

M
237

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

"URETRITE POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS"

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

CESAR PALIARI

TARCÍSIO CROCOMO

Doutorandos da 12ª fase do curso de
graduação em Medicina.

Florianópolis, julho de 1985.

RESUMO

Os autores realizaram um estudo de revisão bibliográfica sobre o assunto Uretrite por *Chlamydia trachomatis*, que se distribui nos seguintes tópicos: Incidência, Microbiologia, Clínica da Uretrite, Outras infecções por *Chlamydia*, Diagnóstico, Tratamento e Complicações.

Os dados foram obtidos de 39 referências bibliográficas.

O tema tem interesse, devido à sua alta incidência nos dias atuais, e pela dificuldade de elucidação diagnóstica, principalmente no que diz respeito ao custo laboratorial em estudos de grandes populações.

ÍNDICE

Resumo.....	02
Introdução.....	04
Incidência.....	05
Microbiologia.....	07
Clínica da Uretrite.....	10
Outras Infecções por Chlamydias.....	12
Diagnóstico.....	16
Tratamento.....	19
Complicações.....	23
Conclusão.....	24
Referências Bibliográficas.....	25

INTRODUÇÃO

A uretrite por *Chlamydia trachomatis* se inclui entre as uretrites não gonocócicas (UNG), as quais são estudadas desde 1.866 por Blochardt e chamadas na ocasião de uretrites assépticas por Guiard, pelos resultados negativos em exames diretos. Em 1.901 foram denominadas de uretrites amicrobianas por Welsh (30). A primeira coleta de *C. trachomatis* do trato genital foi realizada em 1.959 do cervix de mães com filhos portadores de Cftalmia Neonatorum (3).

Essa patologia classifica-se entre as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e tem sido alvo de preocupação para os estudiosos das áreas de venereologia e saúde pública. Estudos recentes revelam alta incidência da doença. Alguns relatam em torno de 3 milhões de casos novos nos E.U.A., de doenças causadas pela *C. trachomatis* incluindo entre elas as uretrites (26,39). Em 1984, Richard Morisset, presidente do Congresso Internacional sobre DST, revelou que a cada dez segundos alguém contrai uma das DST. Essa taxa se eleva a cada dia, devido a modificação dos costumes de vida e valores morais como: início sexual precoce, relações sexuais estáveis cada vez mais postergadas, aceitação passiva da promiscuidade, homossexualismo absorvido como estilo de vida além do aumento da população com elevação do número de relações sexuais (20).

Soma-se a essas preocupações o fato dessa infecção passar desapercibida, pela pobreza de sua clínica ou mesmo pelo fato de ser frequentemente assintomática.

No Brasil o problema se intensifica, pela falta de controle das DST.

INCIDÊNCIA

A incidência de infecções uretrais por *C. trachomatis*, tem se mostrado crescente. Algumas pesquisas estatísticas revelam ser este microorganismo o responsável por 30 a 70% das UNG. A frequência desta patologia concorre com a uretrite gonocócica (UG) em números próximos e até mesmo superiores, tornando-a a DST mais comum (11, 22).

Essa alta incidência tem sido demonstrada principalmente em países desenvolvidos como os europeus e os EUA, onde há relatos de até 3 milhões de casos novos ao ano de DST por *C. trachomatis*, sem levar em consideração a sua sintomatologia similar as outras patologias venéreas, infecções assintomáticas, simultaneidade com outros agentes e casos não relatados (1,3, 4, 15, 16, 17, 26, 28, 30).

No Brasil, os estudos revelam ser o gonococo o agente mais comum das uretrites, com um milhão de casos novos por ano, número este seguido de perto pela uretrite por *C. trachomatis* (5, 15).

A doença acomete mais os adultos, entre as idades de 16 a 28 anos, solteiros, divorciados, brancos, bom nível sócio-econômico e heterossexuais.

A incidência tem aumentado por alguns fatores: como: liberação sexual, uso de contraceptivos orais, maior número de parceiros e contatos sexuais. Em contrapartida o relacionamento estável, monogâmico e outros métodos contraceptivos como o condôm, diafragma e agentes espermicidas, determinam um menor número de infecções (6, 10, 16, 22, 32, 33).

