

# Doenças sexualmente transmissíveis na mulher: como abordar?

Sexually transmitted diseases in women: how to broach them?

Roberta Maia de Castro Romanelli<sup>1</sup>  
 Stella Soares Sala Lima<sup>2</sup>  
 Luciana Vilela Viotti<sup>3</sup>  
 Wanessa Trindade Clemente<sup>4</sup>  
 Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar<sup>5</sup>  
 Agnaldo Lopes Silva Filho<sup>6</sup>

## Palavras-chave

Doenças sexualmente transmissíveis  
 Etiologia  
 Diagnóstico  
 Tratamento

## Keywords

Sexually transmitted diseases  
 Etiology  
 Diagnosis  
 Treatment

## Resumo

O presente estudo visou realizar uma revisão sistemática da literatura em relação à abordagem das mulheres com doenças sexualmente transmissíveis (DST). As síndromes clínicas abordadas abrangeram uretrites, cervicites, corrimento vaginal e úlceras genitais. A propedêutica indicada incluiu exames diretos e bioquímicos, métodos sorológicos, microbiológicos e de biologia molecular. O tratamento foi recomendado de acordo com o diagnóstico sindrômico ou etiológico, de acordo com a disponibilidade de exames complementares. Além disso, incluiu-se também a abordagem de parceiros, gestantes e mulheres coinfectadas pelo HIV.

## Abstract

This paper presents a systematic literature review on the management of women with sexually transmitted diseases (STD). The clinical syndromes discussed were urethritis and cervicitis, vaginal discharge and genital ulcers. Complementary studies included direct examination and biochemical reactions, serology, microbiological and molecular biology methods. The treatment was recommended in accordance with syndromic or etiologic diagnosis and with the availability of complementary examinations. Moreover, the approach towards partners, pregnant women and HIV co-infected women was also included.

<sup>1</sup> Pós-doutora pelo Institute de Puericulture et Perinatalogie de Paris; Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>2</sup> Doutoranda pela Faculdade de Medicina da Universidade UFMG; Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>3</sup> Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pelo Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>4</sup> Doutora pela Faculdade de Medicina da UFMG; Professora Adjunta do Departamento de Propedêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>5</sup> Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>6</sup> Pós-doutor pela Universidade do Porto; Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

**Endereço para correspondência:** Roberta Maia de Castro Romanelli – Avenida Alfredo Balena, 110, 1º andar (CCIH) – Ala Oeste – Santa Efigênia – CEP 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: rmcromanelli@medicina.ufmg.br/rmcromanelli@ig.com.br

## Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são foco de ação da saúde pública. Estimam-se mais de 340 milhões de casos no mundo, com incidência de 19 milhões de novos casos ao ano, principalmente em pacientes jovens, de 15 a 25 anos. Com o surgimento da pandemia pela infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a atenção a essas doenças readquiriu atenção devido ao aumento do número de casos e maior risco de cotransmissão. Além disso, a alta prevalência, as complicações sistêmicas, ginecológicas e obstétricas são de grande repercussão, e a abordagem adequada visa ao tratamento eficaz e à abordagem dos parceiros<sup>1-3</sup>(C). Portanto, o objetivo da presente revisão é sistematizar a abordagem e a conduta frente às principais DSTs.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão realizado em 2009 que incluiu publicações dos últimos 10 anos com as seguintes palavras-chave: doenças sexualmente transmissíveis, cervicite, uretrite, gonorreia, *Trichomonas*, vaginose bacteriana, candidíase, *Herpes simplex*, sífilis, donovanose, linfogranuloma venéreo, etiologia, diagnóstico, tratamento.

A busca utilizou a base de dados Medline pelo PubMed além das páginas da Organização Mundial de Saúde, do *Center for Diseases Control and Prevention* do *International Herpes Management Forum* e do Ministério da Saúde.

Foram identificadas 848 publicações, mas foram priorizados os *Practical Guidelines* direcionados às atualizações para diagnóstico e tratamento das DSTs, com um total de 52 referências. Dessas, foram identificadas as publicações de sociedades de referência, como o *American Obstetrics Gynecological Committee* (AOGC) e a *Infectious Diseases Society of America* (IDSA), além de recomendações do *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) e políticas de Saúde Pública do Ministério da Saúde.

## Discussão

### Uretrites e cervicites

#### a) Definição

Uretrites são processos infecciosos e inflamatórios da mucosa uretral que geralmente se manifestam por meio de secreção mucopurulenta ou purulenta, disúria e prurido. Esse corrimento deve ser observado à saída do meato uretral e, em homens, com o prepúcio retraído ou após compressão da base do pênis em direção à glande por ordenha<sup>2,4</sup>(C).

Já as cervicites são inflamações da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino) que, embora sejam assintomáticas em 70 a 80% dos casos, quando não tratadas trazem sérias complicações em longo prazo, como a doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, dor pélvica crônica e maior incidência de gravidez ectópica<sup>2,4</sup>(C). Em casos de cervicite, os agentes etiológicos mais frequentes são os mesmos da uretrite. Clinicamente, caracteriza-se por secreção cervical mucopurulenta, sangramento devido ao colo friável, ectrópio com edema e visualização de leucócitos polimorfonucleares à microscopia<sup>5</sup>(C). O diagnóstico diferencial deve ser feito também com agentes responsáveis por vaginose bacteriana.

#### b) Quadro clínico

O diagnóstico e tratamento das DSTs que se manifestam com corrimento uretral devem visar, principalmente, à diferenciação entre uretrite gonocócica (causada pela *Neisseria gonorrhoeae*) e não gonocócica (que tem como principal agente etiológico a *Chlamydia trachomatis*, além de outros<sup>2,4</sup>(C).

- Uretrite gonocócica: apresenta período de incubação de quatro dias a duas semanas, com evolução aguda. A descarga uretral é purulenta e encontra-se presente em 70% dos casos, associado à disúria. Em 95% dos casos, as pacientes apresentam-se assintomáticas em seis meses.
- Uretrite não-gonocócica: apresenta período de incubação de 4 a 35 dias, com evolução subaguda. A descarga uretral é escassa, transparente, geralmente matinal e encontra-se presente em até 33% dos casos. Em 30 a 70% dos casos, as pacientes apresentam-se assintomáticas de um a três meses.

Em casos de cervicite, os agentes etiológicos mais frequentes são os mesmos da uretrite. Clinicamente, caracteriza-se por secreção cervical mucopurulenta, sangramento devido ao colo friável, ectrópio com edema e visualização de leucócitos polimorfonucleares à microscopia<sup>5</sup>(C). O diagnóstico diferencial deve ser feito também com agentes responsáveis por vaginose bacteriana e *Herpes*, abordados posteriormente.

As lesões do colo observadas no exame físico diferenciam-se de acordo com a etiologia provável<sup>2,4,5</sup>(C).

- *N. gonorrhoeae*: secreção muco-purulenta, processo inflamatório sem lesões erosivas no ectocervix.
- *C. trachomatis*: pode apresentar secreção muco-purulenta pelo orifício cervical, sangramento de mucosas e edema em área de ectopia.
- *Trichomonas vaginalis*: pode apresentar secreção muco-purulenta, com ectocervix em “morango”.
- *Herpes simplex*: lesões cervicais necrótico-ulcerativas, podendo estar associadas a lesões genitais externas.

## c) Diagnóstico e tratamento

O tratamento dessas infecções é essencial para o controle das manifestações, transmissão para parceiros sexuais e redução de complicações. Ressalta-se que o *Center for Diseases Control and Prevention* recomenda o rastreamento anual para *Chlamydia* de mulheres sexualmente ativas para tratamento das pacientes infectadas, com o objetivo de reduzir complicações como DIP, dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica<sup>3,4</sup>(B). *The U.S. Preventive Services Task Force* recomenda o rastreamento de infecção gonocócica de toda mulher sexualmente ativa, inclusive gestantes, em caso de fatores de risco (jovens abaixo de 25 anos, história prévia de gonorreia ou outras DSTs, parceiros sexuais múltiplos ou novos, uso inconsistente de preservativo, profissionais do sexo e usuários de droga)<sup>3</sup>(B).

