

Estudo Transversal de Candidíase Vulvovaginal em uma Unidade Básica de Saúde do Noroeste Paulista

Camila Fontes Marson¹, Natália Spatini de Souza¹, Cátia Rezende², Eloni Aparecida Fontana³, Fernando Sérgio Ferreira Dionísio⁴

1 – Graduanda do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Votuporanga

2 – Farmacêutica-Bioquímica, mestre em Biotecnologia, docente da Disciplina de Microbiologia Clínica do Centro Universitário de Votuporanga

3 – Farmacêutica-Bioquímica, mestre em Análises Clínicas, docente do estágio Supervisionado em Análises Clínicas do Centro Universitário de Votuporanga

4 – Biólogo, especialista em Fisiologia, docente da Disciplina de Histologia do Centro Universitário de Votuporanga

Resumo

Estudo transversal de candidíase vulvovaginal em uma Unidade Básica de Saúde do noroeste paulista

A candidíase vulvovaginal (CVV) é a principal patologia que acomete a mulher, principalmente na idade fértil. Vários fatores contribuem para o desenvolvimento desta patologia, sendo os mais frequentes: uso de anticoncepcionais, diabetes, gravidez, terapia de reposição hormonal, antibioticoterapia de amplo espectro, corticoidoterapia, hábitos de higiene e vestuários inadequados. O presente estudo objetivou realizar um estudo sobre candidíase vulvovaginal em uma Unidade Básica de Saúde em um município do noroeste paulista, analisando características clínicas da patologia, da paciente, diagnóstico e tratamento utilizados. Foram analisados 325 prontuários de pacientes atendidas na UBS, constatando-se nove (3%) casos positivos para CVV. A idade entre 36-45 apresentou maior incidência de CVV. O diagnóstico utilizado foi o Papanicolaou e o tratamento em 100% dos casos foi nistatina tópica. Pode-se concluir neste estudo que a baixa incidência de CVV pode estar relacionada com deficiência no diagnóstico. Além disso, tratamentos inadequados podem comprometer o prognóstico do paciente e o desenvolvimento de resistência.

Palavras-chave: Candidíase, nistatina, mulheres, fatores de risco, *Candida spp*

Summary

Cross-sectional study of vulvovaginal candidiasis in a Basic Health Unit in northeastern São Paulo

The vulvovaginal candidiasis (VVC) is the primary pathology that affects women, especially in the childbearing age. Several factors contribute to the development of this pathology, the most common are: contraceptive use, diabetes, pregnancy, hormone replacement therapy, broad-spectrum antibiotic. This study aimed to perform a study about vulvovaginal candidiasis overwitten in a Basic Health Unit (BHU) in a city of Northwest of Sao Paulo, where they were analyzed clinical pathology, patient, diagnosis and treatment used. We analyzed 325 records of patients seen at BHU, having noticed 9 (3%) positive cases for VVC. The age between 36-45 had a higher incidence of VVC. The diagnosis was used in Pap smears and the treatment of cases was 100% nystatin topically. It can be concluded from this study that the low incidence of VVC may be related to deficiency in the diagnosis. Furthermore, inadequate treatment may impair the patient's prognosis and the development of resistance.

Keywords: Candidiasis, nystatin, women, risk factors, *Candida spp*

Introdução

Candidíase vulvovaginal (CVV) é uma inflamação da mucosa genital, comprometendo a vulva e a vagina, causada por várias

espécies de *Candida*, habitante normal dessas mucosas (1, 2).

O gênero *Candida* é constituído de aproximadamente 200 diferentes espécies de leveduras, habitantes comensais do trato gastrointestinal,

do trato geniturinário e da pele, em locais de maceração e umidade (3). Estão muito bem adaptadas ao corpo humano, por isso podem colonizá-lo sem produzir sinais de doença em condições de normalidade fisiológica

(4). Entre as espécies que compõem esse gênero, a *Candida albicans* é um patógeno oportunista que apresenta maior relevância em função de sua taxa de prevalência em condições de normalidade e de doença (5-7). Além disso, essa levedura está amplamente distribuída na natureza, ocupando diversos habitats, ao contrário de outras espécies do gênero, de distribuição limitada (8). As leveduras do gênero *Candida*, em particular a *C. albicans*, são patógenos oportunistas frequentemente isolados das superfícies mucosas de indivíduos normais (7).

