

# ÚLCERAS GENITAIS

Renato Teixeira de Campos  
Ana Eliza Teixeira Ribeiro  
Luis Carlos Elejalde de Campos

## UNITERMOS

SÍFILIS; CANCROIDE; LINFOGRANULOMA VENÉREO; GRANULOMA INGUINAL; HERPES GENITAL.

## KEYWORDS

*SYPHILIS; CHANCROID; LYMPHOGRANULOMA VENEREUM; GRANULOMA INGUINALE; GENITAL HERPES.*

## SUMÁRIO

Este trabalho visa agrupar as informações mais importantes a cerca das úlceras genitais sexualmente transmitidas, para o correto diagnóstico e tratamento destas afecções, visto que podem provocar grandes morbidades para os pacientes, além de ser um problema de saúde pública.

## SUMMARY

*This work aims to group the most important particularity about sexually transmitted genital ulcers, to a correct diagnosis and treatment of this disorders that can cause severe morbidity for the patients, as well as being a health public problem.*

### **Sífilis**

A Sífilis é uma doença infecciosa causa pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta Gram negativa, contraída pelo contato sexual com as lesões infectadas.

### **Formas Clínicas**

**Sífilis Primária/Cancro Duro:**<sup>1</sup> lesão papulosa de bordos bem definidos, indolor, eritematosa com ulceração limpa. Possui um período de incubação médio de 21 dias após o contágio sexual, permanecendo por 4-6 semanas. Se não houver tratamento, esta desaparece sem deixar cicatriz. A sua localização mais comum, no sexo masculino, é na glande e no sulco balanoprepucial, e, no

sexo feminino, ocorre mais comumente nos grandes lábios e na cérvix uterina. Aproximadamente 30-50% dos pacientes, principalmente as mulheres, não observam a lesão primária. Há linfadenomegalia múltipla, indolor, não supurativa uma semana após o início da doença.



**Figura 1 - Cancro duro**

**Sífilis Secundária:**<sup>1,5</sup> é a fase de disseminação dos treponemas pelo organismo, ocorrendo 4-8 semanas após o aparecimento do cancro. Caracteriza-se pelo acometimento cutâneo em 81% dos pacientes, através da sua forma mais comum: as sífilides. Estas são lesões maculopapulosas, descamativas e de coloração acastanhada, que ocorrem na face, nas cavidades oral e genital, nas palmas e nas plantas. Pode haver também a roséola sífilítica, ou seja, máculas ovais, não escamosas acometendo o tronco e face flexora dos membros superiores, poupando a face. Existem outras apresentações como a madarose, alopecia irregular em placas, condiloma plano perianal e placas mucosas. As lesões desta fase são contagiantes e regridem mesmo se não houver tratamento.

**Sífilis Latente:**<sup>4</sup> ocorre após o secundarismo, com duração de 3-20 anos, sendo classificada em latente recente, se a infecção foi contraída a menos de um ano, e latente tardia, se a mesma ocorreu a mais de um ano ou não é conhecido o período do contágio. O diagnóstico é feito apenas por métodos sorológicos, visto que não há manifestações clínicas nesta fase. Pode haver recorrência das formas do secundarismo ou, até mesmo, evolução para a forma terciária.

**Sífilis Terciária:**<sup>1,2</sup> ocorre em 30% dos pacientes não tratados. Esta fase é, marcada pela presença de lesões granulomatosas múltiplas, agrupadas, indolentes, com progressão lenta (Gomas) que melhoram após o tratamento. Nas formas graves ocorre comprometimento cardiovascular (aortite sífilítica) e do Sistema Nervoso Central (demência progressiva, tabes *dorsalis*, psicose).

## **Diagnóstico**

**Microscopia com campo-escuro:**<sup>2</sup> visualização direta do agente através de secreções coletadas do cancro duro ou das lesões da forma secundária (condiloma plano, placas mucosas), este é o método padrão-ouro.

**Teste sorológico não treponêmico<sup>1</sup> (VDRL/RPR):** são anticorpos inespecíficos, utilizados para rastreamento, detectados 3-6 semanas após a infecção primária. Títulos menores do que 1: 4 podem ser causados por reações cruzadas como: LES, gravidez, hanseníase, vacinação, pacientes idosos, ou doença febril. Diluições maiores do que 1:8, ou aumento em 4 titulações pelos exames seriados são indicativos de infecção. Tornam-se negativos 12 meses após o tratamento, ou permanecem detectáveis com uma diluição baixa e estável (cicatriz sorológica).

