

ISSN 0103-4065

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 4 - Dezembro - 1995

**TIANFENICOL no Tratamento
das DST no Brasil**

**HIV Risk Assesment in Family
Planning Clinics in Brasil**

RELATO DE CASOS
Lesão Ulcerada Oral e AIDS

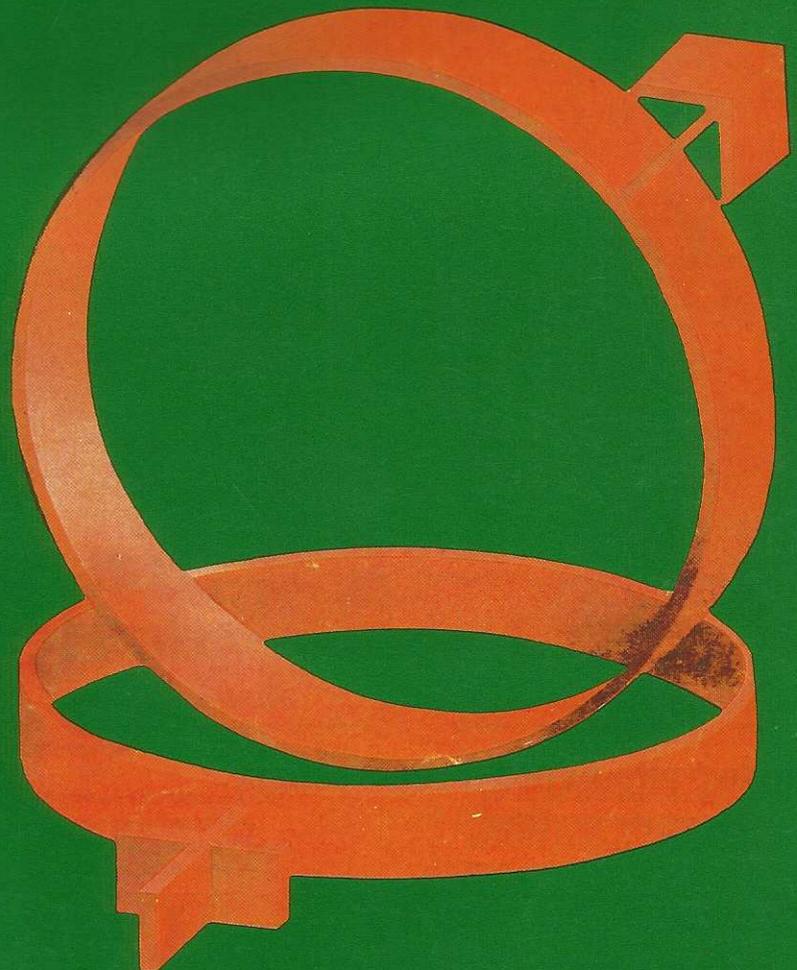
*Sífilis Adquirida na Infância e
Abuso Sexual*

Produção Técnico-Científica
SES - Rio de Janeiro
Divisão DST/AIDS

Sífilis Congênita:
SES - Distrito Federal
Coord. DST/AIDS

Sugestões para Leitura

Perguntas do Leitor



DST

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm, 7(4): dezembro, 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 Avelar Goulart Filho

Comissão Editorial

Antonio Carlos Pereira Júnior ● Anna Ricordi
Bazin ● Cícero Carlos de Freitas ● Eliane Dinau
Leal Passos ● Eva Mila Miranda Sá ● Délcio Nacif
Sarruf ● Gesmar Volga Haddad Herdy ● Italvar 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 Mª 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 Olmos (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) 620-8080 Ramal 298
E. Mail: MIP MAUR @ VM.UFF.BR

Reitor da UFF
Prof. Luiz Pedro Antunes

Vice-Reitor da UFF
Prof. Fabiano da Costa 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
Profª. Maria Helena da Silva Paz Faria

Pró-Reitor de Extensão
Prof. Aidyl de Carvalho P Reis

Diretor do CCM
Prof. Roberto de Souza Salles

Diretor do Instituto Biomédico
Prof. Alexandre Sampaio de Martino

Chefe do MIP
Prof. Adão Onofre

Chefe do Setor de D.S.T.
Prof. Mauro Romero Leal Passos

Diretor do HUAP:
Prof. Carlos Roberto da Cunha Lage

Diretor da Faculdade de Medicina:
Prof. José Carlos Carraro

Prefeito 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 Tibúrcio ● 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 ● Carlos Alberto Simões ● 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 ● Niew 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 Carioly ● Carlos Alberto Simões ● Haroldo Almeida Souza

ALDEIA

Revista Médica Setorizadas

Editor: Hermínio A. Cardozo Fº
Secretária: Michelle Tadeu
Jornalista Responsável:
Sônia Maria P. Ferreira - MTb 17.624
Tráfego: Francisco J.A. Guimarães
Editoração Eletrônica/Scanner:
Geovane A. Santos e Idelfonso G. M. Filho

Tragem: 5.000 exemplares

Publicidade: Hermínio 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.

4 *REVISÃO TERAPÊUTICA*
TIANFENICOL
no Tratamento das DST no Brasil

Altino Cattapan

- Uretrite Gonocócica*
- Uretrite Não Gonocócica*
- Doença Inflamatória Pélvica*
- Vaginose Bacteriana*
- Cancro Mole*
- Donovanose*
- Linfogranuloma Venéreo*

23 **HIV Risk Assessment in**
Family Planning Clinics in Brazil

Ney Costa, Patricia Bailey, Laurie Fox e Ines Quental Ferreira

RELATO DE CASOS

33 **Lesão Ulcerada Oral e AIDS**

Alberto Saraiva Tibúrcio, Eliane Dinau Leal Passos, Délcio Nassif Sarruf, Eliane Pedras Dias, Renata Pereira Simão Riça, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro, Helena Cramer Veiga, Nero Araújo Barreto e Mauro Romero Leal Passos

34 **Sífilis Adquirida na Infância e Abuso Sexual**

Mauro Romero Leal Passos, Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho e Rodrigo Vianna e Vilhena de Carvalho

35 **Produção Técnico-Científica -SES - Rio de Janeiro - Divisão DST/AIDS**

37 **Sífilis Congênita: SES - Distrito Federal - Coord. DST/AIDS**

39 ***Sugestões para Leitura***

TIANFENICOL no Tratamento das DST no Brasil

Altino Cattapan

REVISÃO TERAPÊUTICA

Dermato-Venereologista

Fundador da União Brasileira Contra as D.S.T.

Fundador da União Latino Americana Contra E.T.S. (ULACETS)

Membro Assessor Permanente da União Brasileira Contra as D.S.T.

End. para Correspondência:

Rua Descampado, 23 - Vila Vera

S. Paulo - SP

Agradecimentos:

Desejamos agradecer a todos os autores citados que colaboraram nas pesquisas sobre o emprego do Tianfenicol no tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

RESUMO

O autor descreve diversas experiências clínicas com o uso do Tianfenicol para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, e da doença inflamatória pélvica, comprovando -se sua eficácia terapêutica nestes casos. O tianfenicol é bem absorvido por qualquer via de administração e tem boa tolerabilidade pelo paciente, mostrando ser uma opção terapêutica de valor numa época de crescente resistência bacteriana aos vários antibióticos disponíveis.

SUMMARY

The author describe a lot of experiences with thianfenicol for SDT treatment and pelvic inflammatory deseases, to confirm the therapeutic efficacy in those cases. The thianfenicol is absorbed for any administration via and a good patient tolerance, shaving be the valúe therapeutic option in the era of bacterian resistance increase to various avalables antibiotics.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estavam em pleno recrudescimento em todo mundo em 1965. Dentre as DST a uretrite gonocócica era considerada grave problema de saúde pública devido à grande difusão e à resistência do gonococo a sulfamídicos, estreptomocina, cloranfenicol e penicilina (OMS Inf. tecn. 262, 1963). Entre 1945 - 1954 a resistência antimicrobiana e os insucessos terapêuticos com emprego da penicilina eram raros, sendo suficientes 150.000 UI de penicilina injetável para eliminar uma gonorréia. Entretanto, com a progressão da resistência, as

doses de penicilina tiveram que ser aumentadas para 2.400.000 UI penicilina G procaína em 1972.

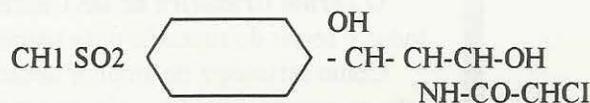
Em 1976 são descritas as primeiras cepas de *Neisseria gonorrhoeae* produtoras de penicilinase (NGPP) nos Estados Unidos e na Inglaterra, importadas do Sudeste Asiático e da África e caracterizadas por plasmídeo^{1,4}.

Em 1977 o Center for Disease Control (CDC) já denunciava presença de NGPP em 11 diferentes países e em 16 estados americanos, recomendando realizar testes padronizados e periódicos de sensibilidade da NG à penicilina e a outros agentes antimicrobianos⁵. No Brasil, entretanto, pouco se sabia a respeito devido à carência de laboratórios bem aparelhados e assim as primeiras linhagens de NGPP foram reconhecidas somente em 1983 em Recife por Marcelo Magalhães¹⁹ com um índice de incidência de 0,6% que, sucessivamente foi aumentando até 8,3%. Todas as NGPP

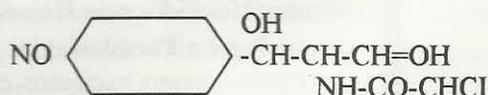
(Quadro 1)

Fórmula Química de Tianfenicol e Cloranfenicol

(I) - Tianfenicol



(II) - Cloranfenicol



foram sensíveis ao Tianfenicol, espectinomocina, rosoxacina, e cefotaxima. Cepas de NGPP foram descritas também no Distrito Federal¹³ e em Florianópolis³⁰, onde foram isoladas três cepas de NGPP de um total de 81 amostras de *Nesseria gonorrhoeae* de pacientes atendidos em laboratórios públicos e privados entre abril de 1988 e maio de 1990, representando uma incidência de 3,7%.

Entre 1987 e 1992 foram isoladas em São Paulo por Siqueira²⁹ 15 cepas de NGPP com uma incidência de 3,2%. Estas cepas foram submetidas a testes de sensibilidade a vários antimicrobianos. Além da resistência plasmidial para penicilina, não foi observada resistência cromossomial a outras drogas, sendo todas particularmente sensíveis ao Tianfenicol. Atualmente os níveis de resistência à penicilina de NGPP encontrados no Brasil são bem

Tabela 1

Correlação entre formas orais e duração dos níveis plasmáticos terapêuticos após doses únicas de 2,5g (média de 6 indivíduos sadios por grupo) - C: cápsulas de 0,25 ou 0,50g; E: envelopes com 2,5g de granulado.

Valores Plasmáticos								
Dosagem e unidades	Dose (g)	Ae 0-24 %	t 1/2 (h)	AUC 0 - ∞ (mcg/ml)	C. máx. (mcg/ml)	T máx. (h)	$\frac{hs}{x}$	h 2mcg/ml (variação)
1E	2.5	53.0	5.1	149.1	18.6	2.0	17	(16-18)
10 C	2.5	57.1	6.1	167.3	16.7	2.3	19	(17-23)
1E	2.5	54.5	6.0	158.9	17.6	2.2	19	(18-25)
5 C	2.5	47.8	7.3	178.6	16.1	2.3	20	(18-25)
1E	2.5	51.4	6.9	171.6	17.8	2.2	20	(18-28)

Ae 0-24 – quantidade excretada pela urina, em porcentagem da dose administrada no período de 0-24 h. da administração.

t 1/2 – meia-vida biológica

AUC 0- ∞ – concentração plasmática versus curva do tempo

C máx. – concentração plasmática máxima.

h 2 mcg/ml – tempo com concentrações 2 mcg/ml em horas.

\bar{x} – média

T.Max. - Tempo para alcançar a concentração máxima.

As séries ligadas por colchetes se referem a experiências cruzadas de: Inpharzam R & DTR 4/81. 14/82,15/82. Avaliação com método gas-cromatográfico (Gazzaniga et al., 1973)

inferiores aos verificados em outras partes do mundo.

É importante lembrar que o CDC recomenda a substituição da penicilina como droga de primeira escolha nas regiões onde foram evidenciadas NGPP acima de 5%⁶. As primeiras observações sobre resistência do gonococo à tetraciclina foram feitas por Wiesner em 1973³⁷ e em seguida por numerosos autores em várias partes do mundo na década de 80. O problema da resistência agravou-se mais ainda com a identificação, em 1985, das primeiras cepas de *Neisseria gonorrhoeae* tetraciclina resistente (NGTR) portadoras de um plasmídeo, adquirido por conjugação e com peso molecular de 15,2 mD, em Filadélfia e Atlanta e sucessivamente confirmadas em 17 estados americanos⁷.

A constatação desta resistência pressionou o CDC a não mais indicar a tetraciclina como droga de primeira escolha, para o tratamento da gonorréia, mas como droga complementar associada às penicilinas⁷.

Esta situação tornou-se mais grave no Brasil onde a tetraciclina é recomendada não só no tratamento da uretrite gonocócica e não gonocócica como também da linfogranulomatose, vaginose bacteriana, infecção por *Chlamydia trachomatis* e de cancro mole.

Belda Jr. assinala em São Paulo 39,36% de resistência cromossômica e 1,72% de resistência plasmidial à tetraciclina nas cepas de *Neisseria gonorrhoeae* estudadas². O emprego indiscriminado de antibióticos é causa de

selecionamento de germes colonizadores do trato gênito - urinário que poderiam transferir por conjugação suas características de resistência cromossômica plasmidial ao gonococo.

A resistência crescente nos anos sucessivos à estas drogas determinou a busca de novas alternativas terapêuticas. Baseados nas experiências do emprego do Tianfenicol no tratamento da uretrite gonocócica, Jouve e Robert¹⁶, Girard¹⁵, Duluc¹⁰, Fuga¹⁴, Siboulet²⁸, Reborá e Moretti²⁶, Reynaud e col²⁷, passou-se a utilizar este antibiótico comprovadamente eficaz e sem nenhum relato de resistência.

O Tianfenicol (TAF), sintetizado em 1951⁸, é um análogo do Cloranfenicol (CAF), que pertence ao grupo dos derivados amínicos do hidrocarbonil- sulfonifenil- propanodiol, diferenciando-se deste por apresentar no anel benzênico, um radical metilsulfônico no lugar do nitro grupo.

Esta diferença resulta em alterações importantes na farmacocinética e no metabolismo da droga, permitindo uma melhor tolerância hemática. Não se ligando às proteínas plasmáticas, o Tianfenicol difunde-se rapidamente nos tecidos em alta concentração e, não sendo metabolizado, elimina-se em forma ativa pelas vias urinária e biliar^{9,10,11,12}.

Sua ação é de tipo primariamente bacteriostático, exercendo uma elevada atividade quimioterápica "in vivo", contra as bactérias que apresentam uma alta sensibilidade "in vitro". Para um bom número de bactérias, entre as quais as

Tabela 2
Distribuição do Tianfenicol em Fluidos e Tecidos

Dose (g)	Via adm.	Tempo pós adm.	Concentrações em mcg/ml		Razão fl. tec/plasma	n° pac.	observações
			ou mcg/ml fluido ou tecido	plasma			
1,0	EV	48 m	20.7	próstata	32.1	11	aden. prostático
1,0	EV	2 h	8.9	próstata	5.7	16	aden. prostático
1,0	EV	2 h	8.5	testículo	6.1	7	câncer de próstata
1,0	EV	2 h	9.4	rim	40.4	17	patologia renal severa
1,0	EV	2 h	9.4	ureter	20.8	9	
1,0	EV	2 h	9.4	músculo	8.2	17	
1,0	EV	2 h	9.4	gordura perir.	2.1	17	
1,0	EV	2 h	9.4	costela	2.4	16	
1,0	EV	2 h	9.4	ejaculado	2.3	10	
0,5	VO	2 h	5.3	ejaculado	11.0	10	prostatite crônica
tid.	VO	2 h	9.2	ejaculado	11.0	10	prostatite crônica

de Plomp T.A. et al. - The distribution of thiamphenicol in various human tissues and body fluids: some therapeutical and toxicological implications - Tese de doutoramento, Utrecht, 1979.

dos gêneros *Neisseria*, *Streptococcus*, *Klebsiella* e *Brucella*, o Tianfenicol se torna bactericida em concentrações iguais ou pouco superior às bacteriostáticas. Igualmente ao Cloranfenicol, o Tianfenicol é muito ativo contra os germes anaeróbios, particularmente os pertencentes ao gênero *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Fusobacterium*, *Clostridium* e *Propionibacterium*.

O espectro de ação do Tianfenicol abrange a maioria dos germes responsáveis pelas DST, como a *Neisseria gonorrhoeae*, betalactamase positiva e negativa, *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Mycoplasmas*, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, germes anaeróbios, determinando, no plano clínico, uma eficácia elevada, acompanhada por outro lado por uma boa tolerabilidade tanto local como geral. O elevado grau de tolerabilidade hematológica do Tianfenicol foi amplamente estudado por Yunis^{3,34,35,36}, Della Bella⁹ e Ferrari¹¹. Está documentada, epidemiológica e bioquimicamente, a ausência, em relação ao Tianfenicol, de alterações hematológicas irreversíveis (tipo anemia aplástica) conhecidas, ao contrário, em relação ao Cloranfenicol^{15,16,17,18}. Devido às suas características farmacocinéticas peculiares, tais como, absorção fácil e rápida por qualquer via de administração, escassa ligação às proteínas plasmáticas e ausência de metabolização, o Tianfenicol é encontrado nos tecidos e líquidos orgânicos em altas concentrações.

Após a administração de uma dose única de 2,5g, são alcançados, na 2ª hora, níveis hemáticos de 16,1 - 18,6 mcg/ml. Após 12 horas de administração são ainda pre-

sentes níveis médios de 4,25 mcg/ml (tabela 1)

Concentrações urinárias de 1000 mcg/ml obtêm-se 24 horas após a administração. No período de 12 - 24 horas a concentração média é de 400 mcg/ml.

As concentrações nos órgãos gênito - urinários (rim, próstata, testículos) são também elevadas e superiores à CIM (Concentração Inibitória Mínima) dos germes responsáveis pelas DST. (tabela 2)

Com o objetivo de estudar a situação epidemiológica das cepas de *N. gonorrhoeae* isoladas em vários países e a sua sensibilidade aos antibacterianos, com particular referência ao Tianfenicol, bem como definir o papel deste antibiótico no tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) bacterianas, foi realizado em Istambul (Turquia), em 1983, um Simpósio Internacional sobre Thiamphenicol - DST, onde foi evidenciado para o gonococo que:

- a maior parte das cepas de *N. gonorrhoeae*, tanto PPNG como não PPNG, isoladas na Europa e na África são sensíveis a uma CIM igual ou inferior a 0,25 - 0,50 mcg/ml, ao passo que as cepas asiáticas requerem uma CIM entre 2 e 4 mcg/ml;

- de 1973 até 1975 as cepas de *N. gonorrhoeae* isoladas no Canadá apresentaram uma redução de sensibilidade à penicilina e as cefalosporinas, ao passo que as CIM do Tianfenicol permaneceram estáveis (0,25 mcg/ml);

- as cepas originárias do Chile e Quênia mostraram uma CIM de 8 a 16 vezes superior às das cepas canadenses;

- a partir de 1982 foram ocasionalmente detectadas

cepas com uma CIM até 8 mcg/ml em certas áreas, tais como Indonésia e Groenlândia.

No que diz respeito à *Chlamydia trachomatis*, a CIM do Tianfenicol é de 0,5 mcg/ml, embora após múltiplos repiques a CIM tenha se mostrado superior a 8 mcg/ml. A atividade do Tianfenicol se compara favoravelmente com a das sulfas e é 8 vezes superior à do Cloranfenicol.

Com referência à *Gardnerella vaginalis* a CIM do Tianfenicol resultou entre 0,4 e 6,3 mcg/ml e para *Mycoplasma hominis* entre 2 e 8 mcg/ml.

As provas de sensibilidade dos anaeróbios ao Tianfenicol demonstraram que a atividade deste se sobrepõe à do Cloranfenicol: a quase totalidade das cepas testadas de Bacteróides, Fusobacterium e Clostridium foram inibidas por concentrações menores ou, ao máximo, iguais a 16 mcg/ml. Para o *Haemophilus ducreyi* a CIM é de 0,125 - 0,6 mcg/ml. Com relação ao gonococo observou-se ainda o seguinte:

- as variações de sensibilidade devem ser atribuídas tanto à mutações cromossômicas quanto à presença de genes plasmídios;

- a resistência à penicilina, mediada pela beta-lactamase, é plasmidiana;

- as cepas PPNG com plasmídio asiático (4,5 md) são mais resistentes que as cepas com plasmídio "africano" (3,2 md).

Uretrite Gonocócica

O pioneirismo do emprego do Tianfenicol no Brasil cabe a Belda que deu início à sua primeira experimentação em 1964, quando trabalhava como Instrutor da Disciplina de Venereologia e Leprologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Serviço do Professor José Martins de Barros), cujos resultados foram publicados em 1965².

