

# ÚLCERA GENITAL, NEM SEMPRE UMA CLÁSSICA DST: RELATO DE UM CASO DE TUBERCULOSE VULVAR

## *GENITAL ULCER, NOR ALWAYS A CLASSIC DST: CASE REPORT OF A TUBERCULOSIS VULVAR*

*Antônio C Filho<sup>1</sup>, Priscila C Rabelo<sup>2</sup>, Thiago Martinelli<sup>3</sup>,  
Carlos de Faria<sup>4</sup>, Ricardo B de Rezende<sup>5</sup>*

### RESUMO

A tuberculose vulvar é uma patologia rara, geralmente associada a um foco primário pulmonar. O objetivo deste relato é apresentar o quadro clínico, diagnóstico e tratamento de um caso de tuberculose vulvar acompanhado no serviço de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória em 2004. Relata-se o caso de uma paciente de 54 anos, casada, com uma úlcera genital crônica, de grande extensão, sem outros sintomas associados. Foi submetida a biópsia da lesão e exames para investigação de doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, hepatites e HIV). Dos resultados, o estudo histopatológico evidenciou granuloma sugestivo de tuberculose, após descartar outras suspeitas. Realizou-se então como propedêutica radiografia de tórax, o qual apresentou lesões sugestivas de tuberculose. Fez-se baciloscopia do escarro, com resultado positivo. Diante do quadro de tuberculose pulmonar e do resultado encontrado na biópsia da úlcera genital, iniciou-se o tratamento com tuberculostáticos. Obteve-se então confirmação da tuberculose vulvar através da prova terapêutica positiva, com melhora significativa da lesão genital nos primeiros sete dias de tratamento. Observou-se a importância de ter a tuberculose como diagnóstico diferencial nas úlceras genitais crônicas, por requerer investigação diagnóstica adequada para se instituir o tratamento preciso e obter a cura.

**Palavras-chave:** tuberculose vulvar, úlcera genital, doenças sexualmente transmissíveis

### ABSTRACT

The tuberculosis to vulvar is a rare pathology, generally associated to a pulmonary primary focus. The objective of this report is to present the clinical, diagnostic picture and treatment of a vulvar tuberculosis followed in the service of Gynecology of the Santa Casa de Misericórdia de Vitória in 2004. The case of a patient of 54 years old, married, with a chronic genital ulcer, of great extension, without other symptoms associates. It was submitted the biopsy of the injury and examinations for inquiry of some sexually transmitted diseases (syphilis, hepatites and HIV). The results the biopsy it evidenced granuloma suggestive of tuberculosis, after to discard others suspicion. It was become fulfilled x-ray of thorax, which presented suggestive injuries of tuberculosis. Baciloscopia of pulmonary secretion became, with positive result. Ahead of the pulmonary picture of tuberculosis and the result found in the biopsy of the genital ulcer, the treatment with tuberculostatics was initiated. Confirmation of the tuberculosis was gotten then to vulvar through positive the therapeutical test, with significant improvement of the genital injury in first the seven days of treatment. It was observed the importance of if having the tuberculosis as diagnostic differential in the chronic genital ulcers, for requiring adequate diagnostic inquiry to do the necessary treatment and getting the cure.

**Keywords:** tuberculosis to vulvar, genital ulcer, sexually transmitted diseases

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 18(1): 85-88, 2006*

## INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm tido importância no Brasil e no mundo como um sério problema de saúde pública.<sup>1</sup> Elas englobam várias doenças infecciosas, que são classificadas com relação à transmissão sexual em obrigatoriamente, freqüentemente ou eventualmente transmitidas por contato sexual.<sup>2</sup> Nas mulheres, as DST podem se apresentar como vesícula e úlceras genitais, corrimento vaginal e uretral, cervicite, dor pélvica, adenopatia inguinal e outros sintomas.<sup>3</sup>

As doenças caracterizadas por úlceras genitais incluem as clássicas DST que são obrigatoriamente de transmissão sexual, como a sífilis primária, o linfogranuloma venéreo, a donovanose e o cancro mole, também o herpes simples genital, o qual é freqüentemente de transmissão sexual.<sup>2-4</sup> Outras doenças, eventualmente transmitidas por contato sexual, são a leishmaniose tegumentar americana e a tuberculose cutânea. Além dessas, têm-se ainda como diagnóstico diferencial erosões traumáticas e neoplasias, entre outras.<sup>1,2</sup> Dentre essas doenças, a tuberculose vulvar é rara e foi descrita, por alguns autores, com quadro clínico inespecífico e de diagnóstico geralmente tardio.<sup>5-7</sup>

Tão crescente quanto as DST, com o impacto da aids, a tuberculose extrapulmonar tem ocorrido com maior freqüência. Com disseminação predominante por via hematogênica, o local mais comum acometido é o trato urinário (cerca de 30%). Nos órgãos genitais femininos são acometidos, de forma decrescente, as tubas uterinas (90%), o útero (50%), os ovários (25%), o colo uterino (5%) e com um número bem pequeno de casos (< 2%) a

<sup>1</sup>Ph.D. Gineco-obstetra, chefe da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV).

<sup>2</sup>Médica-residente em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV).

<sup>3</sup>Médico-residente em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV).

<sup>4</sup>Médico Patologista da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV).

<sup>5</sup>Médico Patologista da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV), Mestre em Anatomia Patológica pela UFRJ.

vagina e a vulva. A tuberculose genital em muitos casos coexiste com a pulmonar, numa variação de 9% a 49% de incidência.<sup>7-9</sup> Embora rara, a tuberculose vulvar possui grande importância por sua manifestação clínica, pelo impacto psicológico que causa na paciente e por necessitar de um diagnóstico preciso e tratamento adequado.

## RELATO DO CASO

Paciente ONR, 54 anos, cor parda, natural do Espírito Santo, profissão do lar, casada, atendida no serviço de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória em fevereiro de 2005, com queixa de ferida na vulva.

Referia há cerca de três meses ter iniciado mancha eritematosa na região perineal, associada a leve ardor e prurido. A lesão foi progressivamente ulcerando e crescendo. Negava outros sintomas genitourinários. Negava perda de peso ou febre. Negava contato com pessoas doentes. Relatava também pouca tosse seca, noturna, após contato com material de limpeza, há cerca de três meses.

História ginecológica: menarca aos 13 anos, ciclos menstruais regulares; coitarca aos 22 anos, único parceiro sexual; hábito sexual ativo; gesta três, para três, cesarianas. Negava antecedentes patológicos. Antecedente familiar de uma irmã diabética e um irmão que teve tuberculose tratada, porém que morava em outra cidade e a mesma não teve contato com este irmão.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, mediana, peso adequado, sem alterações. Ao exame ginecológico apresentava uma úlcera perineal, da fúrcula vaginal à região perianal, de cerca de sete centímetros em seu maior diâmetro, com fundo sujo, granuloso, contornos regulares, bem delimitados, de bordas elevadas (**Figura 1**). Apresentava também linfadenomegalia inguinal bilateral, sem sinais flogísticos.

Foi submetida à biópsia da lesão dia 21/02/05 e solicitação de pesquisa sorológica para sífilis, hepatites B e C e HIV. Foi orientada a retornar em 15 dias para saber resultados, porém retornou após várias semanas. Os resultados: VDRL reator inferior (1/2), Elisa HIV não-reator, HBsAg e anti-HCV negativos. O estudo histopatológico da lesão evidenciou à microscopia processo inflamatório crônico constituído de granuloma formado por célula gigante multinucleada tipo Langhans, com células epitelióides e infiltrado de linfócitos de permeio, sugerindo investigar tuberculose (**Figura 2**).

A paciente foi internada para melhor investigação. Foram solicitados hemograma, urina I (elementos anormais e sedimento - EAS) e urocultura, FTA-Abs, retossigmoidoscopia, radiografia de tórax e ultra-sonografia endovaginal. Nos resultados: hemograma e urina normais; FTA-Abs não-reator; retossigmoidoscopia sem alterações; ultra-sonografia com útero e ovários normais, sem massas pélvicas, porém a radiografia evidenciava lesões fibrocísticas na metade superior do pulmão direito com condensações de permeio, altamente sugestivo de tuberculose (**Figura 3**). Foi realizada baciloscopia do escarro que veio positiva (duas cruzes de 1 a 10 bacilo álcool ácido resistente - BAAR encontrados em 50 campos microscópicos examinados).



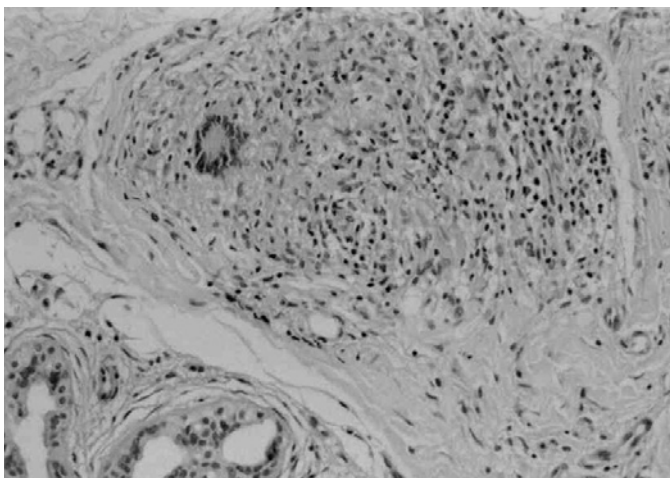
**Figura 1** – Úlcera genital crônica.

Diante do diagnóstico de tuberculose pulmonar (radiografia e baciloscopia) e do histopatológico da úlcera genital sugestivo de tuberculose, iniciou-se o tratamento da tuberculose com esquema I: rifampicina, isoniazida e pirazinamida dia 08/04/2005, o qual serviu como teste terapêutico para a lesão genital. Após sete dias de tratamento a paciente apresentou prova terapêutica positiva, com melhora importante da úlcera genital: diminuição do tamanho da lesão e involução das bordas (**Figura 4**). A melhora da lesão vulvar foi progressiva. Com 26 dias de tratamento a úlcera havia desaparecido, ficando apenas uma mancha hipocrômica, por ainda não ter ocorrido a pigmentação da pele (**Figura 5**) e com 42 dias a pele já estava epitelizando (**Figura 6**).

## DISCUSSÃO

O caso relatado de úlcera genital crônica (mais de quatro semanas), segundo o Ministério da Saúde (MS), teria como diagnósticos mais frequentes a sífilis primária e o cancro mole, seguido da donovanose, sendo necessária investigação diagnóstica, inclusive da possível associação com o HIV, através das sorologias para sífilis e HIV e da biópsia da lesão.<sup>1</sup>

Diante da investigação negativa para sífilis, conforme os resultados citados e, clinicamente, por a lesão não ter características do cancro mole (múltiplas lesões dolorosas, com bordas irregulares, fundo necrótico e bubão inguinal unilateral) ou da dono-



**Figura 2** – Microscopia de fragmento da lesão genital (aumento de 100 × corado com hematoxilina-eosina): estrutura granulomatosa, constituída por células epitelióides em torno de célula gigante multinucleada tipo Langerhans, com linfócitos de permeio.



**Figura 3** – Radiografia do tórax PA com lesões fibrocísticas na metade superior do pulmão direito, com condensações de permeio.

vanose (úlceras de bordas planas e ausência de adenite), aguardou-se o histopatológico da lesão, exame importante para esclarecimento diagnóstico, segundo o MS e outros autores.<sup>1,13,14</sup>

O resultado do histopatológico, estudo com alta especificidade, evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso (reação de hipersensibilidade tipo IV). Os patologistas, após a investigação de rotina com as técnicas de PAS, Prata, Ziehl-Nielsen, Wharthin-Starry e Giensa, descartaram infecções micóticas,



**Figura 4** – Úlcera genital após 7 dias de tratamento com tuberculostáticos.



**Figura 5** – Úlcera genital após 26 dias de tratamento com tuberculostáticos.

donovanose, leishmaniose, sífilis entre outras doenças e sugeriram tuberculose (embora não-patognomônica).<sup>9,11</sup> Hoje se pode também dispor da biologia molecular, através do PCR, também altamente específico, porém de alto custo.<sup>12,15,16</sup>

Como exames complementares na tuberculose genital, por sua possível associação com a tuberculose pulmonar, a radiografia de tórax é indicada, tendo neste relato evidenciado lesões que auxiliaram no diagnóstico de tuberculose pulmonar, seguida da coleta de escarro para baciloscopia (BAAR), confirmando o diagnóstico.

Devido ao acometimento dos órgãos genitais internos citados em vários relatos, a ultra-sonografia endovaginal é importante,



**Figura 6** – Úlcera genital após 42 dias de tratamento com tuberculostáticos.

podendo ser complementada por histerossalpingografia, histeroscopia, biópsia endometrial e até videolaparoscopia na suspeita de granuloma nos órgãos genitais internos.<sup>16,17</sup> Neste relato, a lesão acometia exclusivamente a região vulvoperineal, a localização mais rara na tuberculose genital.<sup>9,10</sup>

O tratamento da tuberculose genital, preconizado pelo Ministério da Saúde, é o mesmo da tuberculose pulmonar, o esquema I (rifampicina e isoniazida por seis meses e pirazinamida por dois meses). Essa quimioterapia múltipla permanece o tratamento mais potente contra o *Micobacterium tuberculosis* sensível, tendo confirmado o diagnóstico de tuberculose genital neste relato devido à prova terapêutica positiva.<sup>2,7,9,18</sup>

No acometimento de órgãos genitais internos, o tratamento cirúrgico está indicado quando há persistência do volume das massas na vigência do tratamento medicamentoso; recidiva da tuberculose endometrial um ano após o início do tratamento; persistência dos sintomas pélvicos; pacientes acima de 40 anos que não aderem ao tratamento e fístulas que não cicatrizam. Esse deve ser realizado com quimioterapia prévia (dois meses) e pós-cirúrgica (de 18 a 24 meses).<sup>7,9</sup> Neste relato, a resposta ao tratamento medicamentoso foi rápida e eficaz.

Por ser a tuberculose genital resultante normalmente de disseminação hematogênica, pode apresentar complicações ao acometer os órgãos internos, como dor pélvica, abortamento e infertilidade, podendo até ser fatal, com uma taxa de mortalidade elevada, de 16% a 50% dos casos não tratados em 5 anos de doença ativa.<sup>9,10,18</sup>

Enfim, embora uma doença rara, é preciso sempre se investigar a tuberculose nos casos de úlcera genital crônica, devido às sérias complicações que podem haver e também por existir no Brasil e no mundo tratamento adequado, com medicamentos eficazes e disponíveis a todos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª. Ed. Brasília: PN DST/AIDS; 1999. p. 5, 40-63.
2. Prado FC, Ramos JÁ, Valle JR. Atualização Terapêutica: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento. 21ª. Ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 261-72.
3. Passos MRL. Deesetologia no bolso: o que deve saber um profissional que atende DST. Piraf: RQV; 2004. p. 11-2.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2004. MMWR 2004; 53(16): 103-10.
5. Mendiratta V, Harjai B, Sardana K. Tubercular lymphadenitis of the vulva. J Eur Acad Dermatol Venerol 2005; 19: 264-5.
6. Sardana K, Korane RV, Sharma RC, Mahajan S. Tuberculosis of the vulva masquerading as a sexually transmitted disease. J Dermatol 2001; 28 (9): 505-7.
7. Soares LC, Brolo JLA, Camilo-Coura LM. Tuberculose genital feminina: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. An Acad Nac Med 2001; 161 (1); 33-5.
8. Hassoun A, Jacqueline G, Huang A, Anderson A, Smith MA. Female genital tuberculosis: uncommon presentation of tuberculosis in the United States. Am J Med 2005; 118: 1295.
9. Halbe HW, Sakamoto LC. Tuberculose genital feminina. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª. Ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 1086-91.
10. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al. Tuberculose genitourinária. In: Harrison - Medicina Interna. 15ª. Ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill; 2002. p. 1089.
11. Cotran RS, Fumar V, Collins T. Tuberculose. In: Robbins - Patologia Estrutural e Funcional. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 73-6, 314-6.
12. Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. Int J Fertil Womens Med 2004; 49 (3): 123-36.
13. Ma YY, Hsu TY, Changchien CC, Chang SY, Lin JW. Vulvovaginal tuberculosis: a case report. Changeng Yi Xue Za Zhi 1997; 20 (1): 66-70.
14. Camargo MJ, Souza MCB, Reis AFF. Tuberculose genital feminina: diagnóstico. J Bras Ginecol 1993 103 (10): 365-72.
15. Dochviri TZ, Katsitadze VA, Khosiashvili GZ, Chigogidze TG. Detection of mycobacteria tuberculosis in patients with urogenital tuberculosis by PCR method. Georgian Med News 2005; (2): 14-7.
16. Abebe M, Lkew M, Kidane D, Lakew Z, Kiros K, Harboe M. Female genital tuberculosis in Ethiopia. Int J Gynecol Obstet 2004; 84: 241-6.
17. Bravo A. Hace 55 años: diagnostico de la tuberculosis genital. Ginecol Obstet Mex 2001; 69 (9): 371-4.
18. Rivera L, Rubén B. Tuberculosis multiorgánica en el Hospital gyeneche de Arequipa, 1990 a 1994. Arequipa - Es. Tese UNSA/ Perú 1995 Jul; 1-75.

### Endereço para correspondência:

**PRISCILA COELHO RABELO**

Rua Ademar Luiz Nepomuceno, 400, 501  
29090-520, Jardim Camburi, Vitória, ES, Brasil

Tel: 55 27 9903-9377

E-mail: priscilarabelo@click21.com.br

Recebido em: 01/06/2006

Aprovado em: 27/06/2006



# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

República Federativa do Brasil



## PORTARIA Nº 156/GM DE 19 DE JANEIRO DE 2006.

Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que, no Brasil, a sífilis congênita ainda se constitui grave problema de saúde pública em todas as regiões do País, com um diagnóstico esperado de aproximadamente 13.000 casos novos a cada ano;

Considerando a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% de crianças infectadas a partir de mães não tratadas;

Considerando que o País é signatário da resolução CE 116.R3, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de junho de 1995, que recomenda a eliminação da sífilis congênita nas Américas;

Considerando que a droga recomendada para o tratamento da sífilis é a penicilina, sendo a única droga capaz de atravessar a barreira placentária e, consequentemente, beneficiar o feto protegendo da sífilis congênita; e

Considerando que as reações anafiláticas graves após o uso da penicilina são raras, ocorrendo entre 0,5 a 1/100.000,

### R E S O L V E:

Art. 1º Determinar a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para situações em que seu uso se impõe, segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a norma referente aos esquemas terapêuticos para situações em que o uso da penicilina se impõe, os procedimentos a serem tomados, materiais necessários e os sinais e sintomas de anafilaxia.

Art. 3º Determinar que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

### ANEXO

#### O USO DA PENICILINA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DEMAIS UNIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Patologias com esquemas terapêuticos padronizados para o uso da penicilina.

a) Sífilis:

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 Série Dose Total: 2.400.000 UI IM	Dose única
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 Séries  Dose Total: 4.800.000 UI IM	1 semana
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 Séries  Dose Total: 7.200.000 UI IM	1 semana
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia IV	4/4h diariamente por 10 dias

b) Sífilis Congênita: se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas: penicilina G cristalina – 50.000 UI/kg/dose, EV, 12/12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM durante 10 dias; se houver alterações liquóricas: penicilina G cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, EV, 12/12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; se não houver alterações clínicas, radiológicas hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia for negativa: penicilina G benzatina - 50.000 UI/Kg IM dose única.

c) Febre Reumática – a dose recomendada de penicilina G benzatina é de 600.000 UI para crianças com menos de 25 Kg e 1.200.000 para os pacientes com 25Kg ou mais. Para profilaxia primária (erradicação do estreptococo) recomenda-se uma única aplicação e para a profilaxia secundária (para evitar novos surtos de febre reumática), uma aplicação a cada 21 dias;

d) São ainda indicações para o uso isolado da penicilina:

I. infecções do trato respiratório superior (amidalites, faringites, otites etc.);

II. infecções de tecidos moles (erisipela, impetigo);

III. pneumonias por *Streptococcus pneumoniae* sensíveis;

IV. endocardite bacteriana por *Streptococcus viridians*;

V. gangrena gasosa;

VI. difteria;

VII. actinomicose e antraz;

VIII. pós esplenectomia (por 3 anos).

2. Reações de Hipersensibilidade ao uso da Penicilina: em geral essas reações dependem do uso prévio (sensibilização) da medicação. As reações de hipersensibilidade às penicilinas podem ser divididas em:

a) reações imediatas: ocorrem em até 20 minutos após a administração de penicilina por via parenteral e, em até 1 hora, quando por via oral. Os sinais e sintomas traduzem-se por urticária, prurido difuso, rubor cutâneo e, em menor frequência, as mais graves como, edema laríngeo, arritmia cardíaca e choque. São reações mediadas por IgE e, em cerca de 95% dos casos, dirigidas contra os determinantes antigênicos principais da penicilina.

b) reações tardias: são as mais comuns, ocorrem após 72 horas e observam-se erupções cutâneas benignas, morbiliformes e de boa evolução, menos frequentes são as reações não cutâneas como febre, doença do soro-símile, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade.

c) após a dose terapêutica inicial da penicilina, na sífilis recente, poderá surgir a reação febril de Jarisch-Herxheimer, com exacerbação das lesões cutâneas e evolução espontânea em 12 a 48 horas. Geralmente exige apenas cuidado sintomático e não se justifica a interrupção do esquema terapêutico. Essa reação não significa hipersensibilidade à droga, todo paciente com sífilis submetido à terapêutica penicilínica deve ser alertado quanto à possibilidade de desenvolver tal reação.

3. Tratamento das Reações de Hipersensibilidade à Penicilina: a anafilaxia é uma emergência médica aguda que requer a instituição de um tratamento adequado. O sucesso do tratamento, bem como a prevenção de complicações mais graves, depende fundamentalmente do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que caracterizam o quadro clínico e da rápida implementação e execução de medidas terapêuticas apropriadas.

Após a injeção de penicilina, o paciente deve permanecer sob observação por pelo menos trinta minutos.

Os portadores de doença cardíaca congestiva e os portadores de doença arterioesclerótica coronariana apresentam risco de reações anafiláticas mais graves (disritmias, diminuição das forças de contração ventricular e infarto agudo do miocárdio) e para utilizar penicilinas injetáveis devem ser encaminhados para serviços de referências.

4. Aspectos Gerais do Tratamento da Anafilaxia: o tratamento é direcionado para três importantes manifestações:

a) manifestações cutâneas (angioedema, urticárias);

b) dificuldades respiratórias (estridor, laringoedema, laringo-espasmo e broncoespasmo); e

c) hipotensão.

A epinefrina (adrenalina) é a droga mais importante para o manejo da anafilaxia e deve ser administrada por via intramuscular. A droga deve ser administrada para todos os pacientes com manifestações sistêmicas de anafilaxia, tais como dificuldade respiratória e hipotensão.

4.1 Tratamento principal:

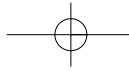
a) a solução de epinefrina (adrenalina) 1: 1.000 deve ser administrada na dose de 0,3 a 0,5 ml (adultos) e 0,01 ml/Kg até no máximo 0,3 ml (crianças), via intramuscular, com intervalo de 15 a 20 minutos entre as doses (máximo de 3 doses);

b) prometazina injetável: 0,25 a 1,00 mg/Kg a cada 12 horas, IM ou EV (diluir a 25 mg/min). Os anti-histamínicos, antagonistas H1 e H2 têm papel adjuvante no tratamento da anafilaxia, especialmente quando estão presentes: hipotensão, distúrbios cardíacos, obstrução de vias aéreas superiores, urticária, angioedema e hipersecreção brônquica. Os corticosteróides podem produzir o risco de recorrência ou de prolongamento da anafilaxia. Suprimem a progressão da urticária e do angioedema associados à anafilaxia, mas o estabelecimento da ação se dá após 4 a 6 horas da primeira dose; e

c) Utiliza-se a hidrocortisona 5 a 10 mg/Kg/dose IM ou EV (infusão), preferencialmente de 30 segundos (100mg) a 10 minutos (500 mg) a cada 6 horas. A dose média para adulto é de 500 mg. Outra opção é o succinato de metilprednisolona IM ou EV (dose de ataque de 2mg/Kg IM ou EV e manutenção 0,8 a 1,0 mg/Kg/dia IM ou VE a cada 6 horas). É fundamental monitorar os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, pulso e frequência respiratória) e manter o paciente aquecido.

4.2. Tratamento de Suporte – se o paciente apresentar hipotensão deve ser colocado em posição deitada com as pernas elevadas.

Caso o problema dominante seja dificuldade respiratória, deve ser assegurada uma adequada oxigenação mantendo o paciente em decúbito dorsal, com o pescoço em extensão. Deve ser administrado oxigênio úmido por máscara (100% - 4 a 6 L/min), com a finalidade de manter boa oxigenação tissular, prevenindo assim a fibrilação ventricular e o sofrimento cerebral, se houver sintomas de asma, deve ser utilizada solução de



Cloreto de Sódio 0,9% (3ml) e Fenoterol (solução para inalação 0,5 – 1 gota/5Kg de peso, máximo de 8 gotas), repetir até duas vezes, com intervalo de 20 a 30 minutos.

A epinefrina por nebulização (epinefrina – 1:1000, 2,5 a 5ml em adulto ou 0,1mg/Kg em crianças diluídos para nebulização) é uma alternativa à epinefrina intramuscular em edema laríngeo leve a moderado. Se os medicamentos da terapêutica inicial não forem efetivos para o choque, fluidos intravenosos devem ser utilizados para restaurar a perda de líquido para o espaço extra vascular: Cloreto de Sódio 0,9% ou Ringer Lactato IV 1000 – 2000ml.

5. Materiais para atendimento à anafilaxia: toda Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá contar com os seguintes materiais/equipamentos e medicamentos para o atendimento à anafilaxia:

a) pessoal/materiais/equipamentos:

a.1) equipe para administração de soluções parenterais;

a.2) agulhas hipodérmicas e descartáveis;

a.3) seringas;

a.4) máscara plástica para a administração de oxigênio úmido; e

a.5) cilindro de oxigênio, com válvula e manômetro em local de fácil visualização com saída para fluxômetro e umidificador.

b) medicamentos:

b.1) solução de epinefrina aquosa 1:1000 (ampola = 1ml = 1mg);

b.2) prometazina (ampola = 2ml = 50mg);

b.3) oxigênio;

b.4) fenoterol solução 0,5%;

b.5) solução de cloreto de sódio 0,9% (solução salina fisiológica, soro fisiológico – frasco de 250 e 500ml);

6. Medidas Gerais: toda reação leve à penicilina deve ser manejada pelos serviços de atenção básica que devem dispor de pessoal capacitado para o diagnóstico, tratamento, bem como de material necessário a sua abordagem. Os casos mais graves de anafilaxia à penicilina deverão ser diagnosticados pelas unidades de saúde da Atenção Básica, que após as medidas iniciais, deverão ser encaminhados para os serviços de referência estabelecidos.

