

# DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

LUIS FERRAZ

Serviço de Urologia. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Vila Nova de Gaia

## RESUMO

O controlo de DST é uma prioridade de saúde pública. Uma vez que as DST partilham muitos factores de risco comportamentais, é importante desenvolver esforços para que os indivíduos modifiquem o seu comportamento sexual e adotem práticas de sexo seguro.

## SUMMARY

### Sexually Transmitted Diseases

The control of STD is a public-health priority. Since STD share many behavioural risk factors, efforts to encourage individuals to modify sexual behaviours and adopt safer sexual practices is very important.

As doenças sexualmente transmissíveis apresentam grandes disparidades geográficas e apesar de inúmeros programas para o seu controlo, continuam a ser uma enorme preocupação em todo o mundo, especialmente nos países em vias de desenvolvimento. Por um lado a situação de grave pobreza e acentuada promiscuidade sexual levando a uma fácil disseminação e ao aparecimento de estirpes resistentes, por outro a etiologia vírica de algumas dessas infecções têm contribuído para uma dificuldade da sua erradicação. É fundamental um diagnóstico correcto de todas estas lesões, continuando a ser de primordial importância uma boa educação sexual com realce especial para a prevenção primária.

Abordaremos aquelas patologias que por fazerem parte da nossa observação na consulta externa ou mesmo no serviço de urgência, nos poderão pôr problemas de diagnóstico; úlceras genitais, uretrites e doenças por HPV. A sida por ser uma patologia com características diferentes

estará excluída.

### ÚLCERAS GENITAIS

Quase sempre apresentam uma dificuldade no diagnóstico clínico, mesmo perante pessoas mais experimentadas. Não é possível encontrarmos na clínica as úlceras genitais com a forma de apresentação clássica como vêm descritas nos livros ou compará-las com uma imagem que nos é mostrada como exemplo típico. O doente antes de procurar o médico já colocou umas pomadas ou tomou uns comprimidos alterando as características próprias da doença.

Os quatro tipos mais frequentes de úlcera genital são a sífilis, o cancroide, o linfogranuloma venéreo e o herpes.

### SÍFILIS OU CANCRO DURO

A sífilis é uma DST causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* e pode compreender na evolução da doença um estágio primário, um estágio secundário e

mais raramente, um estágio terciário.

Após um contacto sexual vaginal, anal ou oral com uma pessoa infectada há um período de incubação de duas a quatro semanas, ao qual se segue o aparecimento de uma mancha eritematosa que ulcera dentro de dias e vai progredir em profundidade. Esta úlcera é normalmente única, indolor, endurecida e com uma base limpa e de bordos bem definidos. Quase sempre está localizada na glândula ou prepúcio, embora possa aparecer noutros locais de contacto sexual como os lábios e a língua. Passados alguns dias surgem adenopatias inguinais bilaterais e indolores. Se durante esta lesão primária não for feito o diagnóstico 50% dos casos vão progredir para lesão secundária.

### SÍFILIS SECUNDÁRIA

Começa seis a oito semanas depois do início da lesão primária e resulta de uma disseminação hematogénea. Nesta fase vão aparecer os sintomas constitucionais como febre, cefaleias, mal estar. Aparecem as adenopatias e em muitos casos há um atingimento da pele com um *rash* generalizado, macular ou maculo-papular. Estas lesões têm predilecção pelas palmas das mãos ou planta dos pés. Se durante esta fase não foi feito o diagnóstico ou o tratamento não for eficaz um terço dos casos vai progredir para sífilis terciária. Felizmente esta situação é uma raridade.

### DIAGNÓSTICO

É baseado geralmente na serologia.

O raspado da base da úlcera e o seu exame em microscópio de campo escuro ou mais recentemente microscopia fluorescente para visualização directa das espiroquetas é um exame rápido e eficaz quando efectuado por pessoas experimentadas. Infelizmente nem sempre se torna possível, ficando o diagnóstico dependente da interpretação da serologia.

Os testes serológicos dão diagnóstico de presunção e só são positivos passados sete a dez dias do contacto. Deve começar-se pelos **testes não treponémicos - VDRL** (venereal disease research laboratory) e **RPR** (rapid plasma reagin). Os resultados são titulados e reflectem a actividade da doença, por isso fornecem um método quantitativo. São úteis para seguimento após tratamento. Devem efectuar-se aos 6 e 12 meses. Na falência terapêutica os títulos de VDRL não baixam quatro vezes, enquanto que na reinfeção eles sobem quatro vezes. Estes testes têm o inconveniente de dar falsos positivos, como acontece nos casos de doença hepática crónica, uso de narcóticos, idade avançada, etc.

Por causa da baixa especificidade destes testes, deve confirmar-se sempre com os **testes treponémicos-FTA-ABS** (fluorescent treponemal anticorpo absorption test). Contudo, estes não correspondem á actividade da doença e normalmente permanecem reactivos toda a vida. Por esta razão não devem ser usados para assegurar uma resposta ao tratamento.

### TRATAMENTO

Para a sífilis primária e secundária basta uma ampola de penicilina G Benzatínica 2.400.00 U. Nos casos de alergia as alternativas são as tetraciclina ou a eritromicina.

### CANCROÍDE OU CANCRO MOLE

É uma doença causada pelo *Hemophilus Ducreyi*.

Depois de uma incubação de três a sete dias desenvolve-se uma pequena pápula inflamatória que dentro de dois a três dias vai ulcerar. Estas **úlceras quase sempre são múltiplas e têm características especiais; são dolorosas, moles, com bordos irregulares, base friável que sangra facilmente e têm um fundo purulento que exala um cheiro fétido**. Localizam-se no prepúcio, sulco coronal, junto ao freio ou mesmo no corpo do pénis.

Após uma semana aparecem múltiplas **linfodenopatias inguinais, tipicamente dolorosas e unilaterais**. A pele fica vermelha e os gânglios evoluem para abcedação com formação de bubões supurativos. Estes rompem espontaneamente e dão saída a um pús espesso.

### DIAGNÓSTICO

Quase sempre é baseado na apresentação clínica. A CDC sugere que uma ulceração dolorosa com adenopatia inguinal dolorosa é sugestiva de cancroíde, enquanto que uma associação com uma adenopatia supurativa é quase sempre patognomónica.

O diagnóstico definitivo assenta na cultura do organismo. Obtem-se uma amostra por zaragatoa da base da úlcera ou por aspiração de um bubão.

Se o diagnóstico é difícil, é muito importante efectuar testes serológicos e exame microscópico em campo escuro para diagnóstico diferencial com sífilis ou exame cultural ou pesquisa de antigénios para herpes.

### TRATAMENTO

- 1 gr de Azitromicina oral  
ou
- 1 ampola I.M. Ceftriaxone 250 mg  
ou
- 500 mg de Eritromicina, quatro vezes ao dia e durante sete dias

Nos bubões a aspiração profilática ou incisão e drenagem é aconselhada.

### LINFOGRANULOMA VENÉREO

O organismo responsável pelo LGV é a *Chlamydia Trachomatis*, imunotipos L1, L2 e L3. Após contacto sexual o período de incubação é normalmente de 10 a 14 dias.

A lesão primária é uma pequena pápula não dolorosa que vai evoluir para a formação de uma **ulceração superficial**.

Dentro de duas semanas após a lesão primária, vai desenvolver-se o segundo estágio, que é caracterizado pelo aparecimento de inflamação nos gânglios inguinais e femurais. Estes **nódulos são caracteristicamente dolorosos, quase sempre unilaterais** e muito tumefactos. Eles podem evoluir para bubões supurativos, com rutura espontânea em um terço dos casos. Neste segundo estágio são comuns sintomas sistémicos e podem incluir febre, mal estar, artralgias, mialgias, anorexia. Sem tratamento esta linfangite pode resultar em fístulas e úlceras que as quais provocam extensas cicatrizes e apertos.

### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico definitivo é feito pelo isolamento cultural (cultura da *C. Trachomatis*) obtido por aspiração de um gânglio. Este exame é dispendioso e só efectuado em centros especiais. Entre nós, o mais útil é a pesquisa de antígenos por ELFA.

A história clínica, o exame físico e os testes serológicos também podem fazer um diagnóstico.

### TRATAMENTO

- Doxiciclina oral 100 mg, duas vezes ao dia, durante 21 dias.
- Como alternativa. Eritromicina oral 500 mg, quatro vezes ao dia, durante 21 dias

### HERPES GENITAL

O herpes genital é a primeira causa de úlcera genital nos países desenvolvidos.

Tradicionalmente associado ao herpes simples tipo 2 (HSV-2), sabe-se agora que 30% destas infecções são provocadas por HSV-1, como resultado do sexo orogenital.

A maioria dos doentes infectados desconhece a sua doença.

O herpes é uma infecção vírica recorrente, com características próprias. Após contacto com pessoa infectada há um período de incubação de sete a dez dias, ao qual se segue o aparecimento de múltiplas e pequenas

vesículas, todas agrupadas numa base eritematosa. Depois de vários dias estas vesículas rompem e formam **úlceras superficiais e dolorosas** que vão ganhando crostas. Durante esta fase de lesão primária, podem aparecer sintomas constitucionais e linfadenopatias inguinais. As lesões primárias não tratadas persistem por uma média de três semanas. Quando são lesões recorrentes o período é mais curto (sete a dez dias), os sintomas são menos severos e há um período prodromico com prurido de um a quatro dias. As infecções genitais com HSV-2 ocorrem mais cedo e mais frequentemente que HSV-1.

### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do herpes genital é muitas vezes baseado na apresentação clínica, contudo deve ser sempre confirmado por cultura viral. Este exame, bastante dispendioso, só é efectuado em centros muito especializados. Entre nós a pesquisa de antígenos em esfregaço faz o diagnóstico, no entanto necessita da presença de vesículas ou úlceras.

Os testes serológicos têm pouca sensibilidade e especificidade e não são úteis para o diagnóstico de herpes genital.

### TRATAMENTO

A infecção genital por HSV é uma das raras infecções víricas que possui um tratamento específico. O Acyclovir é um viroestático que permite diminuir a duração, a severidade e a frequência das infecções.

**No primeiro episódio** sugere-se Acyclovir 200 mg, cinco vezes ao dia, durante sete a dez dias.

Recomenda-se **abstenção sexual durante a fase de erupções e o uso de preservativo durante o período assintomático**. Ao contrário do que muitos pensam a doença pode ser transmitida durante o período assintomático, tornando assim muito fácil a sua propagação. Estudos serológicos comprovaram que a maioria (60-70%) dos HSV-2 positivos não têm sintomas de herpes genital, constituindo por isso o maior reservatório para a transmissão da doença. Certamente que os estudos que estão a desenvolver-se no sentido de encontrar uma vacina que seja barata e eficaz, poderão levar a um programa de vacinação dos pré-adolescentes e assim impedir a sua continuada propagação.

**Nas recorrências** o Acyclovir é eficaz se for tomado durante o período prodromico ou até dois dias do início das lesões. Sugere-se 200 mg, cinco vezes ao dia, durante cinco dias

### URETRITES

A uretrite é uma inflamação na uretra que apresenta

uma sintomatologia clínica muito variável: escorrência uretral purulenta ou serosa, ardor miccional, prurido canalicular. A sua característica laboratorial é o aumento do número de polimorfonucleares neutrófilos nas secreções uretrais ou no primeiro jacto de urina.

Classicamente dividem-se em uretrites gonocócicas e não gonocócicas. Se por um lado as infecções gonocócicas têm diminuído fortemente nos países desenvolvidos, as não gonocócicas, geralmente associadas à *Chlamydia Trachomatis* são hoje um grande problema de saúde pública.

### URETRITE GONOCÓCICA

A uretrite gonocócica está associada a uma infecção pelo diplococus gram-Neisseria gonorrhoea, contraída quase sempre durante uma relação sexual. Após um período de incubação de três a dez dias inicia-se uma sintomatologia de escorrência uretral, quase sempre abundante e purulenta associada a um ardor miccional muito acentuado. Pode, contudo, haver situações em que a escorrência é muito ligeira ou até ausente. Não há febre, nem adenopatias.

### DIAGNÓSTICO

O exame directo de esfregaço obtido do corrimento e corado pelo gram ou azul de metileno fornece um resultado imediato e com uma alta segurança.

O exame cultural sobre meio especial dá-nos um diagnóstico de certeza e ao mesmo tempo permite fazer um antibiograma e procurar a produção de beta-lactamases.

### TRATAMENTO

1 ampola I.M. de Ceftriaxone 125 mg + doxiciclina 100mg, duas vezes ao dia durante sete dias

A tetraciclina deve fazer parte desta medicação, porque 30% das uretrites gonocócicas têm associada uma *C. Trachomatis*, a qual não é sensível ao ceftriaxone.

### URETRITE NÃO GONOCÓCICA

As uretrites não gonocócicas (UNG) aumentaram muito a sua incidência e ultrapassaram as UG.

A primeira causa de uma UNG é a *Chlamydia Trachomatis*, embora o ureaplasma urealyticum possa aparecer em mais de 20% dos casos.

Após contacto sexual com uma pessoa infectada há um período de incubação de uma a cinco semanas ao qual se pode seguir o aparecimento de uma **sintomatologia sempre muito ligeira e variável**. Geralmente aparece uma **escorrência uretral escassa e transparente**, que

provoca uma pequena mancha no pijama ou cueca do doente. Por vezes para se observar esta escorrência o doente não deve urinar durante 4 horas e necessita de fazer compressão no pénis. Em muitos casos este corrimento pode não existir e o doente referir apenas uma comichão uretral ou até não apresentar qualquer sintoma.

### DIAGNÓSTICO

É difícil. O exame cultural é o exame de referência, no entanto é muito dispendioso.

Recorre-se a exames rápidos de imunofluorescência ou técnicas imunoenzimáticas.

As serologias da chlamydia não têm interesse no diagnóstico.

**Quando não se dispõe de um laboratório de confiança é indispensável tratar todos os doentes com uretrites com antibióticos eficazes contra a chlamydia.**

### TRATAMENTO

- Doxiciclina, 100 mg duas vezes ao dia durante sete dias.

Ou

- Azitromicina 1gr oral em toma única

**Nunca esquecer o tratamento simultâneo da parceira sexual**

### INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO

A infecção do aparelho genital por HPV é extremamente comum, principalmente em mulheres jovens e sexualmente activas. A grande preocupação actual em torno da infecção por HPV, é a relação que parece existir entre alguns tipos de papilomavirus e a neoplasia do colo do útero. A ser verdadeira esta constatação, impõe-se um exame colposcópico a todas as mulheres no sentido de se despistar HPV oncogénicos e providenciar para a sua erradicação. Nestes casos, reveste-se de grande importância o exame do parceiro, considerado muitas vezes um portador são. O grande problema deste tipo de infecções é elas serem subclínicas e portanto necessitarem de técnicas especiais para o seu diagnóstico. Por outro lado a sua erradicação definitiva é sempre muito duvidosa, seja qual for o tratamento escolhido. Dado ser um problema que provoca sobretudo alterações no aparelho genital feminino, o urologista só é confrontado com a necessidade de despistar o parceiro de mulher comprovadamente portadora de HPV oncogénico. O homem é sempre um doente assintomático. Só a realização de uma peniscopia e biópsia das áreas suspeitas pode ajudar ao diagnóstico e orientar para as zonas que necessitam de tratamento.

Bem mais familiares ao urologista são as lesões de HPV que cursam com o desenvolvimento de condilomas acuminados. Estas verrugas de diagnóstico sempre muito fácil apresentam-se quase sempre múltiplas e localizadas na glande, sulco coronal, zona do freio, prepúcio e por vezes intrauretrais. As verrugas anais ocorrem predominantemente nos homossexuais. Estas lesões, quando não tratadas, têm comportamentos variados. Podem regredir espontaneamente, dessiminar-se por toda a área da glande e prepúcio ou permanecer imutáveis. Raramente sofrem transformação maligna. O diagnóstico primário no homem, impõe exame

ginecológico para despiste na parceira sexual.

#### **TRATAMENTO**

Qualquer que seja a opção há sempre que esperar o aparecimento das recorrências. Por este motivo, após o tratamento inicial e desaparecimento das lesões o doente deve ser observado aos 3, 6 e 12 meses.

Agentes tópicos: Podofilina; Podofilotoxina; Ácido tricloroacético. Métodos físicos: Crioterapia; laser  $\text{CO}_2$ ; Electrocautério.

Em casos especiais pode recorrer-se à excisão cirúrgica.