



Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo

# Abordagem Sindrômica das DSTs Úlceras, Corrimento e Verruga

Valdes Roberto Bollela

# SINTOMA

corrimento, úlcera, verruga - genital

História clínica e epidemiológica;  
Ant. pessoais e Familiares  
Exame Físico

Identificar a porta de entrada

Diagnóstico Anatômico

Diagnóstico Sindrômico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Presunção da Etiologia

Investigação Complementar

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO  
Outras DSTs – HIV, HBV, HCV, Sífilis

Plano terapêutico  
Manejo do caso

# Abordagem Sindrômica DSTs

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

# 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

# Diagnóstico Sindrômico/Etiológico das DSTs

## – Úlceras:

- Herpes Genital – *HSV 2 ou HSV 1*
- Cancro Duro (Sífilis, Lues) – *Treponema pallidum*
- Cancro Mole (Cancróide) – *Haemophilus ducreyi*
- Donovanose - *Klebsiella granulomatis*

## – Corrimento Uretral

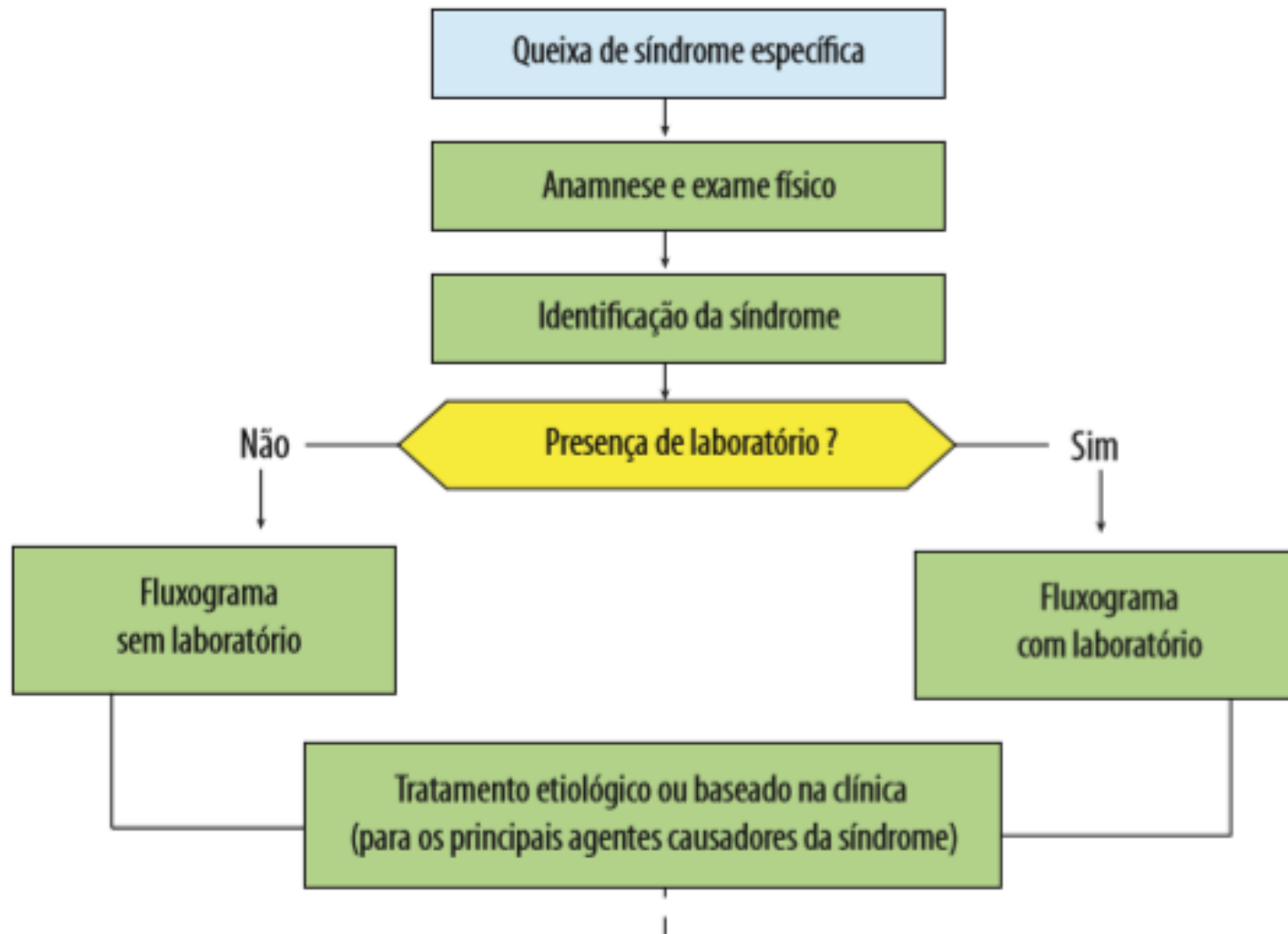
## ETIOLOGIAS + COMUNS

- Uretrites Gonocócicas - *Neisseria gonorrhoeae*
- Uretrites Não Gonocócicas - Mycoplasma, ureaplasma, Chlamidia

## – Lesões Verrucosas

- Condiloma Acuminado - HPV subtipos

# Abordagem Sindrômica das DSTs



# Abordagem Sindrômica DSTs

## – Ações após suspeita (**SEMPRE**):

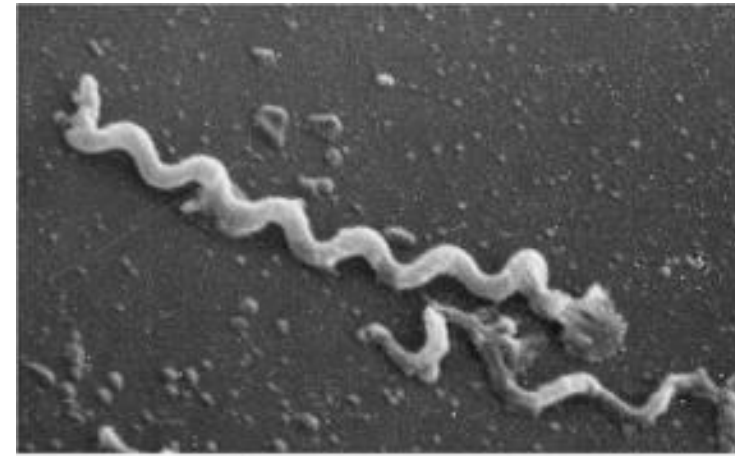
- Tratamento imediato
- Notificação compulsória
- Observar resposta ao tratamento no retorno
- Tratar parceiros sexuais
- Aconselhamento
- Solicitação de exames sorológicos para outras DSTs
  - Sífilis (VDRL) e HIV, HBV e HCV (ELISA)