As orientações para propedêutica e tratamento para uretrites e cervicites encontra-se no fluxograma da Figura 1 e deve-se considerar a disponibilidade nos serviços de saúde. O tratamento sintromico deve ser realizado se não houver diagnóstico específico<sup>1,2,4,6-8</sup>(A).

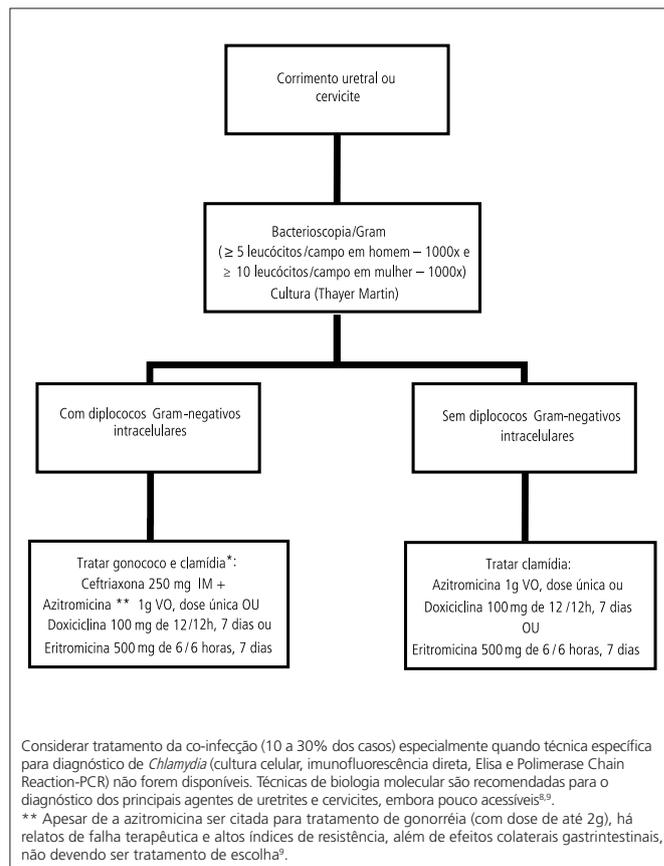
Ressalta-se que uso da coloração de Gram para identificação de diplococos Gram negativos apresenta alta especificidade e boa sensibilidade, principalmente em paciente sintomáticos (B). Culturas em meio específicos (B) e testes de amplificação de ácido nucleico (C) também podem ser utilizados<sup>8</sup>.

Deve-se considerar tratamento da coinfeção (10 a 30% dos casos) especialmente quando técnicas específicas para diagnóstico de *Chlamydia* (cultura celular, imunofluorescência direta, Elisa e *Polimerase Chain Reaction*-PCR) não estiverem disponíveis. Técnicas de biologia molecular são recomendadas para o diagnóstico dos principais agentes de uretrites e cervicites, embora pouco acessíveis<sup>8,9</sup>(C).

O uso de azitromicina é citado para tratamento da gonorreia (com dose de até 2 g). No entanto, há relatos de falha terapêutica e altos índices de resistência, além de efeitos colaterais gastrointestinais, não devendo ser o tratamento de escolha<sup>9</sup>(C).

Apesar de as quinolonas serem consideradas uma opção terapêutica, tanto para uretrites gonocócicas como para as não gonocócicas, há relatos de altas taxas de resistência, crescentes em algumas regiões. Nos Estados Unidos, não são mais recomendadas para tratamento de infecções gonocócicas. Seu uso deve ser criterioso, considerando os seguintes esquemas terapêuticos<sup>4,6-11</sup>(C):

- Para tratamento da infecção gonocócica não complicada, pode ser utilizada ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única, ou ofloxacina 400 mg, dose única. Para infecções gonocócicas sistêmicas deve se dar preferência à ceftriaxona, podendo ser usada ciprofloxacina ou ofloxacina EV de 12/12 h e mantida



**Figura 1** - Diagnóstico e tratamento das uretrites gonocócicas e não-gonocócicas, considerando coleta de secreção do meato uretral ou material de cérvix ou urina

por, no mínimo, 48 horas após melhora dos sintomas com duração total do tratamento de sete dias.

- Para tratamento de ambas as etiologias, deve ser utilizada ofloxacina 400 mg 12/12 h por sete dias.

A reavaliação da paciente deve ser programada para sete a dez dias após o início do tratamento. Em caso de persistência ou recidiva do corrimento com tratamento adequado da paciente e de seus parceiros, deve ser considerado tratamento para uretrite não gonocócica por agentes menos frequentes e não cobertos (*Mycoplasma sp*, *Ureaplasma sp*, *T. vaginalis*). Pode ser usada eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 h por sete dias ± metronidazol 2 g, VO, dose única. Além disso, deve-se lembrar que outros agentes podem causar quadro de uretrite ou cervicite (*Enterobacteriaceas*, *Adenovirus*, *Herpes*)<sup>2,4</sup>(C).

## d) Propedêutica associada e condução de parceiros

Concomitantemente à condução de um caso com corrimento uretral, deve-se solicitar propedêutica para outras DSTs (anti-HIV, VDRL, hepatites B e C) e tratar todos os parceiros dos últimos 60 dias com o mesmo esquema para o agente suspeito, independentemente da

presença de sinais ou sintomas, especialmente em mulheres. Ressalta-se que em casos de tricomoníase devem ser investigados todos os parceiros atuais (vide corrimento vaginal/vulvovaginite)<sup>2,4</sup>(A).

e) Condução de gestantes

Não deve ser utilizada quinolona ou tetraciclina/doxiciclina para o tratamento de gestantes, pela possibilidade de efeitos sobre o feto, utilizando-se preferencialmente azitromicina em dose única<sup>8</sup>(C).

f) Condução de pacientes infectadas pelo HIV

Devem ser oferecidos os mesmos esquemas terapêuticos recomendados para mulheres não-infectadas<sup>2,4</sup>(C).

## Corrimento vaginal / vulvovaginite

### a) Definição

Considera-se como vulvovaginite toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital inferior, ou seja, vulva, vagina e ectocérvice (epitélio escamoso do colo uterino), que se manifeste por meio de corrimento vaginal, associado a um ou mais dos seguintes sintomas inespecíficos: prurido vulvovaginal, dor ou ardor ao urinar e sensação de desconforto pélvico. Entretanto, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas<sup>2,4</sup>(C).

As vulvovaginites podem ser causadas por agentes infecciosos endógenos, por agentes sexualmente transmitidos ou por fatores

