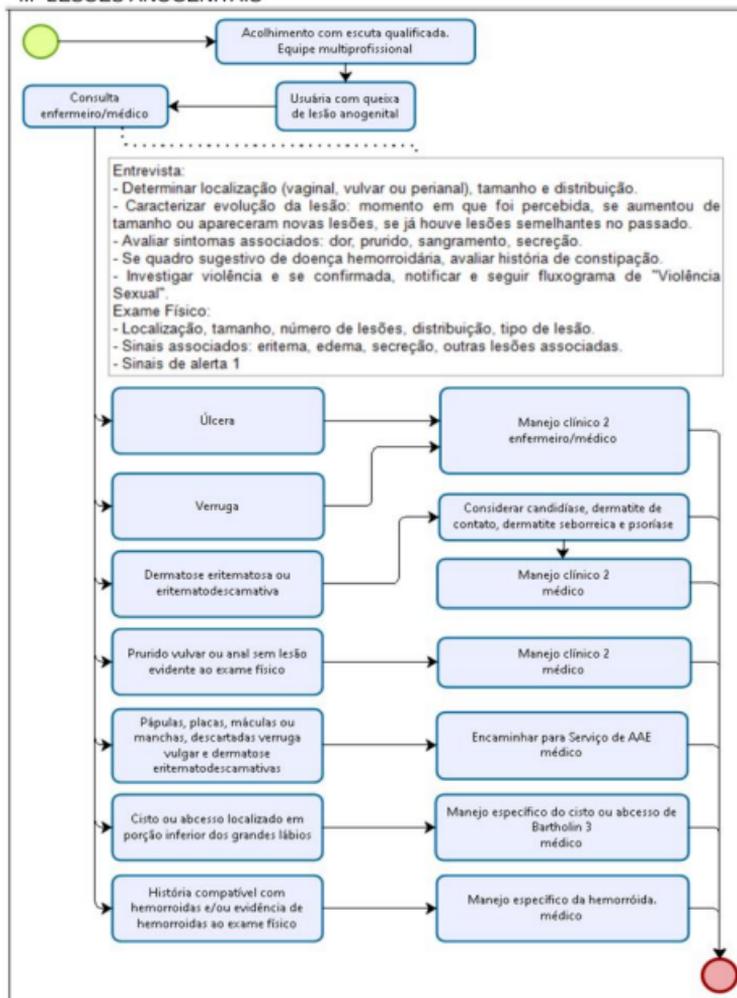


III- LESÕES ANOGENITAIS



Adolescência: tendo em vista a lei do Estupro de Vulnerável nº 12.015/2009 PR e considerando que tais lesões são sexualmente transmissíveis, deve-se considerar avaliação também da possibilidade de violência. Nos casos de adolescentes de até 14 anos deve-se proceder notificação compulsória em 100% dos casos, independente de suspeita ou confirmação de violência. Nos casos de adolescentes de 14 a 17 anos, proceder notificação compulsória nos casos em que houver suspeita ou confirmação de violência sexual.

1. Sinais de alerta: possibilidade de neoplasia: verruga em mulher após a menopausa; ausência de resposta ao tratamento em um mês; discromias vulvares. Possibilidade de celulite ou abscesso: eritema difuso com induração, edema e dor, com ou sem área de flutuação.

2. Manejo clínico

2A) Úlceras anogenitais: se paciente sexualmente ativa, considerar as principais causas de IST: herpes, sífilis, cancro mole e donovanose. Considerar diagnósticos diferenciais com outras doenças ulcerativas infecciosas e não infecciosas. Tratar conforme história clínica e exame físico:

- Se história ou presença de vesículas dolorosas e/ou visualização de parede rota de vesícula, tratar herpes genital;
- Se não for caso evidente de herpes simples, tratar empiricamente como sífilis primária e cancro mole;
- Se úlcera com mais de quatro semanas, tratar sífilis, cancro mole e donovanose;
- Se úlcera persistente ou irresponsiva ao tratamento, encaminhar para o Serviço de AAE.

Doença	Conduta	Profissional
Herpes simples	Primeira infecção: Aciclovir 200mg, 2 cp, VO, 3/dia, por 7 a 10 dias ou 1 cp, VO, 5/dia por 7 a 10 dias.	enfermeiro/médico
	Casos recorrentes: Aciclovir 200mg, 2 cp, VO, 3/dia, por 5 dias, a partir do início dos pródromos ou 4 cp, VO, 2/dia por 5 dias. Se seis ou mais episódios por ano: considerar tratamento supressivo contínuo, com Aciclovir 200mg, 2 cp, VO, 2/dia, por até 6 meses (realizar controle laboratorial de funções renal e hepática). Gestantes: tratar o primeiro episódio, em qualquer idade gestacional, conforme o tratamento da primeira infecção. Realizar orientação dos parceiros sexuais.	
Sífilis	Solicitar VDRL para controle. Tratamento de infecção primária, secundária e latente recente: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Tratamento alternativo exceto para gestantes: Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 horas, por 15 dias. Latente tardia (mais de um ano de evolução) ou com duração ignorada, e sífilis terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas (dose total: 7,2 milhões UI).	enfermeiro/médico

	<p>Tratamento alternativo exceto para gestantes: Doxiciclina 100mg, VO, 12/12horas, por 30 dias.</p> <p>Pacientes com histórico de alergia à penicilina devem ser encaminhados para dessensibilização em Serviço de AAE.</p> <p>O tratamento dos(as) parceiros(as) sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticos.</p>	
Cancro mole	<p>Tratamento em dose única com Azitromicina 500mg, 2 cp, VO, ou Ceftriaxona 250mg, IM, ou Ciprofloxacino 500mg, 1 cp, VO, 2/dia por 3 dias (contraindicado para gestantes). O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento dos(as) parceiros (as) sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticos.</p>	enfermeiro/médico
Donovanose	<p>Azitromicina 500mg, 2 cp, VO, 1/semana, por pelo menos 3 semanas, ou até cicatrização das lesões ou Doxiciclina 100mg, 1 cp, VO, 2/dia, por pelo menos 21 dias ou até desaparecimento completo das lesões ou Sulfametoxazol+Trimetoprima 400+80mg, 2 cp, VO, 2/dia por pelo mesmo 21 dias ou até a cicatrização das lesões ou Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ cp, VO, 2/dia, por pelo mesmo 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total 750mg) (contraindicado para gestantes). O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatado infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento dos(as) parceiros(as) sexuais.</p>	enfermeiro/médico

2B) Verrugas anogenitais: as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e/ou colo. Mais comum em pacientes jovens. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.

Nota: O enfermeiro devidamente capacitado poderá executar o tratamento das lesões condilomatosas com ácido tricloroacético a 80-90% em solução alcoólica, nas situações clínicas em que haja previsão do uso deste produto.

2C) Dermatose eritematosa ou eritematodescamativa: considerar candidíase, dermatite de contato, dermatite seborreica e psoríase. Na presença de candidíase, frequentemente, há corrimento branco e grumoso e intenso prurido, e o eritema é mais intenso. Em caso de dermatite seborreica ou de psoríase, geralmente há lesões em outras localizações. Na dermatite de contato, frequentemente, mas nem sempre, o desencadeante é evidente. Para tratamento da candidíase vulvovaginal, ver fluxograma "Corrimento Vaginal Anormal". A dermatite de contato responde ao uso de Dexametasona creme 0,1% (corticoide tópico) e à remoção do agente causal.

Nota: o tratamento da dermatite seborreica e da psoríase está fora do escopo deste protocolo.

2D) Prurido vulvar ou anal sem lesão evidente ao exame físico: tem etiologia multifatorial, as causas podem ser infecciosas, alérgicas, traumáticas, neoplásicas, associadas a doenças dermatológicas, entre outros. No prurido vulvar, um fator frequentemente associado são alterações hormonais. Muitas vezes, não é identificada causa evidente. Deve-se realizar anamnese e exame físico para identificar causa passível de manejo específico. Orientações gerais de higiene e de remoção de agentes que podem causar prurido devem ser enfatizadas.

Nota: diagnósticos diferenciais de alerta:

- Líquen Plano Vulvar (LPV): pápulas ou placas eritematosas e eventualmente erosadas da região vulvar, onde o prurido é sua principal manifestação. Doença infrequente, podendo ser localizada ou generalizada. Encaminhar para o Serviço de AAE.
- Líquen escleroso atrófico (LEA): é uma dermatose inflamatória crônica, benigna e predominantemente localizada na vulva. Afeta tanto a epiderme quanto a derme, prurido intenso é seu principal sintoma, podendo levar a soluções de continuidade na pele. Acomete mais mulheres na menopausa.
- Líquen simples vulvar (LSV) ou também chamado de líquen simples crônico da vulva: se apresenta como um processo eczemático crônico da região vulvar onde o engrossamento da pele, frequentemente, é com fissura ou escoriação. O processo pruriginoso se mantendo, há uma tendência de engrossamento da pele solução de continuidade, com permanência da área inflamatória.
- Neoplasia intraepitelial vulvar (NIV): lesão precursora do câncer de vulva e sua incidência vem aumentando nas últimas décadas. São lesões geralmente elevadas, de superfície rugosa, com margem bem demarcada e algumas vezes se assemelham a verrugas planas. Tipo verrucoso é a variedade mais comum, e se relaciona à infecção crônica por HPV. O tipo basalóide incide em pacientes mais idosas, tendo um potencial de oncogênese um pouco maior que o verrucoso.

3.Cisto e abscesso de Bartholin: a glândula de Bartholin está localizada no terço inferior dos grandes lábios. Quando seu ducto é obstruído, forma-se um cisto, geralmente assintomático, podendo eventualmente se manifestar como desconforto ou mesmo dor ao sentar ou nas relações sexuais. O cisto pode se complicar com abscesso, que se manifesta como massa quente, dolorida à palpação, flutuante. A dor costuma ser intensa, podendo ser limitante para as atividades. Se assintomático ou com sintomas leves, orientar quanto à benignidade do quadro e observar, tratando os sintomas com banhos de assento e analgésicos simples. Se cisto de Bartholin sintomático, encaminhar ao Serviço de AAE para cirurgia de marsupialização. Em caso de abscesso, está indicada a drenagem por incisão ou aspiração, que pode ser feita na APS ou referenciada para o pronto-socorro de ginecologia. Usar antibióticos apenas se suspeita de IST, presença de abscesso ou em caso de recorrência.

Orientações: Fornecer informações sobre as IST e sua prevenção; ofertar testes rápidos para IST; ofertar preservativos; avaliar cartão de vacinação; orientar sobre profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; notificar o caso; convocar e tratar parcerias sexuais. Se úlcera sintomática, podem ser necessários analgesia e cuidados locais, com compressas frias, analgésicos ou anti-inflamatórios tópicos ou orais (Ibuprofeno 600mg, 01 cp. VO de 12/12 horas por 5 dias ou Doxiciclina 100mg, 01 cp. VO de 12/12 horas por 14 dias) e banhos perineais.