

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FACULDADE DE MEDICINA

ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS CAUSAS
DE LEUCORRÉIA NA GRAVIDEZ

EDIVALDO NASCIMENTO
OTÁVIO ALBINO AUGUSTO PEREIRA
RUBENS DOS SANTOS ZANELLA

Departamento Materno Infantil
Tocogenicologia e Pediatria

Florianópolis, junho de 1979.

I - SUMÁRIO

I - Sumário	2
II - Resumo	3
III - Introdução	4
IV - Revisão da Literatura e Fundamentação Teórica	5
1.0 - Considerações Gerais	5
2.0 - Classificação das Leucorréias	5
2.1 - Inflamatórias	5
2.1.1 - Específicas	5
2.1.2 - Inespecíficas	10
2.1.3.- Enfizematoses	11
2.1.4 - Cervicite	11
2.2.- Tumores Benígnos	12
2.2.1 - Císticos	12
2.2.2 - Sólidos	12
2.3 - Leocoplasia	12
3.0 - Esfregaço da Gravidez Normal	12
3.1 - Colpocitologia do Iº Estágio	12
3.2 - Colpocitologia do IIº Estágio	13
3.3 - Crise vaginal do Pré-Parto	13
3.4 - Preparação do Esfregaço	14
V - Material e Método	15
VI - Resultados	16
1.0 - Tabela nº 1	16
1.1 - Tabela nº 2	16
1.2 - Tabela nº 3	17
1.3 - Tabela nº 4	17
1.4 - Tabela nº 5	17
1.5 - Tabela nº 6	17
2.0 - Gráficos nºs. 1 - 14	18 a 32
VII - Discussão e Comentário	33
VIII - Conclusão	36
IX - Bibliografia	37

II - RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar estatisticamente as causas de fluxo vaginal na gravidez.

As pesquisas foram conduzidas de acordo com os resultados de colpocitologia e/ou lâmina à fresco e dados de prontuários do setor de Pré-Natal da Maternidade Carmela Dutra.

A fonte bibliográfica conceitua o fluxo vaginal na gravidez como fisiológica na maioria dos casos, e que as causas infecciosas mais comuns são a monilíase e tricomoníase, respectivamente.

No presente estudo constatou-se uma grande ocorrência de fluxo vaginal de origem infecciosa (78,9%) sendo a forma mais comum a inespecífica.

III - INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional a maioria dos pacientes passam por uma fase de aumento da secreção cérvico-vaginal, que é considerado como um sintoma normal no desenrolar da gravidez, pela literatura atual; o presente trabalho foi feito com o objetivo de avaliar esta leucorréia.

Utilizando-se o método de colpocitologia e lâmina à fresco, numa amostragem de 156 pacientes encontrou-se somente 21,1% de fluxo vaginal fisiológico, sendo o restante de origem infecciosa, o que torna o fluxo vaginal durante a gravidez um sinal em que deve ser levantada a suspeita se é de origem infecciosa ou não, porque em nosso meio constatou-se uma incidência muito grande de infecções na gravidez.

O fluxo vaginal normal na gravidez pode ser protuso, cremoso, branco, reação muito ácida, abundantes células epiteliais, poucos glóbulos brancos e predominância de lactobacilo gram positivo (Doderlein), a presença deste fluxo vaginal se deve à resposta do colo e da vagina normais ao estímulo hormonal durante a gravidez.

A flora vaginal, segundo Schröder, classifica-se da seguinte maneira: Grau I - quase todas as células epiteliais, bacilo gram positivo, e poucos bacilos gram negativos, cultivo de lactobacilo, bacilo de Doderlein, bacteróide, estreptococos anaeróbicos. Grau II - Mesclado de células epiteliais e piócitos, flora bacteriana mixta, leveduras, bacilo Doderlein, gonococos, bactérias coliformes, bacteróides, candida. Grau III - Muitos piócitos, flora bacteriana mixta, leveduras, tricomonas vaginalis, gonococos, células com inclusões intra-nucleares e citoplasmática, haemophilus vaginalis, candida albicans, herpes vírus hominis.

Na pesquisa efetuada utilizou-se dados do prontuário e resultados dos exames colpocitológicos e a interpretação desses dados foi obtida relacionando um com o outro.

IV - REVISÃO DE LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.0 - Considerações Gerais

As doenças da vulva e vagina de origem benigna como causa de leucorréia podem ser de ordem inflamatória, tumores benignos e outras.

"As duas formas mais comuns de vaginite na mulher são as causadas pela *Candida Albicans* e pelo *Trichomonas vaginalis*.

2.0 - Classificação das Leucorréias

2.1 - Inflamatórias

2.1.1 - Específicas

As específicas são, a monilíase e tricomoniase.

a) Monilíase

A causa mais comum é a *Candida albicans*, em mulheres sintomáticas ou não se encontra também outro fungo, o *Tomlopsis glabrata*. (1)

Desde 1920 foi demonstrada a sua transmissão sexual, mas a infestação genital pela *Candida albicans* ultimamente tem aumentado pelo contato sexual. Ao contrário da gonorréia, o homem pode ser portador sã, enquanto que na mulher uma vulvovaginite sempre acarreta sintomas. (7)

Estes fungos leveduriformes, se acham localizados no trato genital inferior em torno de 2/3 das mulheres em idade reprodutiva, existem na cavidade oral e no trato gastro intestinal inferior como parte da flora normal em muitas mulheres.

Sómente em torno de 50% das pacientes grávidas ou não, que possuem cultivo ou esfregaço vaginal positivo de infecção moniliasica sofrem vulvovaginite sintomática. (6)

A gravidez, os estrogênios exógenos e o diabetes são situações que predispõe à infecção mais severa e persistente. (1) (6) (7) Os estrogênios potencializam o desenvolvimento da *Candida albicans* in vitro. A informação clinica sugere que por causa dos estrogênios ocorre um aumento do conteúdo de glicogênio do epitélio vaginal o que favorece o desenvolvimento de microorganismos leveduriformes.

O corticóide, antibióticos de largo espectro, obesidade e diminuição das defesas do hospedeiro, predispõe à vulvovaginite. (1)

Surge na mulher um corrimento com irritação vulvar, disúria, dispareunia e sensação de ardor após o coito, enquanto que no homem a sintomatologia é rara. Após o coito ocorre às vezes um balanite e balanopostite, que na maioria das vezes não é relacionada com o intercuro sexual. (7)

Ao exame, a vulva aparece edemaciada e frequentemente apresenta escoriações. Na inspeção, a vagina aparece com cor vermelha com placas brancas disseminadas, semelhante às vulvares; e um fluxo branco. (1)

O diagnóstico definitivo é feito pelo exame direto de material da lesão ou cultura em Agar-Sabouraud. (7)

O exame da secreção mostra formas leveduriformes pseudo-miceliais e brotos. O autor prefere tingir com gram porque permite identificar ao mesmo tempo o resto da flora microbiana. Os cultivos se fazem no meio de Nickerson, no qual a Candida desenvolve em colonias pardas escuras ou negras ficando 48 horas a temperatura ambiente. É fundamental pesquisar tricomonas em lâmina à frêscu ou cultivo, pela frequência de infecção mista. (4)

O tratamento efetivo depende do tratamento da infecção concomitante, do companheiro sexual, e do diabetes mellitus.

No comércio existe uma variedade de agentes antimicóticos tópicos em loções, cremes ou comprimidos vaginais, como a nistatina, candicidina e anfoterecina B. A violeta de genciana a 1% é eficaz, mas seu uso é restrito pois é de difícil manuseio e mancha as vestes. "Alguns autores recomendam cremes polifarmacêuticos que contém associação de nistatina, neomicina, gramicidina e corticosteróide. Mas o risco de sensibilização e absorção, em particular, a neomicina é grande. Se prefere empregar um só agente antimicrobiano. Se deve dar corticóide local no caso de que os sintomas e a inflamação local são muito severos. Muitas vezes é difícil e até impossível erradicar por completo os fungos da mulher grávida.

O tratamento usual de 10 a 15 dias com a dose de 100.000 unidades cada comprimido de nistatina é insuficiente na gravidez. Um tratamento de 3 a 4 semanas deve ser indicado principalmente no 8º mês de gestação.

Para prevenir reinfecção é necessário a abstinência sexual ou uso de preservativos (condon), e o tratamento simultâneo do marido. A nistatina oral deve ser usada em caso de queixa de prurido anorectal, um comprimido 4 vezes ao dia. As infecções persistente podem ser tratadas por fricções vaginais de Zefirol. O uso de "shorts", calças compridas e a permanencia de maiôs por tempo prolongado pode determinar uma exacerbação dessa vaginite. (6)

Não há uma droga que atue por via sistêmica na candidíase. Alguns autores apresentam bons resultados com a administração de sulfa. Mas os melhores resultados são apresentados com o uso de micanazole, clortrimazole e nistatina em cremes e óvulos vaginais. (7)

A flora de bacilos Dodërleim que acidificam o muco da secreção vaginal não seria destruída na vulvovaginite por monilia na ausência de outro agente infectante. Mais de 50% de pacientes com monilia tiveram uma flora vaginal grau I, com ph 4,4 ou menos. Em contraste sómente 7,4% de pacientes com tricomonas tiveram flora de grau I e sómente 2,9% tiveram ph 4,4. (1)

É frequente a contaminação do recém-nato do canal de parto, quando a mãe tem candidíase na gravidez. (7)

b) Tricomoníase

Determinado pelo parasita *Trichomonas vaginalis*, agente comum das infecções genitourinarias. Pode ter portador assintomático, tornando difícil determinar a incidência da enfermidade. As estatísticas levantadas em 1972, indicam a incidência de 10-25% das mulheres em idade reprodutiva e 12-15% dos homens com uretrite.