Utilizou em 33 portadores de uretrite gonocócica aguda (32 homens e uma mulher), três esquemas diferentes. No primeiro (3 pacientes) o Tianfenicol foi administrado na dose de 500 mg cada 6 horas até a total de 10 gramas; no segundo (20 pacientes) foi administrada uma dose inicial de 500 mg e, a seguir 250 mg a cada 6 horas no total de 5g; no terceiro (10 pacientes) o produto foi administrado na dose de 1g inicial e 500 mg cada 6 horas até um total de 5 g. Não houve diferença de resultados entre os diversos procedimentos terapêuticos. A média de desaparecimento dos sintomas foi de 2,6 dias e a cura foi obtida em 100% dos casos sem efeitos colaterais sérios².

Pecoraro e Campos Freire Filho²⁴ obtiveram 100% de cura com o esquema de 4 a 8 g em doses de 250 mg cada 6 horas, durante 4 a 8 dias; os mesmos resultados obtiveram Aguinaga e cols.¹ com o emprego de 0,750g I.M. cada 12 horas no tratamento de 21 pacientes.

Neste mesmo período, Siboulet e Col³³ já tinham dado início na França ao tratamento em dose única de Tianfenicol,

metodologia esta preconizada por ele e Durel desde 1961.

Com base nas experiências do Instituto A. Fournier e do Hospital Saint Louis de Paris³³ foi possível evidenciar as vantagens da dose única em comparação ao tratamento prolongado: facilidade e rapidez na administração, baixo custo e, sobretudo, interrupção da cadeia epidemiológica.

Em 1966-67, por sugestão de Siboulet, Belda³ utilizou o Tianfenicol no Serviço de Venereologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, em duas formas diferentes. Em um grupo de 18 pacientes o medicamento foi administrado por via oral na dose de 2g, 1 g cada 12h, não sendo observado casos de insucesso. Em outro grupo de 22 pacientes, foram administrados 2g do medicamento por via oral em única tomada, com um só caso de insucesso que, entretanto, resultou em cura com a repetição da dose. Desse modo, com apenas 2g de medicamento obteve-se cura em 97,5% dos casos tratados, confirmando-se a elevada atividade antigonocócica do Tianfenicol em diferentes esquemas de tratamento.

No mesmo período (1967), Jucá¹⁴, no Serviço de Urologia do IAPESP de Juiz de Fora (Minas Gerais), administrando 2g de Tianfenicol (uma cápsula de 250 mg cada 6 horas) obteve 100% de cura em 38 pacientes do sexo masculino com uretrite gonocócica aguda, não sendo observados recidiva ou sinais graves de intolerância.

Rodrigues e Vasconcelos²⁷, em 1971, empregaram o Tianfenicol em dose única de 2,5g (10 cápsulas de 250 mg) em 133 pacientes com uretrite gonocócica aguda da Clínica Urológica do Hospital Militar de Pernambuco. 118 dos 133 pacientes ficaram curados com dose única de 2,5g. Nos pacientes que não responderam ao tratamento foi administrada uma dose de 750 mg por via I.M. obtendo cura definitiva em 96,4% com discreta gastralgia em 2 pacientes.

Em 1972, Belda et al.⁴ em três diferentes serviços - Ambulatório de Venereologia da Disciplina de Dermatologia Sanitária da Faculdade de Saúde Pública, Policlínica de São Paulo e Ambulatório de Dermatologia do Sindicato dos Empregados das Indústrias Metalúrgicas e de Material Elétrico de São Paulo - testaram quatro esquemas terapêuticos: penicilina 2.400.000 U + probenecida por aplicação única I.M. (28 pacientes); estearato de eritromicina 2g em dose única (46 pacientes); sulfametoxazol 400mg + trimetoprim 80 mg, 2 comprimidos em dose única (44 pacientes); Tianfenicol 2,5g em dose única (95 pacientes). Os índices de cura foram: penicilina + probenecida 90,9%, eritromicina 52,1%, sulfametoxazol + trimetoprim 66,6% e 81,8%, respectivamente, para os dois tipos de tratamento; Tianfenicol 92,6%. O Tianfenicol em dose única manifestou-se como o esquema mais eficaz, sem que se tenha observado uretrite residual.

Fauri¹⁰ usando dose única de 2,5g de Tianfenicol cápsula obteve cura clínica e laboratorial em 100% em 32 mulheres com gonorréia.

Tabela 3

Tianfenicol no tratamento da Gonorréia
(Cápsulas 250 mg)

Ref. Bibl.	Autores	Ano	Dosagem	Nº de Casos	% de cura
Tratamento Prolongado					
2	Belda	1964	0,5g 6/6h x 5 dd	3	100,0
			0,5g+0,25 6/6h x 10 dd	20	100,0
			1,0g+0,50 6/6h x 4 dd	10	100,0
1	Aguinaga e cols.	1965	0,5g+0,50 8/8h x 3 dd	29	100,0
24	Pecoraro & Freire	1965	0,25g 6/6h x 4-8 dd	11	100,0
3	Belda	1967	1,0g x2 dd	18	100,0
(Sub-Total)				91	(100,0)

Tratamento em Dose Única					
3	Belda	1967	2,0g d.u.	22	95,4
14	Jucá	1967	2,0g d.u.	38	100,0
27	Rodrigues e Vasconcelos	1971	2,5g d.u.	133	88,7
4	Belda e cols.	1972	2,5g d.u.	95	92,6
10	Fauri	1976	2,5g d.u.	32	100,0
22	Netto e cols.	1976	2,5g d.u.	45	93,3
5	Belda	1975-77	2,5g d.u.	120	97,5
31	Santos	1977-81	2,5g d.u.	4028	100,0
6	Belda e cols.	1977-82	2,5g d.u.	1230	92,7
37	Teixeira e Almeida	1985	2,5g d.u.	8	100,0
32	Santos e Furtado	1985	2,5g d.u.	47	95,7
(Sub-Total)				5798	97,0
			Tratamento em Dose Única por 2 dias		
31	Santos	1977-81	2,5g x 2 dias	472	97,8

Tabela 4
Tianfenicol no Tratamento da Gonorréia (Granulado 2,5g)

Ref. Bibl.	Autores	Ano	Dosagem	Nº de casos	% de cura
7	Belda et al.	1982	2,5g d.u.	76	98,7
9	Daniel et al.	1983	2,5g d.u.	30	97,0
11	Gonçalves	1983	2,5g d.u.	20	90,0
15	Lima e Santos	1983	2,5g d.u.	30	86,7
16	Magalhães	1983	2,5g d.u.	1	100,0
17	Martins	1983	2,5g d. u.	30	93,3
19	Naud et al.	1983	2,5g d.u.	71	95,8
22	Passos e Lopes	1983	2,5 g d. u.	30	93,3
25	Rios et al.	1983	2,5g d.u.	40	92,5
28	Rodrigues	1983	2,5g d.u.	30	90,0
29	Salvitti et al.	1983	2,5 g d. u.	40	97,5
30	Santos	1983	2,5g d.u.	87	96,5
32	Tarlé e Oliveira	1983	2,5g d.u.	28	94,4
18	Martins et al.	1985	2,5g x 2 d.d.	182	95,3
12	Gonçalves	1986	2,5g d.u.	120	92,0
20	Naud et al.	1986	2,5g d.u.	173	95,3
23	Passos et al.	1986	2,5g d.u.	60	88,3
8	Belda e cols.	1987	2,5g d.u.	30	96,7
26	Rios e Rios Filho	1987	2,5g d.u.	3220	96,6
13	Huggins e Camara	1988	2,5g d. u.	150	100,0
(Sub-Total d.u.)				4236	96,3
(Sub-Total d.u. x 2 dias)				212	94,8
TOTAL				4372	96,2

Tabela 5

Tianfenicol no Tratamento da Gonorréia nas várias posologias e apresentações

Apresentação	Posologia	Nº de Casos	% de Cura
Cápsulas 250 mg	Tratamento Prolongado (2 - 11 g)	91	100
	D. U. 2,0 - 2,5g	5798	97,9
	2,5g x 2 dias	472	97,8
	(Sub-Total)	6361	97,9
Granulado 2,5g	D. U.	4236	96,3
	2,5g x 2 dias	212	94,8
	(Sub-Total)	4448	96,2
Sub -Total Tratamento D. U.		10034	97,2
Total Tratamento		10809	97,2

No período de dezembro de 1975 a julho de 1976, Netto e col.²¹ usaram Tianfenicol em dose única de 2,5g (10 cápsulas de 250 mg) em 45 pacientes do Serviço de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (Minas Gerais) com uretrite gonocócica aguda, obtendo um índice de cura de 93,3% sem observar efeitos colaterais.

De julho de 1977 a julho de 1981, Santos³¹ usou a dose de 2,5g obtendo o desaparecimento dos sintomas nas primeiras 24 horas em 89,5% de 4.500 casos tratados. Aos remanescentes administrou outra dose de 2,5g oral e após 6 horas uma injeção de 750 mg I.M. obtendo, no total, 98% de cura.

Belda⁵ avaliou, de 1975 a 1977, 120 casos de uretrite gonocócica aguda masculina não complicada, tratada com dose única de Tianfenicol (10 cápsulas de 250 mg de Tianfenicol) constatando 97,5% de sucessos terapêuticos, coincidindo estes com os resultados alcançados por Siboulet na França^{33,34}.

De 1977 a 1982, Belda et al.⁶ trataram 1.230 pacientes com 10 cápsulas de 250 mg (total 2,5g) de Tianfenicol, obtendo 92,7% de cura. Os pacientes não curados receberam uma segunda dose de 2,5g. No total, o tratamento com Tianfenicol foi efetivo em 97,7% dos casos.

Em 1985 Teixeira e Almeida³⁷ obtiveram 100% de cura clínica e laboratorial em 16 pacientes da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina de Campos (Rio de Janeiro), com diagnóstico de uretrite gonocócica aguda, tratados com Tianfenicol em dois esquemas posológicos: a 8 pacientes foram administrados 10 cápsulas de 250 mg de Tianfenicol em uma só tomada e aos outros 8 foram aplicados por via intramuscular 2 ampolas de 750 mg, uma em cada nádega, totalizando 1,5 g. Não houve efeitos colaterais ou intolerâncias.

Santos Jr. e Furtado³² em 1985, no serviço de Dermatovenereologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, trataram 47 pacientes de ambos os sexos, portadores de uretrite gonocócica aguda com dose única de 2,5 g de Tianfenicol por via oral, obtendo cura clínica e laboratorial em 45 pacientes (95,7%).

O conjunto dos trabalhos brasileiros realizados de 1967 a 1985 demonstrou que, em 5.798 casos de gonorréia aguda não complicada tratados com Tianfenicol cápsulas em dose única (2 ou 2,5 g), houve uma eficácia de 88,7% a 100% com média de 97,9% sem efeitos colaterais sérios (tabela 3).

Descortinou-se uma nova era no tratamento da gonorréia quando em 1982 surgiu a forma granulada do Tianfenicol. A partir desta data, foram relatados 4.236 casos comprovados de gonorréia tratados com 2,5g via oral de Tianfenicol granulado, com resultados variando de 86,7 a 100% com média de 96,3% (Tabela 4), e 212 casos de gonorréia feminina tratados com 2,5g por 2 dias, com resultados variando de 93,3 a 95,3% com média de 94,8%

(Tabela 5).

Se considerarmos as duas apresentações do Tianfenicol, de 1965 a 1988 foram relatados 10.809 casos de gonorréia tratados, com uma eficácia variando de 86,7% a 100%, com média de 97,2%. Em se considerando somente o tratamento em dose única (2 ou 2,5g), os casos tratados foram 10.034, com eficácia variando de 86,7 a 100% com média de 97,2%. Esta média equipara-se à recomendada pela OMS (Who - Expert Committee on Venereal diseases and Treponematoses - Technical Raport Series 736, 1986).

Diferentemente da maioria dos antibióticos até agora utilizados no Brasil, a eficácia do Tianfenicol no tratamento da uretrite gonocócica continua até agora persistindo.

Uretrite Não Gonocócica

O grande avanço tecnológico, nestas últimas décadas, nas pesquisas microbiológicas no campo das DST propiciou uma maior e mais fácil distinção das uretrites provocadas por outros germes que não o gonococo. Em 1985, Belda³ alegava que tais uretrites, denominadas de uretrites não gonocócicas, podiam atingir 25% dos atendimentos realizados nos serviços especializados em DST.

Um grande número de microrganismos podem estar envolvidos no processo, constatando-se entretanto uma maior freqüência da *Chlamydia trachomatis*¹²

Como em todos os países em desenvolvimento, as dificuldades econômicas retardaram no Brasil, avanços no campo microbiológico, particularmente, no estudo e identificação da *Chlamydia trachomatis*. Há poucos anos, entretanto, centros universitários e privados começaram a desenvolver, com recursos próprios, singelos projetos que permitiram detectar *Chlamydia trachomatis*.

Em nosso meio a freqüência da *Chlamydia trachomatis* varia de 51% com Magalhães⁸ em 1982, 10-20% com Belda² em 1985, 40-50% com Srougi e Arap¹⁷ em 1986.

Nos últimos dez anos, os resultados obtidos com o emprego da maioria dos antibióticos ativos contra *Chlamydia trachomatis* têm sido desanimadores pelo fato de 10 a 50% dos portadores de UNG apresentarem melhora incompleta, podendo haver sucessivamente uma recorrência (Oriel e Ridgway).

Por outro lado no Brasil, as tetraciclina, consideradas como drogas de primeira escolha, devido a traços culturais, são ingeridas com alimentos (particularmente leite), o que provoca a formação de quelatos impedindo a sua normal absorção. Além disso, a necessidade de seu uso prolongado e os inúmeros distúrbios gastrointestinais fazem com que seja alto o índice de abandono de tratamento. Por estas razões tomou-se necessário avaliar a atividade de outros antibióticos de largo espectro, dentre eles o Tianfenicol.

A primeira experimentação com Tianfenicol no

tratamento da uretrite não-gonocócica, foi a de Aguinaga e col.¹, realizada em 1965 e apresentada no X Congresso Brasileiro de Urologia - Rio de Janeiro. Foram estudados 23 pacientes que receberam Tianfenicol na dose de 1g V.O. 12/12 horas, durante 4 dias, num total de 8,0g, resultando numa eficácia de 96%.

As dificuldades laboratoriais daquele tempo impediram o prosseguimento das novas pesquisas, e assim por mais de 10 anos nada foi realizado.

Entretanto, em outros países, conforme Saito¹³, Chitwaracorn e col.⁵, Eichmann e col.⁶, Gillet e col.⁷ e Mesing⁹ o tianfenicol demonstrou ser tão ativo quanto a tetraciclina contra a *Chlamydia trachomatis*, bem tolerado, e não causar efeitos colaterais sérios ou desordens hematológicas graves.

Estes resultados foram recentemente confirmados por Schlapfer e col.¹⁵ que administraram o Tianfenicol a três grupos de 25 pacientes com uretrite causada por *Chlamydia trachomatis*, confirmada por cultura e por anticorpos monoclonais, durante 7,9 e 10 dias com a seguinte posologia: 1º dia (2,5 g em dose única oral), do 2º dia até o 7º,9º ou 10º dias (1,5g ao dia 500mg de 8/8 horas)

Resultaram curados 100% dos pacientes após 10 dias de tratamento, 24 após 9 dias (96%) e 23 após 7 dias (92%).

Os autores concluíram que o índice de cura obtido após 10 dias de tratamento (100%) é o mais elevado do que o obtido até o presente momento com qualquer outro medicamento empregado durante o mesmo período de tratamento, incluindo tetraciclina e eritromicina.

No Brasil, Rios e Rios Filho¹¹ avaliaram sua eficácia em 9638 pacientes do sexo masculino atendidos na Clínica Urológica da Bahia, durante o período de 1980 a 1990. O diagnóstico foi elaborado através de análise do primeiro jato urinário corado pelo Gram e cultura de secreção uretral. Em 10% dos casos, foram realizados teste de imunofluorescência para clamídia e micoplasma.

O tianfenicol foi utilizado na dose de 500 mg três vezes ao dia por um período de 15 dias e, em alguns casos de 21 dias. Foram considerados curados pacientes que tiveram desaparecimento da sintomatologia e da secreção uretral, presença de no máximo 3 ou 4 leucócitos por campo na análise de sedimento urinário. O índice de cura foi de 87%, isto é, 8502 pacientes.

Alguns pacientes referiram flatulência que desapareceu ao término do tratamento, não havendo necessidade de suspensão da medicação por intolerância.

Num período de três anos (maio de 1987 a junho de 1990) Rocha e col.¹² atenderam 2048 pacientes no Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (Paraná). Destes foram selecionados 157 pacientes portadores de uretrite aguda não-gonocócica causada por *Chlamydia trachomatis*, confirmada pelo método direto de anticorpos monoclonais e pela imunofluorescência indireta.

Para o tratamento utilizou-se Tianfenicol por via oral

em três esquemas: 750 mg/dia, divididos em três doses (250mg de 8/8 horas); 2,5mg nos dois primeiros dias, seguidos de 500mg de 12/12 horas por 10 dias; 1g/dia, divididos em 2 doses de 500mg, a cada 12 horas, por 10 dias. Em caso de insucesso o tratamento foi repetido, assim como nos casos de nova infecção. No total, os casos tratados foram 197.

Obteve-se cura em 180 casos (91,4%), sendo o esquema preferível, o de 500mg de 12/12 horas por um período de 10 dias.

Santos Jr.¹⁴ apresentou no V Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, II Simpósio Internacional de Úlceras Genitais e VIH - Recife - Pernambuco - 24 - 26 de novembro de 1994, os resultados dos estudos de 20 pacientes com uretrite não-gonocócica atendidos no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Foram incluídos pacientes que apresentavam bacterioscopia negativa para Diplococos Gram-negativos e somente leucócitos e células epiteliais; cultura em meio de Thayer-Martin negativo e pesquisa de *Chlamydia trachomatis*, pelo método imunoenzimático, negativa.

Foram tratados com Tianfenicol 500 mg V.O. 12 em 12 horas durante 10 dias. As revisões foram realizadas no 3º, 10º e 15º dias pós-tratamento. Dos 20 pacientes incluídos, 18 (90%) tiveram desaparecimento dos sintomas, sendo que 2 retornaram somente no 10º dia e não apresentavam sintomas.

Os efeitos colaterais de pequena intensidade estiveram ligados ao sistema gastrointestinal, não acarretando interrupção do tratamento. Todos os pacientes foram orientados à abstinência sexual, e a evitar a ordenha. Os autores, com base nos resultados obtidos sugerem que o Tianfenicol deve ser incluído no arsenal terapêutico da uretrite não-gonocócica.

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

A doença inflamatória pélvica (DIP) é um processo inflamatório causado por uma variedade de microrganismos endógenos normais do trato genital feminino e do intestino (*Escherichia coli*, *Streptococcus*, *Stafilococcus*, anaeróbios) e exógenos (gonococo, *Chlamydia trachomatis*, micoplasma) afetando o útero, as trompas, os ovários, o peritônio e estruturas adjacentes.

A *Chlamydia trachomatis* nesta última década tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública, sendo a sua incidência superior várias vezes à *Neisseria gonorrhoeae*. É causa de uretrite, epididimite nos homens e cervicite, endometrite, salpingite, perihepatite, displasia cervical na mulher, e esterilidade em ambos.

Sua detecção não é fácil, pois requer técnica apurada e despesas muito elevadas para realizar culturas em células

de McCoy e laparoscopias.

A carência de recursos financeiros e técnicos para realizar um bom diagnóstico laboratorial dificultaram e retardaram a pesquisa epidemiológica e terapêutica da DIP no Brasil.

O emprego dos anticorpos monoclonais e da imunofluorescência direta na década de 80¹⁹ para a detecção da *Chlamydia trachomatis*, considerado um método rápido, sensível, específico e de baixo custo, veio facilitar, em nosso meio, a realização dos trabalhos de Martins e col.⁸, de Naud e col.¹² e de Passos e col.¹⁴.

Somente a partir de 1986 é que se tomou possível no Brasil a identificação da *Chlamydia trachomatis* mediante cultura em células vivas (células de McCoy) permitindo a Linhares e col.^{6,7} levar a efeito pesquisas mais seguras, mais técnicas e mais sensíveis para o diagnóstico da D. I. P.

Os germes anaeróbios ou facultativos têm grande importância na etiologia da DIP, particularmente nos casos severos, nas mulheres que usam DIU, ou nas formas crônicas ou episódios repetidos de DIP, devido às graves ocorrências de sequelas que envolvem o trato genital superior (infecção tubária) que pode levar à salpingectomia e à esterilidade.

Sendo a DIP uma síndrome polimicrobiana fortemente relacionada com os microrganismos das DST²² e associada a germes anaeróbios ou facultativos, seu tratamento torna-se difícil e empírico.

A escolha de um só antibiótico eficaz para a tratamento da DIP aguda seria realmente ideal pois reduziria o custo e a toxicidade como também aumentaria o tempo de atendimento para outras importantes tarefas.

Até o presente momento não existe um medicamento que sozinho possa ser eficaz contra uma infecção considerada de múltipla etiologia. Estudos evidenciaram que 10 a 15% de pacientes com DIP aguda não responderam ao tratamento inicial e 30% tiveram recorrências^{27,28}. Peterson¹⁵ afirma que pelo relato de pelo menos 20 estudos realizados desde 1985, nenhum agente antimicrobiano usado isoladamente ou em associação se demonstrou superior aos outros. A seleção de uma terapia antibiótica para salpingite aguda é complicada devido não só à diversidade de sua etiologia mas também ao grande aumento de resistência a vários antimicrobianos. Em 1982 e 1985^{2,3} o Centers for Diseases Control (CDC) recomendou uma terapia combinada para o tratamento da DIP e, quando possível, a hospitalização da paciente particularmente em caso de incerteza de diagnóstico, emergências cirúrgicas, intolerância, não aceitação ou falência do tratamento ambulatorial. Em 1989⁴ o CDC, após avaliar a eficácia terapêutica e o custo de vários antimicrobianos, as diferenças regionais, no que se refere à sua suscetibilidade, e a aceitação pelos pacientes, propôs dois esquemas de terapia para pacientes internadas: clindamicina / gentamicina ou cefalosporina / doxiciclina. Para as pacientes de ambulatório, o CDC recomendou o uso intramuscular de cefalosporina e oral de doxiciclina. A

penicilina não foi recomendada.

Estes esquemas terapêuticos são atualmente considerados igualmente eficazes sem causar efeitos colaterais significativos e toxicidade.

Entretanto, nos países em desenvolvimento, devido aos limitadíssimos recursos financeiros disponíveis, não é possível colocar em prática as recomendações do CDC, no que tange o emprego dos referidos antibióticos, mas é necessário recorrer a medicamentos mais baratos, de amplo espectro considerados igualmente eficazes e de baixa toxicidade.

Ficaram portanto justificadas novas tentativas terapêuticas e profiláticas na esperança de encontrar antibacterianos capazes de combater esta doença que nos Estados Unidos da América afeta mais de um milhão de mulheres e cujo custo total passa de 2,6 bilhões de dólares anualmente^{3,16}.

Para Monif¹⁰, a escolha de um tratamento antimicrobiano da DIP deve adaptar-se aos estágios clínicos em que a doença se encontra. Seus estudos demonstram que terapia com múltiplas drogas produz resultados significativamente melhores, estágio por estágio, quando comparadas com terapia de uma só droga. Monif⁹ classifica a doença em 4 estágios conforme as fases e o comprometimento das estruturas pélvicas. No estágio I, ou formas leves, que abrangem também alguns casos do estágio II, Monif propõe o emprego da tetraciclina e análogos, em se tratando de uma infecção monomicrobiana por gonococo ou *Chlamydia trachomatis* ou mista dos dois agentes, e a penicilina ou penicilinas semi-sintéticas se a infecção for causada pelo gonococo. O objetivo é o desaparecimento da sintomatologia e da infecção podendo as pacientes serem tratadas ambulatorialmente.

No estágio I e II de Monif, o antibiótico a ser administrado deve ter eficácia contra todos os germes neles envolvidos, inclusive os anaeróbios Gram-positivos e Gram-negativos.

Entre os antibióticos avaliados "in vitro" contra os anaeróbios em 1976²⁰, os mais ativos foram o cloranfenicol, a clindamicina, a lincomicina, a eritromicina, a penicilina, a ampicilina, as tetraciclina e a cefalotina.

Entretanto, o *Bacteroides fragilis* não se demonstrou sensível à cefalotina e pouco a ampicilina, sendo 30% resistentes à penicilina e à tetraciclina.

Dos vários trabalhos realizados sobre a atividade antimicrobiana do Tianfenicol contra os germes anaeróbios^{11, 17, 20, 21, 24, 29} tiram-se as seguintes conclusões:

- 1) O Tianfenicol resulta ativo contra os anaeróbios seja Gram-negativos como Gram-positivos;
- 2) 78,9% das cepas anaeróbicas é sensível ao Tianfenicol em concentrações de 16 mcg/ml;
- 3) O *Bacteroides fragilis*, que é um dos germes mais encontrados nas infecções anaeróbicas e quase sempre apresenta resistência bacteriana, é muito sensível ao

Tianfenicol e não apresenta problemas de resistência.

Estudos sucessivos realizados por Ulson²², Moroni e col.¹¹, Teramoto e col.²¹, Badrakon e col.¹, Ridgway¹⁶, Uzeda e col.²³, Vige e col.²⁵, Kunz e Macciochi⁵, confirmado tanto laboratorial como clinicamente a atividade do Tianfenicol contra os agentes implicados na etiologia da doença inflamatória pélvica, influenciaram positivamente as experiências de Martins e col.⁸, Naud e col.¹², Passos e col.¹⁴, Linhares e col.^{6,7}, cujos resultados são tão significativos que estimulam a aplicação e aprofundamento do uso do Tianfenicol no campo das infecções pélvicas leves e moderadas.

Vaginose Bacteriana

O termo vaginose bacteriana (VB) é atualmente usada para definir uma infecção vaginal, outrora chamada de Vaginite Não-específica (VNE) por Gardner e Dukes¹³, caracterizada por um corrimento abundante, mal cheiroso, branco, acinzentado, viscoso, homogêneo, aderente às paredes da vagina. O diagnóstico é baseado na presença quase sempre de "clue cells" no esfregaço à fresco, pH vaginal aumentado, positividade das aminas (Teste de Whiff) e sem sinais inflamatórios evidentes.

Trata-se de uma infecção caracterizada por um desequilíbrio da flora bacteriana vaginal com grande proliferação de bactérias aeróbicas e anaeróbicas particularmente *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptoestreptococcus*, *Fusobacterium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* que agem em simbiose com a *Gardnerella vaginalis* (GV).

A GV foi denominada inicialmente por Gardner e Dukes 1955¹³ como *Haemophilus vaginalis* e, em seguida, *Corynebacterium vaginale* por Zimmerman³⁷ e por fim *Gardnerella vaginalis* por Greenwood 1982¹⁴ em homenagem a Gardner.

Entre os anaeróbios, recentemente tem sido dada muita atenção a um pequeno vibrio em forma de bastonete curvo, móvel, já isolado por Curtis⁶ em 1913 nas secreções vaginais e denominado por Spiegel e Roberts (34) em 1984 como *Mobiluncus*. Seu papel na VB e no trato genital superior é incerto sendo raramente encontrado na mulher com boa saúde, mas é isolado na secreção vaginal da mulher com VB em 90% dos casos (Hagstrom e Lindstedt)¹⁵.

Várias infecções do trato genital superior como endometrite, salpingite, infecções após histerectomia, parto prematuro, corioamnionite são atualmente atribuídas a VB⁹. Embora a fisiopatologia da VB não tenha sido definida, sob o ponto de vista epidemiológico, é considerada uma DST. Sabe-se, entretanto, que para sua instalação é necessária uma estreita simbiose entre a GV, anaeróbios, *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis* e outros germes.

Terapêutica da Vaginose

Gardner e Dukes¹³ relataram ter obtido sucesso no tratamento da VB com aplicação intravaginal de creme de sulfonamida tópica, conquanto Pheifer e col.²⁹ referem persistência da sintomatologia e culturas positivas para a GV após o uso do creme de sulfonamida e doxiclina oral. Assim também Lee e Schmale²⁰, Rodgers e col.³² afirmam a eficácia da ampicilina enquanto Pheifer²⁹ constata sintomas persistentes em seus pacientes após o emprego deste medicamento. Durfee e col.⁷ constataram a ineficácia da entromicina e a necessidade de novas e mais eficazes alternativas no tratamento do VB.

A partir dos trabalhos de Pheifer e col.²⁹, Durfee e col.⁷, Baldson², Malouf e col.²², Petersen e Pelz²⁸, o metronidazol tornou-se o medicamento efetivo para o tratamento da VB na dose de 500 mg, duas vezes ao dia, durante 7 dias.

O metronidazol exerce ação terapêutica sobre a maioria dos anaeróbios e, graças principalmente ao seu metabólito hidroxilado, sobre a *Gardnerella vaginalis*³¹.

A cura acontece rapidamente desaparecendo as "clue cells", os sintomas, os anaeróbios assim como o *Mycoplasma hominis* e o *Mobiluncus curtisii*, embora estes germes sejam resistentes "in vitro" ao metronidazol.

Reaparecem em dois ou três dias os lactobacilos e o pH volta ao redor de 3,5, mas a GV em geral persiste. Devido aos inúmeros efeitos colaterais verificados, alguns autores^{2, 15, 19, 30}, passaram a usar esta droga na dose de 2g que se demonstrou igualmente eficaz, com diminuição dos efeitos colaterais, melhor aceitação pelos pacientes, causando entretanto maior número de recorrências^{4, 8, 16, 17, 36}, supostamente devido a falta de não tratamento dos parceiros, ao descuido no restabelecimento da flora láctica vaginal e a reinfeção.

Ceddia⁵, aconselha, em caso de insucesso terapêutico com metronidazol, recorrer ao emprego por via sistêmica da penicilina, ampicilina, cloranfenicol, tetraciclina, eritromicina e não empregar sulfonamida, neomicina, ácido nalidíxico, Polimixina e colistina se demonstraram ineficazes.

Recomenda-se não administrar o metronidazol em gestantes até a vigésima semana de gestação devido a suspeita de ser mutagênico e carcinogênico.

Dos derivados imidazólicos, tinidazol tem demonstrado um elevado grau de eficiência para o tratamento da VB conforme atesta o trabalho de Peixoto e col.²⁶.

Entretanto, as experiências de Bardi³ e de Meijden²⁵ não concordam com isso, tendo observado um índice de cura de apenas 86% e 50%, respectivamente, com o uso do tinidazol, em dose de 500 mg, 4 vezes ao dia, durante 4 dias.

Devido aos escassos e desencorajantes resultados obtidos, Meijden²⁵ afirma ser preferível tratar VB com o esquema proposto por Pheifer e col.²⁹, isto é, metronidazol 500 mg duas vezes ao dia, por uma semana.

O tratamento da VB com Tianfenicol teve início em

TABELA 6

Diâmetro das zonas de inibição de crescimento observadas com os diferentes discos de antimicrobianos em 242 cêpas de *G. vaginalis*, isoladas de pacientes com patologias gêmto-urinárias (São Paulo, junho de 1987 a maio de 1988).

DISCO		HALO DE INIBIÇÃO	
Amicacina	30 ug	11	(0 - 25)
Ampicilina	10 ug	41	(27 - 50)
Cefalotina	30 ug	38	(21 - 52)
Cefoxitina	30 ug	40	(27 - 54)
Ceftriaxona	30 ug	38	(26 - 52)
Ciprofloxacina	5 ug	25	(13 - 40)
Clindamicina	2 ug	42	(25 - 55)
Metronidazol	5 ug	5	(0 - 30)
Sulfametoxazol			
Trimetroprim	25 ug	18	(0 - 50)
Tetraciclina	30 ug	23	(0 - 44)
Tianfenicol	30 ug	40	(25 - 58)
Vancomicina	30 ug	30	(20 - 48)

- a) Resultado obtido como média (e variação) dos diâmetros das zonas de inibição em milímetros.
- b) Valor zero corresponde a ausência de zona de inibição.

1985 quando Martins e col.²³ com base nos estudos de Hubrechts e col. diagnosticaram 122 casos de VB em 380 mulheres que procuraram o Serviço de Ginecologia do Hospital da Faculdade de Medicina da Universidade de Juiz de Fora - MG com queixas de distúrbios no aparelho gêmto-urinário. Às pacientes foi administrado Tianfenicol na dose de 500 mg cada 8 horas durante 6 dias num total de 9g. Resultaram curados 88,52% dos casos não se constatando efeitos secundários ou recidivas.

Em seguida Martins apresentou no 6º Congresso Latinoamericano de Enfermedades de Transmision Sexual - Septiembre 16 - 18 de 1987 - Guayaquil - Ecuador - uma outra comunicação: "Tratamento da vaginose com Tianfenicol" que se refere a 50 casos de VB.

Foi empregado Tianfenicol granulado na dose de 2,5g por dia, por via oral, durante 4 dias, num total de 10,0g. Resultaram curadas 90% das pacientes. Não foram observados efeitos colaterais nem recidivas após 15-30 dias do início da terapia.

Uma outra pesquisa sobre o tratamento de Mobiluncus foi realizada por Pereira e col.²⁷ no Serviço de DST do CICAN (Centro de Controle do Câncer) da Bahia. Foram detectadas espécies de *Mobiluncus curtisii* Gram-positivo ou Gram-variável e de *Mobiluncus mulieris* Gram-negativo em 145 mulheres com VB e em 16 de seus parceiros sexuais. Foram comparados sete esquemas diferentes, obtendo-se os seguintes resultados: Penicilina Benzatina 63,2%, Eritromicina 37,5%, Metronidazol 93,3%, Tinidazol 72% (dose única de 2g), Tianfenicol 81,8%, Doxiclina 33%. Em ambos os trabalhos consideraram curadas as pacientes que após o tratamento apresentavam desaparecimento dos sintomas, pH vaginal 4,5, teste de Whiff negativo, ausência de Mobiluncus e da flora bacteriana mista e aparecimento dos lactobacilos.

Em 1987, no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e no Laboratório Fleury (São Paulo), foi iniciado um estudo sobre a sensibilidade de 100 cepas de GV, isoladas de secreções vaginais de pacientes com VB, ao Tianfenicol, ao metronidazol e ao tinidazol. Realizaram-se testes, pela técnica de Kirby-Bauer, para determinação da Concentração Inibitória Mínima (CIM). Os resultados apresentados, em forma de resumo, no XXII Congresso Brasileiro de Patologia Clínica e VII Congresso Latino-Americano de Patologia Clínica, realizados em Belo Horizonte (Minas Gerais) em 1988¹⁰, demonstraram que o Tianfenicol tem uma elevada ação sobre as cepas de GV testadas, com distribuição modal e pico em 1,0mcg/ml enquanto a do tinidazol foi de 16,0 mcg e entre 16,0 e 32,0mg para o metronidazol. A CIM 50 do Tianfenicol foi de 0,68 mcg/ml e a CIM 90 de 1,62 mcg/ml, denotando que sua ação confirma os resultados obtidos por Skarin e col.³³.

Em seguida o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos mais usados. Os resultados são indicados na tabela 6. O Tianfenicol, portanto, demonstrou-se ativo contra a GV com média dos diâmetros dos halos de inibição de 40 mm e variação de 25 - 58 mm e com 100% de sensibilidade para as cepas estudadas¹¹.

Em seguida o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos mais usados. Os resultados são indicados na tabela 6.

O Tianfenicol, portanto, demonstrou-se ativo contra a GV com média dos diâmetros dos halos de inibição de 40 mm e variação de 25 - 58 mm e com 100% de sensibilidade para as cepas estudadas¹¹.

Linhares e col.²¹ apresentaram no V Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Simpósio Internacional de Úlceras Genitais e VIH, Recife, Pernambuco, novembro de 1994, um estudo sobre a eficácia do tratamento com Tianfenicol em 31 pacientes portadoras de vaginose bacteriana (VB) atendidas no Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O diagnóstico da VB foi realizado com base nos seguintes sinais presentes no corrimento vaginal: a) queixa de corrimento vaginal com odor fétido; b) pH vaginal maior ou igual a 4,8; c) teste de aminas positivo; d) presença de clue cells e ausência ou diminuição de Bacilos de Doderlein na bacterioscopia (GRAM); e) cultura positiva para *Gardnerella vaginalis*. As pacientes e seus parceiros sexuais receberam Tianfenicol na dosagem de 2,5g V.O. durante 2 dias.

A avaliação das pacientes após 7 dias de tratamento demonstrou ausência de corrimento em 31 casos (100%); normalização do pH vaginal em 27 casos (87,09%); testes de aminas negativo em 31 casos (100%); clue cells negativo em 29 casos (93,54%); recuperação de bacilos de Doderlein com presença de alguns ou numerosos bacilos em 20 casos (64,51%); cultura do conteúdo vaginal para *Gardnerella vaginalis* negativa em 29 casos (93,54%). As culturas para *Mobiluncus sp.* que antes do tratamento haviam sido positivas em 6 casos (19,35%) tornaram-se negativas após o uso do Tianfenicol.

Os autores concluíram que o Tianfenicol, na dosagem utilizada mostrou-se eficaz no tratamento das pacientes com VB, inclusive nos casos de associação com *Mobiluncus sp.*

Cancro Mole

O cancro mole, infecção aguda provocada pelo *H. ducreyi* passa a ter seu lugar próprio no limitado grupo das doenças venéreas clássicas.

Considerada a "mais venérea das doenças venéreas", teve sua limitação com a introdução das sulfonamidas e seus dias contados com o advento da antibioticoterapia^{2,6}.

As estatísticas registram um recrudescimento desta doença a partir da década de 60, com cifras superiores às registradas antes da Segunda Grande Guerra¹⁷.

No Brasil, o cancro mole, no entanto, começou a reaparecer no início dos anos 70¹⁰. O Serviço de Dermatologia Sanitária da Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo registrou um crescimento de mais de 500% entre 1979 e 1986⁶.

Em serviços especializados no atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, a frequência do cancro mole varia de 5,0 a 14,5 % do total de diagnósticos.

Certamente, os mesmos fatores responsáveis pelo aumento crescente das Doenças Sexualmente Transmissíveis são atribuídos também ao ressurgimento do Cancro Mole¹⁸.

Considerado como importante cofator na transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), estudos recentes indicam que em Nairobi, Kenia, 15% dos portadores de cancro mole, estavam infectados pelo HIV e que o isolamento do vírus da imunodeficiência também pode ocorrer na secreção das lesões⁹.

No Brasil, os portadores de cancro mole, apresentavam respectivamente, 15,6% e 16,6% de soropositividade por Anticorpos Anti-vírus da Imunodeficiência Humana HIV-1^{1,22}.

O recrudescimento do cancro mole provoca, como consequência, o aparecimento de novas opções terapêuticas substitutivas. Classicamente, o tratamento do cancro mole está ligado à sulfa, tetraciclina, eritromicina e estreptomina e, mais recentemente, ao Tianfenicol^{11,12,14}.

Entretanto, a resistência às sulfonamidas e às tetraciclinas é hoje comum na África e Extremo oriente, onde

Tabela 7

Ref.	Ano	Autor(es)	Nº Casos	Posologia	Eficácia %
Tratamento prolongado					
3	1984	Belda e cols.	64	1,5h x 5dd	100,0
7	1985	Belda Jr e cols.	25	1,5g x 5dd	100,0
22	1991	Santos Jr e cols.	15	1,5g x 5dd	93,0
Tratamento em Dose Única					
4	1984	Belda e cols.	23	5,0g d.u.	95,6
8	1985	Belda Jr.	63	5,0g d.u.	94,0
21	1985	Teixeira e Almeida	20	5,0g d.u.	100,0
3	1987	Gonçalves	54	5,0g d.u.	93,0
5	1987	Belda e cols.	130	5,0g d.u.	96,7
15	1987	Passos e Almeida	96	5,0g d.u.	91,2
16	1989	Rios e Rios Filho	144	5,0g d.u.	96,5
20	1989	Santos Jr. e cols.	43	5,0g d.u.	95,3
22	1991	Santos Jr. e cols.	15	5,0g d.u.	93,0
TOTAL			692		95,6

a maioria das cepas *H. ducreyi* produzem um tipo de B-Lactamase, mediada por um pequeno plasmídeo não conjugativo.

Permanece, como inconveniente, o tempo prolongado de medicação (mínimo de 10 dias), indutor maior de efeitos colaterais e de abandono de tratamento.

Latif e col.¹⁴, em 1982, trataram 55 pacientes masculinos na Clínica Venereológica de Salisbury, Zinabawe, com Tianfenicol cápsula na dose de 2,5g via oral, por 2 dias consecutivos obtendo 89,1% de resultados positivos, sem

observar efeitos colaterais sérios.

Os resultados iniciais, do emprego do Tianfenicol 500mg V.O. 12/12 horas por 10 dias encorajaram Belda e cols. a reduzir o tempo de emprego para 5 dias, em doses de 1,5g V.O. diárias. Entre 1974 e 1985 foram tratados desta maneira 89 casos com alta eficácia ^{3,5,8}.

Os novos rumos do tratamento do cancro mole des-pontaram com a apresentação granular do Tianfenicol na dosagem de 5,0g em dose única ^{4,5} proposta por Belda e cols. em 1984.

Entre 1990 e 1991 ²³ Santos Jr. e cols., realizaram um estudo multicêntrico comparando os resultados tera-pêuticos de 4 grupos de 15 pacientes portadores de cancro mole que procuram espontaneamente 4 centros especializa-dos em Doenças Sexualmente Transmissíveis localizados em diferentes Estados do Brasil e que por sorteio tomaram:

- Eritromicina 500mg 6/6 horas - 10 dias
- Sulfametoxazol + Trimetroprim 960mg 12/12 ho-ras - 10 dias
- Tianfenicol 5,0g - Dose única
- Tanfenicol 500mg 8/8 horas - 5 dias

O diagnóstico laboratorial baseou-se na bacteroscopia. O primeiro controle no 5º dia e a avaliação final no 10º dia.

A Eritromicina foi eficaz em 86%, o Sulfametoxazol + Trimetroprim em 80%. Tianfenicol granulado e cápsulas em 93%.

No V Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Simpósio Internacional de Úlceras Ge-nitais e HIV, Recife - Pernambuco, 24-26 de novembro de 1994, Santos e col. apresentaram resultados do tratamento com Tianfenicol em 42 pacientes portadores de cancro mole que procuraram o Serviço de Doenças Sexualmente Trans-missíveis da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, durante o período de 1989 a 1993,

Dos 42 pacientes, 36 (85,7%) eram soronegativos ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida do tipo 1 (VIH-1) e 6 (14,3%) soropositivos.

O diagnóstico baseou-se na observação de bacilos Gram-negativos intracelulares e na cultura em meio enri-quecido. Concomitantemente, foi pesquisado anticorpo anti-VIH-1(Elisa) confirmado depois de repetido pelo teste WESTERN-BLOT.

