age na parede celular da bactéria)

Agora vamos dar uma olhada nas recomendações:

Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
	OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única
	MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única

Percebem que na recomendação para infecção gonocócica estamos associando ceftriaxona (trata gonococo) + um macrolídeo (trata clamídia)? Muitas vezes pode haver infecção dupla → pacientes com infecção por gonococo + clamídia (e lembram que a clamídia costuma ser assintomática?) → então em infecção gonocócica recomenda-se, também, cobertura para clamídia



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

Ou seja, com esse esquema (ceftriaxona + azitro) eu mato logo a duplinha de uma vez e, considerando que muitas vezes o PCR não estará disponível, pode ser necessário tratamento empírico!!!

Então, tratamento de escolha para cervicite:

Ceftriaxona 500mg IM dose única + azitromicina 500mg 2cp dose única

Precisa tratar parceiro? É IST? SIM!

Então tem que **TRATAR PARCEIROS DOS ÚLTIMOS 60 DIAS:** mesmo tratamento da paciente!!! + Abstinência de 7 dias. Mesma coisa que conversamos na tricomoníase: se é uma IST, vou pesquisar outras ISTs naquela paciente (lembrem disso se cair no osce). Orientações gerais: uso de preservativos, sexo seguro!!

DIP

Então, já vimos que a DIP é causada pela ascensão de micro-organismos → pode ser causada pela dupla sertaneja das cervicites (clamídia e gonococo), por anaeróbios do trato genital inferior, por micoplasma, por tricomonas... Muitas vezes mais de um micro-organismo!!! Por isso, trataremos a DIP como uma infecção polimicrobiana.

Outra coisa, lembram que o diagnóstico da DIP é clínico? Então, eu avalio aqueles critérios que conversamos e se fechar eu inicio tratamento empírico → ou seja, na DIP não vou ficar buscando qual foi o agente que subiu, já vou tratar empiricamente pensando nos germes mais comuns!!!

De modo geral, utilizaremos 3 antimicrobianos:

Um que cubra gram-negativo → pensando no gonococo → droga de escolha é ceftriaxona

Um que cubra atípicos → pensando na clamídia → já vimos que pode ser doxiciclina ou azitromicina (lembrem-se que a maior é a doxi)

Um que cubra anaeróbios → pensando em bactérias anaeróbias e tricomonas → já vimos que as drogas de escolha para anaeróbios são metronidazol ou clindamicina

Assim, eu garanto uma cobertura para os patógenos mais comumente associados a DIP!!!! Dito isso, a primeira opção vai ser: **ceftriaxona + doxiciclina + metronidazol**

Esse tratamento vai depender de alguns fatores, mas a base é isso! Agoravamos entender o que pode mudar:



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

1º lugar → importante determinar se vai ser tratamento ambulatorial ou hospitalar → entendam os critérios para hospitalização, tudo que não atender a esses critérios é ambulatorial

Hospitalar:

→ **Abcesso tubo-ovariano:** grande risco de ruptura, peritonite, choque séptico → não tem como deixar esse paciente em casa

→ **Gravidez:** tudo na grávida é mais complicado → infecções na gestação aumentam o risco de RAMO, parto prematuro, corioamnionite

→ **Ausência de resposta clínica após 72h:** aqui você até iniciou tratamento ambulatorial, se não melhorou em 3 dias, tem alguma coisa errada → pode ser abcesso, pode ser micro-organismo resistente, pode evoluir para sepse

→ **Paciente com intolerância a antibióticos orais:** se ela não consegue tratar por via oral (por náuseas, vômitos, intolerância digestiva), vai adiantar de nada deixar com tratamento ambulatorial → tem que internar para tomar medicação EV

→ **Estado geral grave com náuseas, vômitos e febre** → náuseas e vômitos + tratamento oral não dá certo, febre persistente pode ser sinal de piora da infecção

→ **Dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica** → quadros de abdome agudo e gravidez ectópica TEM QUE SER DESCARTADOS!!!

