

DST NA GESTAÇÃO

- ⊗ INTRODUÇÃO
- ⊗ Alterações gestacionais como imunossupressão relativa, mudanças anatômicas e alterações hormonais podem alterar o curso das DST.
- ⊗ Prevalência de algumas DST indicam clamídia 9,4%, sífilis 1,6% e gonocócica 1,5%.
- ⊗ Entre as DST virais, a maior prevalência corresponde ao HPV com 40%. Vírus HIV 0,5% e vírus hepatite B 0,5%, herpes simples tipo 2 – 22%.

CANCRO MOLE

- ⊗ Causada pelo *haemophilus ducrey*. Podem ter complicações como amniorrexe prematura, geralmente associada com infecção gonocócica e estreptocócica. Não tem dano fetal, mas pode ter problemas placentários.
- ⊗ Transmissão sexual.
- ⊗ Mulher é portadora assintomática geralmente, acomete 1 a cada 10-20 mulheres, na idade ativa 15-30 anos, mais em regiões tropicais.
- ⊗ Incubação de 1-4 dias podendo ser até 2 semanas, surge lesão que evolui para ulcera rapidamente que acometem os lábios vaginais, colo uterino ou períneo.
- ⊗ Ulceras são dolorosas, odor fétido, quando associadas a sífilis caracterizam o **cancro misto de Rollet**.
- ⊗ Bubão inguinal unilateral e doloroso e raro no sexo feminino.
- ⊗ Dx clínico com bacterioscopia com gram em esfregaços de exsudato da base da ulcera. Gram negativos em cardume de peixe com positividade em 50%. PCR é padrão ouro, bx não é empregada.
- ⊗ Dx diferencial com cancro duro, herpes, linfogranuloma e donovanose.
- ⊗ Tratamento – ceftriaxone dose única, eritromicina 6-6h por 7 dias. Estolato é contra indicado na gestação. Azitromicina 1g dose única tbm pode ser usado. Quinolonas são contra-indicadas na gestação. Parceiros devem ser tratados mesmo sem ter a doença.

DONOVANOSE

- ⊗ Granuloma venéreo, inguinal, doença de evolução crônica. Lesões ulcerovegetantes que não doem. Pouco contagiosa e pouco frequente. A gravidez piora muito a doença.
- ⊗ Agente – gram negativo – *Klebsiella granulomatis*. Pode ter contato não sexual. Não há alterações fetais, mas pode haver aborto e a manipulação cirúrgica das lesões pode aumentar a disseminação.
- ⊗ Acomete igualmente homens e mulheres com baixo índice sócio econômico.
- ⊗ Incubação de 30 dias a 6 meses.
- ⊗ Fundo da lesão é amolecido e vermelho com bordos irregulares e vão ficando endurecidos. É rara a ocorrência de sintomas gerais e adenopatias, mas pode ter pseudobuboes unilaterais.

- Ⓢ PSEUDOBUBOES – massas endurecidas ou abscessos flutuantes que drenam e se transformam em úlceras, representam **tecido de granulação subcutâneo** e não são gânglios linfáticos aumentados de volume.
- Ⓢ Extragenital é mto raro por contiguidade.
- Ⓢ Dx – características clínicas das lesões e demonstração do agente causal. **Corpúsculos de Donovan** no material da bx – estruturas ovoides escuras, localizadas dentro de vacúolos ou fora das células.
- Ⓢ Tratamento – estearato de eritromicina 500mg 6-6h por 21 dias ou até a cura. Uso concomitante de gentamicina pode ser usado. Doxíciclina e cipro são contraindicados. Eventualmente pode ser necessária reconstrução cirúrgica das lesões. Se a lesão chegar a impedir o parto vaginal, podemos indicar cesárea e normalmente não é necessário tratar parceiros.

GONORREIA

- Ⓢ Pode estar relacionada a maior risco de prematuridade, ruptura de membranas, perdas fetais, retardo do crescimento intrauterino e febre no puerpério.
- Ⓢ Pode ter bartolinite, Peri-hepatite, artrite, endocardite e endometrite pós parto. 25% se tornam inférteis.
- Ⓢ RN complicações são conjuntivite, pneumonite intersticial atípica, bronquite e otite média.
- Ⓢ Agente – **Neisseria gonorrhoeae** – diplococo gram negativo intracelular. Transmitida por via sexual.
- Ⓢ Nas clamídias estão **implicados sorotipos K e D da Chlamidia trachomatis** – bactéria intracelular com risco de transmissão sexual de 20%.
- Ⓢ Infecções de TGI são as maiores estimativas na população sexualmente ativa. 56% das DST registradas. Clamídia na gestação varia entre 2 e 9%.
- Ⓢ Clínica – infecções de vulvovaginite e cervicite assintomáticos em 80% dos casos.
- Ⓢ Infecção prolongada pode evoluir para DIP e culminar em esterilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.
- Ⓢ A repercussão da infecção gonocócica no RN – conjuntivite, septicemia, artrite, abscessos no couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.
- Ⓢ Clamídiase tem quadro semelhante, mas período de incubação maior de 14-21 dias. Pode levar a ruptura prematura de mbs, parto pré-termo, endometrite puerperal, conjuntivite e pneumonia do RN.
- Ⓢ Dx com cultura meio de Thayer-Martin, coloração pelo Gram tem baixa sensibilidade. PCR padrão ouro.
- Ⓢ Dx de gonorreia e clamídiase – outras causas de cervicites e corrimento vaginal – tricomoníase, candidíase e vaginose bacteriana.
- Ⓢ Tratamento – gonorreia injetável dose única – ceftriaxone IM 250mg. Cipro e ofloxacino são contra indicados.

- Ⓢ No RN há oftalmia gonocócica como principal manifestação, cuja profilaxia deve ser feita com aplicação de solução aquosa de nitrato de prata a 1% nos olhos (método de Crede). Nitrato de prata tbm pode ser usado.
- Ⓢ Clamídia – azitromicina 1g dose única ou estearato de eritromicina ou amoxicilina. Para oftalmia neonatal – eritromicina por 14 dias.
- Ⓢ Parceiros devem ser tratados na vigência dessas infecções.

HEPATITES VIRAIS

- Ⓢ Transmissão vertical sobretudo no final da gravidez. Vírus C ocorre em 3 a 5% dos casos, com maior risco em pacientes com HIV ou alta carga viral de HCV.
- Ⓢ Em RN de gestantes com evidencia de multiplicação viral, cronicacao ocorrem em ate 90% dos casos e nos casos sem evidencia de multiplicação viral em 40% dos casos.
- Ⓢ Podemos controlar a replicação viral pela sorologia nas hepatites. Nas ccas 30% com idade inferior a 5 anos vão se tornar portadores crônicos uma vez que adquirem a infecção.
- Ⓢ **A transmissão vertical de HBV é a principal causa de carcinoma hepatocelular no futuro (hoje não é).**
- Ⓢ **HCV** – durante a gravidez infecção aguda ou crônica não tem risco maior de anormalidades fetais ou complicações perinatais. Risco de transmissão ao RN é de 2 a 3x maior se a mulher for HIV positivo.
- Ⓢ Tratamento – quadros agudos de hepatite B – apenas sintomáticos – repouso, hidratação e dieta. Gestante sadia contaminada com HVB deve receber Ig humana 0,06mg/kg-IM repetida em um mês. A vacinação tbm deve ser indicada no esquema de 3 doses.
- Ⓢ **Hepatite B crônica** – IFN alfa e lamivudina contra-indicado na gravidez e amamentação. Lamivudina so usada quando os benefícios superem os riscos.
- Ⓢ RN com menos de 2kg devem receber 4 doses da vacina devido a possibilidade da redução da imunogenicidade causada pela vacina. Aleitamento materno pode ser feito em lactentes de mães com HBsAg positivas com imunoprofilaxia adequada.
- Ⓢ **Hepatite C** – não tinha vacina disponível, e profilaxia com Ig não é efetiva. Lactentes devem ser testados para infecção. Contra indicados ribavirina e interferon alfa peguilado. Amamenatacao é permitida, menos se os mamilos tiverem fissuras.

HERPES GENITAL

- Ⓢ Tem uma aula só sobre ele.

HPV

- Ⓢ Aula só sobre ele.
- Ⓢ ATA pode ser usado em concentrações inferiores a 80%, imiquimod e podofilotoxina não devem ser usados.

LINFOGRANULOMA VENEREO

- ⊗ **Doença de Nicolas-Favre**, popularmente chamado de mula. Não tem dano para o concepto. A transmissão é sexual exclusiva, 80% dos casos assintomáticos e a lesão começa por ***papula que se ulcera em sulco bálano prepucial e desaparece espontaneamente***. Pode causar lesões estenosantes. No homem pode ter linfadenopatia inguinal unilateral.
- ⊗ Pode ter comprometimento ganglionar com pontos de flutuação, correspondendo aos focos de necrose, que se fistulizam e dão saída a material purulento espesso através de ***bico de regador***. Pode ter sequelas em praticantes do sexo anal por obstrução linfática crônica, fistulas retais, vesicais e anais.
- ⊗ Testes sorológicos, principalmente ELISA e fixação de complemento são positivos após a 4ª semana.
- ⊗ Tratamento – estearato de eritromicina, tianfenicol so nos trimestres finais da gestação.
- ⊗ Tratar parceiros com contato sexual 30 dias anterior ao quadro.
- ⊗ Causado pela *Chlamydia trachomatis*.

SIFILIS

- ⊗ Pode ser causa de aborto, prematuridade, morte neonatal ou desenvolvimento da doença nos conceptos (sífilis congênita precoce ou tardia). É a mais importante para prova. A gravidade da sífilis congênita deve-se ao fato da infecção transplacentária ser maciça – a transmissão ocorre em qualquer momento da gestação, mas os casos de RN assintomáticos estão mais relacionados a transmissão de 3º trimestre e quanto mais antiga a doença na mãe, menor o risco de transmissão.
- ⊗ Pode ser transmitida por sífilis anterior a gravidez ou contraída durante a gravidez. Cada gravidez sucessiva não tratada diminui a chance de transmissão, mas o risco não é eliminado por completo.
- ⊗ Causada pelo *treponema pallidum*.
- ⊗ Quanto a transmissão sexual as lesões são ricas em treponema e altamente infectantes, mas na 2ªária há ACS circulantes em altos títulos. A transmissão nos estágios iniciais é maior 70 a 100% nas fases primária e secundária (numero de espiroquetas é maior). Fase latente recente decresce para 40% e na latente tardia 10%.
- ⊗ A transmissão vertical é de 25%.
- ⊗ CLINICA – incubação de 20 dias, há o cancro duro. Na mulher não se detecta a lesão normalmente. Na fase secundária temos a presença das roseolas sífilíticas. ***É chamada de grande imitadora pq podem simular varias doenças***.
- ⊗ O quadro clínico do RN varia de acordo com a fase de gestação que foi infectado. No 3º trimestre tem menos chance de alterações, normalmente nasce assintomática.
- ⊗ Manifestações de infecção ***recente***:
 - Rinite hemorrágica
 - Erupção eritematopapulosa,
 - Placas mucosas,

- Condiloma plano,
- Fissuras periorificiais radiadas,
- Pênfigo sífilítico – principalmente mãos e pés.
- Microadenopatias
- Hepatoespleno
- Choro intenso
- Plaquetopenia
- Ⓜ Manifestações **tardias**:
 - Ceratite intersticial
 - Tíbia em sabre
 - Gomas
 - Hidrartose bilateral de Clouston
- Ⓜ **Estigmas** (alterações clássicas de sífilis congênicas):
 - Dentes de Hutchinson – incisivos menores cônicos e com entalhe semilunar
 - Nódulos de Parrot no crânio
 - Nariz em sela
 - Fronte olímpica
 - Alterações no exame de fundo de olho apresentando aspecto em sal e pimenta.
- Ⓜ (importante saber os estigmas).
- Ⓜ RN assintomático – é importante fazer testes sorológicos.
- Ⓜ Amamentação é contra-indicada apenas se tiver lesões no mamilo.
- Ⓜ DIAGNOSTICO
- Ⓜ Saber a fase de sífilis para ver o melhor diagnóstico.
- Ⓜ Exames diretos que demonstram a presença de treponema são indicados na sífilis primária (cancro), em algumas lesões mucocutâneas do secundarismo (placa mucosa, condiloma plano e lesão bolhosa) e na sífilis congênita recente.
- Ⓜ **Exame direto em campo escuro**, pesquisa direta com material corado por Fontana-Tribondeau, **IFD** são bastante específicos. De um modo geral são os mais usados.
- Ⓜ Testes não treponemicos – **VDRL, RPR**
- Ⓜ Testes treponemicos – **FTA-Abs e TPHA**.
- Ⓜ PCR não se usa muito. Western-blot se usa sem tanta aplicação rotineira. No Brasil no pré natal pedimos VDRL no início da gestação, 3º trimestre e parto.
- Ⓜ Mulheres com sorologia positiva, fazer exames mensais VDRL. Sorologias nas internadas para curetagem após aborto.
- Ⓜ Resultados com títulos baixos de VDRL tem que ser confirmado com testes treponemicos e se não der para confirmar, vamos considerar sífilis e tratar.
- Ⓜ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL – herpes simples, donovanose, linfogranuloma venéreo, cancro mole. No secundarismo – farmacodermias, doenças exantemáticas não vesiculosas, hanseníase virchowiana e colagenoses. Na sífilis terciária – pensar nas doenças granulomatosas como hanseníase, tuberculose e sarcoidose.

- Ⓢ Lembrar que há reações com testes não treponemicos falso positivos – colagenoses, hanseníase, infecções crônicas (VDRL positivo).
- Ⓢ TRATAMENTO
- Ⓢ Penicilina benzatina 2.400.000 metade em cada glúteo – 1 aplicação na primária, 2 na secundária e 3 na terciária com intervalo de 1 semana entre as aplicações.
- Ⓢ Qualquer outro tratamento, ou um tratamento instituído nos 30 dias que antecedem o parto, é considerado inadequado para a prevenção de sífilis congênita. Se faltam 29 dias para o parto, já não previne mais a sífilis congênita. O tratamento tem que acabar 30 dias antes do parto, senão não consideramos que estamos prevenindo da sífilis congênita.
- Ⓢ Tratamento com penicilina deve ser administrado mais de 30 dias antes do parto.
- Ⓢ Parceiros de gestantes portadores devem ser tratados mesmo com VDRL negativo com 1 aplicação e se for positivo, devemos usar 3 aplicações (como se fosse sífilis terciária).
- Ⓢ No caso de alergia a penicilina a gestante deve ser desensibilizada por meio da administração oral de penicilina V em diluições gradativamente menores e em volumes inversamente maiores, devendo ser realizada em ambiente hospitalar. Único jeito de prevenir sífilis congênita é com penicilina.
- Ⓢ A administração da penicilina deve ser feita 30 min após o término da desensibilização se tiver reação, vamos interromper e usar alternativas – eritromicina pode levar a cura da gestante, mas não do feto.
- Ⓢ Critério de cura – queda de 3 a 4 diluições do VDRL em relação ao inicial no prazo de 1 ano.

VULVOVAGINITES

- Ⓢ Inflamação ou infecção na vulva, vagina e ectocervice, com presença de corrimento vaginal e sintomas associados, como prurido vulvar, dispareunia, disúria e sensação de desconforto pélvico, embora muitos casos possam ser completamente assintomáticos.
- Ⓢ Diversos agentes – vaginose bacteriana, tricomoníase e candidíase vulvovaginal.

Ⓢ VAGINOSE BACTERIANA

- Ⓢ Causada por *Gardnerella vaginalis*, bacteroides, mobiluncus, micoplasmas, peptoestreptococos.
- Ⓢ Infecção ocorre por desequilíbrio na flora vaginal normal, com diminuição dos lactobacilos acidófilos, permitindo a proliferação desses agentes etiológicos. Pode ser transmitida via sexual excepcionalmente. Prevalência nas gestantes 14 a 21%.
- Ⓢ Múltiplos parceiros, uso de ducha vaginal, múltiplos parceiros, início precoce de atividade sexual são fatores.
- Ⓢ Maioria assintomática, corrimento branco acinzentado com odor fétido, ausência de prurido e sinais inflamatórios. Dx clínico, bacterioscopia vemos **clue cells**, teste das aminas positivos com KOH10% que leva a odor fétido.
- Ⓢ Tratamento – causa ruptura prematura de membranas, corioamnionite, parto prematuro, endometrite pós parto, infecção intra-amniótica e baixo peso do RN. Todas as gestantes sintomáticas devem ser tratadas e as assintomáticas com alto risco para parto pré-termo como

as com historia de parto prematuro anterior. Tratamento com metronidazol ou clindamicina – durante o primeiro trimestre da gestação e amamentação. Parceiros não precisam ser tratados.

☉ **TRICOMONIASE**

- ☉ Pode ser assintomática, incubação de 4-28 dias, corrimento abundante, espumoso, purulento e com mal cheiro. Na gravidez pode causar RPM, trabalho de parto prematuro e baixo peso do RN.
- ☉ Dx com exame direto com protozoários flagelados, cultura é possível.
- ☉ Tratamento com metronidazol.
- ☉ Previne infecção respiratória ou genital do RN.
- ☉ Não tem efeito teratogênico entre metronidazol e gestação. Deve evitar relação sexual durante o tratamento, parceiros tem que ser tratados sem necessidade de confirmação dx.
- ☉ Efeito antabusi – associado com metronidazol e imidazolicos.

☉ **CANDIDIASE**

- ☉ Cândida albicans é a mais comum, fungos comensais da mucosa ou transmissão sexual.
- ☉ 75% vão apresentar infecção em algum momento da vida. Corrimento branco sem cheiro.
- ☉ Durante a gravidez, o aumento do glicogênio no epitélio vaginal leva a diminuição do PH a níveis inferiores aos considerados normais, acidificando o meio.
- ☉ Tratamento – após o primeiro trimestre e durante a mamentacao com miconazol 2% via vaginal ou clotrimazol creme vaginal e em alguns casos banho de assento com bicarbonato de sódio diluído em água. Tratamento do parceiro não é necessário.

QUESTOES

- 1) Estreptobacilos gram negativos com disposição em cardume de peixe – cancro mole.
- 2) Donovanose na gestação – a gravidez pode agravar a doença levando a aumento das lesões.
- 3) Possíveis complicações da infecção por clamídia na gestante – prematuridade e ruptura prematura de membranas, retardo do crescimento intrauterino e febre no puerperio, bartolinite, Peri-hepatite, artrite, endocardite, endometrite Pos parto.
- 4) Conduta em gestantes e RN quanto a infecção pelo vírus hepatite B – mulheres grávidas Hbs-Ag negativas devem receber vacinação contra hepatite B. ccas nascidas de mães HbsAg positivas devem ser imunizadas com vacina e receber Ig aplicadas em locais diferentes nas primeiras 12h do parto, completando-se o esquema vacinal posteriormente.
- 5) Doenças que se assemelham por serem úlceras multiplas e dolorosas – cancro mole e herpes simples genital.
- 6) Abordagem da hepatite C nas gestantes – amamentação é permitida na vigência de infecção pelo HCV, porem se os mamilos estiverem com fissuras ou sangramentos o aleitamento devera ser evitado. Os medicamentos usados na infecção não podem ser usados na gravidez. Não há vacina contra hepatite C.

- 7) Transmissão vertical do herpes genital – apesar de existir a chance de transmissão transplacentaria 1:2500, a contaminação do feto se dá mais frequentemente pelo canal do parto – 50% se infecção de lesão ativa. Uso de aciclovir antes do parto diminui a transmissão.
- 8) Gestantes e HPV – ATA pode ser usado. Podofilina e podofilotoxina e imiquimode são contraindicados. A transmissão vertical ocorre por via hematogênica (transplacentaria) ou via ascendente ou no canal do parto, o que pode resultar na temida papilomatose laríngea. As lesões regredem após o parto, o parto cesáreo não previne a transmissão.
- 9) Linfogranuloma ou doença de Nicholas-Favre e gestação – possíveis dificuldades no momento do parto no caso de mulheres com lesões periretais estenosantes. Não há associação com danos no bebê. Há tratamento na gestação.
- 10) Padrão ouro para linfogranuloma-venéreo – PCR.
- 11) Tratamento de gonorreia na gestação – Ceftriaxone dose única.
- 12) Sífilis – os casos de RN assintomáticos estão mais relacionados a transmissão no 3º trimestre. A transmissão ocorre em qualquer trimestre. Quanto mais antiga a doença menor o risco de transmissão. Quanto mais vezes a mãe teve filhos, menor a transmissão.
- 13) Mulheres grávidas portadoras de sífilis são consideradas inadequadamente tratadas – penicilina benzatina em menos de 30 dias do parto. Tratamento com outra droga que não seja penicilina benzatina. A mãe é tratada, o conceito que não é tratado.
- 14) Sífilis congênita – falência na prevenção da doença – o não tratamento do parceiro é a principal causa de falha do tratamento.
- 15) Gestante com VDRL positivo na impossibilidade de confirmação da infecção por teste treponêmico – tratamento completo para sífilis, independente da titulação vamos tratar.
- 16) Seguimento da gestante após Tto para sífilis – repetição da sorologia mensalmente, cura com queda de 4 diluições.
- 17) Método de Crede – usado na prevenção da oftalmia gonocócica.
- 18) Infecção de maior prevalência na gestação HPV 40%.
- 19) Reação de Jarisch-Herxheimer pode causar abortamento e morte fetal. Por alergia a penicilina benzatina, em torno de 4h após sua aplicação. É reação de hipersensibilidade, então com altos títulos de VDRL sugere que podemos ter esse quadro.
- 20) Sorologia negativa para testes não treponêmicos, a repetição do exame deve ser feita em quais momentos da gravidez – primeira consulta, 3º trimestre, hora do parto ou qualquer curetagem.