

Incidência de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em Mulheres Assintomáticas Não Promíscuas e com Doença Inflamatória Pélvica Aguda

Incidence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in asymptomatic non-promiscuous women and in bearers of acute inflammatory pelvic disease

RESUMO

Levando-se em conta a importância epidemiológica da *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* e das possíveis complicações provenientes destes patógenos, os autores investigaram 186 mulheres que visitaram o Serviço de Orientação e Planejamento Familiar e a Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de fevereiro de 1987 a fevereiro de 1988. As pacientes foram divididas em dois grupos: o primeiro era composto por mulheres assintomáticas não promíscuas e o segundo por pacientes com doença inflamatória pélvica aguda. Foi coletado material do canal endocervical para cultura de gonococo e para pesquisa de clamídia. O grupo de mulheres assintomáticas mostrou a incidência de 4% para *Chlamydia trachomatis* e 2% para *Neisseria gonorrhoeae*, já o grupo de pacientes com doença inflamatória pélvica aguda apresentou clamídia em 27,94% das amostras e gonococo em 21,32%. Os autores concluíram que *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* podem ser isoladas de mulheres assintomáticas não promíscuas e estão associadas significativamente com doença inflamatória pélvica aguda.

Rev Bras Ginec Obstet, 17-80, 1995

Eduardo P. PASSOS
 José FOCCHI
 João Sabino L. da CUNHA FILHO
 Susana BARCELLOS
 Paulo Sérgio V. NAUD
 José Roberto GOLDIM
 José VASSERMANN (in memoriam)

Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A doença inflamatória pélvica aguda (DIP) reveste-se atualmente de grande importância epidemiológica pelas complicações conhecidas, tais como: infertilidade, pelviperitonite e até mesmo choque séptico. Siboulet *et al.* vêm observando, na França, um recrudescimento das infecções tubárias que acometem, sobretudo, pacientes jovens. Assim, na Maternidade Port Royal, em Paris, 60% das pacientes com esta moléstia estão em fase reprodutiva; dados de outros locais também confirmam a importância

desta doença. Em Uganda, por exemplo, 22 a 30% das mulheres que procuram o serviço de ginecologia são portadoras de salpingite. Esta mesma publicação cita uma estimativa de 1.200.000 consultas por DIP no ano de 1978, nos Estados Unidos.

A incidência de *Neisseria gonorrhoeae* como agente etiológico da DIP varia conforme a época e locais diferentes. Em Lund, Suécia, em 1960, 50% das amostras tiveram o gonococo isolado; porém, entre 1973 e 1974, somente em 10% dos doentes com salpingite evidenciou-se o microorganismo. Segundo o mesmo autor, apesar da diminuição do número de casos de salpingite por gonococo, houve um aumento, na última década, de casos de DIP, provavelmente determinado por outros agentes etiológicos.

Estudos realizados nos Estados Unidos mostram, também, uma variação na incidência do gonococo como agente etiológico da DIP. Eschembach *et al.* em 1975 relataram a incidência de 44% de gonococo em pacientes com DIP.

Colpolase

O MODERNO TRATAMENTO DAS VULVOVAGINITES

MAIOR EFICÁCIA

Tem ação Tricomonicida, Fungicida e Bactericida, eliminando as principais causas das vulvovaginites

Moderna Formulação Galênica. Cápsulas Vaginais de rápida desintegração, proporcionando alívio imediato do ardor e do prurido

Gel de Dimeticona permite uma difusão rápida e uniforme das substâncias assegurando efetiva ação dos componentes

TOTAL SEGURANÇA

Protege a mucosa garantindo boa tolerância à terapia local

Tratamento mais higiênico, não limita as atividades diárias da paciente



Fórmula

Cada cápsula vaginal contém:
 Sulfato de Polimixina B..... 35.000 UI
 Sulfato de Neomicina..... 35.000 UI
 Nistatina..... 100.000 UI
 Tinidazol..... 150 mg
 Dimeticona..... q.s.p..... 2.500 mg

Posologia:

1 cápsula à noite, durante 12 noites

Apresentações:

Cápsulas vaginais - Cx. com 12 unidades
 Solução - Vidro com 100 ml



INFORMAÇÕES PARA O RECEITUÁRIO

Forma farmacêutica e apresentação:

Cápsula vaginal - Caixa com 12 unidades.