**Teste sorológico treponêmico<sup>5</sup> (FTA-Abs, MHA-TP, TPI, TPHA):** são exames quantitativos e específicos para a doença, detectam-se 7-10 dias após a infecção e permanecem positivos mesmo após o tratamento.

## **Tratamento:**<sup>4</sup>

**Forma primária:** Penicilina Benzatina 1.200.000 UI, IM em cada glúteo (total de 2,4 milhões de UI), uma única vez.

**Forma secundária/ Latente recente:** Penicilina Benzatina 1.200.000 UI, IM em cada glúteo (total de 2,4 milhões de UI). Repetir esta dose em uma semana.

**Forma terciária/ Latente tardio/incerto:** Penicilina Benzatina 1.200.000 UI, IM em cada glúteo (total de 2,4 milhões de UI), por semana, durante 3 semanas.

**Gestantes:** dose conforme o estágio da doença. As que têm hipersensibilidade a penicilina, realiza-se dessensibilização ao fármaco.

**Regimes alternativos:** Eritromicina, Tetraciclina ou Doxiciclina.

## **Cancroide/Cancro Mole**

Esta é uma DST ulcerativa aguda, mais comum em homens, provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, um bacilo Gram negativo, caracterizado por múltiplas lesões dolorosas e adenomegalia unilateral.

## **Manifestações clínicas<sup>1</sup>**

Após um período de incubação de 3-7 dias, observa-se uma lesão papulosa que evolui rapidamente para uma úlcera de bordos irregulares, com fundo necrótico, dolorosa, com odor fétido e friável. Tornam-se múltiplas por auto-inoculação. Caracteristicamente, há linfadenomegalia inguinal unilateral em 50

% dos pacientes, a qual drena secreção purulenta por um orifício único, o bubão.



**Figura 2 - Lesões múltiplas e dolorosas do Cancróide**

### ***Diagnóstico***

**Bacterioscopia:**<sup>4</sup> coloração pelo método de Gram da secreção do bubão. PCR:<sup>4</sup> é o padrão-ouro para diagnóstico .

### ***Tratamento***<sup>4</sup>

Azitromicina 1g, VO, dose única, para o paciente e seu parceiro sexual. Como alternativa, pode-se prescrever estearato de Eritromicina (gestantes), Ciprofloxacino ou Doxiciclina.

A Punção do bubão é indicada apenas para alívio dos sintomas, sendo contra-indicada a incisão cirúrgica para drenagem dos linfonodos acometidos.<sup>3</sup>

### ***Tabela Comparativa***

Esta tabela visa estabelecer as diferenças clássicas entre as úlceras da Sífilis, em sua forma primária, e do Cancróide.

LESÃO	SÍFILIS	CANCROÍDE
BASE DA LESÃO	INFILTRADA	NÃO INFILTRADA
NÚMERO DE ÚLCERAS	ÚNICA	MÚLTIPLAS
SENSIBILIDADE	INDOLOR	DOLOROSA
ASPECTO	FUNDO LIMPO	NECRÓTICA, FRIÁVEL
ADENOPATIA	MÚLTIPLAS, INDOLORS	ÚNILATERAL, DOLOROSA, FÍSTULIZAÇÃO COM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA

## **Linfogranuloma Venéreo/ Mula**

Doença sexualmente transmissível, mais comum em mulheres, causada pela *Chlamydia tracomatis*, um bacilo Gram negativo intracelular obrigatório que fibrosa o sistema linfático.

### ***Manifestações clínicas***<sup>1,2</sup>

Após um período de incubação de 3-21 dias, ocorre o surgimento de uma úlcera indolor e pequena, que regride rapidamente, dificilmente percebida pelo paciente. Após 6 semanas, dependendo do local da inoculação, há um aumento de múltiplo linfonodos, que drenam através de inúmeros orifícios uma secreção purulenta, conhecido como “lesão em bico de regador”. Na fase crônica, pode haver fibrose vaginal e retal, com evolução para as formas graves como a elefantíase genital e a estenose retal.



**Figura 3 - Bubões do Linfogranuloma Venéreo**

### ***Diagnóstico***

**Bacterioscopia:**<sup>1</sup> colhe-se material da secreção do bubão, entretanto é pouco sensível.

**Método ELISA:** são os marcadores sorológicos para clamídia. Cervicites assintomáticas, ou pessoas sem infecção podem ter títulos de 1:32. Índices maiores do que 1:64, ou aumento de 4 diluições em uma titulação seriada são sugestivos da doença.<sup>4</sup>

### ***Tratamento***<sup>4</sup>

Doxiciclina 100mg, VO, de 12/12 horas por 14-21 dias, para o paciente. Os parceiros sexuais que tiveram contato até 60 dias antes dos sintomas devem ser examinados e tratados. Azitromicina, Eritromicina, Tianfenicol, ou Sulfametoxazol + Trimetopim podem ser utilizados como alternativa.

