

Urologia
Fundamental

CAPÍTULO
32

Doenças
Sexualmente
Transmissíveis

Julio José Máximo de Carvalho
Homero Gustavo de Campos Guidi

INTRODUÇÃO

Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) caracterizam-se pela transmissão preferencial por meio do ato sexual. Historicamente, é um capítulo muito antigo da medicina que, durante muitos séculos, constituiu um flagelo para a humanidade pela falta de tratamento adequado, notadamente se considerarmos sífilis como protótipo dessas doenças. Infecção sifilítica foi uma das principais doenças de grandes morbidade e mortalidade na civilização por sua disseminação sua extensão e gravidade na evolução natural às fases secundária e terciária. Nos dois últimos séculos, às quatro “moléstias clássicas” acrescentaram-se alguns tipos de hepatite e de infecções por protozoários e virais, como vírus da imunodeficiência humana (HIV) e papilomavírus (HPV). Quando nos referimos a “população de risco” em DST, é melhor diferenciarmos aqueles com muito risco para contraí-las, uma vez que todos os adolescentes e os adultos sexualmente ativos estão expostos. Maior preocupação ocorre com a grande precocidade no início das atividades sexuais verificada no mundo todo nas últimas décadas, fruto de grandes modificações nos meios social, familiar, cultural e econômico. Acrescentem-se ainda os graves problemas representados pelo tráfico humano sexual, intrinsecamente relacionado com outras atividades criminosas, pornografia, pedofilia e desvios sexuais, além de prostituição e de turismo sexual, com matizes geográficos muito complexos.

No Brasil, as disparidades são muito grandes. Estatísticas apontam maior incidência de algumas DSTs na Região Nordeste e ainda focos urbanos importantes de doenças com repercussões mais sérias, como no Recife, onde estão um dos maiores índices mundiais de infecção pelo HPV e altíssima incidência de câncer de colo uterino, maior que o câncer de mama, mais prevalente como câncer ginecológico nas outras regiões do Brasil e do mundo.

Em relação ao HPV, há maior incidência na raça negra, enquanto em povos e em países que praticam circuncisão em massa sua incidência é pífia. Usuários de drogas injetáveis podem contrair hepatite B, C, HIV, sífilis e HTLV.

Aumentos cíclicos de uma ou de outra DST são verificados em função da descontinuidade de campanhas públicas de educação, fato que tem sido verificado no caso do HIV entre homens que fazem sexo com homens (MSM, do inglês *men who have sex with men*) nas faixas mais jovens não atingidas por campanhas, como as

vistas nas décadas de 1980 e de 1990, que reduziram drasticamente esse problema nesse grupo. Sífilis está relativamente controlada nas regiões mais desenvolvidas, registrando-se alguns surtos localizados acompanhados de transmissão vertical, e sua maior incidência é em países mais pobres. Apesar da efetividade da penicilina, extremamente barata, ainda não é desprezível o índice de casos tardios avançados da doença, notadamente em função de sexo inseguro e de esquecimento do diagnóstico na assistência médica.

Uretrites e suas complicações, como orquiepididimites, prostatites e estenoses uretrais, passaram a ser facilmente tratadas com agentes antibióticos de uso prático com maior aderência ao tratamento.

Nos últimos 20 anos, houve aumento na infecção pelo HIV. No início, parecia afetar pessoas que pertenciam a algum grupo de risco, como homossexuais, pacientes que recebiam sangue sem controle (durante cirurgia, diálise ou em tratamentos hematológicos) e usuários de drogas injetáveis. Atualmente, vemos aumento preocupante dessa infecção em heterossexuais e principalmente em mulheres e crianças, modificando-se a ideia de grupo ou população de risco para conceito de vulnerabilidade.

Nas últimas três décadas também notamos aumento no número de infecção pelo HPV, tornando-a a primeira DST em incidência, com risco de 40 a 50% entre 15 a 25 anos de idade e maior prevalência em mulheres nessa mesma faixa etária. Papilomavírus ainda trazem a preocupação de sua associação com câncer de colo uterino em mais de 90% dos casos e com participação expressiva nos cânceres da região anal, cavidade orofaríngea, cabeça, pescoço e esôfago.

