Casos clínicos

IST em ginecologia

Discussão de casos · ambulatório e plantão

CASO 1 | 'UMA FERIDA QUE NÃO DÓI'

Camila, 26 anos, atendente de farmácia, G0, preservativo 'às vezes'.

Úlcera única no grande lábio direito há 12 dias, 1 cm, bordas elevadas, fundo limpo, base endurecida, indolor. Linfonodos inguinais bilaterais, móveis, indolores. Nega febre, vesículas ou ardência antes da lesão.
Dois parceiros nos últimos 3 meses. Papanicolau há 1 ano, normal. Teste rápido de sífilis na UBS: reagente; HIV: não reagente. Nunca tratou sífilis.
Pergunta se 'é herpes', se precisa avisar os parceiros e se 'uma injeção resolve'.



Sífilis, herpes ou cancro mole? Como o PCDT manda tratar na primeira consulta — e o que fazer com os parceiros?

ÚLCERA GENITAL | OS TRÊS QUE CAEM NA PROVA

	Sífilis primária	Herpes genital	Cancro mole
Agente / incubação	Treponema pallidum · 10–90 dias (média 21)	HSV-2 (ou HSV-1) · 2–12 dias	Haemophilus ducreyi · 3–7 dias
Lesão	Única, indolor, base dura, fundo limpo (cancro duro)	Vesículas agrupadas → úlceras rasas, múltiplas, dolorosas; pródromo de ardência	Múltiplas, dolorosas, fundo purulento, bordas irregulares; autoinoculação
Linfonodo	Bilateral, indolor, não supura	Bilateral, doloroso (1º episódio)	Unilateral, doloroso, bubão que fistuliza por orifício único
Diagnóstico	Teste rápido/treponêmico + VDRL (título); campo escuro se disponível	Clínico; PCR da lesão se disponível	Clínico; exclusão de sífilis e herpes
Tratamento	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única (1,2 em cada glúteo)	Aciclovir 400 mg VO 8/8 h por 7–10 dias (1º episódio); recorrência: 5 dias	Azitromicina 1 g VO dose única (ou ceftriaxona 500 mg IM)
Notificação	Compulsória (sífilis adquirida)	Não	Não

Fontes: MS, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (2022); MS, Nota Técnica sífilis (2020–2022); CDC STI Treatment Guidelines 2021.

Resolução do caso 1

Sífilis primária: cancro duro clássico com adenopatia bilateral indolor e teste treponêmico reagente. Não é herpes (sem vesículas, sem dor) nem cancro mole (único, limpo, indolor).

Trate hoje: penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única (1,2 milhão em cada glúteo). Teste reagente em quem nunca tratou já autoriza — não espere o VDRL. Alergia comprovada (não gestante): doxiciclina 100 mg 12/12 h por 14 dias.

Colha antes da injeção: VDRL quantitativo (título de base), HIV (repetir em 30 dias), HBsAg/anti-HBs, anti-HCV. Avise da reação de Jarisch-Herxheimer (febre em 24 h — não é alergia).

Parceiros: todos dos últimos 90 dias testados E tratados com benzatina 2,4 milhões UI, mesmo com teste negativo.

Seguimento: VDRL aos 3, 6 e 12 meses. Cura = queda de 2 diluições em até 6 meses. Título que sobe 2 diluições ou não cai = retratar e pensar em reinfecção/HIV.

Burocracia que salva vidas: notificar sífilis adquirida no SINAN; preservativo; vacinas HBV e HPV se elegível; PrEP se exposição repetida.



Benzatina 2,4 mi UI, 1 dose

Trate antes do VDRL

Parceiros 90 dias: tratar

VDRL 3, 6 e 12 meses

Fontes: MS, PCDT IST (2022); MS, Protocolo de sífilis (2020); CDC 2021.

CASO 2 | 'SANGRA DEPOIS DA RELAÇÃO'

Larissa, 22 anos, estudante, G0, usa pílula combinada: parceiro novo há 2 meses, sem preservativo.

Corrimento amarelado há 3 semanas, sangramento pós-coito discreto, disúria leve sem polaciúria. Sem dor pélvica, sem febre. DUM há 10 dias, normal.
Exame: vulva normal; conteúdo vaginal fisiológico, pH 4,2, aminas negativo; colo hiperemiado, friável ao swab, mucopus no orifício externo. Útero e anexos indolores.
Urina I: leucocitúria, nitrito negativo.
Quer 'um remédio para o corrimento' e pergunta se o namorado precisa tratar. Testes rápidos HIV e sífilis: não reagentes.



Colo com mucopus: cervicite até prova em contrário

Isso é vaginose ou cervicite? Qual o esquema do PCDT para tratar hoje — e quem mais precisa de rastreio?

Resolução do caso 2

Cervicite mucopurulenta (clamídia e/ou gonococo), não vaginite: pH e aminas normais, conteúdo vaginal fisiológico, colo friável com mucopus e sinusorragia. A 'disúria' é uretrite associada.

Trate hoje, sem esperar exame: ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g VO, dose única — cobre gonococo e clamídia (PCDT 2022). Alternativa para clamídia: doxiciclina 100 mg 12/12 h por 7 dias (não em gestante).

Colha se puder: NAAT para clamídia e gonococo (swab endocervical ou urina de 1º jato) — confirma, orienta parceiros e permite reteste em 3 meses (reinfecção é frequente).

Parceiro: mesmo esquema, mesmo assintomático; abstinência por 7 dias após o tratamento de ambos. HIV, sífilis e hepatites nos dois.

Rastreio: PCDT: clamídia e gonococo em mulheres sexualmente ativas < 30 anos e gestantes na 1ª consulta; CDC: anual < 25 anos. Clamídia é silenciosa em 70% — e é a principal causa evitável de DIP e infertilidade tubária.

Se houvesse dor à mobilização do colo: DIP ambulatorial — ceftriaxona 500 mg IM + doxiciclina 100 mg 12/12 h + metronidazol 500 mg 12/12 h, 14 dias; reavaliar em 72 h.



Ceftriaxona 500 + azitro 1 g

pH normal: não é vaginite

Parceiro trata junto

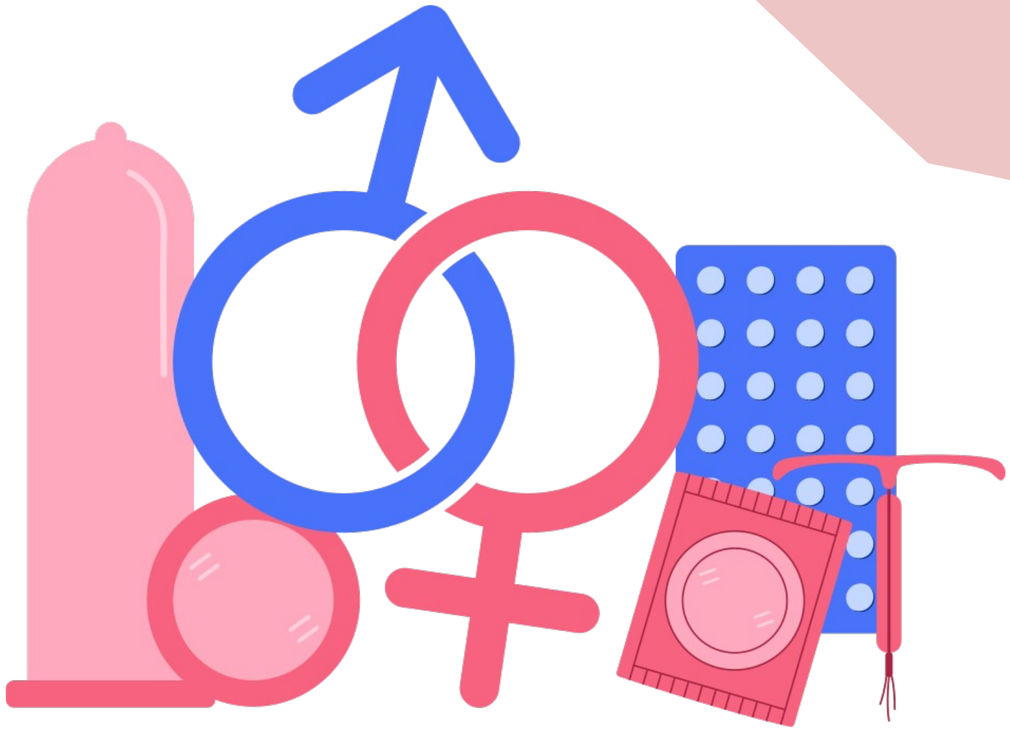
NAAT e reteste em 3 meses

Fontes: MS, PCDT IST (2022); CDC STI Treatment Guidelines 2021; FEBRASGO, Doença inflamatória pélvica (2021).