Entendem o raciocínio por trás da necessidade de tratamento hospitalar nesses casos? Se não tem nada disso, show! Podemos optar por tto ambulatorial, desde que:

→ Quadro clínico LEVE

→ Sem sinais de pelviperitonite

Agora voltando para as medicações

Lembram do trio: ceftriaxona + doxiciclina + metronidazol

Em tratamento AMBULATORIAL:

+ Ceftriaxona 500mg dose única INTRAMUSCULAR (IM)

+ Doxiciclina 100mg, 1cp, VIA ORAL, 2x/dia por 14 dias

+ Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VIA ORAL, 2x ao dia, por 14 dias

Espera-se melhora clínica em 3 dias (72h) de tratamento → se não melhorar, entra naquele critério de ausência de resposta clínica em 72h, tem que internar

CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

Em tratamento HOSPITALAR:

+Ceftriaxona 1g, INTRAVENOSO 1x ao dia, por 14 dias (deixou de ser dose única)
+ doxiciclina 100mg, 1 cp, VIA ORAL, 2x/dia por 14 dias (mesma coisa do ambulatorial)
+ Metronidazol 400mg, IV, de 12/12h
→ o uso parenteral deve ser suspenso 24h após a cessação dos sintomas → continuar terapêutica por via oral até completar 14 dias de tratamento

Tratamento para DIP: 14 dias (maioria das drogas vai ser isso, como vocês podem ver acima, com exceção da ceftriaxona IM em tto ambulatorial)

Dose e via da doxiciclina NÃO MUDA (mesma coisa ambulatorial e hospitalar)
→ única que permanece via oral mesmo em tto hospitalar

Em tto hospitalar a via preferencial é endovenosa → ceftriaxona e metronidazol passam a ser IV

Vai operar se abscesso não responsivo ao tratamento ou abscesso roto → risco à vida da paciente e instabilidade hemodinâmica. Outra dúvida comum: precisa retirar DIU em toda paciente com DIP?

Vimos que o DIU pode facilitar a ascensão de patógenos, mas NÃO é recomendado tirar o DIU de rotina → começa a tratar → se não melhorar em 48/72h a gente entende que talvez aquele DIU seja um meio de cultura e retirar

Por fim: **precisa tratar parceiro? SIM!!!** Tratar parceiros dos últimos 60 dias (sintomáticos ou não) com o esquema que utilizamos nas cervicites: ceftriaxona 500mg IM + azitromicina 1G VO → ambos em dose única

OBJETIVO 4: EXPLICAR A FISIOPATOLOGIA DA DIP E SUAS COMPLICAÇÕES PRECOCES E TARDIAS.

Já vimos nos objetivos anteriores que a DIP é uma ascensão de patógenos, já vimos, também, o que facilita essa ascensão os agentes etiológicos mais comuns.

E depois que eles ultrapassam o OCI? Continuam subindo...





CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

- chega no útero acomete o endométrio causa inflamação endometrial (**endometrite**) - continua ascendendo e chega nas trompas de falópio (tubas uterinas) inflama tubas (**salpingite**) - pode gerar aderências, obstrução tubária, risco de gravidez ectópica, infertilidade - ela continua ascendendo chega no peritônio da pelve (podendo causar **pelvipерitonite**) - risco de abscessos pélvicos ou infecção generalizada - bactéria continua ascendendo pode alcançar o peritônio abdominal - assim, podem chegar à capsula hepática - inflamação da cápsula hepática (**peri-hepatite ou síndrome de fitz-hugh-curtis**)

De forma bem resumida, essa é a fisiopatologia da DIP e, assim, conseguiremos entender suas principais complicações.

Entendam que: toda a fisiopatologia da DIP está associada a essa ascensão dos patógenos (que muitas vezes são ASSINTOMÁTICOS) → eles ficam quietinhos ali, sem causar sintomas, mas continuam fazendo um estrago no trato genital.

Vamos entender as complicações seguindo esse trajeto dos patógenos

ENDOMETRITE : o endométrio é o tecido mais precocemente afetado pela DIP → a infecção ultrapassa o OCI e atinge o endométrio → os patógenos invadem o endométrio funcional e basal → ocorre infiltrado neutrofílico + edema + necrose glandular → a mucosa inflamada perde sua estrutura, descama irregularmente (descamação irregular = sangramento anormal) → pequenos vasos endometriais rompem-se com facilidade → inflamação afeta a contratilidade uterina → mais cólicas e sangramento.

Muitas vezes a endometrite vai ser a 1º manifestação clínica da DIP

Vai manifestar, principalmente, com **SANGRAMENTO UTERINO**

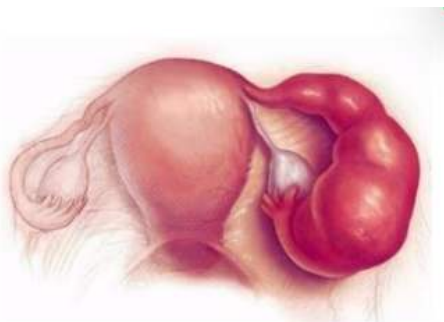
ANORMAL → lembrem do **PALM-COEIN?** → o E é de endometrite

Manifesta-se principalmente com sangramento menstrual aumento e/ou sangramento intermenstrual. (Se vocês quiserem, tem ligoreview do semestre passado que detalha bem mais a fisiopatologia da endometrite por DIP, porém não é foco do caso de vocês)

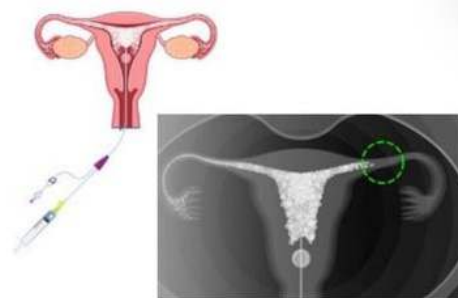
CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

SALPINGITE: inflamação nas tubas uterinas (muuuuito preocupante)

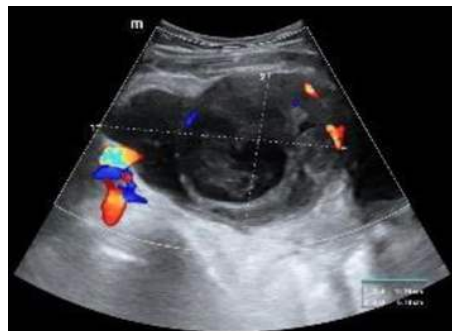
Os patógenos chegam ao epitélio ciliado das tubas → vão causar inflamação → essa inflamação vai causar edema, necrose dos cílios e estreitamento do lúmen → a tuba enche de secreção purulenta (piossalpinge) → distensão e dor forte → inflamação transmural → muita dor à mobilização do colo → o pus pode extravasar para o peritônio. As tubas uterinas são fundamentais no processo de fecundação, lembram que os espermatozoides encontram o óvulo na ampola da tuba uterina, formando o zigoto que vai retornar e implantar no endométrio? Quem ajuda na mobilidade nesse trajeto é o epitélio ciliado da tuba. Se a paciente está com uma salpingite, esses cílios vão sofrer necrose e essa movimentação fica prejudicada → resultado: maior risco desse zigoto implantar sem conseguir chegar no útero (gravidez ectópica)



Outra complicação → falamos ali na fisiopatologia que ocorre edema e inflamação → com o tempo, pode ocorrer a formação de aderências (fibrose), ocluindo o lúmen da tuba → como é que o óvulo vai encontrar o espermatozoide se a tuba tá “fechada”? → resultado: **infertilidade (por causa tubária)**



Abcesso tubo-ovariano → a infecção rompe a tuba parcialmente → o pus gruda a tuba no ovário → coleção purulenta encapsulada → perigosíssimo: romper pode causar sepse → internação obrigatória (já vimos isso no objetivo anterior) → complicação aguda mais grave da DIP.



Tudo isso é complicação da salpingite!!!



CASO 4: CORRIMENTO VAGINAL / DIP

PELVIPERITONITE: O exsudato purulento extravasa da tuba para o fundo de saco e recessos pélvicos → inflamação peritoneal → liberação de mediadores inflamatórios → dor intensa.

Manifestações clínicas: dor difusa na pelve, defesa abdominal, febre, náuseas, vômitos e dor ao toque de fundo de saco. Mas a inflamação pode evoluir para o peritônio abdominal

PERITÔNIO ABDOMINAL SUPERIOR
→ **PERITONITE ALTA** →

Irritação peritoneal generalizada → resposta sistêmica maior.

Manifestações clínicas: dor no abdome superior, febre, náusea importante, mal-estar intenso

FITZ-HUGH-CURTIS → a inflamação na cápsula hepática → a infecção alcança o espaço subfrênico → inflama a cápsula hepática (Glisson) sem invadir o fígado → forma aderências típicas em “cordas de violino”.
Vai manifestar como dor no quadrante superior direito.

Resumindo: todas as complicações da DIP são decorrentes do processo infeccioso e inflamatório que vai ascendendo e acometendo diferentes estruturas.

Logo, temos:

Complicações precoces (dias a semanas) → resultam do processo inflamatório ativo → endometrite aguda, salpingite aguda, piossalpinge, abscesso tubo-ovariano (pior complicação aguda), pelvipertitonite, peritonite difusa, sepse, fase aguda da síndrome de Fitz-hugh-curtis.

Complicações tardias → resultam do processo de cicatrização, fibrose e aderências após a inflamação → infertilidade tubária, infertilidade por endometrite crônica (alteração crônica do microambiente endometrial), gravidez ectópica, aderências pélvicas, hidrossalpinge,, dor pélvica crônica, aderências hepática.