



Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância

Doenças Sexualmente Transmissíveis



Úlceras Genitais

A história ou evidência de lesões vesiculosas mostra a necessidade de se investigar a possibilidade de a ulceração ou ulcerações ser decorrente de um episódio de herpes genital. A evidência ou história de vesículas agrupadas em “cacho” sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ardência, prurido ou sintomas uretrais (dor ou ardência), especialmente com história de recorrência das lesões, é suficiente para o diagnóstico.

No primeiro episódio de herpes genital, o tratamento deve começar o mais precocemente possível, geralmente com os seguintes medicamentos:

- a) Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou;
- b) Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou;
- c) Valaciclovir 1 g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias.

Quando forem detectadas lesões com menos de 4 semanas, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais frequentes de úlcera genital: a sífilis e o cancro mole. O tratamento deve ser realizado com os seguintes medicamentos:

- a) Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única, ou;
- b) Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (casos de alergia penicilina), ou;
- c) Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou;
- d) Tianfenicol 5g, dose única, ou;
- e) Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contraindicado para gestantes, nutrizes), ou;
- f) Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contraindicado para gestantes, nutrizes e menores de 12 anos), ou;
- g) Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprim 160 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica.

Nas gestantes, o tratamento deve ser feito com:

a) Penicilina G Benzatina: 2,4 milhões UI, via IM ,em dose única;

b) Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas por 7 dias ou até a cura clínica.

Se a úlcera genital tiver mais de quatro semanas de duração, o paciente deve ser encaminhado para realizar biópsia para investigar outras doenças, tais como neoplasias. Ao mesmo tempo, deve-se tratar a sífilis e o cancro mole (ver acima) e iniciar tratamento para donovanose com os seguintes medicamentos:

a) Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica, ou;

b) Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprin 160 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica, ou

c) Tianfenicol granulado, 2,5 g, em dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500 mg, VO, de 12/12 horas até a cura clínica.

Devemos sempre considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV, fazendo o aconselhamento pré-teste e oferecendo a realização de sorologia anti-HIV.

Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita à surta de agudização e períodos de latência. A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de transmissão essencialmente sexual ou materno-fetal, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

Classificação

A sífilis adquirida é dividida em:

a) recente (com menos de um ano de contágio), compreendendo a sífilis primária, secundária e latente recente (período assintomático);

b) tardia (com mais de um ano de contágio), compreendendo a sífilis latente tardia e terciária.

Sífilis Primária ou Cancro Duro: O cancro duro caracteriza-se pela presença de lesão erodada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa. lesão surge em média três semanas após o contato infectante. É acompanhada de linfadenopatia regional não supurativa, móvel e indolor. No homem, aparece com maior frequência no sulco bálano- repucial. Na mulher, é mais comum nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. O cancro duro usualmente desaparece, espontaneamente, em quatro semanas, sem deixar cicatriz.

Sífilis Secundária: Caracteriza-se normalmente pela presença de lesões cutâneo-mucosas após seis a oito semanas do aparecimento do cancro duro. A lesão mais precoce é constituída pelo exantema morbiliforme, não pruriginoso (roséola).

Posteriormente surgem:

pápulas de coloração eritêmato-acastanhada, lisas (a princípio) e posteriormente escamosas conhecidas como sífilides papulosas. A localização dessas lesões nas uperfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis secundária:

- a) alopecia em clareira;
- b) lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placa mucosa);
- c) lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito (condiloma plano);
- d) adenopatia generalizada.

Sem tratamento, as lesões da sífilis secundária regridem espontaneamente e entram num período de latência.

Sífilis Latente (Recente e Tardia): É a forma de sífilis adquirida, na qual não se observam sinais e sintomas clínicos e, portanto, com diagnóstico feito por meio de testes sorológicos. Sua duração é variável e seu curso poderá ser interrompido com sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

Sífilis Terciária: As manifestações clínicas da sífilis terciária compreendem as formas cutânea, óssea (osteíte gomosa, periostite), cardiovascular, nervosa e outras. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões nodulares e gomosas e apresenta caráter destrutivo.

Diagnóstico Laboratorial: A seguir, acompanhe detalhadamente como é o diagnóstico laboratorial das doenças já citadas.

Cancro Duro: Pesquisa de *Treponema pallidum* no microscópio em campo escuro.

Sífilis Recente e Tardia:

a) sorologia não treponêmica: VDRL(Veneral Research Laboratory) ou RPR(Rapid Plasma Reagin) são exames de fácil execução e baixo custo, devendo ser solicitado sempre que se suspeitar do diagnóstico de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal. O VDRL tende a negativar entre o 6º e o 12º mês após o tratamento. Porém, pode permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida (“memória” ou “cicatriz”

sorológica). Três títulos sucessivamente baixos (menores ou iguais a 1/8), sem qualquer indício de reinfecção, são indicativos de “memória” sorológica;

b) sorologia treponêmica: Imunofluorescência do FTA-abs (Fluorescent treponema Antigen Absorbent) e o MHATP (Microhemaglutinação para treponema pallidum): são exames importantes para a confirmação da infecção. Entretanto, os anticorpos treponêmicos não se prestam para o acompanhamento, pois tendem a permanecer no soro mais tempo que os anticorpos não treponêmicos ou lipídicos.

Tratamento

Existe um tratamento específico para cada tipo de sífilis. Atente-se para eles, a seguir, no quadro 4:

Sífilis primária

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);

Sífilis recente secundária e latente

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões UI;

Sífilis tardia (latente e terciária)

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

Quadro 4: Casos específicos de sífilis e seus tratamentos

Fonte: Do autor

Na Prática

Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de três em três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses. Elevação a duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.

Cancro Mole

É uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, causada pelo bacilo gram-negativo *Haemophilus ducreyi*. O período de incubação varia geralmente de três a cinco dias, podendo-se estender por até duas semanas. O cancro mole é muito mais frequente no sexo masculino e é composto por lesões ulceradas, dolorosas, geralmente múltiplas devido à auto-inoculação.

A borda é irregular e o fundo apresenta exsudato purulento.

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco bálano-prepucial. Na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Depois de uma a duas semanas, 30 a 60% dos pacientes desenvolvem linfadenopatia inguino-crural (bubão), dolorosa, unilateral que evolui para liquefação e fistulização em 50% dos casos, através de orifício único.

Diagnóstico Laboratorial

- a) Bacterioscopia: Pesquisa do bacilo em esfregaço, corado pelo Gram, colhido de secreção da base da úlcera, ou do pus do bubão. A pesquisa do bacilo de Ducrey deve ser complementada pela pesquisa do treponema em campo escuro;
- b) Cultura: é o método diagnóstico mais sensível, porém é de realização difícil pelas exigências de crescimento do bacilo.

Tratamento

Existe um tratamento específico para o cancro mole. Como demonstrado a seguir::

- a) Azitromicina 1 g, VO (dose única) ou;
- b) Tianfenicol 5g, VO (dose única) ou;
- c) Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por 3 dias (contraindicado para gestantes e nutrízes) ou;
- d) Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas por 3 dias (contraindicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou;
- e) Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprin 160 mg, VO, de 12/12 horas por 10 dias ou até a cura clínica.

É importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada, pela pesquisa de *Treponema Pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão. Deve ser indicada a abstinência sexual até a resolução completa da doença; tratamento dos parceiros sexuais está recomendado, mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela possibilidade de existirem portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres.

Gonorreia

O período de incubação da gonorreia é de 2 a 5 dias. O agente etiológico é *Neisseria gonorrhoeae*. É preciso realizar o diagnóstico diferencial de corrimento vaginal ou uretral e cervicite. Existem dois tipos de tratamento para a gonorreia:

- a) primeira opção: Ciprofloxacina 500mg VO (dose única). Só recomendado para maiores de 18 anos ou Ceftriaxone 250mg IM (em dose única);
- b) segunda opção: Cefaximi 400mg, dose única ou Ofloxacina 400mg, via oral (dose única).

Donovanose

A Donovanose é uma doença crônica progressiva, causada pela *Calymmatobacterium granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais e é frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não estejam ainda bem esclarecidos. A incidência de contágio é baixa. Após um período de incubação de três a 90 dias, surge lesão papulosa ou pustulosa que evolui com ulceração indolor, de bordas bem delimitadas, com fundo granuloso, vermelho-vivo e de sangramento fácil. Aumenta progressivamente de tamanho, podendo tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. A autooculação é uma característica comum, produzindo lesões múltiplas, em “espelho”, notadamente quando localizadas em dobras cutâneas. Nos casos de evolução mais longa, pode haver obstrução linfática, resultando em elefantíase. Nas lesões cicatriciais, pode haver degeneração carcinomatosa.