Uso: adulto

Composição: Cada cápsula vaginal contém

Sulfato de Neomicina..... 35.000 UI

Sulfato de Polimixina B..... 35.000 UI

Nistatina..... 100.000 UI

Tinidazol..... 150 Mg

Dimeticona..... q.s.p..... 2.5 G

Informações Técnicas: COLPOLASE Cápsula vaginal e um antiinfecioso múltiplo, para uso ginecológico

local, não absorvível em condições normais

Presentes em sua fórmula a Neomicina e Polimixina B, antibióticos bactericidas de ação exclusivamente local, que agem sobre bactérias gram-positivas e gram-negativas, tais como: Escherichia coli, Proteus spp, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Staphylococcus faecalis, Klebsiella spp e Enterobacter spp.

A Nistatina é um potente fungicida e fungistático de ação local, eficaz no tratamento da candidíase.

O Tinidazol é um tricomonicida, eficaz no tratamento das infestações por Trichomonas vaginais.

A Dimeticona, sílica de baixa tensão superficial, proporciona grande poder de penetração e difusão dos princípios ativos pelas reentrâncias da cavidade vaginal, além de dar proteção à mucosa inflamada, eliminando o prurido e a sensação de queimação.

Indicações: No tratamento dos processos infecciosos ginecológicos tais como: vaginites, vulvo-vaginites, cervicite e uretites.

Contra-indicações: Hiper-sensibilização aos componentes da fórmula. Pacientes sensíveis à Neomicina podem desenvolver reação cruzada quando exposto a outros aminoglicosídeos, embora sejam remotas as possibilidades de absorção do antibiótico.

Precauções: Os componentes da fórmula não são habitualmente absorvidos pela mucosa íntegra da vagina, mas recomenda-se cautela na administração a pacientes com doenças hepáticas ou renal e com comprometimento auditivo.

A candidíase inatável pode ser um sintoma de diabetes melitus não identificado. Nestes casos deverão ser realizados exames de urina e glicose sanguínea.

Durante o primeiro trimestre de gravidez, só administrar o medicamento se o médico julgar essencial ao bem estar da paciente.

A paciente deverá informar ao médico ocorrência de gravidez durante ou após o término do tratamento.

Usar continuamente o medicamento mesmo durante o período menstrual.

Durante o tratamento recomenda-se a paciente evitar relações sexuais ou que o parceiro use preservativo para evitar reinfecções.

Reações Adversas: As reações adversas decorrentes de sua ação tóxica são, geralmente, raras e incluem irritação ou sensibilização vulvo-vaginal, contornáveis com duchas vaginais diárias.

Considerando a pequena possibilidade de absorção dos componentes ativos raramente ocorrerão reações adversas relacionadas à ação sistêmica do COLPOLASE.

A ototoxicidade é a principal limitação dos aminoglicosídeos, podendo também ocorrer nefrotoxicidade e bloqueio neuromuscular.

Relacionados à Polimixina B, podem ocorrer neuro e nefrotoxicidade.

Após administração oral de Nistatina e Tinidazol, podem ocorrer respectivamente: náuseas, vômitos, câimbras abdominais e rubefação.

Interações Medicamentosas: Uma vez que habitualmente não há absorção sistêmica dos componentes ativos, não há riscos de interação medicamentosa.

Posologia e Modo de Usar: 01 cápsula vaginal ao dia, durante 12 dias, preferencialmente ao deitar-se.

A posologia pode ser alterada de acordo com critério médico.

As cápsulas não devem ser pressionadas quando retiradas de sua embalagem; puxar suavemente a lâmina de alumínio até que uma cápsula esteja descoberta.

Em posição ginecológica, introduza a cápsula na vagina, o mais profundamente possível, com o auxílio do dedo médio, revestido de uma dedeira descartável, para assegurar conforto e higiene à paciente.



