



Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Abordagem Sindrômica das DSTs

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

Doenças transmitidas através do contato sexual

- Doenças **essencialmente** transmitidas por via sexual:
 - sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma inguinal e uretrite por *Chlamydia* spp.
- Doenças **frequentemente** transmitidas por via sexual:
 - Donovanose, uretrites não gonocócicas e não por *Chlamydia*, condiloma, herpes genital, candidíase, ftiríase, hepatite B e HIV/AIDS
- Doenças **eventualmente** transmitidas por via sexual:
 - Escabiose, molusco contagioso, amebíase

Princípios para o controle das DSTs

1. Interromper a cadeia de transmissão:

– Eficácia de transmissão:

- | | |
|-----------------------------|----------|
| • sífilis recente | 30 a 50% |
| • Gonorréia (mulher doente) | 20 a 40% |
| • Gonorréia (homem doente) | 60 a 90% |
| • Uretrite <i>Chlamydia</i> | 15 a 25% |

2. Prevenir novas ocorrências

- Aconselhamento de práticas sexuais mais seguras

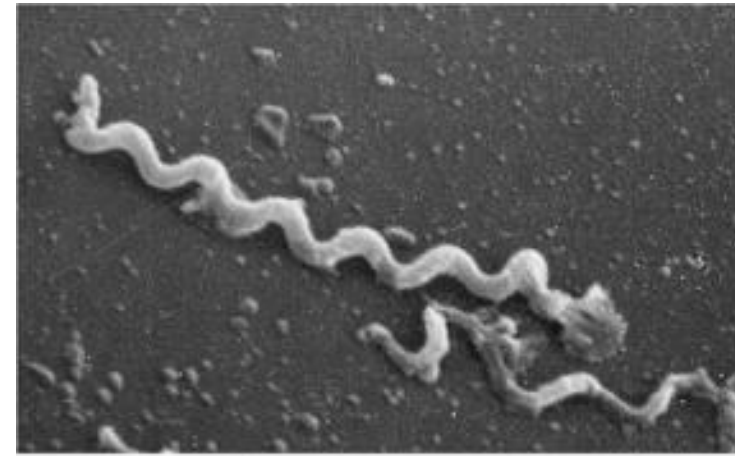
Estratégias para o controle das DST

- **Prevenção:**
 - Informação e educação da população em geral
 - Aconselhamento do portadores de DST e seus parceiros
 - Distribuição de preservativos
- **Detecção de casos**
 - Sintomáticos
 - Assintomáticos: consultas ginecológicas, planejamento familiar, pré natal, etc.
- **Tratamento Imediato**

Principaux DSTs

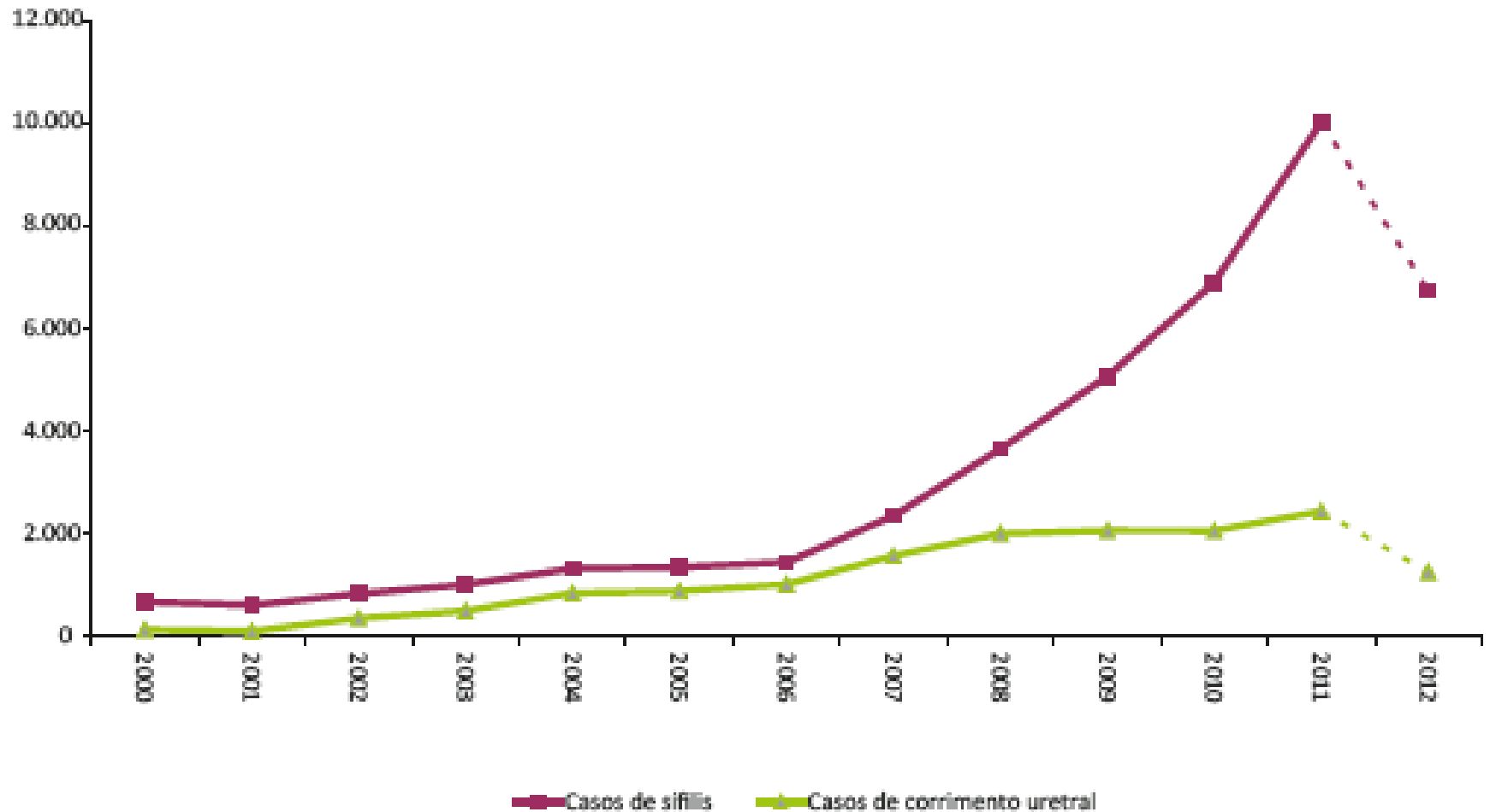
Sífilis - Lues

- **Agente etiológico:** *Treponema pallidum*
 - Espiroqueta de transmissão sexual e materno-fetal
- Doença infecciosa de evolução crônica
 - com surtos de agudização e períodos de latência



Sífilis - Lues

Figura 1. Distribuição de casos notificados de sífilis e corrimento uretral segundo o ano de notificação, estado de São Paulo, 2000 a 2012*



Sífilis - Lues

- **Sífilis**

- Classificação:

- **Sífilis Adquirida**

- **Recente**: evolução < 1 ano

- » Primária (cancro duro)

- » Secundária

- » Latente recente

Sífilis - Lues

- **Sífilis**

- Classificação:

- **Sífilis Adquirida**

- **Tardia**: evolução > 1 ano

- » Latente tardia

- » Terciária

- **Sífilis Congênita**

- **Recente**: diagnóstico até 2 anos de idade

- **Tardia**: diagnóstico após 2 anos de idade

Sífilis - Lues

- **Sífilis Primária (cancro duro)**

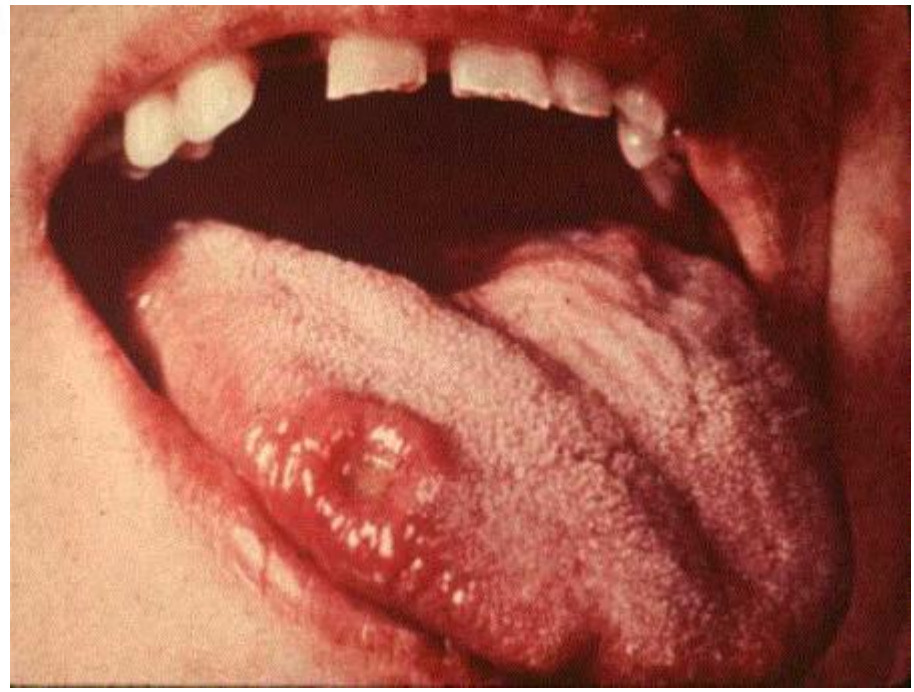
- PI: 10 a 90 dias (média de 21 dias) após contato sexual
- Lesão rosada plana ou ulcerada
- Lesão geralmente:
 - única
 - pouco dolorosa
 - base endurecida
 - fundo liso e brilhante
 - pouca secreção serosa
- Pode apresentar adenopatia regional



Programa Estadual do R. G. do Sul



Programa Estadual do R. G. do Sul



Sífilis - Lues

- **Sífilis Secundária**

- Aparecimento, 6 a 8 semanas após a sífilis primária
- Lesões cutâneas e mucosas não ulceradas
 - manchas eritematosas (roséolas)
 - sífilides papulosas
 - Localização palmo-plantar sugere LUES
- **Micropoliadenopatia generalizada** é frequente
- Pode ocorrer também:
 - febre
 - artralgia
 - cefaléia
 - Adinamia
 - lesão hepática e ocular



Sífilis - Lues

- **Sífilis Terciária**

- Sinais e sintomas aparecem geralmente após 3 a 12 anos de infecção
- **Manifestações:**
 - lesões cutâneo mucosas
 - Tubérculos ou Gomas
 - Manifestações neurológicas
 - Tabes dorsalis
 - demência
 - Manifestações cardiovasculares
 - Aneurisma aórtico
 - Manifestações Articulares
 - Artropatia de Charcot



Sífilis - Lues

- **Sífilis Latente (recente ou Tardia)**
 - Sífilis adquirida em que não se observam sintomas
 - Diagnóstico é sorológico
 - Pode ser interrompida pelo aparecimento de sintomas

DIAGNÓSTICO

- **Sífilis**

- **Sífilis Adquirida**

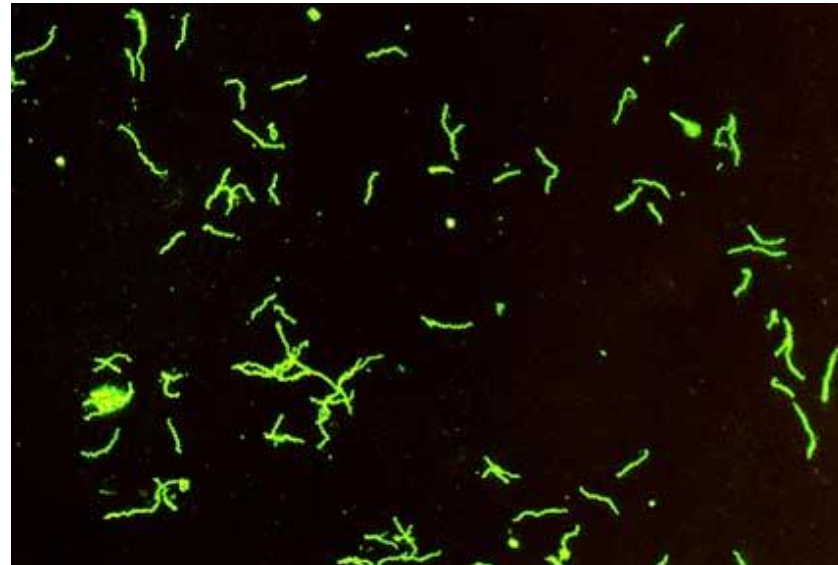
- **Recente**: evolução < 1 ano

- » Primária (cancro duro)

VDRL

FTA-ABS

IgM e IgG



DIAGNÓSTICO

- **Sífilis**

- **Sífilis Adquirida**

- **Recente**: evolução < 1 ano

- » Primária (cancro duro)

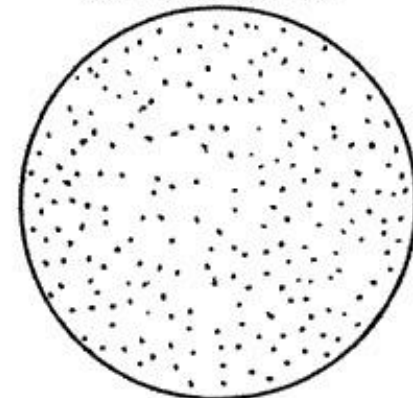
- » Secundária

- » Latente recente

Reactive VDRL



Non-reactive VDRL



VDRL

DIAGNÓSTICO

- **Sífilis**

- **Sífilis Adquirida**

- **Tardia:** evolução > 1 ano

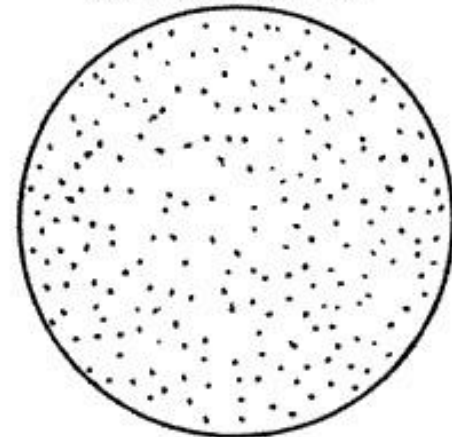
- » Latente tardia

- » Terciária

Reactive VDRL



Non-reactive VDRL



VDRL

Sífilis - Lues

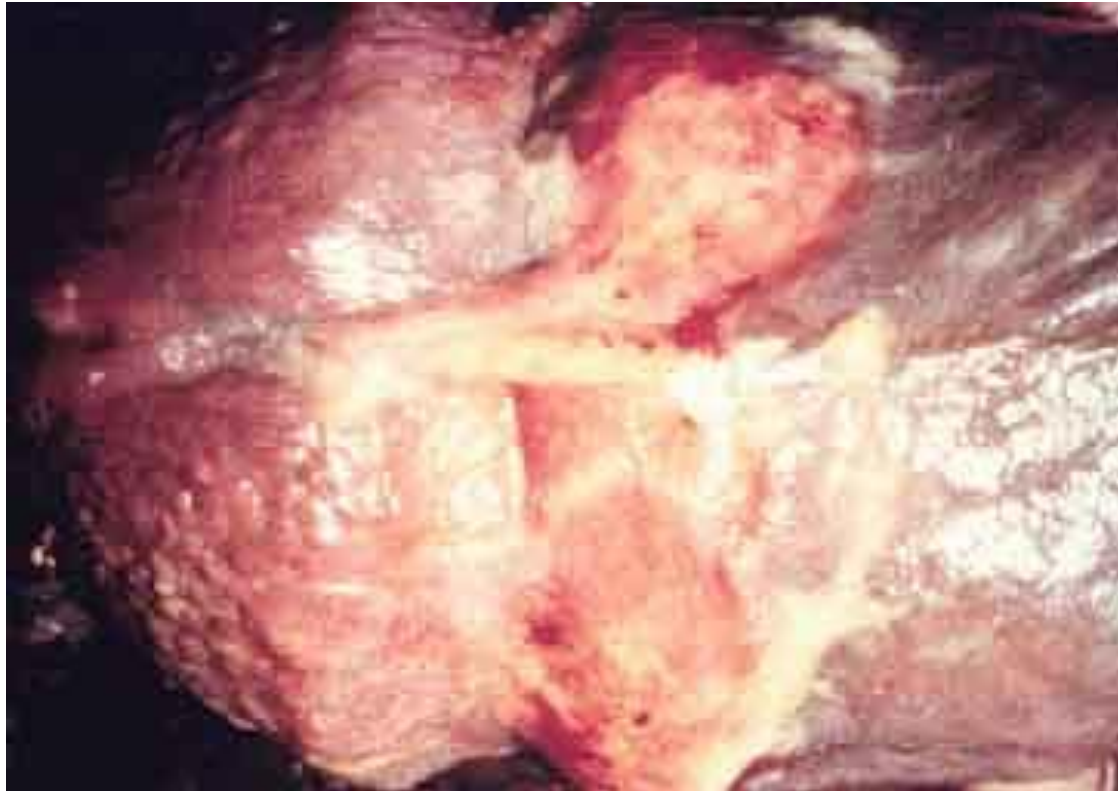
- **Tratamento:**
 - **Sífilis primária**
 - Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI IM dose única
 - **Sífilis Secundária e Latente recente**
 - Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI IM repetida após 1 semana
 - **Sífilis Tardia (Latente e Terciária)**
 - Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI IM semanal, por 3 semanas

Cancro Mole

- **Cancro Mole; Cancróide ou Cancro de Ducreyi, “Cavalo”**
 - Agente etiológico: *Haemophilus ducreyi*, transmissão exclusiva através de contato sexual
 - PI: 3 a 5 dias (até 15 dias)
 - Mais freqüente no sexo masculino
 - **Lesões genitais**
 - Dolorosas; múltiplas (auto inoculação)
 - borda irregular; fundo sujo (exsudato necrótico)
 - odor fétido;
 - 30 a 50% adenomegalia satélite (bubão)-homem
 - fistuliza em 50% dos casos (orifício único)

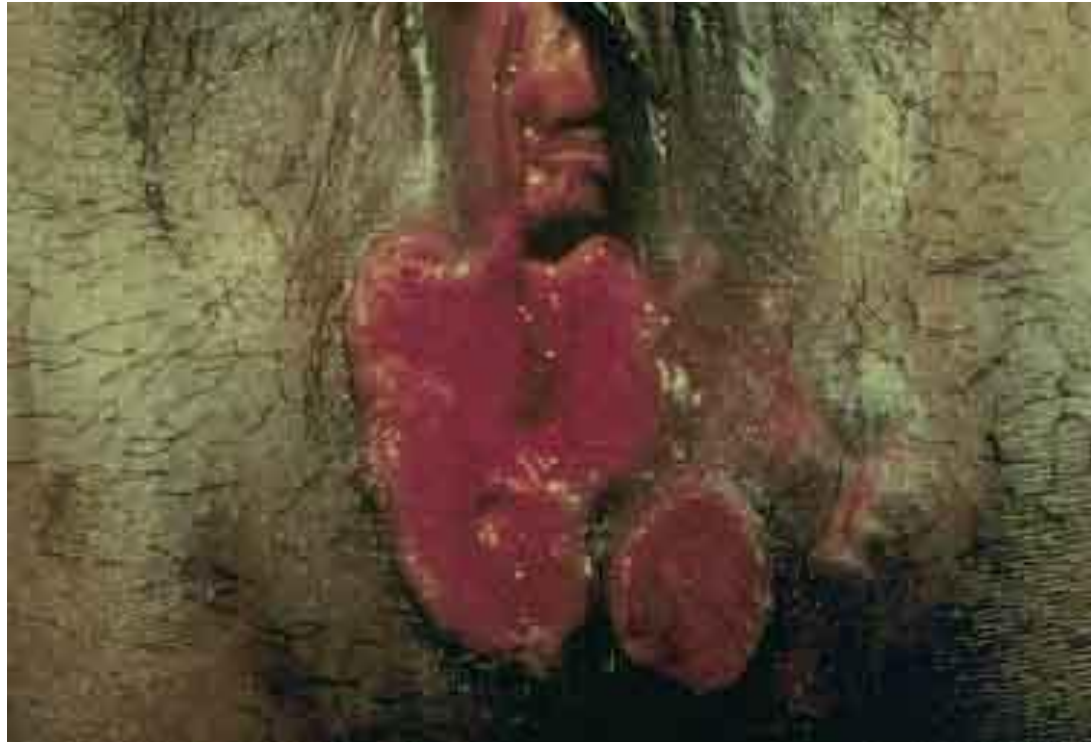
Cancro Mole

Úlceras em pênis: lesões múltiplas ulceradas. Com freqüência, dor local acompanha o quadro clínico.



Cancro Mole

Úlcera em vulva: admite-se que ocorra um caso de Cancro Mole em mulher para vinte casos em homens.



Cancro Mole com adenopatia inguinal supurada

Úlcera em pênis e adenopatia supurada em orifício único: em cerca de 50% dos casos, pode ocorrer adenopatia satélite, unilateral, dolorosa, inflamatória que, quando fistuliza, rompe-se em orifício único.



Cancro Mole

Úlcera em prepúcio e úlcera em face interna de coxa: observar que as lesões do Cancro Mole, também conhecido como cavalo, são auto-inoculantes. O pênis, encostado na coxa inoculou a doença nessa região.



Cancro Mole

- **Diagnóstico Laboratorial:**

- Exame direto
 - Corar esfragaço com GRAM (bacilo G- intracelular)
- Cultura
 - Método mais sensível, difícil de realizar
- Biópsia
 - Não é recomendada, pois é pouco específica

- **Tratamento:**

- Azitromicina 1g VO em dose única
- Ceftriaxona 250 mg IM dose única
- Tianfenicol 5 g VO dose única
- Ciprofloxacina; doxiciclina, tetraciclina, co-trimoxazol e eritromicina

Herpes Genital

- **Herpes Genital**

- Agente etiológico: Herpes simplex 1 e **2**, transmissão predominante pelo contato sexual, inclusive oro-genital
- PI: 3 a 14 dias
- **Lesões genitais**
 - Pródromos: sensibilidade, parestesia, prurido
 - Pápulas eritematosas que evoluem para vesículas agrupadas que ulceram e são recobertas por crosta sero-hemática
 - Após a infecção primária: **Latência**
 - Recorrência: 60 a 90% 1 recorrência em 12 meses

Herpes Genital

Lesões vesiculosas em pênis: observar as típicas vesículas de Herpes Genital.



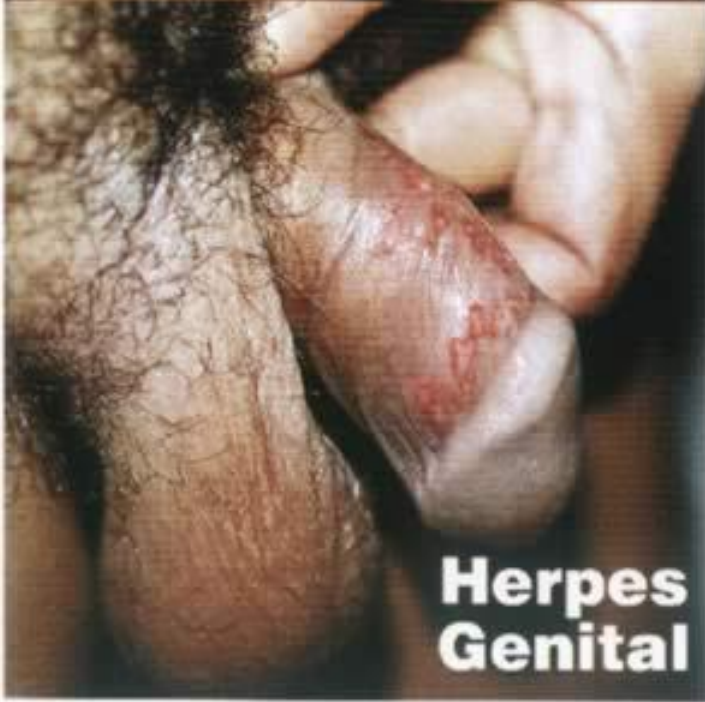
Herpes Genital

Lesões exulceradas em pênis: bordas hiperemiadas. Em vários casos, os pacientes chegam no ambulatório com lesões exulceradas e com história de já ter em apresentado o mesmo quadro anteriormente.





Jose Carlos Gomes Sampaio



Herpes Genital

Herpes Genital

- **Diagnóstico Laboratorial:**
 - Citodiagnóstico
 - Tzanck: células multinucleadas e balonização das células
 - Papanicolau: Inclusões virais
 - Cultura
 - Método mais sensível, difícil de realizar
 - Biópsia
 - Pode ser usado, mas em situações especiais

Herpes Genital

- **Tratamento:**

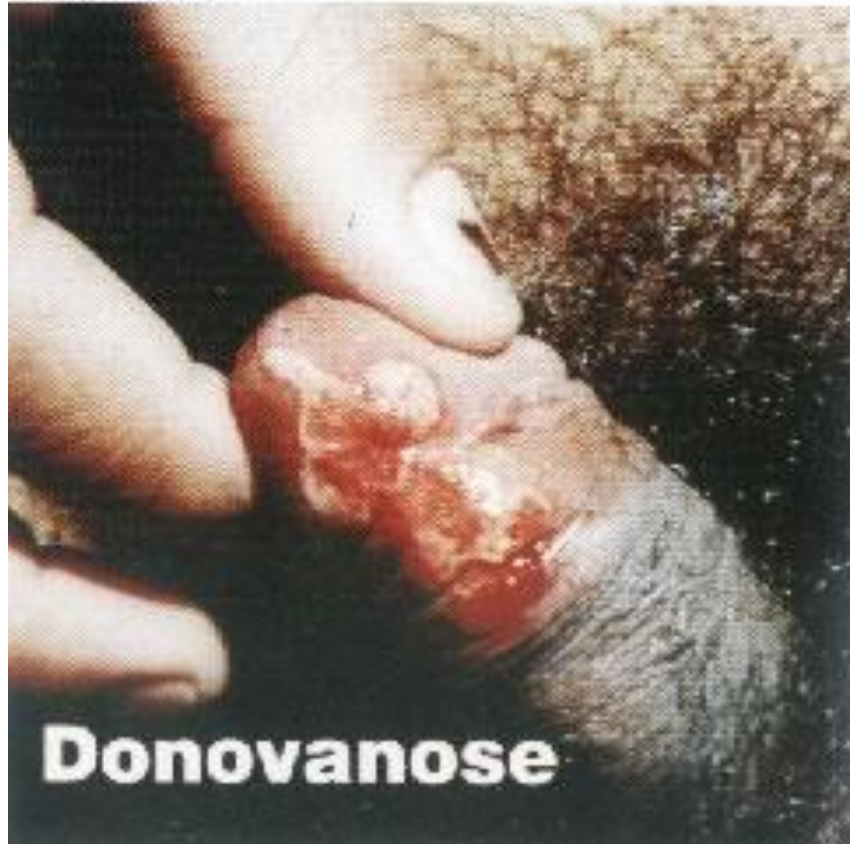
- Sintomático: analgésico e anti inflamatório s/n
- Tópico:
 - lavar com SF 0.9% ou água boricada 3%
 - Neomicina tópica pode ser usado
- Sistêmico:
 - Primo infecção:
 - Aciclovir: 400 mg VO 3x/d 7 a 10 dias
 - Recorrência:
 - Aciclovir: 400 mg VO 3x/d 5 dias

Donovanose

- **Donovanose ou Granuloma Inguinal**

- Agente etiológico: *Calymmatobacterium granulomatis*, transmissão através de contato sexual, mas há dúvidas
- PI: 30 dias a 6 meses
- É pouco freqüente, mas ocorre nos trópicos
- Evolução arrastada (úlceras > 4 semanas)
- **Lesões genitais**
 - Úlcera com borda plana ou hipertrófica
 - Úlcera evolui lentamente e pode transformar em lesão úlcero-vegetante
 - Não há adenite normalmente

Sinesio Talhari



Donovanose

Donovanose ou Granuloma Inguinal

Lesões ulceradas em vulva e períneo: lesões ulceradas de evolução longa. Para o diagnóstico de Donovanose, deve-se pesquisar os corpúsculos de Donovan por meio de citologia de esfregaço das lesões ou biópsias. Colher material de bordas e centro das lesões evitando áreas necrosadas.



Donovanose ou Granuloma Inguinal

Lesão ulcerada em vulva, períneo e região peri-anal: esta paciente chegou na maternidade em trabalho de parto expulsivo, apresentando extensa lesão causada por Donovanose de longa evolução. Havia feito cinco consultas de pré-natal, sem receber orientação ou tratamento.



Donovanose ou Granuloma Inguinal

Extensa úlcera em pênis: extensa lesão de Donovanose em pênis com importante área de destruição de tecidos.



Donovanose

- **Diagnóstico Laboratorial:**

- Biópsia

- Presença de corpúsculos de Donovan no material corado com Wright, Giemsa ou Leishman

- Diagnóstico diferencial:

- Sífilis, cancróide, tuberculose cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças granulomatosas

- **Tratamento:**

- Doxiciclina 100mg VO 2x/d até cura clínica (mínimo de 3 semanas)
 - Co-trimoxazol, ciprofloxacina, eritromicina, tianfenicol

Gonorréia

- **Uretrite Gonocócica**

- Agente etiológico: *Neisseria gonorrhoeae*, transmissão exclusiva através de contato sexual
- PI: 2 a 5 dias
- Quadro Clínico:
 - prurido na uretra
 - disúria
 - corrimento purulento
 - 70% dos casos em mulheres são assintomáticos
 - Pode complicar com prostatite, epididimite, estenose uretral, artrite, meningite, miocardite e septicemia

Uretrite gonocócica aguda

Secreção uretral: secreção uretral amarelo-esverdeada acompanhada com frequência de ardência e dor à micção.



Uretrite gonocócica aguda e Balanopostite

Secreção uretral: edema de prepúcio. Destacar o pronunciado edema no prepúcio e intensa secreção acumulada entre a glânde e o prepúcio.



Uretrite gonocócica e Sífilis (Cancro Duro)

Secreção uretral e úlcera em prepúcio: observar a secreção purulenta acompanhada do Cancro Duro no prepúcio.



Gonorréia Aguda: Cervicite e Vulvovaginite

Secreção purulenta em vulva: quadros como este de secreção purulenta abundante, devida exclusivamente à infecção gonocócica, são raros.



Gonorréia aguda

Endocervicite purulenta: observar a intensa secreção purulenta que sai do canal endocervical.

Quando não detectada a tempo, a infecção sobe atingindo a cavidade pélvica, provocando a Doença Inflamatória Pélvica (DIP).



Gonorréia

- **Diagnóstico Laboratorial:**

- Exame direto
 - Corar esfregaço com GRAM (diplococo G- intracelular) (95% para homem e 30% mulher)
- Cultura
 - Meio de Thayer-Martin, indicado para mulheres, homens com esfregaço negativo e casos suspeitos de resistência a penicilina

- **Tratamento:**

- Ciprofloxacina 500mg VO dose única
- cefixima 400 mg VO dose única
- ofloxacina 400mg VO dose única
- ceftriaxona 250mg IM dose única

Gonorréia extragenital

Artrite em joelho: líquido amarelado sendo extraído de joelho acometido por artrite gonocócica.
Admite-se que seja a *Neisseria gonorrhoeae* o agente etiológico mais freqüente em casos de artrite infecciosa em adultos jovens sexualmente ativos.



Gonorréia extragenital

Artrite em dedo médio: artrite gonocócica em dedo médio.