Todos os pacientes foram tratados com dose de 500mg via oral, de 8/8 horas durante 5 dias; em caso de persistên-cia foi repetido o tratatamento. A eficácia do grupo que apre-sentou soronegatividade ao VIH-1 foi de 91,7% e no grupo de soropositividade foi de 83,3%.

Na **tabela 7** estão indicados os nomes dos autores e os resultados obtidos com Tianfenicol no tratamento do can-cro mole.

Donovanose

A donovanose ou granuloma inguinal, primeiramen-te descrita em 1882 por Mcleod ¹⁰, é uma doença crônica e progressiva que se localiza preferencialmente na região genital e perigenital, causada por uma bactéria Gram-ne-gativa identificada em 1905 por Donovan ³ e classificada de *Calimmatobacterium granulomatis* em 1912 por Aragão e Vianna ¹ Este microorganismo encontra-se dentro dos ma-crófagos, sob a forma de pequenos corpos ovais, chamados corpúsculos de Donovan, que se evidenciam pelos métodos de Giemsa, Leishman e Wright ⁵.

A denominação de donovanose deve-se a Marmell e Santoro ⁹, em 1950 para homenagear Donovan.

Considerada a 5ª doença venérea, é de baixa inci-dência em nosso meio, sendo mais encontrada nas regi-ões norte e nordeste do país. Trinta e um anos após a sua descoberta, Aragão e Vianna introduziram o tratamento com antimoniais ¹.

Com o advento da antibioticoterapia este tratamento foi abandonado devido a seus efeitos colaterais, sendo sub-stituído pela estreptomocina em 1947. Esta droga demons-trou-se muito ativa, apresentando, entretanto, sérios efeitos adversos que levaram freqüentemente à interrupção do tra-

Tabela 8

Tianfenicol no Tratamento da donovanose

Ref.	Ano	Autor(es)	Pacientes		% Cura	Dosagem
			Tratados	Curados		
1	1986	Belda	1	1	100,0	500mg 8/8h x 5 dd
4	1986	Gonçalves	3	3	100,0	500mg 8/8h x14 dd
11	1986	Passos	13	11	84,6	2,5g em dias alter. 5 doses
6	1990	Jardim	34	28	82,3	500mg 12/12h x 15 dd
TOTAL			51	43	84,3	

tamento. Foram também empregados a tetraciclina, a ampicilina, a gentamicina, a eritromicina, o cotrimazol, a lincomicina e o cloranfenicol.

Durante o 2º Congresso Mundial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, realizado em julho de 1986 em Paris, foram apresentados os seguintes trabalhos sobre o emprego do Tianfenicol no tratamento da donovanose:

“Treatment of Donovanosis with Thiamphenicol”⁴ de Gonçalves e Sardinha que referiram os resultados obtidos com este antibiótico no tratamento de 3 pacientes de raça negra, no Dispensário Alfredo da Mata na Escola Médica da Universidade do Estado do Amazonas, com diagnóstico de donovanose comprovado pelo aspecto geral das lesões e pelo exame citológico e histopatológico através da coloração de Giemsa. Aos pacientes foi administrado o Tianfenicol na dose de 500mg durante 14 dias, obtendo cura completa com rápida cicatrização das lesões e ótima tolerância à droga. Os pacientes foram reexaminados no 3º, 7º, e 12º dias após o tratamento, não se observando nenhuma recidiva.

– “Donovanosis - A New Treatment” de Passos e Col.¹¹ No Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense, do Rio de Janeiro e no Departamento de Ginecologia da Universidade Federal Fluminense, do Rio de Janeiro, foram tratados pela cultura de *C. granulomatis*. Foi usada a dose 2,5 g em dias alternados por um total de 5g. A duração do tratamento foi de 10 dias com cura clínica e bacteriológica completa. Todos os casos foram reexaminados no 1º, no 2º dia e três meses após o tratamento, não se constatando recidiva alguma.

Os autores, concluíram que esta era uma nova forma de terapia a ser tomada em consideração devido à rapidez do tratamento e ao baixo custo, à conveniência da administração, ausência de efeitos colaterais significativos, ao alto índice de cura e ao importante fator da cicatrização, já no período de evolução da doença.

Em 1990, M.L. Jardim e Z.O. Mello realizaram na Clínica Dermatológica da Universidade Federal de Pernambuco, uma outra experiência com Tianfenicol no tratamento da donovanose publicada nos Anais Brasileiros de Dermatologia⁶. Foram tratados 34 pacientes, sendo 26 de sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idade variando de 15 a 40 anos. Todos os pacientes foram tratados com Tianfenicol granulado de 2,5 g no primeiro dia e seguidamente com 500mg de Tianfenicol cápsulas a cada 12 horas até a cura completa, comprovada pela ausência das lesões e pelos exames diretos corados pelo Giemsa, realizados semanalmente. A negatificação bacteriológica foi constatada em 100% dos casos, sendo 11,8% na 1ª semana, 70,6% na segunda e o restante na 3ª semana após o início de tratamento. Os autores concluíram que o tianfenicol é uma droga de primeira escolha no tratamento da donovanose devido ao elevado índice de cura, a fácil administração, ausência de efeitos colaterais e ao baixo custo da droga.

Todos estes produtos dão uma boa resposta terapêutica, quando utilizados por mais de 3 semanas, tempo em que geralmente se observa a negatificação bacteriológica e o início da cicatrização das lesões.

Com base no sucesso terapêutico obtido por Robinson¹², Lal⁷ e Maddocks et col.⁸ com emprego do cloranfenicol e na tentativa de reduzir o tempo de tratamento, Belda², Passos¹¹, Gonçalves⁴ e Jardim⁵, foram estimulados a usar o Tianfenicol. O comitê de “Experts da OMS”¹³ já recomendava o uso do Cloranfenicol ou Tianfenicol na dose de 500mg, via oral, 4 vezes ao dia por 3 semanas, juntamente com 1 mg/Kg I.M. 3 vezes ao dia durante 3 semanas. No período de 1986 - 1990, foram estudados 51 pacientes constatando-se uma eficácia geral de 84,3% (**Ver tabela 8**)

Foi constatado que a negatificação bacterioscópica ocorria a partir da 2ª semana após o início do tratamento não se observando efeitos colaterais significativos, intolerância à droga ou recidivas, tornando-se o Tianfenicol uma opção para o tratamento da donovanose.

Linfogranuloma Venéreo

O linfogranuloma venéreo (LGV), ou Doença de Nicolás-Favre-Durant, tem como etiologia a *Chlamydia trachomatis* sorotipo L1, L2 e L3. Doença de evolução subaguda ou crônica, ocorre mais frequentemente em países tropicais e subtropicais em desenvolvimento, embora tenham sido diagnosticados alguns casos esporádicos em países desenvolvidos onde está ligado à promiscuidade e à homossexualidade.

Na proporção de 5 casos masculinos para cada caso feminino, o linfogranuloma representa, para o Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de 1 a 3% do total de casos registrados.

Seu agente, biológica e sorologicamente, é a *Chlamydia trachomatis*, responsável também pelo tracoma, conjuntivite, cervicite e uretrite. Caracteriza-se por uma lesão primária exulcerada, fugaz e, sobretudo na fase secundária, por um enfartamento gânglio-inguinal, também conhecido como bubão.

O diagnóstico geralmente é clínico. A confirmação laboratorial pode ser feita pela imunofluorescência direta com antígenos monoclonais, ou pelo isolamento da *Chlamydia trachomatis* em células de McCoy.

Apesar de muito utilizada no passado, a intradermoreação de Frei não possui valor diagnóstico, pois a sua positividade é permanente.

Se de um lado as infecções uretrais e as complicações masculinas e femininas provocadas pela *Chlamydia trachomatis* vêm aumentando, por outro lado estamos observando um número cada vez menor de casos de linfogranuloma.

Uma grande variedade de antibióticos e quimioterápicos

foram utilizados no tratamento do LGV, sendo as sulfonamidas, da década de 40, as primeiras substâncias a apresentar eficácia, necessitando entretanto de um tratamento prolongado de vários meses.^{4,5,6}

A penicilina e espstreptomicina demonstraram-se ineficazes, ao passo que as tetraciclina foram efetivas no tratamento do estágio primário e secundária do LGV.⁸

Coutts em 1950² e Greemblatt em 1952³ citam a utilização do Cloranfenicol com resultados semelhantes aos obtidos com tetraciclina.

Siboulet¹¹, no IV Congresso Latino Americano de DST em Salvador, Bahia (1983), citou os primeiros resultados com Tianfenicol cápsulas 2g/dia durante 15 dias.

Belda¹, em 1983, iniciou a utilização, no Brasil do Tianfenicol no tratamento do LGV obtendo rápida cura. Por ser todavia exíguo o número de casos tratados, estes não foram publicados.

Passos e col.⁷ empregaram o Tianfenicol 500 mg, 8/8 horas por 10 dias, em 21 pacientes do dispensário anti-venéreo do Serviço Municipal de Higiene de São Gonçalo (Niterói - RJ), no período de 1984 a 1985, obtendo a remissão dos sintomas no prazo de 5 dias em todos os pacientes, sem observar efeitos colaterais sérios.

Santos Júnior e col.⁹, dando prosseguimento às observações de Belda, no Serviço de Dermatologia Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, puderam tratar com Tianfenicol, no período de 1987 a 1988, 11 casos administrando a dose de 1,5g/dia V.O. durante 10 dias, obtendo a remissão completa dos sintomas, sem observar efeitos colaterais que interrompessem a terapêutica.

Em seguida, em 1990, Santos Júnior e col.¹⁰ avaliaram o emprego do Tianfenicol utilizando 2 esquemas posológicos em 22 pacientes com LGV:

Grupo I - Tianfenicol 250 mg cápsulas: 2 cápsulas. 8/8 h - 10 dias

Grupo II - Tianfenicol granulado 2,5 g VO (dose inicial) - Tianfenicol 250 mg (cáps.), 2 cáps. 8/8 h - 10 dias.

Houve um encurtamento, no tempo de tratamento do LGV de 5 dias em relação aos tratamentos convencionais.

Referências Bibliográficas:

Introdução

- 1) Ashford, W.A.; Golash, R.G.; Helman, V.G. Penicilinase - producing *Neisseria gonorrhoeae*. Lancet, 2:2: 657 - 658, 1976.
- 2) Belda, W.Jr. Resistência plasmidial e cromossômica à Tetraciclina. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil, 1992.
- 3) Brunaud, M.; Stofiaroff, M.; Laplassotte, J. Toxicité aigue du Chloramphenicol et du Thiophénicol chez le rat adulte et nouveau-né - Thérapie, 17: 36, 1962.
- 4) Center for Disease Control - Penicilinase - producing *Neisseria gonorrhoeae* - MemoW.R., 25: 261, 1976.
- 5) Center for Disease Control - Penicilinase - producing *Neisseria gonorrhoeae* worldwide - M.M.W.R., 26:153 - 154, 1977.
- 6) Center for Disease Control - Sexually Transmitted Diseases, summary, 1982 - M.M.W.R., 31 (Suppl.), 1982.
- 7) Center for Disease Control - Sexually Transmitted Diseases, Treatment guidelines, 1985 - M.M.W.R., 35 (Suppl. 4), 8 - 13, 1985.
- 8) Cutler, R.A.; Stenger, J.; Suter, C.M. *New antibacterial agents: 2 - acetylamino - 1 - (4 - hidrocarbonyl sulfonylphenyl) - 1 - 3 - propanodiolis and relat compounds - J.*

- Amer. Chem. Soc., 74: 5475 - 5481, 1952.
- 9) Della Bella, D. Biological properties of chloramphenicol as related to structural features: from classical knowledge to future developments - In: Safety problems related to Chloramphenicol and Thiamphenicol Therapy - Edited by Najean, Y.; Tognoni, G.; Yunis, A. - Raven Press, New York, 1981.
- 10) Duluc, J.; Labouche, F.; Henaff, R.; Barreau, G. Réflexions sur le traitement des urétrites gonococciques par un nouvel antibiotique (8053 CB). Rev. Lyon Méd., 13: 639, 1964.
- 11) Ferrari, V.; Pajola, E. Types of haemopoietic inhibition by Chloramphenicol and Thiamphenicol - In: Safety problems related to Chloramphenicol and Thiamphenicol therapy. Edited by Najean, Y.; Tognoni, G.; Yunis, A. - Raven Press, New York, 1981.
- 12) Franceschini, R. Drug utilization data for Chloramphenicol and Thiamphenicol in recent years - In: Safety problems related to Chloramphenicol and Thiamphenicol therapy - Edited by Najean, Y.; Tognoni, G.; Yunis, A. - Raven Press, New York, 1981.
- 13) Franchini, M. Prevalência de *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase no Distrito Federal. Informação comunicativa no I Encontro sobre doenças sexualmente transmissíveis no Brasil Central - Brasília, DF, 1984
- 14) Fuga, G.C. Il Tiofenicol - Sperimentazione clinica nelle uretriti batteriche Dermatologia, 15: 420 - 444, 1964.
- 15) Girard, M.J. Remarques sur l'étiologie et les traitements actuels des urétrites masculines vénériennes. Intérêt du Thiophénicol - Lyon Méd., 208: 689 - 693, 1962.
- 16) Jouve, P. et Robert, P. Essai clinique du 8053 CB ou Thiophénicol en pratique urologique - Sud, Méd, Chir., n° 2475, 1961.
- 17) Knapp, J.S.; Zenliman, J.M.; Beddil, J.W.; Perkins, G.H.; Dewitt, W.E.; Thomas, M.L.; Johnson, S.R.; Morse, S.A. Frequency and distribution in the United States of *Neisseria gonorrhoeae* with plasmid-mediated, high-level resistance to tetracycline. J. Infect. Dis. 155: 819 - 822, 1987.
- 18) Lombardi, C.; Siqueira, L.F.G.; Santos Jr., M.F.Q.; Francisco, W.; Belda, W. *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase. Primeira cepa isolada em São Paulo (Brasil) - Rev. Saúde Pública. São Paulo, 19: 374 - 376, 1985.
- 19) Magalhães M. - Resistência à Penicilina em *Neisseria gonorrhoeae* - Tese para o concurso de Prof. titular de Disciplina Microbiológica Médica do Departamento de Medicina Tropical do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil, 1984.
- 20) Magalhães M. - Resistência cromossômica à penicilina em *Neisseria gonorrhoeae* - Rev. Microbiol., São Paulo 18 (3): 219 - 223, 1987.
- 21) Magalhães M. - *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase no Recife - Brasil - Rev. Microbiol. São Paulo, 18 (3): 229 - 234, 1987.
- 22) Laplassotte J., Brunaud M. - Recherches expérimentales sur le Thiophénicol: activité antibactérienne, concentrations humorales, élimination. Comparasion avec le chloramphenicol - Thérapie, 16: 101 - 108, 1961.
- 23) Lodola E., Marca F. - Livelli ematici ed eliminazione urinaria e biliare del tiofenicol nell'uomo in confronto con il cloranfenicol - Giorn. Ital. Chemiot., 11: 130, 1964.
- 24) McChesney E.W., Koss R.F., Shekosky J.M., Deitz W.H. - Metabolism of dextrosulphenidol in several animal species - J. Amer. Pharm. Ass., 49: 762, 1960.
- 25) Phillips J.B. - lactamase producing penicillin resistant gonococcus - Lancet, II: 656 - 657, 1976.
- 26) Reborá A. e Moretti G. - Thiophenicol in the treatment of acute gonococcal urethritis - Minerva Dermat. (Atti SIDES, 39) (Suppl. 8 - 12): 183 - 184, 1964.
- 27) Reynaud R., Revil H., Picca M., Hubert L. - Traitement des infections urinaires par le thiophénicol - Méd, Afrique Noire, 7: 275, 1964.
- 28) Siboulet A. - Intérêt du Thiophénicol dans le "Traitement-minute" dans la gonococcie (6.000 cas) - Vie Méd. Actuel., 1:22, 1964.
- 29) Siqueira L.F.G. - O problema da *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase e sua possível ocorrência na cidade de São Paulo Dissertação de Mestrado, apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1987.
- 30) Smania Jr. A., Gil L., Smania E.F.A., Zoccoli C.M., Michell D., Lopes R. - Resistência a agentes antimicrobianos de amostras de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas em Florianópolis - Rev. Microbiol. São Paulo, 22 (4): 308 - 312, 1991.
- 31) Trivellato E., Vettori G. - Chemioterapici delle vie urinarie. Nota 1. Tiofenicol: eliminazione urinaria nell'uomo - Urologia, 25: 356, 1958
- 32) Trivellato E., Vettori G. - Chemioterapici delle vie urinarie. Nota 2. Tiofenicol: attività antibatterica in vitro - Urologia, 25: 356, 1958.
- 33) Yunis A.A. - In: Proceedings of the First International Symposium on aplastic anemia - Kyoto, Japan, edited by Hibino S., Takaku F. and Shahidi N., Univ. of Tokyo - Press, Japan, 1976, pag. 321.
- 34) Yunis A.A. - In: The year of Hematology - Edited by Silber R., Lobue J. and Gordon A., p. 143, Plenum Publishing Co., New York, 1978.
- 35) Yunis A.A. - Comparative toxicity of Chloramphenicol and Thiamphenicol with particular reference to aplastic anemia - Chemioterapia antimicrobica, 4 (1):52 - 58, 1981.
- 36) Yunis A.A. - Chloramphenicol toxicity: 25 years of Research - Am. J. Med., 87 (3): 44N - 48N, 1989.
- 37) Wiesner P.J., Holmes K.K., Sparling P.F., Maness M.J., Bear D.M., Gutman L.T., Karney W.W. - Single doses of methacycline and doxycycline for gonorrhea: a cooperative study of the frequency and cause of treatment failure - J. Infect. Dis., 127: 461 - 466, 1973.

Referências Bibliográficas:

Uretrite Gonocócica

- 1) Aguinaga S., Moraes M., D'Assunção M.S. - Observações terapêuticas de Tianfenicol no tratamento de uretrites específicas e inespecíficas Apresentado no X Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1965.
- 2) Belda W. - O tratamento da uretrite gonocócica pelo Tianfenicol - O Hospital, 67 (4): 227 - 232, 1965.
- 3) Belda W. - Novos rumos no tratamento da uretrite gonocócica aguda: O Hospital, 73 (6): 325 - 334, 1968.
- 4) Belda W., Marcondes S.A.O., Albuquerque A., Tomaino F.P.A. - Algumas considerações sobre o tratamento da gonorréia aguda no homem - Rev. Bras. Clin. Terap. 2(1): 25 - 28, 1973.
- 5) Belda W. - O tratamento da uretrite gonocócica aguda masculina pelo Tianfenicol - Uma Revisão - Rev. Bras. Clin. Terap. 7 (6): 375 - 379, 1978.
- 6) Belda W., Santos Jr. M.F.Q., Belda Jr. W. - Thianfenicol in the treatment of male gonococcal urethritis. A study of 1230 cases - Sex. Transm. Dis., 11 (4 Suppl.): 418 - 419, 1984.
- 7) Belda W., Santos Jr. M.F.Q., Fagundes L.J., Siqueira L.F.G., Lombardi C., Francisco W. - Minute treatment with thiamphenicol in water for acute gonococcal urethritis in male patients - Sex. Transm. Dis., 11 (4 Suppl.): 420 - 422, 1984.
- 8) Belda W. (in memoriam), Santos Jr. M.F.Q., Siqueira L.F.G., Lang D., Francisco W., Belda Jr. W. - Estudo comparativo da eficácia da penicilina procaina + probenecid, do Tianfenicol granulado, da Espectinomina e da Rosoxacina no tratamento da Uretrite gonocócica aguda masculina - Rev. Ibero-Latino-Americana da ETS 4 (1): 27 - 32, 1990.
- 9) Daniel L.L., Teramussi L.A., Romualdo G. - Tianfenicol no tratamento da uretrite gonocócica - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 10) Fauri J.C.C. - Tianfenicol no tratamento da gonorréia em mulheres - Rev. Bras. Clin. Terap., 5: 151 - 154, 1978.
- 11) Gonçalves E.S. - O emprego do Tianfenicol granulado 2,5g em 20 pacientes portadores de gonorréia aguda não complicada - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 12) Gonçalves E.S. - The use of Thiamphenicol in male patients with acute uncomplicated gonorrhoea - Apresentado no 2nd World Congress on Sexually Transmitted Diseases (S.T.D.), Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 13) Huggins D., Camara M.G. - Treatment of asymptomatic anorectal gonorrhoea in homosexual men with Thiamphenicol granulated. Apresentado no International Congress for Infection Diseases - V Congresso da Sociedade Brasileira de Infectologia, Rio de Janeiro, April, 7 - 12, 1988.
- 14) Juá T.G. - Tratamento das uretrites gonocócicas pelo Tianfenicol - Folha Médica, 55: 677 - 682, 1967.
- 15) Lima S.V.C., Santos B.E.A. - Ensaio clínico laboratorial aberto no tratamento da uretrite gonocócica em pacientes adultos de sexo masculino. Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 16) Magalhães M. - Uretrite causada por *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase: relato de um caso - Rev. Bras. Patol. Clin., 20: 116 - 118, 1984.
- 17) Martins A.D. - Tratamento com Tianfenicol granulado da gonocócica feminina - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 18) Martins A.D., Cattapan A.I., Cotta M.C., Furtado D.M. - Treatment of gonorrhoea with Thiamphenicol in female patients - Apresentado no 2nd World Congress on Sexually Transmitted Diseases (S.T.D.), Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 19) Naud P.S.V., Muller L.F.B., Weiss H., Poitevin N., Poise C.H., Pieta J. - O emprego do Tianfenicol granulado em pacientes com infecção gonocócica aguda em regime de dose única - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 20) Naud P., Kruse W., Poise C., Barcellos S., Ramos J.L., Passos J.A., Cavalheiro J.A., Rank B. - Acute female gonococcal infection. Therapeutic response to Thiamphenicol - Apresentado no 2nd World Congress on Sexually Transmitted Diseases (S.T.D.), Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 21) Netto J.M., Netto E.N., Toledo Filho J.S. - Tratamento da gonorréia com dose única de Tianfenicol - H.E. Rev. n. 3: 29 - 34, 1976.
- 22) Passos M.R.L., Lopes P.V.C. - Gonorréia de localização vulvo-vaginal tratada com Tianfenicol granulado - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 23) Passos M.R.L., Goulart R.A. Filho, Souza Neto B.A., Souza E.T. - Comparative study of single-dose treatment of acute gonococcal urethritis in man - Apresentado no 2nd World Congress on Sexually Transmitted Diseases (S.T.D.), Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 24) Pecoraro G. e Campos Freire Filho G. - Tratamento das uretrites pelo Tianfenicol - Apresentado no X Congresso Brasileiro de Urologia, São Paulo, 1965.
- 25) Rios I.N.C., Cruz F., Oliveira B., Rios Filho I.N.C. - Tianfenicol granulado em dose única no tratamento da uretrite gonocócica não complicada Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 26) Rios I.N.C. e Rios Filho I.N.C. - Tianfenicol em dose única de 2,5g no tratamento da uretrite gonocócica masculina - Apresentado no 6º Congresso Latino-Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual (E.T.S.) - Guayaquil, Equador, 16 - 18 de setembro de 1987.
- 27) Rodrigues V. e Vasconcelos J.M. - Considerações sobre o emprego do Tianfenicol em dose única nas uretrites gonocócicas - Rev. Bras. Med., 28 (6) 288 - 291, 1971.
- 28) Rodrigues F.A.C. - Tianfenicol granulado no tratamento das uretrites gonocócicas agudas - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 29) Salvitti C., Trindade Filho J., Neves R.G. - Tratamento da uretrite gonocócica no homem pelo Tianfenicol granulado em dose única Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 30) Santos C. - O tratamento da uretrite gonocócica aguda no homem com Tianfenicol granulado - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 31) Santos C. - Treatment of Gonorrhoea with Thiamphenicol: study of 4500 male patients - Sex. Transm. Dis., 11 (4 Suppl.): 400 - 403, 1984.
- 32) Santos Jr. J.L. e Furtado T. - Tianfenicol em dose única (2,5g) no tratamento da infecção gonocócica masculina e feminina - Bol. Inf. Union, 10 (38): 4.5, 1985.
- 33) Siboulet A. et Egger G. - Notre traitement de uretrites gonocociques masculine à la consultation des blennorrhagies de l'Hôpital Saint Louis (à propos de 10.000 cas.) - Am. Dermat. Syphil. 92: 387 - 395, 1965.
- 34) Siboulet A. - Results of the minute treatment of gonorrhoea in 26.339 cases Postgraduate Medical Journal, 48 (Supl. 1): 65 - 70, 1972.
- 35) Siboulet A. - "One minute treatment" with Thiamphenicol in 50.000 cases of gonorrhoea: a 22- years study - Sexually Transmitted Diseases, 11 (4Suppl.): 391 - 395, 1984.
- 36) Tarlé S.F., Oliveira A.F. - Glitisol G no tratamento da uretrite gonocócica masculina não complicada - Apresentado no 4º Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Salvador, Bahia, 18 - 21 de setembro de 1983.
- 37) Teixeira L.N.A. e Almeida J.L.M. - Ensaio Terapêutico do Tianfenicol no tratamento do cancro mole e da blenorragia - Folha Médica, 90 (6)-. 359 -360, 1985.

Referências Bibliográficas:

Uretrite Não Gonocócica

- 1) Aguinaga S., Moraes M., D. Assunção M.S. - Observação terapêutica de Tianfenicol no tratamento de uretrites específicas e inespecíficas. Apresentado no X Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1965.
- 2) Belda W., Mendes C.M.F., Carvalho R.P.S., Siqueira L.F.G., Francisco W., Santos Jr. M.F.Q. - *Chlamydia trachomatis*: estudo comparativo entre o isolamento em culturas de células e o exame direto no diagnóstico da uretrite masculina - Rev. Paul. Med., 103 (4): 199 - 201, 1985.
- 3) Belda W. - Importância atual das uretrites nas Doenças Sexualmente Transmissíveis - J. Inform. Urolog., 19 (encarte), 1985.
- 4) Catalan F. - Les Chlamydiae: importance en pathologie humaine - Rev. Inst. Pasteur de Lyon, 13 (1): 123 - 131, 1980.
- 5) Chivarakorn A., Panikabutra K., Kovanoni L. - Thiamphenicol for treatment of nongonococcal urethritis in males - Apresentado no 2nd World Congress on S.T.D., Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 6) Eichmann A., Eugster H.P. - Thiamphenicol in the treatment of urethritis caused by *Chlamydia trachomatis* - Apresentado no 2nd Congress World on S.T.D., Paris 25 - 28 de junho de 1986.
- 7) Gilliet G., Macciocchi A. - Preliminary study on the use of Thiamphenicol in the treatment of nongonococcal urethritis - Apresentado no 2nd World Congress on S.T.D. - Paris, 25 - 28 - de junho de 1986.
- 8) Magalhães M. e col. - Uretrites não gonocócicas masculinas associadas a Chlamydia, Ureaplasma e Trichomonas - Rev. Microbiol., São Paulo 13 (2): 156 - 160, Abr/jun., 1982.
- 9) Mensing H. e col. - Treatment of urethritis by Thiamphenicol - European Journal of Sexually Transmitted Diseases 3: 47 - 49, 1985.
- 10) Oriel J. D. e Ridgway M. D. - Genital infection by *Chlamydia trachomatis* First published 1982 by Edward Arnold (Publishers) Ltd.
- 11) Rios I.N.C. e Rios Filho I.N.C. - Eficácia do Tianfenicol no tratamento da uretrite não gonocócica - Apresentado no XIX Congresso Nacional da Academia Espanhola de Dermatologia e Venereologia, Alicante, Espanha, maio-junho de 1990.
- 12) Rocha L.C.A., Brambil D., Rocha P.A. - Uretrites por *Chlamydia trachomatis*: Tratamento com Tianfenicol - Nota Preliminar - J. Bras. Doenças Sex.

Transm., 3 (3/4): 76 - 80, 1991.

- 13) Saito J. - Clinical evaluation of Thiamphenicol in the treatment of nongonococcal urethritis - Sex. Transm. Dis., 11 (4 Suppl.): 460 - 462, 1984.
- 14) Santos Jr. M.F.Q. - Estudo do Tiamfenicol no tratamento da uretrite não gonocócica masculina - Nota Prévia - V Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Simpósio Internacional de úlceras Genitais e VIH - Recife, Pernambuco 24 - 26 de novembro de 1994.
- 15) Schlapfer G., Eichmann A., Eugster H.P. - Le Thiamphenicol dans le traitement de patients de sex masculin atteints d'urétrite à *Chlamydia trachomatis*. Medicine, 9(3): 253 - 254, 1990.
- 16) Siboulet A., Catalan F. - As manifestações das infecções urogenitais de etiologia mista - Bol. Inform. Union., 4- (13): 3 - 4, 1979.
- 17) Srougi M., Arap S. - Uretrites não gonocócicas - Capítulo 8 in. Belda W. Doenças Sexualmente Transmissíveis - Rio de Janeiro, Eleá Ciência Editorial, 1986.

Referências Bibliográficas:

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

- 1) Bhadrakorn C., Vardhthanamurara Ch., Usverjindawath Ch. - Treatment of severe inflammatory diseases with Thiamphenicol - J. Med. Ass. Thailand, 66: 37 - 40, 1983.
- 2) Center for Disease Control - Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines - MMWR, 3 (Suppl. 45): 335 - 445, 1982.
- 3) Center for Disease Control - 1985 - Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines - MMWR, 34 (Suppl. 45), 1985
- 4) Center for Disease Control - 1989 - Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines - MMWR, 38 (Suppl. 85): 315 - 345, 1989
- 5) Kunz J., Macciocchi A. - Acute salpingitis and thiamphenicol: a microbiologic and therapeutic study - Sex. transm. dis., 11 (Suppl. 4): 440 - 453, 1984.
- 6) Linhares I.M., Azevedo E.M.M., Belda W., Siqueira L.F.G., Fonseca A.M., Salvatore C.A. - Infecções cervico-vaginais: tratamento com Tiamfenicol - J. Bras. Ginecol., 97 (7): 363 - 366, 1987.
- 7) Linhares I.M., Siqueira L.F.G., Miranda S.D., Melles H.H.B., Bagnolli V.R., Pereira E.A.G. - Prevalência de *C. Trachomatis* em mulheres sintomáticas e assintomáticas e tratamento com Tiamfenicol (Estudo preliminar) Apresentado no III Congresso Brasileiro de DST, São Paulo, Brasil, novembro de 1990.
- 8) Martins A.D., Cattapan A., Cotta M.C., Furtado D.M. - Treatment of chronic pelvic pain with thiamphenicol and fenitiazac- Apresentado no 2nd World Congress on STD, Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 9) Monif G.R.G. - Clinical staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications - Am. J. Obstet. Gynecol., 143 - 489, 1982.
- 10) Monif G. R. G. - Choice of antibiotics and length of therapy in the treatment of acute salpingitis - Am. J. Med., 7-8 (Suppl. 6B): 188 - 192, 1985.
- 11) Moroni M., Privitera G., Marca G., Cotta A.M. - Observations on antibiotic therapy in anaerobic infections of the female genital tract - Giom. Mal. Infett. Parass., 31 (6): 357 - 363, 1979.
- 12) Naud P., Kruse W., Barcellos S., Ramos G.L., Passos E., Rank B., Cavalheiro A. - *Chlamydia trachomatis* detection in Pelvic inflammatory Disease - Apresentado no 2nd World Congress on STD, Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 13) Nettleman M.D., Jones R.B. - Proportional payment for pelvic inflammatory disease: who should pay for chlamydial screening? - Sex. Transm. Dis., 16 (1): 36 - 40, 1989.
- 14) Passos M.R.L., Roca W., De Souza Neto B.A., De Souza E.T. - Acute pelvic inflammatory disease. Etiologic aspect and Treatment- Apresentado no 2nd World Congress on STD, Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 15) Peterson H.B., Walker C.K., Hahn J.G., Washington A.E., Eschenbach D.A., Faro S. - Doença Inflamatória Pélvica. Pontos - chaves para o tratamento e opções - JAMA/GO, 1: 163 - 178, 1993.
- 16) Ridgway G.L. - The epidemiology of genital infection with *Chlamydia trachomatis* - Communication to International Symposium on Thiamphenicol and Sexually Transmitted Diseases, Istanbul (Turkey), 14 - 15 de abril de 1983.
- 17) Shimada K. - Effect of Neomycin on anaerobic bacteria - Apresentado no Symposium on new findings of Neomycin oral parenteral, Tokyo, 1974.
- 18) Stam W.E., Tam M., Naester M., Cles L. - Detection of *Chlamydia trachomatis*, inclusions in McCoy cells culture with fluorescein conjugated monoclonal antibodies - J. Clin. Microbiol., 17: 666 - 668, 1983.
- 19) Sthefens R. S., Kuo Ch., Milton R., Tam M. - Sensibility of immunofluorescence with monoclonal antibodies for detection of *Chlamydia trachomatis* inclusions in cells culture - J. Clin. Microbiol., 16: 4 - 77, 1982.
- 20) Sutter V.L., Finegold S.M. - Susceptibility of anaerobic bacteria to 23 antimicrobial agents - Antimicrob. Agents Chemother. 10: 736 - 751, 1976.
- 21) Teramoto C., Motomura R., Nishimura S., Sohma K., Yamabe T., Fujita N., Kurojji K., Yasunaga M. - Chemotherapy for urogenital infection (2nd report) - Chemotherapy, 29 (12): 1453, 1981.
- 22) Ulson C.M., Hutzler R.U., Sinto S.I., Kirchner E.E., Rodrigues E., Peixoto

S., Salvatore C.A. - Aspectos microbiológicos de alguns quadros de infecção puerperais e pós-abortamento séptico visando, em especial, os anaeróbios - Rev. Inst. Med. trop. São Paulo, 21 (Suppl. 3): 24 - 66, 1979.

- 23) Uzeda M., Ferreira M.C.S., Araujo W.C., Otto S.S. - Diagnóstico laboratorial das infecções anaeróbias - Rev. Ass. Méd. Brasil 26- 2, 1980.
- 24) Van Beers D., Schoutens E., Vanderlinden M.P., Kourassowsky E. Comparative in vitro activity of chloramphenicol and thiamphenicol in common aerobic and anaerobic gram-negative bacilli (Salmonella and shigella excluded) - Chemotherapy, 21: 73 - 81, 1975.
- 25) Vige P.M., Henrion R.M. - Thiamphenicol for treatment of Salpingitis - Sex. Transm. Dis., 11: (Suppl. 4): 441 - 443, 1984.
- 26) Whashington A.E., Cates W., Zaidi A.A. - Hospitalization for pelvic inflammatory disease. Epidemiology and trends in the United States, 1975 to 1981 - JAMA, 251: 2529 - 2533, 1984.
- 27) Westrom L., Iosif S., Svensson L., Mardh P.A. - Infertility after salpingitis: results of treatment with different antibiotics - Curr. Ther. Res., 26: 752 - 758, 1979.
- 28) Westrom L. - Introductory address: treatment of Pelvic Inflammatory Disease in view of etiology and risk factors - Sex. Transm. Dis., 11 (Suppl.4): 437 - 440, 1984.
- 29) Zambon Research Laboratory - Microbiological Report, 1974.
- 30) Zapata M., Chemesky M., Nahony J., - Indirect immunofluorescence staining of *Chlamydia trachomatis* inclusions in microculture plates with monoclonal antibodies - J. Clin. Microbiol., 19: 937 - 939, 1984.

Referências Bibliográficas:

Vaginose Bacteriana

- 1) Baldson H.J., Taylor G.E., Pead L., Maskeli R. - *Corynebacterium vaginale* and vaginitis: a controlled trial of treatment - Lancet, 1: 501, 1980.
- 2) Baldson M.J. - Treatment of the Gardnerella vaginalis syndrome with a single 2 gram oral dosage of Metronidazole - Scand. J. Infect. Dis., 40 (Suppl.): 101 - 102, 1982.
- 3) Bardi M., Lasala L., Mancuti G., Battioni D. - Metronidazole for non specific vaginitis - Lancet, 1: 1029, 1981.
- 4) Blakwell A.L., Philips J., Fox A.R., Baeow J. - Anaerobic vaginosis (non specific vaginitis): clinical, microbiological and therapeutics findings Lancet, 17: Dec.: 1379 - 1382, 1982.
- 5) Ceddia T., Branca M. e Cassone A. - *Gardnerella vaginalis* ruolo di un microorganismo emergente quale agente vaginopatico e suo inquadramento nell'ecosistema microbico vaginale - Ann. Ist. Super. Sanità, 25 (2): 229 - 252, 1989.
- 6) Curtis A.H. - A motile curved anaerobic bacillus in uterine discharges - N J. Infect. Dis., 12: 165, 1913
- 7) Durfee M.A., Forsith P.S., Hale J.A., Holmes K.K. - Ineffectiveness of erythromycin for the treatment of *Haemophilus vaginalis* associated vaginitis Possible relationship activity of vaginal secretions - An. Agents Chemother., 16: 615 - 637, 1979.
- 8) Eschenbach D.A., Critchlow C.W., Walkins H., Smith K, Spiegel C.A., Chen Kirk C. S., Holmes K. K. - Adose duration study of Metronidazole for treatment of non-specific vaginosis - Scand. J. Infect. Dis., 40 (suppl.): 73 - 80, 1983.
- 9) Eschenbach. - Acute Pelvic Inflammatory Disease - Urologic Clinics of North America, 1 (1): 65-81, 1984
- 10) Francisco W., Mendes C.M.F.C., Siqueira L.F.C., Silveira M.J., Santos Jr.M.F.Q., Lang D. - *Gardnerella vaginalis*- estudo de sensibilidade frente a alguns antimicrobianos. - Apresentado no Congresso Latino-Americano de Patologia - Belo Horizonte, Minas Gerais, 30 de agosto - 2 de setembro de 1988.
- 11) Francisco W. - Gardnerella vaginalis no trato genito-urinário em São Paulo. Aspecto epidemiológico e de diagnóstico laboratorial - Tese apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências (Microbiologia), São Paulo, 1990
- 12) Fredricson B. e Nord C.E. - Influence of Metronidazole treatment on the vaginal microbiological flora - Scand. J. Infect. Dis., 40 (suppl.): 91 - 94, 1982.
- 13) Gardner H.L., Dukes C.D. - *Haemophilus vaginalis*. A newly defined specific infection previous classified "non-specific" vaginitis - Am. J. Obst. Gynecol., 69 (5): 962 - 976, 1955.
- 14) Greenwood J.R. - Current taxonomic status of *Gardnerella vaginalis* Scand. J. Dis., 11 - 4, 1982.
- 15) Hagstrom B. e Lindstedt J. - Comparison of two different regimes of Metronidazole in the treatment of non-specific vaginitis - Scand. J. Infect. Dis., 40 (suppl.): 95 - 96, 1982.
- 16) Hillier S. e Holmes K.K. - Bacterial vaginosis - In Sexually Transmitted Dis., Ed 2 - New York, Mc graw-Hill, pg. 547, 1989.
- 17) Holst E. - Reservour four organism associated with bacterial vaginosis suggests lack of sexual transmission - J. Clin. Microbiol. 28 (9): 2035-2039, 1990.
- 18) Hubrechts J.M.H., Vanhoff R.L., Daems A., Burzler J.P. - Susceptibility of *Gardnerella vaginalis* to Thiamphenicol clinical experience with nonspecific - Sex.

Transm. Dis., 11 (Suppl.) 4: 456-459, 1984.

- 19) Jerve F. - Treatment of non-specific vaginitis with metronidazole - Scand. J. Infect. Dis., 40 (Suppl.): 111 - 114, 1982.
- 20) Lee L. e Schmale J.D. - Ampicilim therapy for *Corynebacterium vaginale* (*Haemophilus vaginalis*) vaginitis - Am. J. Obstet. Gynecol., 115 - 736, 1973.
- 21) Linhares, I.M. - Eficácia do Trianfenicol no tratamento da vaginose bacteriana - Apresentado no V Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Simpósio Internacional de Úlceras Genitais e VIH, Recife - Pernambuco, 24 - 26 de novembro de 1994.
- 22) Malouf M., Fortier M., Morin G., Maskell R. - Treatment of *Haemophilus vaginalis* - Am. J. Obstet. Gynecol., 57: 711, 1981.
- 23) Martins A.D., Cattapan A., Cotta M.C., Furtado D.M. - Treatment of nonspecific vaginitis with Thiamphenicol - Apresentado no 2nd World Congress on Sexually Transmitted Disease (STD), Paris, 25-28 de junho de 1986.
- 24) Martins A.D. - Tratamento do Mobiluncus sp. com Trianfenicol. Apresentado no VI Congresso de Transmissão Sexual, Guayaquil, Ecuador, 16 - 18 de setembro de 1987.
- 25) Meijden W. der - Treatment of non-specific vaginitis with a single dose of tinidazole - Scand. J. Infect. Dis., 40 (Suppl.): 85 - 90, 1982.
- 26) Peixoto S., Costa L.C., Celestino C., Petti D.A., Tomioka E., Souza A.Z.D. Procedimento de diagnósticos e ensaios terapêuticos com tinidazol na leucorréia por *Gardnerella vaginalis* - J. Bras. Ginec., 94-231 - 294, 1984.
- 27) Pereira G.S., Nunes M.J., Assis M.L. - Vaginites por Mobiluncus: revisão de 145 casos - Apresentado no VII Congresso Latinoamericano de Enfermidades de Transmissão Sexual - La Habana (Cuba) - 13 - 14 de setembro de 1989.
- 28) Petersen E. e Pelz K. - Diagnostic and therapy of non-specific vaginitis. Correlation between KOH-test, clue cells and microbiology - Scand. J. Infect. Dis., 40 (Suppl.): 97 - 100, 1982.
- 29) Pfeifer T.A., Forstyth P.S., Durfee H.M., Pallock, Holmes K.K. - Nonspecific vaginitis: role of *Haemophilus vaginalis* and treatment with metronidazole - New Eng. J. Med., 298: 1429 - 1434, 1978.
- 30) Purdon A. Jr., Haume J.H., Morse P.L., Paine D.D., Enggeelkirk P.G. - An evaluation of single-dose metronidazole treatment for *Gardnerella vaginalis* vaginitis - Obstet. Gynecol., 64: 271 - 274, 1984.
- 31) Ralph E. - Comparative antimicrobial activity of metronidazole and the hidroxin metabolite against *Gardnerella vaginalis* - Scand. J. Infect. Dis., 40 (Suppl.): 115 - 120, 1983.
- 32) Rodgers H.A., Hasse A.F., Pulleg H.C., Hines P.A., Smith R.F. - Sex. Transm. Dis., 5: 1821, 1978.
- 33) Skarin A., Holst E., Mardh P.A. - Antimicrobial susceptibility of comma-shaped bacteria isolated from the vagina - Scand. J. Infect. Dis., 40 (Suppl.): 81 - 84, 1982.
- 34) Spiegel C.A., Roberts M. - *Mobiluncus gen. nov., Mobiluncus curtisii subsp. nov.* curved rods from the human vagina - Int. J. Syst. Bacteriol., 34: 177 - 184, 1984.
- 35) Spiegel C.A. - *Mobiluncus curtisii* and *Mobiluncus mulieris*-curved motile bacteria from the human vagina - Clin. Microb. News Letters, 6 (22): 163 - 168, 1984.
- 36) Swedberg J., Steiner J.F., Deiss F., Steiner S., Driggers D.A. - Comparison of single-dose vs. one week course of Metronidazole for syntomatic bacterial vaginosis - JAWA, 254: 1046 - 1049, 1985.
- 37) Zimmerman K., Tuner G.C. - The taxonomic position of *Haemophilus vaginalis* (*Corynebacterium vaginale*) - J. Path. Bact., 85 212 - 219, 1963.