De Mayo

Já outros estudos mostram resultados que variam de 50 a 65%. Pesquisas semelhantes na Europa apresentaram incidência sensivelmente menor deste agente etiológico, registrando índices que variaram de 5 a 26% de *Neisseria gonorrhoeae* em processos inflamatórios pélvicos agudos.

Simpson e Davis relataram a dificuldade de isolamento dos gonococos nos casos de infecção pélvica, porque eles desapareceriam em consequência da presença de outros microorganismos, os quais continuariam o processo infeccioso. Eschembach *et al.* referem que o fato da *Neisseria gonorrhoeae* não ser encontrada na cérvice não implica que a mesma não possa ser o agente etiológico da salpingite. Chow e col enfatizaram que fatores como a técnica de coleta e o tempo de transporte do material até o laboratório podem alterar o resultado.

Após 1970, novas técnicas e métodos diagnósticos permitiram a identificação de outros agentes etiológicos da DIP, tais como microorganismos anaeróbicos, clamídia e micoplasma, o que contribuiu para o nosso melhor entendimento desta moléstia. Desses novos agentes diagnosticados, um deles, a *Chlamydia trachomatis*, tem chamado a atenção pela sua alta incidência e por suas características clínicas e epidemiológicas.

Person *et al.*, em seu estudo, demonstraram que a clamídia e o gonococo aparecem como os agentes etiológicos mais comuns das DST. Mardh *et al.* encontraram clamídia na cérvice uterina em 38,5% e, na tuba, em 35% das pacientes com infecção pélvica. Outro estudo relata que a clamídia seria responsável pela obstrução tubária em mulheres inférteis. Sellors *et al.* vão mais além e sugerem que, apesar da importância da *Chlamydia trachomatis* na DIP, a paciente pode apresentar-se sem manifestação clínica evidente, porém com infertilidade. Sellors *et al.* também colocam que a clamídia é a maior causa de infertilidade por fator tubário devido à moléstia inflamatória pélvica.

A presença de clamídia em 6,1% de 231 gestantes e em 8,7% de 273 puéperas assintomáticas, conforme relatado por Mardh, denota a importância desse patógeno, mesmo em pacientes sem manifestação clínica da doença.

Portanto, devido à importância epidemiológica desses patógenos e das consequências que podem advir de uma infecção por eles provocada, consideramos que a presente pesquisa se configura como relevante, a fim de se conhecer a

freqüência com que a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* são encontradas em pacientes assintomáticas não promíscuas e em pacientes com DIP aguda.

Material e Métodos

Estudaram-se 186 pacientes que procuraram o Serviço de Orientação e Planejamento Familiar - SERPLAN - e o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 01/fev/1987 a 01/fev/1988.

As pacientes foram divididas em dois grupos. Cinquenta mulheres eram assintomáticas e submeteram-se à laqueadura tubária. Eram casadas e referiam relações sexuais com parceiro único. Estas mulheres constituíam o grupo 1 (controle), isto é, assintomático, não promíscuo.

Cento e trinta e seis mulheres constituíam o grupo 2, cuja característica principal era a DIP aguda, ou seja, pacientes que procuraram o Serviço de Emergência do Hospital por apresentarem quadro clínico agudo diagnosticado como doença inflamatória pélvica; foram tratadas e apresentaram sensível melhora clínica.

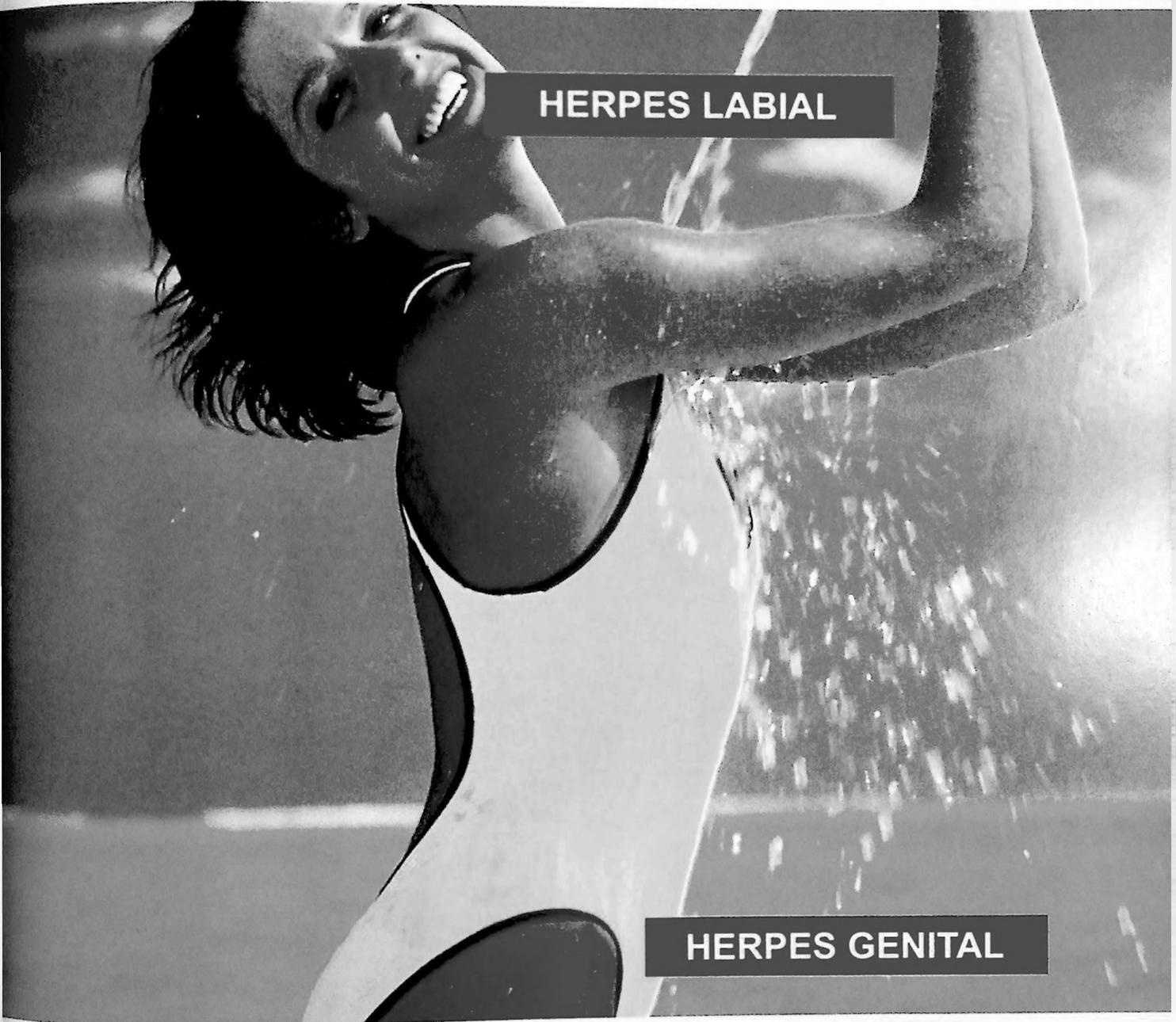
Após inspeção do colo uterino pelo exame especular, utilizou-se, na pesquisa de gonococo, um swab esterilizado para coleta endocervical que após retirado era imediatamente semeado o meio de cultura com o material. Feita esta coleta, limpava-se o colo com solução salina e removiam-se o muco cervical. A seguir, utilizando-se espátula de Ayre, fazia-se o raspado do colo ao nível da mucosa endocervical, procurando esfoliar o maior número de células, e estendia-se o material sobre a lâmina formando uma tênue camada, pela qual se fazia a pesquisa de clamídia através da microimunoflorescência direta por anticorpos monoclonais. Já na pesquisa para identificar a *Neisseria gonorrhoeae* utilizou-se a cultura em meio de Thayer-Martin.