Diagnóstico Laboratorial: O diagnóstico laboratorial se dá através de demonstração dos corpúsculos de Donovan em esfregaços de lesão suspeita ou cortes tissulares corados pelo Giemsa.

Tratamento

Existe um tratamento específico para a donovanose. Confira na sequência:

- a) Doxiciclina 100mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por três semanas) ou;
- b) Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprin 160 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas) ou;
- c) Tianfenicol granulado, 2,5 g, VO, dose única, no primeiro dia de tratamento, depois 500 g, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica ou;
- d) Ciprofloxacina 750 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica ou;
- e) Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica.

Linfogranuloma Venéreo

O linfogranuloma venéreo é uma doença bacteriana sexualmente transmissível, causada pela *Chlamydia trachomatis* dos sorotipos

L1, L2 e L3. Após um período de incubação de 3 a 30 dias, verifica-se pequena vesícula, pápula ou exulceração, indolor e fugaz, que, em geral, passa despercebida. De duas a seis semanas após o aparecimento da lesão inicial, surge a manifestação mais característica da doença, a linfadenopatia inguinal, geralmente unilateral. Vários linfonodos podem estar comprometidos, formando uma massa volumosa ou bubão com uma depressão devido ao ligamento de Poupart. Na evolução, ocorre amolecimento dos linfonodos e fistulização por orifícios múltiplos (“sinal da escumadeira”).

O paciente pode ter sintomas gerais como febre, mal estar, mialgia, anorexia e artralgia. A adenomegalia inguinal na mulher é rara, pelo fato de a drenagem linfática da vagina e do colo do útero se fazer para gânglios ilíacos profundos e perirretais. Na mulher e nos homossexuais, pode ocorrer a síndrome gênitooanorectal com anorocites, ulcerações, fístulas e elefantíase da genitália, que na mulher é denominada de estiomene.

Diagnóstico

a) cultura: Permite o diagnóstico definitivo, porém é de difícil execução;

b) Teste de fixação de complemento: Torna-se positivo com duas semanas do início da doença. Títulos iguais ou superiores a 1:64 são sugestivos de doença ativa. A reação cruzada pode ocorrer com outras infecções por clamídia, porém os títulos são inferiores a 1:16;

c) Microimunofluorescência: É o exame mais sensível para o diagnóstico de linfogranuloma venéreo.

Tratamento

Existe um tratamento específico para o linfogranuloma venéreo. Confira a seguir:

a) Azitromicina 1 g, VO (dose única) ou;

b) Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas (no mínimo por 14 dias) ou;

c) Sulfametoxazol 800mg + trimetoprin 160 mg, VO, de 12/12 horas (no mínimo por 14 dias) ou;

d) Tianfenicol 0,5 g, VO, de 8/8 horas (por 14 dias) ou;

e) Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas (por 14 a 21 dias).

Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)

Os papilomavírus infectam o tecido epitelial, causando as verrugas cutâneas e os papilomas de mucosas. Atualmente, são identificados cerca de 70 tipos, que são responsáveis por quadros clínicos diversos, alguns com potencial oncogênico. As verrugas genitais, também conhecidas como condilomas acuminados, são consideradas doenças sexualmente transmissíveis. São caracterizadas por lesões vegetantes, róseas, únicas ou múltiplas, de tamanho variado, podendo desenvolver assumindo um aspecto semelhante à couve-flor. Localizam-se mais frequentemente no homem na glande, no sulco bálano-prepucial e na região perianal, e na mulher na vulva, no períneo, na região perianal, na vagina e no colo.

Tratamento

Existe um tratamento específico para o Papilomavírus Humano (HPV). Confira a seguir:

- a) Podofilina 10 - 25% em solução alcoólica: Aplicar nas lesões protegendo com vaselina a área ao redor, após 4 horas, lavar com água corrente. Repetir semanalmente, se necessário. Não aplicar em crianças, mulheres grávidas, no interior da vagina e/ou cérvix;
- b) Ácido tricloroacético (ATA) a 50 a 70%: Aplicar sobre a lesão e deixar secar. A lesão assumirá aspecto branco. Repetir semanalmente se necessário;
- c) Eletrocauterização: Exige equipamento específico e anestesia local;
- d) Crioterapia com nitrogênio líquido: Útil nas lesões queratinizadas e raramente necessita de anestesia. Depende de equipamento específico e exige razoável nível de treinamento;
- e) Imiquimod a 5% em creme: Aplica-se três vezes por semana, durante 4 a 16 semanas.