



Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Dra. Muse Santiago de Oliveira

Setembro de 2017

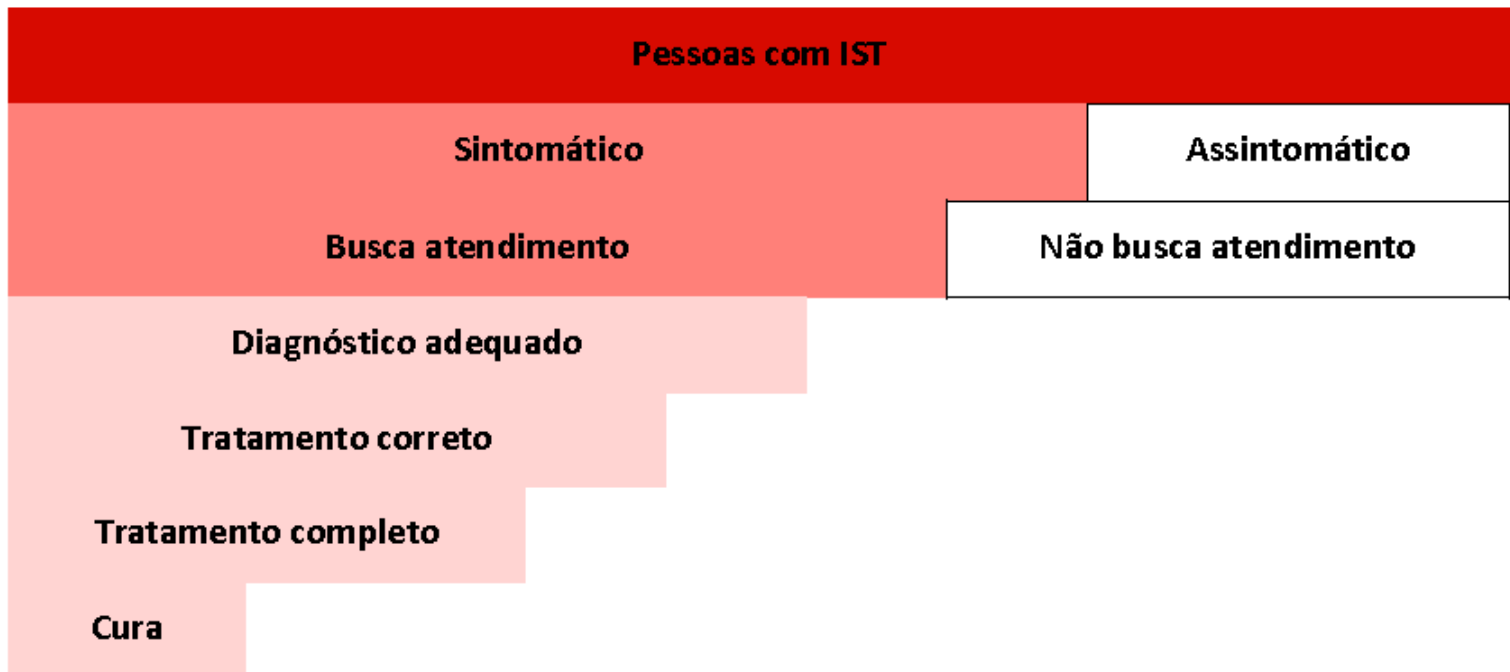


***Infecções Sexualmente
Transmissíveis
X
Doenças Sexualmente
Transmissíveis***

Considerações Iniciais

- Mais de 1 milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente
- Estima-se que 500 milhões adquirem uma das IST curáveis a cada ano (OMS,2013)
- Distúrbios emocionais, doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, lesões fetais, câncer, aumento do risco de transmissão do HIV

Considerações Iniciais



Fonte: adaptado de OMS/RHR, 2005

Etiologia

Causadas por mais de 30 agentes etiológicos

- Vírus
- Bactérias
- Fungos
- Protozoários
- Ectoparasitas

Síndromes

- Úlceras genitais
- Corrimento uretral
- Corrimento vaginal
- DIP

Classificação

Doenças essencialmente transmitidas por contágio sexual

- Sífilis
- Gonorréia
- Cancro mole
- Linfogranuloma venéreo

Classificação

Doenças freqüentemente transmitidas por contágio sexual

- Donovanose
- Uretrite não gonocócica
- Herpes simples genital
- Condiloma acuminado
- Candidíase genital
- Ftiríase
- Hepatite B
- AIDS

Classificação

Doenças eventualmente transmitidas por contágio sexual

- Molusco contagioso
- Pediculose
- Escabiose
- Shigelose
- Amebíase



Sífilis





Sífilis

- *Lues*, cancro duro, protossifiloma
- Período de incubação: 21 a 30 dias (variação de 10 a 90 dias)
- *Treponema pallidum*
- Homem é hospedeiro exclusivo e obrigatório

Sífilis

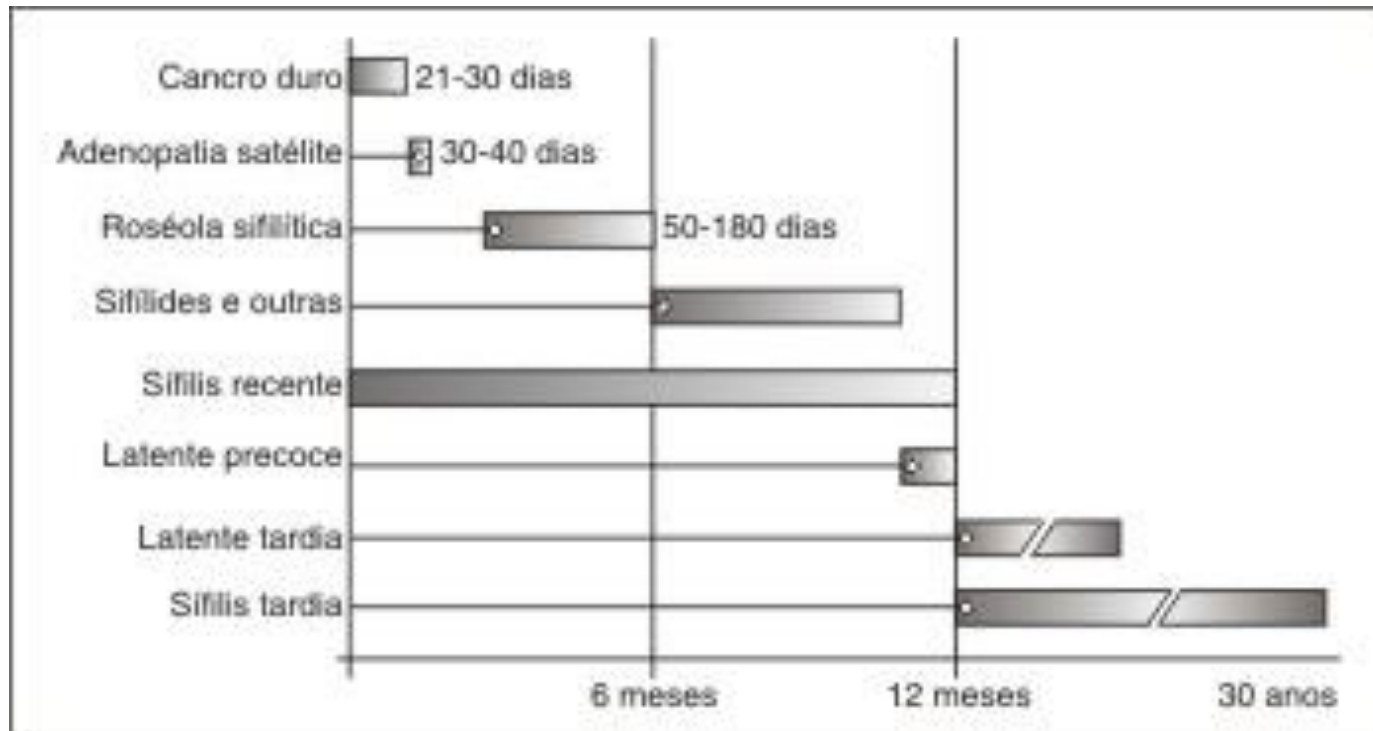
- **Sífilis adquirida**
 - ✓ *Recente (primária, secundária ou latente recente) < 1 ano*
 - ✓ *Tardia (latente tardia ou terciária) > 1 ano*
- **Sífilis congênita**

Sífilis Adquirida

Sífilis recente

- 21 a 30 dias: cancro duro (*sífilis primária*)
- 30 dias: adenopatia satélite
- 30 a 40 dias: sorologia positiva
- 50 a 180 dias: lesões exantematosas, maculares e papulosas (*sífilis secundária*)

Sífilis Adquirida



Cancro Duro



Cancro Duro



Adenopatia Inguinal



Adenopatia Inguinal



Sífilis Secundária



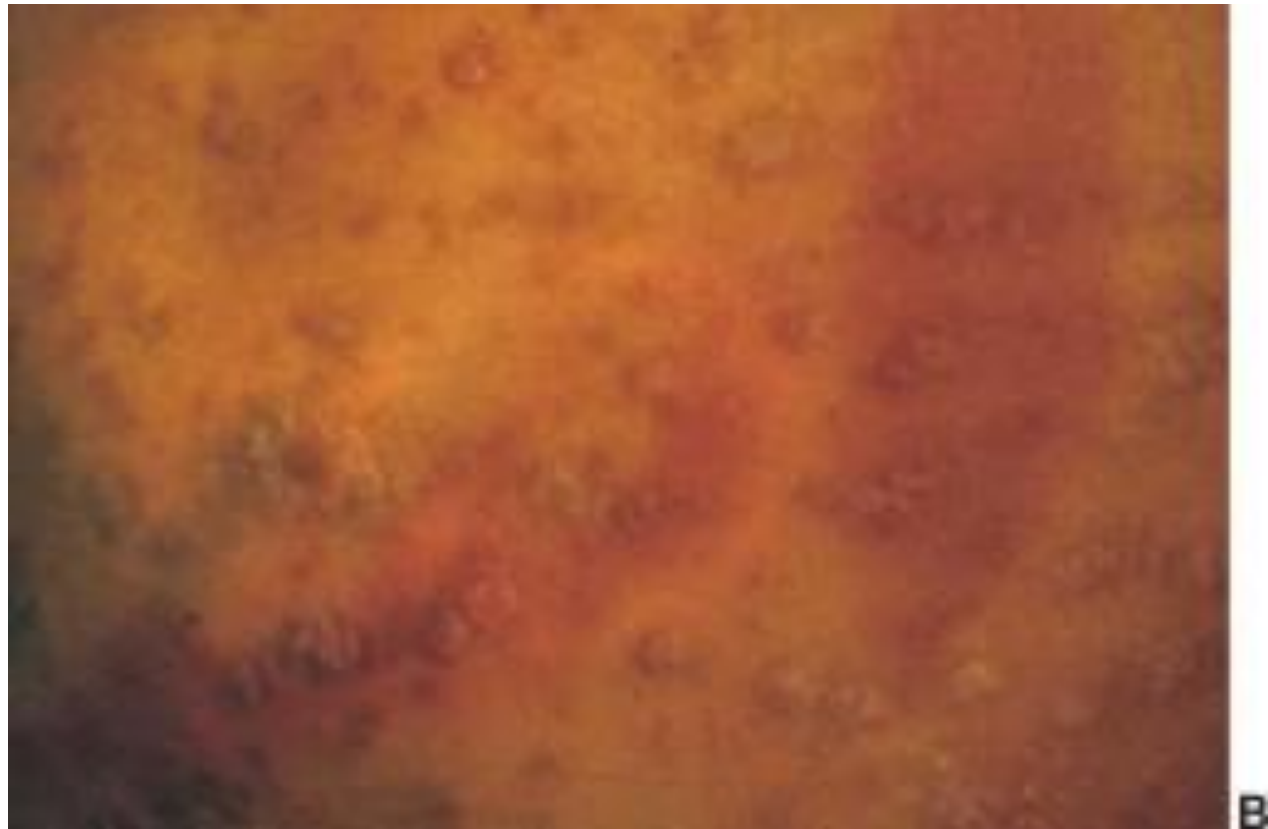
Sífilis Secundária



Sífilis Secundária



Sífilis Secundária



Sífilis Secundária



Sífilis Secundária



Sífilis Adquirida

Sífilis latente

- Recente ou tardia
- “Silêncio clínico”
- Exames sorológicos

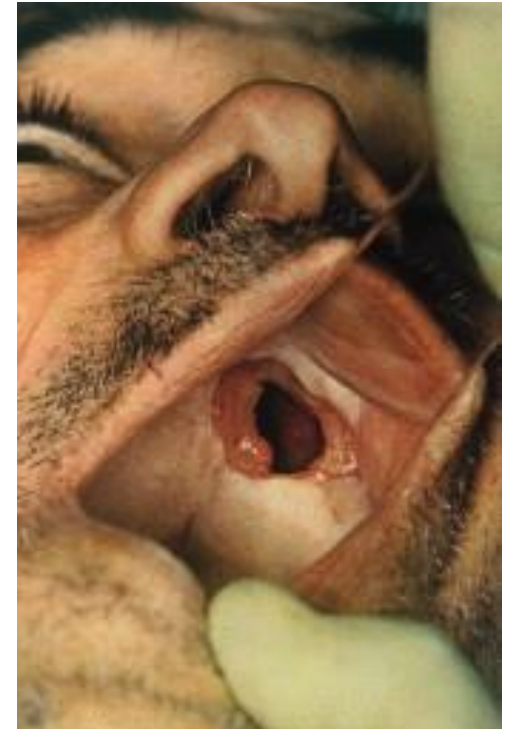
Sífilis tardia

- Tegumentares: gomas, sífilides tuberosas, nodosidades justa-articulares e eritema terciário
- Extrategumentares: oculares, ósseas, cardiovasculares e sistema nervoso

Alopecia Sifilítica



Sífilis Adquirida Tardia



Sífilis Congênita

- Recente: diagnóstico até o 2º ano de vida
- Tardia: diagnóstico após o 2º ano de vida

Sífilis Congênita



Sífilis Congênita



Sífilis Congênita



Sífilis Congênita



Diagnóstico Laboratorial

- Bacterioscopia em campo escuro (padrão ouro)
- Sorologias:
 - *Não treponêmicas*: VDRL, RPR
 - *Treponêmicas*: FTA-Abs, Elisa, **Teste rápido**
- ❖ **Efeito prozona**

Tratamento

Sífilis recente (primária, secundária e latente < 1 ano):

- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM (1.200.000 UI em cada glúteo), dose única.

Sífilis tardia (terciária não neurosífilis e latente > 1 ano):

- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM (1.200.000 UI em cada glúteo) por semana, durante 3 semanas.

Tratamento

Neurossífilis

- Penicilina G Cristalina 24 milhões UI/dia (4 milhões UI 4/4h) EV por 21 dias

Gestantes

- Usar os mesmos esquemas com Penicilina G Benzatina

Tratamento

Drogas alternativas

- Azitromicina 1g VO por semana, durante 2 ou 3 semanas para sífilis até 1 ano
- Doxiciclina 100mg VO 12/12h ou eritromicina ou tetraciclina 500mg VO 6/6h por 14 dias (sífilis recente) e por 28 dias (sífilis tardia)

Tratamento

Reação de Jarish-Herxheimer

- Ocorre após a primeira dose
- Lesões cutâneas, febre, cefaléia e artralgia
- Cede com analgésicos e antitérmicos

Critérios de Cura

- ✓ VDRL 3, 6 e 12 meses após tratamento
- ✓ Queda de 4 títulos da sorologia
- ✓ Negativação de 6 meses a 1 ano
- ✓ Diminuição de um título por mês
- ✓ Aumento de quatro títulos na sorologia-retratar

Sífilis congênita

Tratamento inadequado

- Medicamento que não seja a penicilina benzatina
- Incompleto, mesmo feito com penicilina benzatina
- Inadequado para a fase clínica da doença
- Instituição de tratamento dentro do prazo em até 30 dias antes do parto
- Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente

Definição de Caso de Sífilis em Gestante

Definição de caso

Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.

Caso confirmado:

- 1 - gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal.**
- 2 - gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.**

Fonte: DDAHV/ SVS/ MS

Definição de Caso de Sífilis Adquirida

Definição de caso

Caso confirmado de sífilis adquirida: Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Fonte: DDAHV/ SVS/ MS

Quadro 1 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita

Definição de caso

Primeiro Critério

- criança cuja mãe apresente durante o pré-natal ou no momento do parto, testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
- criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade da maternidade realizar o teste treponêmico, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto.
- criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade da maternidade realizar o teste não treponêmico, apresenta teste treponêmico reagente no momento do parto.
- criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto sem registro de tratamento prévio.

Segundo Critério

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:

- titulações ascendentes (testes não treponêmicos);
- testes não treponêmicos reagentes após 06 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;
- teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Terceiro Critério:

Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

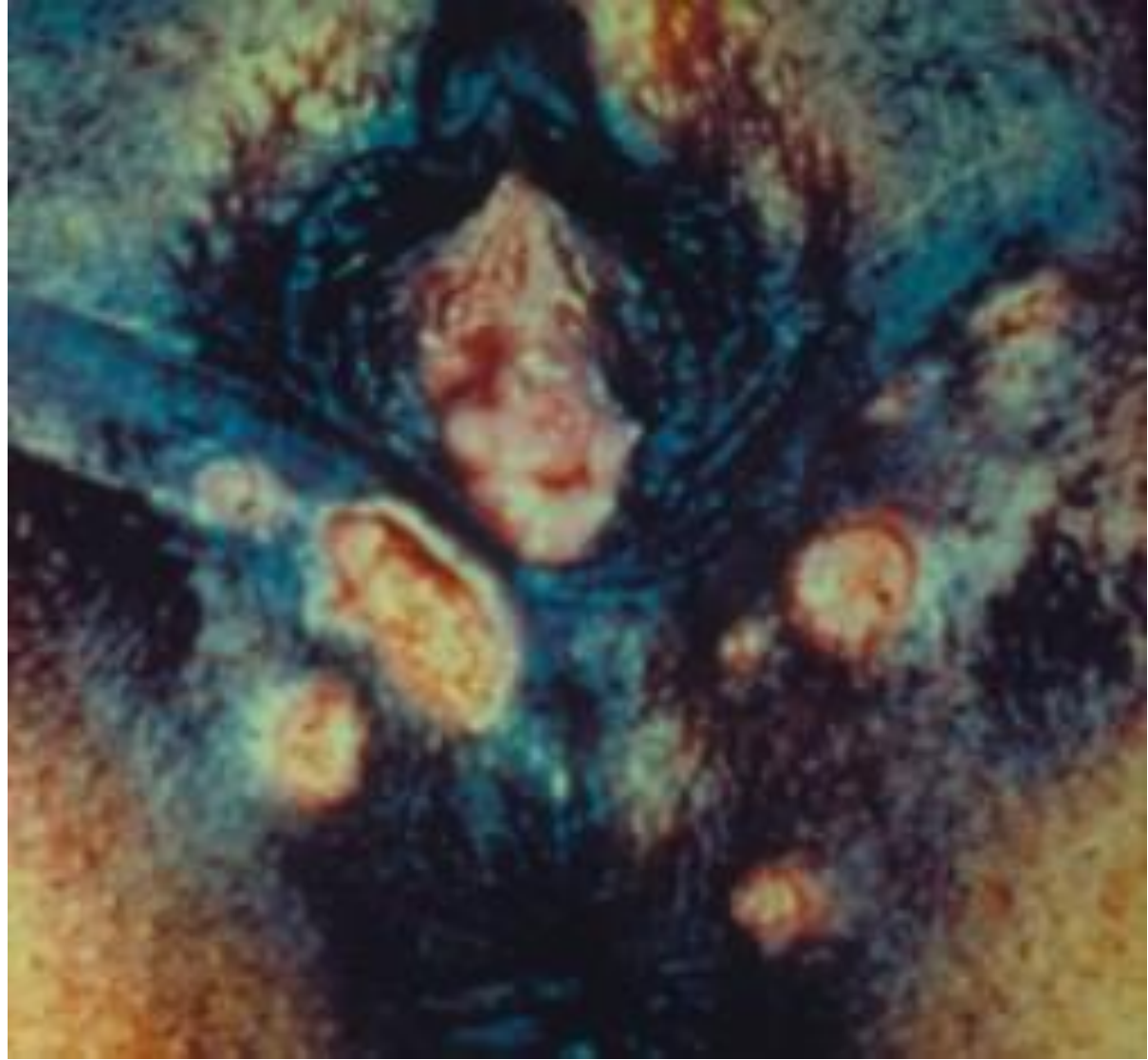
Quarto Critério:

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

A vibrant pond filled with water lilies. The water is a deep blue, and the lily pads are a bright, healthy green. Some lily pads are large and flat, while others are smaller and more rounded. Small purple flowers are scattered throughout the pond, some in bloom and some as buds. The overall scene is lush and natural.

Cancro Mole



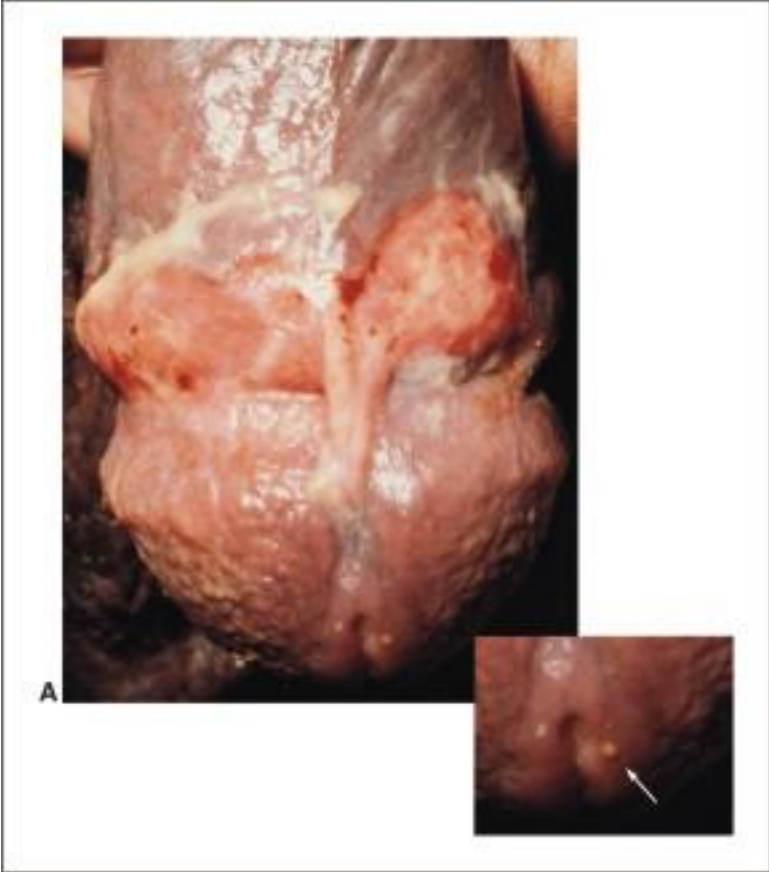


Cancro Mole

- Sinonímia: cancróide, cancrela, cancro venéreo simples, cancro de Ducrey, “cavalo”
- Incubação: 2 a 5 dias
- *Haemophilus ducreyi*: cocobacilo, Gram-negativo e agrupado em cadeias (estreptobacilos)

Manifestações Clínicas

- Úlceras múltiplas, bordas irregulares, autoinoculáveis, fagedênicas, inflamadas, adenite regional unilateral (bubão) com supuração em orifício único
- Homem: sulco balanoprepucial
- Mulher: fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios
- Cerca de 20 casos em homens para 1 caso em mulher



Diagnóstico Laboratorial

- Exame direto: bacterioscopia pelo Gram de material coletado das bordas das lesões
- Cultura: semeadura logo após coleta
- PCR: mais sensível

Tratamento

- Azitromicina 1g VO em dose única
- Ciprofloxacina 500mg VO 12/12h por 3 dias
- Eritromicina (estearato) 500mg VO 8/8h 7 dias
- Doxiciclina 100mg VO 12/12h ou 200mg VO 1 vez ao dia por 7 dias
- Tianfenicol granulado 5g (2 envelopes de 2,5g) VO dose única
- Tianfenicol 500mg VO 8/8h 7 dias
- Ceftriaxona 250mg IM dose única

A close-up photograph of a succulent plant, likely a Sedum species, showing clusters of small, fleshy, green leaves with prominent red tips. The background is blurred, showing other similar plants and some pink flowers. The text "Linfogranuloma Venéreo" is overlaid in white, bold font across the center of the image.

Linfogranuloma Venéreo



Linfogranuloma Venéreo

- Linfogranuloma inguinal, doença de Nicolas-Fravez-Durand, adenite climática, quarta moléstia, poroadenite supurativa benigna, “mula”
- Incubação: uma a 2 semanas
- *Chlamydia trachomatis* cepas L1, L2 e L3

Manifestações Clínicas

- Adenite inguinal inflamatória e dolorosa (bubão)
- Lesões genitoinguinal (fase aguda) ou genitorretal (fase crônica)
- Fase aguda: fistulização multifocal (“bico de regador”), sintomas gripais, mal-estar geral
- Fase crônica: linfonodos pararretais (estenose de reto), estiomene (elefantíase com fístulas e úlceras)







Diagnóstico Laboratorial

- O diagnóstico é feito em bases clínicas
- Exame direto por coloração de Giemsa ou Papanicolaou
- Detecção de *Chlamydia trachomatis* por Elisa, imunofluorescência, biologia molecular (PCR, captura híbrida) de material coletado das lesões ou do bubão)
- Sorologia: título maior ou igual a 1:32

Tratamento

- Doxiciclina 100mg VO 12/12h ou 200 mg 1 vez ao dia por 21 dias
- Azitromicina 1g VO uma vez por semana por 3 semanas
- Eritromicina (estearato) 500mg 6/6h VO por 21 dias
- Sulfametoxazol 800mg + trimetoprina 160mg VO 12/12h por 21 dias
- Tianfenicol 500mg 8/8h por 21 dias



Donovanose



Donovanose

- Granuloma inguinal, tropical, contagioso, ulcerativo, esclerosante, úlcera venérea crônica, donovani
- Incubação: variável de 3 dias a 6 meses
- *Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis*: cocobacilo encapsulado, pleomorfo, extremidades arredondadas (alfinete de fraldas) encontrada dentro do citoplasma de histiócitos ou macrófagos

Manifestações Clínicas

- Ulcerações de bordas planas ou hipertróficas, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e fácil sangramento
- Podem ser múltiplas que evoluem para necrose
- Lesões crônicas
- Ausência de linfadenopatia regional



A



B





Diagnóstico Laboratorial

- Esfregaços e/ou biópsia de lesões coradas pelos métodos de Wright, Papanicolaou, Giemsa ou Leishman (corpúsculos de Donovan)
- Histopatológico em lesão genital com mais de 30 dias

Tratamento

- Doxiciclina 100mg VO 12/12h ou 200mg 1 vez por dia (primeira escolha)
- Ciprofloxacina 750mg VO 12/12h
- Azitromicina 1g VO 1 vez por semana
- Sulfametoxazol/trimetoprim (400/80 mg) 02 comprimidos VO 12/12h
- ❖ O tratamento deve ser feito até a cicatrização das lesões, por no mínimo 21 dias



Herpes genital



Herpes genital

- Sinonímia: herpes febril
- Incubação: de um a 26 dias (média de 7 dias) após o contágio
- Agente etiológico: herpes simples (HVS 1 e HVS 2), DNA-vírus, termolábeis e sensíveis ao éter, fenol e formol

Manifestações Clínicas

Primoinfecção

- Precedida por sintomas subjetivos
- Edema, ardor, prurido e dor
- Vesículas agrupadas com base eritematosa que duram de 4 a 5 dias e depois erodem
- Duas a 3 semanas de duração
- Febre, cefaléia, mal-estar e mialgia
- Adenopatia inguinal e femoral

Manifestações Clínicas

Infecção recorrente

- HSV latente na bainha de mielina dos nervos periféricos
- Surtos recorrentes com manifestações clínicas mais amenas
- Quadro clínico mais severo em imunodeficientes











Diagnóstico Laboratorial

- Material retirado do raspado das lesões
- Citologia (Papanicolaou ou Giemsa): células de Tzanck
- Cultura viral (padrão ouro)
- Biologia molecular (PCR, captura híbrida)
- Sorologia IgM e IgG

Tratamento

Primoinfecção

- Aciclovir 200mg 2 comprimidos VO 8/8h por 7 dias
- Aciclovir 200mg VO 4/4h (exceto a dose da madrugada= 5 vezes ao dia) por 7 a 10 dias
- Fanciclovir 250mg VO 8/8h por 7 a 10 dias
- Valaciclovir 1g VO 12/12h por 7 a 10 dias

Tratamento

Episódios recorrentes

- Aciclovir 400mg VO 8/8h por 5 dias
- Aciclovir 200mg VO 4/4h (exceto a dose da madrugada= 5 vezes ao dia) por 5 dias
- Fanciclovir 125mg VO 12/12h por 5 dias
- Valaciclovir 500mg VO 12/12h por 5 dias

Tratamento

Terapia de supressão (indicada quando 6 ou mais surtos em 1 ano):

- Aciclovir 400mg VO 12/12h
- Fanciclovir 250 mg VO 12/12h
- Valaciclovir 500mg VO 12/12h
- ❖ Todos por período não menor que 6 meses

Tratamento

Doença grave

- Aciclovir 5-10mg/kg EV 8/8h por 2 a 7 dias ou até a melhora clínica, trocando para VO até completar pelo menos 10 dias de tratamento

Complicações

- Infecções no SNC (meningites e encefalites)
- Infecção neonatal: visceral e SNC, hidroanencefalia, coriorretinite
- Cerca de 70% dos RN com herpes neonatal nascem de mães assintomáticas no momento do parto
- Abortamento, prematuridade e restrição de crescimento intrauterino
- Aciclovir 400mg 8/8h a partir da 36^a semana e cesárea eletiva (herpes recidivante)

Gonorréia e Clamídia







Gonorréia

- Doença gonocócica, blenorragia, pingadeira, gota matinal, estrela da manhã, fogagem, esquentamento e escorrimento
- Incubação: 2 a 10 dias (24h a 20 dias)
- *Neisseria gonorrhoea*: diplococo Gram-negativo, intra-celular de polimorfonuclear

Manifestações Clínicas

Masculinas

- Formigamento ou prurido intra-uretral, com disúria
- Fluxo uretral mucoso ou mucopurulento, com eliminação abundante e espontânea
- Edema e eritema de bordas do meato uretral

Manifestações Clínicas

Femininas

- Metade assintomática ou oligossintomática
- Disúria, urgência urinária
- Secreção amarelo-esverdeada, vulvovaginite
- Endocervicite, muco cervical turvo, hiperemia de colo
- Metrorragia, prurido anal, secreção anal mucopurulenta
- Dor pélvica ou ao toque vaginal combinado

Diagnóstico Laboratorial

- Bacterioscopia: diplococos Gram-negativos no interior de polimorfonucleares
- Cultura: meio seletivo de Thayer-Martin
- Homens (bacterioscopia da secreção uretral)
- Mulheres (cultura do canal cervical, biologia molecular, PCR e captura híbrida)

Tratamento

- Ciprofloxacina 500mg VO dose única
- Ofloxacino 400mg VO dose única
- Cefixima 400mg VO dose única
- Ceftriaxona 250mg IM dose única
- Tianfenicol 2,5g VO dose única
- Levofloxacino 500mg VO dose única
- Espectinomicina 2g IM dose única
- Rosoxacino 300mg (2cp de 150mg) VO dose única

Infecção por *Chlamydia*

- Uretrite não gonocócica (UNG), cervicite, doença inflamatória pélvica (DIP)
- Uretrite, endocervicite, oftalmia subaguda ou DIP
- Incubação: duas semanas a 1 mês
- *Chlamydia trachomatis*: cepas D, E, F, G, I, J e K bactérias parasitas intracelulares obrigatórias (células epiteliais cilíndricas no interior dos vacúolos)

Manifestações Clínicas

Masculinas

- Uretrite com secreção clara e mucóide
- Raramente purulenta
- Disúria leve ou moderada

Femininas

- Endocervite com muco cervical claro
- Ectopia e friabilidade com sangramento fácil da mucosa cervical

Diagnóstico Laboratorial

- Meios de cultivos celulares (células de McCoy)
- Coleta de material de uretra e canal cervical, por escovinha ou *swab*
- PCR ou Captura híbrida
- Sorologia restrita a casos de infecção complicada (salpingite, DIP, artrite, pneumonia ou linfogranuloma venéreo)

Tratamento

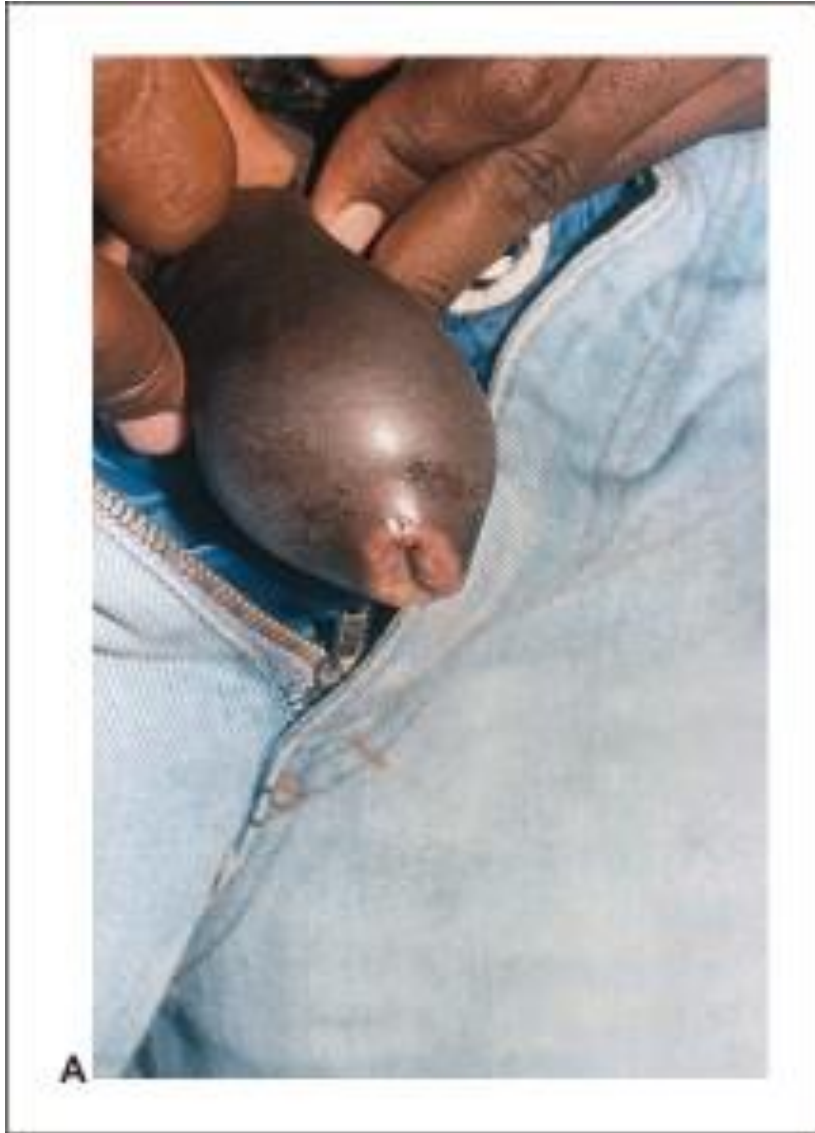
Doença não complicada ou trato genital baixo (uretrites, endocervicites)

- Azitromicina 1g VO dose única
- Doxiciclina VO 12/12h ou 200mg 1 vez ao dia por 7 dias
- Eritromicina (estearato) 500mg VO 6/6h por 7 dias
- Ofloxacina 400mg VO 12/12h 7dias
- Levofloxacina 500mg VO ao dia por 7 dias

Tratamento

Doença complicada ou do trato genital alto (endometrites, salpingites, epididimites, artrites)

- Doxiciclina 100mg VO de 12/12h ou 200mg 1 vez ao dia durante 14 dias











Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas
Infecções Sexualmente
Transmissíveis

Abril / 2015



protocolo

**RELATÓRIO
DE RECOMENDAÇÃO**



Abordagem Sindrômica

X

Manejo Integral das IST

**Rastreamento e Tratamento das IST
assintomáticas**

Uso de fluxogramas nas IST sintomáticas

Laboratório complementar

Estratégias de Atenção integral às Pessoas com IST

| Prevenção Combinada | | |
|--|---|--|
| Prevenção Individual e Coletiva | Oferta de Diagnóstico e Tratamento para IST assintomáticas | Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxogramas com e sem laboratório |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informação/Educação em saúde • Preservativo masculino e feminino • Gel lubrificante • Busca adequada e acesso a serviços de saúde • Prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis • Vacinação para HBV e HPV • Profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicado • Redução de danos | <ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento de Clamídia para gestantes de 15 a 24 anos, quando disponível • Rastreamento de sífilis, gonorreia, clamídia, HIV para pessoas com IST e para populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas), quando disponíveis • Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto, quando disponíveis e recomendados, conforme o PCDT de transmissão vertical • Tratamento das infecções identificadas | <ul style="list-style-type: none"> • Conduitas baseadas em fluxogramas: ✓ Queixa de síndrome específica ✓ Anamnese e exame físico ✓ Diagnóstico com e sem laboratório ✓ Tratamento etiológico ou baseado na clínica (para os principais agentes causadores da síndrome) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na adesão ao tratamento • Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticos) • Notificação das IST, conforme estabelecido. | | |

Vigilância epidemiológica das IST

- Sífilis adquirida, sífilis em gestantes, sífilis congênita
- Hepatites virais B e C
- AIDS, infecção por HIV, infecção por HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
- Síndrome do corrimento uretral masculino

Parcerias Sexuais

- ✓ Tricomoníase: parceria atual
- ✓ Corrimento uretral: últimos 02 meses
- ✓ Infecção cervical: últimos 02 meses
- ✓ DIP: últimos 02 meses
- ✓ Úlceras: últimos 03 meses
- ✓ Sífilis secundária: últimos 06 meses
- ✓ Sífilis latente: último ano

Condilomas Genitais (HPV)



Condilomas Genitais



Condilomas Genitais



Condilomas Genitais

- Condiloma acuminado, verrugas anogenitais, *thymus*, *ficus*, crista-de-galo
- Papilomavírus humano (HPV)- hiperplasia celular
- Virose mais comum transmitida por via sexual
- Mais prevalente em mulheres
- Associação com Neoplasias Intra-Epiteliais do colo uterino

Condilomas Genitais

Período de Incubação:

- Variável, relacionado a competência imunológica do indivíduo
- De 3 semanas a 8 meses (média 3 meses)
- Pode ser por tempo indeterminado

Etiologia

- *Human Papillomavirus (HPV)*
- São DNA vírus não cultiváveis *in vitro*
- Existem mais de 100 subtipos (35 específicos para o epitélio anogenital)
- ✓ *Baixo risco: HPV 6, 11, 42, 43, 44 - comumente não integrados ao genoma do hospedeiro (verrugas)*
- ✓ *Intermediários: HPV 33,35,51 e 52*

Etiologia

- ✓ *Alto Risco*: HPV 16, 18, 31, 39, 45, 56, 58, 59, 68
- São encontrados geralmente integrados ao genoma da célula hospedeira
- Associados às lesões intra-epiteliais de alto grau, carcinoma *in situ* e carcinoma invasor do colo uterino
- Integração do mecanismo de agressão do vírus e defesa do hospedeiro

Manifestações Clínicas

- Infecções transitórias (50% dos casos), com completa eliminação do vírus (indivíduos imunocompetentes)
- Surgimento de lesões, com regressão espontânea em 30-50% dos casos
- Lesões persistentes, resistentes ao tratamento convencional (alto risco)

Manifestações Clínicas

- Lesões podem ser únicas ou múltiplas
- Podem desaparecer espontaneamente ou evoluir em número e tamanho (“couve-flor”)
- Manifestações clínicas e subclínicas (colposcopia)
- ✓ *Homem*: glande, prepúcio, meato uretral e bolsa escrotal
- ✓ *Mulher*: vulva, períneo, meato uretral e colo uterino





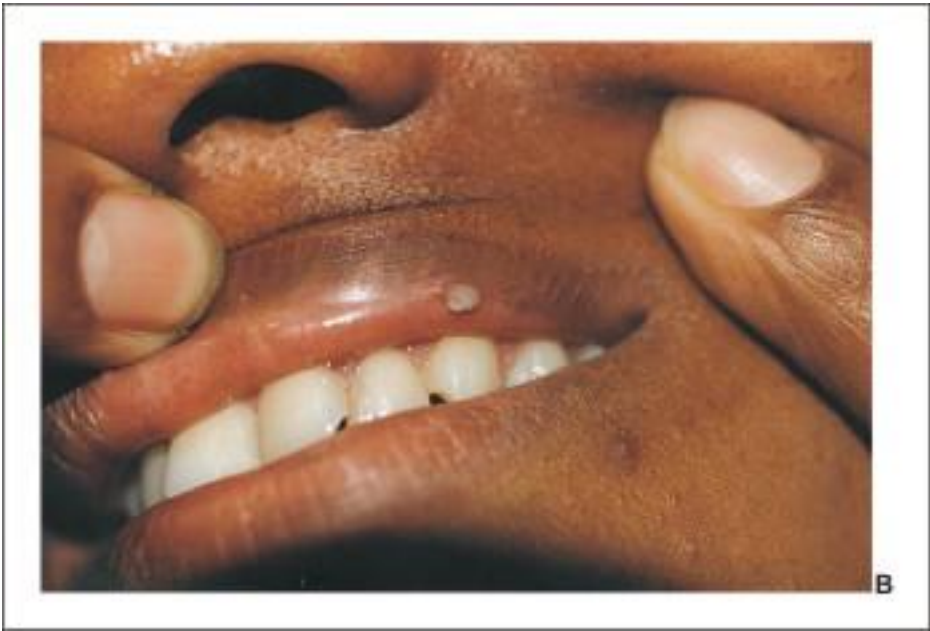






















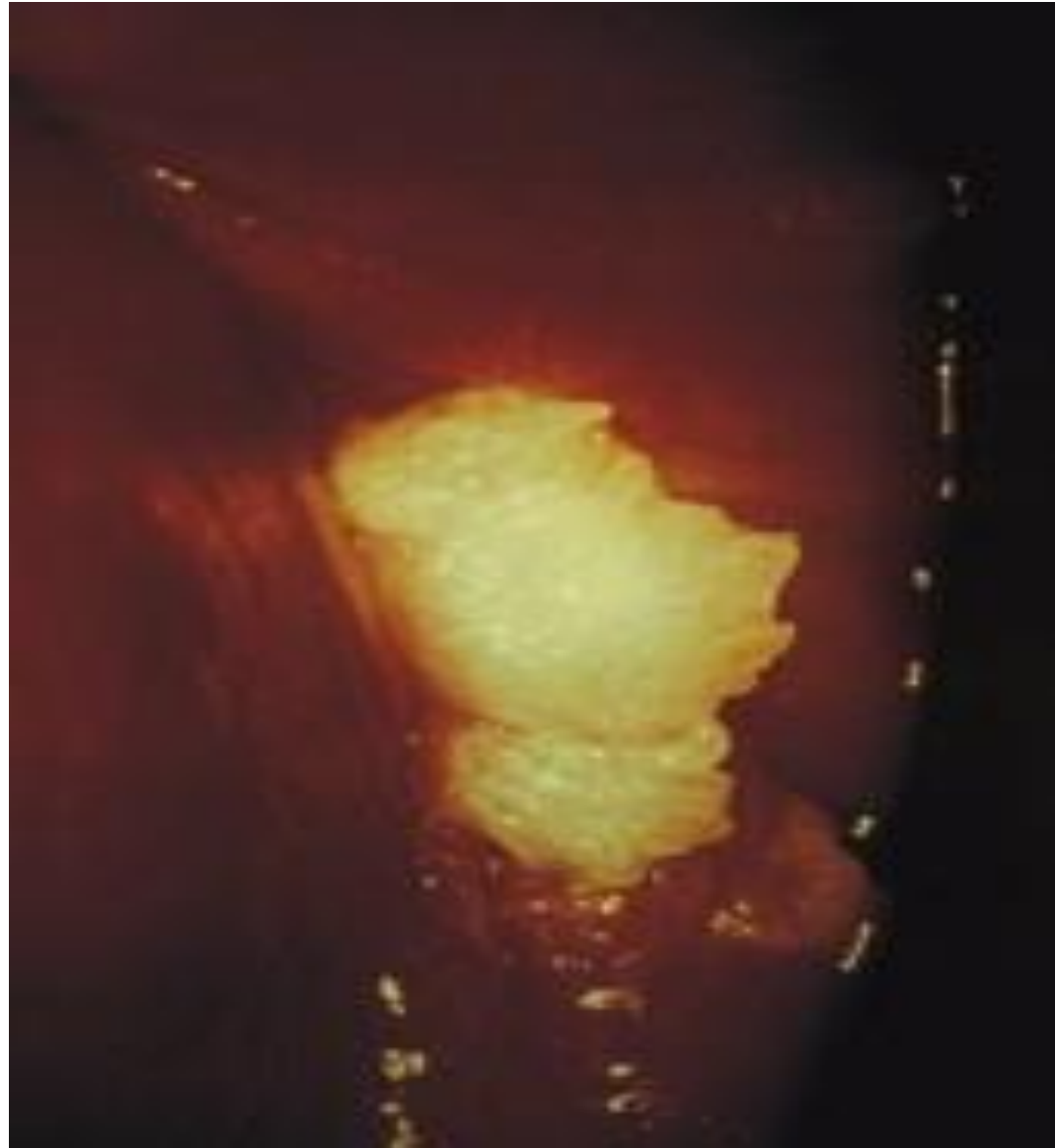


















Manifestações Clínicas

Condiloma gigante:

- Tumor Buschke-Löwenstein
- HPV 6 e 11 (comportamento agressivo)
- Histopatológico: ausência de malignidade



Diagnóstico

- Ácido acético 3-5%
- Não patognomônica de infecção por HPV
- Citologia e Histologia: coilocitose
- Microscopia eletrônica
- Imuno-histoquímica
- Biologia molecular- captura híbrida e PCR
- Genotipagem

Diagnóstico Diferencial

- *Condiloma latum* (condiloma plano/sifíides papulosas)- sífilis secundária
- Molusco contagioso
- Tumores benignos e malignos
- Neoplasias de origem não viral







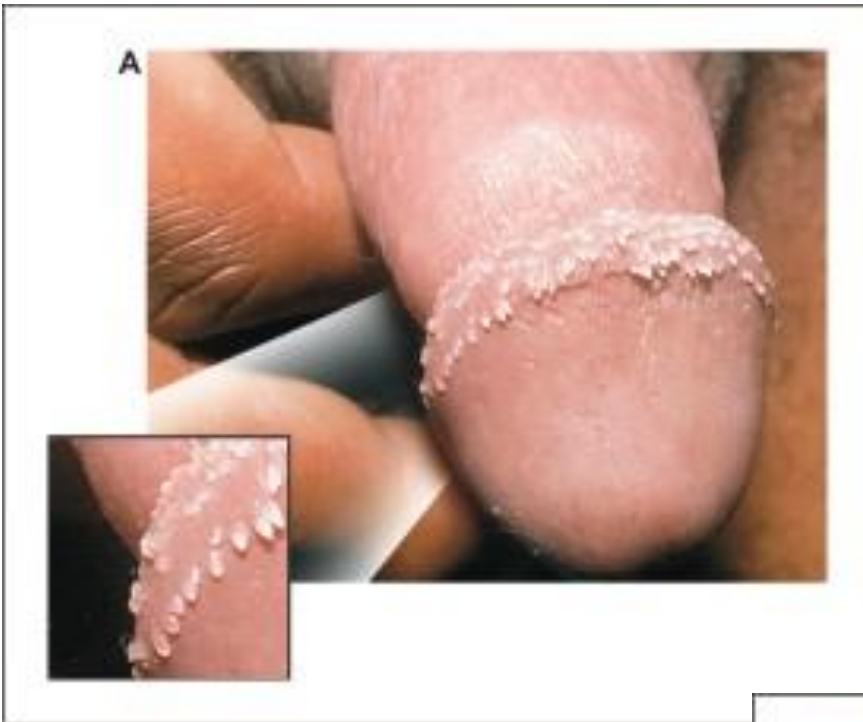


A



B





Tratamento

Imiquimode (creme a 5%)

- Uso tópico
- Pode ser aplicado pelo próprio paciente
- Aplicação em cada lesão 3 vezes por semana durante 4 a 8 semanas
- Efeitos colaterais: irritação e queimadura local
- Não indicado para uso interno (vaginal)

Tratamento

Ácido tricloroacético (30 a 90%)

- Uso tópico
- Deve ser aplicada por profissional experiente
- Aplicação semanal até involução das lesões
- Pode ser usado em gestantes

Tratamento

Podofilotoxina (0,5%)

- Uso tópico
- Pode ser aplicado pelo próprio paciente
- Usada em ciclos de 2 vezes ao dia, por 3 dias, com pausa de 4 dias (máximo 4 ciclos)
- Irritação local
- Não utilizar em gestantes

Tratamento

Podofilina (25%)

- Uso tópico
- Deve ser aplicada por profissional experiente
- Não utilizar em mucosas
- Uso semanal (lavar a região 4h após aplicação)
- Teratogênica, não utilizar em gestantes

Tratamento

Crioterapia (nitrogênio líquido):

- Semanal até regressão das lesões

Interferon:

- Uso sistêmico ou intralesional
- Efeitos colaterais: mal-estar geral, estado gripal
- Menos eficaz

Tratamento

Remoção cirúrgica

- Método simples e eficaz
- Excisão das lesões com tesoura e posterior cauterização suave das bases (laser ou bisturi elétrico)

Prevenção

- Evitar comportamento sexual de risco
- Uso de preservativos
- Exame ginecológico de rotina
- Busca ativa e seguimento de parcerias
- Vacina contra HPV

Observações

- Em 1 a 5% dos casos de neoplasia intra-epitelial cervical não se encontra HPV
- Tratamento de infecções secundárias locais e sistêmicas favorecem remissão das lesões
- Diminuição das lesões no pós-parto
- Indicação de parto cesáreo apenas quando as lesões obstruírem o canal de parto, lesões cervicais de alto grau ou vegetantes com alto risco de lacerações ou hemorragia



Obrigada!