Conceitos básicos da epidemiologia das DSTs:

- 1- não existe indivíduo com DST, mas casal com DST;
- 2- associação entre agentes, gerando DSTs associadas, é uma regra (sífilis-HIV, HPV-herpes, HPV-sífilis, gonococo-clamídia etc.);
- 3- educação contínua para sexo seguro e conhecimento sobre doenças são medidas mais efetivas do que acesso ao tratamento das DSTs (prevenção é o melhor tratamento).

ABORDAGEM SINDRÔMICA

Consiste no diagnóstico da DST mesmo sem condições para realizar exames específicos da etiologia. Permite instituição de tratamento efetivo e rápido.

Corrimento vaginal

- Sintomas comuns: corrimento vaginal, prurido, disúria, dispareunia e odor vaginal;
- Sinais frequentes: hiperemia e edema da vulva e secreção vaginal/cervical;
- Etiologias frequentes: vulvovaginites bacterianas, fúngicas e por tricomonas e cervicite gonocócica e por clamídia.

Uretrite

- Sintomas comuns: corrimento uretral, prurido, polaciúria, disúria e odor fétido;
- Sinais comuns: edema de glânde e corrimento uretral purulento abundante ou escasso e claro;
- Etiologias frequentes: gonococo, clamídia, tricomonas, micoplasma, ureaplasma e bactérias.

Úlcera genital

- Sintoma principal: ulceração genital única ou múltipla;
- Sinais: úlcera, edema, secreção purulenta, odor fétido e linfonodos inguinais aumentados;
- Etiologias possíveis: sífilis, cancro mole, herpes genital e donovanose.

Dor pélvica

- Sintomas: dor ou desconforto pélvico, dispareunia, disúria, desconforto perineal e dor vesical maldefinida;
- Sinais frequentes: dor à palpação no baixo ventre, toque prostático/vaginal (mobilização do colo/palpação bimanual) dolorido e dor à palpação do trajeto uretral;
- Etiologias possíveis: gonocócica, infecção por clamídia, prostatite, prostatodinia, síndromes dolorosas da bexiga e distúrbios psicossomáticos.

Verrugas

- Sintomas mais comuns: prurido e irritação genital, sangramento uretral (*spotting*), sangramento e dor ao toque nas lesões;
- Sinais: pápulas e verrugas;
- Etiologia: vírus do molusco contagioso e vírus do papiloma humano (Quadro 1).
(Fluxogramas 1, 2 e 3).

Exames específicos

- HPV: genitoscopia (auxílio de alguma magnificação para exame da genitália é altamente recomendável face ao tamanho das lesões, incluindo dermatopatias que devem ser diferenciadas, muitas vezes pela morfologia e pelas

características das lesões) e biópsia (histologia e/ou algum método de biologia molecular (PCR, captura híbrida e hibridização in situ), que têm custo cada vez menor e sido disponibilizadas na rede pública) (Quadro 9).

- Sífilis: 1: pesquisa do treponema em exsudato de lesão (campo escuro) e 2: sorologia para sífilis: pesquisa de anticorpos indiretos contra fosfolípidos (reagina) VDRL e rapid plasma reagin (RPR) – positivo maior que 1/16, uso após 15 dias; útil no seguimento terapêutico. Pesquisa de anticorpos diretos contra treponema: FTA-ABS, micro-hemaglutinação (MHA-TP) e Elisa. Confirmam os testes indiretos e não se prestam ao seguimento terapêutico (cicatriz imunológica permanente) (Quadro 2).

- Herpes: sorologia IgM e IgG, pesquisa direta na lesão recente (swab e citologia) (Quadro 4).

- Cancro mole: pesquisa no exsudato (gram) do *Haemophilus ducreyi* (Quadro 3).

- Donovanose: biópsia e pesquisa dos corpúsculos de Donovan (colorações específicas) (Quadro 6).

