

17 de Setembro de 2008.

Professora Marize de Freitas Santos Neves.

Doenças sexualmente transmissíveis – DST

Vão ser abordadas mais úlceras: sífilis (cancro duro), cancro mole, linfogranuloma e dovanose. A fase de cancro duro da sífilis praticamente não é vista. Vê-se muito sífilis na gestação. Terapêutica da sífilis é obrigatório saber, das demais patologias não. O importante é saber diagnosticar, ter raciocínio clínica: a úlcera dói ou não? É a primeira vez que aparece essa úlcera? Some sozinha? Recorre com estresse? O PCR diagnostica tudo, mas não é utilizado como rotina. O que existe nas Clínicas é sorologia (VDRL, FtAbs), fixação do complemento (para linfogranuloma) e lâminas (bacterioscopia, pesquisa de campo escuro, histopatológico por biópsia). Os condilomas (HPV) vão ser vistos no nono períodos juntamente com neo de colo.

Sífilis

Agente etiológico: *Treponema pallidum*

Período de incubação: 3 semestres (2-10 semestres).

PI é extremamente importante em úlceras/ginecologia.

Evolução

Sífilis recente (primária) – cancro duro.

Úlcera em períneo: lesão única no períneo. Quando se observa lesão inicial, primária, na mulher, é a vulva a mais acometida.

Não é rara a ocorrência de lesão primária, indolor, na parede ou fundo de saco vaginal.

Sífilis recente: adquiriu a menos de um ano.

Sífilis tardia: adquiriu a mais de um ano ou não sabe informar quando adquiriu.

Sífilis recente primária

A úlcera aparece no ponto de inoculação. A disseminação hematogênica gera as roséolas sífilíticas, condiloma plano (DD com condiloma acuminado viral; é fase secundária da sífilis), eritemas palmares. $\frac{1}{4}$ das pacientes curam-se espontaneamente e não evoluem para sífilis tardia. As que não se curam apresentam sífilis com VDRL positiva. A paciente ainda na fase de latência pode apresentar fase tardia ao passar de um ano (ainda assintomático).

Úlcera dolorosa, auto-inoculação (várias feridas), período de incubação curto: pensar em cancro mole (*Haemophilus*). PI (1 mês) mais longo pensar em sífilis.

Sífilis recente primária: não dói, não cheira, não incomoda, com bordos elevados endurecidos e fundo limpo, não coça, que cura espontaneamente, não deixa cicatriz, úlcera única (não se auto-inocula); no ponto de inoculação. Quando está na vulva é identificável, agora no colo, na vagina, pode passar despercebido. Gera adenopatia não dolorosa e não supura.

Sífilis decapitada: o *Treponema* já chega direto na circulação. Por exemplo, na transfusão sanguínea.

Sífilis recente (secundária) – fase exantemática. Manchas em pele de tronco (roséolas): em indivíduos de pele branca, as roséolas tendem a ser bem mais avermelhadas.

Lesões palmo-plantares e em mucosas / peles – Patognomônico.

Na fase final do secundarismo. Alopecia sífilítica: alopecia em clareira que desaparece após o tratamento da sífilis. Notar também rarefação do terço distal da sobrancelha (Sinal de Fournier).

Sífilis tardia (terciária): goma sífilítica – lesões nodulares que sofrem processo de degeneração. Significam reação de hipersensibilidade ao *Treponema*.

Sífilis congênita

MS: 2-3% das gestantes com exame sorológico positivo para sífilis (5% da maternidade VDRL +).

Triagem sorológica com provas não treponêmicas na primeira consulta pré-natal, no início do terceiro trimestre e novamente para internação (parto e aborto). Ideal – trimestral.

Tratamento ideal: instituído o mais precocemente possível, para se evitar seqüelas fetais decorrentes da reação inflamatória ao agente etiológico. O tratamento durante o terceiro trimestre deve ser instituído até 30 dias antes do parto (terapêutica efetiva para o feto).

Tratar o parceiro.

O que leva para aborto, óbito, crescimento retardado?

Virulência, quanto de treponema passou, quanto mais precoce na gestação.

O treponema passa a barreira placentária em QUALQUER FASE da gestação. Mas só a partir da décima semana o feto tem reação antígeno/anticorpo para gerar lesões/abortamento.

Sífilis congênita: aborto tardio, óbito intrauterino, parto prematuro, CIR, nati ou neomorto.

Sífilis congênita precoce (até 2 anos): hepatoesplenomegalia, icterícia, pênfigo, osteocondrite, fissuras corizas, corizas sanguinolentos, pseudoparalisia de Parrot (? – a criança chora ao mexer no ombro dela pela osteocondrite), etc.

Sífilis congênita tardia: nariz em sela, dentes de Hutchinson, fronte olímpica, surdez labiríntica (alterações ósseas).