Este parasita é transmitido quase que exclusivamente pelo contato sexual, foram estudados em 1960 por Catterall e Nicol, as companheiras sexuais de 56 homens com uretrite tricomoniasica e determinaram a presença do *Trichomonas vaginalis* em todas. É comun nas prostitutas e nas mulheres promíscuas sexuais, e muitas vezes se associa à outras infecções venéreas; 50% das mulheres blenorrágicas também tinham tricomoníase. Este parasita esta associado com frequencia às infecções genitais por Clamídeos e monilias. (1) (7)

É interessante notar que um autor sueco, Berggren (1966), achou um nível de incidência quatro vezes maior em mulheres com

carcinoma cervical "in situ" ou mesmo já com carcinoma invasivo. Assim sendo, este e outros autores discutem a sua participação no desenvolvimento do câncer cervical. (7)

As evidências clínicas e experimentos, mostram-nos um período de incubação 4-28 dias, porém muitas mulheres portadoras são assintomáticas ou não se perturbam pelos sintomas mínimos. Pode infectar a vagina, uretra, bexiga, glândulas de Skene e de Bartholin. A paciente se queixa de fluxo vaginal abundante, espumoso e verde-amarelado, que se associa a prurido intenso, disúria, dispareunia, dismenorréia (devido à congestão crônica) e irritação na face interna das coxas. Em muitos, os sintomas se apresentam como episódios recorrentes de infecção de vias urinárias. (1) (7)

Existe certas indicações de que o estrogênio potencialize "in vitro" o desenvolvimento do parasita; isto vem a explicar a recorrência dos sintomas e a tenacidade da infecção em mulheres grávidas e nas que usam anovulatório (Stein e Cope 1933). Nas mulheres com sintomas severos ao exame revelam uma secreção vaginal sero-purulento esverdeada e espumosa, com eritema e edema vulvar, as vezes com escoriação perineal e gânglios inguinais e sensíveis à palpação. A vagina e o colo são friáveis e estão inflamados, frequentemente minúsculos pontos hemorrágicos. Faz-se necessário um cuidadoso exame laboratorial, para chegar ao agente causal da infecção, pois não há uma maneira de determiná-lo pela diferenciação clínica com os demais agentes infecciosos. Um dos recursos diagnósticos mais fácil e rápido é o exame da secreção vaginal em lâmina a frêscos, sendo um exame de considerável confiança. (1)

O diagnóstico efetivo também é realizado pelos cultivos em meios especiais, mas por serem muito caro e dependem de muito tempo, não é um exame útil para o médico prático (McLennam e Col - 1972). (1)

Esta infecção não pode ser excluída após um único exame. Na maioria das vezes são necessários exames repetidos para confirmação diagnóstica.

Estão em estudos outras técnicas como reações de fixação de complemento e imunofluorescência, para um melhor diagnóstico. (7)

O *Trichomonas vaginalis* é maior que o leucócito polimorfonuclear e se reconhece com facilidade pela sua mobilidade e movimento flagelar. É comum a predisposição à outras infecções concomitantes como a blenorragia, sífilis devendo se fazer cultivos para o gonococo e sorologia para Lues.

Nas infecções por tricomonas são acompanhadas de uma flora vaginal grau III. Existem dados contraditórios sobre a associação entre vaginites tricomoniasicas e febre puerperal e infecções neonatal. Lamentavelmente a maioria dos estudos sobre esta relação não são recentes e não descartam a infecção múltipla na mesma paciente.

Existe poucas provas de que o tricomonas seja um microorganismo invasor ou produza amniotites ou endometrites, pois é tão frequente a infecção múltipla que poderiam causar a infecção puerperal ou neonatal, sendo porisso necessário identificar as associações para não passar despercebido, para chegar ao agente determinante da infecção. Descoberto o agente causal devemos investigar o companheiro, pois o tricomonas se localiza em uretra, secreção prostática, urina e sêmen, sendo a maioria assintomático. Portanto é necessário examinar o companheiro e tratá-lo, pois fazendo assim estaremos prevenindo a reinfeção. (4)

O tratamento deverá ser sempre realizado no casal. Para a mulher utilizam-se aplicações tópicas e comprimidos por via oral de metronidazole, mimorazole, nifuratel e ornidazol, e para o homen somente comprimidos por via oral. (7)

A droga de escolha é o metronidazole (Flagyl). Esta droga veio a simplificar em muito o tratamento da vaginite tricomoniasica, administrado por via oral na dosagem de 250 mg 3 vezes ao dia nas mulheres e 250 mg 2 vezes ao dia no homen, durante dez dias, com o qual se irradica o parasita do trato genitourinário em 80 a 90% dos pacientes. (1)

O nível de cura é em torno de 95 a 98% dos doentes tratados com estas drogas. (7)

Dose única de 2 g deu bons resultados (Woodcock 1972 e Ross 1973). (1)

Os fracassos terapêuticos se relacionan com infecções genitais concomitantes, portanto, se deve acompanhar a paciente por várias semanas para confirmar erradicação do microorganismo. Outra falha do tratamento esta relacionada ao não tratamento do companheiro sexual da paciente. Muitos cônjuges assintomáticos se negam a fazer o tratamento a principio e requerem uma educa-

ção sobre a índole e riscos da infecção. O tratamento local com irrigação e óvulos vaginais não está indicado principalmente durante a gravidez. (1)

Não se sabe de nenhum caso de efeito teratogênico porém seria necessário prudência e usa-la sómente no segundo trimestre em diante. (Robin e Hass 1966). (1)

c) Blenorragica

As manifestações clinicas desta doença esta na dependência da localização, virulência e resposta do hospedeiro. Não entrarão neste trabalho a descrição de todas as formas já encontradas e documentadas as sutilezas clinicas da blenorragia. Temos que considerar as portadoras assintomáticas, com as manifestações genital, extragenital primária e com as formas disseminadas. Esta infecção pode exercer uma influência adversa sobre a evolução da gravidez, causando morbidade maternoinfantil. Em estudo com 14 neonatos no qual se isolou a Neisseria gonorrhoea nos aspirados orogástricos, existia maior incidência de prematuridade, ruptura precoce de membranas e infecção puerperal. (1)

De acordo com Holms, 1974, Fiumara, 1972, Paris, 1972, 75% a 90% das mulheres portadoras são assintomáticas.

Na América do Norte a incidência denunciada de infecção cervical assintomática durante a gravidez variam entre 2 a 7,3% (Kraus e Yen, 1968; Cave e col. 1969; Sarrel e Pruett 1968; Charles e col. 1970).

Estudando mulheres com artrite gonocócica adquirida nas ultimas 20 semanas de gestação ou no puerpério encontrou uma incidência de 28-40%. (Holms e col. 1971). (1)

2.1.2 Inespecífica

Descartando-se as causas mais comuns de fluxo vaginal que são as específicas (monilíase, tricomoníase e blenorragica), a vulvovaginite inespecífica é uma entidade clinica bastante indefinida que consiste em sintomas e sinais de inflamação e infecção, o clinico deve suspeitar e descartar o herpes virus hominis, clamídeos, sífilis, granuloma inguinal e cancroide. Alguns casos são por Haemophilus Vaginalis, bastonete gram negativo pleomorfo que se desenvolve em caldo tioglicolado. (1)

Muitas vezes os estafilococos são encontrados em culturas de secreções juntamente com os bacilos difteróides, sendo na maioria das vezes comensais, provenientes da fossa navicular, não patogênicos.

Frequentemente ocorre associação dos Chlamydia, principal-

mente o subgrupo A, com uretrite inespecífica tem-no sugerido a ser agente etiológico destas infecções. Entretanto ainda não há demonstração definitiva comprovando esta assertiva, pois os mesmos podem ser simples comensais, sem significado patogênico. Outro microorganismo, denominado Micoplasma, também tem sido incriminado como agente etiológico das uretrites inespecíficas, mas esta assertiva permanece ainda como indagativa, pois o mesmo também é encontrado em uretra de pessoas normais.

As UI não reagem satisfatoriamente à penicilina, embora, seja prática habitual o seu uso sem confirmação etiológica. As tetraciclinas e a oxitetraciclina por via oral parecem ser os medicamentos de maior eficácia. A dose é de 1 a 2 gramas diárias fracionada de 6 em 6 horas, pelo menos durante 6 dias. (7)

A lâmina a frêsko e a coloração pelo gram mostram grandes células do epitélio vaginal e do citoplasma granular e membrana celular indefinida. Ainda não se conhece o papel do Haemophilus na infecção puerperal e neonatal, conhecendo-se apenas que executam uma influencia perturbadora sobre o meio, cérvicovaginal normal. Todas as vaginites inespecíficas respondem bem aos cremes de sulfas e aos ovulos antimicrobianos aplicados 2 vezes por dia durante 2 semanas. (1)

2.1.3-Vaginite Enfisematosa

Este raro tipo de vaginite se caracteriza pela presença de cistos bolhosos cheios de gás na porção superior da vagina. É encontrada, quase sempre, em associação com a gravidez ou cardiopatia e é pouco sintomática. (8)

2.1.4 - Cervicite

Na fase aguda, que clinicamente é observada na forma mais típica da infecção gonocócica ativa, o colo está avermelhado, congesto e amolecido, do canal sai um exsudato purulento, abundante algumas vezes branco ou amarelado. Microscópicamente se caracteriza pelo intenso infiltrado polimorfonuclear da mucosa e dos tecidos subjacentes, hiperemia e edema mais ou menos acentuado. O lúmen das glândulas pode estar distendido com um exsudato constituído de inúmeros leucócitos mortos, células epiteliais descamadas e muco. O sintoma habitual é a leucorréia. O diagnóstico é feito pela inspeção do colo no exame especular. O colo, esta congesto e, às vezes, edemaciado, ao mesmo em que se observa uma secreção purulenta esbranquiçada ou amarelada saindo do canal cervical. O orificio externo poderá estar envolto,

por uma erosão granulosa, avermelhada. Para o diagnóstico etiológico é necessário realizar cultura e lâmina a frêscó.

A cervicite crônica constitui, talvez, a mais comun de todas as lesões ginecológicas e é, junto com a vaginite, a causa mais comun de leucorréia. Embora possa representar uma fase residual da infecção gonocócica, é ainda mais frequentemente devida à infecção por qualquer dos outros microorganismos encontrados na vagina, em especial os estreptococos e estafilococos que sobem para comprometer o colo lacerado. As variações do pH contribuem, indiscutivelmente, para propagar a infecção. (6)

2.2 - Tumores Benignos

2.2.1 - Císticos

Cisto do canal de Gartner, cisto de inclusão vaginal.

2.2.2 - Sólidos

Embora raras, são lesões tais como: mioma, fibroma, mixoma ou adenomiose podem atacar as paredes vaginais.

2.3 - Leucoplasia

Placas esbranquiçadas, grossas, duras semelhante à pergamínio, quebradiças, com prurido intenso na vagina. Investiga-la constantemente com biópsia. (6)

3.0 - Esfregaço da Gravidez Normal

Antes de qualquer colheita deve-se introduzir, sempre que possível, um espéculo vaginal de tamanho adequado para que se possa visualizar os locais de onde se colherá o material.

O material de fundo de saco posterior da vagina pode ser obtido usando-se espátula Milex, de Ayre ou ainda pipeta de Papanicolao que se presta com eficiência para o diagnóstico de adenocarcinoma do endométrio.

O raspado cervical pode ser colhido com espátula de Ayre, Milex sendo que não há diferença significativa entre um tipo de material e outro. Quando houver presença excessiva de muco, este muco deverá ser retirado usando-se um chumaço de algodão numa pinça de curativo. Não usar quaisquer outras substâncias.