A *C. albicans* é um fungo dimórfico, que se apresenta sob as formas leveduriformes no estado saprofítico, estando associado à colonização assintomática; ou como filamentosas, observadas em processos patogênicos (1, 8, 9). A mudança de comensal para patogênico está na dependência dos fatores de virulência da levedura e dos fatores de defesa do hospedeiro. Para que ocorra a candidíase vaginal clínica, o fungo precisa vencer a batalha com o meio vaginal e invadir a mucosa, causando sintomatologia (10, 11).

Candida spp é responsável por 15% a 25% dos casos de vaginites, sendo causada por isolados que habitam a mucosa vaginal e a digestiva e que crescem em meio favorável ao seu desenvolvimento (12, 13). *Candida albicans* está presente como microbiota vaginal normal em 15% a 20% das mulheres adultas saudáveis e em 30% a 40% das grávidas (14, 15, 16). Outras espécies como *Candida glabrata* e *Candida parapsilosis* podem estar presentes em proporções relativamente menores (17).

A CVV se caracteriza clinicamente por prurido, ardor, dispareunia, leucorreia e disúria (1, 18). Com frequência, a vulva e a vagina encontram-se

edemaciadas e hiperemiadas (19). As lesões podem-se estender para o perineo, região perianal e inguinal (20). Em alguns casos, é possível observar a presença de lesões satélites vulvares, como escoriações (10). Os sintomas se intensificam no período pré-menstrual, quando a acidez vaginal aumenta (21). Estudos apontam que 20 a 25% das mulheres adultas apresentam colonização assintomática (1).

A principal fonte de leveduras vaginais é o trato gastrointestinal, através de um processo chamado transmissão endógena. Elas são veiculadas para a vagina por autoinoculação, onde se adaptam e se desenvolvem. A transmissão sexual também é aceita, o que torna a CVV uma doença sexualmente transmissível (DST) (22).

Estima-se que a maioria das mulheres (75%) apresentará ao menos um episódio da infecção no decorrer de sua vida e 40% a 50% terão um segundo episódio e cerca de 5% poderiam adquirir padrão crônico (23, 24). Algumas mulheres (3%-5%) apresentarão candidíase vulvovaginal crônica, com episódios de repetição, que se caracterizam pela apresentação de pelo menos quatro episódios em um ano (13, 15, 25, 26). A CVV está entre os principais problemas ginecológicos que afetam mulheres na idade reprodutiva, sendo que a prevalência parece ter aumentado nos últimos anos (2).

Os principais fatores de pré-disposição ao aparecimento de CVV são: a gravidez, o uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal, por produzirem de hiperestrogenismo, ocasionando um aumento da quantidade de glicogênio. Essa situação também é comum no período pré-menstrual (27). O diabetes pode ocasionar alterações metabólicas, como aumento nos níveis de glicogênio, con-

tribuindo para a infecção de *Candida* (28, 29). A antibioticoterapia de amplo espectro; corticoidoterapia são fatores de pré-disposição importantes, pois ocasionam uma imunodebilidade (27). Além desses, os hábitos de higiene e vestuários inadequados determinam pouca aeração nos órgãos genitais e aumentam a umidade (28, 30, 31).

Na prática diária, em consultórios, podem ser encontradas três classes distintas de pacientes com CVV: assintomática com achado eventual de *Candida* sp no exame de rotina (Papanicolau); sintomática, sem história de recorrência e sintomática, com história de recorrência (32). Para a confirmação da suspeita clínica, torna-se necessária a realização de testes laboratoriais para o isolamento e identificação do patógeno uma vez que a sintomatologia desta infecção não é patognomônica (33, 34).

O diagnóstico correto das espécies envolvidas na CVV tem interesse não só epidemiológico, mas também clínico. A história natural destas infecções, bem como sua resposta à terapêutica, varia em função das várias espécies relacionadas (35, 36). Para o tratamento de CVV, têm sido empregados os agentes imidazólicos e triazólicos (fluconazol, miconazol, clotrimazol, itraconazol e cetoconazol), além dos agentes poliênicos (nistatina) (37).

Acredita-se que uma parcela significativa das amostras de *Candida* não-*albicans* é menos sensível aos azólicos quando comparados às amostras de *Candida albicans*. Relatos de falhas na profilaxia e tratamento com fluconazol têm sido registrados com espécies intrinsecamente menos sensíveis a esta droga. Estas informações enfatizam a importância da identificação acurada das espécies de *Candida* e o estudo da suscetibilidade *in vitro* aos antifúngicos, no sentido de aprimorar

as condutas de terapêutica (38). Há escassez de publicações sobre os antifúngicos mais utilizados (37).

Dentro deste contexto, o presente estudo objetivou realizar um estudo sobre candidíase vulvovaginal em uma Unidade Básica de Saúde em um município do noroeste paulista, analisando características clínicas da patologia, da paciente, diagnóstico e tratamento utilizados.

Materiais e Métodos

Foram analisados prontuários manuscritos de pacientes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de um município do noroeste paulista, no período de 6 de janeiro a 27 de

julho de 2010. Neste levantamento de dados foram analisados: a idade da paciente, a presença ou a ausência de sintomas de CVV, os exames realizados no diagnóstico, a presença ou ausência de *Candida* sp e a terapia prescrita. O presente estudo recebeu parecer favorável da responsável técnica da Unidade Básica de Saúde, mantendo o sigilo dos dados obtidos de todas as pacientes.

Resultados e Discussão

No período relatado foram analisados 325 prontuários de pacientes atendidas na UBS. Destes, constatarem nove casos positivos para Candidíase vulvovaginal (Figura 1).

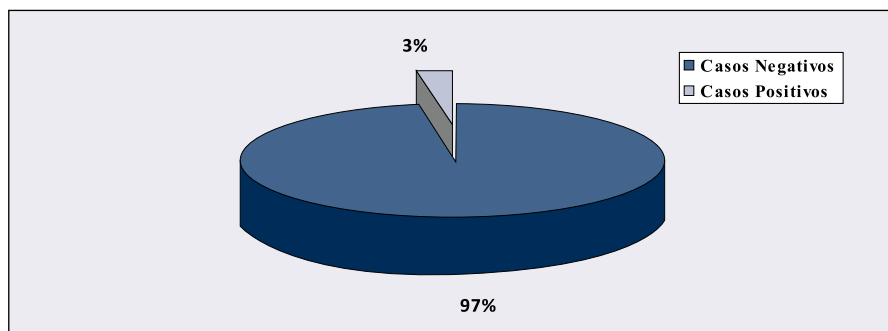


Figura 1. Gráfico representativo da porcentagem de candidíase vulvovaginal nos 325 prontuários de pacientes analisados numa UBS do noroeste paulista

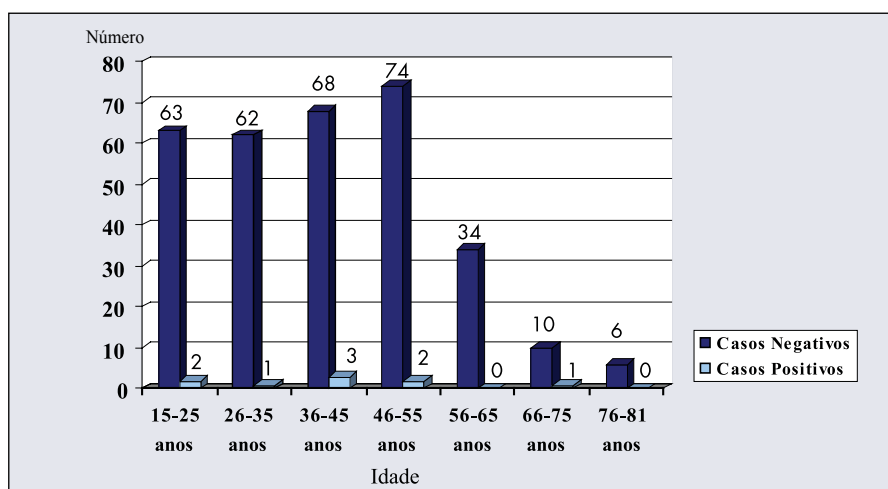


Figura 2. Gráfico representativo do número de casos de CVV e correlação com faixa etária das 325 pacientes avaliadas

Dos 325 prontuários analisados, as pacientes apresentaram idade entre 15 a 81 anos. Com relação à associação de CVV e idade, foram constatados entre 15 a 25 anos, 63 casos negativos e dois positivos; entre 26 a 35 anos, 62 casos foram negativos e um positivo; entre 36 a 45 anos, 68 casos foram negativos e três positivos; entre 46 a 55 anos, 74 casos foram negativos e dois positivos; entre 56 a 65 anos, 34 casos foram negativos e nenhum positivo; entre 66 a 75 anos, 10 casos foram negativos e um positivo e entre 76 a 81 anos, foram seis casos negativos e nenhum positivo (Figura 2).

O coeficiente de incidência de CVV proporcional à idade foi mais elevado na faixa entre 66-75 anos (10%). Sendo os demais relatados: 15-25 anos (3,2%), 26-35 anos (1,6%), 36-45 anos (4,4%), 46-55 anos (2,7%), 56-65 e 76-81 anos, ausência de caso em ambos.

Das pacientes avaliadas, 77,78% apresentaram sintomas de CVV, sendo os mais descritos: prurido, ardor e edema. Destas, quatro pacientes apresentaram os três sintomas relatados simultaneamente (prurido+ardor+edema), uma paciente relatou dois sintomas (prurido+ardor) e duas pacientes relataram somente um sintoma (prurido). Duas pacientes eram assintomáticas (22,22%).

A única técnica de diagnóstico foi o exame de rotina Papanicolaou. Já a medicação prescrita e dispensada na rede pública de saúde foi creme ginecológico de nistatina 25.000 UI/g, em 100% dos casos.

Discussão

A CVV representa a segunda causa mais comum de vulvovaginite, sendo que pelo menos 75% das mulheres

apresentarão esta patologia em algum momento da vida (4, 41). Entretanto, neste estudo foi demonstrado um índice de 3% para esta patologia. Este dado está em desacordo com Ferrazza e colaboradores (37), que demonstraram frequência de 23,8% e 24,7% em estudos realizados em Jaraguá do Sul e Maringá, respectivamente. Galle e Mendes-Gianinni (38) relataram prevalência de 27,6% em 250 amostras analisadas. Já Andrioli e colaboradores (39) apresentaram índices ainda maiores, 47,9% e 21,8% em pacientes sintomáticas e assintomáticas, respectivamente.

Vários autores consideram que os resultados discrepantes estão associados aos fatores epidemiológicos, incluindo variação geográfica (39, 42).

Ao correlacionarmos as amostras positivas com a idade, a faixa etária entre 36 a 45 anos apresentou três casos positivos. Andrioli e colaboradores (39) evidenciaram uma maior frequência de casos entre 14 a 46 anos. Entre as vulvovaginites, a candidíase é apontada como a causa mais frequente em mulheres na idade fértil (40).

Alguns trabalhos ressaltam o uso de anticoncepcionais como um importante fator de risco para CVV, podendo contribuir o principal na idade fértil (30). Acredita-se que o estrógeno reduz a habilidade que as células do epitélio vaginal têm para inibir a infecção por *Candida* spp (43).

A sintomatologia de infecções vaginais por *Candida* spp não é patognomônica (40) e os critérios para diagnóstico são subjetivos (36). Alguns profissionais adotam a presença de um sinal e um sintoma para diagnóstico, outros acatam a presença de dois ou mais sinais e sintomas, tais como corrimento branco flocoso ou leitoso, associado à presença de outras manifestações clínicas relatadas (prurido, dispareunia, ardor e disúria)

(7). Os sintomas se intensificam no período pré-menstrual, quando a acidez vaginal aumenta (30).

Estudos apontam que 20 a 25% das mulheres adultas apresentam colonização assintomática (3). Dan e colaboradores (43) observaram uma incidência de 35,5% para as mulheres sintomáticas e 15% para as assintomáticas.

Das pacientes sintomáticas, o prurido foi a queixa presente em todas (6, 7). A queixa de prurido tem sido referida como a mais importante nas portadoras de CVV (18, 43).

Neste estudo encontrou-se 22,22% de pacientes assintomáticas. Este índice pode ser variável e influenciável por diversos fatores. Ferrazza e colaboradores (37) realizaram estudo em diferentes municípios da região sul, demonstrando variações entre frequência de pacientes sintomáticas e assintomáticas, seguindo o mesmo protocolo.

Simões (32) sugere que na ausência de sintomas e na presença de exame ginecológico normal, a paciente não deve receber tratamento para CVV, pois 30% das mulheres saudáveis apresentam *Candida* sp na microbiota vaginal. Além disso, o diagnóstico clínico através da presença de prurido, corrimento vaginal e eritema, geralmente não é específico para CVV. Este mesmo autor afirma que um simples achado de *Candida* spp num exame de rotina, como o Papanicolaou, não significa presença de CVV.

Grande parte das mulheres diagnosticadas como CVV tem seus sintomas devido a outras causas que não a candidíase (32). Por isso, um diagnóstico correto é a maior garantia de um sucesso terapêutico. Desta maneira, é essencial que o diagnóstico seja feito através de cultura de secreção vaginal e diminua o número de terapias empíricas.

Ferrazza e colaboradores (37) não encontraram cepas de *Candida* spp, isoladas da secreção vaginal, resistentes ao fluconazol e anfotericina B. Entretanto, 52,8% das cepas apresentaram suscetibilidade dependente da dose (S-DD) à nistatina. O tratamento da CVV normalmente é empírico, porém as recidivas refletem a ineficácia deste.

Vários antifúngicos são empregados no tratamento de CVV e as drogas azólicas se constituem no tratamento de eleição desta doença (40). Entretanto, a nistatina é um antifúngico utilizado em formulações tópicas, de baixo custo e disponível no serviço público. Neste estudo foi a única medicação prescrita para as pacientes com CVV. Ferrazza e colaboradores (37) relataram a baixa expectativa terapêutica com nistatina observada pelas pacientes analisadas nos últimos anos, que pode estar correlacionada ao desenvolvimento de resistência pela utilizada indiscriminada deste antifúngico.

Pode-se concluir neste estudo que a baixa incidência de CVV pode estar relacionada com divergências entre anamnese e diagnóstico, muitas vezes pela carência de diagnósticos laboratoriais confiáveis para determinarem a etiologia da doença. É de extrema necessidade que seja realizada cultura para o diagnóstico de CVV e associados testes de antifungograma para determinar o tratamento adequado. Entretanto, a realidade do Sistema Único de Saúde contribui para diagnósticos errôneos e tratamentos inadequados, comprometendo o prognóstico do paciente e com o desenvolvimento de resistência. ✍

Correspondências para:

Camila Fontes Marson
camilamt22@hotmail.com

Referências Bibliográficas

1. Haefner HK. Current evaluation and management of vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*. 42(2):184-95, 1999.
2. Adad SJ et al. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp* and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. *São Paulo Med.J*; 119:200-5, 2001.
3. Luna MA. Candidiasis. In: Connor DH, Chandler FW, editors. *Pathology of infectious diseases*. Stamford, Connecticut:Appleton & Lange; 2: 953-64, 1997.
4. Ghannoum M, Radwan SS. *Candida adherence to epithelial cells*. New York: CRC Press, 1990.
5. Kurtzmann CP, Fell JW. *The Yeast: a taxonomic study*. 4th ed. Amsterdam: Elsevier, 1998.
6. Odds FC et al. *Candida concentrations in the vagina and their association with signs and symptoms of vaginal candidosis*. *J Med Vet Mycol*, 26: 277-83, 1988.
7. Moragues MD et al. *A monoclonal antibody directed against a Candida albicans cell wall mannoprotein exerts three anti-C albicans activities*. *Infec Immun*, 71: 5273-79, 2003.
8. Chaffin WL et al. *Cell wall and secreted proteins of Candida albicans: identification, function, and expression*. *Microbiol Molec Biol Rev*, 62: 130-80, 1998.
9. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC. *Micologia médica: fungos, actinomicetos e algas de interesse médico*. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1991.
10. Fidel Jr PL. *Distinct protective host defenses against oral and vaginal candidiasis*. *Med Mycol*. 40(4):359-75, 2002.
11. Souza PC et al. *Prevalence of Candida sp. in the cervical-vaginal cytology stained by Harris-Shorr*. *Arch Gynecol Obstet*. 279(5):625-9, 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis: DST*. 3. ed. Brasília, DF, 1999.
13. Sobel JD. *Vaginitis*. *N Engl J Med*, 337: 1896-903, 1997.
14. Eckert LO, Hawes SE, Steves CE. *Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm*. *Obstet Gynecol*, 92: 757-65, 1998.
15. Eyler AE, Pierson C, Reed BD. *Improved diagnosis of candida vulvovaginitis using Diamond's media modified*. *J Women's Health*, 5: 79-84, 1996.
16. Steben M. *Sexually transmitted diseases*. Disponível em: <http://sogc.medical.org/sogc_docs/public/guidelines/sextri1.htm>. Acesso em: 12 ago. 2010.
17. Bauters T, Get a. *Prevalence of vulvovaginal candidiasis and susceptibility to fluconazole in women*. *Am J Obstet. Gynecol*, 3: 568-74, 2002.
18. Ozcan SK et al. *Prevalence, susceptibility profile and proteinase production of yeasts causing vulvovaginitis in Turkish women*. *APMIS*. 114(2):139-45, 2006.
19. Sobel JD. *Vaginal infections in adult women*. *Med Clin North Am*, 74: 1575-602, 1990.
20. Almeida Filho GL, Passos MRL, Gouvêa TVD. *Candidíase*. In: Passos MRL. *Doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
21. Salvatore CA. *Candidíase vulvovaginal*. In: Lacaz CS. *Candidíases*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1980.
22. Fidel Jr PL, Sobel JD. *Immunopathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis*. *Rev Clin Microbiol*, 9: 335-48, 1996.
23. Mardh PA et al. *Facts and myths on recurrent vulvovaginal candidosis-a review on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis and therapy*. *Int J STD AIDS*. 13(8):522-39, 2002.
24. Hurley R. *Recurrent Candida infection*. *Clin Obstet Gynecol*; 8:209-14, 1981.
25. Clancy R et al. *Recurrent vulvovaginal candidiasis - allergy or immune deficiency?* *Int Arch Allergy Immunol*, 118:349-50, 1999.
26. Sobel JD. *Candidal Vulvovaginitis*. *Clin Obstet Gynecol, Detroit*, 36(1): 153-65, 1993.
27. Sobel JD. *Vaginal infections in adult women*. *Med Clin North Am*. 74(6):1573-602, 1990.
28. Dennerstein G. *Pathogenesis and treatment of genital candidiasis*. *Aust Fam Psysician*. 27(5):363-9, 1998.
29. De Leon EM et al. *Prevalence and risk factors for vaginal Candida colonization in women with type 1 and type 2 diabetes*. *BMC Infect Dis.*; 2:1, 2002.

30. Rosa MI, Rumel D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 26(1): 65-70, 2004.
31. Patel DA et al. Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: results of a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 190(3): 644-53, 2005.
32. Simões JA. Sobre o diagnóstico da candidíase vaginal. *Rev Bras 10. Ginecol Obstet.* 27(5): 233-4, 2005.
33. Rosa MI et al. The role of antifungal susceptibility testing in the therapy of candidiasis. *Diagnostic Microbiology and Infectious Diseases* 48: 153-160, 2004.
34. Rex JH, Pfaller MA, Galgiani JN. Development of interpretative breakpoints for antifungal susceptibility testing: concept framework and analysis of in vivo – in vitro correlation data for fluconazole, itraconazole and *Candida* infections. *Clinical Infectious Diseases*, 24:235-247, 1997.
35. Lynch ME, Sobel JD. Comparative in vitro activity of antimycotic agents against pathogenic vaginal yeast isolates. *J Med Vet Mycol.* 32:267-74, 1994.
36. Rex JH, Rinaldi MG, Pfaller MA. Resistance of *Candida* species to fluconazole. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 39: 1-8, 1995.
37. Ferrazza MHS et al. Caracterização de leveduras isoladas da vagina e sua associação com candidíase vulvovaginal em duas cidades do sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 27(2): 58-63, 2005.
38. Galle LC, Gianinni MJSM. Prevalência e susceptibilidade de leveduras vaginais. *J Bras Patol Med Lab.* 40(4): 229-36, 2004.
39. Andrioli JL et al. Frequência de leveduras em fluidos vaginal de mulheres com e sem suspeita clínica de candidíase vulvovaginal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 31(6):300-4, 2009.
40. Álvares CA, Svidzinski TIE, Consolaro MEL. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. *J Bras Patol Med Lab*, 43(5): 319-327, out. 2007.
41. Holanda AAR et al. Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. *Rev Brás Ginecol Obstret*, 29(1): 3-9, 2007.
42. Fidel PL Jr, Cutright J, Steele C. Effects of reproductive hormones on experimental vaginal candidiasis. *Infect Immun.*, 68(2): 651-7, 2000.
43. Dan M, Poch F, Levin D. High rate of vaginal infections caused by non-*C. albicans Candida* species among symptomatic women. *Med Mycol.* 40:383-6, 2002.

Conforto que seu paciente precisa



Agenda de Exames e Consulta aos Resultados em casa.



Integrando a Área da Saúde

Skype: sline-comercial

Email/MSN: sline@sline.com.br

www.sline.com.br