Referências Bibliográficas:

Cancro Mole

- 1) Almeida R.G., Siqueira L.F.G., Santos Jr. M.F.Q., Dyafuso L.K., Lorença R., Piovensana M., Ayrosa-Galvão P.A. - Infecção por HIV-1 em portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em São Paulo, Brasil. Apresentado no VI Congresso Brasileiro de Infecctologia - Salvador, Bahia, 27 a 31 de agosto de 1991.
- 2) Belda W., Siqueira L.F.Q., Belda Jr. W., Santos Jr. M.F.Q. - Aspectos atuais do cancro mole - Bol. Inf. de la UNION, 8 (29): 3 - 11, 1983.
- 3) Belda W., Santos Jr. M.F.Q., Belda Jr. W., Siqueira L.F.G., Fagundes L.J., Lombardi C. - Novos rumos no tratamento do Cancro mole. Experimentação clinica com Trianfenicol - Apresentado no 4º Congresso Latino Americano de D.S.T - Salvador, Bahia, 18 a 21 de setembro de 1983.
- 4) Belda W., Santos Jr. M.F.Q., Siqueira L.F.G., Fagundes L.J., Belda Jr. W., Lombardi C. - Emprego do Trianfenicol granulado, em dose única de 5,0 gramas no tratamento do cancro mole - An. Bras. Dermat., 50 (4): 209 - 212, 1984.
- 5) Belda W., Santos Jr. M.F.Q., Siqueira L.F.G., Cattapan A. - Tratamento minuto do cancro mole masculino com Trianfenicol granulado - Apresentado no 6º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual Guayaquil, Ecuador, 16 - 18 de setembro de 1987.

- 6) Belda W., Santos Jr. M.F.Q., Siqueira L.F.G. - Situação de algumas das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Brasil - Bol. Inf. de la UNION, 12 (48): 3 - 4, 1987
- 7) Belda Jr. W., Santi C.G., Miranda A.A. - Tratamento do cancro mole com Trianfenicol - Rev. Bras. Med., 42 (6): 204 - 205, 1985.
- 8) Belda Jr. W. - Tratamento do cancro mole com dose única de 5 gramas de Trianfenicol por via oral - Apresentado no 6º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual - Guayaquil, Ecuador, 16 - 18 de setembro de 1987.
- 9) Bogaerts J., Ricard C.A., Dick E.V., Piot P. - The etiology genital ulceration in Rwanda - Sex. Transm. Dis., 169 (3): 123 - 126, 1989.
- 10) Bopp C., Muller R., Gervini R.L., Ruffini M.C. - Ressurgimento do cancro venéreo simples no Rio Grande do Sul - An. Bras. Dermat., 48 (4): 301-310, 1973.
- 11) Ducan M.G., Bilgeri Y.R., Fehier H.G., Ballard R.C. - Treatment of chancroid with erythromycin - Br. J. Vener. Dis., 59:265- 268, 1983.
- 12) Dylewski J., Nsanze H., D'Costa L., Slance L., Ronald A. - Trimethoprim sulfametoxazol in treatment of chancroid. Comparison of two dose treatment regiments with a five day regimen - J. Antibiot. Chemot., 16:103 - 107, 1985.
- 13) Gonçalves E.S. - Emprego do Trianfenicol granulado em homens portadores de cancro mole - Apresentado no 6º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual - Guayaquil, Ecuador, 16 - 18 de setembro de 1987.
- 14) Latif A.S. - Thiamphenicol in the treatment of chancroid in men - Br. J. Vener., 58: 54 - 55, 1982.
- 15) Passos M.R.L., Almeida Fº G.L. - Cancro Mole - Análise terapêutica de 96 casos - Apresentado no 6º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual - Guayaquil, Ecuador, 16 - 18 de setembro de 1987.
- 16) Rios I.N.C., Rios Fº I.N.C. - Trianfenicol em dose única de 5g no tratamento do cancro mole - Apresentado no 7º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual - La Havana, Cuba, 13 - 15 de setembro de 1989.
- 17) Ronald A.R., Albritton W.L. - Chancroid and *Haemophilus ducreyi* - In: Holmes K.K., Nardh P., Sparling P.F., Wiesner P.J., Sexually Transmitted Diseases, Mc Graw H., 11: 185 - 393, 1984.
- 18) Santos Jr. M.F.Q., Belda W., Siqueira L.F.G., Lombardi C. Epidemiological aspects of chancroid - Apresentado no 2nd World Congress on STD, Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 19) Santos Jr. M.F.Q., Belda W., Siqueira L.F.G., Cattapan E. - Aspectos do tratamento do cancro mole com Trianfenicol no Brasil - Experiência de 5 anos - Apresentado no 6º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual - Guayaquil, Ecuador, 16 - 18 de setembro de 1987.
- 20) Santos Jr. M.F.Q., Belda W., Siqueira L.F.G. - Tratamento do cancro mole com Trianfenicol - Estudo de 43 casos - Apresentado no 7º Congresso Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual - La Havana, Cuba, 13 - 15 de setembro de 1989.
- 21) Teixeira L.A.N., Almeida J.L.M. - Ensaio terapêutico com o emprego do Trianfenicol no tratamento do cancro mole e da Blenorragia - Folha Médica, 90 (6): 359 - 360, 1985.
- 22) Santos Jr. M.F.Q. - Aspectos do cancro mole no Município de São Paulo Brasil - Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1993.
- 23) Santos Jr. M.F.Q., Siqueira L.F.Q., Belda W., Borges I.A.C., Mascani M. Estudo Multicêntrico comparativo da eficácia da Eritromicina, do Sulfametoxazol + Trimetopim e do Trianfenicol cápsulas e granulado no tratamento do cancro mole - F. Méd. (Br), 109 (1): 219 - 223, 1994.
- 24) Santos Jr. M.F.Q., Siqueira L.F.G., Almeida R.G., Belda Jr. W. Trianfenicol no tratamento de portadores de cancro mole soropositivo ao vírus da imunodeficiência adquirida (VIH-1). Resumo apresentado no V Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Simpósio Internacional de Úlceras Genitais e VIH - Recife - Pernambuco 24 a 26 de novembro de 1994.

Referências Bibliográficas:

Donovanose

- 1) Aragão H.D., Vianna G. - Pesquisas sobre o granuloma venéreo - Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 45: 1912 - 1913; Granular Ulceroso Tropical, Bol. Soc. Bras. Dermat., 2 (1):13,1912.
- 2) Belda W., Siqueira L.F.G., Santos Jr. M.F.Q., Fagundes L.J., Lombardi C. - Penial Donovanosis - Possible new therapeutic option - Apresentado no 2nd World Congress on S.T.D, Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 3) Donovan R.F. - Ulcerating granuloma of pudenda - Indian med. Gaz., 40: 414,1905.
- 4) Gonçalves E.S., Sardinha J.C.G. - Treatment of Donovanosis with thiamphenicol - Apresentado no 2nd World Congress on S.T.D, Paris, 25 28 de junho de 1986.
- 5) Jardim M.L. - linfogranuloma Venéreo e donovanose in Belda W., D.T.S. Eleá Ciência Editorial - Rio de Janeiro, cap. 9:59 - 61, 1986.
- 6) Jardim M.L., De Oliveira Meio Z. - Tratamento da donovanose com o Trianfenicol - An. Bras. Dermatol., 65 (2), 1990.

- 7) Lal S. - Chloramphenicol therapy in granuloma venereum - Indian J. Dermat. Venerol., 38 (2): 83 - 84, 1972.
- 8) Maddocks I. - Donovanosis in Papua, New Guinea. - Brit. J. Vener. Dis., 52 (3): 190 - 196, 1976.
- 9) Marmell M., Santoro E. - Donovanosis-granuloma inguinale. Incidence, nomenclature, diagnosis - Am. J. Syph. Gonor. Ven. Dis., (34): 83, 1950.
- 10) McLeod K. - Serpiginosis ulcerating - Indian Med. Gaz., (17): 113, 1882.
- 11) Passos M.R.L., Lopes P.C., Almeida F^o G.L., Goulart F^o R.A. Donovanosis: a new treatment - Apresentado no 2nd World Congress on S.T.D., Paris, 25 - 28 de junho de 1986.
- 12) Robinson R.C.V. - Granuloma inguinale: further observations on results of treatment with aureomycin and chloramphenicol - Am. J. Syph. Vener. Dis., 35 (4): 378 - 381, 1951.
- 13) World Health Organization - WHO Expert Comittes on Venereal Diseases and Treponematoses - Technical report Series, 736: 133 - 134, Geneva, 1986.

Referências Bibliográficas
Linfogranuloma Venéreo

- 1) Belda W. - Comunicação pessoal no 3º Congresso Latino Americano de DST, Salvador Bahia, 18 a 21 de setembro de 1983.
- 2) Couits W.E. - Lymphogranuloma venereum: a general review - Bull. WHO, 2: 545 - 562, 1950.
- 3) Greimblatt R.B. - Antibiotics treatments of Lymphogranuloma Venereum

- and granuloma inguinale - Ann. N.Y. Acad. Sci., 55: 1082, 1952.
- 4) Jardim M.L. - Linfogranulomatose venérea e donovanose - In Belda W. DST - Eleá Ciência Editorial - Rio de Janeiro, Cp 9: 59 - 61, 1986.
 - 5) Jones H et al. - Studies on Lymphogranuloma Venereum III- The action of the sulfonamides on the agent of Lymphogranuloma Venereum - J. Infect. Dis., 76: 55, 1945
 - 6) Neves R.G -linfogranuloma inguinal - In : Passos M.R.L., Doenças Sexualmente Transmissíveis, 1ª ed., Editora Cultural Médica - RJ - 7: 68-74,1985.
 - 7) Passos M.R.L., Goulart Filho- R.A., Cattapan A. - Treatment of Lymphogranuloma Venereum with Thiamphenicol - Apresentado no 2nd World Congress on S.T.D., Paris 25 a 28 de junho de 1986.
 - 8) Perine P.L., Osoba O.A., Holmes K.K. Mardh P.A., Sparling P.F., Wiesner P.J. - Lymphogranuloma Venereum - In: Sexually Transmitted Diseases. Mc Graw Hill Book Company N.Y., 26: 281 - 291, 1984.
 - 9) Santos Junior M.F.Q., Siqueira L.F.G., Belda Junior W., - Tiamfenicol no tratamento da linfogranulomatose venérea - Apresentado no VII Congresso Latino Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual, La Havana, Cuba, 13 - 15 de setembro de 1989.
 - 10) Santos Jr. M.F.Q., Belda Jr. W., Siqueira L.F.G. - Novos rumos no tratamento do linfogranuloma venéreo - Apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis - São Paulo, 9-11 de novembro de 1990.
 - 11) Siboulet A. - Aspect actuels de la Thérapeutique des Maladies Sexuelles Transmissibles - Conferencia proferida no 4º Congresso Latino Americano de D.S.T., Salvador, Bahia, 18 a 21 de setembro de 1983.

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

HIV Risk Assessment in Family Planning Clinics in Brazil

Ney Costa, MD¹, Patricia Bailey, Dr PH², Laurie Fox, MPH² e Ines Quental Ferreira¹

1-Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Av. Chile, 230 17th floor. Rio de Janeiro, RJ 20031 - Brazil

2-Family Health International, Post Office Box 13950

Research Triangle Park, NC 27713 USA

* Original em português disponível sob solicitação à redação.

Abstract

As family planning programs consider including STD and HIV prevention advice and services, an important issue is how to identify women in need of these services. In 1992 BEMFAM clinics in Recife and Rio de Janeiro tested two techniques to assess their clients risk of HIV infection. The first was a checklist of seven risk factors. The second consisted of the open-ended question "After all we have talked about today, do you think you are at risk of HIV infection?". According to the checklist, 36% and 38% of the women were considered at risk in Recife and Rio, respectively. Reported risk factors include genital lesions, anal intercourse, and male partners with multiple sexual partners; these did not vary by city*. The open-ended question elicited 42% at risk in Recife and 68% in Rio. By controlling for age, education, marital status, residence and frequency of condom use, residence in Rio and higher education significantly increased the odds of a woman perceiving herself at risk. These results indicate that after receiving information and counseling about HIV many clients and FP program staff perceive themselves and their clients at risk of HIV, suggesting that staff should inform women about their risks and encourage the use of barrier methods.

* *except anal intercourse.*

Resumo

Objetivo:

Como os serviços de planejamento familiar incluíram em suas atividades ações de prevenção para as DSTs/AIDS torna-se um ponto importante identificar as mulheres que necessitam de tal atenção.

Métodos:

Em 1992, clínicas da BEMFAM em Recife e no Rio de Janeiro utilizaram duas metodologias para avaliar com seus

clientes, os riscos de infecção pelo HIV. Uma metodologia consistiu na aplicação de um questionário de verificação de sete fatores de risco. A outra metodologia consistiu em uma pergunta de auto percepção. Depois de tudo que conversamos hoje, você acha que está em risco para infecção pelo HIV"?

Resultados:

De acordo com o questionário de verificação, 36% das mulheres em Recife e 38% no Rio de Janeiro foram consideradas em risco. Os fatores de risco relacionados no questionário indicam a presença de lesões genitais prática do coito anal e vida pessoal com parceiros masculinos que tem relações com várias parceiras. Apenas a prática do coito anal variou por cidade. A pergunta de auto-percepção denotou 42% risco em Recife e 68% no Rio. Comparando idade, instrução, estado civil, residência e frequência do uso de condom, residir no Rio e ter maior nível educacional, elevava significativamente a probabilidade das mulheres distinguirem o risco por si própria.

Conclusões:

Os resultados revelam que, após receber informação e orientação sobre a AIDS muitas clientes de planejamento familiar percebem por si próprias risco para infecção pelo HIV e que os serviços podem assisti-las, esclarecendo e discutindo comportamentos que reduzam as possibilidades da exposição ao HIV.

Introduction

Many family planning (FP) providers see a necessity and want to include prevention activities for sexually transmitted diseases (STDs), including human immunodeficiency virus (HIV) (Ronald and Aral, 1992; Population Reports, 1993). At the same time, some policymakers argue that the FP clinic is not the most appropriate setting in which to curb the epidemic, based on the assumption that most women who attend FP clinics are not at high risk of HIV infection and are at the end of the transmission chain. Nevertheless, because the FP clinic already functions as a source of information regarding sexual issues and pregnancy prevention, it may be an ideal site to inform women about the risks of STD/HIV infection and to encourage and improve the use of condoms or other barrier contraceptives (Williamson, 1992;

Cates and Stone, 1992).

The expansion of quality health care services is complicated by limited resources. Routine STD and HIV screening and testing would be prohibitively expensive in many countries, including Brazil. Thus, determining more cost effective prevention activities is of great importance to program planners (Faúndes and Tanaka, 1992). If a simple strategy were found that could identify men and women at risk of HIV, these individuals could receive, as necessary, counseling and access to methods that protect them from STDs as well as unwanted pregnancies.

Little is known about the feasibility of assessing risk for HIV in FP clinics, especially in less developed countries (Bowen et al, 1990; Thonneau et al. 1991). A study from inner city Baltimore, carried out by the Johns Hopkins University, looked at the ability of verbal screening of pregnant women to identify those who were actually HIV + (Barbacci et al. 1991). A verbal risk assessment for high risk behaviors identified 57% of the HIV + women. However, the researchers concluded that the verbal risk screening which relies solely on voluntary admission of high risk factors was not the best tool; they recommended routine HIV testing which takes away the stigma, does not rely on truthfulness, and will increase the chance that HIV + women are identified and pre-and postnatal precautions taken. Yet if testing all patients is economically impractical, is not verbal risk screening significantly better than nothing?

Project Setting

Brazil has the third largest number of reported AIDS cases in the world (WHO, 1993). The majority of cases are men, but the ratio of men to women has changed from 29 to 1 in 1985 to 4 to 1 in 1992 (Ministério de Saúde, 1993). The states of São Paulo and Rio de Janeiro have reported about 72% of all cases in Brazil; in the Northeast of the country, the state of Pernambuco has reported only 2% of all cases, but has the largest number of cases in the region.

In 1991 BEMFAM (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil), the International Planned Parenthood Federation affiliate in Brazil, began working in AIDS prevention, focusing on high risk groups, such as sex workers, truck drivers and street children. BEMFAM also began to integrate HIV prevention activities into their family planning and reproductive health services. They have educated their clinic staff as well as health care providers at other institutions in STD/HIV prevention.

In 1992 two BEMFAM clinics that offer a variety of reproductive health services tested two techniques designed to assess their clients' risk of contracting HIV infection. The

two sites chosen were the Meier Clinic in Rio de Janeiro and a clinic in Recife, the capital of the state of Pernambuco, both of which tend to serve low income women. Prior to the implementation of the assessment techniques, several focus groups in each city were conducted to assist in the preparation of 1) educational materials that addressed HIV transmission, prevention and partner communication that were used in the clinics during counseling sessions, and 2) a checklist composed of risk factors for HIV infection that included intimate details of women's personal and sexual lives.

The focus group participants reacted positively to their opportunity to talk about sexuality, contraception, STDs and AIDS. Many women described their marital relationship as an "immunization certificate" against the HIV virus. Others acknowledged their partners' infidelity. Unanimously, they recommended that meetings such as theirs take place for their partners (BEMFAM, 1992).

Methodology

At each clinic site, 200 women participated in the risk assessment study. Regardless of their reason for visiting the clinics, women participated in half hour small group counseling sessions about HIV transmission and prevention. These sessions were new clinic activities that included specially designed photonovelas. The session counselors were given similar training, but actual uniformity between cities was not monitored. Afterwards, the 200 women were randomly assigned to one of the two risk assessment techniques administered by clinic staff in privacy. One hundred women in each clinic answered only the non-invasive open-ended question: "After all we have talked about today, do you think you are at risk of HIV infection?" The second 100 checklist referred to her and to her partner's symptoms and behaviors, and included: genital sores (woman and partner), multiple sexual partners (woman and partner), and anal intercourse (woman). These risk factors were restricted in time to the last year. The sixth and seventh factors referred to her and her partner's ever use of IV drugs. All women were asked their age, educational level, marital status, reason for visiting the clinic, contraceptive method used and frequency of condom use in the last year.

Women were classified at risk if they answered yes to the open-ended question or if they answered yes to any one of the seven risk factors. These women were counseled further and encouraged to consider taking condoms from the clinic.

Analyses were performed using SPSS-PC. To determine statistical significance, analysis of variance was used to compare means and chi-square tests for distributions; significance was defined with a p-value of less than or equal to

Table 1: Characteristics of FP clinic clients by city (percent distribution)

Characteristics	Total	Recife	Rio de Janeiro
Age			
<20	15.8	18.0	13.5
20-29	44.3	47.0	41.5
>30	40.0	35.0	45.0
Mean (years)	29.1	28.2	30.1
Education*			
<8 years	59.0	65.5	52.5
>9 years	41.0	34.5	47.5
Marital status*			
In union	62.8	71.0	54.5
Not in union	37.3	29.0	45.5
Marital history**			
Once	70.1	70.8	69.5
More than once	29.9	29.2	30.5
Condom use*			
Never	60.9	69.2	51.9
Sometimes	33.6	26.3	41.5
Always	5.5	4.5	6.6
Contraceptive use*			
OCs	24.0	17.5	30.5
Sterilization	17.5	22.5	12.5
Condoms***	12.0	12.0	12.0
Other methods	12.3	10.5	14.0
No method	34.3	37.5	31.0
Reason of visit*			
Ca screening	30.5	34.5	26.5
Gyn consult	24.8	30.0	19.5
FP consult	22.0	10.0	34.0
Mixed reasons (3 above)	9.5	7.0	12.0
STD & other****	13.3	18.5	8.0
Nr. of women	(400)	(200)	(200)

* $p < .05$

** Based on 338 women ever in union.

*** Women who reported either condoms only or condoms in combination with another method.

**** In Recife, 5.5% of the women reported going to the FP clinic for STD services, in Rio no one gave this answer.

Table 2: Percent of women "at risk" for HIV or not by assessment technique and city

Risk Classification	Total	Checklist		Self - assessment*	
		Recife	Rio	Recife	Rio
With risk	46	36	38	42	68
Without risk	54	64	62	58	32
Nr. of women	(400)	(107)	(101)	(93)	(99)

* p < .05

Table 3: Percent of women with the HIV risk factors of the checklist by city

Number and type of risk factor	Total	Recife	Rio de Janeiro
Number of factors			
1	19.7	18.7	20.8
2	11.5	10.3	12.9
3-4	5.3	6.5	4.0
Total with risk	36.5	35.5	37.6
Risk factor			
Genital sores	18.6	22.9	14.1
Partner with sores	4.8	6.9	3.0
> 1 partner	11.5	14.3	9.1
Partner with > 1 partner	14.3	13.3	15.2
Anal intercourse	15.0	11.0	18.4
Used IV drugs	0.0	0.0	0.0
Partner used IV drugs	2.2	3.5	1.0
Nr. of women	(208)	(107)	(101)

Table 4: Distribution of women with and without risk according to the checklist, by self-assessed risk status

Self-assessed risk status	Recife Checklist		Rio de Janeiro Checklist	
	With risk	Without risk	With risk	Without risk
At risk	11	23	30	49
Not at risk	27	46	8	14
Total	38	69	38	63

Numbers are absolute numbers.

Table 5: Probability of being classified at risk of HIV infection by assessment technique (odds ratios)

Independent variables	Checklist		Self-assessment	
	Adjusted OR	Confidence intervals	Adjusted OR	Confidence intervals
Age				
<20	.85	(.29-1.41)	.75	(.33-1.17)
20-29	.97	(.53-1.40)	1.20	(.88-1.53)
>30	1.00		1.00	
Education				
<8 years	1.00		1.00	
>9 years	.64	(.00-1.29)	1.76	(1.29-2.22)
Marital status				
In union	1.00		1.00	
Not in union	1.89	(1.25-2.54)	.96	(.47-1.44)
Residence				
Recife	1.00		1.00	
Rio	.98	(.34-1.62)	5.06	(4.59-5.52)
Condom use				
Never	1.07	(.44-1.70)	1.18	(.71-1.66)
Sometimes/always	1.00		1.00	
Nr. of women	(198)		(381)	

0.05. The relative importance of the independent variables was assessed using multivariable logistic regression techniques.

Results

The two samples of women attending the clinics in Recife and Rio were significantly different from one another for most characteristics (Table 1), only in age and marital history were they similar. Compared with the women in Recife, Rio women were better educated, less likely to be in union, more likely to have used condoms in the last year, more likely to contracept with OCs and less likely to be sterilized. Finally, a greater proportion of the women in Rio, compared with Recife, attended the clinic to receive family planning services.

In spite of the differences in personal characteristics, almost equal proportions of the women in Recife and Rio were classified at risk according to the checklist (36% and 38%,

respectively) (Table 2).¹ Nineteen percent of women in Recife reported one risk factor and 17% reported between two and four risk behaviors (Table 3). In Rio, 21% reported one and 17% between two and four. The most frequently reported behaviors were, in descending order, the woman's report of genital lesions, anal intercourse, a partner with more than one partner, and the woman's report of more than one partner, these did not vary significantly by city.

The open-ended question elicited different results: 42% of the women in Recife perceived themselves at risk compared with 68% in Rio (Table 2). The difference between cities is striking; even more striking, however, is the differ-

¹ The questionnaire allowed women who answered the open-ended question about risk indecisively to skip to the checklist questions. For this reason the number of women who received the open-ended question appears to be less than 200 and the number who answered the checklist greater than 200.

ence between the two risk assessments in Rio (38% vs 68%).

In Table 4, we examined the 208 women who received the checklist followed by the open-ended self-assessment question to determine how the two risk assessments correlate. In Recife, among the women classified at risk by the checklist, only 11 of 38 (29%) perceived themselves at risk. In contrast, in Rio 30 of 38 women (79%) classified at risk by the checklist also perceived themselves at risk.

We examined the characteristics of women at risk by stratifying first by city of residence and secondly by assessment technique (data not shown). None of the variables examined (age, education, marital status, marital history, and condom use in the last year) was significantly associated with self-assessed risk. Risk according to the checklist was associated with not being in union in Recife and with having had a previous union in Rio ($p < .05$).

To control for these multiple variables, logistic regression was carried out, regressing on risk status as defined by the checklist and by self-assessment (Table 5). Because only half of the sample received the checklist, the sample for this model consists of fewer than 200 women. The only variable to have an independent effect on risk status as defined by the checklist was current union status: women not in union were almost twice as likely to be at risk than women in union. Two variables are associated with self-assessed risk: residence in Rio increased risk by a factor of five and women with nine or more years of education were almost 80% more likely women with less education to perceive themselves at risk.

Discussion

Living in Rio de Janeiro is the overriding differential in self-assessment of risk. HIV/AIDS has probably become more of a concern to women in Rio than Recife because of wider media coverage about the epidemic locally, large anti-AIDS campaigns launched at the time of carnival (especially targeted at tourists), and a greater degree of openness towards bisexuality and homosexuality in Rio society. It is not clear whether HIV seroprevalence is higher in Rio than in Recife as there are few seroprevalence studies from the Recife region. However, more than 6,000 AIDS cases have been registered in the state of Rio compared with less than a 1000 in Pernambuco (U.S. Bureau of the Census, 1991 and Ministério de Saúde, 1993). Statistically, education was positively and independently associated with self risk-assessment. This suggests two things: 1) better educated women already know a considerable amount about AIDS, have fewer misperceptions as to what places them at risk, and may be better equipped to make an assessment, and 2) the counsel-

ing sessions may have facilitated self-assessment among educated women, but not among women with less education.

STDs are a major health problem in Recife and Rio. The invasive cervical carcinoma agestandardized rates for Recife are among the highest in the world (Carvalho and Franco, 1986). In this study, 5.5% of the Recife population attended the clinic seeking STD services (no one in Rio reported this reason), another 30% reported gynecological consultation which may have included a large number of women seeking care for suspected infections, and among the women who received the checklist, 23% reported genital sores or lesions in the last year compared with 14% in Rio ($p = .11$).

This study clearly shows that FP clinics, including those that provide other reproductive health services, should not assume that their client population is free from the risk of HIV infection. The conservative risk checklist and the more inclusive self-assessment tool suggest that at the very least, one third of the clinic attendees at each site could benefit from HIV education, skills and condoms. We believe that if misreporting has occurred, the number at risk, particularly women identified through the checklist, has been underestimated.² Besides the possibility that not all women answered truthfully, the checklist excluded some factors, such as blood transfusions or male partners who have had homosexual relationship. Some of the underreporting may have been "picked up" in the higher proportions of women who assessed themselves at risk. The group counseling can cover risk factors not listed on a checklist. It also provides emotional support together with the development of negotiation skills. On the other hand, in the absence of counseling, the checklist alone can be administered.

The counseling actually had a significant impact on self-assessed risk. After this component of the project was complete, the clinic staff repeated the counseling and self-assessment exercise, but asked about self-perceived risk before the counseling and after the counseling. They found that the proportion of women perceiving themselves at risk doubled after counseling.

A shortcoming of this study and others concerned with health risks, is that risk per se cannot be validated. HIV testing could have determined who actually was infected,

² In a discussion with the two persons from each clinic who had contact with the clients during the counseling and the administration of the two assessment tools, it was their opinion that underreporting ranged from as much as 50% in the reporting of anal intercourse to 20-30% underreporting in the questions concerning their and their partners' multiple partners.

but that was not the purpose of the study. Women who report risky behaviors can clearly benefit from more prevention information and techniques. However, we cannot determine how many of the women who assessed themselves at risk are truly at risk or how many have been frightened into perceiving risk when none exists. An additional role of these FP providers is to help the "worried safe" make decisions that will relieve anxiety and promote healthy life-styles. This additional service may not stop the HIV pandemic, but it should assist women to reduce their HIV risks and STD incidence – no small contribution as the epidemic spreads to women.

References

1. Ronald, A. and S.O. Aral. Assessment and prioritization of actions to prevent and control reproductive tract infections in the third world. **Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health**, Eds. A. Germain, K.K. Holmes, P. Piot, J.N. Wasserheit, Plenum Press, New York, 1992, p. 199-225.
2. Population Reports Controlling Sexually Transmitted Diseases, Series L, No. 9, June, 1993, p. 1-31.
3. Williamson, N. Delivering family planning services in the era of AIDS and STDs. **Family Planning Meeting Challenges: Promoting Choices**, The Proceedings of the IPPF Family Planning Conference, New Delhi, October, 1992. Eds. P. Senanayake & R. Kleinman, The Parthenon Publishing Group, NY, 1993, p. 129-137.
4. Cates Jr., W. and K.M. Stone. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update - part II. *Family Planning Perspectives*, Vol. 24, No. 3, May/June, 1992, p. 122-128.
5. Faundes, A. and A.C. Tanaka. Reproductive tract infections in Brazil: solutions in a difficult economic climate. **Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health**, Eds. A. Germain, K.K. Holmes, P. Piot, J.N. Wasserheit, Plenum Press, New York, 1992, p. 253-273.

6. Bowen, G.S., S.O. Aral, L.S. Magder, D.S. Reed, C. Dratman and S.C. Wasser. Risk behaviors for HIV infection in clients of Pennsylvania family planning clinics. *Family Planning Perspectives*, Vol. 22, No. 3, March/April 1990, p. 62-64.
7. Thonneau, P., S. Quesnot, J. Lhomme, P. Testas and A. Spira. Evaluation by women consulting in a family planning centre of their risk of HIV infection. *AIDS*, Vol. 5, No. 5, 1991, p. 549-553.
8. Barbacci, M., J.T. Repke, and R.E. Chaisson. Routine prenatal screening for HIV infection. *The Lancet*, Vol. 337, March 23, 1991: 709-711.
9. WHO. *Weekly Epidemiological Record*, 68, no. 27, 1993: 193.
10. Ministério de Saúde. *AIDS Boletim Epidemiológico*. Ano VI, No. 11, Novembro, 1993.
11. BEMFAM. Relatório preliminar da primeira fase do Projeto "Percepção de Risco." June, 1992.
12. U.S. Bureau of the Census Center for International Research. *HIV/AIDS Surveillance Data Base*, 10th update, 1991.
13. Carvalho, M.R.C. and E.L. Franco. Cancer incidence in Recife County Brasil 1967-1979. *LICR Cancer Epidemiology Monograph Series* Vol. 2, 1986.

Acknowledgements

The authors wish to thank the clinic staff who played a major role in this study. Partial support for this project was provided by AIDSTECH of Family Health International, with funds from the United States Agency for International Development (USAID). The views expressed in this paper do not necessarily reflect those of USAID. FHI is an international not for profit organization that conducts research and provides technical assistance in improving reproductive health and family planning, and the control of sexually transmitted diseases, including AIDS. FHI is based in Research Triangle Park, North Carolina, USA.

**CONCURSO DE HABILITAÇÃO
EM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

**PARA MÉDICOS: PROVA ESCRITA (PARTE TEÓRICA)
VISUAL (ATRAVÉS DE SLIDES)**

**INFORMAÇÕES: SETOR DE DST /UFF
TEL.: (021) 717-6301**



Lesão Ulcerada e AIDS

Alberto Saraiva Tibúrcio¹, Eliane Dinau Leal Passos¹, LÍlian Cristina Gomes da Rocha², Délcio Nassif Sarruf³, Eliane Pedras Dias⁴, Renata Pereira Simão Riça⁵, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro⁵, Helena Cramer Veiga⁵, Nero Araújo Barreto⁶, Mauro Romero Leal Passos⁷

1 - Alunos do Curso de Especialização em DST- Setor de DST/UFF

2 - Especialista em DST- Setor de DST/UFF -Mestrando DIP/UFF

3 - Prof. Adjunto da Faculdade de Odontologia - UFF

4 - Prof. Adjunta de Patologia do H.U.A.P/UFF

5 - Monitoras do Setor de DST- Setor de DST/UFF

6 - Prof. e Chefe do Laboratório do - Setor de DST/UFF

7 - Prof. Adjunto e Chefe do Setor de DST/UFF

J. A. S. L., masculino, 37 anos, preto, casado, natural do Rio de Janeiro, morador de Niterói, profissão guarda de segurança bancária. DST nº 1899.

Paciente foi encaminhado ao setor por uma amiga, após ter procurado vários serviços em Niterói. Refere ter tido sua 1ª relação sexual aos 20 anos, afirmando ter vida heterossexual ativa com parceira fixa exclusiva, mantendo relações 2 vezes por semana, com prática de sexo anal, negando sexo oral e passado homossexual.

Quadro clínico: Paciente com péssimo estado dentário apresentando lesões ulceradas em lábios inferior direito e superior esquerdo que perduravam há mais de trinta dias com secreção purulenta e grande edema bucal. Na mucosa orofaríngea notava-se presença de placas purulentas. Queixava-se de odor fétido, disfagia e emagrecimento de mais de 10 kg em um mês.

Conduta: Foi coletado material para análise histopatológica, citologia e cultura de esfregaço da lesão labial. Feito também pesquisa para anticorpos anti HIV e VDRL.

O laudo histopatológico e citológico (Serviço de Patologia do HUAP) concluiu se tratar de processo inflamatório inespecífico ulcerado e a cultura positiva para *Staphylococcus aureus*.

Paciente apresentou exame sorológico positivo para HIV



Foto 1 - Paciente HIV Positivo com lesões de Herpes



Foto 2 - Paciente HIV Positivo com lesões de Herpes

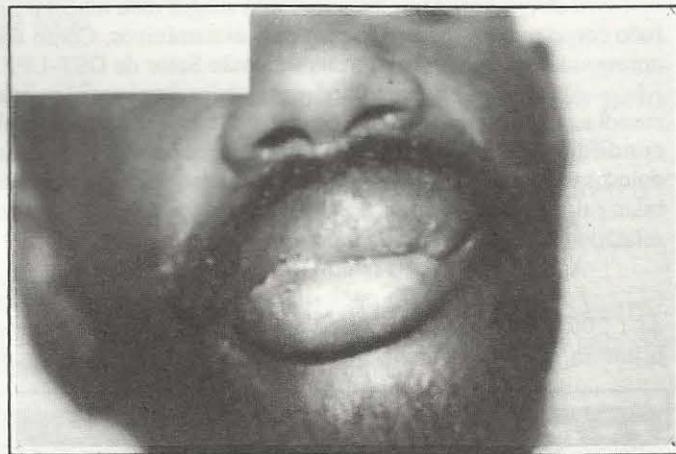


Foto 3 - Paciente HIV Positivo com lesão de Herpes

e negativo para VDRL. A parceira foi convidada a comparecer ao setor e se dispôs a fazer os exames sorológicos sendo o resultado dela igual ao do marido.

Acompanhamento clínico: Paciente fez uso de antibioticoterapia para infecção inespecífica, obtendo melhora clínica. Evoluiu para um quadro de Candidíase oral fazendo uso de antifúngico tópico. Embora não tenha sido detectada a especificidade da lesão, optou-se por prova terapêutica para Herpes com acyclovir oral obtendo-se cicatrização e total desaparecimento das lesões em aproximadamente 45 dias.

No momento, faz tratamento ambulatorial no HUAP, recebendo AZT.

Por este caso podemos ressaltar, mais uma vez, a importância de se ter disponível e oferecer o teste anti HIV a todos os pacientes encaminhados ao nosso Setor.

Sífilis Adquirida na Infância e Abuso Sexual

Mauro Romero Leal Passos¹, Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho², Rodrigo Vianna e Vilhena de Carvalho³

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

2 - Médico - Aluno do Curso de Especialização em DST-UFF

3 - Acadêmico do 6º Ano do Curso de Medicina - UFF

JSCN; sexo masculino, 6 anos, branco, prontuário DST Nº 2855, natural de S. Gonçalo, RJ. O menor veio ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Universidade Federal Fluminense acompanhado por sua avó, paciente do Setor de DST, porque o neto estava com uma "alergia que não melhorava" e havia sido abusado sexualmente pelo primo. que possuía quadro semelhante.

A avó relata que 3 semanas antes da consulta havia apresentado um quadro febril que cedeu após o uso de dipirona supositório. Cerca de dois dias após este quadro, apresentou irritação perianal; que ao ser avaliada por colega foi tratada como micose, causada por má higiene, tendo sido prescrito higienização com permanganato de potássio e uso de nistatina tópica. sem a melhora do quadro. Após duas semanas surgiu rash macular em todo corpo que foi medicado com anti-histamínicos. Como não apresentou melhoras. a avó trouxe-o então Setor de DST-UFF.

Ao exame encontramos um menor cooperante; com roséolas em tronco, raiz de coxas, palmas e cavidade oral; condiloma plano, com lesões úmidas, bordos irregulares, dolorosas. localizadas na região perianal; adenomegalia inguinal bilateral, mais significativa à esquerda. Não foi evidenciado nem relatado cancro primário de inoculação.

Apresentou VDRL reator 1:64 e HIV não reator.

Foi medicado com penicilina benzatina em duas séries de 1.200.000 UI, IM com intervalo de uma semana. Após a primeira semana já havia remissão clínica das roséolas e do



Foto 2 - Adenomegalia inguinal, mais acentuada à esquerda.

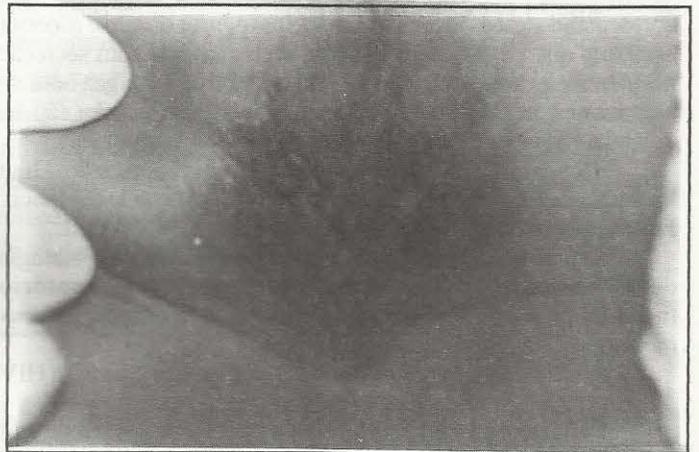


Foto 3 - Lesões de condiloma plano sífilítico perianais.

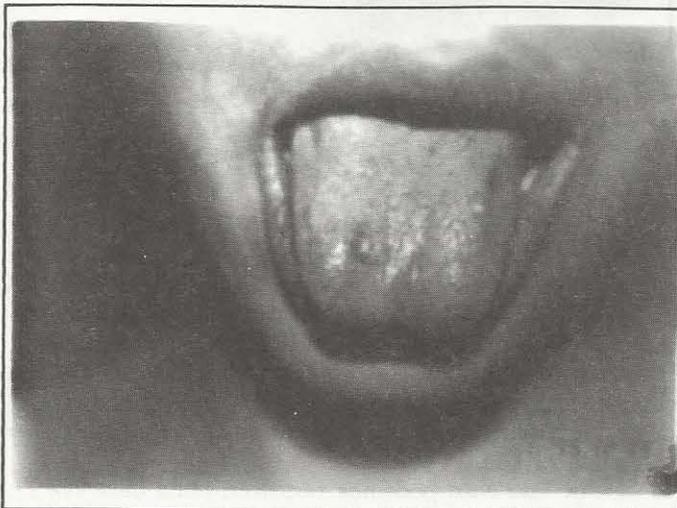


Foto1 - Roséola sífilítica na língua de menino abusado sexualmente.

condiloma plano, permanecendo a adenomegalia.

Após 3 meses. o VDRL de controle se apresentou 1:2 e havia remissão completa dos sinais.

A família foi encaminhada Conselho Tutelar do município de moradia e o menor foi encaminhado ao Serviço de Neuropsiquiatria Infantil do Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade Federal Fluminense.

Analisando este caso vemos a importância de também pensarmos em doenças sexualmente transmissíveis em crianças vítimas de abuso sexual (confirmado ou mesmo suspeito). Também devemos ter sempre em mente que toda criança com lesões em região genital ou perianal deve fazer com que o médico levante forte suspeição de abuso sexual.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
Divisão de DST/AIDS
Produção Técnico-Científica

Estudos dos Casos de AIDS Pediátricos
do Estado do Rio de Janeiro
Saieg, Fátima Abdalah

Objetivo:

Conhecer o perfil epidemiológico dos casos de AIDS pediátricos notificados à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Comparar as notificações de AIDS em mulheres com as fichas de casos de AIDS pediátrico, ao longo do tempo.

Metodologia:

Foram analisadas as fichas de notificação de casos de AIDS em menores de 15 anos, segundo faixa etária, grupo de risco, infecções oportunistas mais comuns. Estudou-se ainda a relação entre o número de casos notificados, por ano de diagnóstico, em mulheres e em crianças menores de 15 anos.

Resultados:

De todos os casos de AIDS pediátrico estudado 19% tem menos de 12 meses e 81% tem idade igual ou superior a um ano. Dos maiores de 1 ano 41% tem até quatro anos e 39% tem entre 5 e 9 anos de idade. Quando analisamos o fator de risco, 41,2% são por transfusão sanguínea, 28,9% são hemofílicos, 21,8% ocorreram por transmissão vertical. As infecções oportunistas mais frequentes foram a candidíase, a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e infecções bacterianas de repetição. O gráfico dos casos de AIDS pediátricos ao longo do tempo acompanha o gráfico de casos de mulheres, porém a partir de 1992 houve uma queda dos casos pediátricos notificados, refletindo não só o subdiagnóstico, quanto a subnotificação dos casos de AIDS em crianças.