A coleta de material Endocervical é obtida através da técnica de aspiração que é usada por muitos. Existem vários tipos de pipetas, todos com bons resultados. Alguns preconizam o uso de uma cânula metálica com orifícios laterais, conectada à uma seringa de plástico, que poderá colher material endocervical ou endometrial, também com bons resultados.

3.1 - Colpocitologia do 1º Estágio (1º trimestre)

- a) Células eosinófilas superficiais: raras ou ausentes.
- b) Células naviculares: Presentes em grupos pequenos e densos, com cerca de 12 células cada um. Cinco destes grupos são suficientes para o diagnóstico. Estas células apresentam bordos citoplasmáticos extremamente nítidas e a parte restante do citoplasma é relativamente hipocorada.
- c) Células em Concha: Com o processo de maturação as células naviculares apresentam acentuação destes aspectos de coloração dando a impressão de concha.
- d) Muco: Não existe em grande quantidade, e quando assim o for, frequentemente estará associado com monilíase e com tricomoníase ou com outras condições inflamatórias. A coloração é ciano-fílica.
- e) Leucócitos: Estão presentes em pequeno número quando não houver inflamação. Mantém relação indireta com o número de bacilos Doderleim.
- f) Bacilos Doderleim: São curtos e presentes em pequeno número. Quando presentes em número excessivamente alto considerar a possibilidade de diabetes. Estão intimamente relacionados com a citólise das células naviculares, que são ricas em glicogênio. A assimilação desse glicogênio produz ácido láctico tornando o meio vaginal ácido.

3.2 - Colpocitologia do II Estágio (2º e 3º trim.)

- a) Células eosinófilas superficiais: ausentes.
- b) Células naviculares: As aglomerações celulares típicas predominam e o padrão torna-se progressivamente estável. As células naviculares típicas predominam e seu número nos grupamentos é muito alto, tornando-se estes grupamentos maiores. Já não há tanta nitidez de limites das bordas citoplasmáticas, principalmente quando próximo ao termo. Núcleos alongados e desnudos pela citólise intensa.
- c) Células em Concha: Ausentes ou em pequeno número.
- d) Muco: idem ao primeiro Estágio.
- e) Leucócitos: Diminuem pelo aumento de Doderleim(flora).
- f) Bacilos de Doderleim: São alongados, em grande número propiciando citólise intensa das células naviculares (até 50%) ricas em glicogênio. Fazem aumentar a acidez do meio.

3.3 - Crise Vaginal do Pré-Parto

- a) Células eosinófilas superficiais: Reaparecem em número baixo porém significativo.
- b) Células naviculares: Repentinamente há decréscimo do número,

tamanho e densidade dos grupamentos. Isto indica trabalho de parto em poucas horas ou no máximo tres dias.

- c) Muco: Torna-se denso e abundante, permanecendo cianófilo.
- d) Leucócitos: Aumento acentuado em número.
- e) Bacilos de Doderleim: Dimuição do número e do tamanho.

Geralmente em torno do 35º dia é que o padrão gravídico , começa a se tornar típico.

3.4 - Preparação do esfregaço

3.4.1 - Fixadores

- a) Alcool etílico puro 95% é o mais usado.
- b) Mistura de alcool etílico 95% com éter puro em partes iguais também pode ser usada e conserva o material por um tempo de até tres semanas. Porém requer cuidados especiais de conservação , (recipientes hermeticamente fechados e protegidos da luz). Alem disto a mistura é explosiva e requer atenção especial neste sentido.
- c) Mistura de alcool isopropílico puro (97,5 partes) e ácido acético glacial (2,5 partes).
- d) Pró-cito (nome comercial), spray.

3.4.2 - Coloração

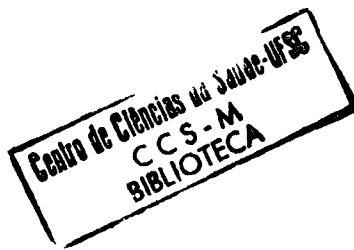
- a) Soluções normocromicas como a hematoxilina-eosina, azul de metileno etc; que são usadas para estudo morfológico e algumas características funcionais.
- b) Soluções policromicas : Shorr, usada para estudo hormonal e oncótico.

Papanicolao, usado para avaliação oncótica.

3.5 - Microscopia

O microscopio ótico é usado rotineiramente, algumas vezes pode ser usado contraste de fase.

As lentes são: ocular 10x, e objetivas 10x, 40x, 100x (imersão, usada ocasionalmente). (2) (5)



V - MATERIAL E MÉTODO

Estudo retrospectivo de 378 pacientes que compareceram para consulta no Serviço Pré-Natal do Departamento Materno-Infantil UFSC - Maternidade Carmela Dutra, conforme registro de arquivo, no período entre Setembro de 1977 à Abril de 1979.

A nossa revisão de arquivo foi dirigida para coleta de dados tais como; raça, idade, estado civil, procedência, nº de gestações, nº de paridade, idade gestacional, queixas, diagnósticos e métodos utilizados para obtê-los. Estes dados foram relacionados entre si e computados.

Em 156 casos do universo de 378 pacientes, se efetuou lâmina à fresco e/ou colpocitologia e/ou bacterioscopia com coloração pelo gram.

O grupo de 156 pacientes está caracterizado da seguinte maneira: 57 pacientes são primigestas, 27 são gesta II, 20 são gesta III e 52 acima disto.

Quanto à paridade encontramos 67 pacientes nulíparas, 30 primíparas, 14 secundíparas, 9 terciáparas e 36 multíparas.

A faixa-etária variou entre 15 e 46 anos, sendo que 50% das pacientes tinham de 20 a 30 anos. 29,49% das pacientes tinham abaixo de 20 anos e 20,51% estavam acima de 30 anos; 135 pacientes eram brancas e 21 negras.

Quanto à procedência observa-se que 102 pacientes são da Grande Florianópolis, 16 são da zona rural de Florianópolis e 38 pacientes do interior do Estado; 57 pacientes tinham queixa de leucorréia.

Do grupo estudado foram efetuadas 121 colpocitologias, 61 lâminas à fresco e 7 bacterioscopias.

VI - RESULTADOS

1.0 - Tabela Nº 1

Nº de pacientes com diagnóstico de infecção simples e mista, de um total de 156.

Trichomonas vaginalis	14,1%
Candida albicans	19,2%
Inespecífico	27,5%
Tricomonas + monilia	3,2%
Monilia + inespecífico	7,7%
Tricomonas + inespecífico	6,4%
Gonococo	0,8%
Çasos negativos	21,1%

1.1 - Tabela Nº 2

Percentual de infecção por Tricomonas, Monilia e Inespecífico em relação à gesta, para e procedeência.

	Tricomonas	Monilia	Inespecífica
Primigesta	29,72%	36,17%	40,00%
Gesta II em diante	70,28%	63,83%	60,00%
Nulíparas	37,83%	48,93%	52,32%
Primíparas	21,63%	17,03%	15,38%
Secundíparas	40,54%	34,04%	32,30%
Fpolis. (zona rural)	16,21%	12,76%	18,46%
Grande Fpolis.	64,88%	70,22%	63,08%
Interior do Estado	18,91%	17,02%	18,46%

1.2 - Tabela Nº 3

Percentual de gesta e para em relação com diagnóstico de tricomoníase, candidíase e vaginite inespecífica.

	Primigesta	Nulípara	Primípara
Tricomoníase	19,30%	20,89%	26,66%
Monilíase	29,82%	34,32%	26,66%
Inespecífica	45,61%	50,74%	33,33%

1.3. - Tabela Nº 4

Percentual de idade gestacional em relação à infecção, em 121 colpocitologia.

	I Trim.	II Trim.	III Trim.
Tricomoníase	38%	31%	31%
Monilíase	36%	46%	18%
Inespecífica	30%	59%	11%

1.4 - Tabela Nº 5

Percentual da idade gestacional em relação à infecção, em 61 lâminas à fresco.

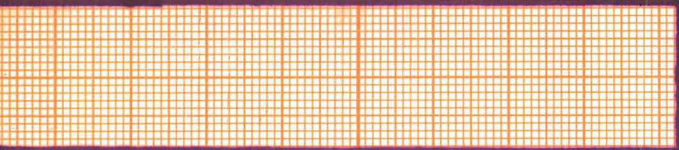
	I Trim.	II Trim.	III Trim.
Tricomoníase	42%	27%	31%
Monilíase	20%	55%	25%
Inespecífica	44,5%	44,5%	11%

1.5 - Tabela Nº 6

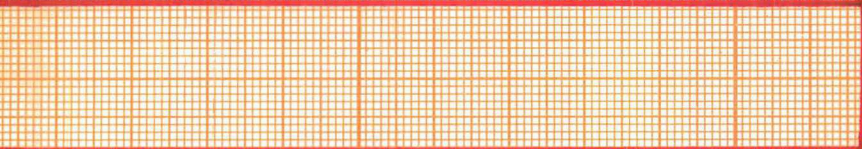
Percentual da raça em relação à infecção, em 160 diagnósticos por colpocitologia e/ou lâmina à fresco.

	Raça Branca	Raça Negra
Tricomoníase	19,4%	3,1%
Monilíase	23,8%	5,0%
Inespecífica	44,4%	4,3%