Analisaram-se os dados mediante estatística descritiva (freqüência absoluta e relativa) e testes não paramétricos (qui-quadrado). O nível de significância estabelecido foi de 5% (0,05).

Resultados

O grupo-controle está representado na Tabela 1, onde se vê que 4% das pacientes tiveram resultado positivo para clamídia e 2% para gonococo, não havendo, nestes casos, concomitância de ambos os agentes etiológicos.

O TRATAMENTO SEM PRECONCEITO



HERPES LABIAL

HERPES GENITAL

 **AVIRAL**[®]
ACICLOVIR

O CONTROLE EFETIVO NO TRATAMENTO DO HERPES SIMPLES

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: **Composição:** Cada comprimido contém aciclovir 200mg. Cada grama de creme contém aciclovir 50mg. **Indicações:** Infecções causadas pelo vírus Herpes simplex na pele e mucosas como Herpes labial e genital inicial e recorrente e supressão de infecções recorrentes. **Contra-indicações:** Conhecida hipersensibilidade ao aciclovir e ao propilenoglicol. **Precauções:** Gravidez - é limitada a experiência em seres humanos e, portanto, seu uso deve ser considerado apenas quando os benefícios em potencial excederem os riscos possíveis. **Lactação** - dados limitados indicam que a droga passa para o leite materno. Não se recomenda o emprego do creme nas mucosas na boca, olhos e vagina. **Reações adversas:** Embora raras, foram relatadas erupções cutâneas em alguns pacientes. Outros efeitos possíveis são: náusea, vômito, diarreia, dores abdominais, aumentos discretos da bilirrubina e enzimas hepáticas, cefaléia e discretas reações neurológicas reversíveis. Com o creme, pode ocorrer em alguns pacientes: queimação, leve ressecamento e descamação da pele, eritema e prurido. **Posologia e Modo de usar:** 1 comprimido de Aviral, cinco vezes ao dia, durante 5 dias. Creme: aplicar pequena porção cinco vezes ao dia.



Maiores informações e documentação bibliográfica à disposição da classe médica
LABORATÓRIOS HOSBON S.A. - Departamento Médico
Rua Dr. Bacelar, 1080 - CEP 04026-002 - Fone (011) 584-0666 - São Paulo - SP



Tabela 1
Presença de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* na cérvix uterina de pacientes assintomáticas não promiscuas (Grupo 1)

Achados	N	%
Clamídia	2	4,00
Gonococo	1	2,00
Clamídia e Gonococo	0	0,00
Ausência de Clamídia e/ou Gonococo	47	94,00
Total	50	100,00

A Tabela 2 mostra os achados de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* na cérvix de pacientes com doença inflamatória pélvica aguda. A clamídia foi encontrada em 27,94% (20,59% isoladamente) e o gonococo em 21,32% (13,97% isoladamente), havendo concomitância de ambos em 7,35% dos casos.

Tabela 2
Achados de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* na cérvix de pacientes com doença inflamatória pélvica aguda (Grupo II)

Achados	N	%
Clamídia	28	20,59
Gonococo	19	13,97
Clamídia e Gonococo	10	7,35
Ausência de Clamídia e/ou Gonococo	79	58,09
Total	136	100,00

Na Tabela 3 encontra-se a associação entre a presença de clamídia no grupo com infecção pélvica e no grupo-controle; evidencia-se associação significativa entre a presença de clamídia e a moléstia inflamatória pélvica aguda (qui-quadrado com correção de Yates = 11,04; p 0,001). A clamídia, presente em 4,0% das pacientes do grupo-controle, foi evidenciada em 27,94% das pacientes do grupo 2.

Tabela 3
Associação entre os casos de *Chlamydia trachomatis* na cérvix uterina de pacientes assintomáticas não promiscuas (Grupo I) e pacientes com doença inflamatória pélvica aguda (Grupo II)

Clamídia	Grupos		Total
	I	II	
Sim	2 (4,00%)	38 (27,94%)	40
Não	48 (96,00%)	98 (72,06%)	146
Total	50 (100,00%)	136 (100,00%)	186

Sig.: p < 0,001

A Tabela 4 demonstra a presença de gonococo nos grupos 1 e 2. Observa-se também aqui a associação significativa entre a presença do gonococo e a doença inflamatória pélvica aguda (qui-quadrado com correção de Yates = 8,71; p 0,003). O gonococo, encontrado em 2,00% das pacientes do grupo 1, foi diagnosticado em 21,32% das pacientes do grupo 2.

Tabela 4
Associação entre os casos de *Neisseria gonorrhoeae* na cérvix uterina de pacientes assintomáticas não promiscuas (Grupo I) e pacientes com doença inflamatória pélvica aguda (Grupo II)

Gonococo	Grupos		Total
	I	II	
Sim	1 (2,00%)	29 (21,32%)	30
Não	49 (98,00%)	107 (78,68%)	156
Total	50 (100,00%)	136 (100,00%)	186

Sig.: P < 0,003

Discussão

Os dados obtidos neste trabalho permitem estabelecer com ineditismo a incidência de *Chlamydia trachomatis* e de *Neisseria gonorrhoeae*, em nosso meio, em pacientes assintomáticas não promiscuas e portadoras de doença inflamatória pélvica aguda.

Como evidenciou Mardh, em 1980, a incidência de *Neisseria gonorrhoeae* diminuiu na cidade de Lund na última década, embora a DIP tenha aumentado. O mesmo parece estar ocorrendo em nosso meio, onde a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul demonstrou, em tabela de Bernadi e col, em 1983, aumento dos casos notificados de DST.

Os achados nas doentes com DIP aguda, com referência ao gonococo, foram de 21,32%, cifra que se ajusta à de autores europeus, isto é, entre 5 e 32%. Já autores americanos têm encontrado uma maior incidência desse patógeno, quando comparada à nossa, com índices que variam de 44 a 65%.

O fato de observarmos *Chlamydia trachomatis* em mulheres assintomáticas e nas com DIP aguda nos faz concordar com Henry-Suchet e Loffredo, que relataram a possível correlação entre infecção por clamídia e infertilidade, descrevendo mulheres inférteis assintomáticas com este pa-

Gyno-Fungix®

Terconazol

MÁXIMA EFICÁCIA FUNGICIDA NA CANDIDÍASE VAGINAL



SEGURANÇA
TOTAL NA
GRAVIDEZ

AÇÃO DEFINIDA NAS 3 FASES DA CÂNDIDA ALBICANS (1)

LEVEDURA • TRANSFORMAÇÃO • MICÉLIO

- *Rápido início de ação e alívio dos sintomas. (2)*
- *Elevados percentuais de cura.*

EFICÁCIA
COM

5

DIAS
DE TRATAMENTO (3)



COM 5
APLICADORES
DESCARTÁVEIS
EMBALADOS UM A UM

APRESENTAÇÕES: B sngas de 30 g com aplicadores de 5 g (40 mg de terconazol). Gravidex: Gyno Fungix. O creme deve ser usado durante a gestação, porém sempre obedecendo a orientação médica. Efeitos colaterais: Podem ocorrer sensação de ardor, coceira ou irritação na vagina, após a aplicação de Gyno Fungix creme. Seu médico deve ser informado da ocorrência destes sintomas, quando se mostrarem muito incômodos, bem como de quaisquer outras reações.

(1) Cartwright, R. Y., Terconazole, a New Triazole Antifungal Agent. Gynäk. Rdsch 25: suppl. 1 pp. 8 (1985); (2) Machado, S. & Bellon, P. Treatment of vaginal candidosis with terconazole cream 0.8%. J. Bras. Ginec., 1990; 100 (3-4): 89-92; (3) Dr. Andralat Neto, Jorge - Avaliação Clínica do Terconazol um Novo Antimicótico Vaginal creme 0.8%. Revista Brasileira de Medicina, vol. 45 - nº 06, pág. 235, Junho/1993

JANSSEN
FARMACÊUTICA

Líder Mundial em
Pesquisa Antimicótica

tógeno. Outro autor havia correlacionado clamídia com a presença de infertilidade por obstrução tubária.

Evidenciamos a associação significativa entre a presença de clamídia e a DIP aguda e entre a presença de gonococo e a mesma moléstia,

dados semelhantes aos apresentados por Person e col, em 1979.

Face aos nossos resultados, somos da opinião de que os protocolos de tratamento de DIP aguda devem, pelos motivos aludidos, incluir fármacos que tenham ação sobre estes dois microorganismos.

SUMMARY

Considering the epidemiologic importance of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis and because of the complications that are likely to derive from them, the authors investigated 186 women who sought the Family Planning Service and emergency room of Hospital de Clínicas de Porto Alegre between February/1987 and February/1988. The patients were classified in asymptomatic non-promiscuous of bearers of acute inflammatory pelvic disease. Samples were collected from the endocervical canal for a culture of Neisseria gonorrhoeae and for research on Chlamydia trachomatis. The group of asymptomatic non-promiscuous women presented Chlamydia trachomatis in 4% of the cases and Neisseria gonorrhoeae in 2%. In the bearers of acute inflammatory pelvic disease, the incidence of Chlamydia trachomatis was 27,94% and Neisseria gonorrhoeae, 21,32%. The authors concluded that Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae can be isolated in asymptomatic non-promiscuous women, and they are significantly associated with inflammatory pelvic disease.

Referências Bibliográficas

1. BERNARDI, C.D.V.; GERBASE, H.C. & FERREIRA, J.: **Serviço de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.** Boletim Epidemiológico, 10(2):82-9, 1983.
2. CHOW, A.W.; PATTEN, V. & MARSHALL, J.R.: **Bacteriology of acute pelvic inflammatory disease.** Am J Obstet Gynecol, 133:362-5, 1979.
3. ESCHEMBACH, D.A.; BUCHANAN, T.M.; POLLOCK, H.M.; FORSYTH, P.S.; ALEXANDER, E.R.; LIN, J.; WANE, S.; WENTWORTH, B.B.; McCORMACK, W.M. & HOLMES, K.K.: **Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease.** N Engl J Med, 293:166-71, 1975.
4. ESCHEMBACH, D.A. & HOLMES, K.K.: **The etiology of acute pelvic inflammatory disease.** Sex Transm Dis, 6:224-7, 1979.
5. MARDH, P.A.: **An overview of infections agent of salpingitis, their biology and recent advances in methods of detection.** Am J Obstet Gynecol, 138:933-51, 1980.
6. MARDH, P.A.; RIPA, T.; SVENSSON, L. & WESTROM, L.: **Chlamydia trachomatis in patients with acute salpingitis.** N Engl J Med, 296:1377-9, 1977.
7. PAAVONEN, J.; SAIKKU, P.; VESTERINEN, E. & AHO, K.: **Chlamydia trachomatis in acute salpingitis.** Br J Vener Dis, 55:203-206, 1979.
8. PERSSON, K.; HANSSON, H.; BJERRE, B.; SVANBERG, L.; JOHNSON, T. & FORSGREN, A.: **Prevalence of nine different microorganisms in the female genital tract.** Br J Vener Dis, 55:429-33, 1979.
9. PUNNONEN, R.; TERHO, P.; NIKKANEN, V. & MEURMAN, O.: **Chlamydial serology in infertile women by immunofluorescence.** Fertil Steril, 31:656-9, 1979.
10. SELLORS, J.W.; MAHONY, J.B.; CHERNESKY, M.A. & RATH, D.J.: **Tubal factor infertility: an association with prior chlamydial and asymptomatic salpingitis.** Fertil Steril, 49:451-7, 1988.
11. SIBOULET, A.; CATALAN, F. & BOHBOT, J-M.: **Maladies sexuellement transmissibles.** Paris. Masson, 187p, 1984.
12. SIMPSON, D.M. & DAVIS, C.P.: **Properties of a gonococcal inhibitor produced by Escherichia coli.** J Gen Microbiol, 155:471-77, 1979.