

**Descritores**

Cervicite uterina; *Chlamydia trachomatis*; *Neisseria gonorrhoeae*; Uretrite; Doença inflamatória pélvica

**Como citar?**

Gonçalves AK, Eleutério Junior J, Costa AP, Giraldo PC. Cervicites e uretrites. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, no. 2/Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

3. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

\* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 2, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

# Cervicites e uretrites

Ana Katherine Gonçalves<sup>1</sup>, José Eleutério Junior<sup>2</sup>, Ana Paula Ferreira Costa<sup>1</sup>, Paulo César Giraldo<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

O corrimento genital, tanto em mulheres quanto em homens, é uma queixa frequente na prática clínica, entretanto, o diagnóstico etiológico é frequentemente pouco valorizado, o que dificulta o tratamento e favorece quadros de recorrência. Além disso, a imensa disponibilidade de opções farmacológicas aumenta as probabilidades de um tratamento insuficiente ou inadequado. Nesse contexto, o diagnóstico do corrimento genital é realizado, muitas vezes, apenas pela anamnese e/ou observação clínica, o que é ineficaz, visto que, em um número muito grande de casos, os sinais e os sintomas não são característicos e, frequentemente, estão mascarados pela utilização inadequada de cremes vaginais inespecíficos, o que também pode causar resistência bacteriana e/ou fúngica, além de desequilíbrio na flora vaginal. Considerando ainda que, quando o diagnóstico não é feito de forma precisa, corre-se o risco de instituir terapêutica inadequada e consequente agravamento do quadro, tornando o processo muito oneroso do ponto de vista econômico, psicológico ou social. Além das vulvovagites que se constituem na principal causa de corrimento genital em mulheres, existem, também, as cervicites e uretrites, que são, na maioria das vezes, infecções sexualmente transmissíveis (IST), apresentando características epidemiológicas e clínicas, etiologias e fatores de risco muito semelhantes.

A cervicite ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino), geralmente, de causa infecciosa (gonocócicas e/ou não gonocócicas). A maioria dos casos de cervicites é assintomática, sendo descoberta apenas durante a investigação diagnóstica. A ausência de sintomas dificulta o seu diagnóstico e favorece as inúmeras complicações advindas do quadro, tais como endometrite, doença inflamatória pélvica (DIP), desfechos adversos para gestantes e recém-nascidos, incluindo ainda um maior risco de aquisição do HIV e do câncer cervical.<sup>(1-7)</sup> As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento, apresentando características epidemiológicas, clínicas, etiologias e fatores de risco muito semelhantes aos das cervicites.<sup>(4,5)</sup> As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento com características variáveis e disúria.<sup>(4,5)</sup> Os principais fatores de risco associados às uretrites são: idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos.<sup>(4,5)</sup>

## ETIOLOGIA

### Principais agentes etiológicos das cervicites e uretrites<sup>(1-5)</sup>

- *Chlamydia trachomatis* (CT).
- *Neisseria gonorrhoeae* (NG).
- Outros agentes: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum* e infecção secundária (bactérias anaeróbias e Gram-negativas).

As cervicites têm, comumente, causa infecciosa (gonocócicas e/ou não gonocócicas), entretanto, outros agentes menos usuais, tais como bactérias aeróbicas e anaeróbicas, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, vírus do herpes simples (HSV, do inglês *Herpes simplex*

virus), citomegalovírus (CMV) e adenovírus, aumentam a preocupação sobre tratamentos empíricos utilizados frequentemente para tratar mulheres com cervicite e seus parceiros sexuais.<sup>(5)</sup>

Os principais microrganismos associados às uretrites são a *N. gonorrhoeae* e a *C. trachomatis*. Outros agentes, como *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, enterobactérias (nas relações anais insertivas), *M. genitalium*, HSV, adenovírus e *Candida* spp., são menos frequentes. Os patógenos causadores das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral pode ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral, prurido, eritema e disúria.

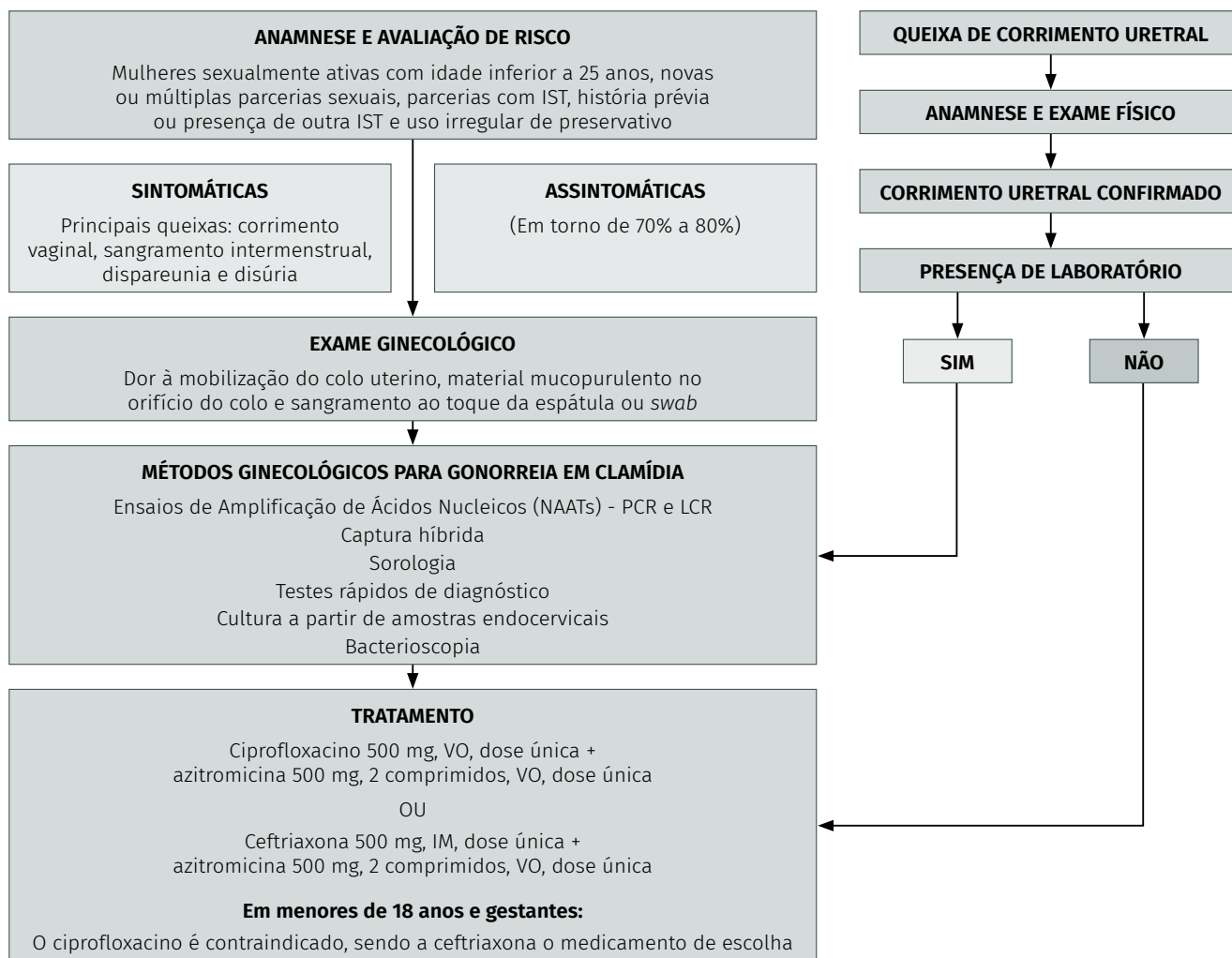
A etiologia multifatorial das cervicites e uretrites e a elevada frequência de complicações severas justificam, por si, a realização de procedimentos investigativos e exames complementares direcionados para o diagnóstico etiológico, em mulheres que procuram assistência médica por outros motivos.<sup>(1-5)</sup>

## FISIOPATOLOGIA

- Infecções cervicais ou uretrais por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos e bactérias facultativas anaeróbicas (ex.: *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus agalactiae*, entre outros), que compõem a flora vaginal e também o trato genital, causando, nas mulheres, salpingites, endometrites e doença inflamatória pélvica.<sup>(3-5)</sup>
- As cervicites durante a gravidez estão associadas a complicações obstétricas, tais como trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, abortamento e óbito fetal.<sup>(6)</sup>

## DIAGNÓSTICO

Na prática médica, para facilitação no manuseio, em especial para os médicos generalistas, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a utilização de fluxograma, semelhante ao que se propõe na figura 1.



IST: infecção sexualmente ativa.

Fonte: Baseado em Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.<sup>(4)</sup>

**Figura 1.** Fluxograma para manuseio das cervicites e uretrites.

## Os exames mais usados para o diagnóstico etiológico são os seguintes<sup>(1-5)</sup>

- Técnicas de Biologia Molecular: a reação em cadeia da polimerase (PCR) e a detecção de DNA e ampliação do sinal (captura híbrida) são testes mais sensíveis do que a cultura para o diagnóstico de cervicite e uretrite por CT/NG. Essas técnicas promovem a detecção de sequências específicas de nucleotídeos de CT.
- Cultura (meio de McCoy): é considerado o teste de referência para a detecção de CT. Todavia, a sensibilidade da cultura pode ser prejudicada pela coleta e pelo transporte inadequados, substâncias tóxicas em espécimes clínicos e supercrescimento de culturas celulares por comensais. Desvantagens adicionais incluem tempo estendido, mão de obra qualificada e dificuldades na padronização. Por isso, a cultura celular raramente é utilizada hoje em dia como método diagnóstico de clamídia.
- Bacterioscopia de secreção endocervical: *swab* endocervical disposto em esfregaço corado pelo Gram. Procurar diplococos intracelulares (polimorfonucleares neutrófilos – PMN) Gram-negativos. A coloração das amostras pelo Gram, embora tenha sensibilidade técnica na mulher de apenas 50%, pode ser realizada com muita facilidade em qualquer local que disponha de microscópio óptico.
- Cultura em meio de Thayer-Martin: cultivar a secreção endocervical diretamente no meio ou usar meio de transporte apropriado (anaerobiose).
- Imunofluorescência direta: o uso de anticorpos poli/monoclonais conjugados com substâncias fluorescentes, como a fluoresceína, identifica componentes da membrana externa da clamídia. É uma técnica que pode ser influenciada por problemas de coleta e fixação do material. Materiais com pouca quantidade de células epiteliais e presença de sangue propiciam resultados falso-negativos.
- Métodos imunoenzimáticos: os testes EIA (*Enzyme Immunoassay*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) permitem a pesquisa de CT em grande número de amostras. Têm menor sensibilidade que a cultura celular e os métodos de biologia molecular. Um teste de ELISA conjugado com tecnologia automatizada oferece ótimos resultados. Porém, o elevado preço do equipamento, dos reagentes e dos componentes do conjunto inviabiliza o seu uso rotineiro.
- Detecção de anticorpos: a pesquisa de anticorpos tem valor diagnóstico nas infecções complicadas, como linfogranuloma venéreo, tracoma, endometrite, salpingite, periepatite, síndrome de Reiter e pneumonia. Não é usada em diagnóstico de infecções superficiais, como uretrite e cervicite.

## TRATAMENTO

O tratamento deve estar voltado preferencialmente para o patógeno envolvido no processo, por isso deve-se buscar sempre o diagnóstico etiológico mediante propedêutica laboratorial complementar. Entretanto, quando essa propedêutica não está disponível, considerando os sérios agravos decorrentes das duas entidades (cervicites e uretrites), o tratamento baseado em um diagnóstico presuntivo, voltado para os principais agentes envolvidos (CT e NG), é justificado.<sup>(2-4)</sup>

### TRATAMENTO DAS INFECÇÕES POR CT

Recomendação do Ministério da Saúde do Brasil (2016):<sup>(4)</sup>

- Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose única (DU);
- Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, 7 dias (exceto gestantes);
- Amoxicilina 500 mg, VO, 3x/dia, 7 dias.

### TRATAMENTO DAS GESTANTES<sup>(4)</sup>

- Azitromicina, 1 g VO, em DU;
- Eritromicina, 500 mg, via oral, 6/6 horas, por 7 dias ou a cada 12 horas, por 14 dias;
- Amoxicilina, 500 mg, via oral, 8/8 horas, por 7 dias (melhor tolerância gastrointestinal se comparada à eritromicina).