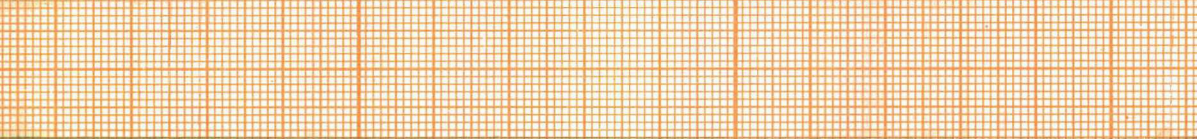
TRICHOMONAS VAGINALIS



CANDIDA ALBICANS

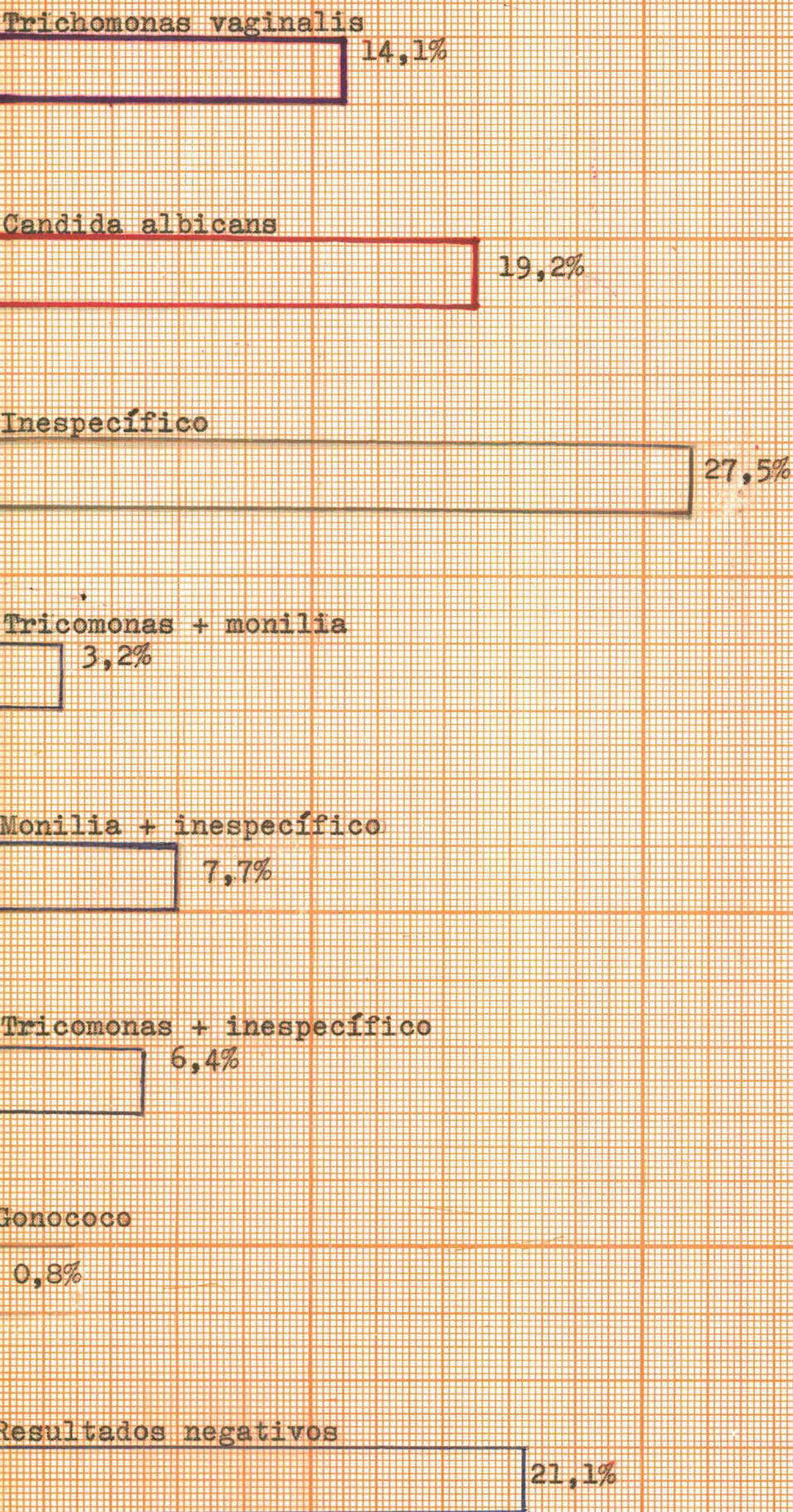


INESPECÍFICO



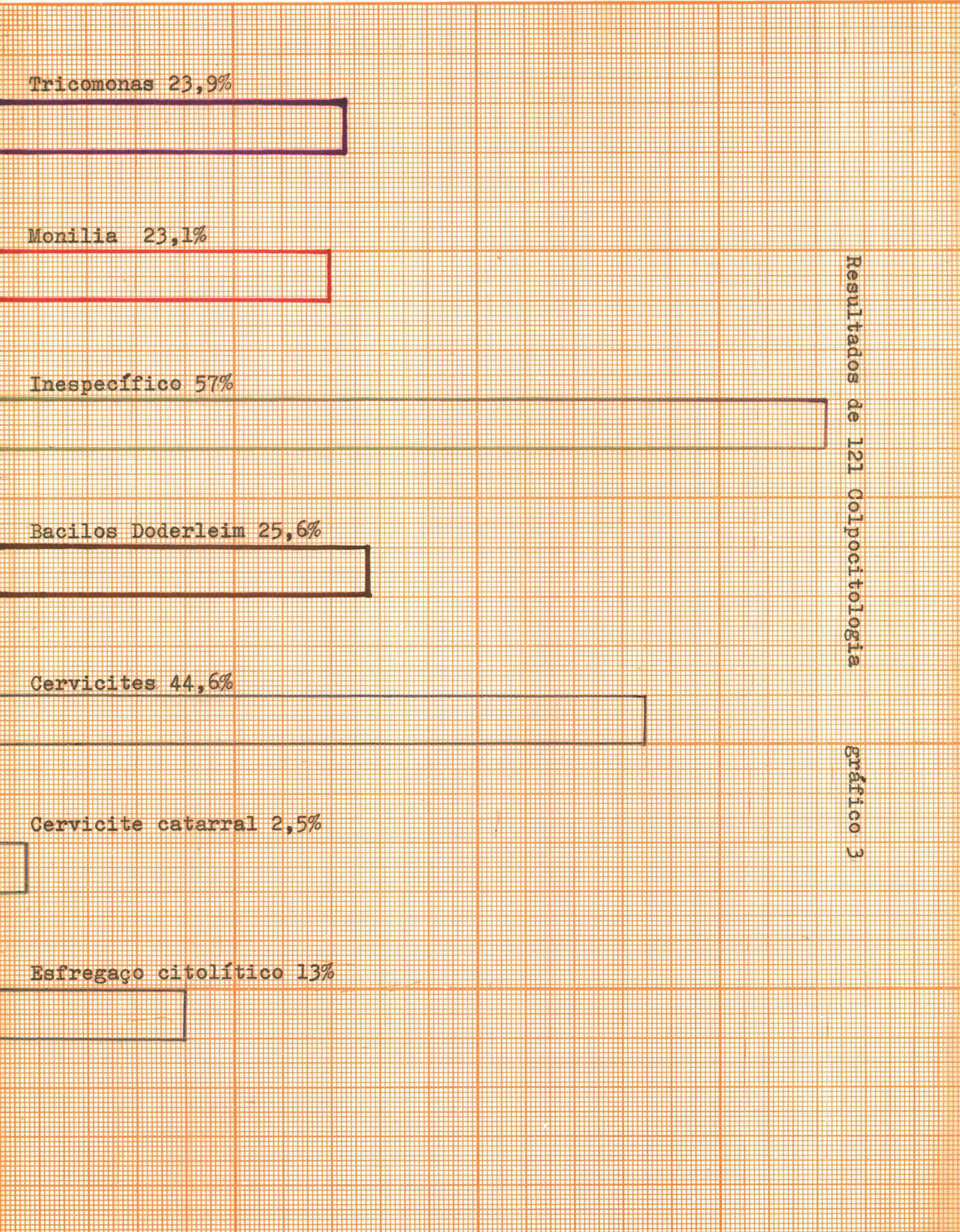
Nº de Pacientes com diagnóstico de:
(Total de 156 pacientes)

Gráfico 1



Nº de Pacientes com diagnóstico de infecção simples e mista

Gráfico 2



Resultados de 121 Colpocitologia

Gráfico 3

Classe Vaginal I 33,9%

Classe Vaginal II 64,4%

Classe Vaginal III 1%

Classe Ectocervical I 30,5%

Classe Ectocervical II 58,6%

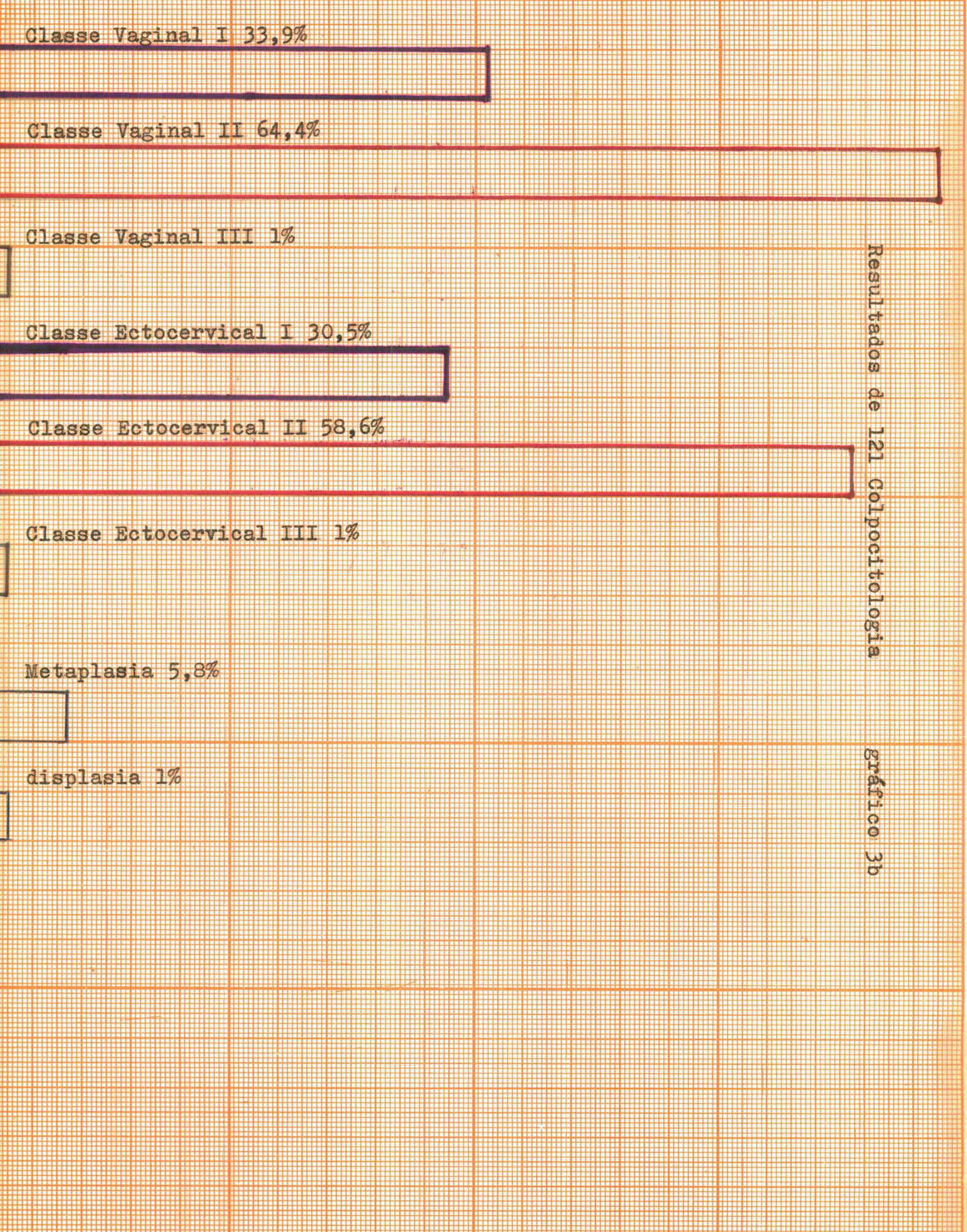
Classe Ectocervical III 1%

Metaplasia 5,8%

displasia 1%

Resultados de 121 Colpocitologia

Gráfico 3b



Nº de casos

20

40

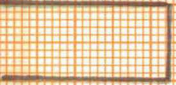
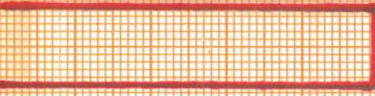
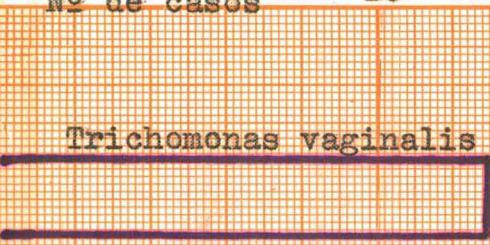
60

Trichomonas vaginalis 42,6%

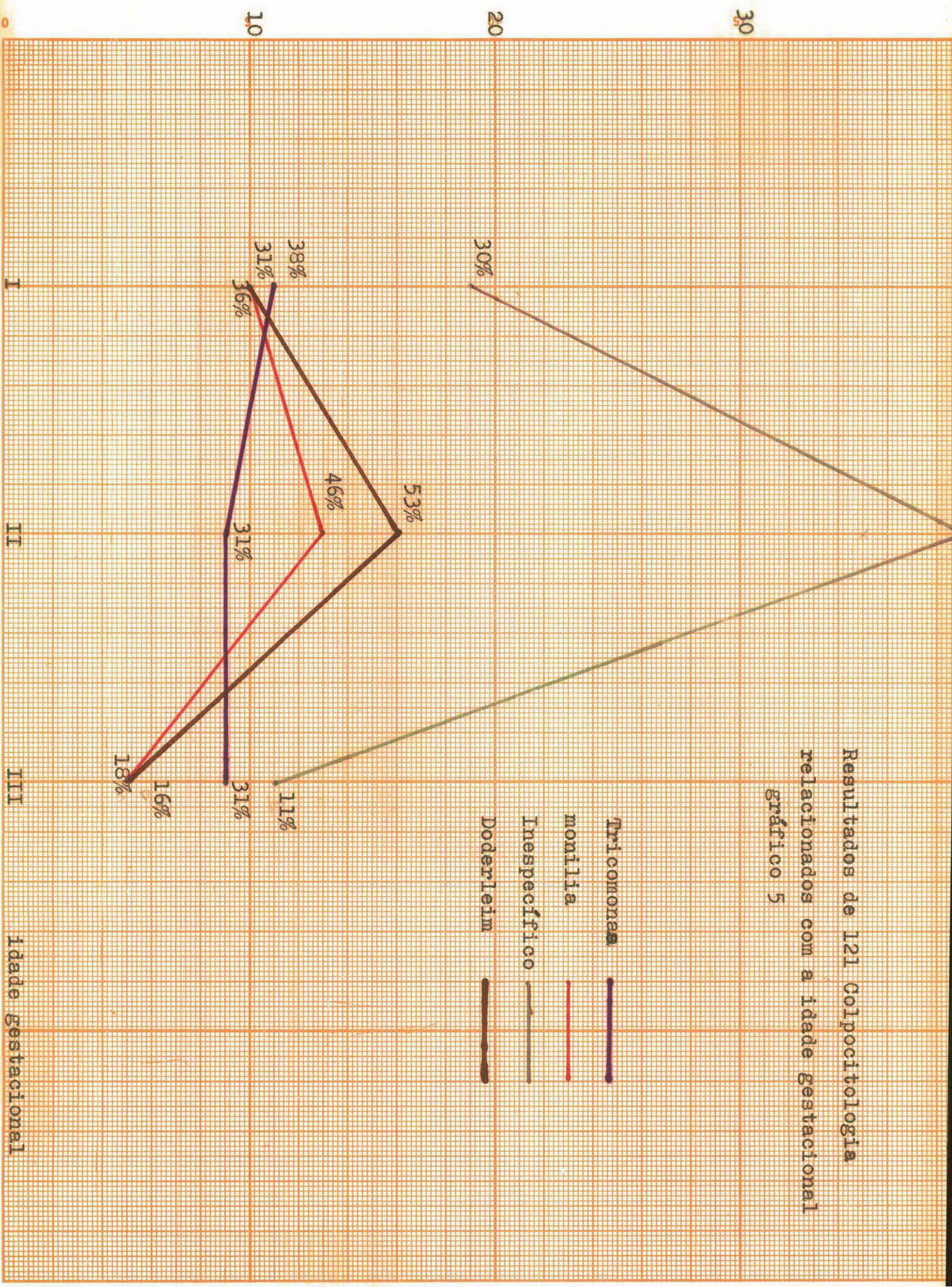
Candida albicans 32,7%

Inespecífico 15%

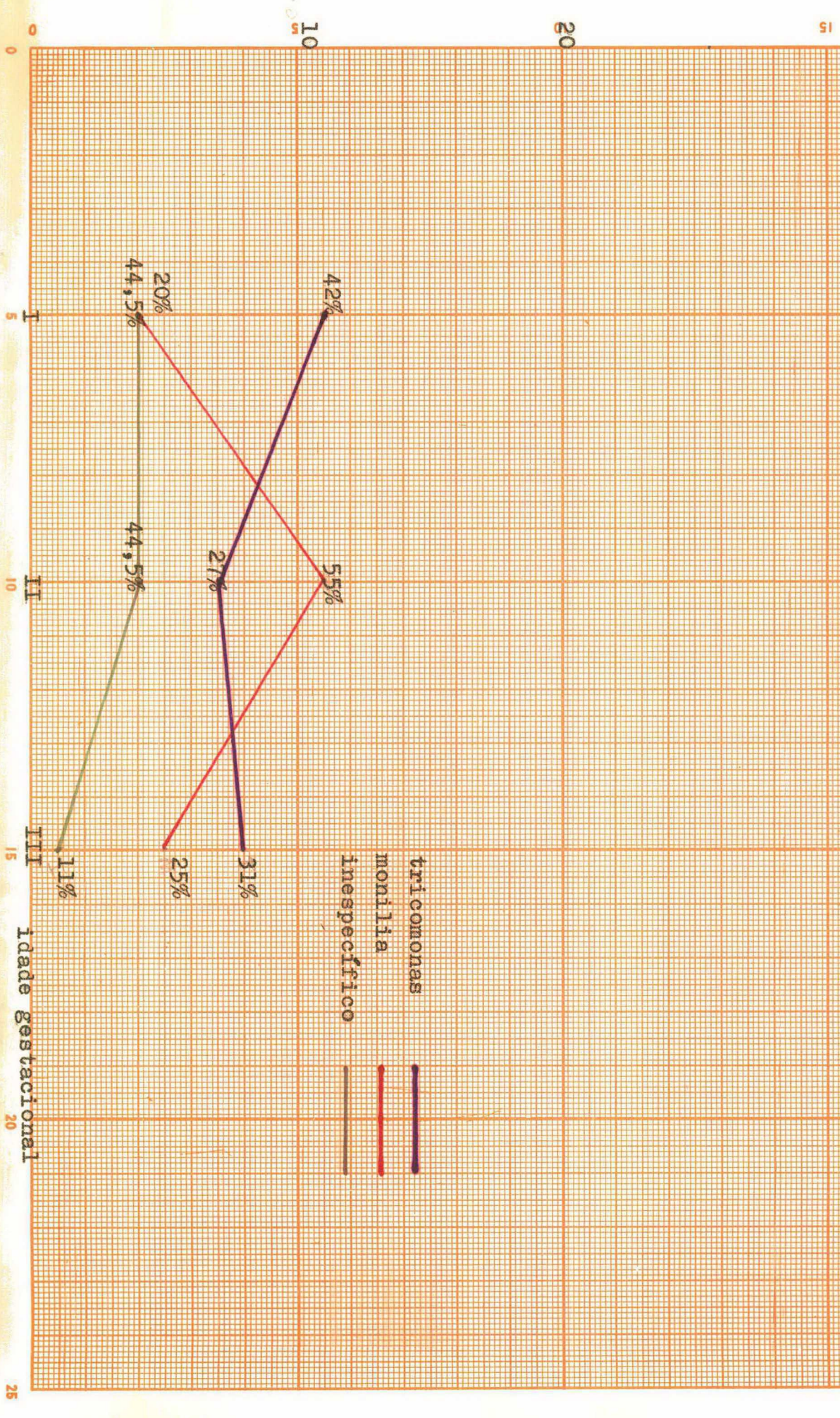
Resultados de 61 lâminas s fresco
Gráfico 4



Resultados de 121 Colpocitología
relacionados con a idade gestacional
Gráfico 5



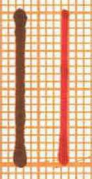
Resultado de 61 lâmina a frêscó
relacionados com idade gestacional gráfico 6



Resultado de colpocitologia no I II III trimestre
relacionando monilia com bacilos doderleim
gráfico 7



monilia
doderleim



10

20

15

0

I

II

III

idade gestacional

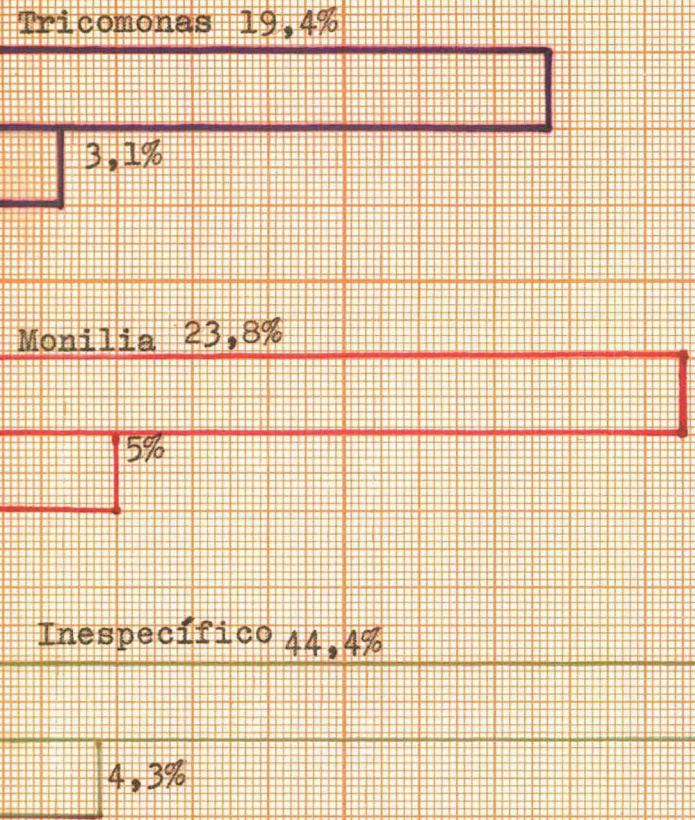
20

25

Resultado de colpocitologia e lâmina a frêscó relacionado à RAÇA

Gráfico 8

Raça Branca (B)
Raça Preta (P)



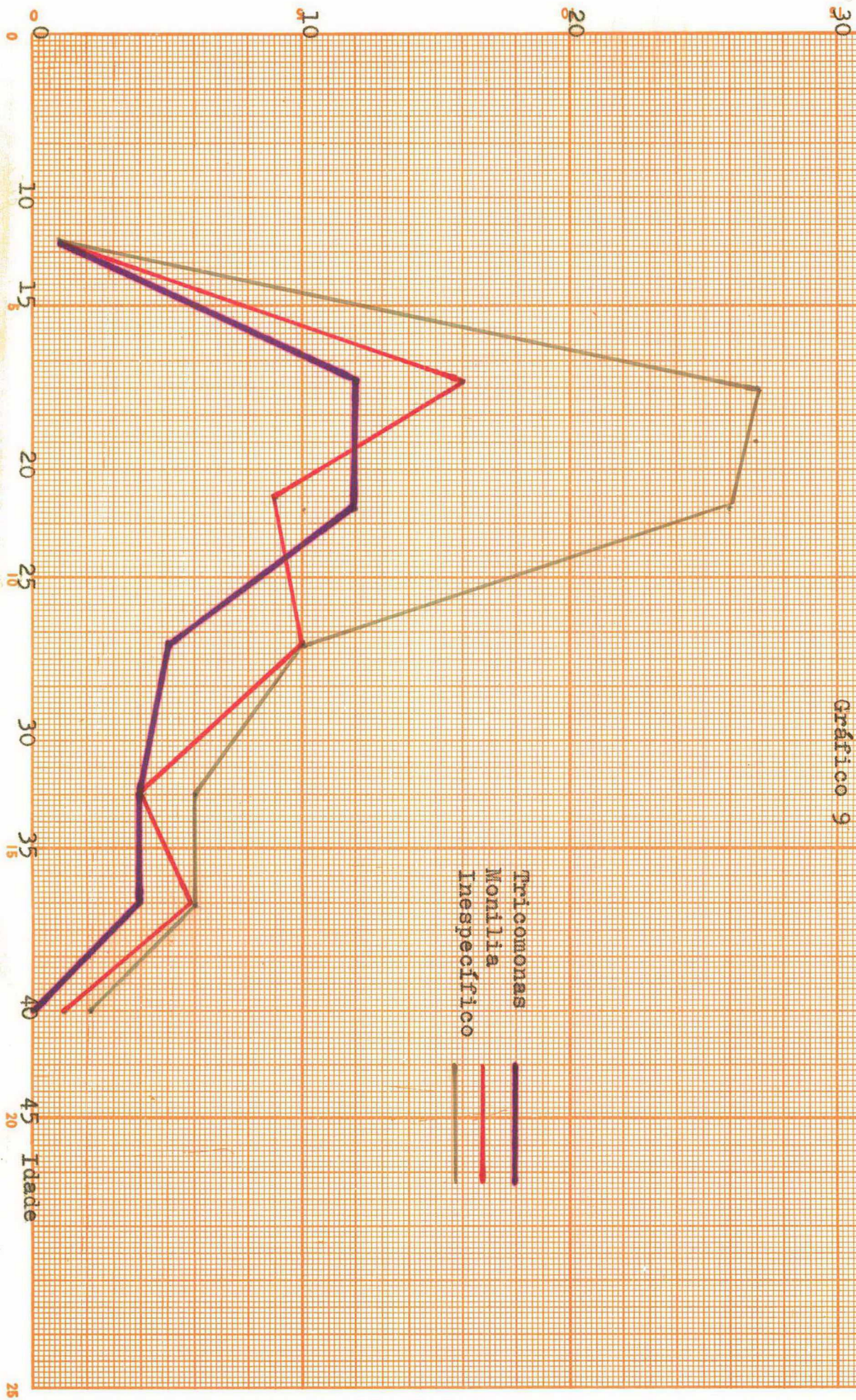
60

40

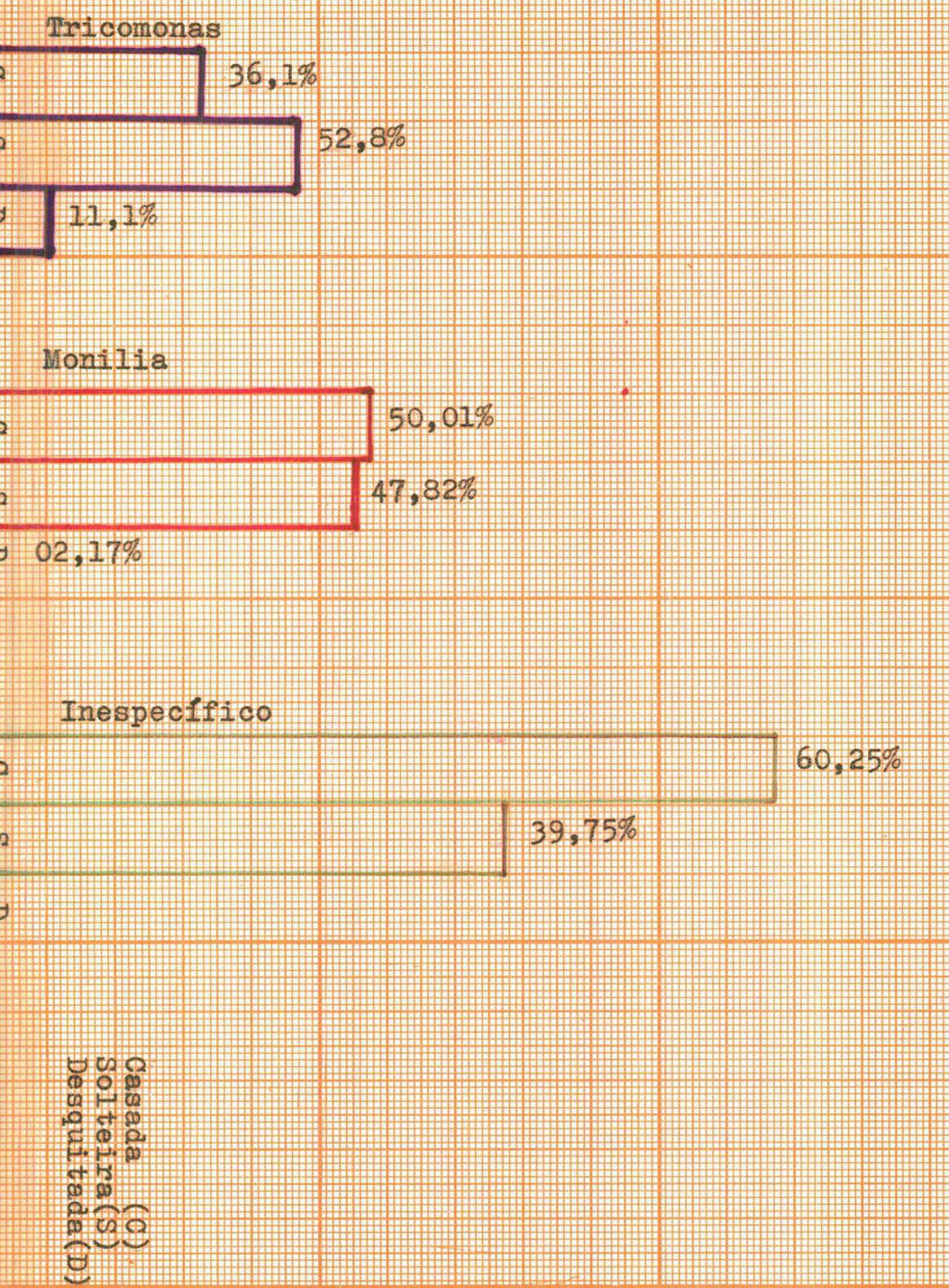
20

RESULTADO DE COLPOCITOLOGIA E LÂMINA A FRESCO RELACIONANDO A FAIXA ETÁRI

Gráfico 9



Nº de casos

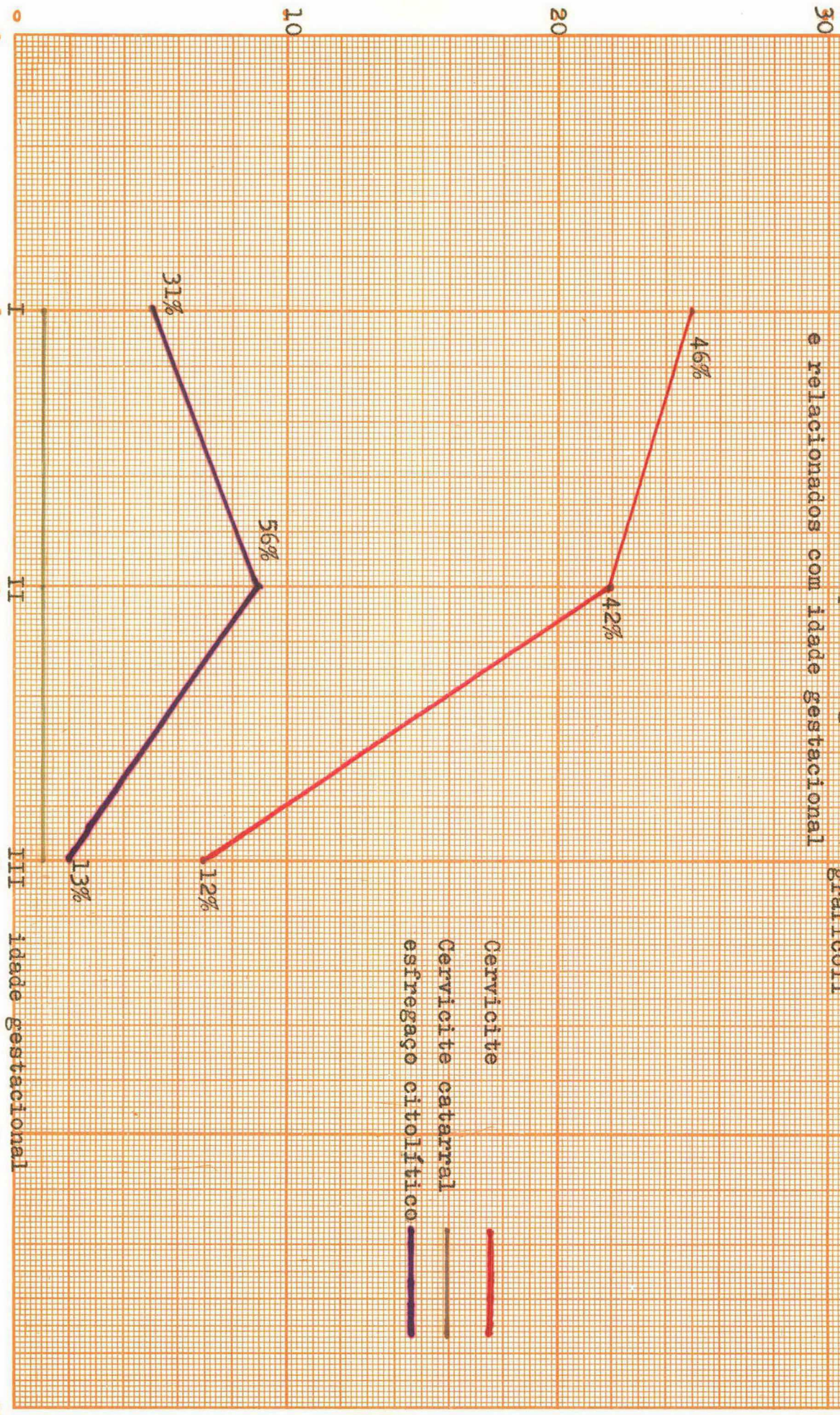


Resultado de colpocitologia e lâmina a frêscó relacionado à ESTADO CIVIL

Gráfico 10

Casada (C)
Solteira(S)
Desquitada(D)

Resultados de Cervicite, esfregago citolftico e cervicite catarral encontrados na colpocitologia gráficoll e relacionados com idade gestacional

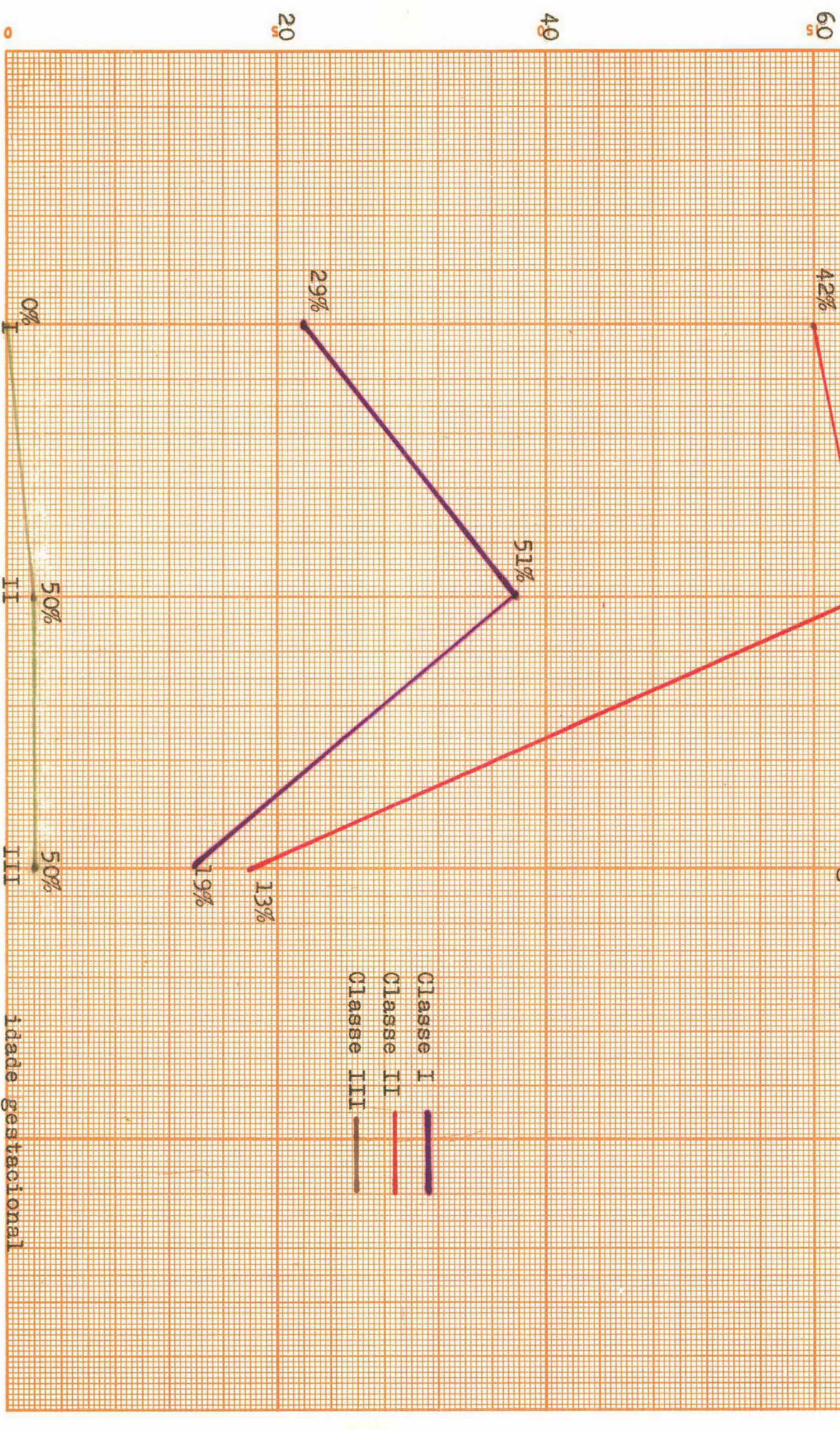


Cervicite
 Cervicite catarral
 esfregago citolftico

idade gestacional

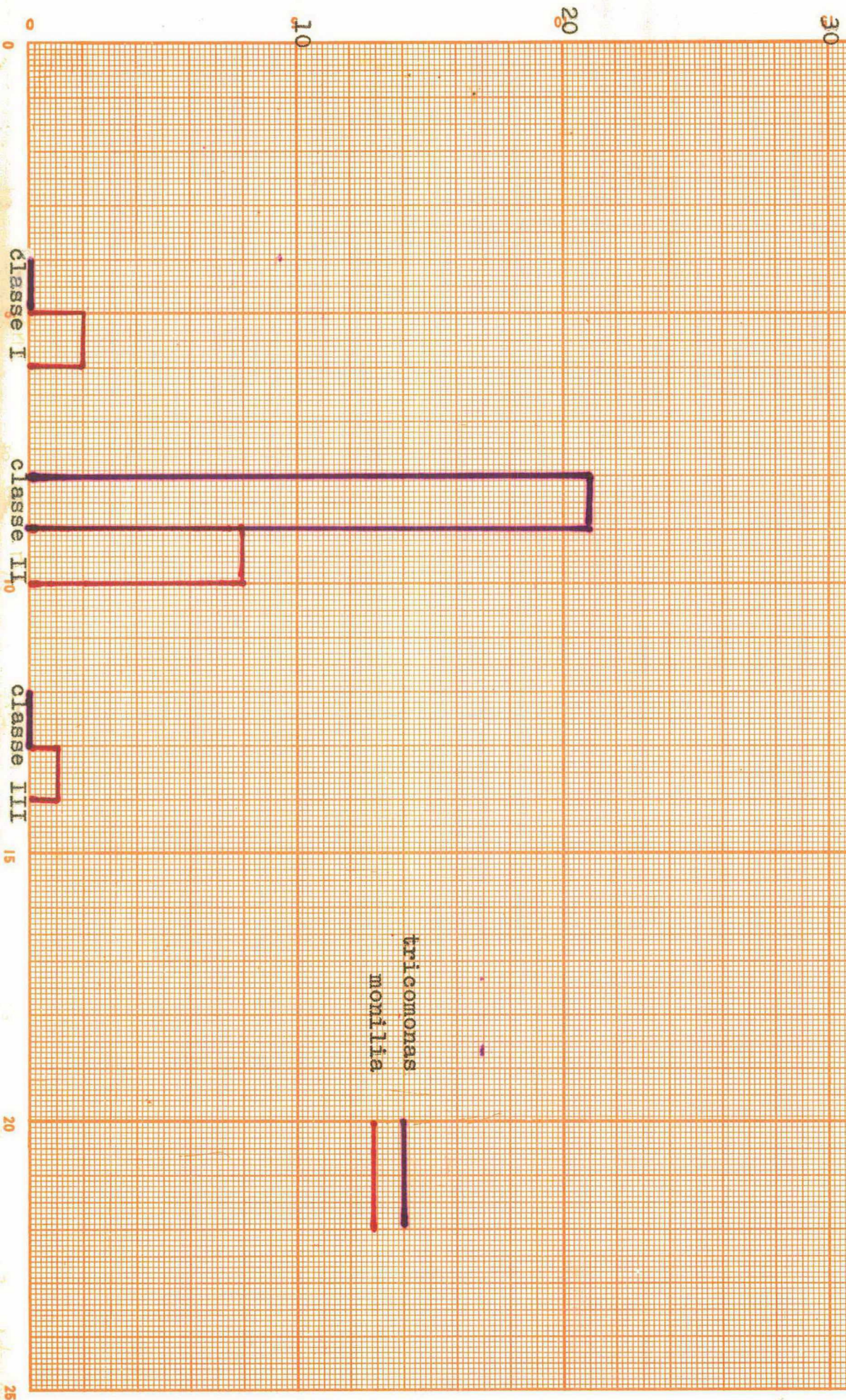
Classe Fotocervical relacionado com idade gestacional

gráfico 12



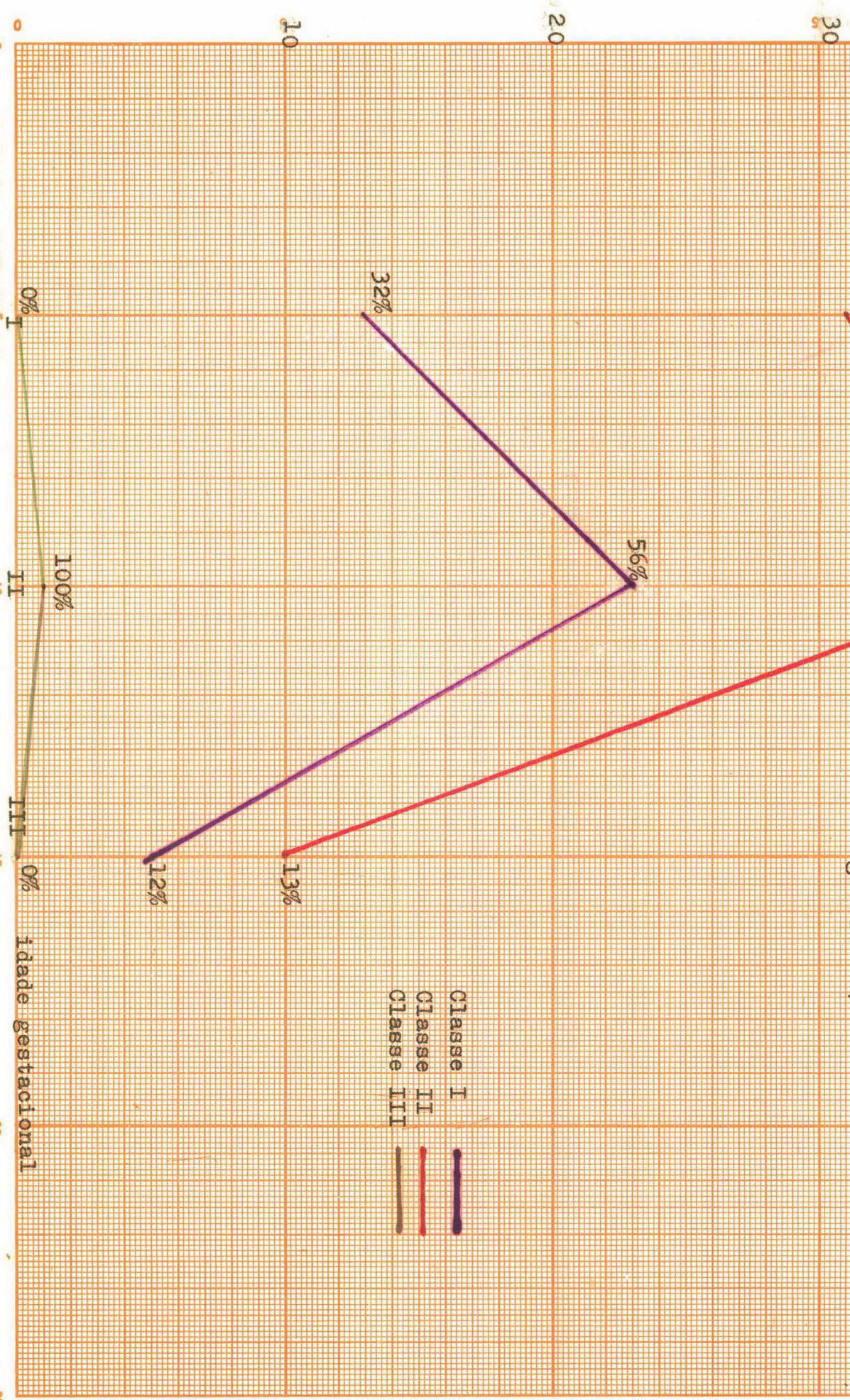
Resultados de tricomonas e moníllia em relação à Classe Vaginal

Gráfico 13

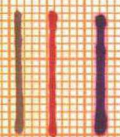


Classe Vaginal relacionado com idade gestacional

Gráfico 14



Classe I
Classe II
Classe III



idade gestacional

VII - DISCUSSÃO E COMENTÁRIO

Dos gráficos n.ºs. 1 e 2, constatou-se uma maior incidência de vaginite inespecífica opondo-se à literatura que cita como mais frequentes as vaginites específicas. Estes gráficos mostram também uma maior incidência de monilíase do que tricomoníase.

De acordo com o gráfico n.º 2, encontrou-se uma incidência de 0,8% de vaginite gonocócica. Na literatura esta taxa é de 2-7%. Isto reflete a necessidade de meios diagnósticos especiais.

A literatura enquadra a tricomoníase como doença de transmissão sexual, encontrou-se nesse trabalho maior incidência de tricomoníase em gestantes solteiras do que casadas. Com relação à monilíase não houve variação significativa entre estes dois grupos. Das vaginites inespecíficas houve maior incidência no grupo das casadas. (Gráfico n.º 10)

Analisando o gráfico n.º 9, tendo-se como parâmetro a faixa etária, as infecções inespecíficas, tricomoníase e monilíase, tiveram um pico máximo de incidência entre 15 e 25 anos. A única faixa etária que mostra maior incidência de tricomonas em relação à monília é entre 20 e 24 anos.

Tendo-se como indicativo a raça, notou-se uma maior incidência de monilíase em comparação com vaginite inespecífica e tricomoníase nas gestantes de raça negra. Na raça branca encontrou-se um maior percentual de vaginite inespecífica em comparação com monilíase e tricomoníase, respectivamente. (Gráfico n.º 8)

Comparando os gráficos n.ºs. 3, 4, 5 e 6, observou-se o seguinte: os resultados obtidos pela técnica de lâmina à fresco, fazem um pico máximo de monilíase no II trimestre enquanto que a tricomoníase tem sua máxima ascendência no I trimestre, coincidindo com os resultados da colpocitologia.

A colpocitologia se mostrou como método diagnóstico de maior validade para as vaginites específicas (exceto blenorragica)

e inespecíficas, e o método diagnóstico por lâmina à fresco mostrou ineficácia para diagnóstico de vaginite inespecífica.

Os resultados dos gráficos n.ºs. 3 e 5 deve-se à explicação de que o número total de pacientes com infecção inespecífica foi de 65, enquanto que o número de diagnóstico colpocitológico desta infecção foi 69, isto porque em 4 pacientes foram realizadas 2 colpocitologias durante a gravidez, com resultados positivos em ambas.

Os gráficos n.ºs. 5 e 7 mostram uma relação direta entre monilíase e flora de Doderlein confirmando os dados da literatura.

A literatura cita a infecção por tricomoníase e inespecífica como antagonistas da flora de Doderlein, fazendo com que seu número decresça proporcional e inversamente à flora inespecífica e de tricomonas; o gráfico n.º 5 mostra um pico coincidente com flora inespecífica com flora de Doderlein, no segundo trimestre da gravidez, não coincidindo com a literatura.

Este gráfico mostra também que a flora de Doderlein e tricomonas mantém relação inversa, estando de acordo com a literatura pesquisada.

Neste trabalho encontrou-se que a tricomonas e flora inespecífica estão relacionados com a classe II da classificação do Papanicolaou, sendo que a monilíase está mais relacionada com a classe I. (Gráficos 12, 13 e 14)

Outra observação é que a infecção inespecífica e tricomoníase estão relacionadas com a Cervicite. No gráfico n.º 11 nota-se um pico de Cervicite no I trimestre, mantendo um alto nível também no II semestre, coincidindo com as épocas de maior incidência daquelas infecções. (tricomoníase no I trimestre e infecção inespecífica no I e no II trimestre).

No presente trabalho não foram efetuados dados mais precisos sobre sintomatologia clínica e tratamento, pois os prontuários examinados, não definiam com muita clareza o tempo de aparecimento dos sintomas e intercorrências, tempo de tratamento, via de administração, e exame de confirmação da cura, etc.

De acordo com a procedência das pacientes observou-se que a região da Grande Florianópolis tem maior incidência de monilíase (70,22%); zona rural de Florianópolis teve maior incidência de infecção inespecífica (18,46%); e as pacientes do interior do Estado obtiveram maior incidência de tricomoníase (18,41%). (Tabela 2).

Relacionando os agentes etiológicos com o número de gestação e paridade, observou-se que nas primigestas e nulíparas, houve maior incidência de infecções inespecíficas, enquanto que nas

secundigestas ou mais, e primíparas e secundíparas, a predominância foi de tricomoniase.

VIII - CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos neste trabalho, pode-se tirar as seguintes conclusões:

a) Durante a gestação existem grandes chances de ocorrer infeção vaginal, principalmente por flora inespecífica, monilíase e tricomonas, respectivamente. (78,9%)

b) O exame colpocitológico somado à lâmina à fresco e a bacteroscopia, consistem num bom método de rotina diagnóstica, pois complementam-se bem.

c) A gestante deve ser avaliada a cada trimestre.

d) Esta rotina, em si, não é satisfatória para diagnóstico de vaginite blenorragica, devendo-se somar outros meios especiais.

e) As leucorréias costumam, com frequência, obter etiologia mixta, podendo haver vários tipos de associação etiológica. Devemos estar atentos para esta possibilidade.

f) A raça branca tem maior incidência de infecção inespecífica, enquanto que na raça negra há maior incidência de monília.

g) A classe I vaginal/ectocervical, está mais relacionada à monília, enquanto a classe II mantém maior relação com tricomonas e flora inespecífica.

h) Tricomoníase e vaginite inespecífica, demonstraram maior poder de agressão ao meio cérvico-vaginal.

i) Não devem ser supervalorizados os resultados negativos, aceitando-os como definitivos para toda gestação.

j) No II trimestre as vaginites inespecíficas e monilíase, são significativamente mais frequentes que a tricomoníase.

k) A vaginite blenorragica tem baixa incidência em relação às etiologias mais frequentes como inespecífica e monilíase, devendo o clínico utilizar meios especiais de cultura e bacteroscopia, para não passar despercebido esta patologia que tanto malefício traz.

-IX - BIBLIOGRAFIA

1. BURROW, Gerard N. & FERRIS, Thomas F. Complicações Médicas Durante El Embarazo; Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A, 1977
2. CARVALHO, Grimaldo & CARVALHO, Jean M. Citologia do Trate Genital Feminino; São Paulo, Editora Manole Ltda, 1976
3. GREENHILL, J.P. & FRIEDMAN, Emanuel A., Obstetricia; Rio de Janeiro, Editora Interamericana Ltda, 1976
4. JORNAL BRASILEIRO DE GINECOLOGIA, Nova medicação na terapeutica das leucorréias por Tricomonas vaginalis, DEZ/76. Nº 6 volume 82, Pag. 577 - 581; ANO XLI
5. LENCIONI, Leo J. Colpocitograma; Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A, 2ª Edição, 1974
6. NOVAK, Edmund R. & JONES, Georgeanna S. & JONES, Howard W. Ginecologia; Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974
7. REVISTA DE CLINICA MÉDICA, Doenças transmitidas sexualmente, MAR/79. Pag 17; Editora Abaeté Ltda. São Paulo
8. SCHNEIDER, Marie L. & STAEMMLER, Hans J. Atlas de diagnóstico Citológico Diferencial em Ginecologia; São Paulo, Editora Manole Ltda, 1977

**TCC
UFSC
TO
0113**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0113

Autor: Nascimento, Edival

Título: Análise Estatística das Causas d



972802500

Ac. 254248

Ex.1 UFSC BSCCSM