



# M SEMANA HIIT

# Ginecologia



# GINECOLOGIA

## Violência Sexual

### → ESTUPRO

- Ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro.

### → AVALIAÇÃO INICIAL

- Humanização e acolhimento;
- Contracepção de emergência;
- Prevenção de ITS's;
- Aborto seguro previsto por lei ou assistência pré-natal ou adoção;
- Evitar perda de provas periciais;
- Estimular notificação;
- Garantir atendimento multidisciplinar → psicólogo, assistente social.

### → EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO

- Cuidado! Sempre garantir o consentimento, pelo momento de extrema fragilidade;
- Examinar mamas, vulva, períneo, ânus;
- Hímen (principalmente no caso de pacientes que referem nunca ter tido relações sexuais) → íntegro ou roto? → se roto; rotura recente ou antiga?
- Lacerações vaginais ou perineais;
- A depender da história clínica e do tipo de agravo sofrido;
  - Swab para pesquisa de espermatozoides;
  - PSA em vagina, períneo, cavidade oral, região interglútea, seios;
  - PCR para gonococo, clamídia;
  - Culturas vaginais.

### → EXAMES LABORATORIAIS

- Devem ser colhidos prontamente na admissão → referentes ao conteúdo vaginal (citados acima) + sorologias específicas (citadas abaixo);

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Conteúdo Vaginal					
Sífilis					
Anti-HIV					
Hepatite B (HbsAg)					
Hepatite C					
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas diretas e indiretas	Se uso profilático de medicação antirretroviral	Se uso profilático de medicação antirretroviral			
β HCG		Repetir Obs: poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde.			

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres

**ATENÇÃO!** A prevenção de IST'S não está indicada em casos de abuso crônico ou repetido, ou quando foi utilizado preservativo durante todo o ato.

### → PREVENÇÃO DE IST'S NÃO VIRAIS

- São as principais infecções que se deve evitar a contaminação, ao momento do atendimento médico;

IST	Medicação	Posologia
<b>Sífilis</b>	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única
<b>Gonorréia</b>	Ceftriaxone	500 mg, 1 ampola, IM, dose única
<b>Clamídia</b>	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)
<b>Tricomoníase</b>	Metronidazol *	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)

- Postergar o uso de metronidazol nos casos de:
  - Intolerância gastrointestinal → efeitos como náuseas, vômitos podem atrapalhar o manejo adequado;
  - Prescrição de contracepção de emergência;

- Profilaxia antirretroviral;
- Em caso de gestação → não utilizar no primeiro trimestre de gestação.

## → PREVENÇÃO DE IST'S VIRAIS

### ○ Hepatite B;

- Contato suspeito ou confirmado com sêmen, sangue ou outros fluidos corporais;
- **Imunizadas, agressor sabidamente vacinado ou abuso crônico** → não realizar profilaxia;
- **Não imunizadas, agressor desconhecido ou esquema vacinal incompleto** → administrar vacina para HBV e imunoglobulina hiperimune para hepatite B – 0,6 mL/kg, IM, dose única (em até 14 dias após exposição).

### ○ HIV;

- Indicação de profilaxia → se **sim** para todas as questões → realizar profilaxia pós-exposição (PEP):
  1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV? (Sangue, sêmen, fluidos vaginais);
  2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV? (Mucosa, pele não íntegra, lacerações em local de contato com material biológico);
  3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72h);
  4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?
- Esquema preferencial para PEP → para os casos de pacientes com indicação confirmada.

### Esquema Preferencial para PEP\*

TDF + 3TC + DTG  
A duração da PEP é de 28 dias.

Profilaxia Pós-Exposição  
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Preferenciais para PEP

Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF <sup>®</sup> + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>
	Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
<b>DTG</b>	<b>Comprimido DTG 50mg</b>	<b>1 comprimido VO 1x/dia</b>

\*Fonte: DIAHV/SVS/MS.

\*Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

## → CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

- Deve ser administrado em até 72h após o ato;
- Mulher em **idade fértil**, independentemente do período do ciclo menstrual → se contato **certo ou duvidoso** com sêmen;
- **Não realizar** se houve uso adequado de contracepção de alta eficácia.

### Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Dose	Vias	Posologia
Levonorgestrel (Primeira escolha)	0,75mg de levonorgestrel	Oral	02 comp. em dose única
	1,5mg de levonorgestrel		01 comp. em dose única
Anticoncepcionais hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,05mg de etinil-estradiol + 0,25mg de levonorgestrel/comp.	Oral	02 comp. 12/12 hs (total de 04 comp.)
	0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel/comp.		04 comp. 12/12 hs (total de 08 comp.)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica, 2012.

## → ABORTO LEGAL

- Aborto resultante de estupro é **previsto por lei** até 20 semanas ou peso fetal estimado < 500g;
- **Decisão da mulher** → praticar o aborto, manter a gestação até o termo e permanecer com a criança ou entregá-la em adoção;
- Registro de Boletim de Ocorrência **não é obrigatório** para a interrupção;
  - Deve-se, contudo, haver documentação

em prontuário, com os devidos termos de consentimento devidamente assinados, e orientação da paciente.

- Objeção de consciência é direito do médico, mas não da instituição.

### Questões

#### 1) (FMUSP 2014 – R1 – Acesso Direto)

Caso 6. Mulher de 24 anos de idade é trazida ao pronto-socorro, vítima de abuso sexual com penetração vaginal e anal, há cerca de 6 horas. Encontra-se consciente e orientada. Desconhece o agressor. Refere ciclos menstruais regulares de 28 dias e se encontra no 14º dia; não usa métodos contraceptivos, tem antecedente de epilepsia e usa regularmente carbamazepina. O exame clínico revela escoriações leves nos membros inferiores e discreta laceração com crosta sanguínea em grande lábio vulvar esquerdo. Exame especular com conteúdo vaginal compatível com sêmen, colo epiteliado. Ante de iniciar a assistência psicossocial e considerando as circunstâncias clínicas deste caso, responda a seguinte questão:

Cite a droga indicada para contracepção de emergências e dois mecanismos de ação nesta circunstância.

### Gabarito

**1- Levonorgestrel;** Espessamento do muco cervical; Inibição da ovulação.

### Doença Inflamatória Pélvica Aguda

#### → DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

- Infecção **sexualmente transmissível** ascendente do colo uterino (cervicite) e vagina para corpo do útero, anexos, peritônio e estruturas adjacentes.
- É uma infecção polimicrobiana;
- Agentes etiológicos;

- **Principais:** *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococo) e *Chlamydia trachomatis*;
- Outros: anaeróbios pélvicos, bacilos gram-negativos, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus agalactiae*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Bacteróides spp.* *Escherichia coli*.

#### → DIAGNÓSTICO

##### ○ Critérios maiores (obrigatórios):

- Dor pélvica;
- Dor em região anexial;
- Dor à mobilização do colo uterino.

##### ○ Critérios menores (adicionais):

- Febre;
- Secreção vaginal patológica;
- Marcadores inflamatórios aumentados ou leucocitose;
- Agentes etiológicos (gonococo, clamídia ou micoplasma) isolados em secreção endocervical.

##### ○ Para fechar o diagnóstico → **TODOS** os critérios maiores + 1 critério menor

##### ○ Outros sintomas relacionados:

- Dispareunia → principalmente pela inflamação do colo vaginal e acometimento dos ligamentos de sustentação uterinos;
- Aumento do fluxo ou prolongamento da menstruação devido à endometrite (é considerada estágio de transição entre a infecção vaginal e a infecção do útero);
- Sangramento de escape em usuárias de pílula de baixa dosagem;
- Disúria → uretrite.

#### → CRITÉRIOS ELABORADOS

- A presença de 1 ou mais dos critérios abaixo = diagnóstico;
- Exame de imagem (USG transvaginal ou RNM pélvica) sugerindo a presença de abscesso tubo-ovariano;
- Biópsia endometrial;
- Laparoscopia com sinais de infecção pélvica → por exemplo, tuba espessada, hidrossalpinge, abscesso tubo-ovariano.

### → AVALIAÇÃO NA URGÊNCIA

- Queixas → dor pélvica, corrimento vaginal, febre, dispareunia;
- Verificar estado geral e sinais vitais → não é incomum a presença de sinais de sepse;
- Palpação do abdome → há sinais de peritonite?
- Exame especular → presença de corrimento vaginal purulento ou turvo, com odor, colo friável;
- Toque vaginal → dor à mobilização do colo, dor à palpação do útero e anexos (uni ou bilateralmente), massa pélvica palpável.

ATENÇÃO! Sempre afastar gestação – questionar sobre atraso menstrual e solicitar  $\beta$ -HCG sérico ou urinário para todas as pacientes em idade fértil → é necessário descartar o diagnóstico de gravidez ectópica rota!

### → EXAMES COMPLEMENTARES

- **Hemograma completo** (leucocitose) e **PCR/VHS** (inflamação);
- **Urina tipo 1 e urocultura** → afastar ITU, se disúria ou dúvida diagnóstica);
- Identificação do agente etiológico por **biologia molecular** – Clamídia ou Gonococo – se disponível.
- **USG transvaginal** – primeira escolha;
  - Imagens típicas;
    - Espessamento da parede tubárea > 5 mm;
    - Acúmulo de líquido nas tubas;
    - Sinal da “roda dentada”;
    - Septos intratubéreos;
    - Abscesso tubo-ovariano.



- **Ressonância magnética da pelve** → apresenta

acurácia superior ao USG, e semelhante à laparoscopia) → **NÃO DISPONÍVEL NA URGÊNCIA.**

### → CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Abscesso tubo-ovariano;
- Imunossuprimidas;
- Uso de DIU;
- Falha de antibioticoterapia, VO, após 48- 72h;
- Instabilidade hemodinâmica ou queda do estado geral;
- Gestação;
- Dúvida diagnóstica (apendicite? Gravidez ectópica?).

### → TRATAMENTO

#### ○ **Ambulatorial;**

- Ceftriaxone 500 mg IM dose única OU Cefotaxima 500 mg IM dose única;
  - +
- Doxiciclina 100 mg 12/12h por 14 dias;
  - +
- Metronidazol 500 mg VO 12/12h por 14 dias;

#### ○ **Hospitalar;**

- 1° opção → Cefoxitina 2g EV 6/6h por 14 dias + Doxiciclina 100 mg 12/12h por 14 dias;
  - OU
- 2° opção → Clindamicina 900mg EV 8/8h por 14 dias + Gentamicina IM ou EV: dose de ataque 2 mg/g e dose de manutenção 3-5 mg/kg/dia por 14 dias;
  - OU
- 3° opção → Ampicilina/Sulbactam 3g EV 6/6h por 14 dias + Doxiciclina 100 mg 12/12h por 14 dias.

- Ambulatorial → reavaliar em 48-72h;
- Manter tratamento EV por, pelo menos, 24-48h e após, trocar para V.O.;
- Avaliação da resposta ao tratamento: estado geral, temperatura corporal, melhora da dor, queda de marcadores inflamatórios;
- Alta hospitalar se melhora clínica, laboratorial e, ao menos 48h afebril;
- **Manter antibioticoterapia domiciliar**, até

completar o esquema de 14 dias do início do tratamento.

○ **ATENÇÃO! ABSCESSO TUBO-OVARIANO;**

- Obrigatório → Metronidazol, clindamicina ou ampicilina/sulbactam na prescrição;
- Abordar cirurgicamente se **ruptura** (peritonite, líquido livre na cavidade) ou **aumento do diâmetro**, mesmo em vigência de antibioticoterapia;
- Manter **antibioticoterapia domiciliar** após a alta até completar 21 dias do início do tratamento.

➔ **PONTOS IMPORTANTES**

- Sorologias → HIV, Sífilis, Hepatite B e C;
- Orientar rastreamento adequado de alterações cervicais relacionadas ao HPV → Colpocitologia oncológica;
- Orientar avaliação e tratamento do parceiro;
- DIU → retirada não tem benefício;
  - Porém, caso seja indicada, fazê-lo após 6h do início da antibioticoterapia EV.
- Dúvida diagnóstica = tratamento!
- Complicações tardias são frequentes e graves;
  - Infertilidade;
  - Aumento do risco de gestação ectópica;
  - Dor pélvica crônica por aderências.

*Questões*

1) **(FMUSP 2020 – Acesso Direto)** Paciente de 21 anos com dor abdominal em hipogástrio e fossas ilíacas há 2 dias, com piora progressiva e febre medida de 38° C. Ao exame ginecológico, apresenta conteúdo vaginal acinzentado e bolhoso; a toque vaginal, apresenta dor a mobilização do colo uterino e aumento anexial direito de difícil caracterização em decorrência da dor. Inicia tratamento com Ceftriaxona intramuscular e doxiciclina oral. Qual agente microbiano deve ser associado?

- A-** Metronidazol.  
**B-** Amoxicilina.

- C-** Ciprofloxacino.  
**D-** Eritromicina.

*Gabarito*

1) **A**

*Lesões Genitais*

➔ **HERPES GENITAL**

- Etiologia: **HSV-1 e HSV-2;**
- **Primoinfecção** → incubação por 6 dias, lesões eritemato-papulosas de 1 a 3 mm, que evoluem para vesículas com conteúdo citrino → dolorosas, com regressão espontânea;
  - **Ruptura** → **úlcera;**
  - Pode apresentar febre, mal-estar, mialgia e disúria;
  - Linfadenomegalia inguinal bilateral, em até 50% dos casos.
- **Recorrência** → infecção latente nos gânglios sensitivos reativada com infecções, trauma local, estresse físico ou emocional, imunodeficiência;
  - Quadro clínico mais leve com vesículas sobre base eritematosa, precedido por prurido ou queimação;
  - Regressão espontânea.

**ATENÇÃO!** Lesões herpéticas ativas → **indicação** de CESARIANA em gestantes.



➔ **SÍFILIS PRIMÁRIA**

- Etiologia: *Treponema pallidum;*
- Cancro duro;
- Incubação → 10-90 dias;
- Caracterizadas por úlcera única, indolor, de base endurecida e fundo limpo;

- Desaparece espontaneamente;
- Adenopatia inguinal bilateral indolor.



### → CANCRÓIDE (CANCRO MOLE)

- Etiologia: *H. ducreyi* – risco de infecção na relação sexual: 80%;
- Lesões múltiplas (autoinoculação), dolorosas;
- Mais frequente em homens;
- Apresenta contorno edemaciados, de fundo irregular, com exsudato necrótico, amarelado, de odor fétido e friável;
- O bacilo pode afetar os linfonodos inguino-cruais, que podem fistulizar.



### → LINFOGRANULOMA VENÉREO

- Etiologia: *C. trachomatis* (é uma doença causada pela Clamídia);
- Atenção aos sorotipos L1, L2 e L3;
- Linfadenopatia inguinal e/ou femoral;
- Fases:

Inoculação	Disseminação linfática	Sequelas
Pápula, pústula indolor, que desaparece espontaneamente	Linfadenopatia a depender do local de inoculação	Supuração e fistulização de múltiplos orifícios nos linfonodos, sintomas gerais, pode levar a elefantíase genital ou fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.



**FIGURA 3-12** Fotografia do “bubão” observado no linfogranuloma venéreo. Linfonodos aumentados fundidos em ambos os lados do ligamento inguinal criam essa característica ondulada. (De Schachter, 2003, com permissão.)

### → DONOVANOSE

- Etiologia: *K. granulomatis*;
- IST crônica e progressiva;
- Ulceração com borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granulomatoso, de sangramento fácil → pode se tornar vegetante;
- Configuração “em espelho” → autoinoculação das lesões causa acometimento contralateral similar.

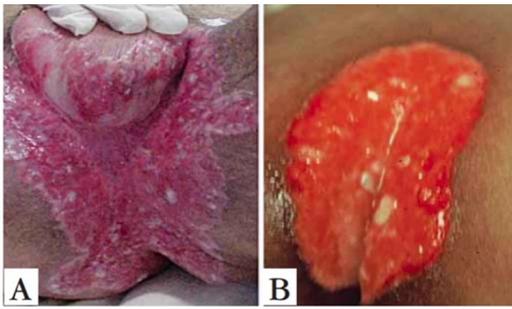
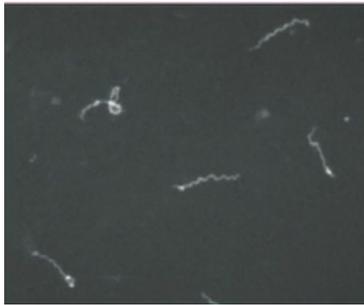


FIGURA 1. A. Forma ulcerosa: São de maior dimensão, apresentam abundante secreção e crescem por expansão, através de autoinoculação, notadamente quando localizadas em dobras cutâneas; B. Forma ulcero-vegetante: Existe um abundante tecido de granulação no fundo da lesão, o qual ultrapassa o contorno lesional e sangra com facilidade. Esta parece ser a forma clínica mais frequentemente encontrada

## ➔ DIAGNÓSTICO DAS ÚLCERAS GENITAIS

- Exame a fresco do exsudato da lesão;
- Microscopia de campo escuro → *T. pallidum*;



- Biologia molecular;
- Sorologias: sífilis (VDRL, FTA-ABS, teste rápido), herpes;
- Biópsia nos casos de:
  - Úlceras com evolução maior que 30 dias.
- LEMBRAR! Coletar outras sorologias, principalmente para HIV! A perda da barreira epidérmica, pelo acometimento da úlcera, pode aumentar o risco de infecção pelo HIV.

## ➔ TRATAMENTO

- Tratamento precoce → reduz intensidade a duração do episódio;
- Valaciclovir e Famciclovir têm eficácia semelhante ao Aciclovir;
- **Sífilis primária** → Penicilina Benzatina 2.400.000 UI IM;
- Lembrar de convocar e tratar os parceiros(as) sexuais, mesmo que assintomáticos.

### Quadro 14 – Tratamento para herpes genital

	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir <sup>a</sup> 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 7 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)

### Quadro 15 – Tratamento para cancroide, LGV e donovanose

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Cancroide	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única	Ciprofloxacina <sup>a</sup> 500 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por três dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina <sup>a</sup> 100 mg, VO, 1 comprimido, 2xdia, por 21 dias	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina <sup>a</sup> 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital
Donovanose	Doxiciclina <sup>a</sup> 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões OU Ciprofloxacina <sup>a</sup> 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2xdia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total 750 mg) OU Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2xdia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3xdia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões Em PVHA, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos, e o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento das parcerias sexuais

Fonte: DDAHV/SV/SMS.

## ➔ EXTRA – CONDILOMA ACUMINADO

- Verruga genital – não se tratando de uma úlcera;
- Causada pelo **HPV** – subtipos 6 e 11;
- Transmissão sexual;
- Tratamento → aplicação de ácido tricloroacético, crioterapia, aplicação de imunomoduladores.



Sífilis primária

### Questões

- 2) **(FMUSP 2020 – Acesso Direto)** Paciente de 40 anos refere dor vulvar interna há 2 dias, com o seguinte achado clínico:



- Qual o tratamento adequado?
- A- Ceftriaxone.
  - B- Valociclovir.
  - C- Clotrimazol
  - D- Penicilina.

### Gabarito

2) **B**