- Linfogranuloma: isolamento da *Chlamydia trachomatis* (grupo III) de material aspirado dos linfonodos/ bubão.*** (Quadro 5)

- Uretrite: cultura de secreção uretral; antibiograma, se necessário.

- Clamídia: pesquisa por PCR no primeiro jato urinário.*

- Micoplasma e ureaplasma: cultura e antibiograma do primeiro jato urinário ou pesquisa por biologia molecular.

- Tricomonas: pesquisa direta no primeiro jato urinário; cultura (ideal, mas disponibilidade é rara) (Quadro 7 e 8).

- Hepatites: sorologias hepatite A, B e C (ver textos específicos).

- HIV: sorologia (segue normatização do Ministério da Saúde). Considerar a janela sorológica.**

- Aspecto importante refere-se aos cuidados de biossegurança com todas as pessoas envolvidas na coleta, no transporte e na manipulação dessas amostras e do descarte do material utilizado. Mais detalhes no manual do Ministério da Saúde (bibliografia).

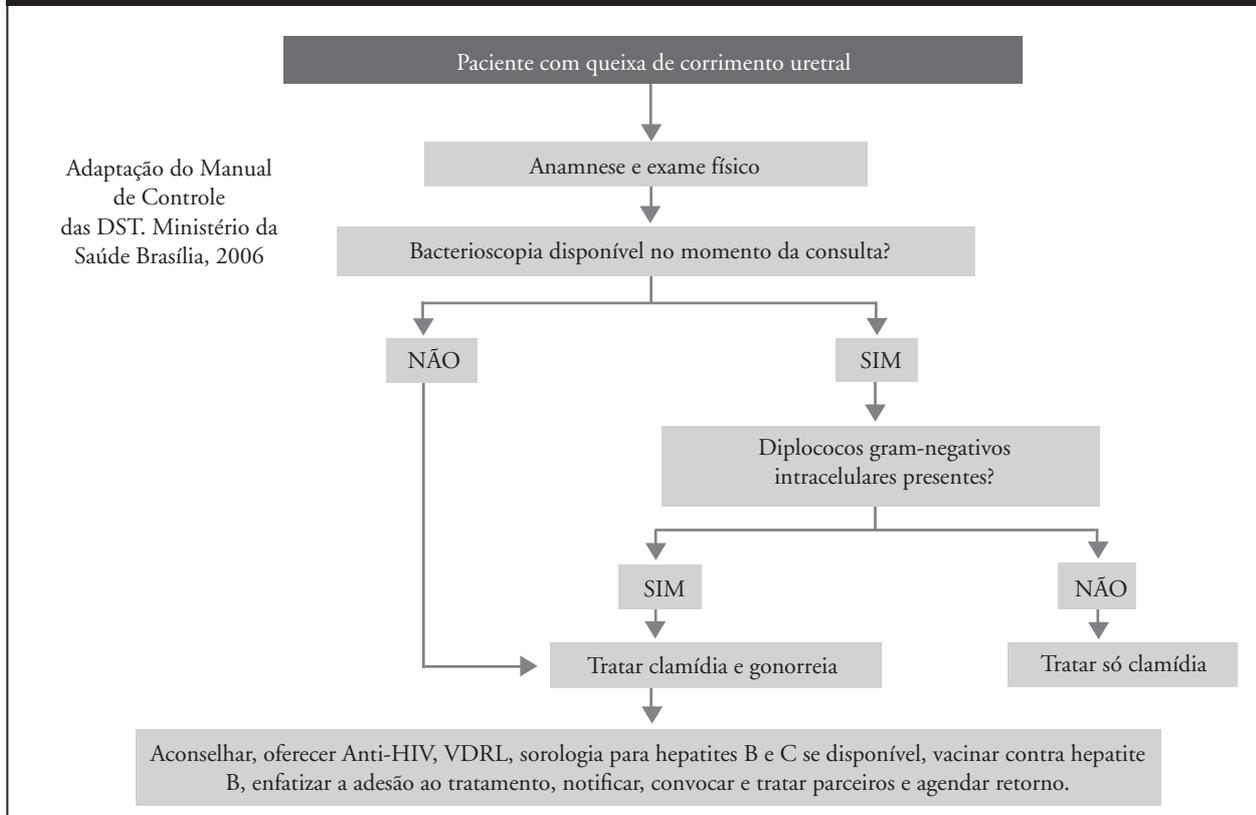
* Ou pesquisa direta no raspado uretral.

** 90 ou 30 dias se testes de quarta geração.

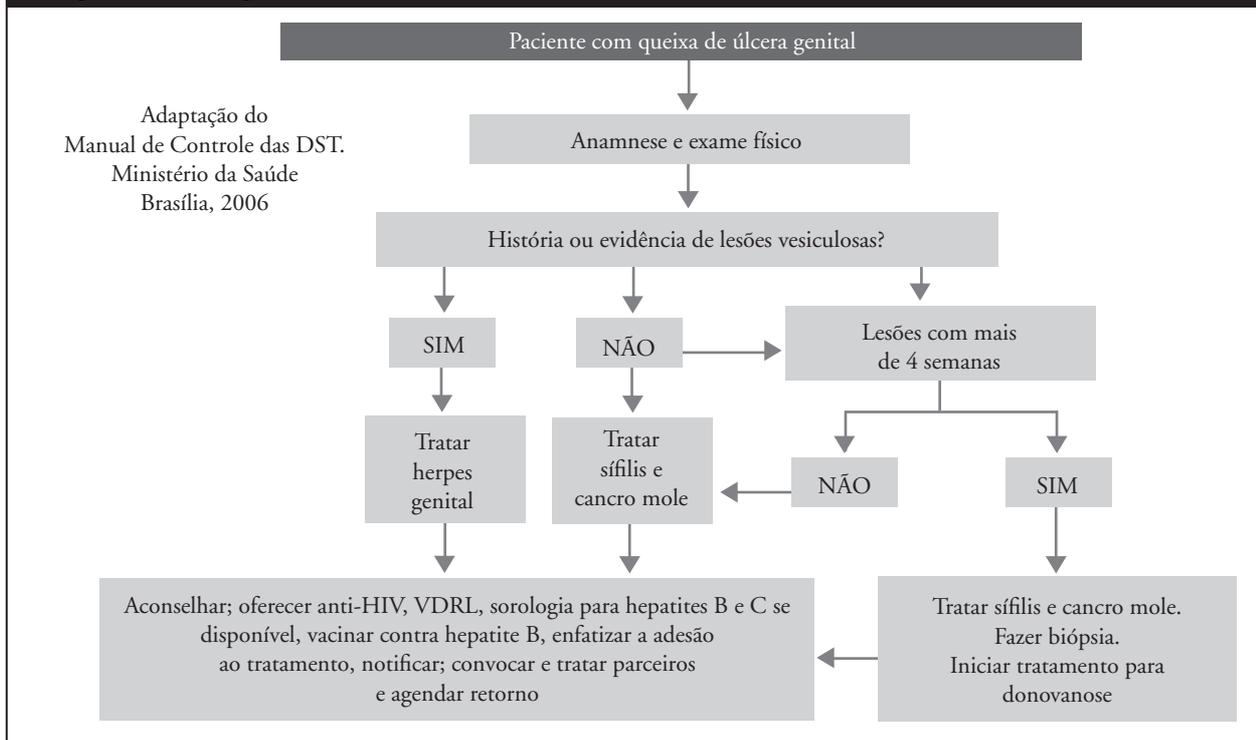
*** *Chlamydia trachomatis* – grupo I: tracoma; grupo II: vulvovaginites, uretrites e proctites; grupo III: linfogranuloma venéreo. Grupos I/II: PCR é padronizado e no III, só isolamento/cultura células.

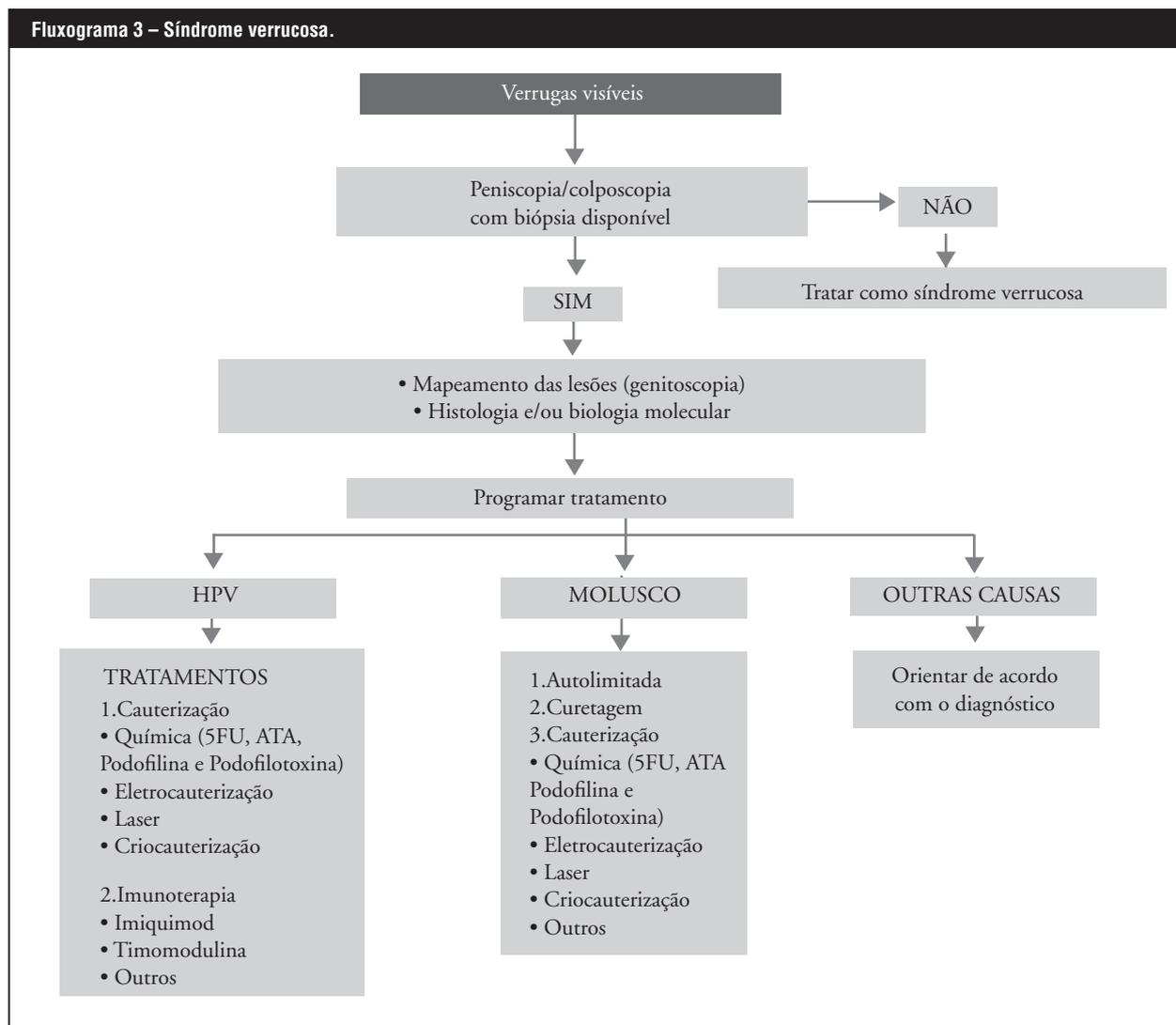
FLUXOGRAMAS E QUADROS SINÓTICOS

Fluxograma 1 – Uretrites.



Fluxograma 2 – Úlceras genitais.





Quadro 1 – Molusco contagioso	
Agente Etiológico	• <i>Poxvírus</i>
Período de Incubação	• 1 semana a 6 meses
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas cutâneas róseas com umbilicação central • Autoinoculáveis • Alta carga viral e baixa infectividade • Ocorre em qualquer idade • Com material esbranquiçado em seu interior (vírus)
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico → pápulas umbilicadas • Biópsia → aspecto em cebola
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Autolimitada • Curetagem • Laser • TCA ou podofilotoxina

UROLOGIA FUNDAMENTAL

Quadro 2 – Sífilis			
Agente Etiológico		<i>Treponema pallidum</i> (espiroqueta)	
Classificação		<ul style="list-style-type: none"> • Adquirida recente e tardia • Congênita recente e tardia 	
Período de incubação		4 dias	
Quadro Clínico	Primário ou cancro duro	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão única, rosada, ulcerada, pouco dolorosa, com adenopatia não supurativa Incubação de 10 a 90 dias (média de 21 dias) 	
	Secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões cutâneo-mucosas (roséolas, pápulas plantares, alopecia, placas mucosas) e condiloma plano (pápulas hipertróficas em dobras e região de atrito) 	
	Latente	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de sinais clínicos 	
	Terciária	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões cutâneas (tuberculomas ou gomas) • Neurológicas (demência “tabes dorsais”) • Cardiovasculares (aneurisma aórtico) • Articulares (artropatia de Charcot) • Aparecem de 3 a 12 anos após a infecção 	
Diagnóstico	Primária	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de <i>Treponema pallidum</i> campo escuro 	
	Secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Após 50 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Não treponêmica (VDRL e RPR) • Treponêmica (TPI, TPHA, FTA-ABs, FTA-ABs, I/gM)
Tratamento	Terciária ou Primária	<ul style="list-style-type: none"> • 2.400.000 penicilina G benzatina (I.M. - Dose única - 1.2 milhão UI em cada nádega) 	eritromicina ou doxiciclina
	Secundária	<ul style="list-style-type: none"> • 4.800.000 UI penicilina G benzatina (I.M. - 2,4 milhões UI 1X semana - 2 semanas) 	
	Terciária	<ul style="list-style-type: none"> • 7.200.000 UI penicilina G benzatina (I.M. - 2,4 milhões UI 1x semana - 3 semanas) 	

Quadro 3 – Candro mole	
Agente Etiológico	<i>Haemophilus ducreyi</i> (bactéria - cocos gram-negativos em paliçada)
Período de Incubação	<ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 dias (até 2 semanas) • 13 dias em mulheres
Quadro Clínico	Úlceras múltiplas típias dolorosas, borda e fundo irregular; gânglio e formação de fístulas em 50% dos casos; cancroide, cancro venéreo, cavalo e cancro de Ducrey
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Cocos gram (-) em paliçada, gram, whight ou giemsa • Cultura → É difícil o crescimento do bacilo • Biópsia → Não recomendada (não confirmada a doença)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina → 1 g dose única VO • Ceftriaxona → 1 g dose única IM • Tianfenicol → 5 g dose única VO • Ciprofloxacina → 3 dias • Tetraciclina → 15 dias • Sulfametoxazol e trimetopim → 10 dias • Eritromicina → 7 dias

Quadro 4 – Herpes simples	
Agente Etiológico	Herpes simplex virus - HSV 1 e 2 (vírus intracelular)
Período de Incubação	Desconhecido
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões vesiculosas, pústulas, úlceras e crostas; pródromos, mialgia, formigamento, ardência • Pode ser oral (1) e genital (2)
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Citologia → multinucleação e balonização celular • Biópsia → corpúsculos de inclusão • Sorologia (imunofluorescência direta e imunoperoxidase indireta)
Tratamento	<p>Pode ser utilizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estímulo imunológico (levamisole) • Aciclovir 400 mg → 8 em 8 horas VO 7 a 10 dias • Valaciclovir 1 g → 8 em 8 horas VO 7 a 10 dias • Famciclovir 50 mg → 12 em 12 horas VO 7 a 10 dias