Conclusões:

Aproximadamente 3,5% dos casos de AIDS notificados representam casos de AIDS pediátrico. A grande maioria deles só é diagnosticada a partir de 1 ano de idade, refletindo a dificuldade de se fazer o diagnóstico uma vez que, os sintomas, na maioria dos casos, são inespecíficos e a candidíase é a infecção oportunista mais frequente. É importante capacitar os profissionais de saúde envolvidos em pré-natal e puericultura para que o diagnóstico seja feito mais precocemente e para que a notificação seja feita corretamente.

Usuários Drogas Venosas com AIDS:
Perfil Epidemiológico
Estado do Rio de Janeiro
Sanches, Kátia; Solé-Pia Maria; Valente, Kátia

Objetivos:

Determinar o perfil epidemiológico dos usuários de drogas intravenosas (UDI) com AIDS, notificados ao Programa de AIDS do Estado do Rio de Janeiro.

Metodologia:

Foram selecionados todos os casos de AIDS notificados até novembro de 1994, cuja transmissão foi através do uso de drogas intravenosas. Um total de 577 casos foram analisados utilizando as variáveis sexo, idade, nível educacional, ano de diagnóstico e co-existência de outros mecanismos de transmissão relacionados à AIDS. Em relação ao nível educacional os casos foram distribuídos nas seguintes categorias: 1 - analfabeto-elementar; 2 - 1º grau; 3 - 2º grau; 4 - superior.

Resultados:

Do total de casos de AIDS do estado, 577 (6,5%) são UDI sendo que 94 (16,3%), apresentam também um outro fator de risco para a transmissão do HIV. A maioria dos casos residem no município do Rio (69,8%) e são do sexo masculino (80,4%). A idade varia de 16 a 60 anos sendo que 81,7% estão entre 20 e 39 anos. De acordo com o nível educacional, 83% dos casos (87,7% dos homens e 94,3% das mulheres) tem, no máximo, o 1º grau completo. No período de 1982-87, a transmissão pelo uso de drogas venosas, representava 1,8% dos total os casos de AIDS; no período de 1988-1994 essa proporção passou para 5,7% casos de AIDS.

Conclusões:

No Rio de Janeiro, a proporção dos casos de AIDS transmitida pelo uso de drogas venosas que apresentou um crescimento no final da década de 80, vem se mantendo relativamente constante até então.

Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo
HIV através de estudo sentinela em
parturientes no Estado do Rio de Janeiro
Salé Plá, M.A.; Valente, K.R; Matida, A.J.

Objetivos:

Determinar a tendência da prevalência da infecção pela HIV-1 em uma população de comportamento de baixo risco para esta infecção, através de um estudo sentinela.

Metodologia:

O Estudo Sentinela é a metodologia preconizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde como sendo a mais adequada para o acompanhamento da infecção pelo HIV. O estudo teve duração de 8 semanas (Junho a Julho de 1994) em uma maternidade pública de grande porte na cidade do Rio de Janeiro, na qual é rotina a coleta de sangue de cordão para realização de VDRL em todos os partos ocorridos. A partir deste sangue, alíquotas de 2,0 ml de soro foram separadas para o estudo e enviadas, de forma anônima e não vinculada, ao Laboratório Central Noel Nutels da SES (LACEN). Foram utilizados os testes anti-HIV-1 ELISA recombinante e natural e IFI como confirmatório. Foram remetidas pelo centro cirúrgico ao laboratório da maternidade 662 tubos de sangue de cordão. Apenas 630 amostras do soro foram enviadas ao LACEN (4,8% de perdas), sendo que 2 (0,32% - IC 90% 0.00 - 1,00) foram reativas e uma inconclusiva para os testes utilizados.

Conclusões:

O resultado obtido aproximou-se de estudo anteriores realizados em gestantes no Estado, todavia este resultado não deve ser analisado isoladamente, e sim a partir dos subseqüentes cortes que serão realizados anualmente na mesma maternidade. A partir de então, a avaliação da tendência da infecção neste grupo poderá ser vista como um reflexo da tendência na população geral.

10 Anos de Epidemia da AIDS em mulheres no Rio de Janeiro

Sanches, Kátia R.B.

Objetivo:

Analisar a ocorrência de AIDS em mulheres, de acordo com os mecanismos de transmissão do HIV, no Rio de Janeiro.

Métodos:

Foram examinados todos os casos de AIDS em mulheres maiores de 15 anos residentes no município do Rio de Janeiro que foram notificados à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) até dezembro de 1994. As variáveis utilizadas foram: ano de diagnóstico, idade, mecanismo de transmissão do HIV e tipo de parceria sexual.

Resultados:

Até dezembro de 1994 o município do Rio de Janeiro apresentava um total acumulado de 7237 casos de AIDS, representando uma incidência acumulada de 132/100.000 hab. Desse total, 1033 (14,2%) eram mulheres. A proporção homem/mulher no período 1984-1987 era de 11:1 e no período 1993-1994 de 5:1. A análise dos casos de AIDS em mulheres de acordo com os mecanismos de transmissão mostra que em 40,4% dos casos a transmissão foi por contato heterossexual, 27,8% por transfusão de sangue, 10,5% através do uso de drogas venosas e em 21,3% dos casos o mecanismo de transmissão não foi identificado.

Conclusões:

O perfil da epidemia da AIDS em mulheres apresentou uma mudança nos últimos anos. Do início da epidemia até o final da década de 80, a transfusão de sangue era a forma de transmissão mais frequente. A partir de 1990, o contato heterossexual tornou-se o mais importante mecanismo de transmissão do HIV nas mulheres. Os dados mostram a necessidade de uma intensificação das campanhas de controle e prevenção da AIDS nesse grupo específico.

AÇÃO ANTI-AIDS CUIDANDO DE CRIANÇAS

A OMS estima que mais de um milhão de crianças de todo o mundo estão infectados pelo HIV. Os bebês podem ser infectados pelo HIV durante a gestação, parto ou amamentação. Com menos frequência, as crianças podem ser infectadas por sangue contaminado ou por abuso sexual.

Mais da metade das crianças com infecção pelo HIV nos países em desenvolvimento morrem antes de completar um ano de idade. Entretanto, elas podem viver bem mais com uma boa assistência médica preventiva e um ambiente adequado.

AIDS E CRIANÇAS

No Rio de Janeiro, um exemplo deste ambiente é a Sociedade Viva Cazuzu, que tem uma Casa de Apoio para crianças HIV +, em regime de internato e com assistência médica, psico-social, fisioterapêutica e recreativa.

As crianças frequentam também escolas públicas locais onde também são feitas palestras pela equipe da Viva Cazuzu, no sentido de diminuir o preconceito e a discriminação, bem como falar sobre AIDS, sexualidade, etc.

As infecções mais frequentes em crianças com AIDS são as bacterianas (sinusites, otites, pneumonias, furunculose, impetigo, etc.) e, assumir o uso da gama-globulina humana IV é necessário, sendo aplicada a cada 28 dias, com bons resultados.

Esta iniciativa pode e deve ser multiplicada. O projeto piloto da Casa de Apoio da Sociedade Viva Cazuzu foi concebido pela equipe de assistência da Divisão de Controle de DST/AIDS-SES/RJ, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, estando à disposição dos interessados.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MS

PORTARIA Nº 21, DE 21 DE MARÇO DE 1995

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de orientar o acesso e a distribuição dos medicamentos para AIDS, conforme estudos apresentados pelo Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissíveis /AIDS, desta Secretaria, resolve:

I – Indicação do Uso de Medicamentos:

a) tem indicação e acesso gratuito ao medicamento AZT os pacientes HIV+ com ARC grave (complexo relacionado a AIDS) com febre prolongada, linfadenopatia generalizada, emagrecimento rápido, diarreia persistente afastadas outras causas, monilíase oral e/ou CD4 <200 mm através de citometria de fluxo.

b) tem indicação e acesso gratuito ao medicamento AZT, pacientes HIV+ com infecção oportunística relacionada a AIDS.

c) tem indicação e acesso gratuito ao AZT pediátrico, criança HIV+ da classe P2 e P1b com CD4 (células/mm³ por citometria de fluxo).

<1 ano	<1750	ou	<30%
1 - 2 anos	<1000	ou	<25%
2 - 6 anos	< 750	ou	<20%
> 6 anos	< 500	ou	>20%

d) tem indicação e acesso ao uso de Didanosina pacientes com intolerância ao uso de AZT.

e) tem indicação à associação AZT + DDI pacientes com AIDS que apresentam falência terapêutica ao AZT quando apresentarem nova infecção oportunista na vigência do uso do AZT.

f) tem indicação ao uso do Ganciclovir pacientes com AIDS que apresentam retinite por CMV comprovada por laudo oftalmológico, úlceras esofágicas, gástricas ou intestinais, pneumonia com identificação viral através da biópsia do material ou neuropatia periférica.

g) tem indicação ao uso do Fluconazol pacientes AIDS em terapia de manutenção de meningite por Criptococos.

h) tem indicação ao uso de Pentamidina e/ou inalação em pacientes HIV+ com CD4 < 200 mm³ por citometria do fluxo para profilaxia primária e secundária.

II - Acesso aos Medicamentos:

a) todos os pacientes em acompanhamento na rede pública capacitada terão acesso gratuito as medicações, desde que sejam respeitadas as normas técnicas descritas.

b) pacientes não acompanhados na rede pública, para terem acesso aos medicamentos, deverão ser avaliados pelas unidades públicas capacitadas, para que sejam respeitadas as indicações técnicas vigentes.

c) as Coordenações Estaduais de AIDS, órgãos responsável pela redistribuição dos medicamentos deverão orientar e gerenciar as utilizações assim como os estoques nos Estados dos medicamentos para AIDS, evitando assim desperdícios medicamentosos e indicação técnica não precisa.

d) as Coordenações Estaduais deverão remeter mensalmente ao PNDST/AIDS, as informações de utilização e de estoque evitando a descontinuidade no repasse dos medicamentos para AIDS.

e) são medicamentos de responsabilidade do nível Federal para AIDS o AZT 100mg, AZT xarope, DDI 25 e 100mg, Ganciclovir, Pentamidina com inaladores, Aciclovir comprimidos, Anfotericina B e Fluconazol.

Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO LEVCOVITZ

**Coordenação do Programa de DST/AIDS
Departamento de Saúde Pública
Secretaria de Saúde do Distrito Federal**

Sífilis Congênita

A incidência de sífilis congênita no Distrito Federal apresentou um aumento de 0,2 a 3,9 casos por 1000 nascidos-vivos até 1992, quando se estabilizou, variando de 3,7 a 3,9 casos até 1995. Com a definição de caso instituída pelo Ministério da Saúde em 1993, a vigilância epidemiológica pode organizar os casos, reclassificando-os como confirmados ou simplesmente casos de sífilis congênita, segundo critérios clínico-laboratorial e epidemiológico. Com isso, a incidência de sífilis congênita passou a 1,7 em 1993. A taxa de incidência de sífilis congênita em óbitos fetais notificados foi de 0,44% em 1993 (2 casos em 458 óbitos).

Em 1995 foram notificados 280 casos (71 de outros estados e 209 do DF). Observamos que o número de casos confirmados tem representado 30 a 50% dos casos notificados, demonstrando boa sensibilidade do sistema. Dos casos confirmados, 22,5% (16 casos) representaram sintomas ao nascer, 42,2% (30 casos) nasceram assintomáticos e nos demais 35,2% (25 casos) esta informação é ignorada.

**Nº de Casos e Incidência de Sífilis Congênita
Distrito Federal - Série Histórica**

Anos	Nº Casos	Nascidos-Vivos Residentes no DF	Incidência
1983	9	41866	0,2
1984	24	40228	0,6
1985	37	38166	1,0
1986	95	38610	2,5
1987	106	39764	2,7
1988	105	37890	2,8
1989	145	37628	3,8
1990	147	36716	4,0
1991	226	39272	5,7
1992	156	39794	3,9
1993	74	41338	1,7
1994	54	42198	1,3
1995	71	---	---

Obs: A partir de 1993 passamos a classificar os casos segundo a definição de casos de Sífilis Congênita do Ministério da Saúde.

Fonte: Fichas de notificação de sífilis congênita e notificações de nascimento

**Nº de Casos confirmados de Sífilis Congênita
por local de residência
DF -1995**

Local de Residência	Nº de Casos	%
Asa Norte	2	2,8
Asa Sul	2	2,8
Ceilândia	11	15,5
Gama	17	23,9
Guará	1	1,4
Paranoá	2	2,8
Planaltina	2	2,8
Samambaia	13	18,3
Sobradinho	3	4,2
Taquatinga	8	11,3
Agr. S. Seb.	1	1,4
Sta Maria	7	9,8
R. Emas	1	1,4
Ignorado	1	1,4
TOTAL DF	71	100,0
TOTAL OE	30	
TOTAL	101	

Fonte: Fichas de notificação de sífilis congênita -DSP/SES

**Mães que fizeram o pré-natal
Crianças com sífilis congênita**

Tratamento	Nº	%
Trat. não realizado	34	74,0
Trat. com benz.	7	15,2
Trat. com eritr.	1	2,2
Outros esquemas	2	4,3
Ignorado	2	4,3
TOTAL	46	100,0

Fonte: Fichas de notificação de sífilis congênita -DSP/SES

**Mães que fizeram o pré-natal
e não realizaram tratamento
Sífilis Congênita**

Causas	Nº	%
Início tardio do PN	2	5,9
Não repetiu triagem	2	5,9
Falta às consultas	2	5,9
Exame ausente do prontuário	1	2,9
Responsabilidade da paciente	2	5,9
Apenas uma consulta	3	8,8
Apenas 1 VDRL e não reagente	3	8,8
VDRL solíc. mas não realizado	2	5,9
Ignorado	17	50,0
TOTAL	34	100,0

Fonte: Fichas de notificação de sífilis congênita -DSP/SES

Pré-natal

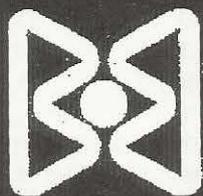
A incidência de sífilis congênita nas diversas localidades do DF reflete o acesso ao pré-natal.

Aproximadamente em 30% dos casos notificados, a mãe não fez o pré-natal (21 casos). Os demais 65% realizaram pelo menos uma consulta (46 casos), sendo que em 5,6% (4 casos), esta informação é ignorada. Das mães que fizeram pré-natal, 30,4% só fizeram um VDRL, 74% (34 casos), fizeram pré-natal mas não foram tratadas, 10 receberam tratamento (22%) e em 2 casos a informação sobre tratamento da mãe era ignorada (4,3%). Entre as causas detectadas deste não tratamento, ressalta-se a realização de apenas uma consulta (3), o VDRL solicitado mas não realizado (2), a não repetição da triagem sorológica (2), o início tardio do pré-natal (2), o exame ausente do prontuário à época das consultas (1), a falta às consultas (2), responsabilidade da paciente (2), realização de apenas um VDRL e este não reagente (3) e causa ignorada (17).

Óbitos

Observamos que há uma subnotificação de natimortos, neomortos e aborto por sífilis congênita, já que no Distrito Federal não é feita a necrópsia e/ou exame histo-patológico de rotina em natimortos, placenta e aborto. Temos 7 óbitos notificados em 1995. Destes, em 3 casos a mãe não fez pré-natal, em 2 o pré-natal é ignorado e 2 realizaram o pré-natal. As falhas detectadas foram: não repetição da triagem sorológica e no outro caso, o VDRL foi solicitado mas não foi realizado.

Endereço para correspondência:
SMHS - Área Especial - Ed. Pioneiras Sociais,
sala 703 - CEP 70734-900 - Brasília - DF



BAMERINDUS

Mais tempo pra você

Ultrassonografia Transretal nos males de uretrite

Transretal ultrasound in male urethritis

Ghally A.F., Taylor P.M., Goorney B.P., Haye K.R.
Genitourinary Med., 1994, 70 (6), 399-402

Resumo:

O exame de ultrassonografia transretal foi usado em pacientes que tiveram uretrite, e em um grupo controle com o intuito de relacionar as uretrites com o aparecimento de anormalidades na próstata.

Foram examinados 42 pacientes, sendo 16 do grupo de controle, 6 por uretrite gonocócica, 9 por uretrite causada por *Chlamydia*, 2 com uretrite mista (*Gonococcus* com *Chlamydia*), e 9 com uretrite não identificada

O resultado obtido mostrou que o grupo com *Chlamydia* e o grupo com uretrite não identificada tiveram uma grande incidência de alterações no exame de ultrassonografia transretal quando comparado ao resto dos indivíduos pesquisados.

Colaboração de Haroldo Almeida Sousa

Linfogranuloma venéreo: aspectos clínicos-epidemiológicos.

Roselino A.M.F., Almeida A.M., Machado A.A., Foss N.T.
An Bras Dermatol, 1994; 69(4) 275-278.

Resumo:

O Linfogranuloma venéreo (LGV) é causado pela bactéria Gram-negativa *Chlamydia trachomatis*, imunitipos L1, L2 e L3. É uma doença rara, embora outros sorotipos causadores de uretrites e salpingocervites sejam os mais comuns.

Embora a prevalência de LGV não seja significativa entre as DST, tem sido relatado o aumento de ocorrência entre os infectados pelo HIV, pois sendo uma das DST que às vezes apresenta úlcera genital, pode servir de porta de entrada para o HIV, vindo daí a importância do conhecimento de sua ocorrência.

Foi realizado levantamento da casuística de LGV no período compreendido entre 1978 e 1992, do HCFMRP-USP.

Foi constatada a ocorrência de 14 casos, com predomínio do sexo masculino e da raça branca, sendo a ocorrência maior entre 25 e 30 anos de idade, em dois pacientes foi observada lesão peniana em cicatrização, quando constatado o bubão inguinal. Quatro casos masculinos e três femininos apresentaram fistulização. Alguns foram tratados com tetraciclina, porém a maioria com sulfametoxazol + trimetoprim. Quatro não retornaram e os demais apresentaram cura clínica no período de 15 a 35 dias.

Colaboração de Alice Grisi Bacellar.

Níveis de Azitromicina no muco cervical e no plasma após uma dose única de 1,0 g em cervicites por *Chlamydia*

Azithromycin levels on cervical mucus and plasma after a single 1,0g dose for Chlamydial cervicitis

Worm, A.M., Osterlind, A.
Genitourinary Med, 1995; 71: 224-246

Resumo:

O Objetivo é determinar a cinética da azitromicina no muco cervical e no plasma.

As concentrações de azitromicina foram determinadas em amostras de plasma e muco em 20 mulheres com infecção cervical por *Chlamydia* em 1, 7 ou 14 dias após uma única dose oral de 1,0g.

No muco, toda a medida das concentrações de azitromicina estiveram acima da concentração inibitória mínima contra a *Chlamydia trachomatis* nos dias 7 e 14.

Logo, conclui-se que a alta concentração de azitromicina no muco pode explicar a eficácia clínica e microbiológica.

Colaboração de Rosângela V. Gugliotta.

O risco de doenças sexualmente transmissíveis em parturientes com o vírus da imunodeficiência humana

The risk of sexually transmitted diseases in human immunodeficiency virus infected parturients

Lindsay, M.K., Adefris, W., Willis, S., Klein, L.
Am.J. Obstet and Gynecol. 1993, 169:(4) 1031-35.

Resumo:

O acompanhamento médico durante o pré-natal mostra sua importância crescente nos dias atuais, visto que o progresso trouxe consigo uma série de fatores de risco que ameaçam cada vez mais a saúde da família.

Os pontos analisados no passado merecem destaque, devendo-se ainda enfatizar a necessidade de colher informações sobre vida social e íntima da mãe e parceiro(s). É válido fazermos a associação de vários aspectos relacionados aos fatores de risco para a gravidez, visto que com o progresso, surgiu concomitantemente o aumento de várias doenças, dentre elas, as DST. Sabemos ainda que, a visão ampla e crítica no pré-natal facilita a conclusão de diagnósticos e o acesso a uma conduta mais eficaz.

O artigo descreve uma pesquisa realizada durante um acompanhamento diário ao pré-natal por 2 anos, tenta relacionar algumas DST com a AIDS em grávidas. As gestantes que participaram desta pesquisa foram escolhidas ao acaso e aceitaram participar espontaneamente. Todas fizeram sorologia para HIV, sífilis e ainda sofreram investigação para hepatite B, gonorréia, *chlamydia* e herpes. Averiguou-se a possibilidade das gestantes serem usuárias de cocaína, de pertencerem a grupos bissexuais ou homossexuais, além do número de parceiros.

A pesquisa objetiva relembrar a importância do acompanhamento clínico durante o pré-natal, tanto para as grávidas como para o bebê, avaliando a evolução das DST e AIDS. Comprova a necessidade de se desenvolver programas de auxílio integral à gestante.

Colaboração de Aparecida Cristina Sampaio Monteiro.

Tratado de Reprodução Humana

Paulo R. B. Canella & Nelson Vitiello

1ª Edição com 15 capítulos

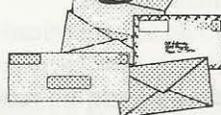
**Peça seu exemplar e ganhe 20 %
de desconto em sua compra**

Vendas: Editora Cultura Médica Ltda®
Rua São Francisco Xavier, 111
CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
Tel (Fax): (021) 264-3443 - Tel.: (021) 567-3888

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.

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 deseje que seu nome seja publicado junto com a sua pergunta.

Desejo esclarecer a seguinte dúvida:
