



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

# Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 08  
Herpes Genital

2010

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)  
Todo conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



Manual de Orientação  
*Trato Genital Inferior*



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

---

*Comissões Nacionais Especializadas  
Ginecologia e Obstetria*

**Trato Genital Inferior**

---

Apoio:



2010

---

# Trato Genital Inferior e Colposcopia

## *Manual de Orientação*



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

### **DIRETORIA**

Triênio 2009 - 2011

#### **Presidente**

---

Nilson Roberto de Melo

#### **Secretario Executivo**

Francisco Eduardo Prota

#### **Secretaria Executiva Adjunta**

Vera Lúcia Mota da Fonseca

#### **Tesoureiro**

Ricardo José Oliveira e Silva

#### **Tesoureira Adjunta**

Mariângela Badalotti

#### **Vice-Presidente Região Norte**

Pedro Celeste Noleto e Silva

#### **Vice-Presidente Região Nordeste**

Francisco Edson de Lucena Feitosa

#### **Vice-Presidente Região Centro-Oeste**

Hitomi Miura Nakagava

#### **Vice-Presidente Região Sudeste**

Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos

#### **Vice-Presidente Região Sul**

Almir Antônio Urbanetz

---

# Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

---

*Comissões Nacionais Especializadas*  
*Ginecologia e Obstetrícia*  
**Trato Genital Inferior**

**Presidente:** Nilma Antas Neves (BA)

**Vice-Presidente:** Newton Sérgio de Carvalho (PR)

**Secretaria:** Márcia Fuzaro Cardial (SP)

---

## MEMBROS

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)  
Adriana Bittencourt Campaner (SP)  
Angelina Farias Maia (PE)  
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)  
Edison Natal Fedrizzi (SC)  
Garibalde Mortoza Júnior (MG)  
Isa Maria de Mello (DF)  
José Focchi (SP)  
Maricy Tacla (SP)  
Neila Maria Góis Speck (SP)  
Paulo Sérgio Vieiro Naud (RS)  
Sílvia Lima Farias (PA)

## COLABORADORES

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)  
Adriana Bittencourt Campaner (SP)  
Angelina Farias Maia (PE)  
Cíntia Irene Parellada (SP)  
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)  
Edison Natal Fedrizzi (SC)  
Garibalde Mortoza Júnior (MG)  
Isa Maria de Mello (DF)  
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)  
José Focchi (SP)  
Márcia Fuzaro Cardial (SP)  
Maricy Tacla (SP)  
Neila Maria Góis Speck (SP)  
Newton Sérgio de Carvalho (PR)  
Nilma Antas Neves (BA)  
Paula Maldonado (RJ)  
Paulo Sérgio Vieiro Naud (RS)  
Sílvia Lima Farias (PA)

---

# Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

---

## *1ª. Reunião de Consenso da FEBRASGO sobre Prevenção do Câncer do Colo Uterino*

São Paulo / SP  
21 de agosto de 2010

---

### **PARTICIPANTES**

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)  
Adriana Bittencourt Campaner (SP)  
Angelina Farias Maia (PE)  
Celso Luíz Borelli (SP)  
Edison Natal Fedrizzi (SC)  
Etelvino de Souza Trindade (DF)  
Francisco Alberto Régio de Oliveira ((CE)  
Garibaldi Mortoza Júnior (MG)  
Gustavo Py Gomes da Silveira (RS)  
Isa Maria de Mello (DF)  
Jesus Paula Carvalho (SP)  
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)  
Jurandyr Moreira de Andrade (SP)

Luciano Brasil Rangel (SC)  
Luíz Carlos Zeferino (SP)  
Manoel Afonso Guimarães Gonçalves (RS)  
Márcia Fuzaro Cardial (SP)  
Maricy Tacla (SP)  
Neila Maria Góis Speck (SP)  
Newton Sérgio de Carvalho (PR)  
Nilma Antas Neves (BA)  
Nilson Roberto de Melo (SP)  
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)  
Petrus Augusto Dornelas Câmara (PE)  
Walquíria Quida Salles Pereira Primo (DF)

Manual de Orientação  
*Trato Genital Inferior*

ÍNDICE

Colposcopia normal e alterada _____	9
Ectopia _____	28
Vulvoscopia normal e alterada _____	35
Dermatites vulvares _____	45
Dermatoses vulvares (Liquens) _____	50
Vulvovaginites _____	60
Vulvovaginites na infância _____	94
Herpes genital _____	106
Úlceras genitais (não DST) _____	115
Condiloma _____	122
Alterações citológicas _____	130
Rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil _____	144
Condutas em exames colpocitológicos alterados _____	150
Neoplasia intra-epitelial cervical (diagnóstico) _____	156
Neoplasia intra-epitelial cervical (tratamento) _____	167
Lesões glandulares do colo uterino _____	175
Carcinoma microinvasor do colo uterino _____	185
Neoplasia intra-epitelial vaginal _____	193
Neoplasia intra-epitelial vulvar _____	199
Lesão anal HPV-induzida _____	207
Vacinação contra HPV _____	212



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas  
Ginecologia e Obstetrícia*

**Trato Genital Inferior**







Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

**FEBRASGO** - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria.

**Presidência**

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 - cj. 1103/1105  
Vila Clementino - São Paulo / SP - CEP: 04037-003  
Tel: (11) 5573.4919 Fax: (11) 5082.1473  
e-mail: presidencia@febrasgo.org.br

**Secretaria Executiva**

Avenida das Américas, 8445 - sala 711  
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22793-081  
Tel: (21) 2487.6336 Fax: (21) 2429.5133  
e-mail: secretaria.executiva@febrasgo.org.br

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)  
Todo o conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



*Todo conteúdo deste Manual de Orientações pode ser encontrado  
no site: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)  
Todos os direitos reservados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria*



# HERPES GENITAL

## INTRODUÇÃO

O herpes genital é considerado atualmente uma das doenças sexualmente transmissíveis mais prevalentes no mundo. Cerca de 600 mil novos casos de infecção herpética são diagnosticados anualmente nos Estados Unidos<sup>1</sup>. O número total de pessoas afetadas, somente neste país, é superior a 40 milhões.

## CONCEITO

O vírus do herpes simples (HSV) pertence à família do *Herpesviridae*. Dois tipos de HSV têm sido identificados; HSV-1 e HSV-2, ambos DNA vírus, dermoneurotrópicos que, permanentemente, infectam suas células alvo, causando infecções crônicas e recorrentes.

## EPIDEMIOLOGIA

O HSV-1, primariamente localizado na orofaringe, é adquirido com frequência na infância, através de autoinoculação com objetos contaminados. Ele é responsável pelo comprometimento do gânglio trigêmeo, mas tem sido também encontrado em lesões genitais em 10-30% dos casos. O HSV-2, que é primariamente genital, compromete o gânglio sacro, no entanto, também pode ser encontrado em lesões orais. Sua principal fonte de contaminação é pela iniciação sexual na adolescência, correspondendo a 70-95% dos casos.

A prevalência do HSV-1 é maior em relação ao HSV-2, já que os anticorpos contra o HSV-1 atenuam a intensidade das manifestações clínicas ou diminuem a chance de infecção pelo HSV-2<sup>2</sup>.

Estudos soropidemiológicos mostram níveis mais elevados de anticorpos para HSV em portadoras de câncer de colo uterino. Entretanto, como cerca de 80% da população é portadora do vírus e apresenta reações cruzadas entre si, torna-se difícil concluir a real relação câncer *versus* herpes. A sua associação com HPV, contudo, parece dobrar o risco para câncer cervical.

A transmissão materno-fetal é hoje uma das maiores preocupações e a ceratoconjuntivite neonatal por herpes vírus é a causa principal de cegueira infecciosa nos Estados Unidos. A encefalite é uma das complicações da infecção herpética de maior risco de vida.

## FISIOPATOLOGIA

Os vírus do herpes penetram por microtraumas em mucosas (oral, genital, anal, ocular e etc.), no trato respiratório e na corrente sanguínea. Multiplicam-se no local da inoculação, quando as células infectadas tendem a se fundir, originando as células gigantes multinucleadas que apresentam os corpúsculos de inclusão no seu interior. Após a instalação da infecção primária (cerca de 48 horas), o vírus tem a capacidade de migrar das terminações nervosas locais, através dos nervos aferentes até atingir os gânglios sacrais. Aí, permanece latente até que algum fator estimule sua reativação (luz solar, febre, menstruação, tensão e etc.).

A replicação viral pode causar viremia e disseminar para órgãos distantes por via linfática, sanguínea ou nervosa, em especial, nos pacientes imunocomprometidos.

## FATORES DE RISCO

A transmissibilidade sem sintomas é uma importante fonte de infecção, pois já foram detectados na saliva e sêmen de portadores assintomáticos.

As lesões herpéticas são as mais frequentes nas pacientes HIV positivas, já que as ulcerações, responsáveis pela quebra da barreira cutâneo-mucosa, são consideradas importantes fatores de risco para aquisição de HIV. Existem evidências “*in vitro*” que o HSV poderia agir como potencializador na replicação do HIV.

As complicações resultantes da transmissão materno-fetal têm sido hoje estímulo para importantes estudos. A infecção neonatal pode ser adquirida durante a gestação em 85% dos casos (infecção transcervical ascendente, por via transplacentária ou por monitorização invasiva). Entre 5 a 8% a transmissão ocorre durante o trabalho de parto (a rotura prematura das membranas com mais de 4 horas eleva o risco de contaminação para 50%, independente da via de parto). Em 8-10% dos casos transmite-se no pós-parto (manipulação do lactente por pessoas infectadas no berçário ou por familiares)<sup>3,4</sup>.

Na ausência de tratamento 60% dos lactentes com doença disseminada podem morrer e 40% dos bebês que sobrevivem tem doença ocular persistente.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O período de incubação ocorre de 2 - 26 dias (média de 7 dias).

O quadro clínico clássico inicia com o aparecimento de pequenas e múltiplas vesículas sobre áreas eritematosas, acompanhadas por ardor persistente, 3 -7 dias após o contato, as quais rapidamente se rompem (em torno de 24 -48 horas) formando pequenas úlceras dolorosas e que cicatrizam em 2 ou 3 semanas, com ou sem tratamento. (figuras 1 e 2)

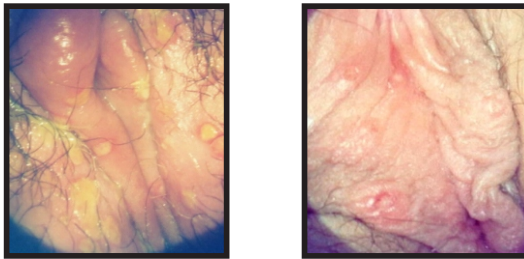


Figura 1 e 2: HSV vulva – vesículas e úlceras

O primeiro episódio de infecção (primo infecção) é assintomático em 75% dos casos e em 50% deles é decorrente do HSV-1 (figura 3). Nos 25% restantes, sua sintomatologia é mais severa durando em média 2 semanas sendo que o hospedeiro permanece infectante por 14 dias. A infecção cursa ainda com dor em queimação, eritema, disúria e secreção vaginal profusa ou uretral que comumente se associam com infecções bacterianas. Pode ainda cursar com sintomas sistêmicos como mialgia, febre e linfadenopatia inguinal em 50% dos casos<sup>1</sup>.



Figura 3: HSV vulva (primo-infecção)

A reativação do processo (herpes recorrente) frequentemente apresenta sintomas mais brandos ou não tem nenhuma sintomatologia, já que os anticorpos pré-formados atenuam a gravidade da doença. Constitue-se fonte importante de contaminação para parceiros não infectados.

## DIAGNÓSTICO

### *Clinico*

As manifestações clínicas inicialmente são inespecíficas, devendo-se ter o cuidado de realizar diagnóstico diferencial com outras DSTs. A presença de hiperemia e vesículas (aspectos de ‘cacho de uva’) praticamente fazem o diagnóstico da infecção herpética (figuras 4 e 5).

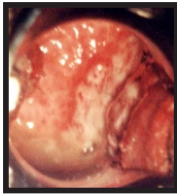


Figura 4: HSV vagina

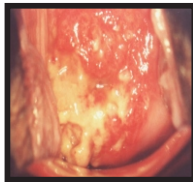


Figura 5: HSV colo

### *Laboratorial*

#### 1-Exames diretos de Amostras Clínicas

- ⇒ **Histopatologia:** permite a identificação de inclusões intranucleares na periferia das lesões e de células gigantes multinucleadas
- ⇒ **Citopatologia:** esfregaços corados pelo Giemsa (método de Tzanck) ou pelo método de Papanicolaou, quando além das células gigantes multinucleadas observam-se inclusões virais chamadas em “vidro moído” pela semelhança com este aspecto.
- ⇒ **Microscopia eletrônica (ME):** permite a detecção e identificação da morfologia viral através de material de biópsia ou do fluido e raspado das vesículas.
- ⇒ **Método de Imunofluorescência direta (IFD):** permite a detecção de antígenos em amostras ou confirmação da presença do HSV em cultura.
- ⇒ **Método Imunoenzimático:** técnica semelhante ao IFD, porém com a vantagem de ser de fácil execução, não necessitar de microscópio de fluorescência e manter a cor por tempo indeterminado.
- ⇒ **Sondas de ácido nucléico (SAN):** usa segmento de RNA e DNA para detecção do vírus, sendo atualmente utilizado para detecção de sequência de HSV-1 e HSV-2<sup>5</sup>.

⇒ **Reação em cadeia da polimerase (PCR):** apresenta a capacidade de amplificar o DNA alvo cujo material pode não ser viável em cultura. Apresenta alta especificidade e altíssima sensibilidade, mas sua utilização para HSV ainda não foi licenciada para uso clínico pelo FDA<sup>5,6</sup>.

## 2 - Identificação do vírus em Amostras Clínicas

Cultura viral: é o teste de escolha para o diagnóstico definitivo, permitindo a tipificação do HSV (importante no prognóstico). O diagnóstico é feito com o isolamento do vírus em culturas de células, porém apresenta baixa sensibilidade nas lesões recorrentes<sup>6,7</sup>.

## 3 - Sorologia IgG e IgM

Os testes sorológicos tipo específicos para anticorpos do HSV, baseiam-se na glycoprotein G2 (HSV-2) e glycoprotein G1 (HSV-1). Apresentam sensibilidade de 80% a 90%, com resultados falso negativos mais frequentes nos estágios iniciais e especificidade superior a 96%. Casos falsos positivos podem ocorrer, em especial, nas pacientes com baixa probabilidade de serem portadoras da infecção herpética.

Sua aplicação é de grande valor nas seguintes situações: 1- sintomas genitais recorrentes ou atípicos com culturas negativas; 2- presença de manifestações clínicas altamente sugestivas sem confirmação laboratorial; 3- parceiros portadores de herpes genital<sup>6</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser feito com outras patologias que cursam com úlceras genitais tais como: sífilis, cancro mole, linfogranuloma, donovanose e ainda piodermite e quadros agudos de vulvovaginites<sup>7</sup>. (figura 6)



Figura 6: HSV vulva (diagnóstico diferencial com vulvovaginite)

## TRATAMENTO

### 1-Objetivo

- ⇒ Melhorar a ansiedade
- ⇒ Aliviar os sintomas
- ⇒ Reduzir a duração dos sintomas

⇒ Reduzir a transmissão viral

## 2 - Condutas a serem evitadas

- ⇒ Drenagem das vesículas
- ⇒ Uso tópico de corticóides
- ⇒ Inativação com corantes vitais (vermelho neutro, azul de metileno e proflavina)
- ⇒ Abstenção de relação sexual na presença de pródomos

## 3 - Tratamento sintomático

- ⇒ Solução fisiológica, éter, água boricada e permanganato de potássio
- ⇒ Antibiótico tópico (prevenção das infecções secundárias)
- ⇒ Uncaria tomentosa 50mg/g (Imuno-max)- gel tópico (GR e Força de Evidência B)

## 4 - Drogas antivirais

**4a - Via oral:** apresentam como principal objetivo o bloqueio da replicação viral. Hoje contamos com três principais drogas (análogos nucleosídios):

- ⇒ **Aciclovir** - é a mais antiga das drogas. É absorvida pelas células infectadas preservando as células sadias. Tem sido seguro no tratamento da infecção primária e seus efeitos colaterais são mínimos, pois somente 20% da dose oral é absorvida. Sua biodisponibilidade é de 10 a 20%, exigindo doses mais frequentes.
- ⇒ **Valaciclovir** - éster L-valina do aciclovir que age como pro droga e é convertido para aciclovir, após absorção no intestino e no fígado. Sua principal vantagem é sua alta concentração no plasma em relação ao aciclovir (3 a 5 vezes mais). Sua biodisponibilidade é de aproximadamente 55%.
- ⇒ **Fanciclovir** - requer atividade da timidina-cinase codificada pelo vírus para transformar a droga no seu composto ativo: penciclovir. Apresenta uma meia-vida celular maior que o aciclovir (10 a 20 horas) e tem uma biodisponibilidade de 77% permitindo como o valaciclovir doses menos frequentes.



## Esquemas terapêuticos

### Primo-infecção

Aciclovir	200 mg	5 x ao dia	5 dias
	400 mg	3 x ao dia	7 a 10 dias
Fanciclovir	250 mg	3 x ao dia	5 dias
	250 mg	3 x ao dia	7 a 10 dias
Valaciclovir	500 mg	2 x ao dia	7 a 10 dias
	1 g	2 x ao dia	5 dias

### Infecção recorrente

Aciclovir	800 mg	2 x ao dia	5 dias
Fanciclovir	125 mg	2 x ao dia	5 dias
Valaciclovir	500 mg	2 x ao dia	5 dias

### Terapia Supressiva (mais de 6 episódios em 1 ano)

Aciclovir	200 mg	4 x ao dia	6 meses a 1 ano
	400 mg	2 x ao dia	6 meses a 1 ano
Fanciclovir	250 mg	2 x ao dia	6 meses a 1 ano
Valaciclovir	500 mg	1 x ao dia	6 meses a 1 ano
	250 mg	1 x ao dia	6 meses a 1 ano

Cuidados a serem tomados durante o tratamento:

- ⇒ Avaliar função hepática de 6/6 meses
- ⇒ Paciente HIV positiva, apresenta surtos mais prolongados e severos podendo ocorrer resistência ao Aciclovir em 5 a 25%

A ocorrência de resistência ao Aciclovir tem estimulado a pesquisa de novas drogas agindo diretamente na inibição do HSV- DNA polimerase, como os análogos do Pirofosfato (Foscarnete) e do Fosfonato (Cidofovir)

### 4b – Via tópica

As medicações tópicas não têm apresentado respostas satisfatórias. As mais utilizadas são:

- ⇒ **Viroptc** (preparação oftálmica tópica).
- ⇒ **Penciclovir** (primeira droga tópica apresentando resultados efetivos).
- ⇒ **Cidofovir** (atualmente uma promessa para o tratamento tópico de infecções herpéticas genitais recorrentes)<sup>8</sup>.

## Na gravidez

O FDA (Food and Drug Administration) aprova a utilização de drogas antivirais na primoinfecção, no episódio recorrente e na supressão, porém, não como forma de tratamento fetal durante a gestação. A publicação do CDC em 1993 apresentou dados confirmando o não comprometimento dos fetos de mães que receberam Aciclovir no primeiro trimestre.

Antes da 20ª semana, a primoinfecção provoca abortamento em cerca de 54% e no 2º trimestre podem acontecer 35% de partos prematuros<sup>9</sup>.

A maioria dos estudos apresenta dados limitados em relação à prevenção da doença no feto no caso de terapia antiviral materna. Há referências, no entanto, que a terapia iniciada após 36 semanas diminui a carga viral, diminui os sintomas e previne o herpes neonatal (com queda de risco de transmissão para 14%) além da redução do número de cesáreas<sup>6,10</sup>.

A paciente em trabalho de parto prematuro com lesões genitais em atividade, poderá se beneficiar com uso de tocolíticos por 24h, enquanto se administra corticoterapia para maturação pulmonar fetal<sup>1</sup>.

A escolha da via de parto na presença de lesões deverá ser a cesárea e na ausência de lesões o parto normal pode ser a via de eleição, independente da bolsa rota ou não. A presença do herpes vírus não contra indica a amamentação

## Esquema terapêutico

Aciclovir	200 mg	5 x ao dia	7 a 10 dias
	400 mg	3 x ao dia	7 a 10 dias

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Torloni MR; Oliveira TA; Souza E. Prematuridade e infecções congênitas. *Femina* 2002; nº 6, vol 30, 351-355.
- 2 - Moreira LC, Merly F; Moleri AB; Passos MRL; Pinheiro VMS. A boca como órgão de práticas sexuais e alvo de DST/AIDS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2002; vol 14, nº 2: 37-52.
- 3 - Brown ZA; Wald A; Morrow RA; Selke S; Zeh J; Corey L. Effect of serologic status and cesarean delivery on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant. *JAMA*. 2003;289:203-209.

- 4 - Tenório T. Infecções sexualmente transmissíveis caracterizadas por úlceras genitais. *Femina* 2001; vol 29, nº 9, 635-637
- 5 - Moreland A; Shafran S; Bryan J; Pellet P. Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Editora Artes médicas, segunda edição, 1997; cap 11, 208-224.
- 6 - Kimberly AW; Stuart MB. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR* 2006; vol 55, nº RR-11, 16-20.
- 7 - Parellada CI; Pereyra EAG. Patologia do Trato Genital Inferior. Editora Roca 2005; cap 17, 199-206.
- 8 - AGOC Committee on Practice Bulletins- Obstetrics. Management of herpes in pregnancy. *International Journal of Gynecology e Obstetrics* 68 (2000) 165-174.
- 9 - Corey L; Handsfield HH. Genital herpes and public health. Addressing a global problem. *JAMA*. 2000; 283: 791-794.
- 10 - Watts DH; Brown ZA; Money D; Selk S; Huang ML; Sacks SL; Corey L. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 836-843.

# 2010

Apoio:



GlaxoSmithKline



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia