



# Abordagem Sindrômica das DSTs

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

# Abordagem Sindrômica das DSTs



# Abordagem Sindrômica das DSTs

- **Atendendo DSTs**
  - **AIDS**
  - **DSTs Abordagem Sindrômica:**
    - **Úlceras genitais (sífilis, cancro mole, herpes, etc.)**
    - **Corrimentos uretrais (uretrites gonocócica e não gonocócica)**
    - **Condiloma e infecção pelo HPV**
    - **Corrimentos vaginais**
    - **Dor pélvica**
  - **Outras DSTs**
    - **Hepatite B**
    - **Ectoparasitoses**
    - **Molusco Contagioso**

# Abordagem Sindrômica das DSTs

- **Princípios para o controle das DST:**

- **1. Interromper a cadeia de transmissão:**

- Eficácia de transmissão:

– sífilis recente	30 a 50%
– HIV	0.1 a 1%
– Gonorréia (mulher doente)	20 a 40%
– Gonorréia (homem doente)	60 a 90%
– Uretrite <i>Chlamydia</i>	15 a 25%
– Hepatite B	20 a 42%

- **2. Prevenir novas ocorrências**

- Aconselhamento de práticas sexuais mais seguras

# Abordagem Sindrômica das DSTs

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

# Abordagem Sindrômica das DSTs

- **Abordagem do paciente com DST:**
  - **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 das DSTs

- **Abordagem do paciente com DST:**

- **Após diagnóstico:**

- 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

- **Diagnóstico Sindrômico das DSTs**
  - 1. Úlceras:**
  - 2. Corrimento Uretral**
  - 3. Lesões Verrucosas**
  4. Corrimento Vaginal
  5. Dor Pélvica



# Abordagem Sindrômica 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)



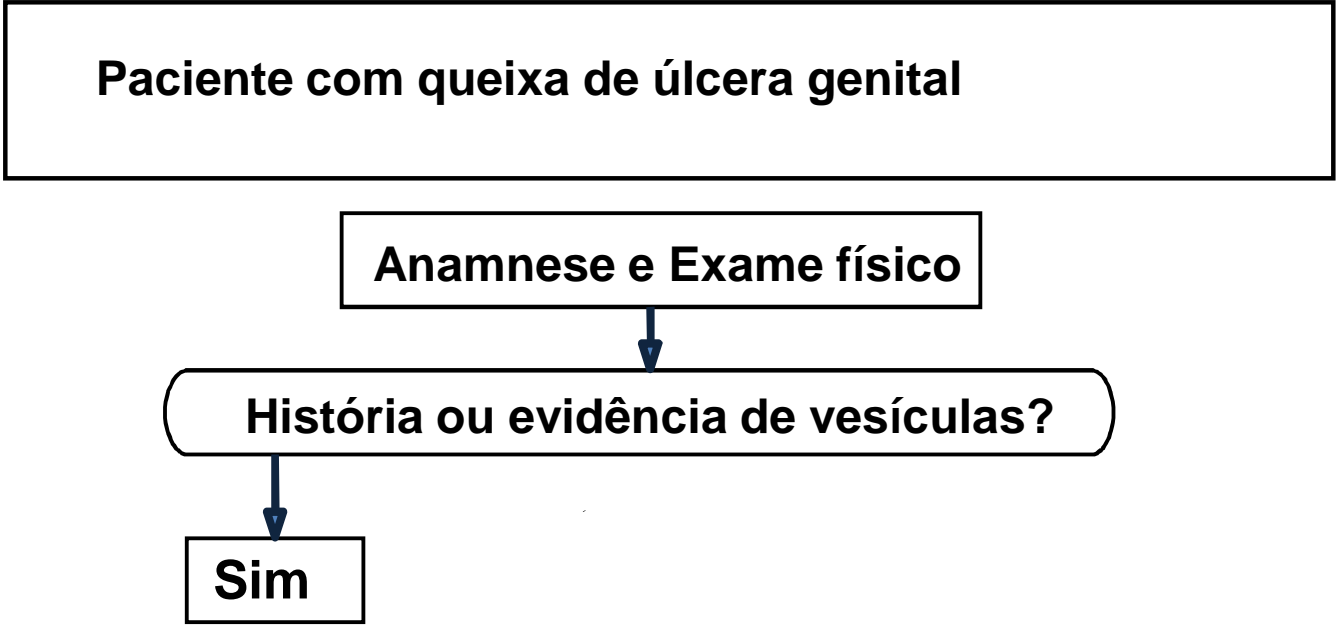
- Diagnóstico Sindrômico das DSTs

- Corrimento Vaginal
- Dor Pélvica

- Outras infecções de transmissão sexual:

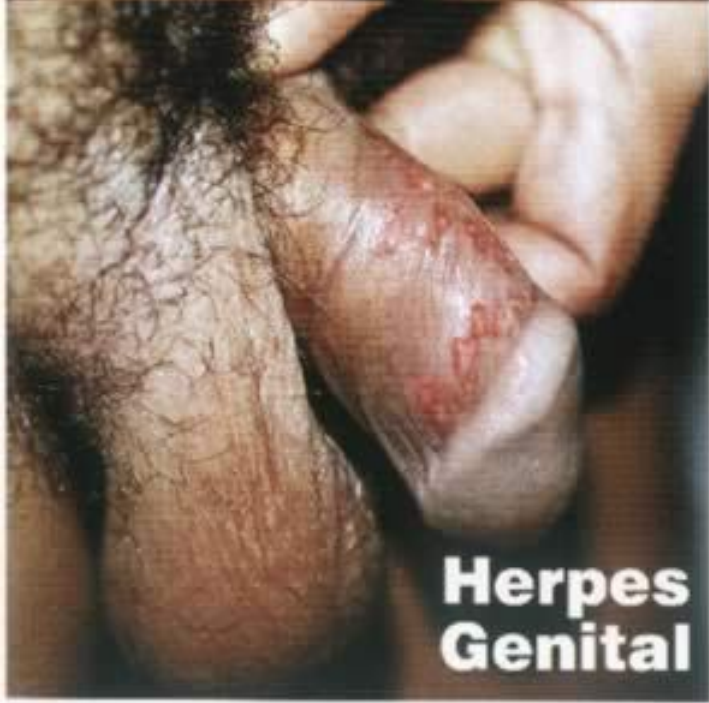
- HIV
- Hepatite B
- Citomegalovírus
- Molusco contagioso
- HTLV 1 e 2
- Ectoparasitoses (escabiose e pediculose)

**Ú  
L  
C  
E  
R  
A  
G  
E  
N  
I  
T  
A  
L**





José Carlos Gomes Sampaio



**Herpes  
Genital**

# 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.



# Herpes Genital

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



# Herpes Genital

**Lesões exulceradas em pequenos lábios: lesões exulceradas em face interna de pequenos lábios de vulva. Em vários casos, os pacientes chegam no ambulatório com lesões exulceradas e história de repetição.**



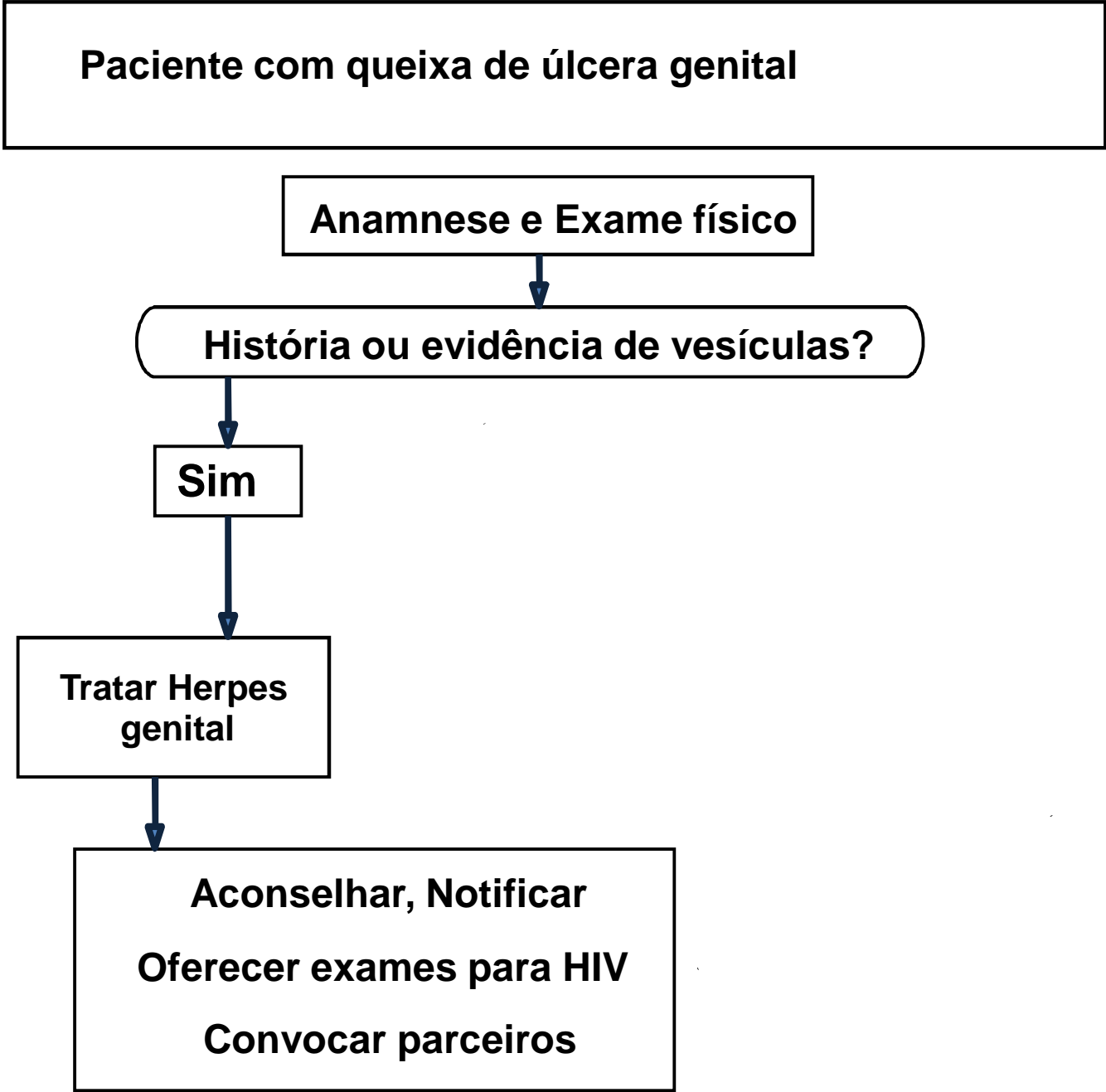


# Herpes Genital

**Extensa vulvite herpética: a primo-infecção do Herpes Genital é, geralmente, mais intensa que as recorrências. Nesse caso, as lesões praticamente tomaram toda a região genital, provocando intensa dor e retenção urinária, com impedimento até para a deambulação**



**Ú  
L  
C  
E  
R  
A  
G  
E  
N  
I  
T  
A  
L**



Paciente com queixa de úlcera genital

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

Anamnese e Exame físico

História ou evidência de vesículas?