Conjuntivite gonocócica

Secreção conjuntival purulenta: tanto a clamídia quanto o gonococo podem causar oftalmias; em adultos geralmente por auto-inoculação e em recém-nascidos por contaminação na passagem pelo canal do parto infectado. A aplicação do colírio de nitrato de prata (técnica de Credè) é obrigatória em todas as maternidades.



Uretrite Não Gonocócica

- Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*
- As clamídias são as principais causas de UNG
- PI: 14 a 21 dias
- Quadro Clínico:
 - disúria leve e intermitente
 - corrimento mucóide
 - evolução subaguda com freqüência (50%)
 - 2/3 das mulheres parceiras estáveis de homens com UNG albergam a clamídia e vão reinfetar o parceiro, podendo evoluir com DIP também

Uretrite não gonocócica (UNG)

Secreção uretral: as uretrites não gonocócicas, assim como as cervicites não gonocócicas, são menos sintomáticas que as gonocócicas.

Na maioria das vezes são causadas pela clamídia. Não é raro o achado de infecção mista (gonorréia e clamídia) em casos como este.



Uretrite Não Gonocócica

- **Diagnóstico Laboratorial:**
 - Cultura
 - Diagnóstico definitivo é por cultura celular
 - Sorologia: IFD ou ELISA
 - PCR
- **Tratamento:**
 - Azitromicina 1g VO dose única
 - Doxiclina ou eritromicina

Condiloma Acuminado

- Agente etiológico: Vírus do papiloma humano (HPV), tem 70 tipos, 20 que acometem trato genital
- São classificados de acordo com seu potencial oncogênico

Risco Oncogênico	Tipo HPV	Lesões
Baixo	6, 11, 42, 43, 44	20% NIC baixo grau
Médio	31, 33, 35, 51, 52, 58	23% NIC alto grau e 10% Ca invasor
Alto	16, 18, 45, 56	47% NIC alto grau ou Ca 6% NIC e 27% Ca invasor

Condiloma Acuminado

- **Quadro Clínico:**
 - Maioria das infecções assintomáticas
 - Subclínicas: vistas com teste de detecção (ácido acético)
 - Clinicamente perceptíveis: Condiloma acuminado (verruga)
 - Diagnóstico é basicamente clínico
 - Podemos fazer biópsia, e PCR
- **Tratamento:**
 - Objetivo: remover verrugas sintomáticas
 - Crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, ácido tricloroacético e exérese cirúrgica
 - Provavelmente não há erradicação do HPV

Condiloma Acuminado



Condiloma Acuminado

José Carlos Gomes Sardinha



Condiloma Acuminado

Condiloma Acuminado

Lesões vegetantes verrucosas em pênis: observar que as lesões são verrucosas, multifocais, com aparência de crista de galo ou couve-flor.



Abordagem Sindrômica das DSTs

– **Objetivo:**

- Prover em única consulta o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados

– **Base do diagnóstico:**

- **Anamnese:** data do último contato sexual, número de parceiros, hábitos e preferências sexuais, DST prévia, métodos anticoncepcionais, uso recente de antibióticos
- **Exame físico:** Geral e genital minucioso
- **Exames Laboratoriais:** importantes mas nem sempre disponíveis

Abordagem Sindrômica DSTs

- Síndromes:
 1. Úlceras:
 2. Corrimento Uretral
 3. Lesões Verrucosas

Diagnóstico Sindrômico das DSTs

– Úlceras:

- Herpes Genital
- Cancro Duro (Sífilis, Lues)
- Cancro Mole (Cancróide)
- Donovanose

– Corrimento Uretral

- Uretrites Gonocócicas
- Uretrites Não Gonocócicas

– Lesões Verrucosas

- Condiloma Acuminado (HPV)

ETIOLOGIAS + COMUNS

Abordagem Sindrômica DSTs

– **Ações após o diagnóstico (SEMPRE):**

- Tratamento imediato
- Notificação compulsória.
- Observar resposta ao tratamento no retorno
- Tratar parceiros sexuais
- Aconselhamento
- Solicitação de exames sorológicos para outras DSTs, especialmente sífilis (VDRL) e HIV (ELISA)

Abordagem Sindrômica das DSTs





shutterstock - 88675798

ÚLCERA GENITAL

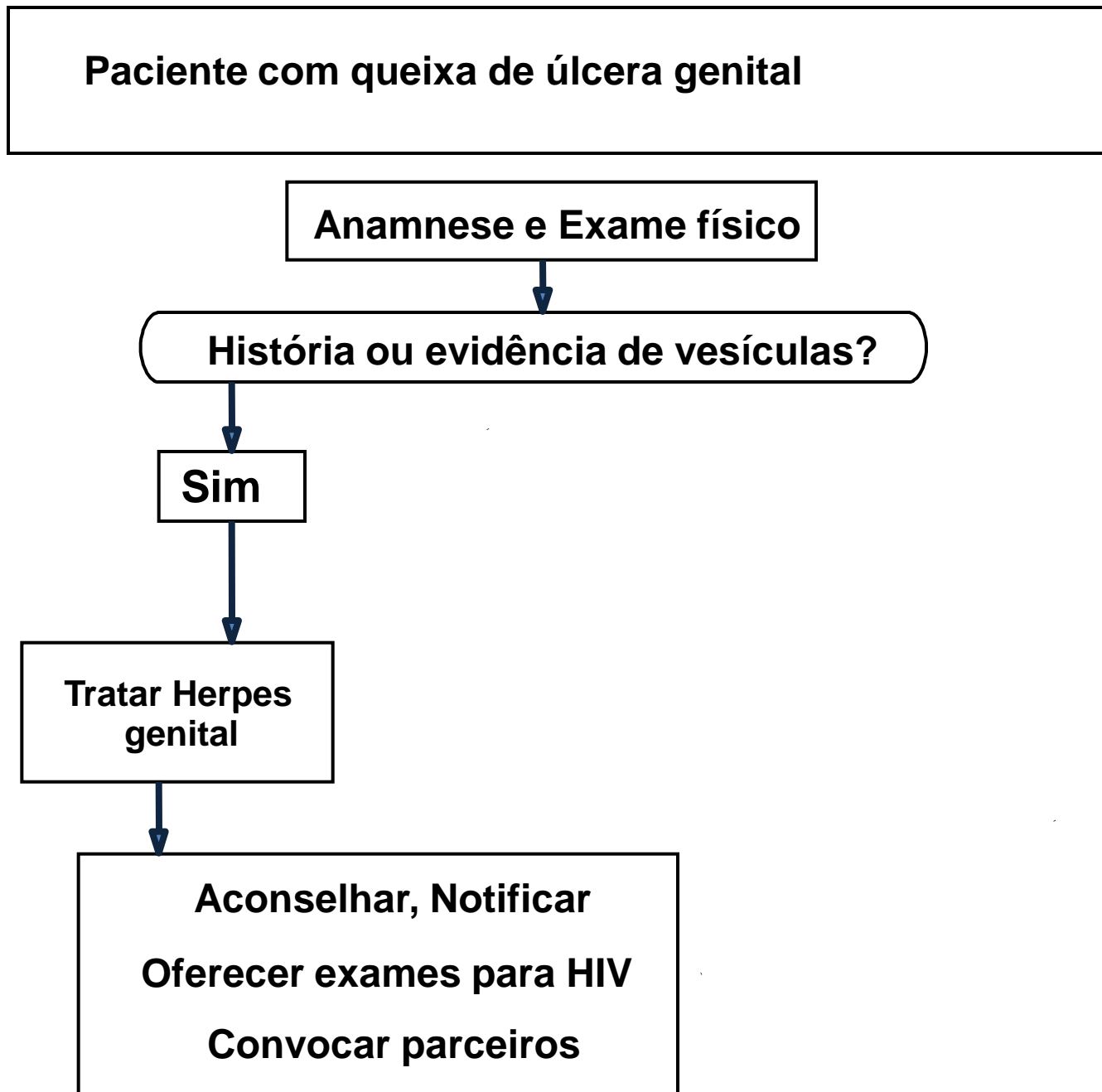
Paciente com queixa de úlcera genital

Anamnese e Exame físico

História ou evidência de vesículas?

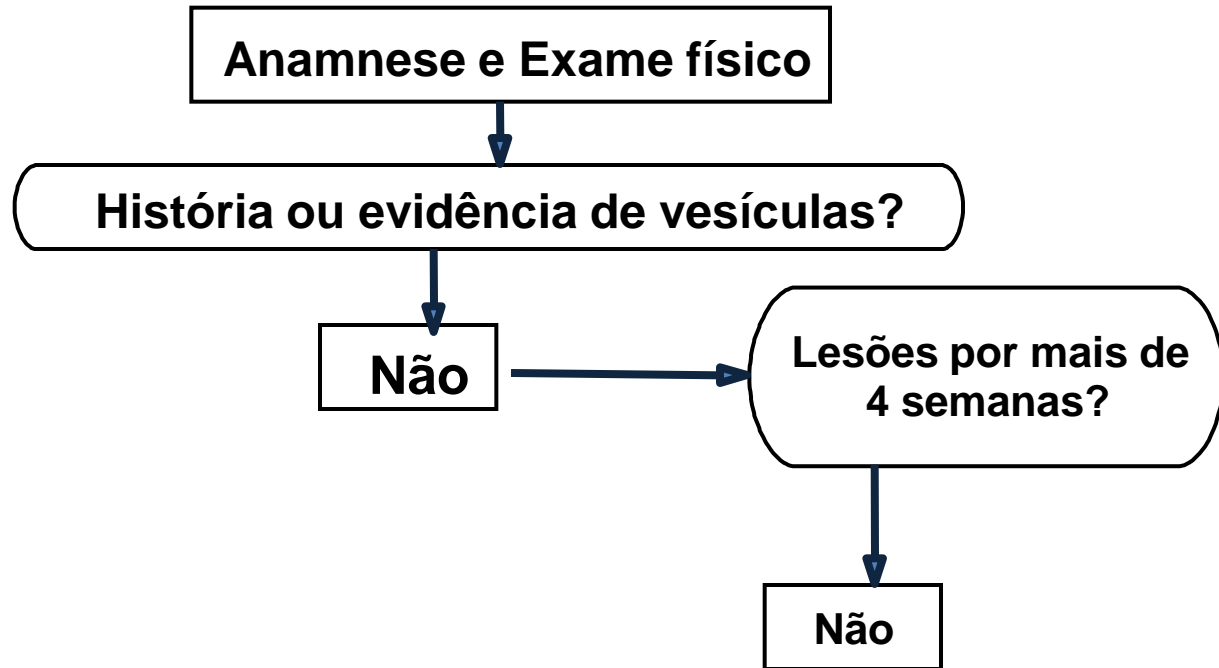
Sim

**Ú
L
C
E
R
A
G
E
N
I
T
A
L**



Paciente com queixa de úlcera genital

ÚLCERA GENITAL



ÚLCERA GENITAL

Paciente com queixa de úlcera genital

Anamnese e Exame físico

História ou evidência de vesículas?

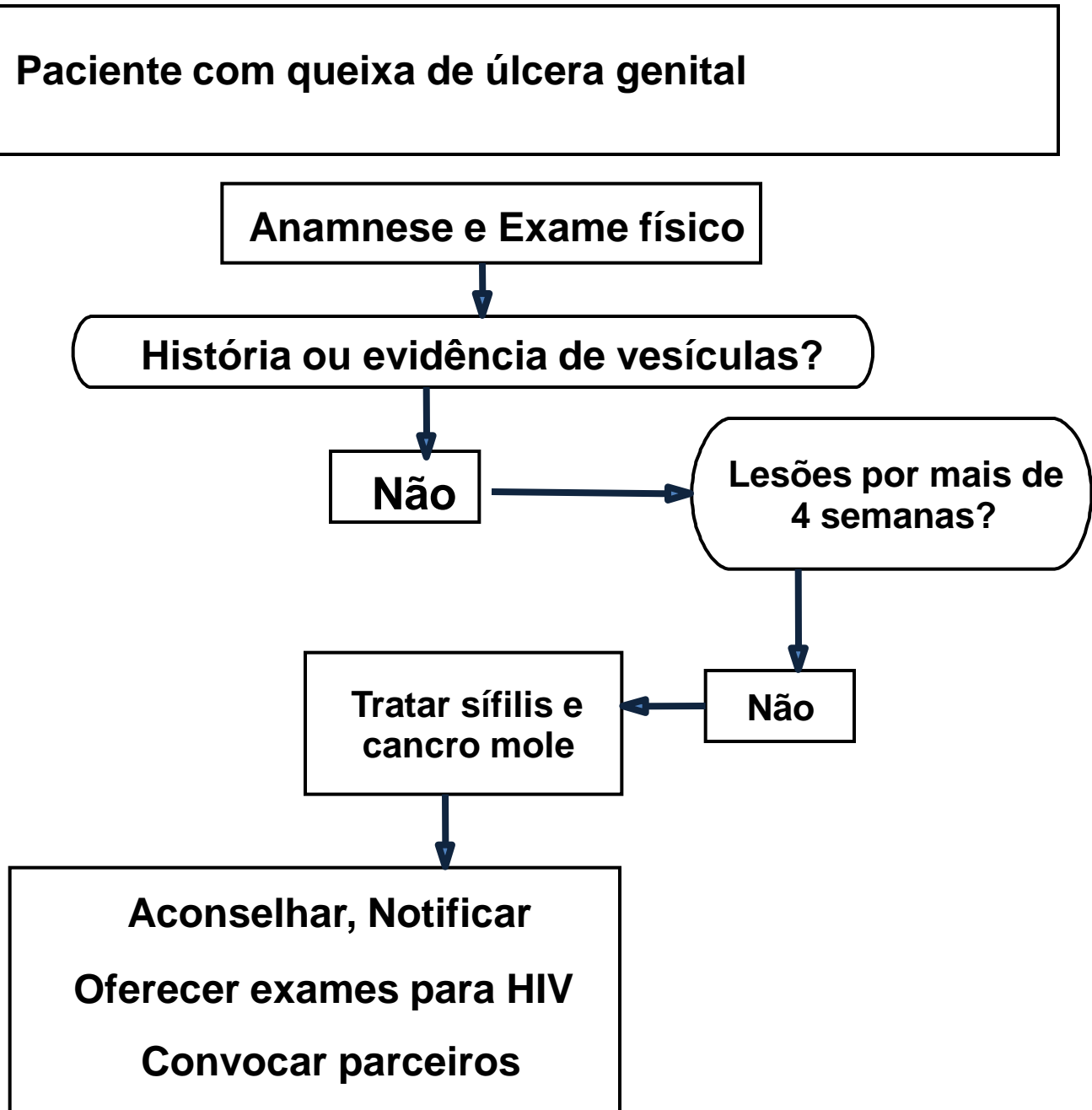
Não

Lesões por mais de 4 semanas?