CASO 3 | 'A CAMISINHA ESTOUROU'

Fernanda, 30 anos, designer, G1P1, usa DIU de cobre.

Relação vaginal consentida com parceiro casual há 36 horas; o preservativo rompeu. Não sabe o status de HIV dele ('acho que ele usa PrEP, não tenho certeza'). Assintomática. Nega outras exposições recentes. Vacinada para hepatite B na infância (3 doses, carteira). Nunca tomou vacina de HPV. Teste rápido HIV, sífilis e hepatites B/C hoje: todos não reagentes.
Pergunta: 'ainda dá tempo de tomar o coquetel?', 'preciso de antibiótico?', 'e se isso acontecer de novo?'



Dá tempo? Qual esquema, por quanto tempo, com quais testes de seguimento? O que oferecer para que a próxima exposição não vire emergência?

EXPOSIÇÃO SEXUAL | O KIT COMPLETO EM UMA CONSULTA

PEP para HIV

Janela: até 72 h, quanto antes melhor (ideal < 2 h); depois de 72 h não indica

Esquema: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg, 1×/dia, por 28 dias

Antes: teste rápido de HIV da pessoa exposta — reagente = não é PEP, é tratamento. Parceiro-fonte testado negativo = PEP dispensável

Seguimento: HIV aos 30 e 90 dias; creatinina basal; adesão aos 28 dias é o que decide

Outras IST e gravidez

Testes hoje: HIV, sífilis, HBV, HCV; repetir sífilis em 30 dias e hepatites em 90

Profilaxia antibiótica: indicada na violência sexual (benzatina 2,4 mi + ceftriaxona 500 IM + azitromicina 1 g + metronidazol 2 g); na exposição consentida, o PCDT orienta testar e tratar

Hepatite B: não imune → vacinar hoje; fonte HBsAg+ → imunoglobulina até 14 dias

Contracepção de emergência: levonorgestrel 1,5 mg até 5 dias (ideal 72 h) — aqui dispensável: DIU de cobre

Para a próxima

PrEP: tenofovir/entricitabina diário para quem repete exposição ou já usou PEP; em mulheres cis, proteção após 7 dias de uso contínuo; PrEP injetável (cabotegravir) em implantação no SUS

Vacinas: HPV — no SUS, 9–14 anos dose única; usuárias de PrEP e imunossuprimidas até 45 anos; HBV 3 doses

Doxi-PEP: evidência em HSH/mulheres trans, não incorporada ao PCDT brasileiro

Sempre: preservativo, testagem regular, autoteste de HIV disponível na farmácia do SUS

Fontes: MS, PCDT para PEP de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais (2021, atualizado 2024); MS, PCDT PrEP (2022, atualizado 2024); MS, PCDT IST (2022); PNI/MS, Calendário Nacional de Vacinação 2024.

Resolução do caso 3

Exposição sexual consentida há 36 h, fonte de status desconhecido, exposta HIV-negativa: PEP indicada, hoje, e a consulta vira porta de entrada para prevenção combinada.

PEP: TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg, 1×/dia, 28 dias. Primeira dose na sala. Náusea e cefaleia nos primeiros dias — avise para não abandonar. Retorno em 30 e 90 dias com teste de HIV.

Antibiótico? Não é violência sexual: o PCDT não recomenda profilaxia empírica de IST em exposição consentida. Testou hoje; repete sífilis em 30 dias; trata se algo surgir.

Hepatites e HPV: HBV: 3 doses documentadas — checar anti-HBs; < 10 mUI/mL, reforço. HPV: fora da faixa do SUS (30 anos, sem PrEP) — rede privada se desejar; com PrEP, elegível pelo SUS até 45 anos.

Gravidez: DIU de cobre em uso — sem necessidade de contracepção de emergência. Sem DIU: levonorgestrel 1,5 mg hoje.

'E se acontecer de novo?': essa pergunta é a indicação de PrEP: exposição repetida ou uso de PEP = PrEP oral diária ao fim dos 28 dias (HIV negativo antes). Autoteste e testagem a cada 3 meses.



PEP ≤ 72 h: TDF/3TC/DTG 28 d

Testar hoje, 30 e 90 dias

Consentida: sem ATB empírico

Repetiu? PrEP

Fontes: MS, PCDT PEP (2021/2024); MS, PCDT PrEP (2022/2024); MS, PCDT IST (2022); PNI 2024.

ÚLCERA GENITAL | ABORDAGEM SINDRÔMICA

Úlcera genital (anal ou oral): anamnese sexual, exame, testes rápidos de HIV e sífilis NA MESMA CONSULTA — e trata hoje

Vesículas ou história de vesículas / úlceras rasas múltiplas dolorosas e recorrentes?

→ SIM → HERPES: aciclovir 400 mg VO 8/8 h por 7–10 dias (1º episódio) ou 5 dias (recorrência); ≥ 6 episódios/ano: supressão 400 mg 12/12 h

NÃO → tratar SÍFILIS: benzatina 2,4 mi UI IM dose única (teste rápido reagente ou lesão típica; se duração desconhecida: 3 doses semanais). Lesão dolorosa, purulenta, múltipla ou bubão: + CANCRO MOLE — azitromicina 1 g VO dose única

→ Úlcera > 4 semanas sem melhora, ou vegetante/sangrante: biópsia; pensar em DONOVANOSE (azitromicina 1 g/semana por ≥ 3 semanas, até cicatrizar) e LINFOGRANULOMA (doxiciclina 100 mg 12/12 h por 21 dias); excluir neoplasia

SEMPRE: VDRL quantitativo basal, HIV/HBV/HCV, parceiros dos últimos 90 dias testados e tratados, notificar sífilis, preservativo, vacinas HBV/HPV, PEP/PrEP quando couber; retorno em 7–14 dias

Fontes: MS, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (2022), fluxograma de úlcera genital; CDC 2021.

Pegadinha de prova

Mulher de 24 anos, não gestante, apresenta úlcera genital única, indolor, de base endurecida, há 2 semanas, com adenopatia inguinal bilateral indolor. Teste rápido para sífilis reagente, VDRL 1:16, teste rápido de HIV não reagente. Nunca tratou sífilis. A conduta correta é:

A Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, uma vez por semana, por 3 semanas.

B Benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única; tratar parceiros, VDRL trimestral e notificar.

C Aciclovir 400 mg VO de 8/8 h por 7 dias e retorno se não melhorar.

D Azitromicina 1 g VO em dose única, por se tratar de cancro mole.

E Aguardar o FTA-Abs para confirmar o diagnóstico antes de iniciar o tratamento.

Pegadinha de prova

Mulher de 24 anos, não gestante, apresenta úlcera genital única, indolor, de base endurecida, há 2 semanas, com adenopatia inguinal bilateral indolor. Teste rápido para sífilis reagente, VDRL 1:16, teste rápido de HIV não reagente. Nunca tratou sífilis. A conduta correta é:

A Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, uma vez por semana, por 3 semanas.

B Benzatina 2.4 milhões UI IM, dose única; tratar parceiros, VDRL trimestral e notificar.

C Aciclovir 400 mg VO de 8/8 h por 7 dias e retorno se não melhorar.

D Azitromicina 1 g VO em dose única, por se tratar de cancro mole.

E Aguardar o FTA-Abs para confirmar o diagnóstico antes de iniciar o tratamento.

PARA LEVAR

1

Úlcera genital: teste rápido e tratamento na mesma consulta. Sem vesícula = benzatina 2,4 milhões UI hoje (+ azitromicina 1 g se dolorosa e purulenta); vesículas = aciclovir 400 mg 8/8 h. Parceiros de 90 dias tratados, VDRL aos 3, 6 e 12 meses, notificar.

2

Colo com mucopus e pH vaginal normal é cervicite, não vaginite: ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g, parceiro junto, reteste em 3 meses. Rastreie clamídia nas jovens.

3

Exposição de risco: PEP (TDF/3TC/DTG 28 dias) até 72 h, testes hoje/30/90 dias, vacinas HBV e HPV, contracepção de emergência — e quem repete exposição sai com PrEP.