Considerar apenas punção de alívio do bubão.

### **Donovanose/ Granuloma Inguinal**

Doença crônica, rara, de baixo contágio, progressiva, provocada pelo bacilo Gram negativo *Calymmatobacterium granulomatis*, que acomete a pele e as mucosas.

#### ***Manifestações clínicas***<sup>1</sup>

Após um período de incubação desconhecido, há o surgimento de uma úlcera plana, bem delimitada, cor vermelho vivo, friável, indolor, com crescimento lento que pode evoluir para necrose.



**Figura 4 - Donovanose**

#### ***Diagnóstico***<sup>3</sup>

Realizado por biópsia ou raspado do bordo da lesão, em função do diagnóstico diferencial com neoplasia maligna cutânea, revelando a presença de corpos intracelulares de células mononucleares (Corpúsculos de Donovan).

#### ***Tratamento***<sup>4</sup>

Doxiciclina 100mg, VO, de 12/12 horas, por no mínimo 21 dias até a cura das lesões. O Parceiro sexual que teve contato nos últimos 60 dias deve ser examinado e oferecido o tratamento proposto.

### **Herpes Genital**

Doença viral crônica, causada por dois subtipos antigênicos, o HSV-1, relacionado a lesões labiais, e o HSV-2, mais prevalente na região genital.<sup>1</sup>

### ***Quadro Clínico***

**Primoinfecção:**<sup>1,3,6</sup> Este diagnóstico é raro, visto que a sua apresentação é assintomática na maioria dos casos, mas, quando há sintomatologia, ocorrem febre, cefaléia e linfadenopatia, seguido de múltiplas vesículas, com líquido claro e contagiante, agrupadas, bilateralmente que coalescem e acometem grande superfície. As vesículas rompem-se, formando pústulas e crostas, que cicatrizam normalmente. A dor neuropática, quando presente, é mais intensa nesta fase. Em casos graves, há disseminação para o Sistema Nervoso Central, ocasionando meningoencefalite herpética.

**Recorrente:**<sup>2,3,6</sup> Esta é a sua forma clínica mais comum. O vírus permanece latente no gânglio neuronal periférico e, após algum evento de estresse agudo como doença febril, alteração do estado emocional, ou baixa-imunidade, há o surgimento de uma sensação de queimação e prurido no local acometido, seguido de lesões vesiculares agrupadas em diferentes estágios de evolução.



**Figura 5 - Vesículas agrupadas do Herpes Vírus**

### ***Diagnóstico***

**Teste citológico de Tzanck:**<sup>2</sup> células multinucleadas, gigantes com balonização.

**Sorologia:**<sup>5</sup> Anticorpos da classe IgG para HSV-1 e HSV-2, duas amostras espaçadas de 15-30 dias com aumento dos títulos no último exame. Uma amostra não é diagnóstica da doença, por causa da sua elevada prevalência.

### ***Tratamento***<sup>4</sup>

O objetivo é o encurtamento do tempo de doença, visto que não é possível a erradicação do vírus.

**Primoinfecção:** podem-se usar durante 7 dias: Aciclovir 200mg, VO, de 4/4horas, 5x ao dia; ou Valaciclovir 1g VO de 12/12 horas; ou Famciclovir 250mg VO de 8/8horas

**Episódios recorrentes:** podem-se usar durante 5 dias: Aciclovir 400mg, VO, de 8/8horas; ou Valaciclovir 500g VO de 12/12 horas; ou Famciclovir 125mg VO de 12/12horas

**Profilaxia:** (indicado quando há 6 ou mais episódios em um ano) Aciclovir 400mg, VO, de 12/12horas por até 6 anos; ou Valaciclovir 500mg/dia por até 1 ano; ou Famciclovir 250mg de 12/12hora''s por até 1 ano.

## REFERÊNCIAS

1. Freedberg IM. editor. et al. Fitzpatrick: tratado de dermatologia. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Revinter; c2005.
2. Passos MRL. Atlas de DST & Diagnóstico Diferencial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2012.
3. Sampaio SAP. Dermatologia. 3ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
5. Goldman L, Ausiello D. Cecil Tratado de Medicina Interna. 23ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
6. Habif TP. Dermatologia Clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.