

# Corrimento uretral: avaliação epidemiológica-clínica-laboratorial

*Urethral discharge: clinical-epidemiological and laboratorial evaluation)*

Lauro Amaral de Oliveira<sup>1</sup>, Nelson Aguiar<sup>2</sup>, Orietta Mata<sup>2</sup>, José Augusto da Costa Nery<sup>1,2</sup>, Maria Cristina Lourenço<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - FIOCRUZ/Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay - Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro/Brasil.

## Correspondência:

Lauro Amaral de Oliveira  
R. Frederico Lengruher - 11  
Pirapetinga, Bom Jesus, RJ, Brasil  
CEP: 28365-100  
Telefone/fax: (21) 22141966  
e-mail: lauroitaperuna@ig.com.br

## Resumo

**Introdução:** Existem poucos dados sobre a etiologia das uretrites na literatura brasileira, como também são pouco conhecidas as características sociais destes pacientes em nosso meio.

**Material e métodos:** Estudo descritivo de 18 pacientes do sexo masculino com uretrite sintomática, utilizando a Ligase Chain Reaction.

**Resultados:** O agente etiológico encontrado em 39% dos casos foi *N. gonorrhoeae*, em 22% *C. trachomatis*, sendo a associação de ambas vista em 5,5% dos pacientes. Em 39% dos casos não houve o isolamento destes agentes. Com relação à cor, idade e escolaridade, foi observado que 12 (67%) dos pacientes eram não-brancos, que 50% tinham 25 anos de idade ou menos, e que 39% apresentavam somente o ensino fundamental incompleto. O uso de preservativos foi irregular em todos os pacientes e o início das atividades sexuais em 78% dos casos com idade inferior a 15 anos. A maioria dos pacientes (83%) já havia contraído outra DST anteriormente. Apesar de 83% dos pacientes se queixarem de corrimento uretral, apenas 61% deles apresentavam este sinal ao exame físico.

**Conclusão:** Verificamos que os dados clínicos dos pacientes são às vezes inespecíficos para o diagnóstico etiológico das uretrites. Sendo assim, ainda que o diagnóstico laboratorial seja negativo, consideramos que o tratamento do corrimento uretral deverá ser sintomático para interromper a cadeia de transmissão.

(De Oliveira LA, Aguiar N, Mata O, Da Costa Nery JA, Lourenço M<sup>1</sup>C. Corrimento uretral: avaliação epidemiológica-clínica-laboratorial. Med Cutan Iber Lat Am 2007;35:174-177)

**Palavras chave:** uretrite, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*.

## Summary

**Introduction:** Few data exist about the etiology of the urethritis in Brazilian literature, as well as the social characteristics of these patients.

**Materials and methods:** A descriptive study of 18 cases of symptomatic urethritis in patients of the male sex, with the Ligase Chain Reaction.

**Results:** The etiologic agent found in 39% of the cases as *N. gonorrhoeae*, in 22% was found *C. trachomatis*, and the association of both agents was seen in 5,5% of cases. In 39% of patients there was not isolation of any agent. In relation of race, age and pertaining to school degree, it was observed that 12 (67%) patients wasn't white, 50% were less than 25 years old and 39% had only incomplete fundamental schooling. The utilization of barrier methods was done irregularly in all patients and the beginning of sexual activity was seen before the age of 15 in 78%. The great majority (83%) of patients had already had another STD before. Although 83% of the patients complained of urethral discharge, only 61% of them presented this signal to the physical examination.

**Conclusion:** We verify that the clinical data of the patients are sometimes little specifics for the etiologic diagnosis of the urethritis. Being thus, still that the laboratorial diagnosis is negative, we consider that the management of the urethral discharge should be syndromic to interrupt the transmission chain.

**Key words:** urethritis, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*.

A incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) tem aumentado muito nos últimos anos mostrando, entre outros fatores, a precariedade da saúde pública. Infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica,

aborto, neoplasias anogenitais e morte podem ocorrer como complicações das DSTs.

Nas duas últimas décadas houve maior valorização das DSTs, sendo então agora classificadas também como doen-

ças “facilitadoras” da aids (“HIV shedding”), onde o risco relativo da aquisição de HIV será de 4,5 vezes maior se o indivíduo se apresentar com gonorréia associada à aids[1].

Uretrites, ou inflamação da uretra, são infecções caracterizadas principalmente pela descarga de material purulento ou mucopurulento, todavia infecções assintomáticas também são comuns. Por exemplo: 70% das mulheres e 30% dos homens infectados por clamídia, assim como 80% das mulheres e 10% dos homens infectados por gonococo podem não apresentar sintomas[2].

No Homem as únicas bactérias de importância clínica para uretrites são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Nos Estados Unidos e regiões da Europa, 35 a 50% das mulheres com gonorréia estão infectadas também por clamídia, e 20 a 25% dos homens heterossexuais com gonorréia estão infectados também por *C. trachomatis*[3].

Um percentual significativo dos pacientes com uretrite não apresenta todos os sintomas da doença e, ainda que apresentem, suas características clínicas são às vezes inespecíficas para se classificá-la como sendo gonocócica ou não-gonocócica. Desta forma faz-se necessária a aplicação de exames complementares mais específicos para o correto diagnóstico destas uretrites pouco sintomáticas. A *Ligase Chain Reaction* (LCR), um recurso diagnóstico que tem se mostrado bastante útil para esse propósito, apresenta sensibilidade e especificidade próximas de 100% na maioria dos estudos[4-7]. Isto se torna importante em termos de saúde pública na medida em que pudermos interromper a cadeia de transmissão de maneira mais eficaz.

Justifica-se esta pesquisa visto que existem poucos dados sobre a etiologia das uretrites na literatura brasileira, como também são pouco conhecidas as características sociais destes pacientes (variáveis epidemiológicas) em nosso meio.

## Material e métodos

Estudo descritivo de série de casos realizado em 2001, com pacientes masculinos maiores de 18 anos que se apresentaram com sinais e/ou sintomas de uretrite (tais como: corrimento uretral, polaciúria, dor local, disúria ou prurido) após relação sexual desprotegida, e que não fizeram uso de antimicrobianos.

Após anamnese, exame clínico e coleta de espécimes clínicos, cada paciente recebeu tratamento sintomático quando houve relato de corrimento uretral, de acordo com a abordagem sintomática estabelecida pelo Ministério da Saúde-Brasil[8]. O tratamento instituído em todos os casos foi de 1 grama de azitromicina e 500 miligramas de ciprofloxacina (ambos em dose única).

Os espécimes clínicos para a pesquisa de *N. gonorrhoeae* e de *C. trachomatis* foram swab uretral (se houvesse corri-

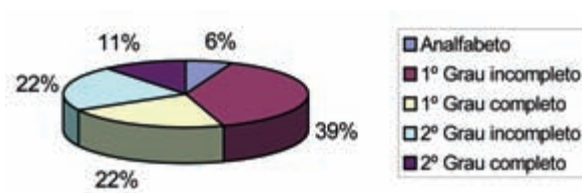


Figura 1. Pacientes quanto ao grau de escolaridade.

mento uretral) ou primeiro jato de urina (se não houvesse corrimento uretral), empregando os métodos: bacterioscopia pelo Gram, cultura em meio de Thayer-Martin (Merck®, Darmstadt, Alemanha) e LCR (Ligase Chain Reaction-Abbott®, Illinois, EUA). Amostras de sangue foram coletadas para as sorologias: VDRL (Laborclin®, Pinhais, Brasil); TPHA (bioMérieux®, Rio de Janeiro, Brasil); HBs Ag e anti-HBc total (bioMérieux®, Marcy l'Etoile, França); e sorologias anti-HIV (de acordo com o algoritmo do Ministério da Saúde-Brasil)[8].

O presente estudo seguiu as considerações éticas necessárias a sua execução.

## Resultados

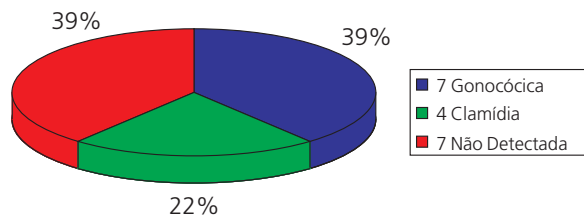
Foram incluídos 18 pacientes neste estudo, de acordo com os critérios anteriormente descritos. Os pacientes foram categorizados quanto à cor em dois grupos: brancos 33% (n = 6) e não brancos 67% (n = 12). As faixas etárias foram divididas pela média das idades encontradas, sendo vistos 50% dos pacientes com 18 a 25 anos e 50% deles com mais de 25 anos. Quanto ao estado civil dos participantes 72% (n = 13) declararam serem solteiros.

Foi constatado que 78% dos pacientes tiveram início das atividades sexuais com 15 anos ou menos, com 22% deles iniciando suas práticas sexuais tendo mais de 15 anos de idade. Nenhum deles relatou ser usuário de drogas ilícitas, bem como fazer uso regular do preservativo, e 17 referiram sua orientação sexual como heterossexual.

Com relação ao grau de escolaridade da população estudada, verificamos os percentuais descritos na Figura 1, não sendo observado pacientes com nível superior.

Quanto à etiologia dos 18 casos de uretrites estudados, quando pesquisamos pelo método da LCR as duas bactérias mais comuns, encontramos os percentuais descritos na Figura 2. Os 39% de pacientes com diagnóstico laboratorial negativo pela LCR provavelmente se devem a outros agentes (*Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis* e outros, que não são isolados por este método) visto a grande especificidade apresentada pela LCR. Associação entre as duas bactérias em um mesmo paciente foi encontrada em 5,5% dos pacientes.

Durante a apresentação dos pacientes (1ª consulta),



**Figura 2.** Etiologia das uretrites pela Ligase Chain Reaction.

considerando-se apenas as manifestações clínicas mais comumente encontradas (no caso: corrimto uretral, disúria, polaciúria), verificamos a distribuição descrita na Tabela 1. Houve 9 pacientes que apresentaram duas destas queixas ao mesmo tempo, e 4 pacientes que apresentaram estas três manifestações clínicas ao mesmo tempo.

Ao exame físico encontramos 61% dos pacientes com corrimto uretral (apesar de esta ser a queixa relatada por 83% deles) e 61% com gânglios inguinais, sendo que em 39% foram detectados estes dois sinais. Houve 39% de indivíduos sem corrimto uretral na apresentação. Dos pacientes que apresentaram corrimto uretral observou-se, quanto aos aspectos dos mesmos, que 55% eram purulentos e 45% eram não purulentos.

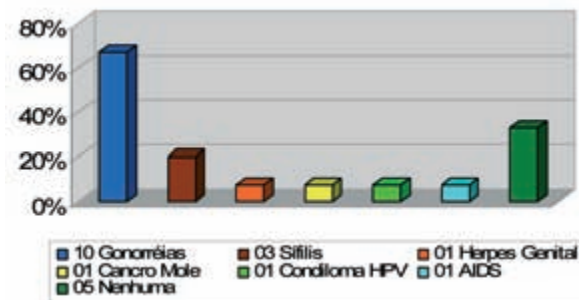
Na anamnese, quando se perguntava sobre a presença de DSTs anteriores, ou mesmo durante o exame físico dermatológico, encontramos as seguintes doenças: gonorréia (n = 10), cancro mole (n = 1), condiloma-HPV (n = 1), aids (n = 1) e herpes genital (n = 1).

Analisando os resultados dos exames complementares envolvidos neste estudo, para o diagnóstico laboratorial de outras DSTs, encontramos a freqüência distribuída na Tabela 2. O VDRL foi reagente em 18% dos pacientes, sendo os mesmos confirmados com TPHA. Nenhum dos pesquisados pela sorologia anti-HIV ou pelas sorologias para hepatite B (HBs Ag e anti-HBc total) revelou positividade.

Com estes 3 casos de sífilis agora diagnosticados, a presença de indivíduos com DSTs prévias (que não as uretrites a serem diagnosticadas quando da procura por nosso serviço) aumenta e passa a ser de 83%, sendo que agora 67%

**Tabela 1.** Manifestações clínicas mais encontradas na apresentação dos pacientes com uretrites

Clínica	Total	%
Corrimto uretral	15	83,0
Disúria	10	55,5
Polaciúria	05	28,0



**Figura 3.** Quanto à presença de outras DSTs após a 1ª consulta.

desses pacientes são de gonorréia. Em 28% dos indivíduos pesquisados não houve relato de DST anterior. Esta distribuição pode ser visualizada na Figura 3.

Quanto ao número de parceiros envolvidos no último ano, verificou-se que 17% dos pacientes relataram ter somente 1 parceiro e que 50% relataram ter mais de 3 parceiros no último ano. Dos 11 pacientes com uretrite diagnosticada laboratorialmente, 73% deles afirmaram ter mais de 1 parceiro sexual.

Constatamos que houve cura clínica em menos de 4 dias após o início do tratamento em todos os pacientes pesquisados.

## Discussão

Nesta pesquisa verificamos que a maioria dos participantes tinham somente o 1º grau incompleto (39%), em uma proporção equivalente a que foi verificada por Camarte et al. correspondendo a 56% dos pacientes[9]. Os pacientes em sua maior parte já revelavam alguma DST anteriormente ou concomitante com a uretrite de apresentação (83%) sendo a gonorréia a mais relatada delas (67%).

Quanto à freqüência das bactérias, nossa casuística foi diferente do estudo de Damasco et al. no Rio de Janeiro, pois enquanto encontramos mais casos de *N. gonorrhoeae* (39%), aquele encontrou maior número de *C. trachomatis* (39%)[10]. Todavia tanto os 39% de casos de *N. gonorrhoeae* como os 22% de *C. trachomatis* encontradas em nossa população, estão dentro das amplas faixas de prevalências verificadas na literatura, que vão de 9,2% a 34% para *N. gonorrhoeae*[9,11-13], e de 7,5% a 36% para *C. trachomatis*[6,11-14].

Com relação à cor, constatamos a maioria de 67% de pacientes categorizados como não-brancos. Em seu estudo, Mehta et al. encontraram maior relação das uretrites com os negros, com OR de 4,57 (IC 95%: 0,61-34,0)[15].

Constatamos que, apesar de 83% dos pacientes se queixarem de corrimto uretral, apenas 61% deles apresentavam este sinal ao exame físico. O aspecto purulento do corrimto foi encontrado em somente 55% dos casos.

**Tabela 2.** Diagnóstico laboratorial de outras DSTs pesquisadas

Exame (n)	Positivo	Negativo
Anti-HIV[15]	0 (0%)	15 (100%)
Sorologias HBV[12]	0 (0%)	12 (100%)
TPHA[16]	03 (19%)	13 (81%)
VDRL[17]	03 (18%)*	14 (82)**

\* Reagentes. \*\* Não reagentes.

Em 3 pacientes foi diagnosticada sífilis pelo VDRL com posterior confirmação pelo TPHA. Já o teste anti-HIV foi aplicado em 15 pacientes e em nenhum deles houve positividade. Em um estudo feito por Malkin et al. em 480 pacientes assintomáticos, utilizando PCR para verificar a prevalência de *C. trachomatis*, foram encontrados apenas 3 pacientes com sorologia positiva para HIV[16]. Visto que a associação de mais de uma DST é muito freqüente, o Ministério da Saúde-Brasil sugere que o VDRL deva ser feito rotineiramente nesses pacientes, e o teste para detecção dos anticorpos anti-HIV também deverá ser oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste[8].

Em 12 pacientes foram pesquisados os marcadores sorológicos para hepatite B (HbsAg e anti-HBc Total) e nenhum deles foi positivo. Oliveira et al. em seu setor de DST encontraram em 440 pacientes (entre homens e mulheres) uma prevalência de 13% de indivíduos com anti-HBc posi-

tivo, e sugerem que indivíduos atendidos em serviços de DST sejam testados para hepatite B e que os casos negativos sejam aconselhados à vacinação[17].

Verificamos que, mesmo quando os pacientes não apresentavam todos os comemorativos característicos das uretrites e com o diagnóstico laboratorial não fazendo o isolamento das bactérias em 39% dos casos nesta população, ainda assim houve melhora clínica em menos de 4 dias em todos os pacientes, o que também favoreceu o diagnóstico da uretrite.

Foi verificado que 78% dos pacientes consultados tiveram seu início das atividades sexuais com 15 anos ou menos. Evans et al. mostraram grande relação entre as taxas de uretrites com o início mais jovem das atividades sexuais, quando com menores de 16 anos (OR = 50)[18]. A observação de precocidade no início das relações sexuais torna indispensável a necessidade do investimento social e acadêmico na apresentação e esclarecimento das DSTs/aids, envolvendo educação sexual nas escolas e nos domicílios com ênfase à prevenção.

Verificamos que os dados clínicos dos pacientes são às vezes inespecíficos para o diagnóstico etiológico das uretrites. Sendo assim, ainda que o diagnóstico laboratorial seja negativo, consideramos que o tratamento do corrimento uretral deverá ser sintomático para interromper a cadeia de transmissão de forma mais efetiva e imediata possível.

## Referências

- Santos Júnior MFG, Siqueira LFG. Gonorréia. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infecologia. São Paulo: Atheneu. 1997:1459-64.
- Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis-Módulos 1,2 e 3. Coordenação Nacional de DSTs e AIDS - Ministério da Saúde-Brasil. Outubro 2000.
- Francisco W. Gonococcias e clamídias. In: Ferreira AW, Ávila SLM. Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001:169-176.
- Collis TK, Celum CL. The clinical manifestations and treatment of sexually transmitted diseases in human immunodeficiency virus-positive men. *Clin Infect Dis* 2001;32:611-22.
- Girardet RG, McClain N, Lahoti S, Cheung K, Hartwell B, Mcneese M. Comparison of the urine-based Ligase Chain Reaction test to culture for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in pediatric sexual abuse victims. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:144-7.
- De Barbeyrac B, Rodríguez P, Dutilh B, Le Roux P, Bébear C. Detection of *Chlamydia trachomatis* by Ligase Chain Reaction compared with Polymerase Chain Reaction and cell culture in urogenital specimens. *Genitourin Med* 1995;71:382-6.
- Shattock RM, Patrizio C, Simmonds P, Sutherland S. Detection of *Chlamydia trachomatis* in genital swabs: comparison of commercial and in house amplification methods with culture. *Sex Transm Inf* 1998;74:289-93.
- Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Coordenação Nacional de DSTs/AIDS-Brasil, 1999.
- Camarte EM. Uretrite gonocócica em pacientes masculinos do setor de DSTs-UFF. *J Bras Doenças Sex Transm* 2000;12:17-30.
- Damasco PV. Prevalência de infecção uretral por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em homens com uretrite atendidos no HCPM - Rio [Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
- Ratelle S, Yokoe D, Whelan M, Tang Y, Platt R, Blair R, et al. Management of urethritis in Health Maintenance Organization members receiving care at a multispecialty group practice in Massachusetts. *Sex Transm Dis* 2001;28:232-5.
- Agacifidan A, Moncada J, Aydin D, Onel M, Alp T, Isik N, et al. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in Turkey among men with urethritis. *Sex Transm Dis* 2001;28:630-2.
- McKee Jr. KT, Jenkins P, Garner R, Jenkins RA, Nannis ED, Hoffman IF, et al. Features of urethritis in a cohort of male soldiers. *Clin Infect Dis* 2000;30:736-41.
- Lamba H, Davies JL, Murphy SM, Shafi Sex MS. Detection of chlamydia on meatal swabs. *Sex Transm Inf* 2001;77:224.
- Mehta SD, Rothman RE, Kelen GD, Quinn TC, Zenilman JM. Unsuspected gonorrhoea and chlamydia in patients of an urban adult emergency department. *Sex Transm Dis* 2001;28:33-9.
- Malkin JE, Prazuck T, Bogard M, Bianchi A, Cessot G, De Fanti AS, et al. Screening of *Chlamydia trachomatis* genital infection in a young Parisian population. *Sex Transm Inf* 1999;75:188-9.
- Oliveira LHS, Silva IR, Almeida NK, Xavier BLS, Cavalcanti SMB. Infecção por hepatite B em pacientes atendidos no setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. *J Bras Doenças Sex Transm* 1999;11:27-30.
- Evans B, Bond R, MacRae K. Rates of gonorrhoeae and chlamydia in black ethnic groups. *Sex Transm Inf* 2001;77:390-1.