# Sífilis



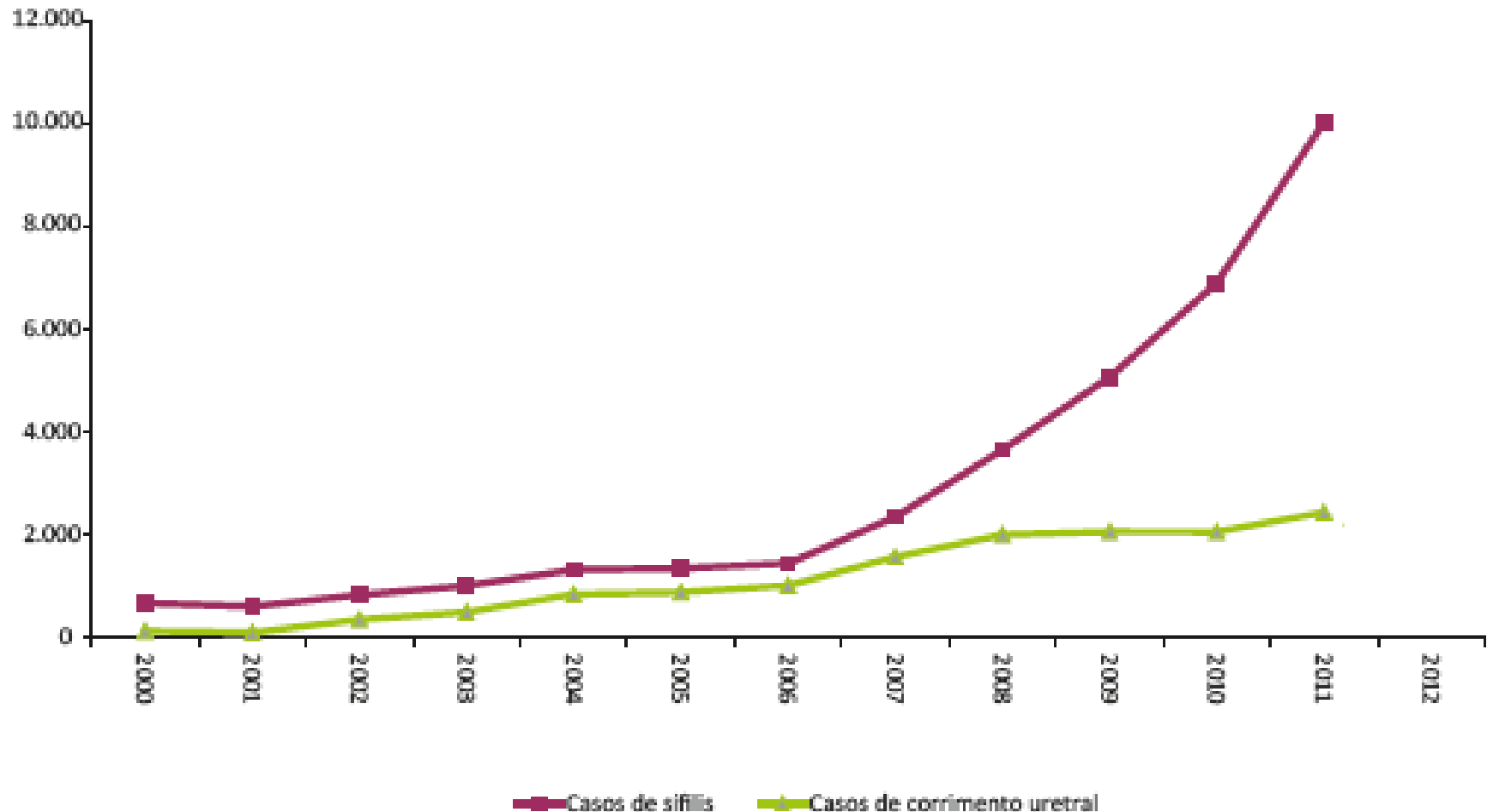
# Sífilis - Lues

- **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:

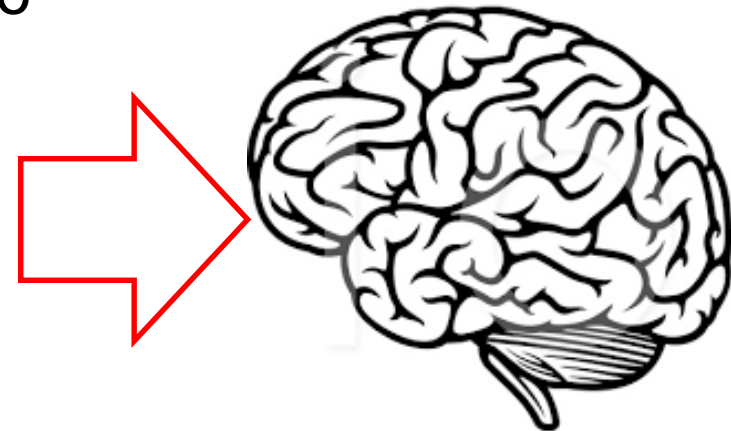
- **Sífilis Adquirida**

- **Recente**: evolução < 1 ano

- » Primária (cancro duro)

- » Secundária

- » Latente recente



# Sífilis - Lues

- **Sífilis**

- Classificação:

- **Sífilis Adquirida**

- **Tardia**: evolução > 1 ano

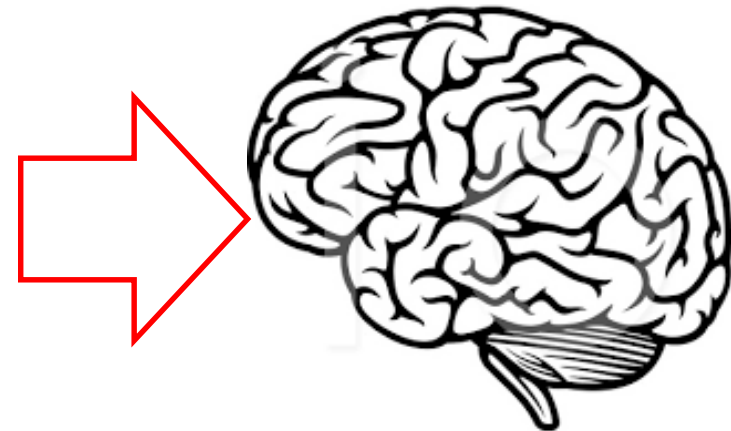
- » Latente tardia

- » Terciária

- **Sífilis Congênita**

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

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



# Sífilis - Lues

- **Sífilis Primária (cancro duro)**

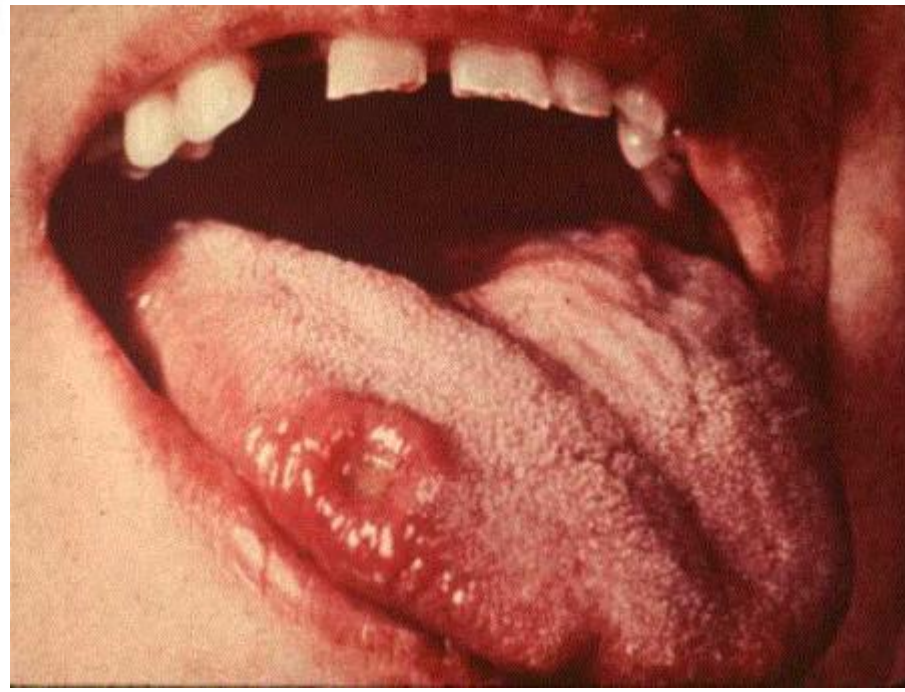
- PI: 10 a 90 dias (média de 21 dias) após contato sexual
- Lesão rosada plana ou ulcerada
- Lesão geralmente:
  - única
  - pouco dolorosa
  - base endurecida
  - fundo liso e brilhante
  - pouca secreção serosa
- Pode apresentar adenopatia regional



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

# Neurosífilis

- Quando há acometimento do SNC
- Detectado através de punção do LCR:
  - ↑↑ células (linfo-monocitária)
  - ↑↑ proteínas
  - **VDRL +, em qualquer título no LCR**
- Fatores associados:
  - Imunodeficiência
  - Mais comum após o secundarismo ou sífilis primária



# Diagnóstico Complementar

- **Sífilis**

- **Sífilis Adquirida**

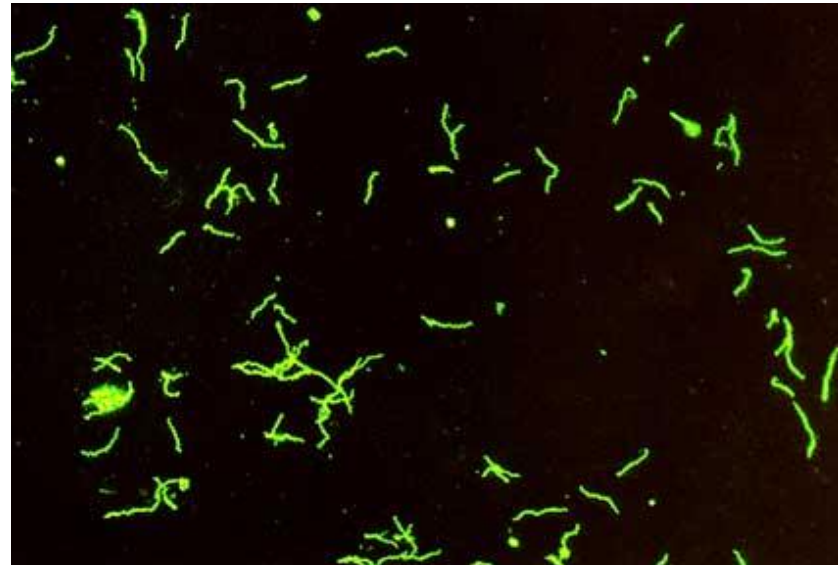
- **Recente**: evolução < 1 ano

- » Primária (cancro duro)

VDRL

FTA-ABS

IgM e IgG



# DIAGNÓSTICO

- **Sífilis**

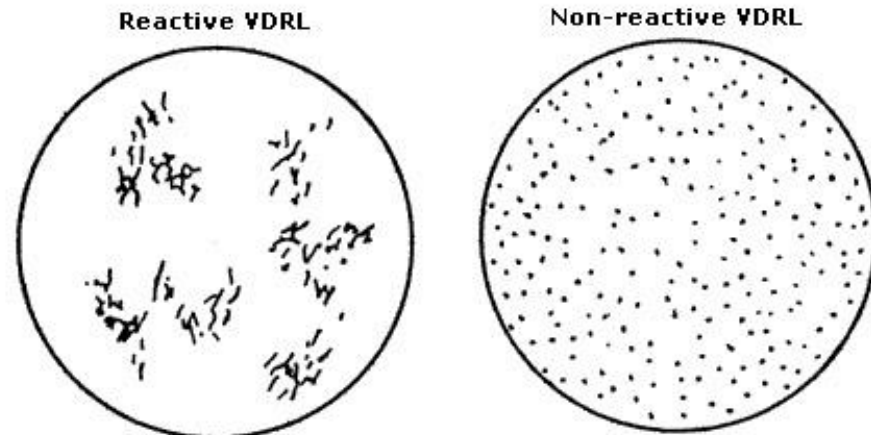
- **Sífilis Adquirida**

- **Recente**: evolução < 1 ano

- » Primária (cancro duro)

- » Secundária

- » Latente recente



VDRL

# DIAGNÓSTICO

- **Sífilis**

- **Sífilis Adquirida**

- **Tardia:** evolução > 1 ano

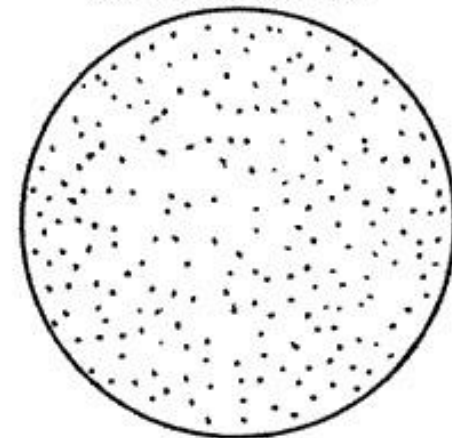
- » Latente tardia

- » Terciária

Reactive VDRL



Non-reactive VDRL



VDRL

# Sífilis - Lues

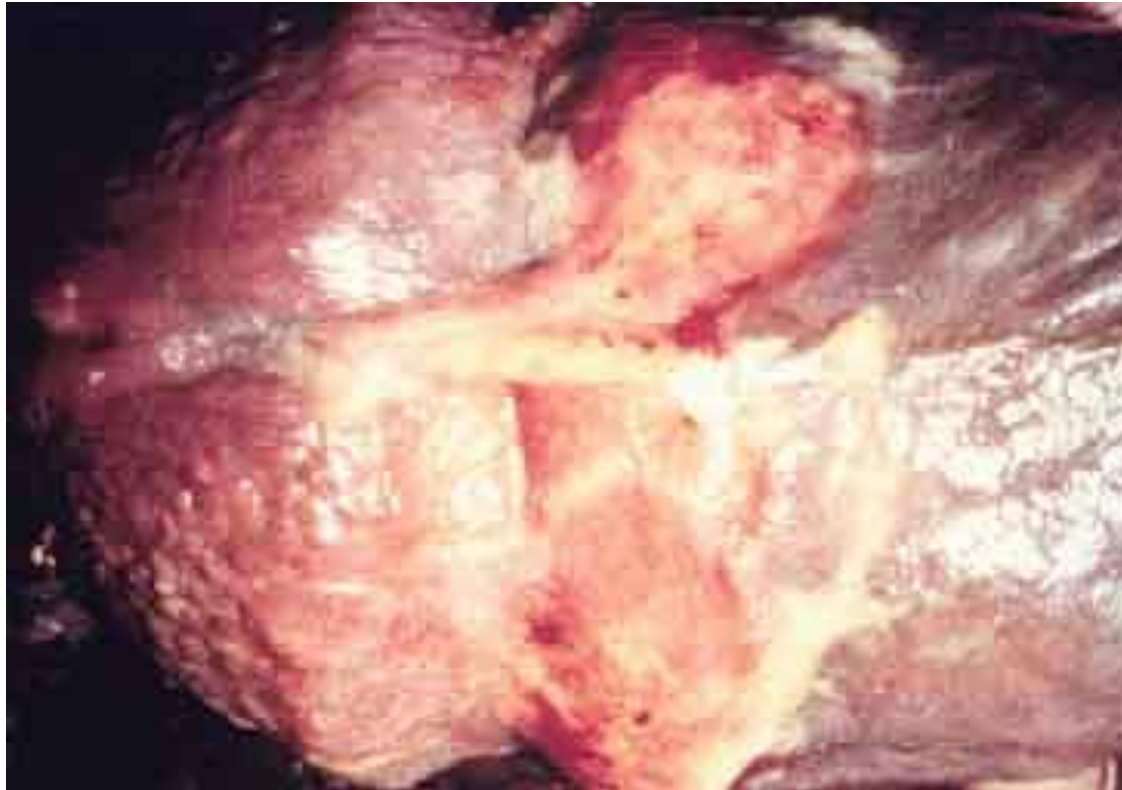
- **Tratamento:**
  - **Sífilis recente** (primária, Sífilis Secundária e Latente recente)
    - Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI IM dose única
  - **Sífilis Tardia (Latente e Terciária)**
    - Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI IM semanal, por 3 semanas
  - **Neurosífilis**
    - Penicilina G Cristalina (EV) em altas doses – 14 dias

# 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

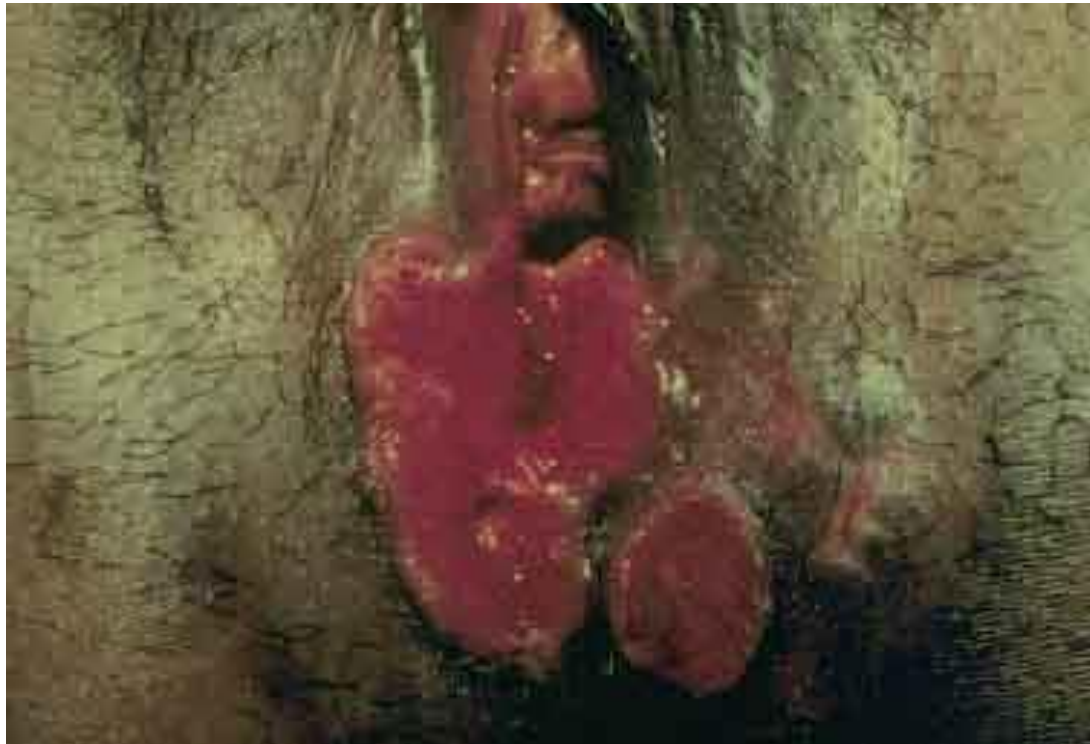
Úlceras em pênis: lesões múltiplas ulceradas. Com freqüência, dor local acompanha o quadro clínico.





# 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

# 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.



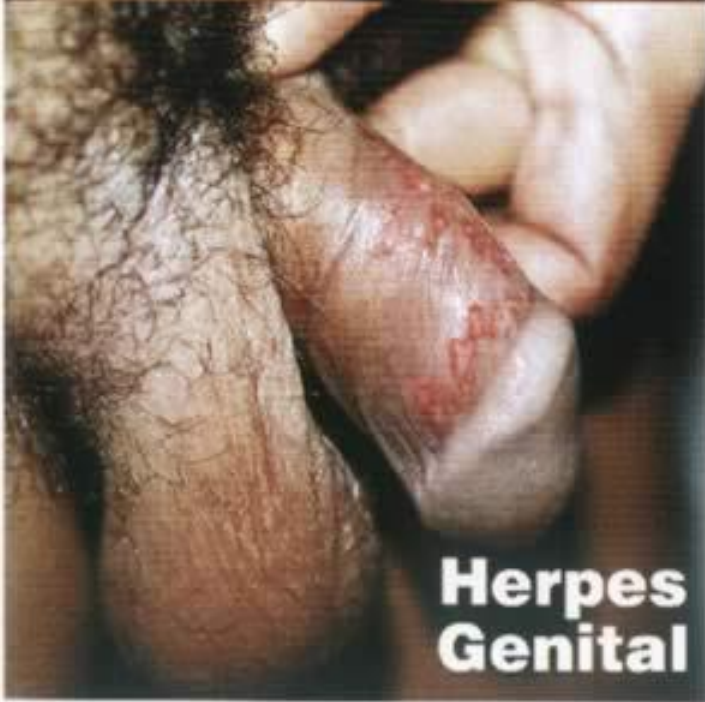
# Herpes Genital

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

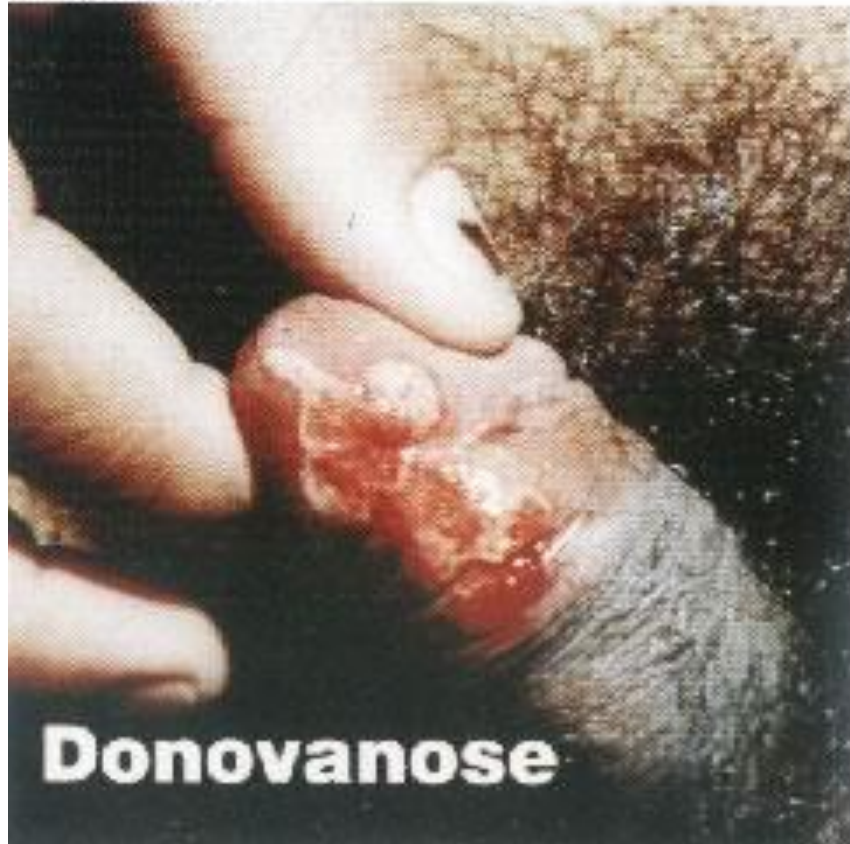
- **Diagnóstico Laboratorial:**
  - Citodiagnóstico
    - Tzanck: células multinucleadas e balonização das células
    - Papanicolau: Inclusões virais
  - Cultura
    - Método mais sensível, difícil de realizar
  - Biópsia
    - Pode ser usado, mas em situações especiais

# 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

# Abordagem Sindrômica DSTs

- Síndromes:
  1. Úlcera genital



# ÚLCERA GENITAL

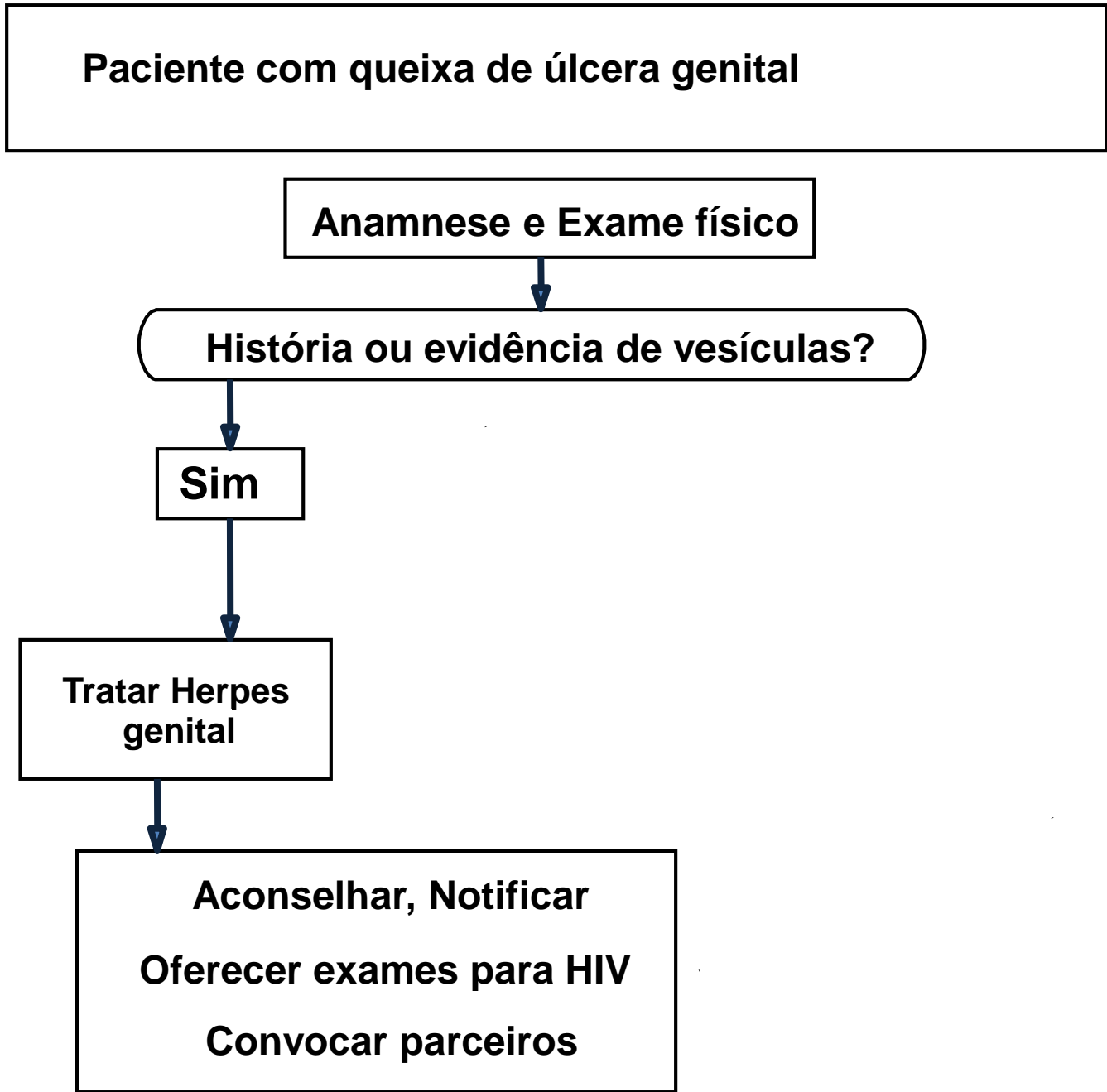
Paciente com queixa de úlcera genital

Anamnese e Exame físico

História ou evidência de vesículas?

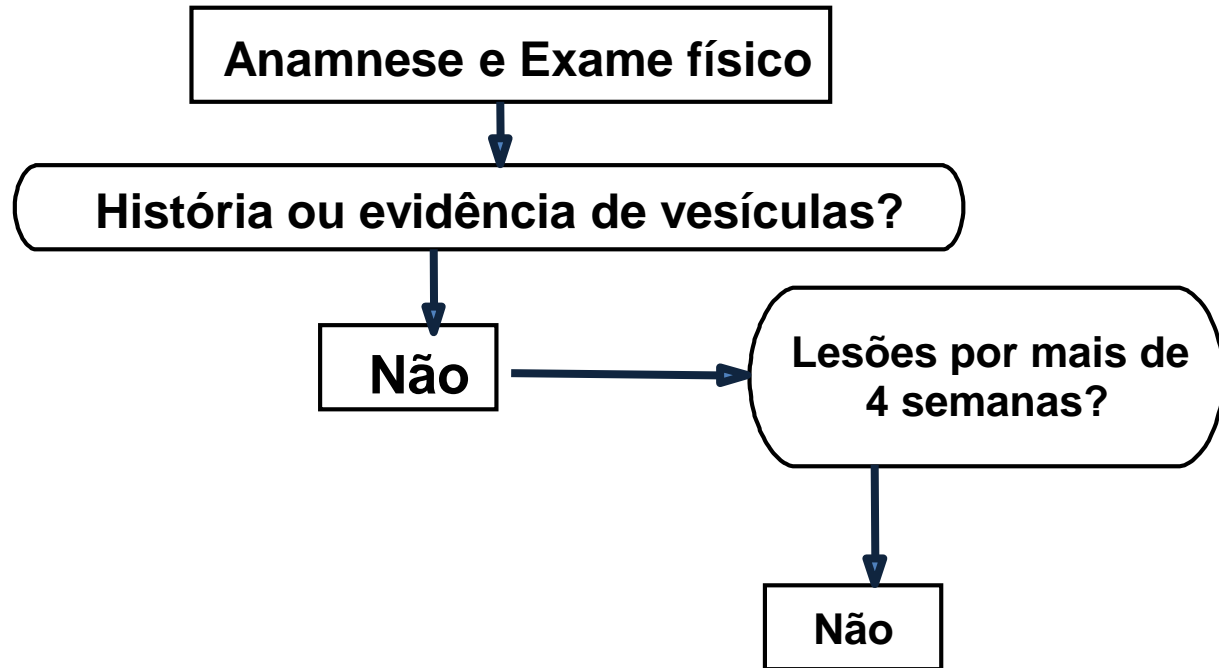
Sim

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

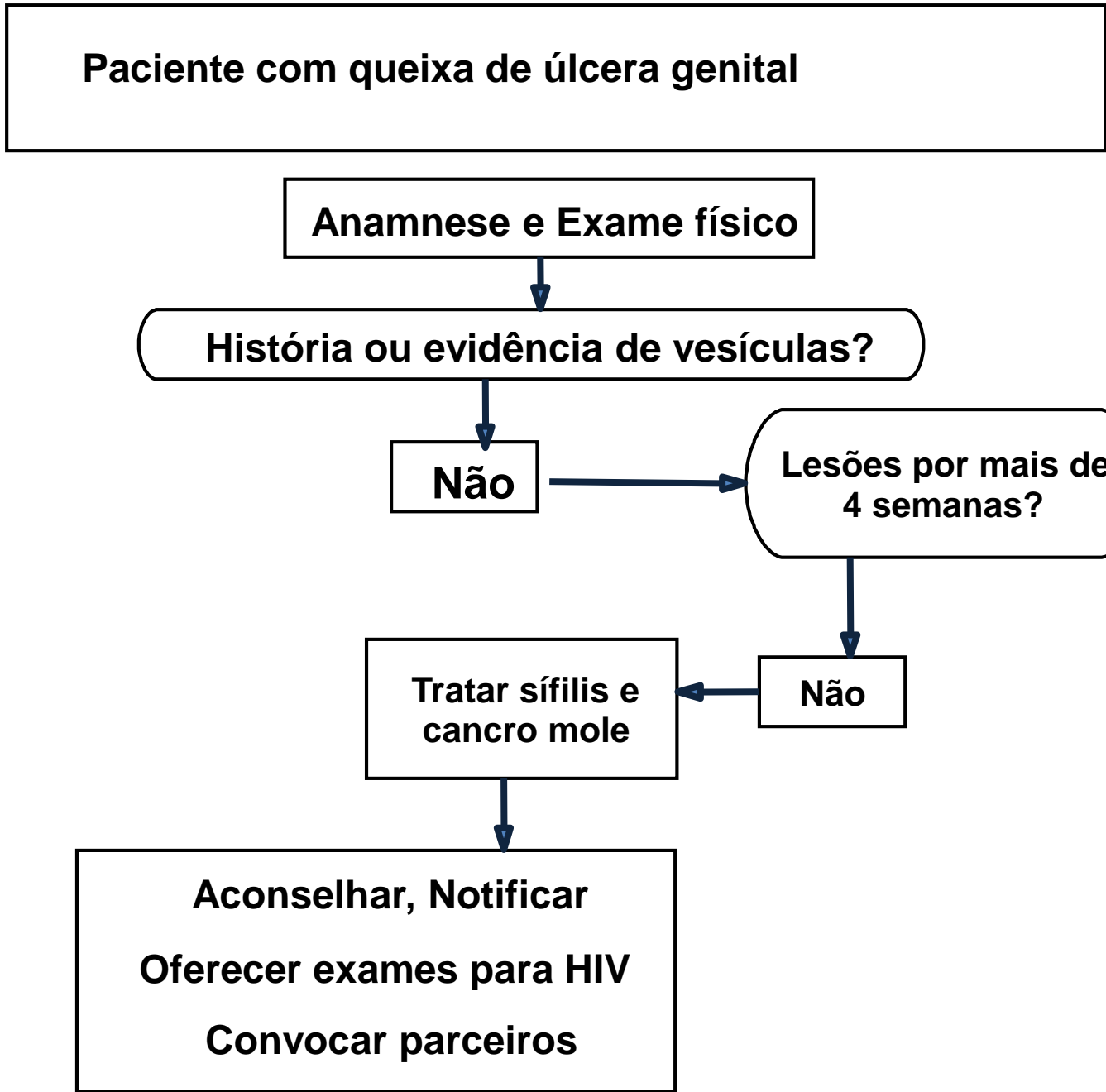


## Paciente com queixa de úlcera genital

# ÚLCERA GENITAL

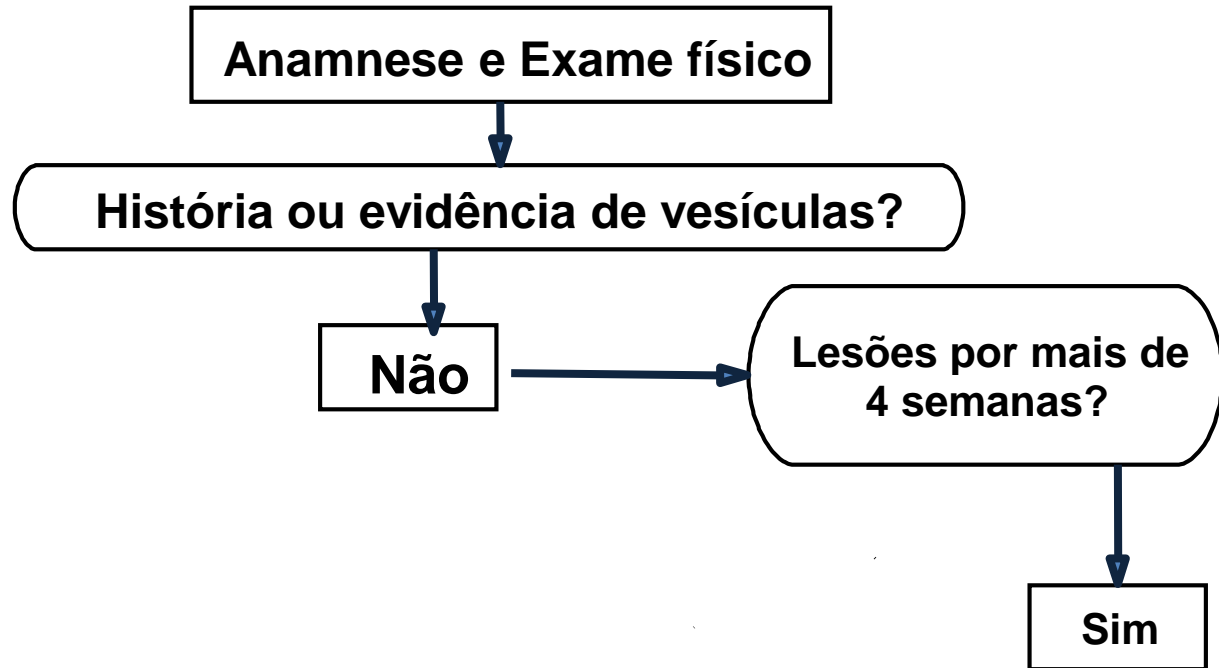


**Ú  
L  
C  
E  
R  
A  
G  
E  
N  
I  
T  
A  
L**



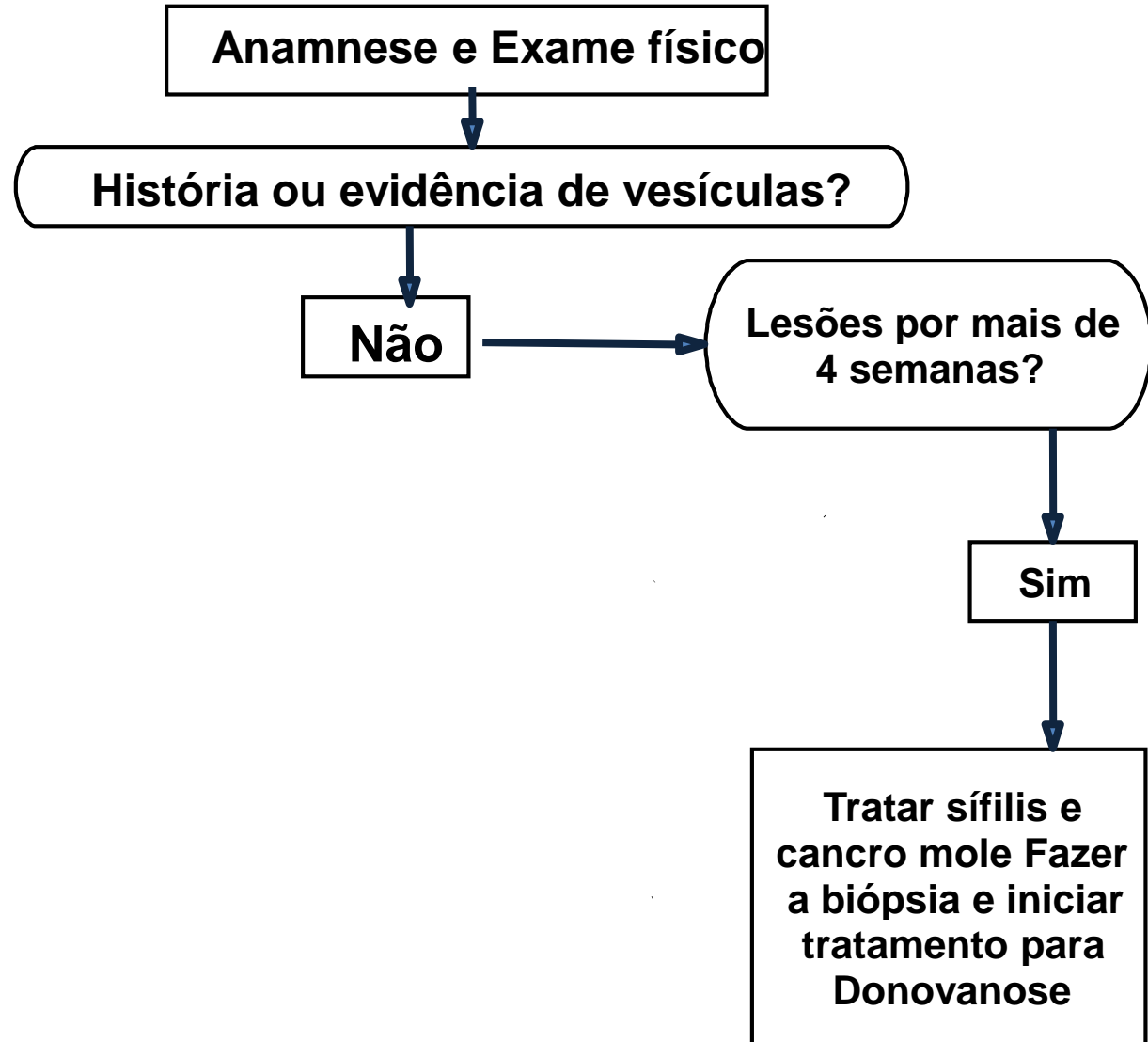
# Paciente com queixa de úlcera genital

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



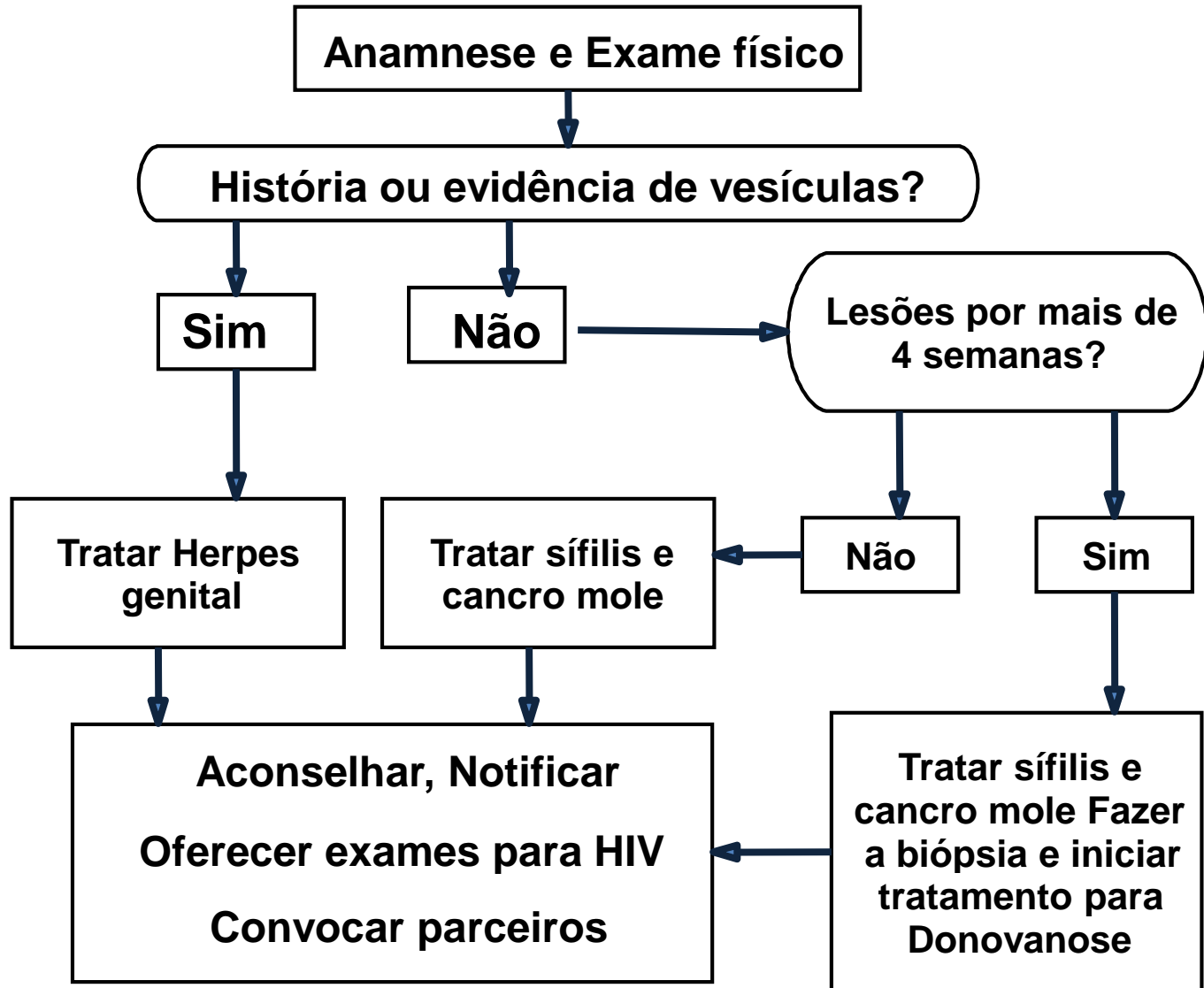
# Paciente com queixa de úlcera genital

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



# Paciente com queixa de úlcera genital

## ÚLCERA GENITAL



# Sífilis primária – Lues

- **Tratamento:**
  - **Sífilis recente** (primária, Sífilis Secundária e Latente recente)
    - **Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI IM dose única**



# 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

# Cancro Mole

- **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

# Donovanose

- **Tratamento:**
  - **Doxiciclina 100mg VO 2x/d até cura clínica**
    - **Mínimo de 3 semanas**
  - Co-trimoxazol, ciprofloxacina, eritromicina, tianfenicol

Corrimento uretral

# 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:**

- Ceftriaxona 250mg IM dose única (**escolha em São Paulo**)
- Ciprofloxacina 500mg VO dose única
- cefixima 400 mg VO dose única
- ofloxacina 400mg VO 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.**





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**

Paciente com queixa de corrimento uretral

Anamnese e Exame físico

Bacterioscopia disponível na consulta?

Não

Sim

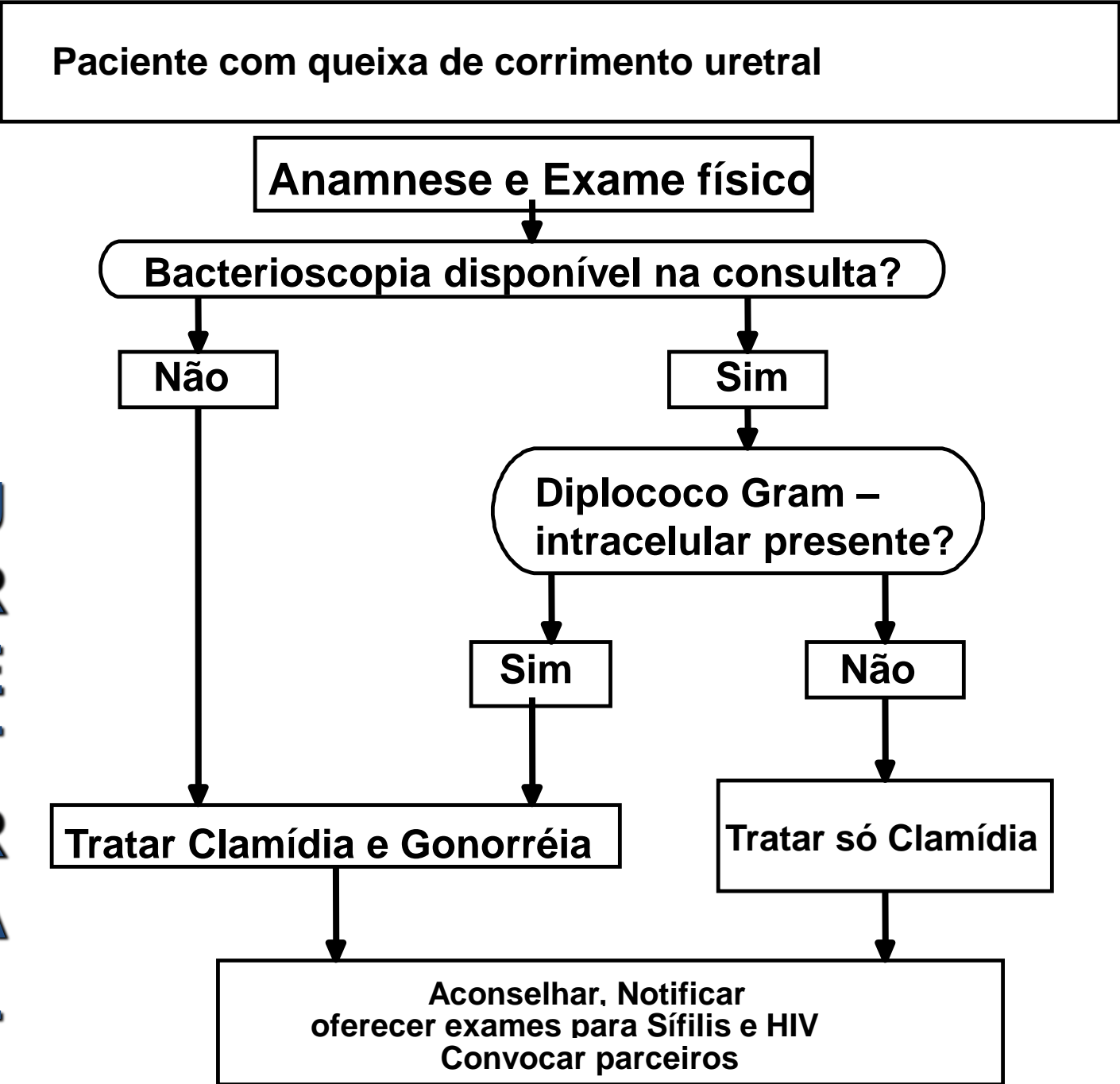
Diplococo Gram –  
intracelular presente?

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**



# 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

Lesões verrucosas genitais  
Condiloma acuminado

# 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

<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

# 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.



# • 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.



# 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 ???