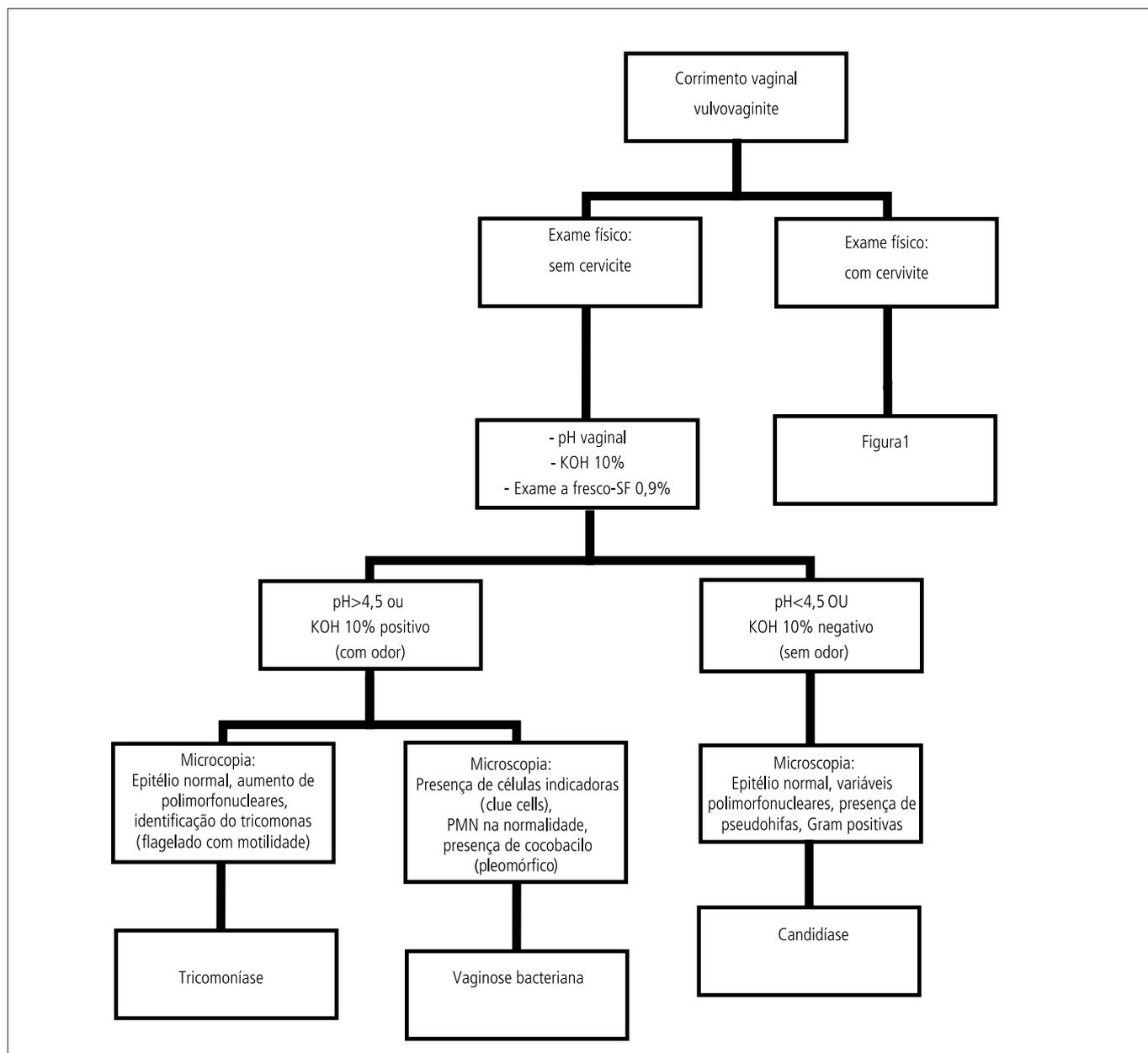


Figura 2 - Propedêutica para diagnóstico em casos de corrimento vaginal/vulvovaginite

físicos, químicos, hormonais, anatômicos ou orgânicos, o que deve ser levado em consideração no diagnóstico diferencial da etiologia e na conduta terapêutica<sup>2,4</sup>(C).

#### b) Quadro clínico

O processo inflamatório que leva à secreção vaginal pode ser um processo local ou associado às cervicites descritas, sendo os principais agentes a *Chlamydia* e a *N. gonorrhoeae*. No entanto, outros agentes podem levar à infecção vaginal, e as principais manifestações clínicas, de acordo com a etiologia provável<sup>12,4,12,13</sup>(C), são:

- Tricomoníase: a paciente apresenta discreta ou moderada irritação vulvar com eritema labial, vaginal e ectocervix. Colo apresenta-se com aspecto de “morango”. Pode ocorrer dispareunia e dor abdominal. A secreção vaginal é amarelo-esverdeada e de odor desagradável. A paciente também pode se queixar de disúria. As manifestações se intensificam no período pós-menstrual.
- Vaginose bacteriana: a secreção vaginal é branca ou acinzentada, aderente a parede, de odor desagradável. Geralmente, não há sinais de irritação vulvar e não há relação com o ciclo menstrual.
- Candidíase: ao exame observa-se eritema vaginal e prurido, com fissuras e lesões satélites. A secreção é branca e aderente à parede vaginal, com irritação vulvar que varia de leve a intensa. Não apresenta odor desagradável e as manifestações se intensificam no período pré-menstrual.

#### c) Diagnóstico e tratamento

Além do exame físico, que contribui para a identificação da síndrome clínica ao verificar se há acometimento do colo do útero, alguns exames que direcionam o diagnóstico são: pH vaginal, teste de KOH 10% e microscopia direta. A Figura 2 apresenta o fluxograma que direciona ao diagnóstico, baseado em exame físico e resultados da propedêutica<sup>1,4,12-14</sup>(A).

Ressalta-se que exames de biologia molecular são sensíveis e também podem ser utilizadas para diagnóstico etiológico das vulvovaginites/vaginoses, com maior sensibilidade em pacientes sintomáticas, embora pouco disponíveis<sup>14,15</sup>(C).

O tratamento visa à redução da sintomatologia e complicações ginecológicas (extensão do processo infeccioso, dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica e predisposição a outras DSTs) ou obstétricas (abortamento e prematuridade)<sup>3,4</sup>. As recomendações terapêuticas se encontram no Quadro 1 de acordo com os agentes relacionados ao quadro clínico<sup>4,8,12,16</sup>(B).

Em casos de candidíase recorrente (mais de quatro episódios/ano), pode ser prescrito tratamento para cada episódio, indivi-

dualmente. No entanto, recomenda-se tratamento prolongado (14 dias) com esquemas tópicos e tratamento com fluconazol com três doses (100 ou 150 ou 200 mg de 3/3 dias em três doses – no 1º, 4º e 7º dias). Pode ser também utilizado antifúngico pré-menstrual mensal ou terapia supressiva prolongada por seis meses com cetoconazol 100 mg/dia, itraconazol 50-100 mg/dia, fluconazol 150 mg/semana<sup>12,16</sup>(A). Considerar espécie de *Candida* ou possibilidade de teste de sensibilidade para escolha antifúngica, principalmente em casos de candidíase complicada ou por *Candida não-albicans*. Deve ser também investigada imunossupressão e é aconselhado o teste anti-HIV<sup>12,16</sup>(C).

Mulheres sem evidência de cervicite, mas consideradas de comportamento de risco (parceiro com sintomas, múltiplos parceiros sem proteção, paciente que informa possibilidade de ser exposto a DSTs, paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e *Chlamydia*), mesmo sem sintomas, devem ser tratadas para esses agentes<sup>2,4</sup>(C).

#### d) Propedêutica associada e condução do parceiro

Propedêutica para diagnóstico de outras prováveis coinfeções deve ser oferecida, com aconselhamento, incluindo anti-HIV, VDRL, sorologia para hepatite B e C<sup>2,4</sup>(C).

No caso de tricomoníase, todos os parceiros sexuais atuais devem ser abordados e o mesmo tratamento do caso-índice deve ser oferecido<sup>4</sup>(A).

#### e) Condução de gestantes

Toda gestante sintomática deve ser investigada e tratada. Quando indicado nos casos de tricomoníase ou vaginose, o metronidazol é preferível nos esquemas de sete dias de tratamento. É aconselhável evitar o uso do metronidazol no primeiro trimestre da gestação<sup>4,8,16</sup>(B).

Não deve ser utilizada cindamicina tópica, pois houve associação com eventos adversos como infecções neonatais e baixo peso ao nascer. Como as vaginose bacterianas levam a complicações na gestação, como a prematuridade, após um mês de tratamento a paciente deve ser reavaliada para controle da eficácia terapêutica<sup>4</sup>(C).

O tratamento da candidíase pode ser realizado como nas não grávidas, utilizando os esquemas de tratamento tópico. Em situações especiais, como candidíase disseminada, deverá ser considerado o tratamento sistêmico<sup>4</sup>(C).

#### f) Condução de pacientes infectadas pelo HIV

O tratamento deve ser oferecido como o de pacientes não-infectadas, porém deve-se lembrar que o quadro de vaginose bacteriana pode apresentar-se persistente<sup>4</sup>(C).