Quadro 5 – Linfogranuloma venéreo	
Agente Etiológico	<i>Chlamydia trachomatis</i> - soropositivos L1, Le e L3
Período de Incubação	Entre 3 e 30 dias
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de inoculação: pápula, pústulas ou exulceração indolor geralmente não percebida • Fase linfática regional: 1 a 6 semanas e após a inoculação, geralmente unilateral (70%), supuração e fistulização por orifícios múltiplos, febre, artralgia, mal-estar, anorexia e emagrecimento, sudorese noturna e meningismo • Sequelas: fistulas retais, vaginais e vesicais, estenose retal e elefantíase genital
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Sorologia - Reação de fixação de complemento e microimunofluorescência • Cultura • Bacterioscopia direta - corpúsculos de Gamma-Miyagawa • Biologia molecular
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina → 21 dias • Eritromicina → 21 dias • Sulfametoxazol/trimetoprim → 21 dias • Tianfenicol → 14 dias

Quadro 6 – Donovanose	
Agente Etiológico	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i> (Donovania granulomatis)
Período de Incubação	2 a 5 semanas (30 dias a 6 meses)
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera de borda plana e hipertófica; podem ser múltiplas, confluentes, em espelho evoluindo para vegetações • Não há denite, ocorre em dobras e região perianal, geralmente unilateral
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Biópsia → corpúsculos de Donovan (coloração de Wrigty, Giemsa ou Leishman) • Sorologia: reação de fixação de complemento
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina → mínimo de 3 semanas • Sulfametoxazol/trimetoprim → mínimo de 3 semanas • Ciprofloxacina → até a cura • Tianfenicol granulado → até a cura • Eritromicina → mínimo de 3 semanas

UROLOGIA FUNDAMENTAL

Quadro 7 – Uretrites não gonocócicas	
Agente Etiológico	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (sorotipos D a K) • <i>Ureaplasma urealyticum</i> • <i>Mycoplasma hominis</i> • <i>Trichomonas vaginalis</i>
Período de Incubação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> - 14 a 21 dias • <i>Ureaplasma urealyticum</i> - 10 a 60 dias
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Corrimentos mucoides, discretos, disúria leve e intermitente • 40% dos homens e 80% das mulheres não apresentam sintomas
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura • PCR • Imunofluorescência direta • Elisa
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina → 1 g VO dose única • Doxiciclina → 100 mg VO 12 em 12 horas 7 dias • Eritomicina → 500 mg 6 em 6 horas 7 dias

Quadro 8 – Uretrites gonocócicas	
Agente Etiológico	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Período de Incubação	2 a 5 dias
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Ardência miccional (disúria), corrimento mucoide à purulento
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Diplococos gram (-) intracelulares • Gram ou meio seletivo Thayer-Martin • Cultura-gonococo
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacina 400 mg dose única • Cefixima 400 mg dose única • Ciprofloxacina 500 mg dose única • Ceftriaxona 250 mg IM dose única • Tianfenicol 2,5 g VO dose única

Quadro 9 – HPV – Papilomavírus humanos	
Agente Etiológico	Papilomavirus humano
Período de Incubação	3 a 8 meses (média de 3 meses)
Quadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente assintomáticos e subclínico. São as verrugas genitais, “crista de galo”, condiloma acuminado • Mais de 150 tipos diferentes. Aproximadamente 30 tipos na região genital • Presente em 95% dos casos de câncer do colo uterino • Pouco associado ao câncer peniano • Pode permanecer em estado latente por muitos anos
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico • Genitoscopia, oroscopia, anoscopia etc • Biópsia (histologia e biologia molecular)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Cáusticos tópicos → (TCA, podofilina e podofilotoxina) • Imunoterapia → (interferon, imiquimod e timomodulina) • Cirurgia → (exérese, cauterização elétrica, criocauterização e laser)

AÇÃO DO UROLOGISTA NAS DSTS

A circuncisão é altamente recomendada para todos os pacientes que tiveram DST. Seu efeito profilático na transmissão do HIV e HPV estão estabelecidos na literatura, além disso, muitas dermatopatologias genitais curam ou melhoram muito com essa medida simples.

Vacina contra hepatite B deve ser recomendada e incentivada. Se possível, utilizar a dupla (hepatite A e B). Frisar a importância da aderência às três doses.

Vacina contra HPV no sexo masculino deverá ser rotineira em futuro próximo, com a publicação de estudos de longa duração e de larga base de pacientes, que estão terminando entre 2010 e 2013.

O urologista deve orientar sobre sexo seguro e fornecer informações aos pacientes mais jovens, aos pacientes maduros que serão tratados de disfunção erétil e também aos viajantes a áreas críticas para DST no Brasil e no mundo, alertando inclusive sobre o perigo do “turismo sexual” (p. ex., algumas cidades e áreas metropolitanas da Região Nordeste, Europa Oriental, países escandinavos e toda a Ásia).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

DSTs têm cura.

Tratamento precoce e adequado reduz os índices de HIV em 42%.

É importante que os médicos tenham treinamento para diagnóstico e para tratamento adequado eensem no diagnóstico sistemático de DSTs.

A população deve ser continuamente informada sobre DSTs, principalmente os jovens.

A notificação é importante para obtermos dados estatísticos que gerem planejamento e prioridades em saúde pública adequados nessa área.

Controle farmacológico – acesso por receituário deve ser estendido a essa área.

Tratamento por meio de abordagem sindrômica apresenta resultados semelhantes aos do tratamento etiológico.

Coquetéis têm proporcionado controle adequado da infecção pelo HIV, permitindo aos pacientes melhor qualidade de vida e maior sobrevida.

Uso de preservativo é fundamental para prevenção.

Hepatites A e B são passíveis de profilaxia com vacinação que, inclusive, faz parte do calendário de vacinação pública. Adultos jovens devem ser encorajados a rever seu esquema vacinal e incluir essas duas.

Vacina contra o HPV encontra-se em fase final de teste para indivíduos do sexo masculino, com perspectiva muito grande de sua recomendação para adolescentes e adultos jovens num futuro bem próximo. Vários países europeus e da Oceania já liberaram seu uso para esses grupos.

Circuncisão passou a ser recomendada pela OMS como medida eficaz na redução da transmissão do HIV em áreas de grande incidência do vírus.

Uso dos medicamentos contra disfunção erétil mudou o panorama da faixa etária das DSTs, trazendo uma gama enorme de pessoas com mais de 50 anos de idade expostas a essas doenças. Essa situação e o fato de que toda essa geração que “volta” à atividade sexual tem alto índice de rejeição ao uso do preservativo servindo de alerta ao urologista em sua prática diária.

Optamos por medicamentos em dose única e via oral para maior adesão ao tratamento.

Medicamentos são oferecidos gratuitamente na rede pública em unidades de DST.

LEITURA RECOMENDADA

1. Rosenblatt A, Guidi HGC. Human papillomavirus - a practical guide for urologists. Berlim: Springer Verlag, Heidelberg; 2009.
2. Manual de prevenção das DST/HIV/Aids em comunidades populares. Série Manuais nº 83. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf. Acesso em: 13 jul. 2010.
3. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Programa Nacional de DST e Aids; 2006.
4. World Health Organization - sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice. 2005.
5. Carvalho JJM. Manual prático do HPV: papilomavírus humano. São Paulo: Instituto Garnet; 2004.
6. Carvalho JJM. Falando sobre o HPV: papilomavírus humano. São Paulo: Instituto Garnet; 2003.
7. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted disease treatment guidelines 2002 MMWR Recomm Rep. 10:51:1041 e edições subsequentes facilmente acessíveis no site <http://www.cdc.gov/std/treatment>.
8. Carvalho JJM, Oyakawa N. 1o Consenso Brasileiro de HPV. São Paulo: BG Cultural; 2000.