

DST

SBDST



Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis
MIP/CMB/CCM/ Universidade Federal Fluminense

Vol. 7 - Nº 3 - Setembro - 1995

**É possível reduzir a transmissão vertical
do vírus da imunodeficiência humana -
tipo1?**

**Novas Perspectivas no tratamento do
Herpes Simples**

**Onde está a sífilis? Casuística do Hospi-
tal das Clínicas, Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto, USP, 1979 - 1994.**

DST & Sexualidade

Mobiluncus na vaginose bacteriana

NOTÍCIAS DO CONGRESSO

**Relato de Caso - Lesão oral de HPV em
parceiro de paciente com condiloma
acuminado em vulva**

**Relato de Caso - Repercussão oral e
genital de sífilis em fase exantemática**

**Relato de Caso -Azitromicina no trata-
mento da sífilis em paciente HIV positivo**

Sugestões para Leitura

Perguntas do Leitor



DST

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm, 7(3): setembro, 1995 - **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - Rio de Janeiro
- 24230 - Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

Diretoria

Presidente: Mauro Romero Leal Passos
1º Vice-Presidente: Tomaz Barbosa Isolan
2º Vice-Presidente: Renato Souza Bravo
1º Secretário: Tegnus Vinicius Depes de Gouvea
2º Secretário: João Luiz Schiavini
1º Tesoureiro: Rubem de Avellar Goulart Filho
2º Tesoureiro: José Trindade Filho
Diretor Científico: Gutemberg Leão de Almeida Filho

Conselho Editorial

Editor Chefe

Mauro Romero Leal Passos

Co-Editores

Altamiro Vianna e V. de Carvalho
Geraldo Duarte
Gutemberg Leão de Almeida Filho
Humberto Jones Abrão
Nero Araújo Barreto
Paulo da Costa Lopes
Roberto Salles
Rubem de Avellar Goulart Filho

Comissão Editorial

Antonio Carlos Pereira Júnior ● Anna Ricordi Bazin ● Carlos Alberto Simões ● Cicero Carlos de Freitas ● Eliane Dinou Leal Passos ● Eva Mila Miranda Sá ● Délcio Nacif Sarruf ● Gesmar Volga Haddad Herdy ● Itavar Cruz Rios ● Izabel Cristina F. Paixão ● José Augusto Pantaleão ● José Trindade Filho ● Ledy do Horto dos Santos Oliveira ● Marcelo Faulhaber ● Márcia Ramos e Silva ● Ney Francisco Pinto Costa ● Paulo Sérgio Vieiro Naud ● Raimundo Diogo Machado ● René Garrido Neves ● Sílvia M^a Baeta Cavalcanti ● Tegnus Vinicius Depes de Gouvea ● Tomaz Barbosa Isolan ● Vilma Duarte Câmara ● Walter Tavares

Comissão Editorial Internacional

Ahmed Latif (Zimbawe)
Felipe Aroça (Equador)
François Catalan (França)
Juan Carlos Fichman (Argentina)
Lola Bou Camps (Espanha)
Luiz Olma (Espanha)
Miguel Roca (Bolívia)
Raul Vignale (Uruguai)

Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis

MIP / CMB / CCM

Universidade Federal Fluminense
Rua Hernani Mello, 101 - 24210-130 - Niterói - RJ

Tel.: (021) 719-4433 (Fax) 719-2588
Tel.: (021) 717-8080 Ramal 298
E. Mail: MIP MAUR @ VM.UFF.BR

Reitor da UFF

Prof. Luiz Pedro Antunes

Vice-Reitor da UFF

Prof. Fabiano de Carvalho

Pró-Reitor de Pesquisas e Pós Graduação

Prof. Edmundo Antonio Soares

Pró-Reitor de Planejamento

Prof. Walter Pinho da Silva Filho

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos

Prof.^a Maria Helena da Silva Paz Faria

Pró-Reitor de Extensão

Prof. Cresus Vinicius Depes de Gouvêa

Diretor do CCM

Prof. Roberto de Souza Salles

Diretor do Instituto Biomédico

Prof. Alexandre Sampaio de Martino

Chefe do MIP

Prof. José Otílio Leite Machado

Chefe do Setor de D.S.T.

Prof. Mauro Romero Leal Passos

Diretor do HUAP:

Dr. Carlos Roberto da Cunha Lage

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. José Carlos Carraro

Presidente do Campus Universitário:

Dr. James Hall

Monitoras do Setor de DST

Aparecida Cristina Sampaio Monteiro ● Helena Cramer Veiga ● Renata Pereira Simão Riça

Secretaria do Setor de DST

● Angela Daniel Reis
● Carla D'Assumpção Thomé
● Délia Machado de Andrade

Colaboradores do Setor de DST no JBDST

Alberto Saraiva Tiburcio ● Alea Maria Carminante Bastos ● Ana Lucia da Silva Dutra ● Auri Vieira da Silva Nascimento ● Alice Grise Bacellar ● Ana Paula Guimarães Novais ● Anna Carla Fernandes Machado ● Elizabeth Alvarez Gomez ● Emerson Carluccio ● Fátima Cristina Cunha Penso ● Fátima Regina Carvalho da Silva ● Gabriel Carvalho de Alvarenga ● Josemar Coutinho Lima ● Lillian Cristina Gomes da Rocha ● Luiz Alberto Peroza Marin ● Marcelo Ribeiro da L. Cruz ● Márcia Abreu Gondim ● Marcia Luzia de Abreu Maia ● Márcia Severina da Silva ● Marco Antonio de Oliveira Appolinário ● Maria Teresa Fernandes Branco ● Neiv Oliveira lamada ● Omar Lupi da Rosa Santos ● Pablo Emilio Paz Castro ● Paula Alexandra Leite Figueiredo ● Regina Célia P. Figueiredo ● Regina Dias das Neves ● Regina Lúcia Pimentel Costa ● Rosane Rosa Pereira ● Rosângela Vincenzo Gugliotta ● Sonia Maria Barbosa Ferreira ● Trícia de Melo Assad ● Valéria Chamusca Simões ● Vandira Maria dos Santos Pinheiro ● Tânia Mara Queiroz Rangel Minuci ● Maria de Fátima Caridy

ALDEIA
Revista Médica Especializada

Editor: Herminio A. Cardozo F^o

Secretária: Michelle Tadeu

Jornalista Responsável:

Sônia Maria P. Ferreira - MTb 17.624

Tráfego: Francisco J.A. Guimarães

Editoração Eletrônica/Scanner:

Geovane A. Santos e Ildelfonso G. M. Filho

Tiragem: 5.000 exemplares

Publicidade: Herminio Cardozo

Tel.: (FAX) (021) 280-2639

Direcionamento e Distribuição:

O Jornal Brasileiro de DST é direcionado aos sócios da SBDST, Urologistas, Ginecologistas, Assinantes, Bibliotecas, Centros de Estudo, Centros de Referência, Bancos de Sangue e Entidades afins. Entidades que mantêm convênio.

Endereço Científico/Scientific Address

ALDEIA Editora e Gráfica Ltda.
Rua Cardoso de Moraes, 399 - Sobrado
CEP 21.032-000 - Tel.: (FAX) 280-2639
Bonsucesso - Rio de Janeiro - RJ

As matérias assinadas e publicadas no **Jornal Brasileiro de DST**, são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores, não refletindo necessariamente a opinião dos editores.

Índice

- 4** **É POSSÍVEL REDUZIR A TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - TIPO1?**
 Geraldo Duarte e Marisa Márcia Mussi-Pinhata
- 9** **NOVAS PERSPECTIVAS NO TRATAMENTO DO HERPES SIMPLES**
 Omar Lupi da Rosa Santos, Ângela Gonçalves da Silva e Antônio Carlos Pereira Jr.
- 13** **ONDE ESTÁ A SÍFILIS? CASUÍSTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, 1979 - 1994.**
 Luciane Hyppólito, Ana Maria F. Roselino
- 17** **DST & SEXUALIDADE**
 Nelson Vitiello
- 20** **MOBILUNCUS NA VAGINOSE BACTERIANA**
 José Eleutério Júnior
- 22** **NOTÍCIAS DO CONGRESSO**
- 24** **Relato de Caso - LESÃO ORAL DE HPV EM PARCEIRO DE PACIENTE COM CONDILOMA ACUMINADO EM VULVA**
 Delcio Nacif Sarruf, Eliane Dinau Leal Passos, Míriam Beatriz Jordão Moreira Sarruf e Mauro Romero Leal Passos
- 25** **Relato de Caso - REPERCUSSÃO ORAL E GENITAL DE SÍFILIS EM FASE EXANTEMÁTICA**
 Delcio Nacif Sarruf, Eliane Dinau Leal Passos, Míriam Beatriz Jordão Moreira Sarruf e Mauro Romero Leal Passos
- 26** **Relato de Caso - AZITROMICINA NO TRATAMENTO DA SÍFILIS EM PACIENTE HIV POSITIVO**
 Mauro Romero Leal Passos, Nero Araújo Barreto, Lílian Cristina Gomes da Rocha, Rubem de Avellar Goulart Filho, Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho, Cláudio Cesar Cirne dos Santos, Helena Cramer Veiga, Renata Pereira Simão Riça e Aparecida Cristina Sampaio Monteiro.
- 28** **Sugestões para Leitura**
- 31** **Perguntas do Leitor**
 Normas para Publicação



HOTEL GLÓRIA
 24 A 26 DE SETEMBRO
 1996

É Possível Reduzir a Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana - Tipo 1?

Geraldo Duarte¹ e Marisa Márcia Mussi-Pinhata²

Professores dos Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia¹ e Puericultura e Pediatria² da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Introdução

A epidemiologia da transmissão vertical (TV) do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) está intimamente relacionada à epidemiologia dessa infecção na mulher. A proporção homem/mulher dos casos de AIDS no Brasil observada no início da epidemia era de 40/1 e atualmente é de 3/1. Visto que o incremento dessa se verificou entre as mulheres em idade reprodutiva e lógico o aumento da TV desse vírus. Até 1992 a TV era responsável por 57,5% dos casos de AIDS pediátrica em nosso país, chegando a 91% em 1995¹. Nos Estados Unidos da América do Norte a TV é responsável por 95% dos casos de AIDS pediátrica em crianças de 0 a 4 anos de idade². Estes dados extrapolam a necessidades de melhor entrosamento entre obstetras e pediatras visando um melhor preparo dos profissionais envolvidos neste atendimento.

Sabe-se que a TV do HIV-1 pode se efetivar por 3 mecanismos: 1) Disseminação hematogênica transplacentária, durante a gestação ou durante o trabalho de parto; 2) Exposição de mucosa fetal a secreções e/ou sangue materno no momento do parto; 3) Por meio do aleitamento materno. Apesar de irrefutáveis provas que apoiam estes 3 mecanismos da TV, a contribuição exata de cada um deles não está completamente estabelecida³.

Disseminação hematogênica transplacentária do HIV-1

A detecção do HIV-1 no líquido amniótico⁴ e em timo, baço, pulmão e cérebros de fetos abortados eletivamente⁵ sustentam a hipótese da transmissão placentária desse vírus. Estudando produtos de abortamento utilizando técnicas de biologia molecular, Mano e Cherman (1991)⁶ concluíram que a TV desse vírus nos trimestres iniciais da gravidez é relativamente baixa quando comparada com o período próximo ao parto. Esse fato direciona os esforços na busca de medidas profiláticas para o controle desse tipo de transmissão mais para o final da gravidez, incluindo o parto.

Segundo Butler (1992)⁷, a contaminação fetal pelo HIV-1 pode ocorrer tanto pela passagem de vírus através da placenta, veiculado pelo linfócito materno (portanto, sem infectá-la), como secundariamente à placentite viral. Por outro lado, a infecção placentária por este microrganismo não é, necessariamente, acompanhada de infecção fetal. Outro detalhe importante é a

falta de lesões histopatológicas patognomônicas de infecção pelo HIV-1. São lesões inespecíficas que necessitam de técnicas especiais para comprovar a presença do vírus ou de fragmentos do seu material genômico, possibilitando a confirmação diagnóstica.

Especial atenção tem sido dispensada atualmente à corioamnionite causadas por outros microrganismos capazes de provocarem pequenas soluções de continuidade nesses tecidos, facilitando a contaminação fetal⁹. Essas possibilidades fizeram com que a detecção e o controle das infecções genitais no período gestacional adquirissem caráter prioritário na assistência pré-natal^{10,11}. A presença de frações genômicas e antigênicas do HIV-1 no sangue do cordão umbilical logo após o nascimento tem sido citada como evidência da infecção intrauterina por esse vírus. Entretanto, apesar de que possivelmente trate-se de infecção verdadeira na maioria dos casos, isso pode representar apenas contaminação por células maternas infectadas ou intensa exposição ao vírus durante o parto⁷. Este aspecto tem sido bastante discutido atualmente, inclusive questionando-se o desaparecimento do vírus da circulação do recém-nascido posteriormente¹². Em 1986, Marion e cols.¹³ descreveram uma série de achados clínicos perinatais e tentaram associá-los à infecção fetal pelo HIV-1. Dentre outras alterações, faziam parte do dismorfismo facial descrito: microcefalia, nariz achatado, hipertelorismo, obliquidade dos olhos, fissura palpebral alongada e escleróticas azuis. Estes achados não foram confirmados posteriormente^{14,15}.

Transmissão vertical do vírus do HIV-1 no período intra-parto

Infere-se que o padrão bimodal do início da fase sintomática da infecção HIV-1 em crianças contaminadas pode refletir diferenças a respeito do momento da infecção. Nas contaminações fetais em período precoce da gestação, as crianças adoecem mais rapidamente, fenômeno que parece ser retardado quando a contaminação ocorre no período pré-parto⁷. Mesmos nesses casos, a grande maioria das crianças infectadas são assintomáticas ao nascer. O sangue materno, a secreção cervical e o conteúdo vaginal são fluidos corporais nos quais o HIV-1 está presente. Durante o parto o feto está em contato direto com esses fluidos,

com chance até de deglutí-los. A analogia com a infecção perinatal pelo vírus de hepatite B, transmitida no período próximo ao parto e menos freqüentemente por via placentária, tem sido citada¹⁶. Acredita-se hoje, que mais da metade da TV do HIV-1 se faz neste momento. O baixo percentual de positividade das provas laboratoriais que identificam o vírus ou seus fragmentos (cultura amplificação gênica, antigenemia p24) nos primeiros dias de vida do recém nascido (RN), mas que se positivam progressivamente até o 6º mês, parecem indicar que o período próximo ao parto é irrefutável e extremamente relevante na transmissão do HIV-1¹⁷.

Para Goedert e cols. (1991)¹⁸, a exposição mais intensa do primeiro gemelar às secreções e/ou sangue no canal de parto poderia explicar a freqüência mais elevada da infecção vertical do HIV-1 para o primeiro gêmeo quando comparada com o gêmeo seguinte. Essa é a base teórica que se apoiam os defensores de lavagem do canal vaginal¹⁹ e do parto cesárea para as gestantes contaminadas com este vírus. Intervenções obstétricas como cardiocografia interna, aferição do pH sanguíneo fetal através de punção e do fórceps tem sido desencorajadas nos casos em que não se conhece o resultado da sorologia anti-HIV da paciente. O contato de lesões fetais ao sangue/conteúdo vaginal no momento do parto, teoricamente, eleva o risco da infecção vertical do HIV-1.

Transmissão vertical do HIV-1 no período pós-parto

Do ponto de vista prático, a amamentação natural é o principal mecanismo de TV do HIV-1 no período pós-parto. Em 1985, Ziegler e cols.²⁰ Relatarem o primeiro caso de TV deste vírus através do leite materno em RN cuja a mãe se infectou devido a uma transfusão sanguínea no período pós parto. Inicialmente houve muita resistência em aceitar essa forma de contaminação neonatal, convincentemente demonstrada em 1991, por Van de Perre e cols.²¹. Hoje não há mais dúvidas da presença do vírus neste fluido e nem do seu potencial infectivo.

Estima-se que o aleitamento natural seja responsável por aproximadamente 14% dos casos de TV do HIV-1, percentual que pode chegar a 29% se a infecção aguda materna ocorrer durante o aleitamento²².

Fatores que influenciam as taxas de transmissão vertical do HIV-1

A TV do HIV-1 sofre de um conjunto extremamente heterogêneo de causas que vão desde a metodologia para o seu cálculo até a adoção de estratégias que visam controlar a exposição do feto/RN aos eventos de riscos durante a gestação, parto e puerpério.

Segundo Chin (1991)²³, as taxas de TV do HIV-1 parecem variar geograficamente na dependência de uma distribuição diferente dos fatores de risco associados à transmissão vertical para cada região, dos diferentes critérios adotados para sua aferição ou por associação dessas variáveis. Os primeiros resultados do Estudo Colaborativo Europeu²⁴ referiam transmissão dessa infecção em 24% das crianças nascidas de mães contaminadas.

Avaliações mais recentes referem taxa de transmissão vertical de 12%¹⁷. Os estudos americanos apresentam resultados com esta mesma tendência cronológica (29 a 16%)^{25,26}. Mais recentemente, com a utilização da azidotimidina (AZT), observou-se redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical em pacientes norte-americanas²⁷. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, as taxas de TV do HIV-1 também estão se reduzindo ao longo do tempo (34,6%, 32,0%, 28,5% e 22,5%), provavelmente em decorrência de melhor suporte clínico-laboratorial no pré-natal, da adoção progressiva das medidas profiláticas^{10,28,29} e seguimento clínico pós-natal mais efetivo, possibilitando avaliar um maior número de crianças não contaminadas. As taxas de TV do HIV-1 na África são as mais elevadas que se tem registro, chegando a 40-45%^{31,32}.

Os estágios clínicos da infecção HIV-1 nos quais não existem anticorpos neutralizantes parecem predispor à TV desse vírus. A ocorrência da infecção aguda durante a gravidez e o estágio avançado da doença representam maior risco de TV. Na fase aguda justifica-se esta observação com base nos achados que ainda não há formação dos anticorpos e na fase IV, devido à sua redução³³. A presença de antigenemia plasmática p24 e a baixa concentração de linfócitos CD4 também são fatores aventados³⁴. Na fase IV deve ser lembrado também que ocorre maior predisposição para as outras infecções associadas, podendo provocar corioamnionite, facilitando a contaminação fetal⁹. Segundo Jansson e cols. (1992)³⁵ algumas cepas virais são capazes de induzir a formação de determinados tipos de anticorpos na mãe que poderiam proteger o feto da transmissão vertical do HIV-1.

A carga viral aumentada também tem sido apontada como facilitadora do aumento das taxas de TV do HIV-1, fato documentado através de cultura viral, amplificação gênica e antigenemia p24³⁶.

Os dados que associam a variante genotípica do HIV-1 com a TV são ainda incipientes para se conferir a esta variável um papel decisivo na contaminação fetal³⁷.

Tempo prolongado de amniorrexe tem sido relacionado com incremento das taxas de TV do HIV-1³⁸, assim como a prematuridade espontânea³⁴. Entretanto, não está determinado se o parto é pré-termo em decorrência da infecção viral intra-útero ou se a criança pré-termo seria mais susceptível à infecção viral no momento do parto¹. Sobre o tipo de parto, sugere-se que os partos vaginais com fórceps ou vácuo extração possam ser agentes potenciais de incremento das taxas de TV desse vírus. Não se observou associação entre a categoria de exposição materna ao HIV e as taxas de transmissão vertical.

Estratégias para redução de transmissão vertical do HIV-1 no pré-natal

Do ponto de vista obstétrico é de fundamental importância a identificação de gestantes soropositivas para o HIV-1, permitindo oferecer atendimento pré-natal diferenciado. Sem saber que pacientes precisam deste tipo de abordagem é impossível viabilizar tais estratégias^{10,39}.

Indubitavelmente, o melhor momento para uma orientação holística da paciente contaminada pelo HIV-1 durante o ciclo gravídico-puerperal é no pré-natal. As orientações devem ser claras, abordando desde a informação do diagnóstico, prognóstico, risco de transmissão vertical, efeitos deletérios de drogas ilícitas por via endovenosa e das outras doenças sexualmente transmissíveis, utilização do condom (evitar exposição repetitiva ao vírus), tipo de aleitamento até a anticoncepção. Após informar todos os quesitos apontados é norma aferir com a paciente sobre o entendimento de todas as questões.

O exame físico geral e especial deve ser criterioso, facilitando o diagnóstico precoce de anemia, edema, linfadenopatia, venoclise, candidíase oral, outras doenças sexualmente transmissíveis e infecção das vias aéreas superiores⁴⁰. O exame físico obstétrico não é diferente do habitual, aferindo entre outros parâmetros a altura uterina/circunferência abdominal e batimentos cardíacos fetais.

Considera-se o pré-natal de gestantes contaminadas com o HIV-1 como de alto risco, necessitando de avaliações ecográficas (perfil biofísico, dopplervelocimetria) e cardiocografias quinzenais a partir da 28ª semana de gestação. Estão contra-indicados os procedimentos invasivos para avaliação da maturidade e vitalidade fetal (cordocentese e amniocentese), sob o risco de elevar o percentual de TV desse vírus⁴¹.

Além dos exames laboratoriais rotineiros do pré-natal (o VDRL é trimestral), orientamos pesquisa para gonococo, clamídia, micoplasma, citomegalovírus, hepatite do tipo B e toxoplasmose. À parte os problemas econômicos, o protocolo do *Health Science Center of New York*⁴² orienta uma série de outros exames, infelizmente não factíveis nos países em desenvolvimento. A quantificação dos marcadores celulares (CD4/CD8) e sorológicos (p24, O-2-microglobulina e neopterin), permite uma aferição mais adequada da progressão da doença. Entretanto, estes exames estão disponíveis para uma parcela restrita da população.

Todas as infecções oportunistas devem ser tratadas, preferindo-se os antimicrobianos sem riscos para o feto. Como a complicação, mais freqüente é a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, apresentando episódios iniciais associados à mortalidade de até 15%, o *Centers for Disease Control* (1989)⁴³ orienta profilaxia dessa complicação. O Ministério da Saúde do Brasil preconiza a profilaxia com sulfametoxazol/trimetropin toda vez que o número de linfócitos CD₄ for < 200/mm³.

Hoje, a utilização do AZT durante a gravidez é mais abrangente que sua indicação inicial que a liberava apenas para uso nas fase III e IV da infecção pelo HIV-1, ou seja, na infecção sintomática. A segurança de seu uso durante a gravidez⁴⁴ e a redução a TV do HIV-1 ampliaram sua indicação²⁷. Para a gestante contaminada recomenda-se a administração do AZT na dose de 500 mg/dia (5 comprimidos/dia), iniciando-se após a 12ª semana de gestação. No início do trabalho de parto sua administração passa a ser endovenosa.

Apesar dos efeitos significantes na redução de TV do HIV-1 (reduz em 67,5%), a utilização do AZT durante a gravidez não é

aceita sem restrições⁴⁵. Questiona-se os efeitos colaterais da droga (liderados pela anemia e que podem piorar o retardo de crescimento intra-uterino), e o desenvolvimento de resistência do vírus ao medicamento.

Administração de imunoglobulina hiperimune à mãe, utilização de inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa, anticorpos monoclonais neutralizantes⁷ e vacinação⁴⁶ são tentativas de reduzir a TV do HIV-1. Como são resultados experimentais, estes recursos ainda não estão disponíveis para uso durante a gravidez.

Estratégia para redução da transmissão vertical do HIV-1 durante o parto e puerpério

Após o diagnóstico de trabalho de parto na mulher contaminada pelo HIV-1, orienta-se a lavagem do canal vaginal com o intuito de remover todas as secreções maternas deste local¹⁹. Além de remoção mecânica, as substâncias utilizadas (polivinil pirrolidona-iodo, hipoclorito de sódio e cloreto de benzalcônio) inativam o vírus.

Optando-se pela utilização do AZT, esse deve ser administrado por via endovenosa na dose de 2 mg/Kg de peso na primeira hora, seguido de infusão contínua na dose de 1 mg/Kg de peso/hora até o parto²⁷. O grande óbice a este esquema é o preço da medicação e sua não disponibilidade na forma endovenosa em nosso país. Os estudos que demonstraram a efetividade do AZT sobre a redução da TV do HIV-1 consideraram o esquema global de uso de medicação, isto é: durante a gestação, no préparto e para o RN por 6 semanas (2mg/Kg/dia, via oral).

No momento da degermação perineal (imediatamente antes do parto) repete-se a lavagem do canal vaginal com as mesmas substâncias citadas anteriormente.

Quanto ao melhor tipo de parto para as mulheres contaminadas com o HIV-1, ainda não existe consenso. É difícil compatibilizar uma técnica que reduza a transmissão vertical do vírus, seja de baixa morbidade materna e que apresente relação custo/benefício aceitável.

Alguns autores observaram em seus resultados que a cesárea não trouxe benefícios adicionais no sentido de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV-1, além de não evitar a TV que ocorre durante a gestação. Por outro lado, houve autores que demonstraram ser a cesárea capaz de reduzir esta taxa de contaminação fetal, fomentando o impasse⁴⁷.

Os resultados do Estudo Colaborativo Europeu⁴⁸ indicaram que a cesárea conseguiu reduzir a TV do HIV-1 em 4,9%. Deve ser lembrado, entretanto, que a morbidade da cesárea é mais comum e mais severa em pacientes contaminadas por esse vírus do que naquelas imunologicamente normais⁴⁹. Face a estes dados, é necessário considerar-se que os potenciais efeitos protetores da cesárea em relação à TV devem ser analisados⁵⁰ levando-se em conta todos os riscos advindos dessa medida. Para De Muyllder (1993) além de ser uma intervenção onerosa e invasiva, está associada à elevação das taxas de morbimortalidade pós-operatória e problemas respiratórios neonatais, todos eles problemas de realce para países em desenvolvimento. Por esses

motivos. acredita-se que em nosso meio, o parto normal (não instrumentalizado) seja a melhor opção para resolução da gravidez em mulheres contaminadas pelo HIV- 1¹⁰

No momento do parto, uma avaliação obstétrica judiciosa decidirá sobre a necessidade de episiotomia. Havendo necessidade e melhor que seja realizada em tempo hábil permitindo uma hemostasia criteriosa. No momento de expulsão fetal a episiotomia deve ser protegida por compressas embebidas na solução utilizada para degermação, visando reduzir o contato do feto/RN com o sangue materno. O cordão umbilical deve ser clampado rapidamente e o RN deve ter suas vias aéreas limpas de forma extremamente suave e delicada. As aspirações com tubo rígido estão proscritas.

Na enfermaria o RN fica junto da mãe, orientando-a para evitar o contato de seus lóquios com a criança. Até que se esclareça todos os pontos acerca do aleitamento artificial seguro, a paciente é orientada a não amamentar.

Atualmente, indicar, liberar ou contra-indicar o aleitamento natural em puerperas contaminadas varia mais na dependência de fatores econômicos (poder aquisitivo) e condições higiênico-ambientais/psicológicas/culturais da mãe do que não acreditar na efetividade dessa forma de transmissão do HIV- 1.

Se existem boas condições de alimentação substitutiva, o aleitamento materno deve ser contra-indicado. No entanto, faltando estas condições, o aleitamento artificial pode acarretar mais problemas que o leite materno¹¹. O correto e o lógico nem sempre estão ao nosso alcance. Quem vive esta situação de campo, detectando miséria, ignorância e desajustes sociais sabe perfeitamente a dimensão dos problemas que enfrentamos na viabilização de aleitamento artificial seguro.

Quanto ao uso do AZT sabe-se que o esquema completo utilizando-o, durante a gravidez, parto e período neonatal parece ser a única medida que indiscutivelmente diminui a taxa de TV do HIV-1, no que pese seu custo e as opiniões contrárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministério da Saúde do Brasil (1994): Boletim Epidemiológico-AIDS. S(2):1-15.
2. Mofenson, L.M.(1994): Epidemiology and determinants of vertical HIV transmission. *Sem Ped. Infect Dis*, 5: 252-265.
3. Newell, M.L.; Peckham, C. (1993): Risk factors for vertical transmission of HIV-1 and early markers of HIV-1 infection in children. *AIDS*, 7 (Suppl 1): S91-S97.
4. Mundy, D.C.; Schinazi, R.F.; Gerber, A.R.; Nahmias, A.J.; Randall Jr, H.W. (1987): Human Immunodeficiency Virus isolated from amniotic fluid. *Lancet*, 2:459.
5. Jovaisas, E.; Koch, M.A.; Schaper, A.; Stamber, M.; Lowenthal, D. (1983): LAV/HIV-1 in 20 weeks fetus. *Lancet*, 2: 1129-1131.
6. Mano, I.; Cherman, J.C. (1991): Replication of HIV-1 in primary cultured placental cells. *Les Virol*, 142: 95-104.
7. Butler, K.M. (1992): Mother-to-infant transmission of HIV infection. *AIDS Updates*, 5: 1-9.
8. Chandwani, S.; Greco, M.M. Mittal, K.; Krazinski, K.; Borkowsky, W. (1991): Pathology and HIV expression in placentas of seropositive women. *J Infect Dis*, 163: 1134-1138.
9. Saint Louis, M.E.; Kamenga, M.; Brown, C.; Nelson, A.M.; Manzila, T.; Batter, V.; Behets, F.; Kabagabo, U.; Ryder, R.W.; Oxtoby, M.; Quinn, T.C.; Heyward, W.L. (1993): Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic, and placental factors. *JAMA*, 269:2853-2859.
10. Duarte, G.(1993): Contribuição ao Estudo da Infecção pelo Virus da Imunodeficiência Humana Durante o Cíelo Grávido-Puerperal. Tese de Livre Docência. Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 104 páginas.
11. Duarte, G.; Quintana, S.M. (1995): Virus da Imunodeficiência Humana e Gravidez. In: *Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Passos, M.R.L. (Editor). Cultura Médica, 4ª edição, Rio de Janeiro, pp. 323 -335.
12. Bryson, Y.J.; Pang, S.; Wei, L.S.; Dickover, R.; Diagne, A.; Chen, I.S.Y. (1995): Clearance of HIV infection in a perinatally infected infant. *N.Engl.J Med*, 332: 833-838.
13. Marion, R.W.; Wiznia, A.A.; Hutcheon, R.C. Rubinstein, A. (1985): Human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III). Embryopathy: a new dysmorphic syndrome associated with intrauterine HTLV-III infection. *Am J Dis Child*, 140:638-640.
14. Iosub, S.; Bamji, M.; Stone, R.K. (1987): More on 431 human immunodeficiency virus embryopathy. *Pediatrics*, 80: 512-516.
15. Embree, J.E.; Braddick, M.; Datta, P. (1989): Lack of correlation of maternal HIV infection with neonatal malformation. *Pediatr Infect Dis J*, 8: 700-704.
16. Centers for Diseases Control (1988): Guidelines for prevention of transmission of HIV and hepatitis B virus to health-care and public safety workers. *MMWR*, 38:32.
17. European Collaborative Study (1992): Risk factors for Mother-to-Child transmission of HIV- 1. *Lancet*, 339: 1007-1012.
18. Goedert, J.J.; Duliege, A.M.; Amos, C.L.; Feiton, S.; Biggar, R.J. (1991): International Registry of HIV-Exposed Twins: High risk of infection with human immunodeficiency virus type I for first-born, vaginally delivered twins. *Lancet*, 338: 1471-1475.
19. Mandelbrot, L. (1993). Lavage of birth canal. In: *Measures to Decrease the Risk of Mother-to-child Transmission of HIV infection*, Peckham, C.; Newell, M.L. (Editors). Colwood House Medical Publications, London, pp. 27-30.
20. Ziegler, J.B.; Cooper, D.A.; Jonhson, R.D.; Gold, J. (1985): Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. *Lancet*, 1: 896-897.
21. Van de Perre, P.; Simonon, A.; Msellati, P.; Hitimana, D.G.; Vaira, D.; Bazubagira, A.; Goethem, C.; Stevens, A.M.; Karita, E.; Sondag-Thull, D.; Dabis, F.; Lepage, P. (1991): Post-natal transmission of human immunodeficiency virus type-1 from mother to infant: a prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *N.Engl J Med*, 325: 593-598.
22. Dunn, D.T.; Newell, M.L.; Ades, A.G.; Peckham, C.S. (1992): Risk of HIV-1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 340: 585-588.
23. Chin, J. (1990): Epidemiology. Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children. *Lancet*, 336: 221-224.
24. European Collaborative Study (1988): Mother to child transmission of HIV infection. *Lancet*, 2:1039-1042.
25. Pitt, J. (1991). Perinatal human immunodeficiency virus infection. *Clin Perinatol*, 18:227.
26. Hutto, C.; Parks, W.P.; Lai, S.; Mastrucci, M.T.; Mitchell, L.; Leunoz, J.; Trapido, E.; Master, I.M.; Scott, G.B. (1991): A hospital based prospective study of perinatal infection with human immunodeficiency virus type 1. *J Pediatr*, 118:347-353.
27. CDC (1994): Zidovudine for the prevention of MV transmission from mother to infant. *MMWR*, 43: 285-287.
28. Amirhessami, A.N.; Spector, S.A. (1991): Human Immunodeficiency Virus Type 1 infection of human placenta: potential route for fetal infection. *J Virol*, 65: 2231-2246.
29. Tess, B.; Rodrigues, L.C.; Duarte, G.; Mussi-Pinhata, M.M.; Cervi, M.C.; Newell, M.L. (1994): Vertical transmission risk of HIV-1 in Brazil: The impact of low loss to follow-up. *Abstracts of the X International Conference on AIDS*. Yokohama-Japão, 1:308, PCO160.
30. Cervi, M.C.; Mussi-Pinhata, M.M.; Isaac, H.L.; Duarte, G.; Covas, D.T. (1992): Use of the polymerase chain reaction (PCR) for the detection of HIV in a prospective study of children born to seropositive mothers. *Abstracts of 20th World Congress of Pediatrics*. Rio de Janeiro-Brazil, p. 138.
31. Ryder, R.W.; Nsa, W.; Haggis, S.E. (1989): Perinatal transmission of HIV-1 to infants of seropositive women in Zaire. *N Eng J Med*, 320: 1637-1642.
32. Datta, P.; Embree, J.; Ndinya-Achola, J.O.; Kreiss, J.; Plummer, F.A. (1991): Perinatal HIV-1 transmission in Nairobi, Kenya: 5 year follow-up. *Abstracts of VII International Conference on AIDS*, Florence-Itália, 1: 20, MC3.
33. Johnson, J.P.; Vink, P.E.; Hines, S.E.; Roberson, B.; Davis, J.C.; Nair, P. (1991): Vertical transmission of human immunodeficiency virus from seronegative or indeterminate mother. *Am J Dis Child*, 145:123-9.
34. Goedert, J.L.; Mendez, H.; Drummond, J.E. (1989): Mother-to-

infants transmission of human immunodeficiency virus type I: association with prematurity or low anti-gp 120. *Lancet*, 2: 1351-1354.

35. Jansson, M.; Wahren, B.; Scarlatti, G. (1993): PND antibody reactivity to vertically transmitted quasispecies in HIV-1 infected mothers. *J Cell Biochem*, 17E: 49.

36. Tibaldi, G., Tovo, P.A.; Ziarati, N. (1993): Asymptomatic women at high risk of vertical HIV-1 transmission on to their fetuses. *Br J Obstet Gynecol*, 100: 334-337.

37. Wolinski, S.M.; Wike, C.M.; Korber, B.T.M. (1992): Selective transmission of human immunodeficiency virus type 1 variants from mothers to infants. *Science*, 255: 1134-1137.

38. Pardi, G. (1993): Mode of Delivery. In: *Measure to Decrease the Risk of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection*, Peckham, L.; Newell, M. L. (Editors). Colwood House Medical Publications, London, pp. 24-26.

39. Duarte, G.; Mussi-Pinhata, M.M.; Dei Lama, J.; Takeda, E.; Pasti, M.J.; Costa, J.C. (1991): Valor de questionário específico na identificação de parturientes de risco para infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). *J Bras Ginecol*, 101: 169-174.

40. Brettle, R.P.; Leen, C.L.S. (1991): The natural history of HIV and AIDS in women. *AIDS*, 5: 1283-1292.

41. Duarte, G.; Quintana, S.M.; Mussi-Pinhata, M.M.; Marana, H.R.C. (1993): Vírus da Imunodeficiência Adquirida em Tocoginecologia. In: *Atualização em Infecção Genital*, Lima, G.R.; Pinto, A.C.; Barakat, E.C.; Zamith, R.; Ni-

colau, S.M. (Editores). CEGIN, São Paulo, pp.51-54.42.

42. Nanda, D. (1990): Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 17: 617-626.

43. Centers for Diseases Control (1989): Guidelines for prophylaxis against pneumocystis carinii pneumonia for persons infected with HIV. *MMWR* 38:1-3.

44. O'Sullivan, J.M.; Boyer, P.J.J.; Scott, G.B.; Parks, W.P.; Weller, S.; Blum, R.; Baesley, J.; Bryson, Y.J. (1993): The pharmacokinetics and safety of zidovudine in the third trimester of pregnancy for women infected with human immunodeficiency virus and their infants: phase I AIDS Clinical Trials Group Study (protocol 082). *Am J Obstet Gynecol*, 168:1510-1516.

45. Editorial (1994): Zidovudine for mothers, fetus, and child: hope or poison? *Lancet*, 344: 207-210.

46. Jelonek, M.; Maskrey, J.; Steimer, K.; Potts, B.; Higgins, K. (1994): Inhibition of the antibody response to an HIV vaccine by maternal antibody. *Abstract of X International Conference on AIDS*, Yokohama-Japão, I: 220. PBO308

47. Tovo, P.A. (1993): Cesarean section and perinatal transmission: what next? *Lancet*, 342:630.

48. European Collaborative Study (1994): Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV infection. *Lancet*, 343: 1464-1467.

49. Fuith, L.C.; Czarnecki, M.; Watcher, H.; Fuchs, D. (1992): Mode of delivery in HIV-1 infected women. *Lancet*, 339: 1603.

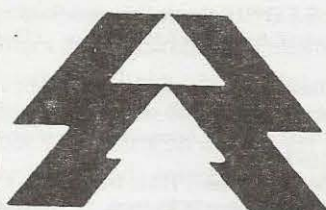
50. De Muylder, X. (1993): Caesarean sections in developing countries: some considerations. *Health Pol Plan*, 8: 101-112.



Hotel Glória • Rio de Janeiro
24 a 26 de Setembro de 1996
Seu lucro será o nosso sucesso.

O CONGRESSO DO ANO

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES: (021) 717-6301 - TELEFAX: (021) 719-2588



unimed

SÃO GONÇALO - NITERÓI

Novas Perspectivas no Tratamento do Herpes Simples

Omar Lupi da Rosa Santos¹, Ângela Gonçalves da Silva² e Antônio Carlos Pereira Jr.³

Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Dermatologia. Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ). Financiado, parcialmente, com recursos oriundos do CNPq.

1. *Doutorando em Dermatologia - Faculdade de Medicina/UFRJ.*

2. *Professora Adjunta - Departamento de Microbiologia - CCS/UFRJ.*

3. *Professor Titular - Faculdade de Medicina/UFRJ. Chefe do Serviço de Dermatologia -HUCFF/UFRJ.*

*Endereço para Correspondência: Omar Lupi da Rosa Santos
Rua Botucatu, 71 - Grajaú - Rio de Janeiro/RJ CEP: 20541-340*

Resumo

As taxas crescentes de soroprevalência para o herpes simples vírus (HSV) são preocupantes nos países desenvolvidos. Uma grande parcela dos indivíduos portadores do vírus é assintomático. Os portadores sintomáticos da moléstia apresentam uma vasta gama de sintomatologia clínica e severidade das recorrências. Agentes antivirais seletivos têm participado ativamente no tratamento da doença. O aciclovir demonstrou ser efetivo no tratamento dos episódios individuais, bem como na terapia supressiva de longo termo. Novos análogos do aciclovir como o velaciclovir e o famciclovir apresentam uma atividade biológica mais elevada e uma melhor atividade contra cepas virais mas resistentes. Analisamos algumas abordagens terapêuticas ao herpes simples, com destaque especial para os análogos das purinas e para as vacinas anti-herpéticas.

Summary:

In the developed countries the increasing seroprevalence of herpes simplex virus (HSV) is very relevant, particularly because the large proportion of asymptomatic infected individuals. For patients who are symptomatic there is considerable individual variation in the pattern and severity of recurrences.

Selective antiviral agents have played a crucial role in the treatment of this disease. Acyclovir has been shown to be effective for the treatment of individual episodes as well as a long-term suppressive therapy. New acyclovir analogues like velaciclovir and famciclovir have an improved oral bioavailability and a better activity against the less sensitive viruses. We analyse some types of treatment of herpes simplex, particularly the purine analogues and vaccines against HSV.

Palavras-chave: vírus herpes simples, terapêutica, aciclovir

Keywords: herpes simplex virus, therapy, acyclovir

1. O HERPES SIMPLEX VÍRUS

O *Herpes simplex virus* (HSV) é composto por uma cadeia dupla de DNA, revestida por um capsídeo icosaédrico, formado por 162 capsômeros e um envelope lipídico¹. É um vírus grande, medindo cerca de 150 - 300 nm em seu maior diâmetro. O envoltório lipídico não impede a lise mediada pelo éter, formol ou fenol². O HSV é termolábil (56° C), sendo parcialmente inativado pela radiação ultravioleta².

A transmissão do HSV se dá através das superfícies mucosas ou de soluções de continuidade na pele, durante a relação sexual ou através do canal do parto, em gestantes infectadas³. O período de incubação, no ser humano, varia de 1 a 26 dias, com uma média de 7 dias². A infecção propaga-se para as terminações nervosas livres, sensoriais ou autonômicas, com disseminação intra-axonal de vírions para os gânglios sensoriais. A replicação viral prossegue no gânglio sensorial e nos tecidos neurais contíguos, epicentros para a disseminação centrífuga do HSV para a superfície cutânea³. Este fato explica o desenvolvimento de novas lesões, distantes do agrupamento inicial de vesículas, na primo-infecção herpética³.

Após a resolução da primo-infecção herpética, o HSV pode ficar latente nos gânglios sensoriais, com expressão parcial das proteínas antigenicamente importantes¹. Os mecanismos de manutenção da latência viral e de reativação são desconhecidos. Erlich e cols⁴ isolaram partículas de RNA vi-

ral em neurônios humanos, sugerindo a participação de uma enzima transcriptase na manutenção do genoma do HSV, durante o período de latência. O DNA viral assume, uma conformação mais estável e circular, no núcleo das células neuronais de cobaias².

A recidiva ocorre através da migração centrífuga dos virions até a pele, carregados pelos axônios relacionados ao gânglio infectado³. A replicação viral volta a acontecer na epiderme e na derme, influenciada pelo subtipo antigênico envolvido na infecção¹ e pela efetividade da resposta imunológica específica^{1,3}.

A timidina cinase é uma enzima codificada pelo genoma viral, capaz de catalisar a fosforilação da timidina. As cepas mutantes do HSV, com deficiência na produção desta enzima, apresentam uma redução na capacidade de estabelecer latência e recorrência clínica em cobaias infectadas.

A recorrência do HSV ocorre mesmo na presença de altos títulos de anticorpos específicos circulantes³, sendo mais freqüente nos pacientes com taxas séricas elevadas de IgG anti-HSV¹. Diversos fatores podem funcionar como estímulo na deflagração da recorrência clínica, como febre, traumas, exposição à radiação ultravioleta, infecções e quadros de imunossupressão³.

2. AS DROGAS COM AÇÃO ESPECÍFICA CONTRA O HSV

O ciclo de replicação do HSV oferece múltiplos sítios potenciais para a ação das drogas antivirais⁵. O desenvolvimento da terapêutica antiviral contra o HSV iniciou-se na década de 1960, com a utilização de duas drogas análogas dos nucleosídeos do DNA⁵.

A idoxuridina, primeira droga a ser sintetizada, é um análogo da pirimidina, ativa contra o HSV e o VZV. Seu uso tornou-se limitado, pela toxicidade sistêmica apresentada^{5,6}. Derivados mais modernos da idoxuridina incluem a citosina arabinosídeo, de restrito efeito sobre o HSV⁵.

A outra substância inicialmente utilizada no tratamento do HSV é a vidarabina, um análogo das purinas⁵. Permanece em uso clínico, principalmente nos casos de ceratoconjuntivite herpética. A vidarabina originou uma vasta gama de drogas antivirais, de larga utilização na atualidade⁵. Destacam-se o velaciclovir, com comprovado efeito *in vitro* contra o HSV, e o foscarnet, utilizado nos casos de resistência viral. Este funciona bloqueando a clivagem do DNA viral pelo pirofosfato⁷. A sua utilização nos casos de resistência viral se dá, fundamentalmente, por que a fosforilação do DNA é o mais comum sítio de mutação para resistir à ação dos análogos dos nucleosídeos^{6,7}.

O aciclovir é um análogo acíclico do nucleosídeo 2'-deoxiguanosina⁶. Age como um inibidor seletivo da replicação dos vírus pertencentes à subfamília *Alphaherpesvirinae*¹. É convertido, pela timidina cinase viral, a um derivado trifosforilado (trifosfato de aciclovir), que se concentra nas células infectadas pelo vírus⁶. Este compete com a DNA

polimerase viral, encurtando a estrutura helicoidal do DNA do vírus e inibindo a sua síntese⁵. O DNA do hospedeiro tem pequena afinidade pelo aciclovir, reduzindo os efeitos colaterais da droga e transformando-a em um fármaco seguro na terapêutica antiviral prolongada⁶. Testes de sensibilidade *in vitro*, utilizando o aciclovir, detectaram uma maior susceptibilidade do HSV-1 ao análogo da purina⁶.

O aciclovir é veiculado em preparações tópicas, orais e de uso venoso. A biodisponibilidade é de aproximadamente 30%, com uma meia-vida de 3 horas, em pacientes com função renal preservada. A droga tem boa penetração nos tecidos, inclusive no sistema nervoso central, sendo excretada na urina^{6,8}.

O tratamento de escolha na primo-infecção herpética é o aciclovir, em dose de 1g/dia, fracionada em 5 tomadas⁸. O aciclovir reduz significativamente a dor, a infectividade da lesão clínica, a formação de novas vesículas e o tempo de cura^{6,8}.

A recorrência do HSV, menos severa e demorada, é controlada pelo uso oral do aciclovir ou através de formulações para uso tópico. A freqüência das recorrências não é, no entanto, estatisticamente modificada pelo uso do aciclovir, sugerindo que o tratamento episódico da recidiva clínica não é a opção terapêutica ideal⁸.

A supressão da recorrência pode ser obtida, em 85% dos casos, com a administração oral de aciclovir, em doses que variam de 400 mg/dia a 600mg/dia⁶, por períodos superiores a 6 meses. Goldberg e cols⁹ relatam o uso contínuo do aciclovir, por períodos superiores a 5 anos, sem observarem efeitos adversos.

O uso endovenoso do aciclovir está indicado nos casos mais graves, no tratamento do paciente imunossuprimido e no herpes neonatal⁶. O surgimento de cepas de HSV resistentes ao aciclovir é raro em pacientes imunocompetentes¹⁰. Mutantes virais, desprovidos da timidina cinase, têm sido observados em portadores da SIDA, transplantados em uso de imunossupressores e nas deficiências imunológicas congênitas¹⁰.

O famciclovir e seu metabolito ativo (penciclovir) são uma nova opção terapêutica para os herpesvírus, apresentando uma maior facilidade posológica (500mg de 8/8 h). O probenecide aumenta a concentração sérica da droga⁷.

3. OPÇÕES NO MANEJO DAS RECORRÊNCIAS

O manejo das recidivas do herpes simples pode ser efetuado através de diversas medidas. Hippmann e cols¹¹ observaram o controle de até 67% das recorrências após imunoterapia moduladora, utilizando o levamisole. O BCG intramuscular, na dose de 0,1ml/mês, reduz a freqüência das crises em mais de 90% dos pacientes¹¹.

Amsterdam e cols¹² utilizaram o carbonato de lítio, na dosagem de 600mg/dia, em estudo duplo-cego randomizado, observando uma redução na freqüência e na duração das crises de recorrência. Formulações tópicas com a interleucina 2, associada à gD recombinante, provaram sua eficácia no controle das recorrências¹³.

Os interferons (IFN) são um protótipo das citocinas envolvidas na regulação celular, apresentando efeito antiviral e ação imunomoduladora na população linfocitária^{14,15}. O IFN-alfa, de origem leucocitária, reduz a gravidade da infecção pelo HSV-2, quando utilizado na dose de 5 x 10⁵ UI/Kg/dia, por via intramuscular. Eron e cols¹⁶ não observaram, porém, redução da sintomatologia clínica, após o uso tópico do IFN-alfa.

Múltiplas vacinas anti-herpéticas, contendo vírus inativados, atenuados ou cepas de baixa patogenicidade^{17,18}. A eficácia da vacinação é medida, tradicionalmente, por sua capacidade de prevenir a expressão clínica da doença. É necessário, no entanto, que promova o controle da transmissão da virose por portadores assintomáticos e bloqueie latências virais subsequentes⁵. As vacinas anti-herpéticas existentes atualmente não evitam a recidiva clínica e são ineficazes sobre a população viral letente no axônio.

A descoberta das diversas glicoproteínas de superfície do HSV, e a participação das mesmas nos processos imunopatogênicos envolvidos na infecção herpética descortinaram novas perspectivas de vacinação¹. Estudos em cobaias, envolvendo a gB e gD^{19,20} subunidades fundamentais no estímulo antigênico provocado pelo HSV e importantes na adsorção e penetração viral, têm demonstrado proteção contra a infecção herpética. Erturk e cols²⁰ acreditam que as glicoproteínas do HSV-1 podem ser utilizadas, com sucesso, na prevenção da infecção pelo HSV-2. Ashley e cols¹⁹ sugerem a possibilidade de controlar as recorrências do herpes genital através de vacinas contendo a gD, glicoproteína capaz de retardar a reativação do HSV-2 latente nos gânglios sensoriais.

Myers e cols²¹ observaram, no entanto, que a eficácia das vacinas compostas por glicoproteínas virais ainda é variável. Devem ser considerados diversos fatores no grau de proteção exercido durante a imunização específica por vacinas, como a competência imunológica do indivíduo, a cepa viral associada à infecção e as glicoproteínas virais envolvidas na resposta imunológica mediada por IgG (gE, gI) e pelo complemento (gC)¹.

A profilaxia do herpes simples genital insere-se no contexto das medidas profiláticas preconizadas para o controle das doenças sexualmente transmissíveis. O paciente deve ser esclarecido do que é o herpes simples genital, sua evolução, vias de transmissão e eventuais medidas capazes de evitar a contaminação do parceiro²². O paciente deve ser orientado a evitar relações sexuais durante a vigência das lesões clinicamente detectáveis. O uso de preservativos de borracha deve ser estimulado quando há história de infecção herpética recorrente²².

Os profissionais da área de saúde devem ser treinados visando o diagnóstico precoce da doença, fato que limita a disseminação do vírus e agiliza a instituição da terapêutica antiviral. A educação sexual dos adolescentes, esclarecendo as formas de contágio do HSV-2 e as medidas profiláticas cabíveis, reduz a prevalência da doença^{5,22}.

As mulheres portadoras de herpes simples genital não devem ter preocupações extraordinárias quanto ao desenvolvimento do câncer de útero e da displasia cervical²². O herpes neonatal é, no entanto, uma preocupação constante nas mulheres em idade fértil que apresentam recorrência clínica do HSV-2. A mortalidade nos recém-natos infectados é de 70%, provocada por meningoencefalite, hidrocefalia e retardo psicomotor²². O parto cesariano previne o surgimento do herpes neonatal, reduzindo a morbidade materno-fetal. Conceptos de mães soropositivas para o HSV-2, mesmo sem apresentarem lesões de herpes simples genital, devem ser acompanhados de forma intensiva. O desenvolvimento do herpes neonatal deve ser controlado com a instituição endovenosa do aciclovir (30mg/Kg/dia)⁶.

Bibliografia

1. MANSERVIGI, R. & CASSAI, E. The glycoproteins of the human Herpesviruses. *Comp. Immun. Microbiol. Infect. Dis.*, v.14, n.2, p.81-95, 1991.
2. ROIZMAN, B. & BAINES, J. The diversity and unity of Herpesviridae. *Comp. Immun. Microbiol. Infect. Dis.*, v.14, n.2, p.63-79, 1991.
3. GOLDBERG, L.H., KAUFMAN, R., KURTZ, T.O. et al Long-term suppression of recurrent genital herpes with acyclovir. *Arch. Dermatol.*, v.129, p.582-7, 1993.
4. ERLICH, K.S., MILLS, J., CHATIS, P. et al Acyclovir-resistant herpes simplex virus infections in patients with the acquired immune deficiency syndrome. *N. Engl. J. Med.*, v.320, p.293-7, 1989.
5. INTERNATIONAL HERPES MANAGEMENT FORUM, 1993. Alabama. *Guidelines and Recommendations From The Inaugural Meeting of the International Herpes Management Forum*. West Sussex, UK: PPS Europe, Alabama School of Medicine, 1994, 48 p.
6. SASADEUSZ, J.J. & SACKS, S.L. Systemic antivirals in herpesvirus infections. *Dermatol. Clinics*, v.11, n.1, p.171-85, 1993.
7. VERE-HODGE, R.A. Famciclovir and penciclovir. The mode of action of famciclovir including its conversion to penciclovir. *Antiviral Chemother.*, v.4, p.67-84, 1993.
8. GALLOWAY, D.A., FENOGLIO, C., SHEVCHUK, M., et al Detection of herpes simplex RNA in human sensory ganglia. *Virology*, v.95, p.265-8, 1979.
9. GOLDBERG, L.H., KAUFMAN, R.H., KURTZ, T.O. et al Continuous five-year treatment of patients frequently recurring genital herpes simplex virus infection with acyclovir. *J. Med. Virol.*, v.1, p.45-50, 1993.
10. ASHLEY, R.L. & MILITONI, J. Use of densitometric analysis for interpreting HSV serologies based on Western blot. *J. Virol. Methods*, v.18, p.159-68, 1987.
11. HIPPMANN, G., WEKKELI, M., ROSENKRANZ, A.R. et al Nonspecific immune stimulation with BCG in herpes simplex recidivans. Follow-up 5 to 10 years after BCG vaccination. *Wien. Klin. Wochenschr.*, v.104, n.7, p.200-4, 1992.
12. AMSTERDAM, J.D., MAISLIN, G., POTTER, L. et al Reduced rate of recurrent genital herpes infection with lithium carbonate. *Psychopharmacol. Bull.*, v.26, n.3, p.343-7, 1990.
13. HO, R.J., BURKE, R.L., MERIGAN, T.C. Liposome-formulated interleukin-2 as an adjuvant of recombinant HSV glycoprotein gD for the treatment of recurrent genital HSV-2 in guinea-pigs. *Vaccine*, v.10, n.4, p.209-13, 1992.
14. SANTOS, O.L.R. & SILVA M.R. Aplicação do Interferon no tratamento das infecções virais sexualmente transmissíveis. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v.6, n.3: 42-43, 1994.
15. STADLER, R. & RUSZCZAK, Z. Interferons: new additions and indications for use. *Derm. Clinics*, v.11, n.1, p.187-99, 1993.
16. ERON, L.J., TOY, C., SALSITZ, B. et al Therapy of genital herpes with topically applied interferon. *Antimicrob. Agents Chemother.*, v.31, n.7, p.

1137-9, 1987.
 17. SANTOS, O.L.R. & PEREIRA JR, A.C. Herpesvirus humanos - considerações estruturais e imunopatogênicas. *An. Acad. Nac. Med.*, v.154, n.1, p.27-9, 1994.
 18. WELCH, M.J., RIDGEWAY, P.H., PHILLPOTTS, R.J. Vaccine induced HSV 1 antibodies fail to correlate with protection against HSV 2 in guinea pigs. *Microbiol. Immunol.*, v.1, n.3, p.157-62, 1988.
 19. ASHLEY, R., BENEDETTI, J., COREY, L. Humoral immune response to HSV-1 and HSV-2 viral proteins in patients with primary genital herpes. *J. Med. Virol.*, v.17, p.153-66, 1985.
 20. ERTURK, M., PHILLPOTTS, R.J., WELCH, M.J. et al. Efficacy of HSV-1 ISCOM vaccine in the guinea-pig model of HSV-2 infection. *Vaccine*, v.9, n.10, p. 728-34, 1991.
 21. MYERS, M.G., BERNSTEIN, D.L., HARRISON, C.J. et al. Herpes simplex virus glycoprotein treatment of recurrent genital herpes reduces cervicovaginal virus shedding in guinea pigs. *Antiviral Res.*, v.10, p.83-8, 1988.
 22. PEREIRA JR., A. C. & SANTOS, O.L.R. Herpes simplex genital. In: PASSOS, M.R.C. *Doenças sexualmente transmissíveis*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1995. cap. 12, p.162-170.

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

VÍDEO PROGRAMA

Prof.: Mauro Romero Leal Passos
 Chefe do Setor de DST, Professor e Coordenador da Pós-Graduação em DST (Especialização e Mestrado) da Universidade Federal Fluminense.

VÍDEO-PROGRAMA 1

Fita nº 1 (120')
 EDUCAÇÃO E SAÚDE
 GONORRÉIA
 URETRITE NÃO GONOCÓCICA

VÍDEO-PROGRAMA 2

Fita nº 2 (120')
 SÍFILIS
 CANCRO MOLE
 LINFOGRANULOMA VENÉREO
 DONOVANOSE
 HERPES GENITAL

VÍDEO-PROGRAMA 3

Fita nº 3 (120')
 PAPILOMA VIROSE GENITAL
 (CONDILOMA ACUMINADO)
 CORRIMENTO VAGINAL
 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

INBRAM - Av. Passos, 101 s/ 808
 Rio de Janeiro - RJ - CEP.: 20051-040

Fax. (021) 263-6770
 (021) 269-0655 / 263-1767 / 233-5098
 233-5098 / 233-6030 / 263-6770

ACEITAMOS TODOS OS CARTÕES DE CRÉDITO

Onde está a Sífilis? Casuística do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, 1979 - 1994.*

Luciane Hyppólito¹, Ana Maria F. Roselino²

* Trabalho apresentado na 4ª Jornada de DST/AIDS de Ribeirão Preto, SP, de 9 a 11 de março de 1995.

¹ Aluna do 6º ano de Graduação de Medicina.

² Professora Doutora - Divisão de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP
Av. Bandeirantes, 3900. Campus Universitário
14049-900 - Ribeirão Preto, SP

Resumo

É apresentada casuística de sífilis adquirida, do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, totalizando 773 casos, no período 1979 a 1994. Chama a atenção a diminuição expressiva do número de casos diagnosticados, particularmente a partir de 1987. Destaca-se a associação com HIV/AIDS em 30 casos, alertando às autoridades sanitárias para que se reitere, em campanhas educacionais, pronunciamentos sobre outras DSTs.

Unitermos: sífilis, DST, HIV, AIDS, epidemiologia

Abstract

The casuistic of acquired syphilis in the region of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil, is presented. Seven hundred seventy three cases were diagnosed from 1979 to 1994. The decrease of number of cases in the last years, and the association with HIV/AIDS in 30 cases are emphasized. An alert is made to the sanitarian authorities.

Key Words: syphilis, DST, HIV, AIDS, epidemiology.

Introdução

A origem da sífilis e sua propagação para a Europa são rediscutidas recentemente por Luger, o qual discorda ter sido a sífilis propagada para a Europa pelos navegadores de Cristóvão Colombo, que a teriam adquirido em expedição ao Haiti.¹

A incidência da sífilis nos EUA, no Reino Unido e em outros países industrializados, como o Canadá, diminuiu notavelmente desde a segunda guerra mundial até o final de 1950. Nos EUA voltou a aumentar gradativamente, sendo a cifra mais alta registrada entre 1985 e 1989.² Na Flórida, há descrição de epidemia de sífilis recente, entre 1987 e 1990.³ Na Holanda, a ocorrência da sífilis diminuiu no período 1984 a 1987, mas voltou a aumentar, com pico de ocorrência em 1989.⁴

Desde 1957, a sífilis em todo o mundo vem aumentando sig-

nificativamente, principalmente nas grandes cidades, tendo como fatores de risco o uso de drogas ilícitas e a prostituição.^{2,3,5,6} Nos decênios 1970 e 1980, esse aumento também foi atribuído à população de homossexuais, entretanto, houve diminuição a partir dessa data, talvez refletindo alteração do comportamento sexual desse grupo.^{2,5,7} Outros fatores são descritos, como métodos anticoncepcionais sem controle médico, dificuldade de investigação de parceiros, facilidade de deslocamento de um lugar para outro⁸, número de parceiros sexuais⁹, status educacional.¹⁰

No ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP, USP), entre as dermatoses por nós observadas, a sífilis não tem sido comumente diagnosticada e para tal verificação propusemos o levantamento de casos registrados nos últimos 16 anos.

Materiais e Métodos

Procedeu-se ao levantamento de prontuários, junto ao Serviço de Arquivo Médico, HCFMRP, USP, de casos de sífilis primária, secundária, latente e terciária, confirmados por exames específicos, no período 1979 a 1994.

Resultados e Discussão

Casuística

Foram diagnosticados 773 casos em 16 anos, ou seja, a média de 48,3 casos/ano. Do total, 10,2% corresponde à sífilis primária, 55,4% ao secundarismo, 26,4% à sífilis latente e 8,0% ao terciarismo.

Na figura 1, observa-se que o número de casos de sífilis vem diminuindo notavelmente nos últimos anos. A distribuição mostra maior número de casos entre 1979 e 1982, média de 96,5 casos/ano; de 1983 a 1986, 63,0 casos/ano e a partir de 1987, a curva torna-se mais descendente, 22,0 casos/ano. Em 1993 a 1994 foram registrados somente 3 casos de secundarismo. O número de casos de terciarismo se mantém até 1992, com média de 4,4 casos/ano, não tendo sido registrado qualquer caso em 1993 e 1994. Embora a observação da sífilis tenha diminuído, o número de atendimentos de maiores de 13 anos de idade (casos novos), junto ao HCFMRP, USP, vem aumentando. No período 1980 a 1982, registrou-se 6,4 casos de sífilis/1.000 atendimen-

tos, de 1983 a 1986, 4,3/1.000, e de 1987 a 1994, 0,7/1.000.

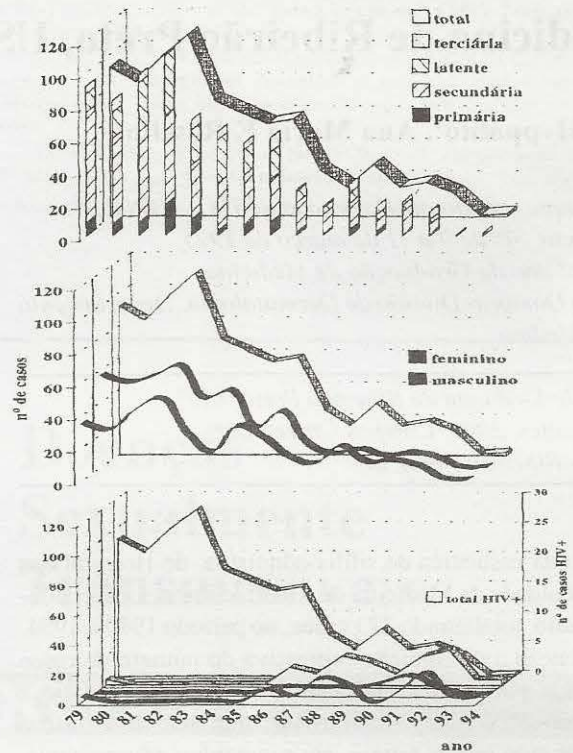
Em São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, há relato de 44 casos de sífilis primária, no período 1985 a 1992¹⁰, comparado a 24 casos na presente casuística. Nesse mesmo Serviço, de 1989 a 1993, houve registro de 88,5 casos de sífilis por ano¹¹, não se evidenciando curva descendente como na atual casuística. Em Santos, Secretaria de Higiene e Saúde, há registro de 121 casos de sífilis em 1991 e de 77 em 1992¹², contra 21 e 15 casos respectivamente registrados em nosso atendimento. No Brasil, a notificação da sífilis é comparável à da gonorréia e à da uretrite não gonocócica/corrimento vaginal. Das regiões do Brasil, a região Sudeste é a que apresenta menor número de casos de sífilis notificados, total de 7.545 casos, e de 712 no Estado de São Paulo, de 1987 a 1995. A notificação sofreu queda no período 1988 a 1991, voltando a se elevar a partir de 1992.¹³ Esse mesmo período corresponde ao menor número de casos aqui registrados, 135 casos. No Estado do Rio de Janeiro houve notificação de 947 casos, de 1983 a 1988, enquanto no Distrito Federal há relato de 15.393 casos de sífilis adquirida, no período 1976 a 1987.⁸ Na região Nordeste, foram notificados 41.317 casos de sífilis. As outras DSTs também são notificadas em menor número na região Sudeste.¹³ Na Holanda, em estudo prospectivo, de 1984 a 1990, foram registrados 6.530 casos de sífilis⁴, número esse comparado ao total de casos de sífilis da região Sudeste, notificados em semelhante período.¹³

Devido à provável subnotificação das DSTs, o cálculo da incidência da sífilis no Brasil torna-se prejudicado, mas considerando-se o total de 123.630 casos de sífilis registrados entre 1987 e 1995¹³ e a população de 150.000.000 de habitantes, tem-se a incidência de 10,3 casos de sífilis/100.000 hab/ano. O PNDST/AIDS, DF, mostra incidência muito mais elevada, 213,3 casos de sífilis adquirida/100.000 habitantes (informação obtida durante treinamento sobre Sífilis Congênita, promovida pela Secretaria Estadual de Saúde, em Ribeirão Preto, SP, em novembro de 1995). Se não considerarmos a população infantil, a incidência de sífilis praticamente será dobrada. Em nossa região é provável que o paciente procure o atendimento nas redes básicas de saúde (SUS), portanto não dispomos de dados reais para o referido cálculo. Se levarmos em conta somente os casos de Ribeirão Preto, registrados no HCFMRP, USP (62,3%), e a população acima de 10 anos de Ribeirão Preto, temos a incidência de 8,2 casos de sífilis/100.000 hab/ano e para toda a região de Ribeirão Preto, 8,7/100.000 hab/ano.

Distribuição por sexo

Em Ribeirão Preto, em 1994, a distribuição da população, acima de 10 anos, por sexo é equivalente. Na figura 1, observa-se ligeiro predomínio do sexo feminino até 1986, 1,6:1,0, a partir de 1987, há predominância do sexo masculino, 1,4:1,0, coincidindo com o aparecimento de casos de sífilis em HIV+/AIDS. Os registros de países desenvolvidos mostram predominância marcante da sífilis entre os homens, 6 a 7:1, refletindo a homossexualidade.² Na sífilis terciária, há predomínio do sexo masculino, 2,1:1,0, em concordância com casuística do Reino Unido.²

Figura 1. Distribuição da sífilis, segundo fase da doença, sexo, positividade para HIV e ano de diagnóstico, HCFMRP, USP.



Distribuição por idade

Na figura 2, a sífilis apresenta sua maior ocorrência entre 20 e 40 anos de idade, sendo a taxa mais elevada entre 20 e 30 anos, coincidindo com dados americanos, entre 20 e 24 anos.²

Não houve diferença da distribuição da sífilis por faixa etária segundo o ano de diagnóstico, isto é, a maior ocorrência da sífilis entre 20 e 40 anos foi constante no período estudado, de 1979 a 1994.

Drogas e Sexualidade

Entre 773 casos registrados de sífilis, somente em 53 prontuários havia referência quanto ao uso de drogas ilícitas, e desses, 26 (3,4%) confirmaram fazer uso delas. Entre os 26 usuários de drogas, 17 apresentaram sorologia positiva para HIV.

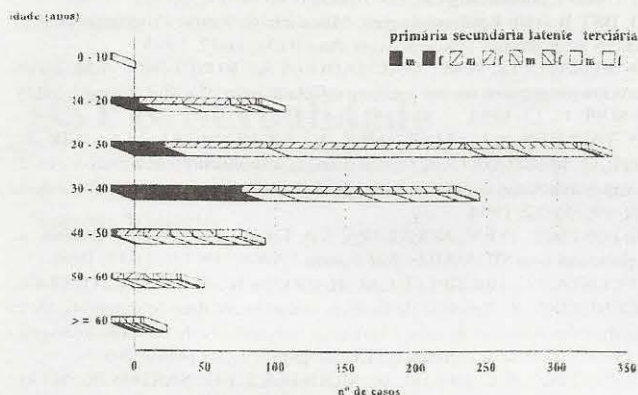
Quanto à sexualidade, há 23 referências de homossexualismo e 8 de bissexualidade (4%). Desses 31, 15 apresentaram positividade sorológica para HIV.

Como o uso de drogas ilícitas é considerado fator de risco para a sífilis e para outras DSTs^{2-5, 7}, torna-se imperativo que referências quanto ao uso de drogas, além da sexualidade, número de parceiros, façam parte da história clínica do paciente.