Entre mulheres com dois ou mais contatos sexuais ocorridos eventualmente, a frequência de *C. trachomatis* foi de 38%. Naquelas que admitiram contato sexual nos meses precedente o achado foi de 3% (21). Outros estudos realizados entre homens assintomáticos mostram que a ocorrência de *C. trachomatis* na uretra varia entre 7 a 10%, o que faz permanecer a questão de sua patogenicidade e/ou a participação deste microorganismo da flora normal da uretra. Deve ser dada atenção para a extensão e epidemiologia significativa do reservatório assintomático de *C. trachomatis* em homens sexualmente ativos (10, 17, 22, 24).

A associação de UG com *C. trachomatis* varia entre 22 a 78%. A incidência de *C. trachomatis* causando infecções uretrais pós gonocócicas (UPG) varia de 25 a 75%, principalmente naquelas inicialmente tratadas com penicilina (3, 4, 15, 20, 26).

Entre outros agentes causadores de UNG temos: *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, Herpes simples genital, *Candida albicans*, as enterobactérias e bactérias anaeróbias, além de outras (15, 17, 22, 26).

MICROBIOLOGIA

As Chlamydias são organismos intracelulares obrigatórios, cocóides, imóveis e que se multiplicam exclusivamente no citoplasma dos hospedeiros (4, 6, 16, 19, 26).

No passado eram consideradas como vírus pelas seguintes características: incapacidade de síntese energética, impossibilidade de sobrevivência extracelular, pequeno tamanho e incapacidade de crescimento em meio de cultura. Hoje porém, esse conceito não é mais aceito, pois o germe tem característica mais semelhante às bactérias e são consideradas como tal por alguns autores. Estas características são: capacidade de síntese proteica, parede celular particularmente semelhante as bactérias gram negativas, sensibilidades aos antibióticos, contêm ácidos nucleicos e se reproduzem por bipartição (4, 6, 16, 19, 26). Podem ser consideradas bactérias que perderam a sua capacidade de produção energética o que as obriga à sobrevivência intracelular (16) e definitivamente não são vírus (26).

As Chlamydias possuem uma seqüência incomum de eventos na sua reprodução, apresentando-se morfologicamente através dos corpúsculos elementar, reticular e de inclusão. O seu ciclo vital desenvolve-se da seguinte maneira: a partícula elementar ou infectante, com nucléolo mais denso, com parede mais rígida, para maior resistência extracelular, é fagocitada pela célula do hospedeiro, formando-se um vacúolo, onde a partícula aumenta de volume passando a ser cha-

mado de corpúsculo inicial ou reticular. Este apresenta nucléolo difuso e parede fina. A partir dessa fase há reprodução binária sucessivas até a formação do corpúsculo de in - clusão, o qual libera novos corpúsculos infectantes. Este processo ocorre entre 24 e 72 horas (3, 4, 16, 26).

Entre suas características químicas e físicas as Chlamydias tem alto teor lipídico, parede celular também rica em gordura e mucopeptídeos, são sensíveis ao calor, perdem totalmente seu poder infectante após 10 minutos a 60°C, resistem 24 horas a 4°C, mantem-se por vários anos a temperatura entre -50, a -70°C, e são inativadas pelo éter em 30 minutos ou em fenol por 24 horas (3, 4, 16).

As Chlamydias possuem ainda propriedades tinto - riais distintas. Os corpúsculos elementares coram-se em púrpura pelo método Giemsa e em vermelho pelo Machiavello, em contraste com o azul do citoplasma da célula do hospedeiro. Em relação ao Gram, o seu uso é inútil, pois é negativo ou variável. As inclusões coram-se em púrpura escura pelo Giemsa e em marrom pelo lugol.

Esses microorganismos têm dois antígenos prova - velmente localizados na parede celular, que são complexos lipoproteína-carboidrato, termoestáveis. Os anticorpos contra estes antígenos podem ser detectados através da reação de fixação de complemento ou imunofluorescência.(16).

O gênero Chlamydia apresenta 2 espécies: psittacci, que é responsável por doenças em aves e ocasio - nalmente transmitidas aos homens; e trachomatis, causadora de patologias diversas nos homens, possuindo quinze imunoti

pos já identificados (A, B, Bc, C, D, E, F, G, H, I, J, K, Ll, L2, L3). Os efeitos tóxicos da *C. trachomatis* estão as sociados aos antígenos. Estes germes crescem em cultura de células e meios especiais. Estas células têm sítios receptores para clamídias. A remoção destes sítios impedem sua multiplicação. O hospedeiro infectado produz anticorpos , que produzem pequeno efeito protetor. O agente infeccioso ' persiste na presença do aumento dos títulos de anticorpos. A infecção primária não dá imunidade (4, 6, 16, 19, 26).

CLÍNICA DA URETRITE

A uretrite causada pela *C. trachomatis* se inclui dentro daquelas ditas como: uretrite não gonocócica (UNG) e uretrite pós gonocócica (UPG).

As UNG apresentam etiologia variada contudo, a clínica é semelhante e compreende: disúria discreta; hipere-mia do meato uretral; prurido ou fígada ao longo da uretra; polaciúria; exsudato uretral escasso na maioria das vezes , mucóide e esbranquiçado, por vezes purulento, que pode manchar a roupa ou ser notado em meato uretral antes da primeira micção matutina (10, 15, 16, 22, 26, 30, 32). Frequentemente a UNG pode apresentar-se assintomática (6, 10). Existe uma característica biológica que dá o equilíbrio entre o hospedeiro e o parasita, resultando na infecção subclínica e prolongada (6, 16). Em estudo realizado nos EUA, 25% dos pacientes com uretrites por *C. trachomatis* eram assintomáticos, podendo levar infecção aos seus parceiros. Justifica-se assim a pesquisa laboratorial em grupos de alto risco (33).

O período de incubação varia em média de uma a três semanas segundo os diversos autores (4, 15, 22, 30).

Estabelecer o início da doença é difícil, quer pelo longo período de incubação, ou pelo fato dos sintomas serem discretos (15). Geralmente há dificuldade de estabelecer a data do contágio, principalmente quando existe múltiplos parceiros (30).

A transmissão não está relacionada somente ao contato sexual. Pode estar associada à infecção bacteriana do trato urinário, às prostatites bacterianas, estenose uretral ou instrumentação cirúrgica (22). Comporta-se como uma

infecção venérea; contamina o epitélio cilíndrico cervical e mucosa uretral na mulher, e o epitélio uretral no homem ' (3).

Os pacientes com UG, tratados devidamente, podem apresentar, uma a três semanas após o tratamento, exsudato uretral esbranquiçado e escasso. A este achado denomina-se UPG no qual, em 50% dos casos a *C. trachomatis* é o agente etiológico (15).

É importante estabelecer: período entre o contato sexual suspeito e o aparecimento dos sintomas; história sexual do indivíduo, tentando estabelecer a cadeia epidemiológica e investigar doenças sexualmente transmissíveis no passado e seu tratamento (15).

OUTRAS INFECÇÕES POR CHLAMYDIAS ¹

PSITACOSE (Ornitose)

Causada pela *C. psittacci*, acomete as aves e eventualmente o homem, onde se manifesta com sintomas de infecção respiratória. Quando o tratamento é inadequado, pode levar a lesões graves e até mesmo a sepsis e óbito. O tratamento de escolha é a tetraciclina (16, 26).

TRACOMA

É uma ceratoconjuntivite que compromete a pálpebra superior, sendo progressiva, podendo levar a cegueira. (4).

Considerada a maior causa de cegueira do mundo, principalmente em países subdesenvolvidos da África, Ásia e Mediterrâneo (4, 6, 12, 13).

O tratamento é através de antibioticoterapia, sendo que medidas profiláticas de higiene e saneamento básico diminuem a sua incidência (6, 16).

CONJUNTIVITE DE INCLUSÃO

Acomete principalmente a pálpebra inferior dando uma conjuntivite purulenta. No adulto a transmissão é por auto inoculação de secreções genitais. O neonato adquire através da passagem pelo canal de parto infectado (3, 4, 16, 26).

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

É uma DST de maior incidência em clima quente, baixo nível sócio econômico e em homossexuais. Determina lesão primária sob a forma de pápulas em órgãos genitais com

o estágio seguinte atingindo os gânglios inguinais, provocando uma adenite supurativa, que por difusão linfática promove febre, erupções, adenopatia e estenose genito-ano-retal (4, 24, 26).

CERVICITES

Acometem a mucosa endocervical, e raramente a ecto e vagina (4).

Os sintomas mais frequentes foram o corrimento vaginal (muco purulento) isolado ou associado a prurido e/ou dor em baixo ventre (3, 4, 8).

Estudos de pacientes com cervicites que tiveram contato com portadores de uretrites não gonocócica, revelaram a incidência de *C. trachomatis* em 35 a 63%. Dos 35%, 19% apresentaram ectopia hipertrófica e 37% secreção muco purulenta. A associação de ectopia e uso de anticoncepcional oral produziu um aumento significativo no achado da *C. trachomatis*, o que não ocorreu quando um dos fatores se encontra isolado (3, 36).

O tratamento pode ser efetuado com anfotericina B mais tetraciclina e eletrocautério frio para as mulheres, e tetraciclina oral para os parceiros sexuais (3).

É bastante discutível a importância da *C. trachomatis* nas leucorréias, pois não existe um quadro clínico característico e a incidência da leucorréia é a mesma de portadores ou não de *C. trachomatis* (11).

SALPINGITES

Podem ser assintomáticas. Geralmente são precedidas por afecção do trato genital inferior, tendo com consequência uma doença inflamatória pélvica (DIP), que pode acarretar infertilidade de origem tubária. Há relação nos casos

laboratoriais de anticorpos positivos para *C. trachomatis* e uso de Dispositivo Intra Uterino e infertilidade em mulheres (5, 9, 14).

PROCTITE

O primeiro sinal objetivo de LGV é a proctite, que ocorre principalmente em homossexuais.

O diagnóstico é conseguido por isolamento da *C. trachomatis* da via retal.

O tratamento é a base de tetraciclina (4, 25).

PNEUMONIA

Ocorre mais em recém nascidos com sintomatologia respiratória (4). Em estudo realizado foi obtido do trato respiratório inferior em pacientes com infecção pulmonar o microorganismo *C. trachomatis* (35).

SÍNDROME CURTIS FITZ HUGH

Estudo de mulheres com dor abdominal em quadrante superior direito, sem comprometimento do sistema biliar e história anterior de DIP, onde o diagnóstico da síndrome foi confirmado por laparoscopia. Através da microimunofluorescência no soro identificou-se anticorpo tipo específico Ig G e IgM contra *C. trachomatis* sorotipos D, K. Em secreção cervical e uretral e aspirado peritoneal identificou-se Anticorpos tipo específico Ig G e Ig A. Altos títulos de Ig G ou Ig M no soro, ou Ig G ou Ig A nas secreções sugerem que a *C. trachomatis* seja a causadora da síndrome (12).

SÍNDROME DE REITER

Desconhece-se a forma como a *C. trachomatis* desencadeia a Síndrome de Reiter ou mesmo se causa a doença. Em estudos realizados foi isolada na secreção uretral de 35% dos pacientes. Em torno de 70% dos portadores da síndrome encontrou-se anticorpos para a *Chlamydia* (2, 12).

DIAGNÓSTICO

No diagnóstico das uretrites não gonocócicas é obrigatório a realização de anamnese e exame físico detalhados. A princípio exclui-se laboratorialmente o gonococo, herpes, trichomonas e candida, para a partir daí pesquisar outros agentes, como a *C. trachomatis* (3, 10, 22, 26, 32).

Inicialmente se inclui nesta pesquisa laboratorial os seguintes exames: método direto pelo Gram, que para as UNG, demonstrará ausência de diplococo Gram negativo, *Candida albicans* e *Trichomonas vaginalis*; na cultura específica para *Neisseria gonorrhoeae* não haverá crescimento bacteriano; a microscopia em aumento de 400 vezes de secreção uretral ou mesmo raspado uretral de pacientes assintomáticos com presença de 4, 5 ou mais leucócitos polimorfonucleares (PMN) por campo é sugestivo de inflamação uretral por *C. trachomatis*. A ausência de leucócitos não descarta a presença do microorganismo (3, 10, 17, 22, 26, 30, 33, 34).

Nos casos de forte suspeita de UG com cultura inicial negativa, pode-se usar cultura em meio "Cidade Nova York", que parece ser de melhor qualidade do que o meio Tayer-Martin e Martin e Lewis (17).

Outro método que pode ser utilizado é a cultura do sedimento urinário, que não tem demonstrado boa eficácia em estudos comparativos realizados com cultura de secreção uretral (18).

Métodos Específicos para *C. trachomatis*

- Isolamento do Agente em Cultura em Células de McCoy:

É um meio realmente confiável (20, 26). Através de raspados de células epiteliais de uretra, colo de útero, vagina ou conjuntivas e biópsia de trompas ou epidídimos podem ser inoculados em cultura de células químicamente tratadas para crescimento de *C. trachomatis* (16, 17).

Microscópicamente em coloração por Iodo, determina uma visualização rápida do corpo de inclusão (não se vê o corpúsculo infectante), e pelo Giemsa provoca uma coloração permanente com visualização do corpo de inclusão (4).

A confirmação pode ser feita com anticorpos policlonais que é um método específico, onde a especificidade varia de acordo com o lote. Também se visualiza o corpo de inclusão (4.).

- Confirmação por Sorologia:

É uma técnica de fixação de complemento, sendo utilizada para a Psitacose e LGV. Pode provocar uma reação cruzada. A investigação sorológica não comprovou ser a *C. trachomatis* agente da UNG, porém sugere isto. Os anticorpos séricos em títulos altos são mais comuns em infecções genitais do que nas oculares, ocorrendo durante e após a infecção aguda (4, 10, 16).

- Diagnóstico Direto por Imunofluorescência:

Utiliza-se anticorpos monoclonais marcados com fluoresceína, detectando *C. trachomatis* em amostra direta de secreção de uretra e cervix. É específico para 15 so tipos, não necessitando de cultura. O resultado pode ser considerado positivo, se em toda área demarcada da lâmina, for encontrado 10 ou mais corpúsculos elementares caracte-

rísticos (infectantes) (4, 37).

Em estudo comparativos entre métodos convencionais para isolar *C. trachomatis* (Giemsa) com o método de confirmação de cultura por anticorpos monoclonais, não se detectou-se diferença por confirmação da presença de corpos de inclusão, no entanto o método de detecção de corpos elementares através dos anticorpos monoclonais, apresentou maior eficácia, sensibilidade e rapidez que o método convencional (37, 38).

Outro estudo comparativo para detecção de *C. trachomatis* com utilização de anticorpos monoclonais no esfregaço uretral e sedimento urinário em relação à cultura de secreção uretral, mostrou desvantagens da cultura por ser mais trabalhosa, demorada e custosa (27).

Seguindo uma rotina, que poderá levar a caminhos inconclusivos, convém pensar em outros agentes, como Urea-plasma urealyticum (17).

TRATAMENTO

As infecções por *C. trachomatis* podem levar a complicações irreversíveis, devendo ser tratadas tão logo sejam diagnosticadas, porém como é difícil a confirmação laboratorial por deficiências técnicas, o tratamento geralmente se torna empírico (26).

A reduplicação das *C. trachomatis* podem ser inibidas por muitas drogas antibacterianas. Os inibidores da parede celular, penicilina e cicloserina, alteram a sua morfologia, mas não são eficazes na doença clínica. Os inibidores da síntese proteica, tetraciclina e eritromicina, são eficazes em modelos animais e geralmente em infecções clínicas. Algumas Chlamydias sintetizam folato, sendo sensíveis a inibição por sulfonamidas. Os aminoglicosídeos produzem atividade inibitória mínima sobre as Chlamydias(16).

É consenso o uso da tetraciclina como droga de escolha (4, 6, 7, 10, 16, 20, 26, 29, 30, 31, 32).

Tetraciclina e Seus Derivados

- Tetraciclina tamponada com fosfato:

É a droga que reúne melhores condições terapêuticas com menores efeitos colaterais. Apresenta boa absorção gastrointestinal e recuperação urinária alta, de fundamental importância para a cura das infecções urogenitais. A dosagem de tetraciclina varia de 1 a 2 gramas por dia, divididas em quatro doses, no período de 7 a 15 dias (4, 6, 30, 31)

Alguns autores associam tetraciclina e metronidazol para atingir germes anaeróbios e *Trichomonas* (10).

- Doxiciclina e Minociclina:

Têm maior absorção gastrintestinal, ligação proteica elevada, com níveis séricos e recuperação urinária mais baixa que a tetraciclina tamponada com fosfato, tendo menor atividade terapêutica (26).

Doxiciclina, 100 mg, duas vezes por dia por quinze dias, promove índice de 70% de cura (31). Outros autores preconizam 100 mg, quatro vezes ao dia por sete dias, podendo prolongar-se por dez dias nos casos de epididimites e salpingites.(4, 6).

Minociclina na dose de 200 mg por dia por quatorze dias, determina 90% de sucesso terapêutico (10). Apresenta ototoxicidade como efeito colateral (26).

- Oxitetraciclina:

Sua atividade terapêutica fica sensivelmente prejudicada face a baixa absorção intestinal e ao reduzido nível sérico, além de induzir distúrbios de intolerância. A dose utilizada é de 200 mg por dia por 14 dias.(10, 26).

Apesar da eficácia da tetraciclina e seus derivados, o seu uso por períodos prolongados pode eliminar os agentes do hospedeiro infectado. O tratamento sendo tardio e em doses inadequadas suprime a doença, porém permite a persistência do agente infectante nos tecidos. Da mesma forma o tratamento incompleto dá uma melhora clínica, mas não há cura, promovendo recidivas freqüentes em semanas ou meses(16).

A administração não deve ser feita com leite, pois o cálcio se une a tetraciclina, diminuindo a absorção intestinal (10).

Eritromicina

É a segunda droga de escolha, sendo a alternativa para as gestantes na dose de 250 mg, quatro vezes ao dia por 7 a 14 dias. Em outros casos a dose utilizada é de 500 mg, quatro vezes ao dia por 7 dias ou 250 mg, quatro vezes ao dia por 10 a 15 dias. Há certos grupos que adquirem resistência a eritromicina (4, 6, 31).

Penicilinas

Estas apresentam alguma atividade quando usadas em doses múltiplas, porém não erradicam a *C. trachomatis*(6).

Sabe-se que as uretrites podem ser polimicrobianas e na tentativa de atingir os possíveis agentes, e principalmente a *Neisseria gonorrhoeae*, preconiza-se o uso de derivados penicilâmicos, que poderiam deixar como seqüela uma UPG por *C. trachomatis* (26).

Sulfonamidas

As *C. trachomatis* apresentam sensibilidade a estas drogas, podendo ser um meio alternativo para tratamento das uretrites inespecíficas e fazem parte do tratamento do tracoma, LGV e conjuntivite de inclusão (10, 29).

Alguns autores realizaram estudo comparativo com placebo e sulfadiazina associado a trimetoprim, obtendo-se resultados superiores ao placebo em afecções genitais (23).

Outras Drogas

Cloranfenicol, Rifampicina e Macrolídeos podem ser utilizados (6, 29).

Aminoglicosídeos, Imidazole e Cefalosporinas têm atividade mínima no combate a *C. trachomatis* (6).

De uma forma geral o tratamento consiste em administrar doses adequadas, tratamento para outras causas de uretrites e do parceiro sexual. É importante o tratamento do parceiro sexual, pois apresentam 30 a 70% de colonização genital, podendo haver reinfecção se não tratados (4, 6, 10, 16, 31, 32).

As vacinas inativadas ou vivas, tanto em homens como em animais, não conferem proteção contra infecção, podem induzir a resistência, resultando em acometimento mais brando após inoculação ou reinfecção (16).

COMPLICAÇÕES

Em decorrências das uretrites das UNG constata-se as seguintes complicações: epididimites, estreitamento uretral, proctite, síndrome de reiter, que são pouco frequentes (22, 25).

Outras complicações são consequências da transmissão sexual da doença. Além da cervicite e salpingite anteriormente citadas, podem ocorrer: abortamento espontâneo, neonatalidade, prematuridade e baixo peso ao nascer, rotura precoce de membranas, corioamnionite, endometrite pós parto e oftalmia neonatorum (5).

CONCLUSÃO

A *Chlamydia trachomatis* se destaca como sendo um dos agentes mais comuns das DST, principalmente em países desenvolvidos. Esta bactéria causa 30 a 70% das uretrites não gonocócica, acometendo jovens de vida sexual ativa, brancos, solteiros, divorciados, de bom nível social e heterossexuais.

A uretrite por *C. trachomatis*, têm uma clínica variada, desde uma queixa de discreta disúria até descarga uretral evidente. É importante salientar a frequência considerável de pacientes assintomáticos.

O diagnóstico da doença, tem sido sem dúvida, a maior dificuldade enfrentada pelas autoridades de venereologia e saúde pública. Entre os meios específicos, a cultura é demorada, trabalhosa e cara; outro método mais recentemente descoberto, o uso de anticorpos monoclonais marcados com fluoresceína. É eficaz, rápido, sendo porém caro.