Não

Lesões por mais de 4 semanas?

Não



Programa Estadual do R. G. do Sul



## **Sífilis Recente (primária) - Cancro duro**

**Úlcera em pênis: lesão única, bem definida; fundo limpo; bordas elevadas. Geralmente indolor**



# Sífilis Recente (primária) - Cancro duro

Úlcera em pênis: lesão única bem definida, fundo limpo. Mesmo estando frente a lesões típicas, não deve ser esquecida a possibilidade de estar ocorrendo um caso atípico de outra DST ulcerativa ou mesmo de associações entre elas.



# Sífilis Recente (primária) - Cancro duro

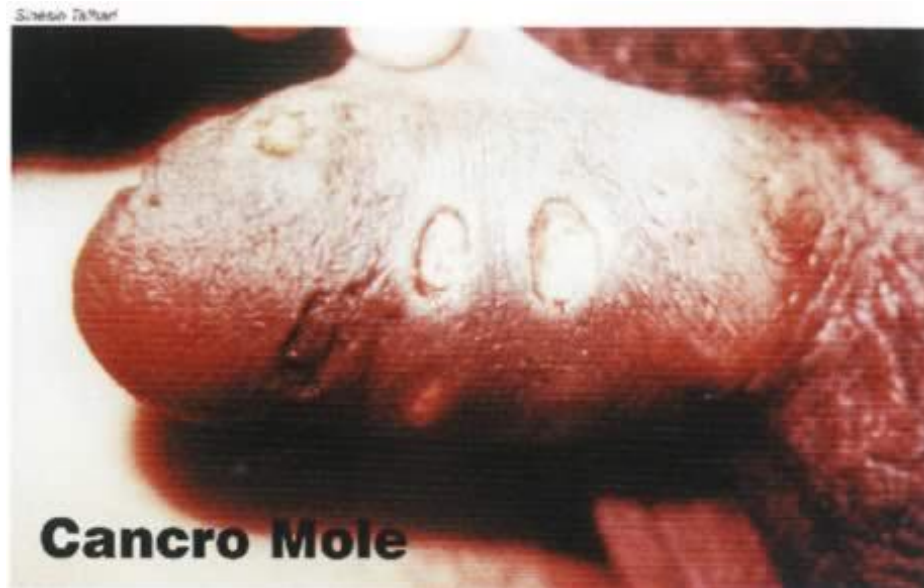
Úlcera em períneo: lesão única no períneo. Quando se observa lesão inicial, primária, na mulher, é a vulva a mais acometida.

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



# Cancro Mole

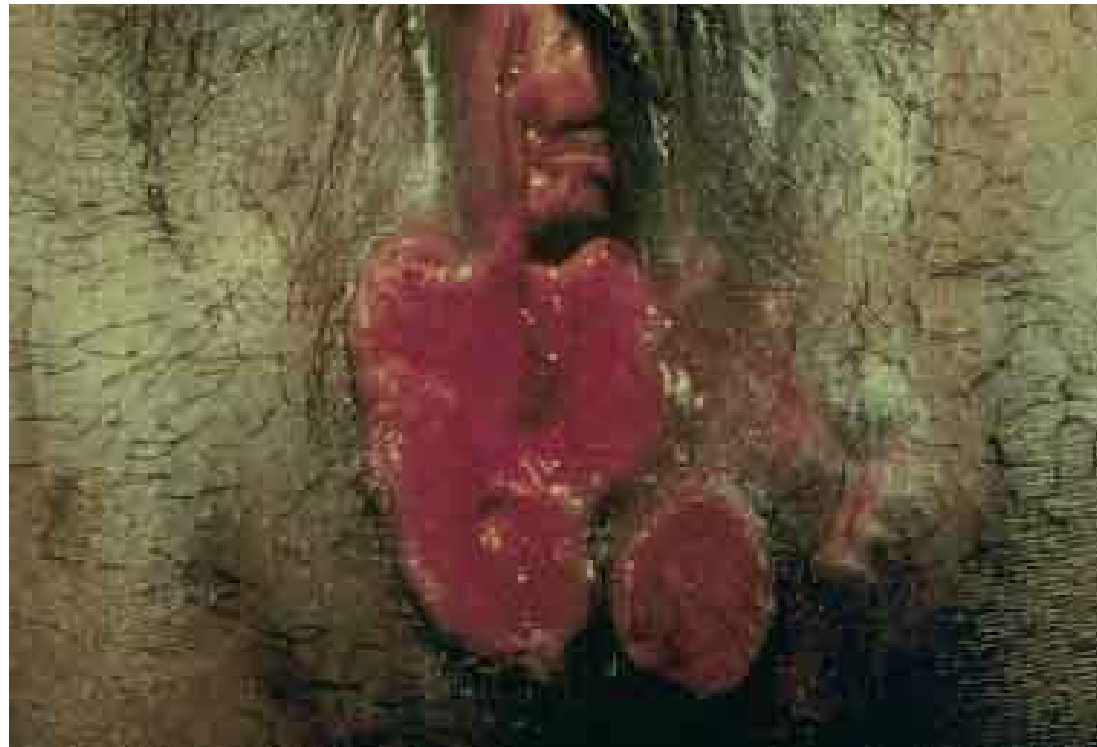
Úlceras múltiples, com fundo sujo





# 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.

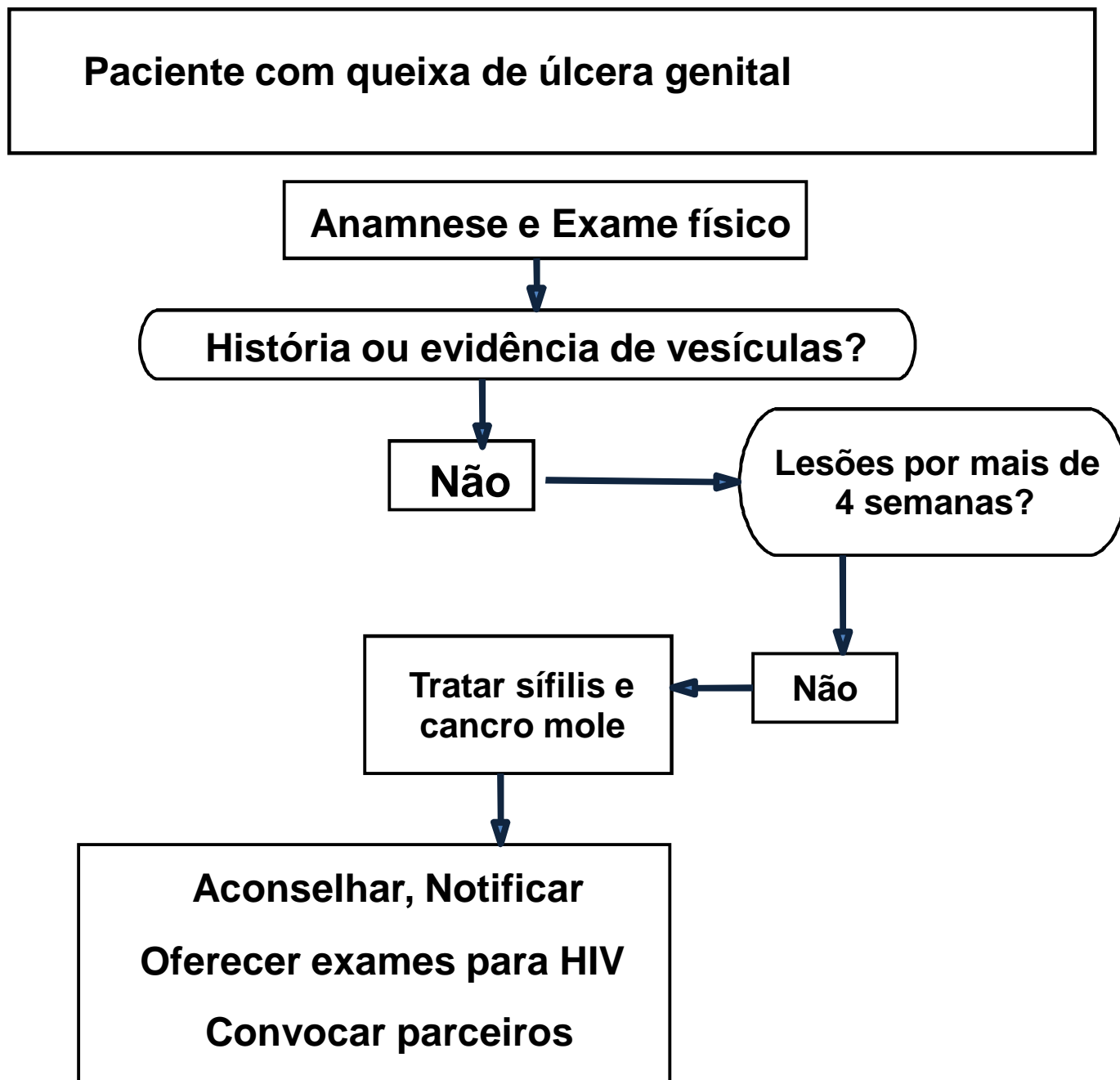


# Cancro Mole

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.