Observações:

- Amoxicilina não é efetiva na infecção crônica;
- Tetraciclina e doxiciclina são contraindicadas na gravidez;
- Na gestação, deve-se colher teste de controle, após três semanas do fim do tratamento, para confirmar êxito terapêutico.

### TRATAMENTO DAS INFECÇÕES POR NG<sup>(4)</sup>

Ao considerar a possibilidade da associação da *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e a dificuldade prática do diagnóstico, recomenda-se o tratamento de ambas.

- Ciprofloxacino 500 mg, VO, DU, + azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, DU; ou ceftriaxona 500 mg, IM, DU, + azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, DU.
- Ciprofloxacino é contraindicado para gestantes e menores de 18 anos, sendo a ceftriaxona o medicamento de escolha.
- Ciprofloxacino é contraindicado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, tendo o tratamento sido substituído pela ceftriaxona devido à circulação de cepas de gonococos resistentes.
- Na indisponibilidade de ceftriaxona, usar cefalosporina de terceira geração, como a cefotaxima 1.000 mg IM, DU.

- Ao considerar a possibilidade da associação da *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e a dificuldade prática do diagnóstico, recomenda-se o tratamento de ambas.

### TRATAMENTO DAS GESTANTES

- Estearato de eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias;
- Ampicilina 3,5 g, DU, VO, precedido de probenecida, 1 g, DU;
- Amoxicilina 3 g, DU, VO, precedido de probenecida, 1 g, DU.

A frequente escassez de sintomas da infecção por *Chlamydia* justifica a importância da sua busca ativa, e a gravidade das sequelas exige tratamento precoce. A busca ativa da CT em grupos de risco (gestantes, adolescentes, pessoas com outras IST) é primordial para prevenir sequelas e interromper a cadeia de transmissão. O tratamento deverá ser instituído o mais precocemente possível, independentemente da sintomatologia.

### TRATAMENTO DAS INFECÇÕES POR MICOPLASMAS<sup>(2-4)</sup>

Tetraciclina, macrolídeos e quinolonas. Opções terapêuticas (usar apenas uma das opções):

- Doxiciclina: 100 mg, 2x/dia, por 7 dias;
- Tetraciclina: 500 mg, 4x/dia, por 7 dias;
- Eritromicina: 500 mg, 4x/dia, por 7 dias;
- Levofloxacino ou ciprofloxacino: 500 mg/dia, por 7 dias;
- Azitromicina: 1 g (DU), ou 500 mg/dia, por 5 dias.

### RECOMENDAÇÕES FINAIS<sup>(2-4)</sup>

Todos os parceiros dos pacientes devem ser tratados para NG/CT se o último contato foi antes do diagnóstico. Pacientes com sintomas persistentes devem ser testados para suscetibilidade antimicrobiana do gonococo. Pacientes de risco e viventes em área de alta prevalência devem ser submetidos à triagem de rotina. Na gravidez, deve-se fazer triagem de rotina para a NG/CT. Homens que fazem sexo com homens devem ser rastreados, anualmente, para a gonorreia na uretra, no reto e na faringe.

### REFERÊNCIAS

1. Reich O, Fritsch H. The developmental origin of cervical and vaginal epithelium and their clinical consequences: a systematic review. *J Low Genit Tract Dis.* 2014;18(4):358-60.
2. Gonçalves AK, Giraldo PC, Eleutério JR. Doenças benignas do colo do útero: cervicites. In: Lasmar RB. *Tratado de ginecologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. Cap. 11. p. 107-13.
3. Gonçalves AK, Giraldo PC, Eleutério JR, Chaves JH. Corrimento vaginal: vulvovaginites e cervicites in primo WQSP. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *Doença do trato genital inferior.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. Cap. 7. p. 67-82.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
5. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64 RR-03:1-137.
6. Silva MJ, Florêncio GL, Gabiatti JR, Amaral RL, Eleutério Júnior J, Gonçalves AK. Perinatal morbidity and mortality associated with chlamydial infection: a meta-analysis study. *Braz J Infect Dis.* 2011;15(6):533-9.
7. Johnson LF, Lewis DA. The effect of genital tract infections on HIV-1 shedding in the genital tract: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2008;35(11):946-59.