Associação entre sífilis e HIV/AIDS

Quanto à sífilis em HIV+/AIDS, os primeiros casos foram registrados em 1986, totalizando 30 casos até 1994 (sífilis primária, 3; secundária, 19; latente, 7; terciária, 1), com média de 3,2 casos/ano, com predomínio do sexo masculino. O comportamento da sífilis nesses pacientes difere quanto à apresentação

Figura 2. Distribuição da sífilis segundo sexo, idade e fase da doença, HCFMRP, USP, 1979-1994.



dermatológica, em geral com lesões mais destrutivas, às vezes com lesões localizadas lembrando secundo-terciarismo¹⁴, cujo exame líquórico se torna obrigatório. Tavares e col.¹⁵, em estudo realizado também no HCFMRP, USP, relatam 22 casos de sífilis em HIV+, relacionando outras DSTs em portadores de HIV/AIDS à droga-adição. Postsch e col.¹⁶ descrevem 159 casos de sífilis em HIV/AIDS, atendidos em Hospital Universitário do Rio de Janeiro, entre 1987 a 1994.

Fases da sífilis

Correlacionando-se o sexo do paciente com a fase da sífilis (figura 2), na fase primária e na terciária há predomínio do sexo masculino, enquanto no secundarismo e na fase latente, do feminino. Desde que os relatos mostram predominância da sífilis no sexo masculino^{2,13}, questiona-se se a mulher tem procurado com maior frequência o atendimento médico, comparado ao homem. O predomínio do secundarismo, talvez seja explicado pelas lesões cutâneas alertarem o paciente a procurar o atendimento médico. A observação de atendimentos de sífilis latente pode ser explicada pelo exame sorológico para sífilis constituir um exame de rotina (sorologia triplíce para sífilis, Machado Guerreiro e brucelose) nas diversas clínicas deste hospital, incluindo o atendimento pré-natal. Costa e col.¹⁷ relatam a positividade para sífilis em 2,26% de 16.073 doadores de sangue, entre 1976 a 1981, junto ao Banco de Sangue do HCFMRP, USP. Silveira e col.¹⁸, em Serviço da Faculdade de Saúde Pública, relatam a ocorrência crescente da sífilis latente em pacientes com gonorréia, enfatizando a triagem sorológica para sífilis. Na Tanzânia, inquérito sorológico evidenciou 15% de positividade para sífilis, infecção recente e pregressa, em 4.173 indivíduos, em 1990 e 1991.¹⁹ Em Nairobi, Kenya, entre 1989 a 1991, foi evidenciada positividade sorológica para sífilis em 1,9% de 4.404 mulheres.²⁰

Profissão

Entre as mulheres, houve predomínio da sífilis em domésticas e em donas de casa. Quanto aos homens, houve predomínio entre lavradores, seguido por pedreiros, estudantes, serventes,

vendedores, detentos e outros.

Distribuição por ambulatório

Os casos de sífilis são atendidos em quase todos os ambulatórios do HCFMRP, USP, destacando-se os ambulatórios de Clínica Médica Geral, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, e de Saúde Pública.

Verifica-se pela figura 3, que o ambulatório de Dermatologia (ambulatório de DST/AIDS) destaca-se pelo atendimento das fases primária e secundária. A sífilis latente é diagnosticada em todos os ambulatórios, principalmente no de Saúde Pública, provavelmente pelo encaminhamento de outros ambulatórios e do Banco de Sangue. A sífilis terciária, neurolúes, compreende o atendimento do ambulatório de Neurologia.

Outros ambulatórios também diagnosticam a sífilis, como os de Ortopedia, Oftalmologia, outras especialidades da Clínica Médica, como Nutrologia, Nefrologia, Imunologia, e outros.

Conclusões

Devido ao baixo número de casos de sífilis diagnosticados em nossa região e conforme casuística do Estado de São Paulo^{8,13}, pergunta-se:

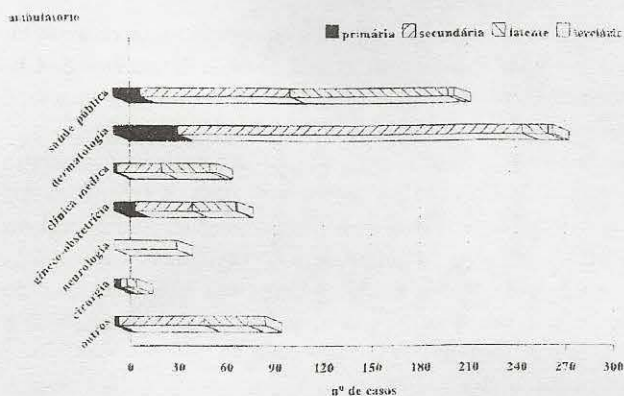
1. se poderia estar ocorrendo subnotificação de casos de sífilis e de outras DSTs,
2. se os doentes não procuram o atendimento hospitalar, ou a rede básica de saúde (SUS), se poderiam estar sendo tratados em balcões de farmácias, ou se auto-medicando,
3. como hipótese otimista, embora menos provável, se estaria ocorrendo real diminuição da sífilis.

Acreditando-se que as DSTs sejam subnotificadas no Brasil, sendo a sífilis uma das DSTs que cursa com úlcera genital e, portanto, poder ser porta de entrada e co-fator para a propagação do HIV, além de estar associada ao uso de drogas e à prostituição, faz-se um alerta às autoridades sanitárias para que se reitere, em campanhas educacionais, pronunciamentos a respeito de outras DSTs, além da AIDS, e para que se proceda a busca efetiva das DSTs entre grupos específicos, de prostituição e de usuários de drogas.

Referências bibliográficas

1. LUGER, A. Clinical and epidemiologic considerations on the Columbian Theory. *Sexually Transmitted Diseases*, 20(2): 110-117, 1993.
2. De SCHRYVER, A., MEHEUS, A. Epidemiologia de las enfermedades de transmisión sexual: panorama mundial. *Bol Of Sanit Panam*, 114(1): 1-22, 1993.
3. MONCRIEF, P.A., WROTEN, J.E., WITTE, J.J., HOPKINS, R.S. Epidemic early syphilis - Escambia County, Florida, 1987 and July 1989 - June 1990. *JAMA*, 265(21): 2782, 1991.
4. TREURNIET, H.F., DAVIDSE, W. Sexually transmitted disease reported by STD services in the Netherlands, 1984-1990. *Genitourin Med*, 69: 434-438, 1993.
5. JOACHIM, G., HADLER, J.L., GOLDBERG, M., SHARRAR, R.G., DAVID, R. Relationship of syphilis to drug use and prostitution - Connecticut and Philadelphia, Pennsylvania. *Arch Dermatol*, 125: 169-170, 1989.
6. FINELLI, L., BUDD, J., SPITALNY, K.C. Early syphilis. Relationship to sex, drugs, and changes in high-risk behavior from 1987-1990. *Sexually Transmitted Diseases*, 20(2): 89-95, 1993.
7. BENENSON, A.S., ed. Sífilis. In: *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Publicación Científica n° 538. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1992, p. 475-481.
8. PASSOS, M.R.L. Epidemiologia das doenças sexualmente transmissíveis.

Figura 3. Distribuição da sífilis, segundo a fase da doença e o amolatório de atendimento. HCFMRP, USP, 1979-1994.



Epidemiologia da sífilis. In: **DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 4ª ed., Cultura Médica ed. Rio de Janeiro, 1995, p. 22-39, 87-91.

9. NEWELL, J., SENKORO, K., MOSHA, F., GROSSKURTH, H., NICOLL, A., BARONGO, L., BORGENDORF, M., KLOKKE, A., CHANGALUCHA, J., KILILEWO, J., VELEMA, J., MULLER, A.S., RUGEMALILA, J., MABEY, D., HAYES, R. A population-based study of syphilis and sexually transmitted disease syndromes in north-western Tanzania. 2. Risk factors and health seeking behaviour. *Genitourin Med*, 69: 421-426, 1993.

10. SANTOS JR., ELIAS, A.M., DELBUONO, E., SIQUEIRA, L.F.G., NITRINI, S.O.O. Estudo da sorologia VDRL em pacientes portadores de sífilis

primária atendidos em um Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis no município de São Paulo - Brasil. *Bol Inform UNION*, 19(75 SUPL. 1): 17, 1994.

11. **Notas Epidemiológicas**. *Bol Inform UNION*, 19(75): 4, 1994.

12. **Notas Epidemiológicas**. *Bol Inform UNION*, 19(73/74): 7, 1994.

13. **DST Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ano II (3): 11-12, 1995.

14. ROSATELLI, A.M., MACHADO, A.A., ROSELINO, A.M. Sífilis rapidamente progressiva em um paciente infectado pelo HIV. *Bol Inform UNION*, 19(75 SUPL. 1): 13, 1994.

15. TAVARES, A.B., MARTINEZ, R., FIGUEIREDO, J.E.C., GIRÃO, DUARTE, G., MACHADO, A.A. Outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) em pacientes infectados com vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Bol Inform UNION*, 19(75): 12, 1994.

16. POSTSCH, D.E.V., NOGUEIRA, S.A. Estudo da sífilis em portadores de HIV e pacientes com SIDA/AIDS. *Bol Inform UNION*, 19(75): 11-12, 1994.

17. COSTA, J.C., BECHELLI, L.M., HADDAD, N., ALMEIDA, J.O., HENRIQUEZ, A.R., CENEVIVA, R. Reaction de fixation complement dans le diagnostic de la syphilis chez des donneurs de sang à l'hôpital universitaire de Ribeirão Preto (São Paulo, Brésil): analyse de facteurs épidémiologiques. (a ser publicado).

18. SILVEIRA, M.C., BELDA, W., SIQUEIRA, L.F.G., SANTOS JR., M.F.O., LANG, D. Contribuição ao estudo da epidemiologia da sífilis - Sífilis latente, problema crescente? *An bras Dermatol*, 62(3): 139-142, 1987.

19. MOSHA, F., NICOLL, A., BARONGO, L., BORGENDORF, M., NEWELL, J., SENKORO, K., GROSSKURTH, H., CHANGALUCHA, J., KLOKKE, A.A.A.A., KILILEWO, J., VELEMA, J., MULLER, A.S., RUGEMALILA, J., HAYES, R., MABEY, D. A population-based study of syphilis and sexually transmitted disease syndromes in north-western Tanzania. 1. Prevalence and incidence. *Genitourin Med*, 69: 415-420, 1993.

20. COSTELLO DALY, C., MAGGWA, N., MATI, J.K., SOLOMON, M., MBUGUA, S., TUKEI, P.M., HUNTER, D.J. Risk factors for gonorrhoea, syphilis and trichomonas infections among women attending family planning clinics in Nairobi, Kenya. *Genitourin Med*, 70: 155-161, 1994.

Tratado de Reprodução Humana

Paulo R. B. Canella & Nelson Vitiello

1ª Edição

com 15 capítulos

Reserve seu exemplar e ganhe 20 % de desconto em sua compra

Vendas: Editora Cultura Médica Ltda®

Rua São Francisco Xavier, 111

CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ

Tel (Fax): (021) 2643443 - Tel.: (021) 567-3888

DST & Sexualidade

Nelson Vitiello

* Ginecologista. Presidente da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH)

Dr. Nelson Vitiello

Av. Bem-te-vi, 333 - Cj. 81

04524 - São Paulo-SP - Telefax (011) 842-8453

Qualquer que seja a abordagem desejada, o tema deve receber um enfoque amplo, onde, mais que os aspectos técnicos envolvidos, seja priorizado o meio cultural em que se está imerso. Por isso vamos nos propor a tecer considerações não apenas sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis em geral mas sim sobre as pessoas que as portam (ou que podem vir a portá-las), de seus receios, de suas dúvidas e de seus anseios.

Para uma visão assim abrangente faz-se necessário que antes de abordar o tema propriamente dito tenhamos uma visão clara sobre os padrões usuais de comportamento sexual. Vamos tentar ter uma rápida idéia sobre os fatores condicionantes desses padrões.

Em primeiro lugar, chama-nos a atenção o fato que, teoricamente, nenhum outro grupo de doenças seria de tão fácil erradicação quanto as DST; bastaria que as pessoas fossem basicamente monogamas ou que, na pior das hipóteses, usassem preservativos em suas relações extraconjugais. Tentemos compreender por que isso não ocorre.

Embora a vida na Terra já exista há cerca de 4 bilhões de anos e a reprodução sexuada a pelo menos 1,5 bilhão de anos, foi apenas com espécies muito próximas da nossa que ocorreu a desvinculação entre sexo e reprodução. Muito pouco sabemos sobre o exercício da sexualidade pelos hominídeos que antecederam nossa espécie, mas é esperável que desde ao menos o *Homo habilis* (2 milhões de anos), se não entre antepassados ainda mais remotos, que esse fato tenha ocorrido. No entanto, para fins de raciocínio, fiquemos com a informação que ao menos há 100 mil anos, com o surgimento do *Homo Sapiens*, surgiu entre as fêmeas a possibilidade de relações sexuais prazerosas independentemente da possibilidade de reprodução.

Graças a sutis mudanças na anatomia e na fisiologia dos órgãos envolvidos, tornou-se possível que as fêmeas de nossa es-

pécie pudessem usufruir de atividade sexual independentemente de estarem ou não em seus períodos férteis. Por isso somos os únicos seres a manter, por exemplo, relações sexuais durante a gestação ou mesmo após a cessação das possibilidades de reprodução (na pós-menopausa).

Assim, nossa espécie é a única dentre as que atualmente povoam o planeta, a ter a oportunidade de buscar os prazeres do sexo sem arcar com o ônus da reprodução. Se entre as outras espécies só é possível o "sexo-reprodução", para nós se abrem outras oportunidades, podendo-se mesmo falar em "sexo-afeto", "sexo-amor" e diversas outras indicações para a prática da sexualidade, inclusive aquela visando remuneração, no que eufemisticamente denominamos de "a mais velha das profissões" - a prostituição. Tanto é assim que um estudo empreendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram no mundo, por minuto, cerca de 70 mil relações sexuais, enquanto que o número de nascimentos no mesmo período de tempo se limita a aproximadamente 209.

Evidentemente, dada essa possibilidade, foi necessário que, desde a constituição das primeiras tribos, se traçassem normas sobre como e quando a sexualidade é desejável. Além disso, com a nossa tomada de consciência enquanto seres humanos ("penso, logo existo"), importante fator psicológico veio se juntar aos já existentes biológico e social, transformando nossa sexualidade, que deixou de ser meramente uma expressão da biologia, como é entre outros mamíferos. Pode-se facilmente observar que nossa sexualidade transcende em muito a simples biologia, transformando-se numa expressão bio-psico-social onde, em certas situações, o componente psicossocial se tornou até mesmo o mais importante.

De fato, ao nascermos somos meros portadores de órgãos específicos para a sexualidade e para a reprodução, o que faz de nós machos ou fêmeas. Desde então a sociedade imprime em nós um padrão de comportamento adequado para cada sexo biológico, padrão esse que se convencionou chamar de "papel sexual". É esse modelo desejável de papel desejável que a maioria de nós procura cumprir durante toda a vida e que faz de nós, que nascemos machos ou fêmeas, "homens" ou "mulheres". A maioria de nossas atitudes e de nossa maneira de exercitar até os mais comezinhos atos (coçar a cabeça, andar, falar) é realizada cumprindo um predeterminado papel, ao qual adicionamos apenas um pequeno componente pessoal.

Na medida em que vamos tomando consciência de nosso

“eu” e julgamos de nossa satisfação ou não com o exercício desse papel, vamos adquirindo uma “identidade” masculina ou feminina, que em última análise representa o fator psicológico do tripé sobre o qual se assenta nossa sexualidade. Assim, se a biologia nos faz machos ou fêmeas e se a sociedade nos molda como homens ou mulheres, é o psiquismo de cada um que dirige nossa atuação num sentido masculino ou feminino.

A partir de todos esses componentes, somados às nossas vivências, experiências e aspirações, cada um de nós compõe um quadro do que será sua orientação sexual e de como será ela exercida. Assim, fica patente a diferença entre “sexo”, que é biológico, e “sexualidade”, que é a maneira como exercemos os componentes psicossociais de toda essa amálgama.

Num parênteses, lembremos que além das diferenças entre sexo e sexualidade, é necessário que tenhamos presente o conceito de “genitalidade”, que vem a ser o componente genital, coital, da sexualidade. Por isso, na realidade, o que denominamos de “Doenças Sexualmente Transmissíveis” seriam talvez mais adequadamente chamadas de “Doenças Coitalmente Transmissíveis”, tendo em vista que as moléstias desse grupo não são transmitidas por qualquer outra manifestação da sexualidade (carícias, autoerotismo etc.) que não o coito.

Vejam agora como, em nossa cultura, ocorrem os comemorativos da sexualidade. Antes de mais nada é necessário lembrar que do ponto de vista do comportamento sexual nossa cultura (cristã ocidental) deriva de duas vertentes principais, a judaica-cristã e a greco-romana.

A cultura judaica, por condicionantes históricos (notadamente a necessidade de se defender e de guerrear com vizinhos hostis), sempre viu o sexo como mero instrumento da reprodução, reprimindo manifestações outras da sexualidade, como a masturbação, a homossexualidade, e outras. Sexo, sob esse enfoque, só é alvo de elogios quando exercido de maneira heterossexual e entre pessoas regularmente casadas, as únicas com permissão social para se reproduzirem. Além disso, como intensiva defensora de um feroz machismo, negou sempre a possibilidade de prazer feminino associado ao exercício da sexualidade. E o cristianismo, como fiel herdeiro do judaísmo que é, repetiu e repetiu o caráter sexista, machista e repressor daquele.

Os gregos, por sua vez, embora amassem o prazer advindo da sexualidade, propunham-no apenas para os homens, que o buscavam junto às *pornoi* ou com as *hetairas*, nunca em suas próprias casas. Suas esposas, confinadas nos *gineceus*, eram embrutecidas máquinas de procriar, com quem o sexo era praticado ocasionalmente, tendo como única finalidade a de produzir filhos. A cultura romana, até certo ponto herdeira da grega, embora tenha em certos períodos dado maior liberdade às mulheres, em linhas gerais manteve a linha hedonista, machista e repressora esposada pelos gregos.

E foi desses dois mananciais culturais que herdamos, a grosso modo, nosso padrão de exercício da sexualidade.

Por outro lado, o impulso à sexualidade sempre foi muito forte no ser humano, que historicamente sempre buscou formas de fugir à repressão. Assim desde as primeiras civilizações de

que se tem notícia, foram cultuados deuses e deusas da fertilidade, freqüentemente assumindo esse culto a forma de prostituição ritual. Aliás, foi da prostituição praticada nos Templos de Vênus, a Deusa do Amor, que se tirou a anterior denominação “Doenças Venéreas” das atualmente chamadas “Doenças Sexualmente Transmissíveis” (DST). A prostituição “comercial”, além disso, sempre foi exercida mais ou menos abertamente, sob todos os regimes políticos e em qualquer sistema econômico. Tanto é assim que até poucas décadas atrás a iniciação sexual dos rapazes era feita, tradicionalmente, com prostitutas.

As DST sempre tiveram um ranço de sujeira e de pecado que mantém até nossos dias. Embora até recentemente, em certos meios, o fato de ser portador de uma DST fosse visto como uma prova de virilidade, levando os portadores a delas se jactarem, de maneira geral a sensação de impureza que trazem aos por elas afetados leva a uma evidente queda da auto-estima.

Com o advento da AIDS e dos maiores conhecimentos sobre as possíveis complicações associadas à infecção pelo HPV (o vírus da condilomatose humana), historicamente tão recentes, vieram aprofundar ainda mais os sentimentos negativos dos envolvidos, ou dos potencialmente envolvidos. Se até o início da década de 80 as DST constituíam-se em evidência de pecado, hoje são sinônimos de morte.

Surgiu desde então um intenso e generalizado temor, que até certo ponto angustia a todos. Institui-se uma nova versão do velho modelo repressor à sexualidade, auxiliado e incrementado pelos meios de comunicação (interessados em explorar a hipocondria de todos nós) e por alguns movimentos que, sob o rótulo de “educação sexual”, estão promovendo um verdadeiro massacre no que diz respeito à sexualidade de toda uma geração. Sexo tornou-se assim, mais que um risco, uma ameaça.

Para os seus portadores, além de interferir negativamente com a auto-estima (e portanto com seu desempenho sexual), as DST desencadeiam um importante estrelecimento nos vínculos afetivos de um casal.

Ao ser constatada uma DST, passa a pessoa por várias fases, caracterizadas por diversos sentimentos em relação ao seu parceiro. Esses sentimentos variam amplamente em função do tipo de personalidade, das características de cada relacionamento e da intensidade do amor vivido. Variam, além disso, conforme a DST se instale após um relacionamento ocasional ou se incide em um casal formal ou informalmente constituído. No entanto, o padrão geral dessas reações segue um roteiro razoavelmente uniforme.

Inicialmente surge a dúvida sobre a etiologia da infecção e sobre a forma de transmissão. O portador (ou portadora), de início, não consegue aceitar o diagnóstico, em especial nos casais (homo ou heterossexual) instituídos. Fabula-se então sobre a possibilidade de contágio em banheiros, através de roupas, etc.

Pouco a pouco, conforme vai ficando patente o fato de ter ocorrido uma “traição”, a pessoa contaminada vai desenvolvendo intensa raiva, que pode mesmo abalar o vínculo da união, não sendo raras as separações.

A seguir, na dependência de quem foi o “traído”, podem-

se seguir maneiras diferentes de solução. Claro que se a parte que prevaricou foi a mulher, o fato reveste-se social e emocionalmente de muito maior gravidade, pois nossa ainda machista sociedade não consegue tolerar tais fatos. Hoje em dia, mesmo quando a mulher é a parte traída, o fato se reveste de muita gravidade pois, ao contrário das de gerações anteriores, as mulheres modernas cobram - aliás muito justamente - de seus parceiros a mesma fidelidade delas exigida.

Alguns casais separam-se em função de um episódio destes. Outros, embora não se separem de imediato, tem o relacionamento muito abalado, não sendo incomum que as cobranças, as críticas e o manifesto menosprezo termine por minar o vínculo.

Mesmo quando a DST surge de outra maneira, afetando solitário ou apenas um dos membros do casal, sempre deixa cicatrizes emocionais, especialmente quando os portadores se conscientizam de sua possível gravidade. Por isso, não é incomum que ocorra uma significativa mudança no padrão de comportamento sexual dos infectados, que podem desenvolver até mesmo uma disfunção sexual.

Para terminar, talvez valha a pena analisarmos, ainda que

superficialmente, alguns dos aspectos emocionais envolvidos no uso de preservativos.

O uso da camisinha, além de estar manifestamente associado ao risco de contaminação, podendo portanto ser visto como uma manifestação de desconfiança quanto ao comportamento sexual do parceiro (ou da parceira), sempre esteve associado a prática sexual com prostitutas. Assim, usar ou exigir que o parceiro use camisinha é sempre uma coisa difícil, especialmente quando o relacionamento está em suas fases iniciais e as pessoas ainda não se conhecem bem a ponto de preverem a reação da outra.

Além disso, quase sempre valorizamos nosso julgamento crítico, por mais que tenhamos nos enganado no passado. Assim, se cremos que uma potencial parceira (ou parceiro) é uma pessoa não promíscua e sadia, não vemos motivos para usar a camisinha. Se, ao contrário, parece-nos ela (ou ele) uma pessoa pouco confiável, com possíveis hábitos escusos, ou ainda se tem uma aparência doentia, não chegamos sequer a ter uma relação sexual, pois sabemos que a camisinha as vezes se rompe. Por isso, tanto num caso quanto no outro, a maioria das pessoas quase nunca usa a camisinha.

4ª Edição

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Mauro Romero Leal Passos e Cols.

Novíssima edição com mais de 50 capítulos

Adquira o seu exemplar e ganhe 20% de desconto em sua compra.

Vendas: Editora Cultura Médica Ltda®
Rua São Francisco Xavier, 111
CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
Tel (Fax): (021) 2643443 - Tel.: (021) 567-3888

Mobiluncus na Vaginose Bacteriana

José Eleutério Júnior

Responsável pelo Setor de Citopatologia Ginecológica do Laboratório Dr. Edilson Gurgel da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - Ceará

Key words : vaginite/vaginose/mobiluncus

A microbiota vaginal, na sua complexidade, exige, para adequado equilíbrio, variáveis cujas mínimas alterações podem ensejar manifestações patológicas, com ou sem a participação de agentes externos. O avanço tecnológico que experimenta a medicina nos últimos tempos não tem sido suficiente para elucidar completamente os mistérios de tão complexo ecossistema. Como resultado da modificação desta delicada organização de microagentes vaginais, surge a vaginose bacteriana, que pode ou não ter manifestações sintomatológicas¹⁰. Tal desordem consiste de uma alteração na distribuição e quantidade das bactérias aeróbias e anaeróbias¹⁰, mas com participação mais importante dos agentes anaeróbios, responsáveis pela excessiva produção de poliaminas que leva a um odor característico.

Têm sido mais frequentemente associados a vaginose bacteriana, agentes como *Gardnerella vaginalis*, *Bacteróides* e *Mobiluncus*, entre outros. Muitos trabalhos têm demonstrado a associação da vaginose com trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura, endometrite e corioamnionite⁰².

Como citado acima, um dos grupos de agentes associados ao quadro é o do gênero *Mobiluncus*. Tal conjunto de bactérias é constituído por bacilos curvos em forma de vírgula, móveis, com capacidade de adesividade as células, preferência por pH alcalino, parede celular Gram variável, anaeróbios ou microaerófilos (crescem bem em ambiente contendo aproximadamente 5% de O₂)^{03,06,13}, cujas características de morfologia celular, reações bioquímicas e susceptibilidade ao metronidazol, o dividem em duas espécies, *M. mulieris* e *M. curtisii*, e duas subespécies, *M. curtisii curtisii* e *M. curtisii holmesii*. Para a maioria dos autores a presença de *Mobiluncus sp* nos quadros de vaginose é muito frequente, variando sua incidência conforme o exame utilizado para a pesquisa. Baseando-se na microscopia tem-se encontrado índices de 90 % nas mulheres com vaginose.

Já a prova do DNA o detecta em cerca de 83 % das oportuniidades. A presença de *M. curtisii* tem sido mais assídua (44%) que do *M. mulieris* (34%), sendo os demais casos, associações⁰⁵. Segundo Ison, ao contrário de *Gardnerella vaginalis* e *Bacteróides*, *Mobiluncus* tem sido poucas vezes achado em vaginas normais⁰⁵. Recentes pesquisas sobre o gênero em questão, utilizando variados métodos, tais como coaglutinação, gel difusão e imunofluorescência indireta têm demonstrado aparecimento de cepas atípicas e heterogeneidade, principalmente no grupo *M. curtisii*.⁰⁴

O quadro clínico jamais poderá ser suficiente para que se diagnostique a vaginose bacteriana, principalmente na presença de *Mobiluncus sp*. Sua importância nos casos de processos inflamatórios foi provada pela existência de toxina (relativamente termolábil e inativada em pH extremos [9 e 3])¹⁴. Para sua detecção tem-se a mão desde exames simples até os mais sofisticados, com variáveis graus de sensibilidade. Entre os primeiros, estão o exame a fresco, que o detecta como pequenos bacilos de grande mobilidade que eventualmente param ao entrar em contato com uma célula ou superfície da lâmina⁰⁷. E temos ainda, a bacterioscopia por Gram, cuja sensibilidade é de 90 % contra 77-83 % da cultura e 52-83 % da prova do DNA¹⁵. Entre os tipos de exames mais sofisticados, há a pesquisa de *Mobiluncus* por Imunofluorescência que se mostrou mais sensível que os demais, no entanto de custo proibitivo para o nosso meio⁰⁵. Pouco se tem estudado com relação ao Papanicolaou como método para pesquisa de *Mobiluncus sp*. Mas, a presença de células cobertas pelos bacilos formando, a semelhança do exame direto e da bacterioscopia, um complexo chamado por De Boer⁰¹ de "comma cells" e por nós de "célula porco espinho" ou "célula cabeluda" (03) pode ajudar no diagnóstico da presença da bacilo curvo, mormente usando-se a objetiva de imersão.

A "célula cabeluda" ou "comma cell" é oriunda do processo de adesão em que os bacilos cobrem as células sem que lhes penetrem no citoplasma. Tal processo é dividido em duas fases conhecidas como, "processo de aderência", que é reversível, mediado por flagelos, fimbrias, e reações bioquímicas, e o "estado de aderência", em que ocorre uma multiplicação de microagentes na superfície celular⁰¹.

Há uma grande assiduidade da associação de *Mobiluncus* com *Gardnerella vaginalis* (60,5 %) o que pode muitas vezes dificultar, no Papanicolaou, a sua identificação, havendo a necessidade de outros exames, como bacterioscopia pelo Gram e o exame direto. Tal parceria seria explicada pelo fato de um organismo providenciar um ambiente favorável ao outro¹⁵.

No que concerne a terapêutica da vaginose bacteriana, e de forma especial, na presença de *Mobiluncus curtisii*, as controvérsias são inúmeras. De maneira geral, é o metronidazol 750 mg/dia/ 7-10 dias a droga de primeira escolha, porém como vimos anteriormente, as cepas da espécie *M. curtisii*, demonstram resistência a tal substância. O metabólito do metronidazol [1(2-hidroxethyl-metil-5-nitroimidazol) embora tenha se mostrado muito mais efetivo contra *Gardnerella vaginalis*, que a substância "mãe", mostrou-se apenas levemente mais ativo contra *Mobiluncus spp*¹⁶. Assim, vários tem sido os estudos que tentam apontar alternativas. No momento uma alternativa quem vem sendo muito defendida, é a clindamicina, 300 mg, 2 vezes ao dia 7/ 10 dias¹⁰. Outras opções tem sido investigadas entre as quais, ampicilina, amoxicilina, eritromicina, nitrofurantoína, entre outras. Tratamentos alternativos também têm sido empregados, tais como 991 de lactato e iogurte comercial, defendidos por Neri¹⁰ como boa alternativa em casos de gravidez, inflamação recorrente ou como tratamento profilático em cirurgias.

A importância do *Mobiluncus sp* como patógeno na vaginose bacteriana já não pode ser ignorada. Suas características indicam firmemente que tal agente merece por parte de todos uma maior atenção, para que se evitem diagnósticos e terapêuticas equivocados. Muitas são ainda as controvérsias a serem elucidadas, entre as quais um possível papel da transmissão sexual. Sua própria taxonomia não está totalmente definida, a cada dia novas cepas com características distintas têm sido apresentadas^{14,16}.

BIBLIOGRAFIA

1. DeBoer, JM & Plantema, FHF : Ultrastructure of the in

situ adherence of *Mobiluncus* ta vaginal epithelial cells. CAN J MICROBIOL,34:757,1988

2. Di Rosa & Mastrattonio, P : Anaerobi e infezioni ginecologiche. RECENTI PROG MED 84:794, 1993

3. Eleutério Jr, J & col : *Mobiluncus*- um novo agente na colpocervicite. FEMINA (07):641/1993

4. Garind , A & col : Phenotypic complexity in *Mobiluncus* APMIS, 97:389,1989

5. Ison, CA & col: Characterisation of monoclonal antibodies for detection of *Mobiluncus spp* in genital specimens. J MED MICROBIOL, 30:129,1989.

6. Jones, BM & col : In-vitro and in-vivo activity of metronidazol against *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp* and *Mobiluncus spp* in bacterial vaginosis. J ANTIMIC CHEM, 10: 1899, 1985.

7. Larsson , PG B & col: Treatment of bacterial vaginosis in women with vaginal bleeding complications or discharge and harboring *Mobiluncus*. GYNECOL OBSTET, 29:269/1990

8. Lefreve, JC : Donnees bacteriologiques recentes: de la physiologie au treatment. REV FR GYNECOL OBSTET, 88:207,1993

9. Neri, A & col: Bacterial vaginosis- drugs and alterative treatment. OBSTET GYNECOL SUR, 49:809,1994

10. Peel, KR & MacLean, AB : Benign and malignant disorder of the vagina . DEWHURST'S TEXTBOOK OF OBST AND GYNECOL FOR POS - GRADUATE, 5ª ed: 708, 1995. USA

11. Skarin, A & Sykan, J : Vaginal lactobacilli inhibiting grwth of *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* and other bacterial species cultured from vaginal content of women with bacterial vaginosis. ACTA PATH MIC IMMUN SCAND, sect B, 94:399, 1988.

12. Sobel, JD : Bacterial vaginosis. BR J CLIN PRACT SYMP SUPPL, 71: 659 sep 1990

13. Spiegel, CA & Roberts, M : *Mobiluncus* gen nov, *Mobiluncus curtisii* sbps *curtisii* sp nov, *Mobiluncus curtisii* subsp holmesii subsp nov, and *Mobiluncus mulieris* sp nov, curved rods from human vagina. INTERN J SYST BACT, 34:177 e 1984

14. Taylor-Robinson, AW & col : Identification and preliminary characterization of a cytotoxin isolated from *Mobiluncus spp*. INT J EXP PATHOL, 74:357, 1993

15. Teo, C & Col: Incidence or motile, curved anaerobic rods (*Mobiluncus* species) in vaginal secretions . PATHOLOGY, 19: 1 933, 1987.

16. Vetere, A & Col : Charecterisation of anaerobic curved rods (*Mobiluncus spp*) isolated from urogenital tract. J MED MICROBIOL, 23:279, 1987

ERRATA

Em nosso último número, Volume 7 nº 2 - Junho de 1995, por falha de revisão, que vimos corrigir:

	Onde se lê:	Leia-se
1) Página 26	0,2 mg/ml	0,02 µg/ml
2) Idem, idem	1 a 10 mg/ml	1 a 10 µg/ml
3) Idem, idem	500 mg/ml	500 µg/ml
4) Página 28	fato	fago

Lesão oral de HPV em parceiro de paciente com condiloma acuminado em vulva

Délcio Nacif Sarruf¹, Eliane Dinau Leal Passos², Míriam Beatriz Jordão Moreira Sarruf³ e Mauro Romero Leal Passos⁴

JCO, 28 anos, masculino, solteiro, comerciante, heterossexual com parceira única exclusiva há aproximadamente treze meses, compareceu ao Setor de DST da UFF para escopia genital masculina - EGM (peniscopia), encaminhado por um serviço odontológico por apresentar lesão verrucosa em comissura labial direita.

Resumo da História

Na anamnese ficamos sabendo que a namorada estava para procurar ginecologista pois apresentava corrimento vaginal e pequenas "bolinhas" na vulva (SIC).

Foi relatado ainda que ambos praticavam coito oral, numa proporção de um coito em cada dez relacionamentos sexuais pênis-vagina.

Ao exame genital masculino, usando-se colposcópio e ácido acético a 2% não conseguimos visualizar lesões suspeitas de infecção por Papillomavirus humano (HPV).

Foi orientado para voltar para nova EGM (Escopia Genital Masculina) em trinta/sessenta dias e oferecido o serviço para exame da parceira.

A namorada compareceu no dia seguinte para consulta, sendo diagnosticado lesões de condiloma acuminado em vulva.

A colposcopia não evidenciou quaisquer lesões suspeitas de HPV.

Foi colhido, porém, material para colpocitologia triplíce corada.

A lâmina a fresco evidenciou infecção fúngica.

Após aconselhamento, foi oferecido exames de VDRL e HIV para ambos os parceiros.

Para ambos pacientes foi proposto a exérese cirúrgica das lesões. As do homem (na boca) pelo dentista e as da mulher pelo



Fig. 1 - Lesão verrucosa por HPV em comissura labial



Fig. 2 - Lesões condilomatosas em vulva ginecologista.

Nos dois casos a histopatologia confirmou alterações celulares coilocísticas típi-

cas de infecção por HPV.

Em ambos os casos fragmentos das peças foram enviados para hibridização molecular de DNA de HPV, sendo nos dois casos diagnosticado DNA de HPV tipo 6/11.

Os pacientes foram orientados para uso de preservativo e parada temporária do coito oral.

Na mulher ocorreu o aparecimento de duas lesões em vulva, sendo imediatamente retiradas.

A colpocitopatologia corada evidenciou processo inflamatório por *Candida sp.*

Todas as sorologias foram não reatoras.

Ambos os pacientes foram acompanhados por mais de um ano.

O homem não desenvolveu recidiva na boca nem tão pouco aparecimento de lesões em pênis.

A mulher após a segunda exérese não mais apresentou lesão na vulva e em nenhum momento apresentou lesões na boca.

Com estes casos pode-se demonstrar a necessidade de abordagem multiprofissional em casos de DST, além de deixar patente que a contaminação por HPV possui ainda pontos bem obscuros.

Mais uma vez, fica demonstrada a necessidade de todos os profissionais de saúde atuarem em sintonia e que conhecimentos na área de DST devem fazer parte de todos os cursos das áreas de educação e saúde.

1- Professor Adjunto de Odontologia - UFF

2- Aluna do Curso de Especialização em DST/UFF

3- Professora Assistente da Faculdade de Odontologia/UFF

4- Professor Adjunto e Chefe do Setor de DST(MIP/MCB/CCM) /UFF

Repercussão Oral e Genital de Sífilis em Fase Exantemática

Délcio Nacif Sarruf¹, Eliane Dinau Leal Passos², Míriam Beatriz Jordão Moreira Sarruf³ e Mauro Romero Leal Passos⁴

LHCS, sexo feminino, 23 anos, branca, casada, heterossexual, com parceiro único exclusivo, relatando ter tido parto normal três semanas antes do atendimento, foi encaminhada ao serviço de odontologia onde foi fazer tratamento.

Resumo da História

Durante atendimento odontológico, os profissionais notaram pequena lesão em comissura labial esquerda e placa mucosa em região sub-lingual e face interna do lábio inferior. Tal observação suscitou em saber sobre o tempo de evolução de tais lesões, bem como se haviam outras pelo corpo. Foi relatado pela cliente que também apresentava algumas manchas vermelhas no tronco e discreta ferida em área próxima a episiotomia

Foi imediatamente solicitado parecer da ginecologia.

Ao exame ginecológico encontramos lesões úlcero-papulosas e exulceradas em períneo e borda anal.

Quadro de roséolas predominantemente em tronco também foi visualizado.

A sorologia para sífilis (VDRL) revelou-se reatora 1:128.

Após entrevista com o marido, ficamos sabendo que tivera relacionamento extra-conjugal com aparecimento de lesão exulcerada em pênis acompanhada de pequena "íngua de virilha" (SIC) aproximadamente três semanas após tal contato sexual.

Este procurou auxílio médico sendo diagnosticado sífilis, e tratamento com benzetacil foi efetuado. Contudo, nada foi falado para a esposa (que estava no sétimo mês de gestação) ou para o obstetra assistente.

O obstetra, por sua vez, havia solicitado uma sorologia para sífilis (resultado não reator) no início do pré natal e não repetiu tal pedido no terceiro mês de gestação.

Mais tarde ficamos sabendo pelo obstetra que como se tratava de um casal de excelente nível sócio-econômico e cultural e que não foi relatado nenhum relacionamento extra-conjugal, não foi pedido segunda sorologia.

Foi também realizado VDRL no filho, sendo resultado reator 1:64. Pelo pediatra foi solicitado FTA AbsIgM com resultado também reator. A sorologia de líquido não foi reatora.

Procedeu-se ao tratamento convencional para a mãe e filho. O casal foi encaminhado para acompanhamento psico-social.

Mais adiante foi decidido proceder sorologia para HIV cujos resultados (esposa e marido) foram não reatores.

Foi feito controle sorológico 3, 6 e 12 meses após o tratamento, obtendo-se acentuada diminuição das titulações.

Atualmente, o casal permanece unido e já tiveram outro filho.

Este caso comprova a necessidade de, frente a portadores de DST, procurar atuar nos parceiros sexuais. Mostra também ser imperiosa a solicitação de nova sorologia para sífilis no final da gestação, mesmo que a anterior seja não reatora.

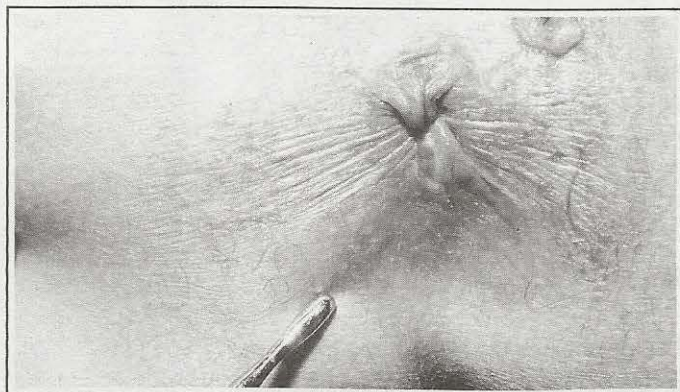


Fig. 1 - Lesões ulceradas perianal

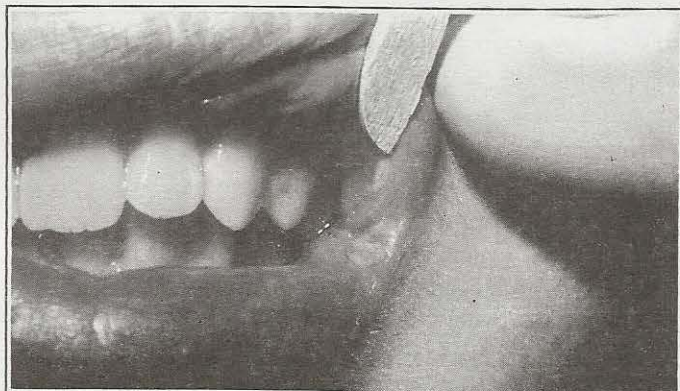


Fig. 2 - Lesão na comissura labial

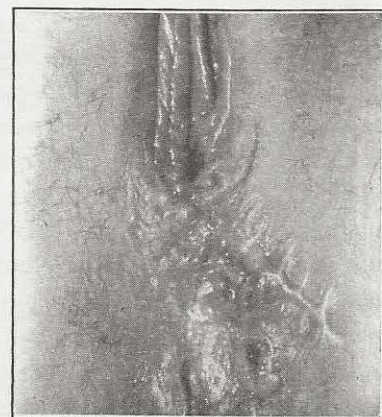


Fig. 3 - Lesão úlcero-papulosa próxima a cicatriz de episiotomia

1- Professor Adjunto de Odontologia - UFF

2- Aluna do Curso de Especialização em DST/UFF

3- Professora Assistente da Faculdade de Odontologia/UFF

4- Professor Adjunto e Chefe do Setor de DST (MIP/MCB/CCM)UFF

Azitromicina no Tratamento da Sífilis em Paciente HIV Positivo

Mauro Romero Leal Passos¹, Nero Araújo Barreto², Lilian Cristina Gomes da Rocha³, Rubem de Avellar Goulart Filho⁴, Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho⁵, Cláudio César Cirne dos Santos⁶, Helena Cramer Veiga⁷, Renata Pereira Simão Riça, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro⁷

EJB, sexo feminino, 20 anos, branca, solteira, do lar, natural do Rio de Janeiro, residente em Maricá, RJ, DST 2178.

Resumo da História

Paciente refere haver tido sua primeira relação sexual aos 12 anos, sendo heterossexual com parceiro fixo e exclusivo. Relata relações sexuais duas vezes por semana, não praticar sexo anal e diz ter sexo oral. Nega etilismo, uso de drogas e tabagismo. Nega cirurgia anterior e hemotransfusão. Refere "alergia" a penicilina.

No momento da primeira consulta a paciente disse ter realizado exame sorológico para Sífilis cujo resultado foi positivo. O mesmo ocorreu com seu parceiro, tendo por este motivo sido encaminhado pela Clínica da periferia ao nosso serviço. Ao exame físico a paciente apresentava rarefação do terço distal das sombrancelhas (sinal de Fournier), lesão ulcerada em comissura labial esquerda e direita, lesões eritemato descamativas nas palmas das mãos e plantas dos pés. Na vulva apresentava múltiplas lesões ulceradas sendo algumas apresentando secreção dolorosa à manipulação. O colo do útero apresentava extensa área de ectopia com presença de lesões acetobranças e pontilhados nos lábios anterior e posterior, respectivamente.

Conduta: Foi pedido pesquisa de anticorpos anti-HIV e VDRL foi colhido



Fig. 1 - Lesões eritemato descamativas em dedos de pés e mãos



Fig. 2- Lesões descamativas em planta de pés e interdigitais

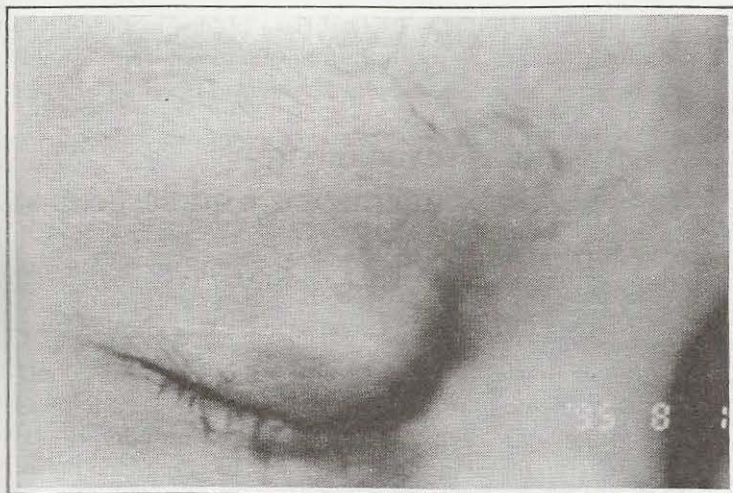


Fig 3 - Rarefação de sombrancelhas - Sinal de Fournier

material para colpocitologia.

A paciente apresentou exame sorológico HIV positivo e VDRL reator 1:512. A colpocitologia oncológica teve como resultado processo inflamatório por *Trichomonas* sp.

Acompanhamento clínico: como a paciente relatava "alergia" à penicilina, foi prescrito azitromicina 1 g, VO, dose única semanal por um período de quatro semanas. Após o tratamento a paciente retornou com lesões em mãos, pés e vulva em fase de ampla cicatrização.

Está sendo feito seguimento sorológico, onde se observa acentuada diminuição dos títulos do VDRL. Embora a paciente não apresente quadro clínico de AIDS, foi orientada para procurar serviço próprio que acompanhe tal retrovírose.

Mesmo merecendo estudos de acompanhamentos mais longos, a azitromicina tem se mostrado eficaz no tratamento da sífilis, porém a penicilina deve ainda ser recomendada como a primeira opção.

1- Professor Adjunto e Chefe do Setor de DST (MIP/MCB/CCM) - UFF

2- Professor Assistente e Chefe do Laboratório do Setor de DST (MIP/MCB/CCM) - UFF

3- Especialista em DST - Setor de DST - UFF

4- Especialista em DST - Chefe do Ambulatório de Setor de DST - UFF

5- Médico-aluno do Curso de Especialização em DST - UFF

6- Acadêmico de Ciências Biológicas - UERJ

7- Monitoras do Setor de DST - UFF

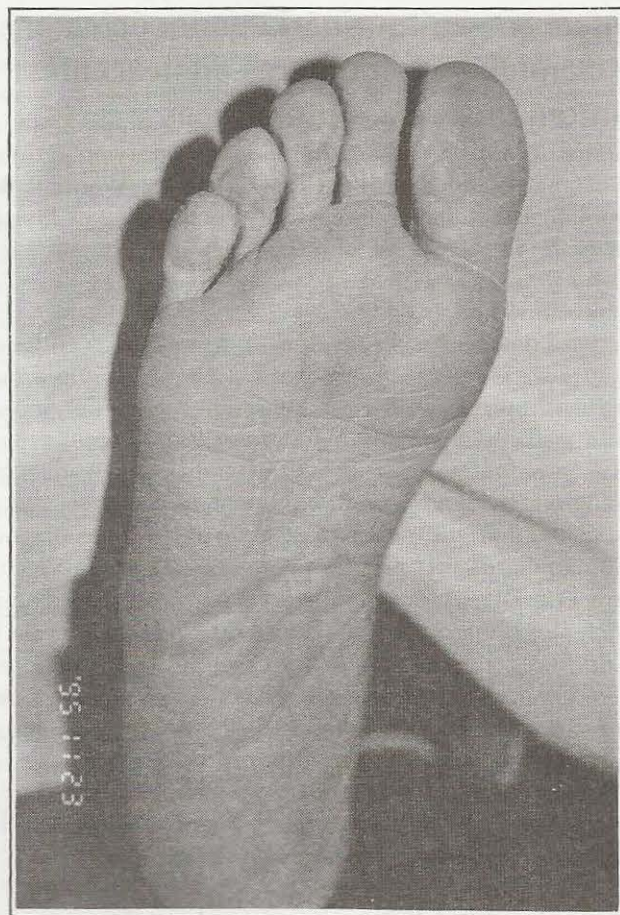


Fig. 4 - Planta dos pés e interdigitais após tratamento

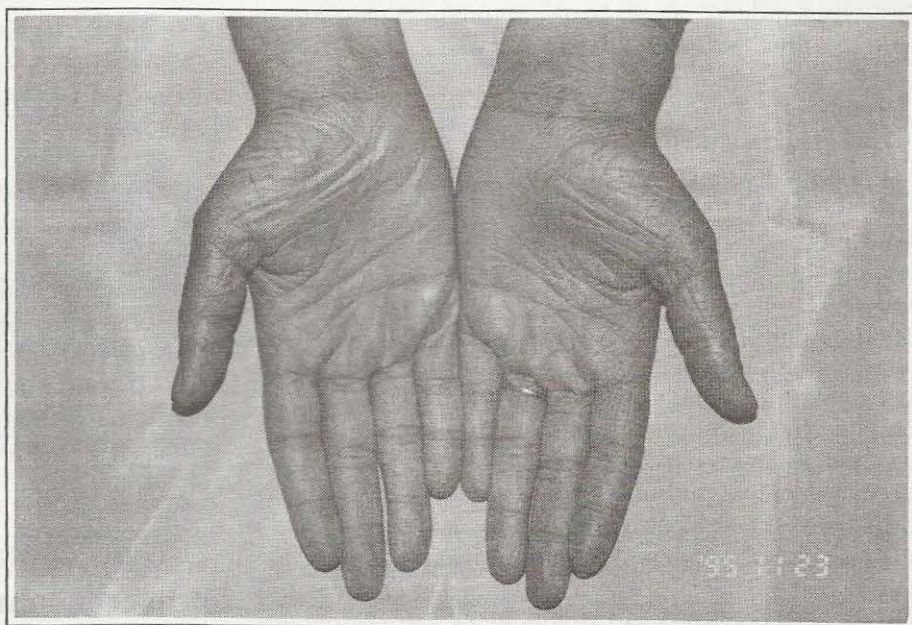


Fig. 5- Palmas de mãos após tratamento

Infecção genitourinária gonocócica e clamidial em mulheres adolescentes sintomáticas e assintomáticas

Gonococcal and Chlamydial Genitourinary Infections in Symptomatic and Asymptomatic Adolescent Women. Bino, Frank M, Rosenthal, Susan L, Kinyalock, Melissa. *Clinic Ped.* 1995; 8: 419-423

Resumo:

Para determinar a prevalência de infecções endocervicais por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em um grupo de mulheres adolescentes, histórias ginecológicas e sua evolução foram feitas em adolescentes sintomáticas e assintomáticas que se dirigiram para exames ginecológicos em um hospital de clínica adolescente. Culturas de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* e três testes diagnósticos não culturais para Chlamydia (dois testes ELISA e uma prova de DNA) foram realizados para cada paciente. Os pacientes tinham de 12 a 21 anos de idade (média de 17); sendo 53% negros e 47% caucasianos. 228 mulheres se apresentaram assintomáticas e 249 sintomáticas. Houveram 64 casos de Clamidia e 19 de gonorréia e ainda 11 pacientes apresentaram co-infecção pelos dois agentes. Aproximadamente um terço de pacientes com Clamidia gonorréia ou ambos apresentaram doenças assintomáticas, sendo um importante reservatório de infecções.

Manejo de crianças pré-puberais com gonorréia

The management of prepuberal children with gonorrhea. Christian, Cindy W., Pinto-Martin, Jennifer A. McGowan, Karin L. *Clinic Ped.* 1995; 8: 415-8.