**Ú  
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

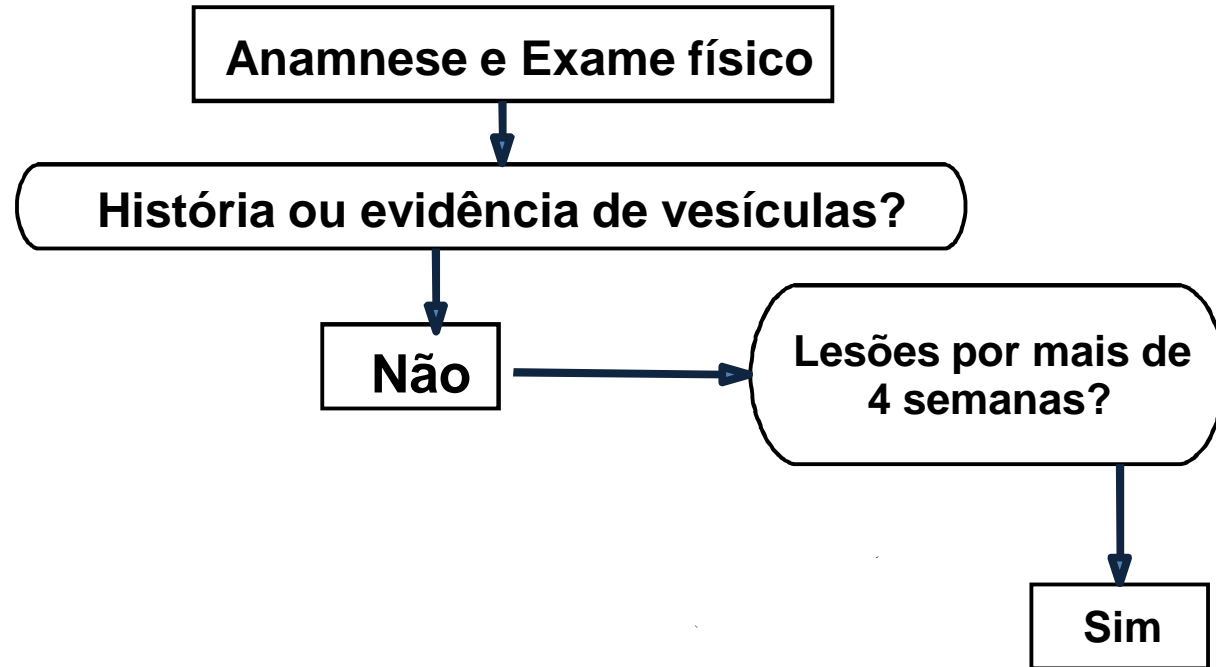
Anamnese e Exame físico

História ou evidência de vesículas?

Não

Lesões por mais de 4 semanas?

Sim



# 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

Úlcera em pênis: lesões de Donovanose ativa em pênis



# Donovanose ou Granuloma Inguinal

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





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

**Paciente com queixa de úlcera genital**

**Anamnese e Exame físico**

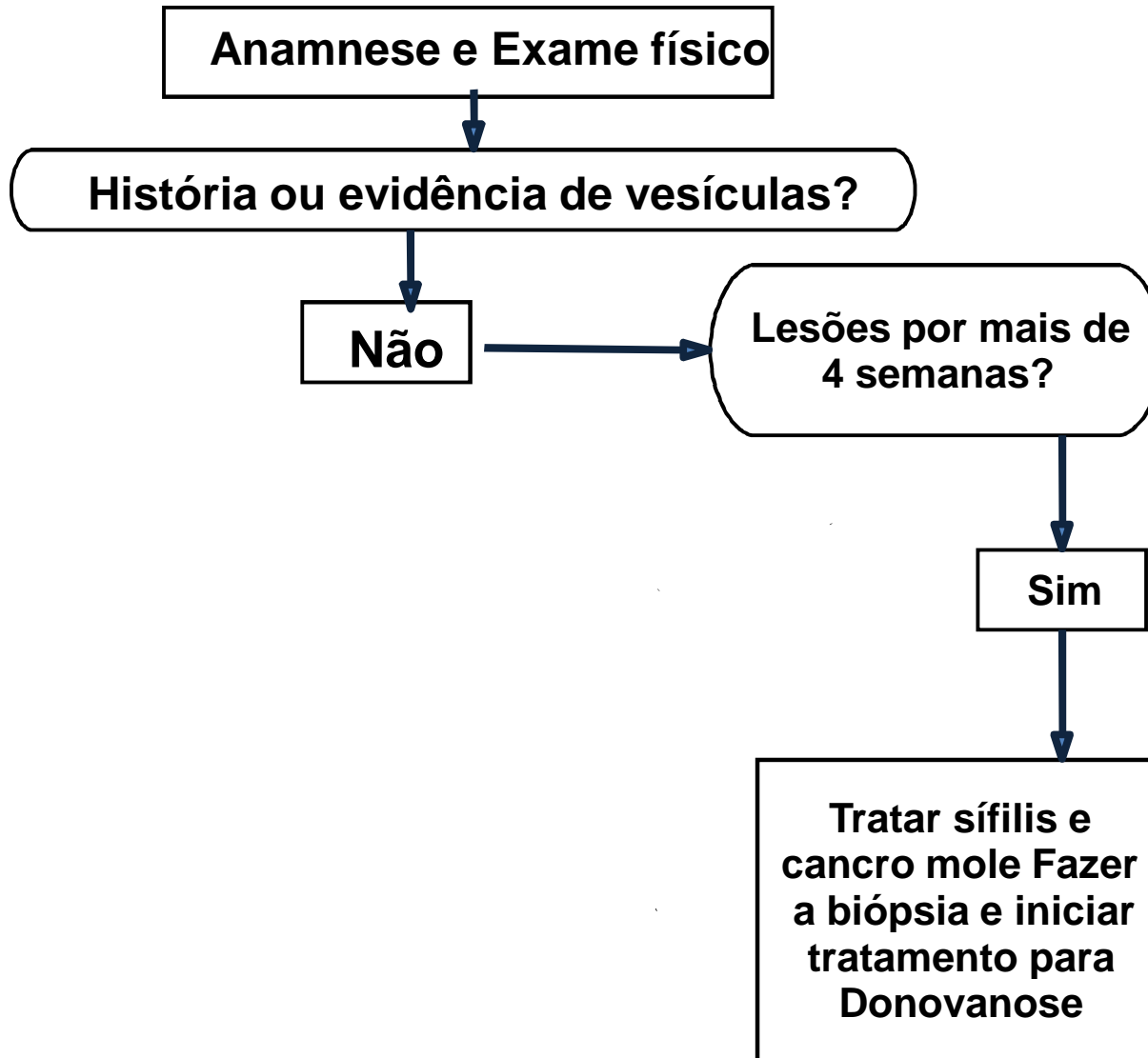
**História ou evidência de vesículas?**

**Não**

**Lesões por mais de 4 semanas?**

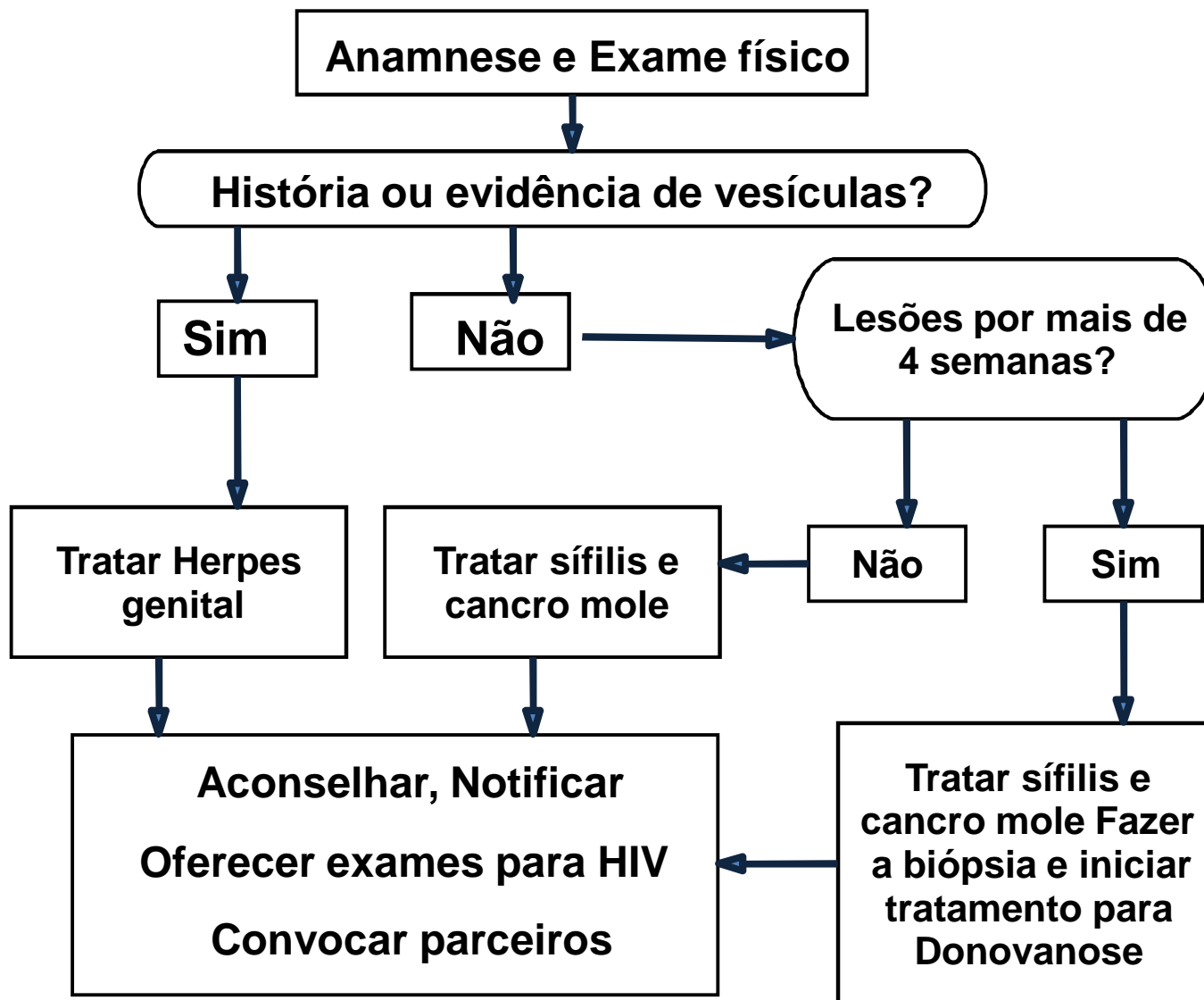
**Sim**

**Tratar sífilis e cancro mole Fazer a biópsia e iniciar tratamento para Donovanose**



# 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.**

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

- **Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias);**  
ou
- **Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias**  
ou
- **Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.**

Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia supressiva:

- **Aciclovir 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos** ou
- **Valaciclovir 500 mg por dia por até 1 ano; ou**
- **Famciclovir 250 mg 12/12 hs por dia por até 1 ano.**

**Gestantes:** tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.

**Herpes e HIV:** No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável:

- **Aciclovir 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.**

# 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 à eritromicina

# Tratamento Úlceras

## Donovanose:

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

- **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

# 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 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.**



Jose Carlos Gomes Sandoval



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

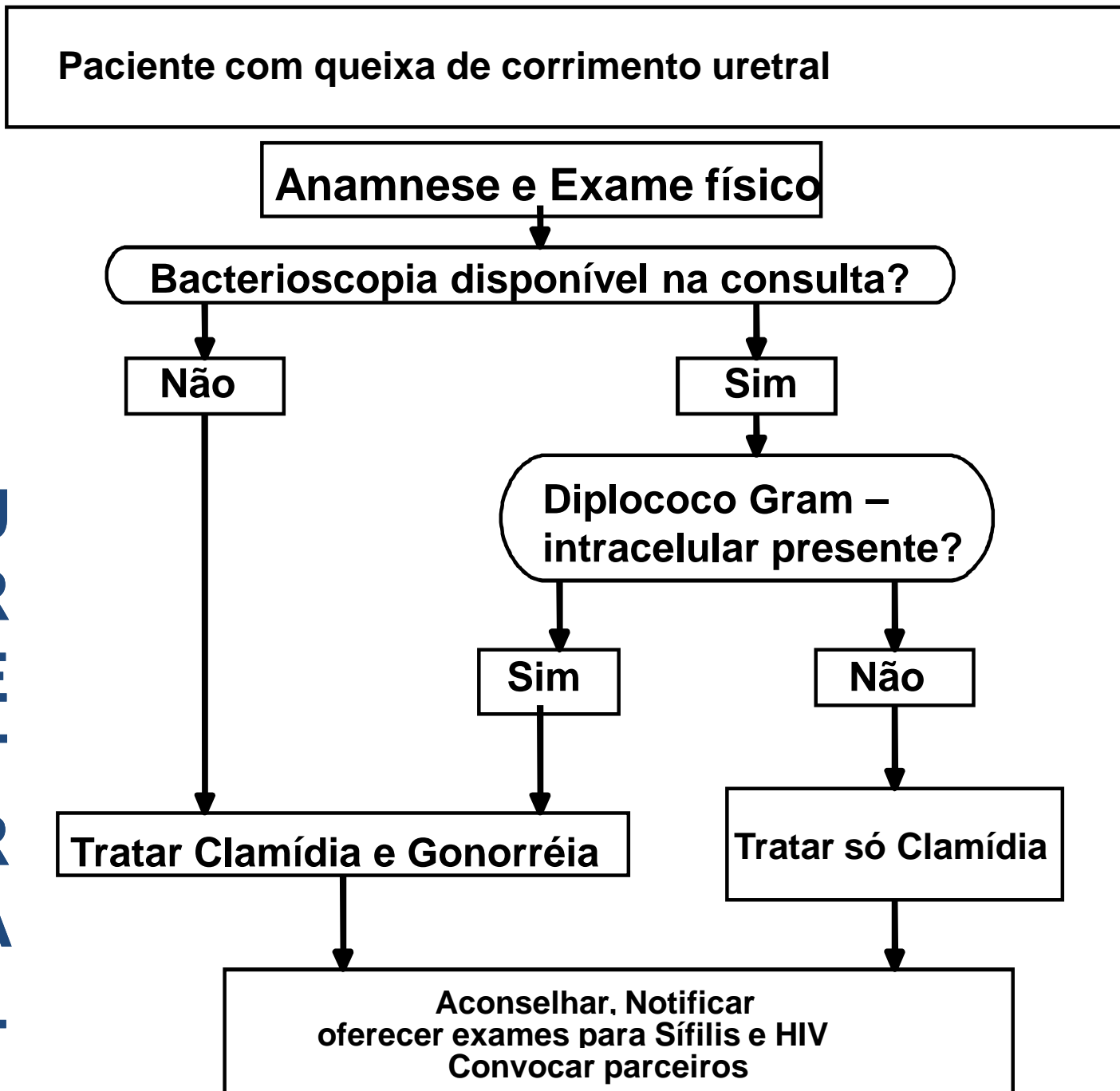
Bacterioscopia disponível na consulta?

Não

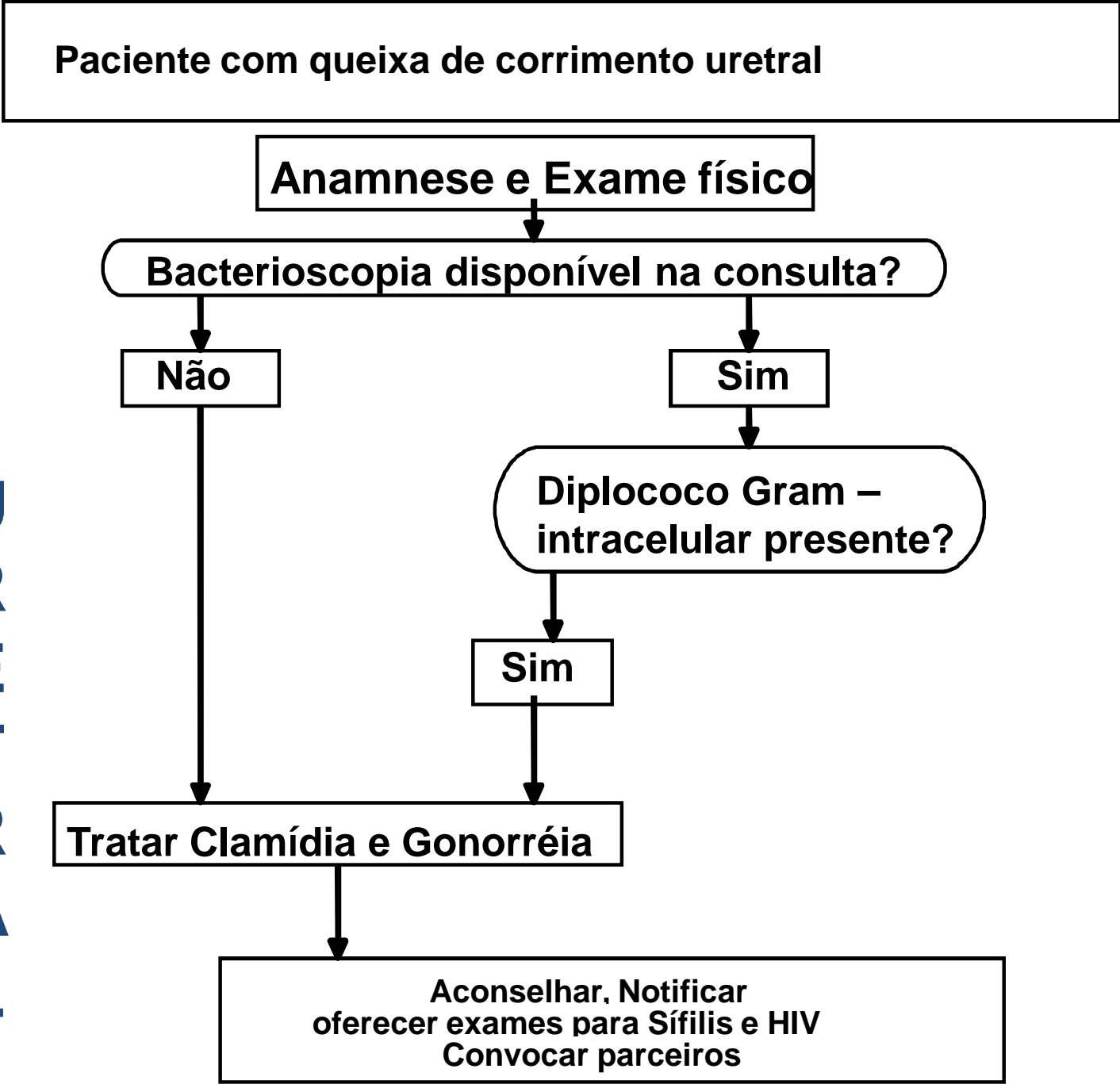
Tratar Clamídia e Gonorréia

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**



**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, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	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
+			
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única, ou Espectinomicina 2g IM dose única	Em menores de 18 anos está contra-indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.

# Tratamento Corrimento Uretral

- No retorno (7 a 10 dias), em caso de existência do corrimento ou recidiva, se o tratamento para gonorréia e clamídia do paciente e de seus parceiros foi adequado, deverá ser oferecido tratamento para agentes menos frequentes (micoplasma, ureaplasma, *T. vaginalis*).

**Quadro 7:** Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais.

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 7 dias	+	Metronidazol 2 g, VO, 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

<b>Risco Oncogênico</b>	<b>Tipo HPV</b>	<b>Lesões</b>
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.



# Condiloma Acuminado

Lesões vegetantes em vulva: é fundamental examinar toda a área genital e anal.  
Lembrar sempre da associação entre infecção pelo HPV e câncer de colo uterino.



# Condiloma Acuminado

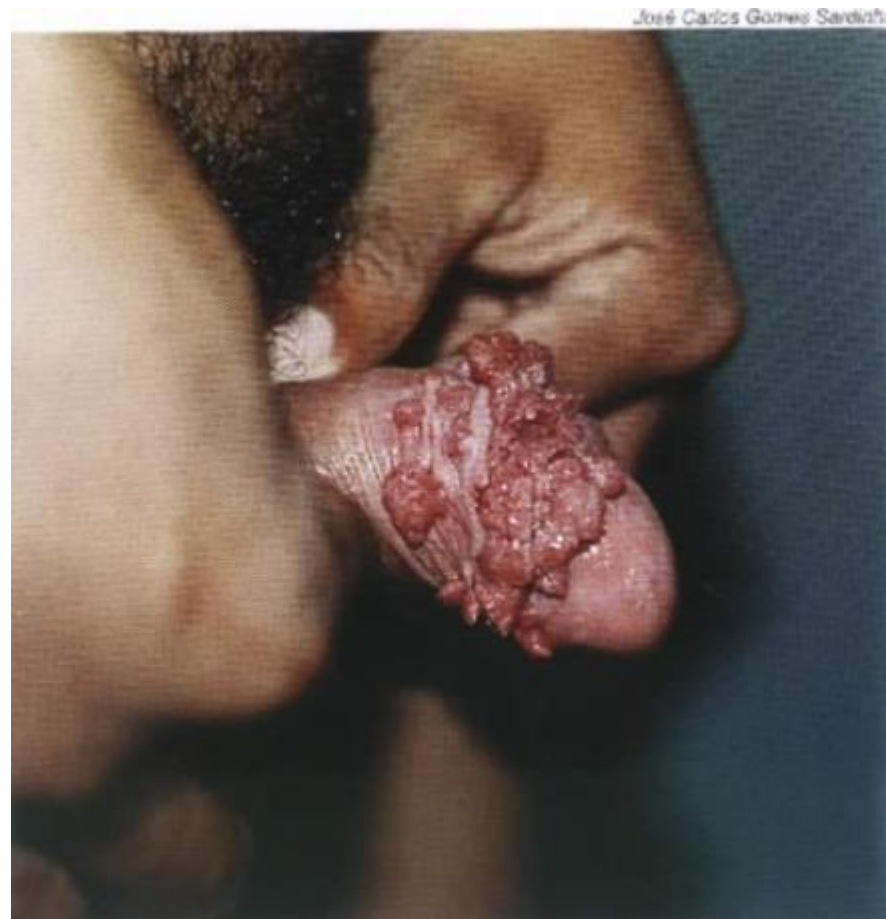
Condilomatose em vulva: condiloma gigante em vulva, o qual apesar de muito grande, estava pediculado no períneo.



# Condiloma Acuminado



# Condiloma Acuminado



# 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