**Quadro 1 - Tratamento das principais causas de corrimento vaginal**

Diagnóstico	1ª opção	Alternativas
<b>Vulvovaginite</b>		
Tricomoniase	Metronidazol 2g, VO, dose única	Metronidazol 400-500 mg, VO, 12/12h, 7 dias <b>OU</b> Metronidazol 250 mg, VO, 8/8h, 7 dias <b>OU</b> Tinidazol 2g, VO, dose única
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400-500 mg, VO, 12/12h, 7 dias (A)	Oral: Metronidazol 250 mg, VO, 8/8h, 7 dias <b>OU</b> Metronidazol 2 g, VO, dose única <b>OU</b> Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12h, 7 dias; Tópico: Metronidazol gel 0,75%, 1 aplicação vaginal (5 g), 2x/ dia, por 5 dias; <b>OU</b> Clindamicina creme 2%, 1 aplicação vaginal à noite, por 7 dias. (A)
Candidíase	Miconazol, creme vaginal a 2%, 1 aplicação à noite, ao deitar-se, por 7 dias <b>OU</b> Clotrimazol, creme vaginal a 1%, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 6 a 12 dias; <b>OU</b> Clotrimazol, óvulos de 100 mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao, por 7 dias; <b>OU</b> Tioconazol creme a 6,5% ou óvulos de 300mg 1 aplicação, única, via vaginal ao deitar <b>OU</b> Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias. (A - Sem diferença em eficácia com agentes tópicos)	Fluconazol - 150 mg, VO, em dose única (A) <b>OU</b> Cetoconazol 400mg, VO, de 12/12h, 5 dias <b>OU</b> Itraconazol 200 mg, VO, de 12/12h no primeiro dia, seguido de 200 mg de 24/24h por 3 dias
<b>Herpes simplex</b>		
Infecção primária	Aciclovir 400 mg, VO, 8/8h, de 7 a 10 dias <b>OU</b> 200 mg 5x/dia, de 7 a 10 dias	Famciclovir 250 mg, VO, 12/12h, por até 1 ano <b>OU</b> Valaciclovir 500 mg a 1g, VO, 1x/dia, por até 1 ano
Recorrência	Aciclovir 400 mg, VO, 8/8h, por 5 dias <b>OU</b> 200 mg, VO, 5x/dia, por 5 dias <b>OU</b> 800 mg, VO, 12/12h, por 5 dias	Famciclovir 125 mg, VO, 12/12h, por 5 dias <b>OU</b> Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12h, por 5 dias <b>OU</b> Valaciclovir 1g 1x ao dia, por 5 dias
Recorrência frequente (> 6 episódios/ano)	Aciclovir 400 mg, VO, 12/12h, por até 6 anos	Famciclovir 250 mg, VO, 8/8h, 7 a 10 dias <b>OU</b> Valaciclovir 1g, VO, 12/12h, 7 a 10 dias
<b>Sífilis</b>		
Primária	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), em dose única.	Doxiciclina 100 mg 12/12h, VO, 14 dias <b>OU</b> Tetraciclina 500 mg, VO, de 6/6h, 14 dias
Secundária OU Latente com < 1 ano de evolução	Duas doses de penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre as doses. Dose total: 4.800.000 UI.	Doxiciclina 100 mg 12/12h, VO, 15 dias <b>OU</b> Tetraciclina 500mg, VO, de 6/6h, 14 dias
Terciária OU Latente com > 1 ano de evolução OU Duração Ignorada	Três doses de penicilina G benzatina 2.400.00 UI, IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre as doses. Dose total: 7.200.000 UI.	Doxiciclina 100 mg 12/12h, VO, 28 a 30 dias <b>OU</b> Tetraciclina 500 mg, VO, 6/6h, 28 a 30 dias
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia, 10 a 14 dias.	Penicilina procaína 2,4 milhões UI, IM, diariamente associada à probenecida 500 mg, VO, 4x ao dia, de 10 a 14 dias
Cancro mole	Azitromicina 1 g, VO, dose única <b>OU</b> Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (não indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) <b>OU</b> Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 h, por 7 dias.
Donovanose	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, semanas ou até a cura clínica <b>OU</b> Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg/ 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica <b>OU</b> Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica <b>OU</b> Azitromicina 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões (ou 1 g por semana por 3 semanas) <b>OU</b> Ciprofloxacina 750 mg, VO, de 12/12h, por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica

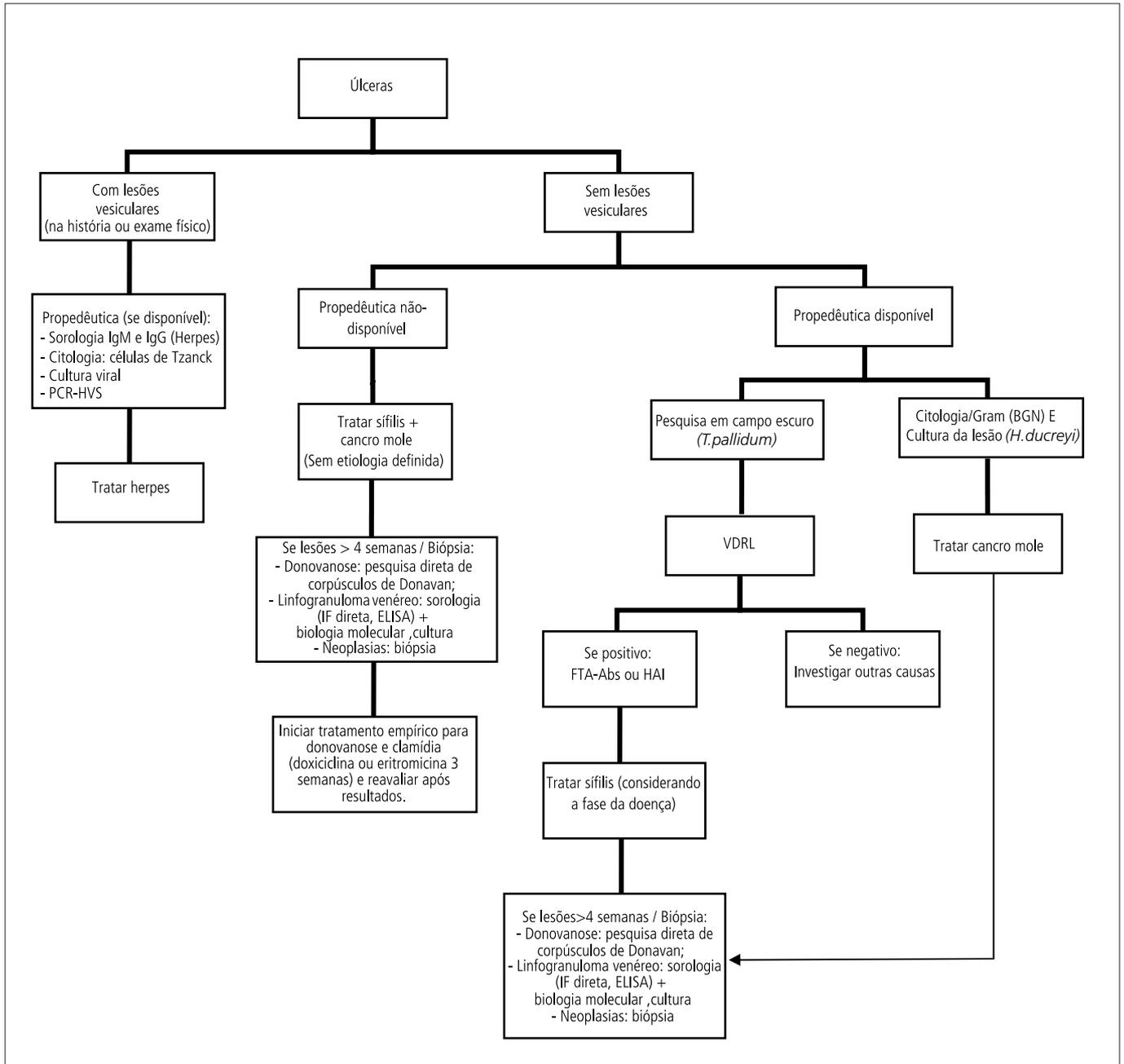


Figura 3 - Abordagem sindrômica e propedêutica para lesões ulcerosas genitais

## Úlceras genitais

Definidas como a presença de lesão anogenital ulcerada, de origem não traumática, associada ou não a lesões vesiculosas isoladas ou agrupadas em cachos<sup>2,4(C)</sup>.

Apesar da baixa especificidade do diagnóstico clínico para lesões ulcerosas genitais, há recomendações para abordagem sindrômica da paciente quando não for possível a definição da etiologia. Na Figura 3, o fluxograma está apresentado às diretrizes para abordagem das úlceras, considerando a propedêutica quando disponível<sup>2,4(C)</sup>.

Na presença de qualquer quadro de úlcera genital, deve-se também oferecer os exames para diagnóstico da coinfeção com outras DSTs: HIV, VDRL, sorologia para Hepatite B e C<sup>2,4(C)</sup>.

## Herpes simplex

### a) Quadro clínico

A maioria das infecções genitais herpéticas são atribuídas ao *Herpes simplex 2*, mas o *Herpes simplex 1* pode causar o primeiro episódio da doença, mas com recorrências menos

frequentes – história de lesões vesiculares múltiplas, geralmente dolorosas, de base e bordas eritematosas e secreção serosa. Na infecção primária, as lesões tendem a ser bilaterais e, geralmente, se encontram associadas à linfadenopatia dolorosa e sinais sistêmicos como febre, mialgia, fotofobia e até meningismo. Nos quadros recorrentes as lesões são unilaterais. O relato de neuralgia ou hiperestesia local antes da erupção ou história de contato com parceiro com lesões também favorecem o diagnóstico<sup>2,4</sup>(C).

#### b) Diagnóstico e tratamento

A propedêutica a ser utilizada para confirmação do *Herpes simplex* como agente etiológico deve incluir, se disponível<sup>2,4</sup>:

- Sorologia (IgM e IgG com titulação), especialmente contra antígenos de glicoproteína gG1 and gG2 (B).
- Citologia (para pesquisa de células de Tzanck), embora com baixa sensibilidade, e não deve ser o único método para diagnóstico (B).
- Cultura viral, definido como padrão ouro, apesar da dificuldade técnica (A).
- PCR para o Herpes em material da lesão (A).

As recomendações para tratamento da infecção primária, da recorrência e de recorrências frequentes de *Herpes simplex* encontram-se no Quadro 1<sup>2,4,8,17</sup>(B).

Ressalta-se que, em casos graves e persistentes, especialmente imunodeprimidas, o tratamento deve ser feito com aciclovir venoso 10 mg/kg de 8/8 h por sete dias<sup>8</sup>(C).

#### c) Condução do parceiro

Todos os parceiros sexuais dos últimos 90 dias devem ser abordados para investigação de sintomatologia e indicação de tratamento. Oferecer o mesmo tratamento do caso-índice, se indicado. Em casos de herpes recorrente, investigar apenas os contatos sintomáticos, considerando menor probabilidade de transmissão<sup>2,4</sup>(C).

#### d) Condução de gestante

Algumas orientações devem ser seguidas para condução de gestantes com história de herpes recorrente ou em caso de primeiro episódio, especialmente com manifestações clínicas no periparto<sup>8,18-21</sup>(A):

- Durante o pré-natal, toda gestante deve ser questionada precocemente sobre história de herpes genital e presença de sinais clínicos ou pródromos, além de ser examinada cuidadosamente.
- A cesariana está indicada para gestantes com infecção primária após 34 semanas de gestação e, principalmente, na

presença de pródromos ou lesões ativas durante o trabalho de parto, desde que as membranas não estejam rotas por período superior a quatro horas.

- Ressalta-se que a realização da cesariana não elimina completamente o risco de transmissão vertical, e as mulheres com história da infecção devem ser orientadas.
- Recomenda-se que o primeiro episódio de herpes genital em gestantes deve ser tratado devido às altas taxas de transmissão (30 a 50%).
- A profilaxia com Aciclovir na gestação tardia (após 36 semanas) para gestantes com herpes recorrente pode ser utilizada para redução da carga viral e novos episódios no momento do parto.

#### e) Condução de paciente infectada pelo HIV

Em casos de pacientes coinfectadas com HIV, o tratamento deve ser feito com aciclovir venoso 10 mg/kg de 8/8 h por sete dias. O tratamento supressivo reduz as taxas de recorrência nessa população, devendo ser usado aciclovir de 400 a 800 mg de 12/12 ou 8/8 h<sup>2,4</sup>(B).

Quadros persistentes são frequentes e podem ser atribuídos à resistência ao aciclovir, sendo também resistentes ao valaciclovir ou famciclovir. Nesses casos, pode ser utilizado foscarnet 40 mg/kg, IV, a cada oito horas ou cidofovir tópico 1%, uma vez ao dia por cinco dias<sup>2,4</sup>(B).

## Sífilis

#### a) Quadro clínico

Trata-se de DST causada pelo *Treponema pallidum*. As manifestações clínicas da sífilis variam de acordo com a fase da doença<sup>2-4,22</sup>(C):

- Sífilis primária: presença de uma ou mais lesões ulceradas, indolor (ou dolorimento discreto), de base hiperemiada e bordas induradas, com secreção serosa, podendo estar associado à linfadenopatia satélite.
- Sífilis secundária: presença de lesões cutâneo-mucosas maculopapulares generalizadas, simétricas e bilaterais, acometendo região palmar, plantar, mucosa oral e genitália. Lesões hipercrômicas (*condilomata lata*), úlceras mucosas são altamente contagiosas. Pode haver sintomas sistêmicos como mialgia, dor de garganta, alopecia em *patch* e linfadenopatia generalizada.
- Sífilis terciária: presença de lesões cutâneo-mucosas, alterações neurológicas (sífilis meningovascular com meningite linfocítica, podendo apresentar acometimento oftalmológico e audiológico), alterações cardiovasculares (AVC, insuficiência aórtica) e alterações ósteo-articulares (lesões líticas).

Ressalta-se ainda que há diferenciação do período após infecção primária em que se define sífilis recente ou tardia, de acordo com o tipo de aquisição<sup>2,4,22</sup>:

- Sífilis adquirida:
  - recente ( $\leq 1$  ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
  - tardia ( $\geq 1$  ano de evolução): latente tardia e terciária.
- Sífilis congênita
  - recente (diagnóstico até o segundo ano de vida);
  - tardia (diagnóstico após o segundo ano de vida).

## b) Diagnóstico e tratamento

O *The U.S. Preventive Services Task Force* recomenda que todas as pessoas de risco sejam rastreadas (incluindo homens que fazem sexo com homens, pessoas com comportamento sexual de risco, profissionais do sexo e usuários de drogas)<sup>3,4</sup>(A). No entanto, a frequência para esse rastreamento não é bem definida.

Para o diagnóstico, testes não-treponêmicos são utilizados para triagem e, posteriormente, devem ser confirmados com testes treponêmicos. Deve-se levar em consideração que a sensibilidade dos testes não-treponêmicos (VDRL e RPR) e treponêmicos (FTA-Abs, HAI) também varia de acordo com a fase da doença<sup>1,2,4,8,22</sup>(B).

- Sífilis primária: o VDRL pode estar negativo em 25 a 50% dos pacientes. O FTA-Abs pode estar positivo em apenas 70% dos pacientes, mas a viragem sorológica ocorre de uma a duas semanas antes do VDRL (15 a 25% dos pacientes tratados em fase primária podem apresentar sorologia negativa ao longo dos anos).
- Sífilis secundária: o VDRL e FTA-Abs podem apresentar 100% de sensibilidade.
- Sífilis terciária: o VDRL apresenta queda progressiva com tratamento adequado com redução de quatro vezes ou duas titulações em três meses; redução de oito vezes ou quatro titulações em seis meses; negatificação de um a dois anos na sífilis primária e secundária, respectivamente. No entanto, pode permanecer positivo em títulos baixos, em geral, até 1:4 (títulos maiores indicam infecção persistente ou re-exposição). Mesmo sem tratamento, há tendência de queda do VDRL ao longo dos anos. O FTA-Abs: 100% de sensibilidade, não sendo útil no controle de cura.

Ressalta-se também que pacientes com outras condições clínicas podem apresentar VDRL falso positivo, mas a propedêutica complementar e a fase da doença devem ser consideradas no diagnóstico.

O tratamento é realizado com penicilina, mas a dose varia de acordo com a fase da doença (Quadro 1). Eritromicina, doxiciclina ou tetraciclina podem ser utilizadas em caso de alergia à penicilina<sup>2,4,8</sup>(B).

A punção lombar para definição de neurosífilis (com LCR rotina e VDRL) deve ser realizada em todos os casos de sífilis congênita de gestantes inadequadamente tratadas e em casos de sífilis adquirida nas seguintes situações: sintomas neurológicos, falência terapêutica com persistência de manifestações clínicas ou ausência de resposta sorológica ou VDRL com título acima de 1:32 e pacientes infectados pelo HIV. Alguns autores recomendam punção lombar em todos os casos de sífilis latente tardia (acima de um ano)<sup>2,4,23</sup>(C).

Estudos com uso do ceftriaxone e azitromicina são limitados e não apresentam doses e tempo definidos para o tratamento da sífilis, com relatos de resistência, além de não ser considerado tratamento para o feto<sup>14,23</sup>(C).

O controle de cura com repetição da sorologia (VDRL) deve ser feito trimestralmente (pelo menos aos 3, 6 e 12 meses) durante um ano após o tratamento (se definida como sífilis recente) ou até 24 meses (se definido caso de sífilis tardia). Se ainda houver reatividade, mas com títulos decrescentes, deve ser repetido semestralmente até estabilização ou negatificação após período mínimo de um ano de seguimento. Títulos acima de 1:4 podem significar persistência ou re-exposição<sup>2,4,22</sup>(C).

Quando houver evidência de neurosífilis, o LCR deve ser repetido a cada seis meses, até a normalização em até dois anos, período mínimo de seguimento<sup>22</sup>(C).

## c) Condução do parceiro

Os parceiros a serem investigados e tratados devem seguir o período discriminado abaixo, de acordo com a fase da doença em que se encontra o caso índice, pelo maior risco de transmissão<sup>2,4</sup>(B).

- Sífilis primária: parceiros de um ano.
- Sífilis secundária: parceiros de seis meses.
- Sífilis latente ou terciária: parceiros de 90 dias.

O tratamento do parceiro deve ser o mesmo oferecido ao caso índice, considerando também a fase da doença (Quadro 1). Em casos de contato sexual acima de 90 dias, considerar tratamento quando a sorologia não for disponível devido ao contexto epidemiológico da doença<sup>2,4</sup>(C).

## d) Condução da gestante

Toda gestante deve ser rastreada para infecção por *T. pallidum*. Nesses casos, qualquer título de VDRL deve ser

**Quadro 2** - Esquema de dessensibilização oral à penicilina (Adaptado de: Center for Diseases Control and Prevention – CDC, 2006)

Dose da suspensão de Penicilina V	Quantidade (UI/mL)	MI	Unidades Internacionais (UI)	Dose acumulativa (UI)
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	1,6	1.600	3.100
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1	80.000	176.700
12	80.000	2	160.000	336.700
13	80.000	4	320.000	656.700
14	80.000	8	640.000	1.296.700

considerado como infecção com demanda de propeidêutica complementar e tratamento, visando à prevenção do acometimento fetal<sup>22</sup>(A). Um estudo realizado por Campos et al.<sup>24</sup> com 215 gestantes com VDRL reativo (1:1 ou maior) revelou que houve associação estatisticamente significativa do VDRL mesmo em titulação baixa quando confirmados por testes treponêmicos.

O tratamento da gestante deve ser feito apenas com penicilina e é considerado inadequado quando: houver tratamento com droga que não seja a penicilina em dose adequada para a fase da doença; tratamento a menos de 30 dias antes do parto; não resposta ao tratamento considerando a queda do VDRL e com parceiro não tratado<sup>8</sup>.

Mulheres grávidas com alergia comprovada à penicilina devem ser dessensibilizadas com penicilina V oral para posterior tratamento com penicilina, de acordo com as recomendações do Quadro 2<sup>4</sup>.

Quanto ao preparo da solução de penicilina V, deve-se considerar ainda<sup>4</sup>:

- para a concentração de 1:80.000, reconstituir um frasco de penicilina V colocando água filtrada diretamente dentro do frasco, aos poucos, e agitar até que a solução atinja a marca indicada no rótulo. O frasco conterá 60 mL;
- a cada 5 mL=400.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica, e a cada 1 mL=80.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;
- para a concentração de 1:10.000 aspirar 1 mL da solução acima e diluir em 7 mL de água filtrada, resultando em uma concentração de 1 mL=10.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;
- para concentração de 1:1.000, aspirar 1 mL da solução acima e diluir em 9 mL de água filtrada, resultando em uma concentração de 1 mL=1.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica.

### e) Condução de paciente infectada pelo HIV

As pacientes infectadas pelo HIV podem apresentar evolução atípica, com quadros graves e acometimento do sistema nervoso

central mais frequente e mais precoce. Por isso, recomenda-se punção lombar para essas pacientes<sup>2,4</sup>(B).

Para o diagnóstico, deve-se lembrar que essas pacientes também podem apresentar evolução atípica dos títulos sorológicos, incluindo a possibilidade de se apresentar como falso negativo. Em pacientes com história epidemiológica ou quadro clínico compatível, com sorologia negativa, deve-se obter material de biópsia para exame direto com microscopia de campo escuro (se possível) e considerar o tratamento<sup>2,4</sup>(B).

Os esquemas terapêuticos iniciais seguem as recomendações apresentadas no Quadro 1. No entanto, há maior probabilidade de falha terapêutica, e o seguimento dessas pacientes deve ser rigoroso, com sorologia aos 3, 6, 9, 12 e 24 meses após o tratamento. As pacientes que não apresentam melhora clínica ou evidência sorológica de resposta terapêutica devem ser retratadas, e o tratamento de neurosífilis deve ser considerado<sup>2,4</sup>(B).

## Cancro mole

### a) Quadro clínico

O agente etiológico é o *Haemophilus ducreyi* e o quadro clínico apresenta-se com úlceras genitais únicas ou múltiplas, profundas, muito dolorosas, com base necrótica e amarelada e de bordas irregulares amolecidas, podendo apresentar secreção purulenta a hemorrágica no fundo e paredes das lesões<sup>2,4</sup>(C).

### b) Diagnóstico e tratamento

Aproximadamente 10% das pacientes são coinfectadas pelo *Treponema pallidum* e, por isso, a abordagem sindrômica inclui propeidêutica e tratamento direcionado a ambas as infecções, de acordo com o fluxograma apresentado na Figura 3. Para o diagnóstico, podem ser utilizadas citologia com coloração de Gram (C) e cultura de material da lesão, a qual deve ser realiza-

da em mais de um tipo de meio devido à difícil técnica e com sensibilidade menor que 80% (B). A biologia molecular (testes de amplificação, como PCR) também poderia ser utilizada, mas não se encontra disponível nos laboratórios (B). A sorologia deve ser usada apenas em inquéritos epidemiológicos (B). As opções para o tratamento encontram-se no Quadro 1<sup>1,2,4</sup>.

### c) Condução do parceiro

Todos os parceiros dos últimos 30 dias devem ser investigados e aconselhados. No entanto, o tratamento do parceiro independe da sintomatologia e deve ser realizado como recomendado para o caso índice<sup>2,4</sup>(B).

### d) Condução da gestante

A segurança da azitromicina durante a gestação e lactação não está totalmente estabelecida, e a ciprofloxacina é contraindicada. Nesses casos, deve-se dar preferência à ceftriaxona ou eritromicina (estearato)<sup>2,4</sup>(C).

### e) Condução de paciente infectada pelo HIV

Nessas pacientes há maiores índices de falha terapêutica, o que leva à necessidade de monitoramento rigoroso. A eficácia terapêutica da azitromicina e ceftriaxona para pacientes coinfectadas pelo HIV não é estabelecida, e as mesmas não devem ser utilizadas se não houver acompanhamento rigoroso da paciente. Deve-se preferir o esquema com eritromicina se o seguimento não for garantido<sup>2,4</sup>(B).

## Donovanose (Granuloma inguinal)

### a) Quadro clínico

Trata-se de úlcera genital causada pela *Klebsiella granulomatis*. As lesões são caracterizadas pela sua cronicidade, com lesões pápulo-nodulares que se rompem e formam grandes áreas de ulcerações, avermelhadas e indolores, que favorecem a infecção secundária. Apresenta prejuízo estético, influenciando negativamente sobre a sexualidade. Geralmente é considerado quando não há resposta ao tratamento a úlceras não vesiculares mais frequentes (sífilis e cancro mole), com lesões persistentes por mais de quatro semanas<sup>2,4</sup>(C).

### b) Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico é feito por meio da identificação dos corpúsculos de Donovan em esfregaço ou material de biópsia com coloração de Wright, Giemsa ou Leishman<sup>2,4</sup>(C). A cultura e PCR poderiam ser utilizadas, mas não são técnicas disponíveis de rotina em laboratórios<sup>2,4</sup>(B). Para cicatrização das lesões, há necessidade de tratamento prolongado,

e a recidiva pode ocorrer após 6 a 18 meses de terapia efetiva. Os esquemas terapêuticos encontram-se no Quadro 1<sup>1,2,4</sup>(B).

Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com a ciprofloxacina ou a eritromicina, pode-se adicionar um aminoglicosídeo como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, de 8/8 h<sup>4</sup>(C).

### c) Condução do parceiro

Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser investigados e aconselhados. No entanto, não há definição do tratamento do assintomático devido à reduzida possibilidade de transmissão<sup>2,4</sup>(C).

### d) Condução de gestante

Não devem ser utilizadas quinolonas, tetraciclina ou sulfonamidas para o tratamento de gestantes. Por isso, deve-se dar preferência ao esquema com eritromicina (estearato), podendo-se acrescentar aminoglicosídeo. Dados sobre o uso da azitromicina nessa situação são escassos<sup>2,4</sup>(C).

### e) Condução de paciente infectada pelo HIV

Os mesmos esquemas propostos no Quadro 1 devem ser utilizados, sendo recomendada a associação com aminoglicosídeo<sup>2,4</sup>(C).

## Linfogranuloma venéreo

### a) Quadro clínico

Trata-se de quadro clínico causado pela *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3. As lesões são pápulo-pustulosas e ulceradas, e a evolução da doença ocorre em três fases<sup>2,4,25</sup>(C):

- Lesões de inoculação: são efêmeras e inespecíficas e se iniciam como pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparecem sem deixar sequelas, podendo passar despercebidas. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa.
- Disseminação linfática regional: no homem, a linfadenopatia inguinal desenvolve-se de uma a seis semanas após a lesão inicial, sendo unilateral em aproximadamente 70% dos casos. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação. O comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa. A lesão da região anal pode levar à proctite e à proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Pode ser acompanhado de sintomas gerais: febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo.

- Sequelas: ocorrem mais frequentemente na mulher e homossexuais masculinos devido ao acometimento do reto. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que, na mulher, é denominada estiômene. Podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.

### b) Diagnóstico e tratamento

Para o diagnóstico, a sorologia por imunofluorescência direta ou ELISA inclui IgM e IgG específicas que devem ser solicitadas com titulação. Em imunofluorescência, títulos com aumento maior que quatro vezes ou títulos acima de 1:64 sugerem infecção recente (C). Além disso, se disponíveis, podem ser utilizados exames de biologia molecular, como amplificação de ácido nucleico, como PCR (B). A cultura pode ser solicitada mas, embora mais específica, apresenta dificuldades técnicas<sup>2,4</sup>(C).

No entanto, na clínica sugestiva, principalmente com presença de proctólite, linfadenopatia inguinal e úlceras genitais ou retais, sem outro diagnóstico e pela dificuldade de realização de propedêutica, recomenda-se tratamento presuntivo<sup>9</sup>. Os esquemas de tratamento estão apresentados no Quadro 1<sup>1,2,4</sup>.

O uso de azitromicina, 1 g, uma vez por semana, é relatado, mas há escassez de estudos.

### c) Condução do parceiro

Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser investigados e aconselhados. No entanto, é recomendado tratamento do parceiro como o caso-índice, independentemente da sintomatologia<sup>2,4</sup>(C).

### d) Condução da gestante

Recomenda-se o tratamento com eritromicina, desde que não seja utilizada a forma de estolato<sup>2,4</sup>(C).

### e) Condução de paciente infectada pelo HIV

Os mesmos esquemas propostos para pacientes não-infectadas são recomendados. No entanto, há necessidade de terapia prolongada pela demora da resposta terapêutica nessas pacientes<sup>2,4</sup>(C).

## Recomendações e considerações clínicas

### Qual é a propedêutica necessária para o diagnóstico diferencial de uretrites gonocócicas e não gonocócicas?

A diferenciação das uretrites gonocócicas e não gonocócicas pode ser feita por meio das características clínicas e métodos laboratoriais. As uretrites gonocócicas apresentam uma evolução mais aguda, com período de incubação menor, em torno de 4 a 14 dias, e manifestam-se com descarga uretral purulenta e

disúria, na maioria dos casos. As uretrites não gonocócicas tem uma evolução subaguda, com período de incubação entre 4 e 35 dias, e descarga uretral em apenas um terço dos casos. É escassa, transparente e matinal, e também associada à disúria. Laboratorialmente, o diagnóstico pode ser feito por meio de exame bacterioscópico, cultura em meios específicos e teste de amplificação do ácido nucleico.

### Qual é o tratamento específico e sintomático indicado para cervicites e uretrites?

Para tratamento do gonococo, o antimicrobiano de escolha é o ceftriaxone, 250 mg, intramuscular. No tratamento da clamídia, as opções são azitromicina 1 g, via oral, dose única, ou doxiciclina 100 mg, via oral, de 12/12 h, por 7 dias, ou eritromicina 500 mg, via oral, de 6/6 h por 7 dias. Quando não houver diagnóstico específico, deve-se realizar o tratamento sintomático. Além disso, deve-se solicitar a propedêutica para outras DSTs e tratar todos os parceiros dos últimos 60 dias com o mesmo esquema usado para o agente suspeito, independentemente da presença de sinais ou sintomas.

### Quais os principais agentes de vulvovaginites e como diferenciá-los?

Os principais agentes causadores das vulvovaginites são tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase. O corrimento causado pelo *trichomonas* tem um odor desagradável, coloração amarela-esverdeada, associado ao eritema labial, vaginal e da ectocérvice, disúria interna e externa, dispareunia e dor abdominal. A vaginose bacteriana apresenta-se como um corrimento branco-acinzentado, aderente, com odor desagradável e não-associado à disúria. Já a candidíase manifesta-se com um corrimento branco, aderente, associado à disúria externa, prurido, eritema vaginal e fissuras.

### Qual é a primeira opção de tratamento para os principais agentes das vulvovaginites?

Para o tratamento da tricomoníase, recomenda-se metronidazol 2 g via oral, dose única. Para vaginose bacteriana, o tratamento em dose única não é recomendado. Utilizamos o metronidazol por sete dias, 400 a 500 mg, via oral, de 12/12 h. No tratamento da candidíase, recomenda-se como primeira opção as medicações tópicas. O creme vaginal de miconazol a 2% pode ser aplicado uma vez ao dia, por sete dias. O clotrimazol pode ser usado na forma de creme vaginal a 1% ou óvulos vaginais de 100 mg, aplicados uma vez ao dia, por sete dias (óvulos) ou de 6 a 12 dias (creme). A nistatina ainda pode ser utilizada na dose de 100.000 UI, uma aplicação diária por 14 dias.

### Para úlceras com lesões vesiculares, qual é a propedêutica e tratamento?

A principal etiologia das úlceras com lesões vesiculares é a infecção pelo *Herpes simplex*. Para o diagnóstico etiológico, a propedêutica disponível é a sorologia (com titulação de IgM e IgG), citologia com pesquisa de células de Tzanck, cultura viral (padrão ouro) e PCR para o herpes em material da lesão. O tratamento da infecção primária deve durar de sete a dez dias e pode ser feito com aciclovir 400 mg de 8/8 h ou 200 mg cinco vezes ao dia, famciclovir 250 mg de 8/8 h, ou valaciclovir 1 g de 12/12 h. Para infecção recorrente, a duração do tratamento deve ser de cinco dias e pode ser feito com os mesmos agentes utilizados para a infecção primária, sendo o aciclovir na mesma dose, e os outros agentes, na metade da dose.

### Para úlceras sem lesões vesiculares, qual é a propedêutica e o tratamento pensando nas principais etiologias (sífilis e cancro mole)?

Para o diagnóstico de sífilis utiliza-se a pesquisa do *T. pallidum* em campo escuro de material obtido da lesão suspeita ou testes sorológicos (treponêmicos e não-treponêmicos). O tratamento é realizado com penicilina e a dose varia de acordo com a fase da doença.

Para o diagnóstico do cancro mole, podem ser utilizadas a citologia com coloração de Gram e cultura de material da lesão, a qual deve ser realizada em mais de um tipo de meio. O tratamento é feito com azitromicina 1 g, VO, dose única, ou ceftriaxone 250 mg, IM, dose única.

### Em caso de úlceras sem lesões vesiculares cujo diagnóstico de sífilis e cancro mole não tenha sido confirmado e sem resposta ao tratamento habitual, qual é a propedêutica e etiologias prováveis. Como tratá-las?

Em caso de úlceras sem resposta ao tratamento habitual, está indicada a realização de biópsia da lesão para afastar neoplasia. Para o diagnóstico do linfogranuloma venéreo, a sorologia por imunofluorescência direta ou ELISA inclui IgM e IgG específicas que devem ser solicitadas com titulação. Em imunofluorescência, títulos com aumento maior que quatro vezes ou títulos acima de 1:64 sugerem infecção recente. Além disso, se disponíveis, podem ser utilizados exames de biologia molecular, como amplificação de ácido nucleico e PCR. A cultura pode ser solicitada e, embora

mais específica, apresenta dificuldades técnicas. Recomenda-se doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 h por no mínimo três semanas ou até cura clínica.

O diagnóstico de donovanose é feito por meio da identificação dos corpúsculos de Donovan em esfregaço ou material de biópsia com coloração de Wright, Giemsa ou Leishman. A cultura e PCR poderiam ser utilizados, mas não são técnicas disponíveis de rotina em laboratórios.

O tratamento das duas infecções é feito com doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 h por no mínimo três semanas ou até cura clínica.

## Sumário de recomendações

As seguintes recomendações e conclusões são baseadas em estudos com evidências científicas consistentes (grau de recomendação A):

- Em caso de corrimento uretral, solicitar propedêutica para DST e tratar todos os parceiros dos últimos 60 dias com o mesmo esquema para o caso suspeito, especialmente em mulheres.
- No caso de tricomoníase, todos os parceiros sexuais devem ser tratados com o mesmo esquema oferecido ao caso índice.
- Para diagnóstico de herpes, a cultura viral é definida com padrão-ouro.
- Em gestantes com infecção primária pelo herpes após 34 semanas ou lesões ativas durante o trabalho de parto a cesariana está indicada, desde que as membranas não estejam rotas por um período superior a quatro horas.
- Em pacientes com infecção pelo herpes vírus, a cesareana não elimina completamente o risco de transmissão vertical.
- Toda gestante deve ser rastreada para infecção por *Treponema pallidum*.

As seguintes recomendações e conclusões são baseadas em estudos com evidências científicas limitadas e inconsistentes (grau de recomendação B):

- Recomenda-se o rastreamento de infecção gonocócica em todas as mulheres sexualmente ativas, inclusive gestantes, em caso de fatores de risco (jovens abaixo de 25 anos, história prévia de gonorreia ou outras DSTs, parceiros sexuais múltiplos ou novos, uso inconsistente de preservativos, profissionais do sexo e usuários de drogas).

## Leituras suplementares

- World Health Organization. Reproductive Health and Research. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. Integrating STI/RTI Care for Reproductive Health. De: 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>. Acesso em 28 de maio de 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. De: 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf). Acesso em 22 de maio de 2008.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States, 2007. National Surveillance Data for Chlamydia, Gonorrhoea, and Syphilis. Disponível em: <http://www.cdc.gov/STD/stats07/trends.htm>. Acesso em 22 de maio de 2008.
- Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-11):1-94.
- Marrazzo JM, Martin DH. Management of women with cervicitis. *Clin Infect Dis*. 2007; 44(Suppl 3): S102-10.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated recommended treatment regimens for gonococcal infections and associated conditions — United States, April 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/Treatment/2006/updated-regimens.htm> Acesso em 22 de maio de 2008.
- Newman LM, Moran JS, Workowski KA. Update on the management of gonorrhoea in adults in the United States. *Clin Infect Dis*. 2007;44 (Suppl 3):S84-101.
- Hollier LM, Workowski K. Treatment of sexually transmitted infections in women. *Infect Dis Clin North Am*. 2008;22(4): 665-91.
- Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis*. 2007;44(Suppl 3):S73-6.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006: fluoroquinolones no longer recommended for treatment of gonococcal infections. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007;56(14): 332-336.
- Workowski KA, Berman SM; Douglas JM Jr. Emerging antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: urgent need to strengthen prevention strategies. *Ann Intern Med*. 2008;148(8):606-13.
- Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. *Am Fam Physician*. 2004;70 (11):2125-32.
- Giraldo PC, Passos MRL, Bravo R, Varella RQ, Campos WNA, Amaral RL, et al. O frequente desafio do entendimento e do manuseio da vaginose bacteriana. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(2):84-91.
- Wendel KA; Workowski KA. Trichomoniasis: challenges to appropriate management. *Clin Infect Dis*. 2007;44 (Suppl 3):S123-9.
- Brown HL, Fuller DD, Jasper LT, Davis TE, Wright JD. Clinical evaluation of affirm VPll in the detection and identification of *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, and *Candida* species in vaginitis/vaginosis. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2004;12(1):17-21.
- Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, Benjamin DK Jr, Calandra TF, Edwards JE Jr, et al. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009;48(5):503-35.
- International Herpes Management Forum. Recommendations for Short-course Therapies in Herpes Genitalis and Herpes Labialis. De 2007. Disponível em: <http://www.ihmf.org/guidelines/latest.asp>. Acesso em 22 de maio de 2008.
- AOG practice bulletin. Management of herpes in pregnancy. Number 8 October 1999. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000;68(2):165-74.
- Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Stuart GS, Wendel GD. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1396-403.
- Brown Z. Preventing herpes simplex virus transmission to the neonate. *Herpes*. 2004;11(Suppl 3):175A-186A.
- Money D, Steben M, Infectious Diseases Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for the management of herpes simplex virus in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(6):514-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde. De 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis\\_congenita\\_preliminar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_congenita_preliminar.pdf) Acesso em 7 de janeiro de 2007.
- Stoner BP. Current controversies in the management of adult syphilis. *Clin Infect Dis* 2007;44(Suppl 3):S130-46.
- Campos JEB, Passos FDL, Lemos EA, Ferreira AW, Sá CAM, Silva LGP, et al. Significado Laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2008;20(1):12-7.
- McLean CA, Stoner BP, Workowski KA. Treatment of lymphogranuloma venereum. *Clin Infect Dis*. 2007;44(Suppl 3):S147-52.