Resumo:

Para determinar se as culturas do teste de cura eram necessárias para diagnóstico em crianças pré-puberais com *Neisseriae gonorrhoeae*, nós revisamos os prontuários de 66 pacientes com menos de 10 anos de idade examinadas no Children's Hospital of Philadelphia por um período de mais de 7 anos e meio (87 a 94) diagnosticados com gonorreia. 98% apresentaram descarga genital ao exame. Todas as crianças com gonorréia genital eram sintomáticas, mas somente 10% das crianças com gonorréia retal e 20% com infecção faríngea se apresentaram sintomáticas. 77% das crianças foram tratadas com ceftriaxone. Destes, 72% retornaram para as culturas de teste de cura. 93% das crianças tiveram resolução completa dos sintomas físicos e todas as culturas seguintes foram negativas para gonococo. Nossos dados sugerem que a maioria das crianças pré-púberes com gonorréia são sintomáticos na apresentação inicial e são curados após tratamento recomendado com ceftriaxone. As recomendações do Centro para prevenção

e Controle de Doenças (CDC) para obtenção de cultura para teste de cura se mostraram desnecessárias, potencialmente desagradáveis e devem ser revisadas.

Doenças ditas sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes - formas de contágio

Bruno, Z. V. *GO*, 1993; 4 (jul-ago):127-136

Resumo:

Para avaliar as possíveis formas de contágio das doenças sexualmente transmissíveis, estudamos 1200 pacientes com vulvovaginite que freqüentaram o ambulatório de Tocoginecologia Infanto-puberal e Adolescência, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1992.

Verificamos que os agentes etiológicos variaram de acordo com o trofismo vaginal, atividade sexual e gravidez. A existência de função hormonal foi importante para o predomínio da monilíase. Nas crianças predominou a vulvovaginite inespecífica. A atividade sexual favoreceu o desenvolvimento de agentes como tricomonas, HPV e gardnerella, enquanto a monilíase foi maior nas pacientes sem atividade sexual. A gravidez influenciou significativamente o aumento de gardnerella.

Observamos que as pacientes virgens foram, em geral, contaminadas por seus familiares, devido ao uso de toalhas coletivas, dormirem com alguém na mesma cama ou com duas ou mais pessoas no quarto e habitualmente lavarem suas roupas com as dos demais membros da família.

Abuso sexual da criança - o aspecto da medicina genitourinária

Child sexual abuse - the interface with genitourinary medicine. Rogers, D.J.; Roberts, Rei. *Genitourinary Med*, 1995; 71 47-52

Resumo:

Sempre que uma criança é examinada em uma clínica ginecológica, a possibilidade de que esta é mais uma vítima de abuso sexual deve ser considerada. Este artigo leva em conta a preponderância da definição e do postulado de abuso sexual em crianças na Inglaterra e no País de Gales. Uma proposta de conduta é, então, detalhada juntamente com uma revisão dos significados dos achados médicos. Finalmente são analisadas considerações para os dilemas éticos que estes casos suscitam.

Uso de contagem de linfócitos CD4 para prever a sobrevivência a longo prazo sem SIDA após infecção por HIV.

Philips, A. N.; Sabin, F.A.; Elford, J.; Bofill, M.; Janossy, G. ;

Lee, C. A. *British Medical Journal*, 1995,1(2),33-9

Resumo:

Objetivo: calcular a probabilidade de permanecer sem SIDA até 25 anos após a infecção por HIV através da extrapolação de alterações na contagem de linfócitos CD4.

Projeto: estudo de grupo de indivíduos seguidos desde a altura da soroconversão HIV até 1 de janeiro de 1993. Criação de um modelo ao usar os declives de regressão linear, extrapolados da contagem de CD4 para prever o desenvolvimento de SIDA após 1993.

Local: Centro de Hemofilia Regional em um hospital escolar

Participantes: 111 homens com hemofilia, infectados com HIV durante 1979-85. Mediana de duração do follow up de 10,1 anos, número mediano de contagens CD4 de 17. O modelo não se ajustou a 3 homens em que apenas uma medição CD4 foi feita.

Principais determinações: desenvolvimento de SIDA.

Intervenções: a partir de 1989, profilaxia contra Candidíase e pneumoni por *P. Carinii* e fármacos anti-retrovirais quando a contagem de CD4 diminuiu abaixo de 299 x 106/l.

Resultados: 4 homens desenvolveram SIDA até 1 de janeiro de 1993. Quando se definiu a SIDA como uma contagem de CD4 de 50 x 106/l, o modelo previu que 25% (intervalo de confiança de 95%, 16% A 34%) sobreviveriam 20 anos após a soroconversão e 18% (11% A 25%) durante 25 anos. A alteração na contagem de CD4 na qual se presumiu a ocorrência de SIDA não alterou os resultados. os doentes mais jovens tiveram uma maior probabilidade de sobrevivência de 20 anos do que os mais velhos.

Conclusões: estes resultados sugerem que, com tratamentos atualmente disponíveis, cerca de um quarto dos doentes com infecção HIV sobreviverão durante 20 anos após a soroconversão sem desenvolvimento de SIDA.

Estudo do comportamento clínico e microscopia eletrônica de cepas *Trichomonas vaginalis* na cidade do Rio de Janeiro

Gonçalves, M. A. G.; Silva Filho, F. C. *J Bras Ginec*, 1993, 103(11-12) 403-12

Resumo:

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo sobre a tricomoníase no Rio de Janeiro, analisando o comportamento clínico de 20 portadores e, à microscopia eletrônica, de cinco cepas recém-colhidas de *T. vaginalis*, comparando os resultados finais com os observados na literatura mundial. Vinte pacientes com tricomoníase foram examinadas a fim de caracterizá-las de acordo com a sintomatologia apresentada. A partir de secreções vaginais de algumas destas pacientes, foram colhidas cinco amostras deste

protozoário para posterior análise microscópica em grande aumento. Alguns aspectos ginecológicos foram mais frequentes na nossa casuística do que na literatura internacional: odor fétido, dispareunia, desconforto abdominal baixo, secreção bolhosa e menor teor inflamatório local. À microscopia eletrônica foi observada presença de uma capa envoltória espessa na superfície celular parasitária e aparelho de Golgi bastante desenvolvido, inexistentes em cepas de cultivo laboratorial prolongado. Podemos atribuir estas diferenças estatísticas a fatores próprios do parasita, ao seu meio ambiente circundante e à resposta imunológica do hospedeiro, alertando-nos para a existência, em nosso meio, de cepas *T. vaginalis* de patogenicidade superior àquelas descritas por setores diversos em outras regiões do mundo, potencialmente indutoras de lesões pré-neoplásicas na população feminina.

Relações heterossexuais e o uso de preservativos na disseminação de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres Heterosexual relationships and condom - use in the spread of sexually transmitted diseases in women.

Evans, B. A.; Kell, P. D.; Bond, R. A.; Mac Rae, K. D. *Genitourin Med*, 1995, 71(5); 291-94

Resumo:

Objetivos: examinar o efeito de relações heterossexuais na incidência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres e o grau de proteção do condon na sua disseminação.

Projeto: um estudo de referência cruzada de comportamento sexual realizado através de um questionário auto administrado e estandarizado em pacientes novos que se apresentaram para investigação e diagnóstico.

Local: o estudo foi realizado em uma clínica de medicina genitourinária em Londres, Inglaterra.

Participantes: 938 pacientes novos atendidos consecutivamente do sexo feminino que completaram o questionário de comportamento sexual em 1992.

Principais determinações: variáveis relativas ao status sócio-demográfico, comportamento sexual, uso de condon, doenças sexualmente transmissíveis, e outras infecções genitais estratificado pelo relato de parceiros não regulares.

Resultados: Foi achado que as mulheres que relataram parceiros sexuais não regulares eram mais comumente solteiras, brancas, tiveram seu primeiro intercurso sexual antes dos 17 anos de idade e muito mais parceiros sexuais no último ano e em toda a sua vida, além de mais comumente realizarem sexo oral, anal e serem tabagistas. paradoxalmente, a incidência de doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções genitais não era mais alta neste gru-

po do que no grupo que tinham parceiros regulares. Aumento do uso de condon com parceiros regulares foi correlacionado com diminuição da incidência de gonorréia, infecção por clamídia e tricomoníase, mas aumento do uso de condon com parceiros não regulares não alterou esta tendência.

Conclusão: parceiros heterossexuais regulares desempenham um papel importante na transmissão de doenças sexualmente transmissíveis por bactérias para mulheres. Isto é significativamente influenciado pelo uso de condons.

Erradicação global da donovanose: uma oportunidade para limitar a disseminação da infecção pelo HIV-1

Global eradication of donovanosis: an opportunity for limiting the spread of HIV-1 infection.

O'Farell, N. *Genitourin Med*, 1995,71:27-31

Resumo:

A úlcera genital (GUD - Genital Ulcer disease) é bem conhecida como um co-fator para transmissão heterossexual do HIV. Homens com GUD são importantes transmissores do HIV, no entanto, poucas medidas de intervenção tem alcançado esses indivíduos. A donovanose é uma GUD incomum mas que foi identificada como fator de risco para HIV em Durban, África do Sul. A donovanose é endêmica em vários países e entre eles, o Brasil.

A donovanose é uma doença sintomática, geralmente identificada ao nível clínico e poderia perfeitamente ser alvo de erradicação, necessitando para tal, da cooperação entre todos os profissionais da área de saúde. A donovanose é facilmente tratada por antibióticos, mas insucesso no tratamento pode ocorrer nos estágios avançados da infecção por HIV.

A implantação precoce de um programa de erradicação, tendo como alvo, homens portadores de donovanose poderia ter um impacto significativo na limitação da disseminação do HIV em países endêmicos para donovanose, além de que possibilitaria prevenir o surgimento de resistência a antibióticos e o insucesso no tratamento de indivíduos com imunidade deficitária.

Identificação de sequências de DNA do HPV em câncer de bexiga através de hibridização *in situ* e PCR (reação de polimerase em cadeia)

Detection of human papillomavirus DNA sequences in cancer of the urinary bladder by *in situ* hybridization and polymerase chain reaction (PCR)

Gopalkishna, V.; Srivastava, A. N.; Hedau, S.; Sharma, J. K.; Das, B. C. *Genitourin Med*, 1995,71(3): 231-3

Resumo:

O trabalho avalia a prevalência de HPV16 em células carcinomatosas da bexiga. O estudo foi feito através de 10 biópsias de pacientes masculinos que foram coletadas no K. G. Medical College Hospital, Lucknow, Índia.

A detecção do HPV nestas amostras foi realizada através da hibridização *in situ* (método de localização genética) utilizando probe de DNA HPV 3H marcado associado ao PCR utilizando primer de HPV 16 da região regulatória (VRR).

Nos 10 casos de carcinoma em questão apenas um houve detecção do DNA do HPV 16 utilizando a hibridização *in situ* enquanto que através do PCR foram identificados 2 casos (10 e 20% respectivamente). Demonstra-se que é raro a ocorrência de HPV em câncer de bexiga, levando a conclusão de que provavelmente não há relação entre a infecção viral e a patologia em questão.

Tricomoníase ignorada diagnosticada pelo método Papanicolaou

Ignored trichomonal infection diagnosed by Papanicolaou smear

Petersen, C. S.; Carl, L.; Alnor, D.; Thomsen, V.; Thomsen, H. K. *Genitourin Med*, 1995, 71(3): 257-8

Resumo:

Objetivo: comparar a ocorrência de *Trichomonas vaginalis* demonstrado por cultura e pelo método papanicolaou em doença sexualmente transmissível clinicamente determinada. Os pacientes estudados são da "Venereological Clinic" da Dinamarca.

Material e Métodos: como a prevalência de tricomoníase tem caído consideravelmente nos últimos anos, o exame com microscopia direta não tem sido utilizado de rotina. Ao contrário o diagnóstico é baseado na cultura. São avaliadas as culturas negativas de mulheres com *T. vaginalis* na região cervical para excluir células atípicas e comparar com os resultados clínicos.

Resultados: desde 1992 um total de 17 mulheres foram encontradas como portadoras de *T. vaginalis*. Alterações vaginais foram descritas em 10 mulheres, seis delas tinham concomitantemente, vaginite inespecífica. Entretanto, 4 mulheres tinham inexplicavelmente alterações vaginais que foram relatadas como infestação de tricomoníase. Além disso, uma mulher assintomática tinha um parceiro com uretrite persistente.

Conclusão: a prevalência de tricomoníase é subestimada em mulheres em que o diagnóstico é baseado apenas na cultura.

O método Papanicolaou pode ser de auxílio na demonstração característica dos organismos.

Em geral, nós não recomendamos o Papanicolaou para uso no diagnóstico das DST. No entanto, o achado de trico-

moníase pelo Papanicolosou pode auxiliar o diagnóstico.

Doenças sexualmente transmissíveis - Intervenção sobre a sexualidade

Marques, V. B. R. *Saúde em debate*, 1991, 32, 78-83

Resumo:

Este artigo pretende refletir sobre idéias presentes no discurso médico sobre sífilis no Brasil nos anos 20, procurando apontar para algumas práticas médicas discursivas que permeiam a AIDS em nossos dias, principalmente no que se refere a inserção de ambos no rol das doenças sexualmente transmissíveis.

Em uma sociedade como a brasileira, que não sabe lidar com as diferenças sexuais, as doenças transmitidas sexualmente possibilitariam os "discursos sobre o sexo", provocando o que Foucault denominava "erotismo discursivo exagerado". As práticas médicas tratariam de preservar, recomendar condutas sexuais criando formas de intervenção, de gerência sobre o sexo, sob o manto "purificado e neutro da ciência". Entre o indivíduo e o seu sexo, colocar-se-ia o Estado com campanhas intervencionistas, buscando estabelecer o comportamento geral das pessoas.

Portador assintomático do *Haemophilus ducreyi* confirmado pela reação de cadeia de polimerase

Asymptomatic carriage of Haemophilus ducreyi confirmed by the polymerase chain reaction

Hawkes, S.; West, B.; Wilson, S.; Whittle, H. Mabey, D. *Genitourin Med*, 1995, 71 (3):224-7

Resumo:

Objetivo: investigar portadores assintomáticos de *Haemophilus ducreyi* através da reação da cadeia de polimerase (PCR), em mulheres com alto risco de contaminação

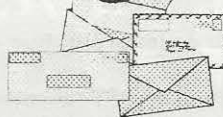
Sujeitos: 213 trabalhadoras do comércio do sexo recrutadas em Gambia, oeste africano.

Método: amostras genitais (cervical, vaginal e de úlcera) que foram testadas com relação a presença de *Haemophilus ducreyi* por PCR com a técnica de "um tubo preparador alojado".

Resultados: 12 trabalhadoras foram PCR positivo para *Haemophilus ducreyi*, 8 destas apresentavam no exame úlcera genital.

Conclusão: usando-se uma técnica de PCR simplificada para detectar *Haemophilus ducreyi* mostramos que 2% das trabalhadoras portavam o mesmo, sem sintomas ou sinais clínicos, isto tem importante implicância para os programas de controle das DST em áreas de alta prevalência de cancro mole.

Perguntas



do Leitor

Todos os leitores podem recorrer a esta seção, afim de esclarecer suas dúvidas sobre temas ligados as Doenças Sexualmente Transmissíveis. Procure formular a pergunta da forma mais objetiva possível, de forma clara e procurando não ultrapassar 8 linhas (datilografadas). Responderemos a todas as perguntas, publicando nesta seção aquelas de maior interesse geral. As respostas serão dadas por especialistas nas áreas em questão.

Sua Carta deverá ser enviada para:

DST - Jornal Brasileiro de DST - Perguntas do leitor
Setor de DST /UFF
Av. Prof. Hernani de Melo, 101 - Anexo
24210-130 - Niterói - RJ - Brasil

Não esquecer de mencionar:

Nome - Endereço - Especialidade - CRM - Se deseja que seu nome seja publicado junto com a sua pergunta.

Desejo esclarecer a seguinte dúvida:

Normas para Publicação

- 1.- O JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS aceita trabalhos originais, de revisão e atualização, relato de casos, notas prévias, etc..., de qualquer tema ligado a Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- 2.- Os trabalhos deverão ser enviados datilografados em papel ofício, em apenas um lado do papel, em espaço duplo. A autorização para reprodução de ilustrações, tabelas, gráficos e etc... é de responsabilidade do autor. Pode também ser em disquete utilizando o processador de texto Word for Windows.
- 3.- Os trabalhos deverão ser enviados para
DST - Jornal Brasileiro de DST
Setor de DST
Rua Prof. Hernani de Melo, 101 - Anexo
24210-130 - Niterói - RJ - Brasil
- 4.- Os artigos serão submetidos à análise do Conselho Editorial. Uma vez aceito para publicação, o artigo torna-se propriedade permanente da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e não pode ser reproduzido por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização escrita. Após a publicação serão enviados ao autor, no endereço por ele indicado, exemplares da Revista.
- 5.- Todos os artigos deverão ter, obrigatoriamente: a) Título (com tradução para o Inglês); b) Nome completo do(s) autor(es) e seu(s) títulos; c) Instituição onde foi realizado o trabalho; d) Resumos em português e Inglês, com no máximo 30 linhas, incluindo Unitermos e Key-words; e) Tabelas, e ilustrações numeradas em arábicos e preparadas em folhas separadas; f) Referências - incluindo apenas publicações referidas no texto, elaboradas de acordo com o Index Medicus.