Diagnóstico da sífilis

Na fase de úlcera: ainda não há espiroqueta na circulação. Ainda não há reação antígeno anticorpo (VDRL). O VDRL só dá positivo na metade/final da fase de cancro. Solicite o VDRL sempre, mas faça raspado da lesão e pesquisa de campo escuro.

Fase secundária em adianta: provas sorológicas (VDRL e FtAbs).

O VDRL tem como vantagem a possibilidade de titular a quantidade. Isto é importante porque o VDRL dá muito falso positivo: hanseníase, malária, LES, usuários de drogas. Esse falso positivo é 1:2; 1:4. Aí questiona-se: é sífilis? É falso positivo? Algumas pacientes mesmo tratadas apresentam VDRL positivo pequeno (cicatriz sorológica – paciente informa que já tratou de sífilis). A partir de 1:8 trata. Se for menor do que 1:8 faz um novo VDRL em 15 dias.

Quando houver dúvida se é cicatriz sorológica ou falso positivo? Solicitar o FtAbs (na cicatriz sorológica vai dar positivo porque uma vez positivo, sempre vai ser positivo – o IgG); nos falso positivos vai vir negativo. IgM só dá positivo se houver doença, mas não existe disponível.

Se o VDRL quantifica, para controle de cura é muito bom: os níveis vão ter que estar caindo.

Frente a gravidez: mesmo se for 1:2 ou 1:4 trate se for até 16 semanas de gestação.

VDRL positivo é igual a tratar grávida, mesmo em baixos títulos.

Tratamento

Penicilina benzatina.

Na sífilis primária o MS recomenda 2.400.000 (1,2 milhão em cada glúteo).

Sífilis secundária e latente recente: 2,4 milhões (1,2 em cada glúteo) e repete 7 dias depois.

Sífilis tardia ou que não sabe se é recente: 2,4 milhões (1,2 em cada glúteo) e repete por 3 semanas consecutivas.

Neurosífilis: PN cristalina.

Neonato: PN procaínamida.

Alérgicos a PN: tetraciclina (500 mg – 4 x ao dia por 15 dias na recente e 30 dias na tardia), eritromicina (500 mg – 4 x ao dia de 6/6h por 15 dias em sífilis recente; sífilis tardia durante 30 dias), azitromicina.

Paciente grávida que pode usar penicilina

Azitromicina já pode ser utilizada em dose única na fase de cancro e repetida na fase secundária.

Na fase bem inicial (final do cancro) e na fase terciária o VDRL pode dar pouco quantitativo.

PN passa a barreira placentária e o feto é considerado tratado.

Se a paciente é alérgica a PN não pode dar tetraciclina (afeta osso), o estolato de eritromicina não pode ser utilizado porque causa litíase intra-hepática, só pode usar o estearato de eritromicina (que não passa a barreira; trata a mãe, mas não trata o feto; ao nascer o neonato deve ser

tratado). O ideal para evitar sífilis congênita é a dessensibilização; para a mãe é melhor eritromicina, no caso de pacientes grávidas e alérgicas a PN.

Reação de Jarish Herseheimer: reação de hipersensibilidade à PN. Ocorre 8-24 horas após a penicilina. Isso lembra alergia a PN, mas estas lesões não coçam. Correspondem a uma reação esperada porque há liberação de muitos pedaços dos treponemas. Não é alergia.

Controle de cura de sífilis: VDRL cai. Pode ficar cicatriz sorológica (1:2 → 1:2 → 1:2).

É uma doença crônica.
Tratar o casal.

Cancro mole

Agente etiológico: *Haemophilus ducreyi*.

Período de incubação: 4-7 dias (3-5 dias).

É uma doença aguda.

Clínica:

- disúria, desconforto ao coito, corrimento vaginal.
- Pápula (vesícula, pústula), com halo eritematoso.

24-48 horas.

Errosão --- microabscessos subepidérmicos.

Lesão ulcerada, mole, dolorosa, bordos escavados, fundo purulento (fundo sujo ocorre na sífilis pode haver se tiver infecção secundária associada), múltiplas por auto-inoculação (40% única – úlceras em espelho; a paciente anda e contamina a região contra-lateral).

Cheira muito mal.

A paciente procura o médico porque incomoda (ao contrário da sífilis).

Muito mais comum em homem do que em mulher.

1 semana após

Adenopatia unilateral (75%), dolorosa (bulcão).

Quando não tratada

Flutuação – fistulização da adenopatia (não é comum único orifício).

Não há tendência à cura espontânea – deixa lesão cicatricial.

Cancro misto de Rollet: associação da sífilis da com cancro mole (5% das vezes).

Diagóstico

Clínico.

Esfregação do material – fundo – Gram – Giemsa.

Fazer raspado da melhor parte da lesão e corar pelo Giemsa (ajuda porque na pesquisa de campo escuro também permite encontrar treponemas; permite ver o cardume de peixes característico do *Haemophilus*) e pelo Gram.

Cultura: pode ser feito.

Biópsia: pode ser feito.

PCR: pode ser feito.

Tratamento

Eritromicina – não pode na gravidez.

SFZ+TMP – só no segundo trimestre da gravidez.

Tianfenicol – na gravidez, fora dela e trata todas as pacientes.

Tianfenicol granulado.

Ceftriaxona.

Azitromicina.

Lomefloxacin.

Doxicilina.

Linfogranuloma venéreo

Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3.

Período de incubação: 1-3 semanas.

Segue linfático.

Clínica

Pápula, vesícula, pústula, erosão – duração rápida; despercebida; indolor. Desaparece espontaneamente. Esta úlcera não dói, não tem cheiro. O que chama atenção é o bulcão.

2-3 semanas após

Adenopatia inguinal crural – geralmente unilateral (2/3)

Fusão dos gânglios – formação de uma massa – amolecimento / múltiplas fístulas (fístulas de drenagem que lembram o bico de regador; por vários orifícios ao contrário do cancro mole).

Fase de edema/cicatrização dos linfáticos

Edema de pequenos lábios – obstrução da circulação linfática – estiomeno (edema de vulva).

Retite estonésante – cicatrização dos tecidos endopélvicos. A conduta aqui é cirurgia porque é tecido cicatricial fibrótico.

Estiomeno: edema de vulva.

A úlcera não dói, mas o bulcão dói.

Não se drena bubão de linfogranuloma venéreo, ao contrário de abscessos em geral.

Não abram o bubão; não abra; pode ser puncionado somente.

Se abrir vai demorar a cicatrizar;

Diagnóstico

Clínica.

Imunoflorescência: pode dar positivo no corrimento. Pedida só no caso de DIP.

Fixação do complemento: maior do que 1 para 64 pensar em clamídia.

PCR: fecha diagnóstico.

Cultura: ninguém faz.

Donovanose – Granuloma inguinal

Agente: *Donovania granulomatis*; *Calymmatobacterium granulomatis*; *Klebsiella granulomatis*.

PI: desconhecido – 1-6 meses.

De extrema baixa contagiosidade.

Dá úlcera crônica que vai crescendo, que sangra a manipulação, diagnóstico diferencial com câncer de vulva; cresce mais em extensão do que em profundidade.

Clínica:

Lesão primária: pápula única ou múltipla que evolui para úlcera vegetante, não dolorosa, sangrante ao contato.

Sem adenopatia: pseudo-bubão (a lesão se estende para a região inguinal, mas não há adenopatia) – localização inguinal.

Não há adenopatia.

Diagnóstico

Clínico

Exame histopatológico por biópsia: células de granuloma – grandes células claras mononucleadas em citoplasma vacuolado (cora Giemsa).

PCR também dá positivo.

Tratamento

Mesmas drogas.

Associação – câncer de vulva e doença granulomatosa.

Pequena % - excluir pela biópsia.

Baixa contagiosidade.

Herpes genital

Herpes hominis tipo 1 – labial.

Herpes hominis tipo 2 – genital.

O importante é a clínica.

Uma vez herpes, sempre herpes.

Existe portador são assintomático; e também aquele paciente que cada vez que vai a praia, cada vez que fica menstruado, que fica estressado; manifesta herpes.

O comum é 4-6 episódios/ano.

Herpes tem primo-infecção: lesão tem parestesia, prurido, hiperemia, vesículas que confluem para úlceras dolorosas que cicatrizam espontaneamente. A primeira vez o quadro é mais florido: lesões duram 12 dias, mialgia, febre, etc. Nas recidivas é mais tranquilo.

A paciente não pode ter relação quando está com herpes.

Mesmo a paciente pós-lesão (7 dias após desaparecimento) existe contaminação. Quanto tempo depois do desaparecimento da lesão não há transmissão? Não se sabe. 1 mês? 2 meses?

95% da população tem o DNA vírus no corpo.

Ou seja, o portador são pode transmitir.

Herpes genital: desde lesões simples que se confluem e ulceram até lesões maiores comprometendo toda a genitália. Algumas pacientes podem apresentar quadros mais grave necessitando de internação e medicação parenteral (imunossuprimidas principalmente; podendo haver dificuldade de urinar pelo edema de vulva).

Tratamento

Como todas as úlceras manter as úlceras o mais limpo possível para evitar infecção secundária.

Todas os antivirais diminuem o tempo de duração da doença (aciclovir/zovirax, valaciclovir etc), mas não eliminam o vírus. Devem ser utilizados na fase de parestesia. Esses medicamentos não aumentam o tempo entre as recorrências, a menos que haja dose profilática diária.

Chá de camomila: pode fazer banho de acento. A cicatrização é bem mais acelerada.

Herpes e gravidez

Paciente sem sintomatologia deixa evoluir parto normal.

Caso haja vesícula e úlceras prefere-se cesariana porque o feto imunodeprimido pode se contaminar com as lesões. Mais de 4 horas de bolsa-rota já houve ascensão e contaminação do feto e não há necessidade de se fazer cesariana. A professora discorda.