Não

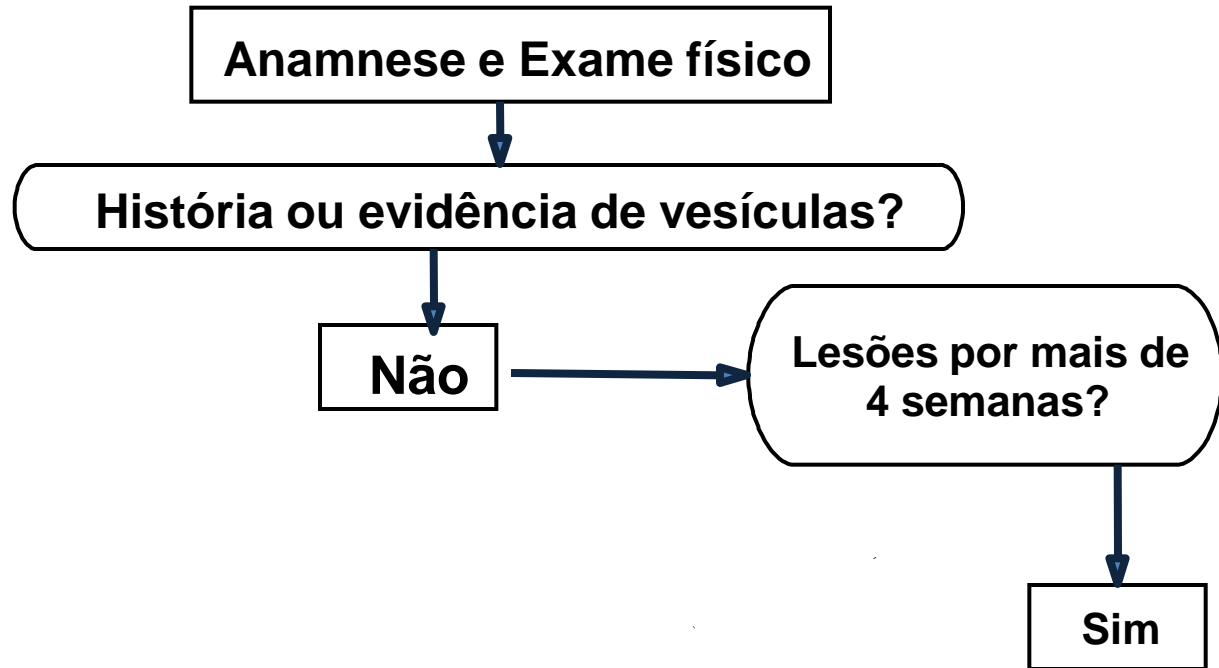
Tratar sífilis e cancro mole

Aconselhar, Notificar
Oferecer exames para HIV
Convocar parceiros



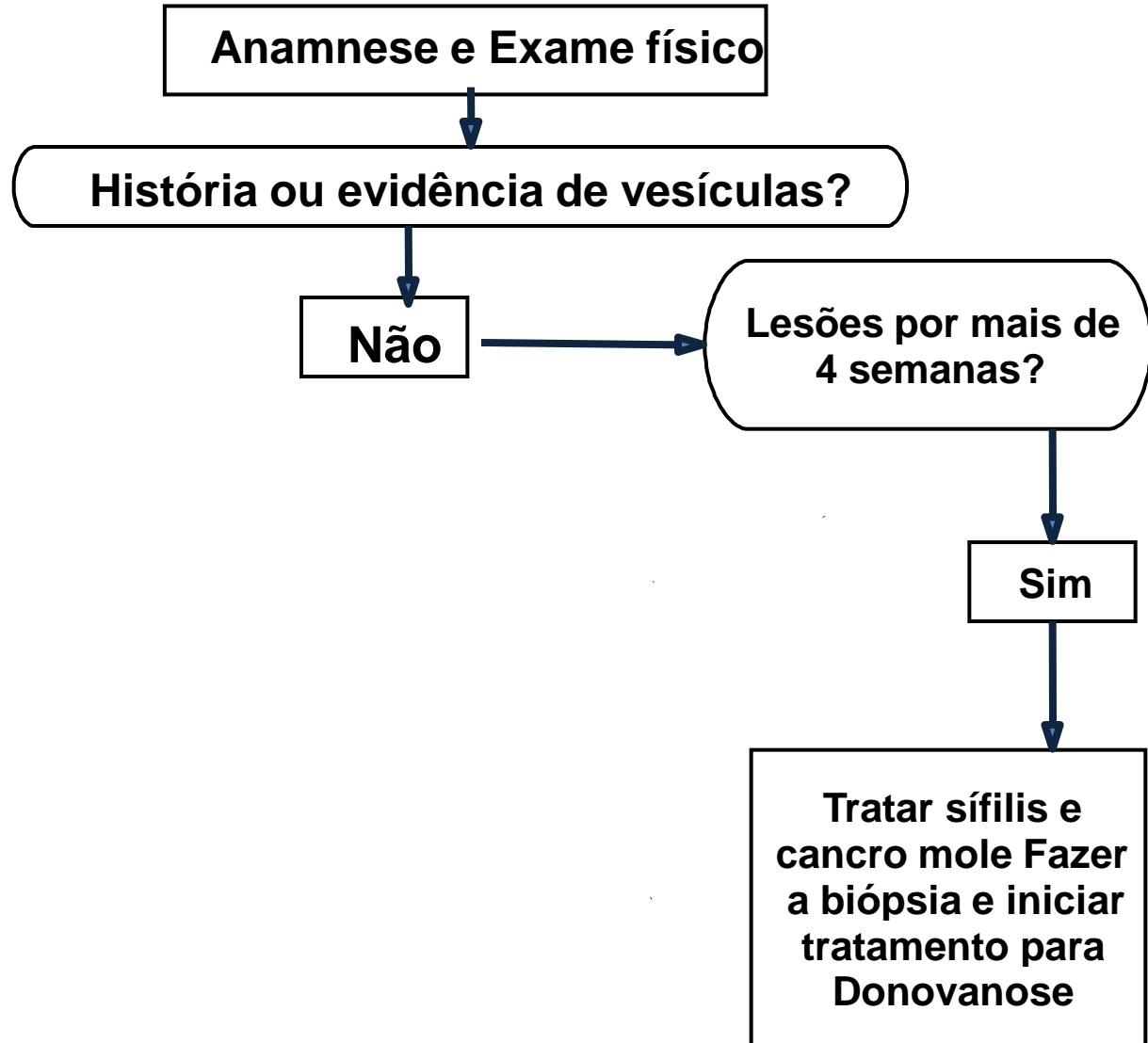
Paciente com queixa de úlcera genital

U L C E R A G E N I T A L



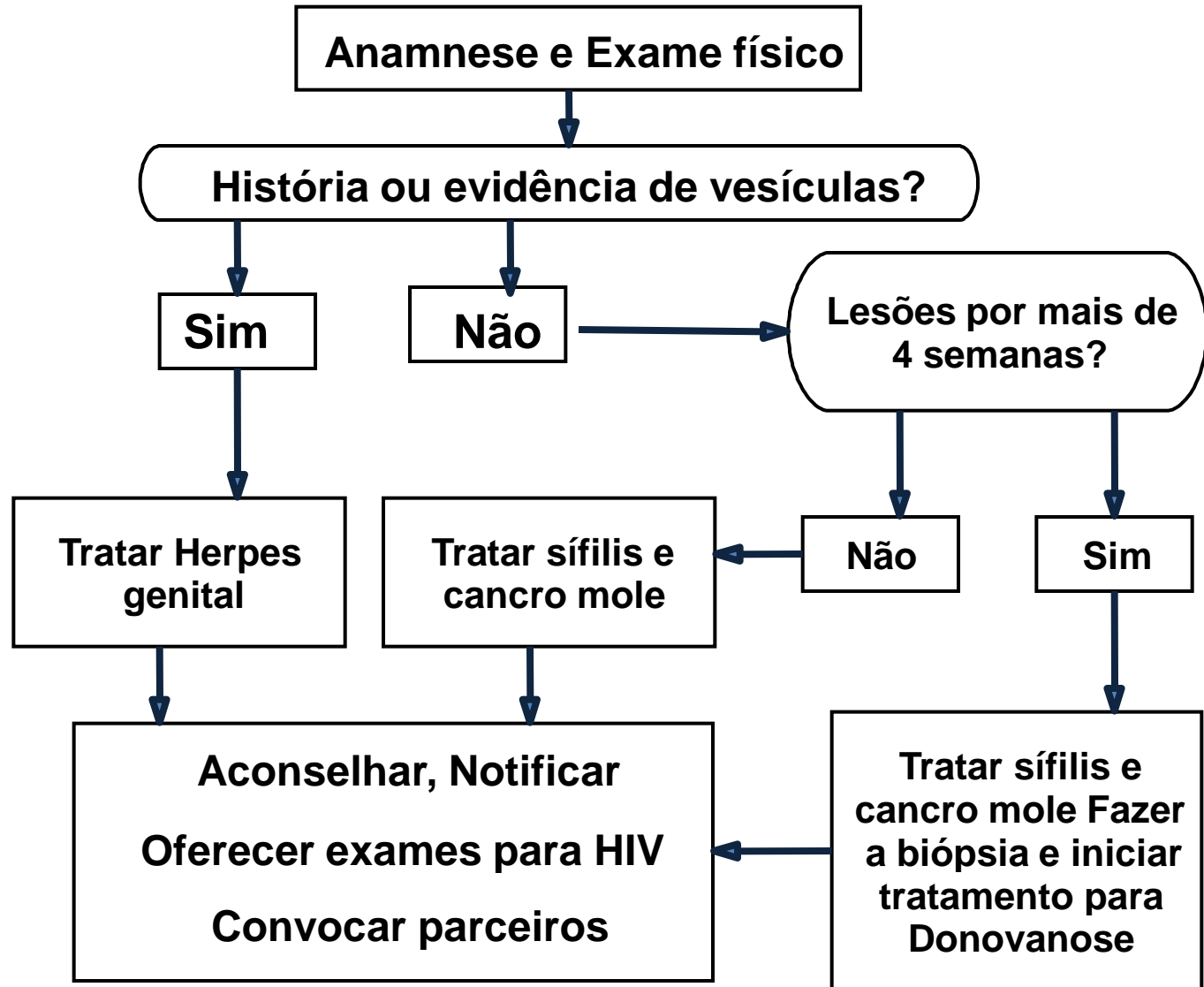
Paciente com queixa de úlcera genital

U L C E R A G E N I T A L



Paciente com queixa de úlcera genital

ÚLCERA GENITAL



Tratamento Herpes Genital

Para o 1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias ou 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias**
ou
- **Valaciclovir 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; ou**
- **Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.**

Tratamento Úlceras

Cancro mole e Cancro Duro:

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Sífilis	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), ou	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes);	Alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (ver capítulo específico)
+			
Cancro mole	Azitromicina 1 g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única;	Gestantes – contra-indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica, utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina

Tratamento Úlceras

Donovanose:

- Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou.
- Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica
- Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica ; ou
- Azitromicina 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões .

Corrimento Uretral

Paciente com queixa de corrimento uretral

**C
O
R
R
I
M
E
N
T
O

U
R
E
T
R
A
L**

Anamnese e Exame físico

Paciente com queixa de corrimento uretral

CORRIMENTO URETRAL

Anamnese e Exame físico

Bacterioscopia disponível na consulta?

Não

Tratar Clamídia e Gonorréia

Aconselhar, Notificar
oferecer exames para Sífilis e HIV
Convocar parceiros

**C
O
R
R
I
M
E
N
T
O

U
R
E
T
R
A
L**

Paciente com queixa de corrimento uretral

Anamnese e Exame físico

Bacterioscopia disponível na consulta?

Não

Sim

Diplococo Gram – intracelular presente?

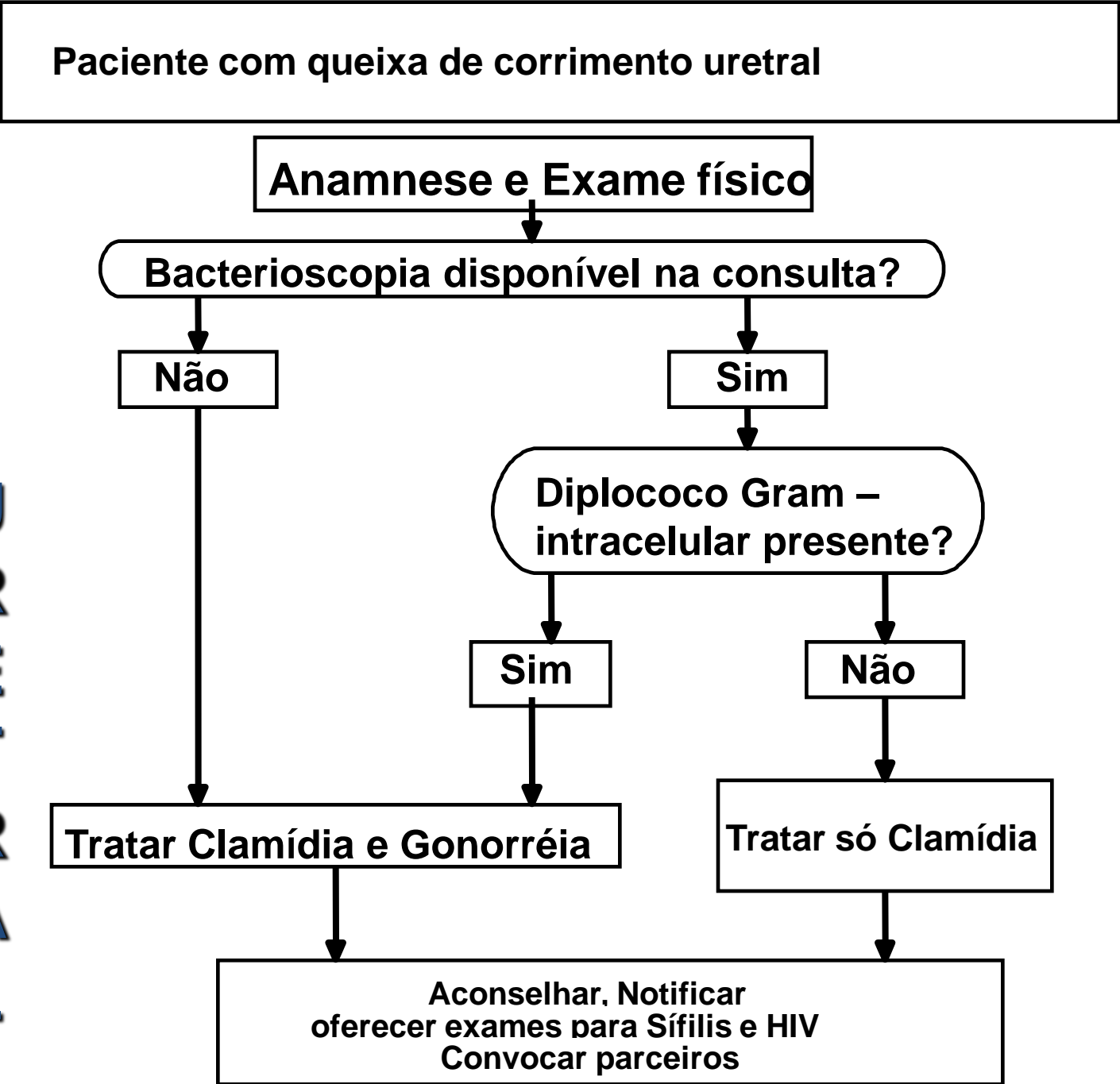
Sim

Tratar Clamídia e Gonorréia

**Aconselhar, Notificar
oferecer exames para Sífilis e HIV
Convocar parceiros**

**C
O
R
R
I
M
E
N
T
O

U
R
E
T
R
A
L**



Tratamento Corrimento Uretral

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única,	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	Em menores de 18 anos contra-indicar ofloxacina
	ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;		
+			
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única;	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única, ou Espectinomomicina 2g IM dose única	Em menores de 18 anos está contra-indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.
	ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única		

• Condiloma acuminado

- Agente etiológico: Vírus do papiloma humano (HPV), tem 70 tipos, 20 que acometem trato genital
- São classificados de acordo com seu potencial oncogênico
- 25% das mulheres estão infectadas pelo HPV

Risco Oncogênico	Tipo HPV	Lesões
Baixo	6, 11, 42, 43, 44	20% NIC baixo grau
Médio	31, 33, 35, 51, 52, 58	23% NIC alto grau e 10% Ca invasor
Alto	16, 18, 45, 56	47% NIC alto grau ou Ca 6% NIC e 27% Ca invasor

Abordagem Sindrômica das DSTs

- **Condiloma acuminado**

- Fazer diagnóstico diferencial com coroa hirsuta



Condiloma Acuminado

Lesões vegetantes verrucosas em pênis: observar que as lesões são verrucosas, multifocais, com aparência de crista de galo ou couve-flor.



Tratamento Condiloma

- Acido tricloro-acético 80-90% tópico
- Podofilina 10—25% (solução)
- Podofilotoxina 0,15% creme
- Imiquiod (induz ITF gama local)
- Eletrocauterização
- Criocauterização
- Laser
- Exérese cirúrgica

Dúvidas ???