O tratamento de escolha é a tetraciclina. Na maioria das vezes é realizado empiricamente, pelas dificuldades diagnósticas, sendo no entanto de fundamental importância para prevenir as complicações da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AARNAES, S.L. et alii. The effect of media and temperatura on the storage of Chlamydia trachomatis. Am. J. Clin. Pathol., 81 (2) : 237-9, Feb. 1984.
- 2 - AMOR, B. Chlamydia and Reiter's syndrome. Br. J. Rheumatol., 22 (suppl 2) : 156-60, 1983.
- 3 - BALOCCHI, G. & PINTO, P.L. A cura das cervicites crônicas vausadas por Chlamydia trachomatis, pelo método do cautério frio endocervical associado à aplicação de tetraciclina com anfotericina B por via vaginal. Rev. Bras. Clin. Terap., 13 (7) : 214-81, jul. 1984.
- 4 - BASTOS, J.A.L.T. & OLIVEIRA, S.S. Chlamydia trachomatis; básico 2 ed. s.l., DIAG. MERCK, 1985. 26 p. Trabalho datilografado.
- 5 - BELDA, W. Doenças sexualmente transmissíveis. Encarte do Jornal de Informações Urológicas. (16) : 16-7, fev 1985.
- 6 - BOWIE, W.R. Epidemiology and Therapy of Chlamydia trachomatis Infections. Drugs, 27 : 459-68, 1984.
- 7 - BRINGEL, P.J.P. Uretrites; diagnóstico e tratamento. In: Simpósio Internacional de Infecção Urinária. 2 ed. Rio de Janeiro, Laboratórios Lepetit, 1981. p.33-6.

- 8 - BRUNHAM, R.C. et alii. Mucopurulent cervicitis - the ignored counterpart in women of urethritis in men. The New England Journal of Medicine, 311 (1) : 01-6, 5. Jul. 1984.
- 9 - CONWAY, D. et alii. Chlamydial serology infertile and fertile women. Lancet, 1 (8370) : 191-3, 28. Jan. 1984.
- 10 - COUTINHO, A. & MATOS, H.F. Uretrite não gonocócica. / Ars Cyrenãdi : 99-101, set. 1982.
- 11 - CZERESNIA, C.E. Corrimento vaginal. Rev. Bras. Clin. Terap. 11, (8) : 579-88, ago. 1984.
- 12 - DAROUGAR, S. et alii. Chlamydia and Curtis-Fitz-Hugh ' syndrome. Br. J. Vener. Dis. (57) : 391-4, 1981.
- 13 - DIAZ, F. Infecciones por Chlamydia trachomatis. Ant. Med. Medellin, 30 (314) : 83-5, 1981.
- 14 - GUMP, D.W. et alii. Evidence of proc. pelvic inflammatory disease and its relationship to Chlamydia trachomatis antibody and intrauterine contraceptives device use in infertile women. Am. J. Obst. Gynecol., 146, (2) : 153-9, 1982.
- 15 - IGLESIAS, A.C.R.G & FINCO, P.L. Diagnóstico das uretrites. A Folha Médica, 86 (4) : 229-32, abr.1983.

- 16 - JAWETZ, E. et alii. Chlamídias. In: Microbiologia médica. 15 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p. 278-80, 283.
- 17 - MAGALHÃES, M. Aspectos laboratoriais das Uretrites Não Gonocócicas. Jornal de Antibioticoterapia Pfizer, 1 (5) : 2, mar./abr./mai. 1984.
- 18 - MAGALHÃES, P. et alii. Comparação entre swabs e sedimentos urinários no isolamento de agentes causais de uretrites. Rev. Bras. Patol. Clin., 18 (2) : 45-7, 1981.
- 19 - MIKAT, D.M. & MIKAT, K.W. Dicionário de bactérias, um guia para o médico. s.l., Lilly, 1981. p. 18.
- 20 - MISHRA B. et alii. A pilot study on tetracycline therapy in Chlamydial urethritis. Indian J. Med. Res.(79) 191-3, Feb. 1984.
- 21 - MUNDAY, P.E. et alii. Prevalence of Chlamydial Infections em promiscuous women. Br. J. Vener. Dis., 59: 103-4, 1983.
- 22 - ORIEL, J. Aspectos clínicos e classificação das uretrites não gonocócicas. Jornal de Antibioticoterapia Pfizer, 1 (5) : 2, mar/abr/mai. 1984.
- 23 - PAAVONEN, J. et alii. Treatment of nongonococcal urethritis with trimethoprim-sulphadiazine and with placebo. Br. J. Vener. Dis., 56 : 101-4, 1980.

- 24 - PODGORE, J.K. et alii. Assymptomatic urethral due to Chlamydia trachomatis in male U.S. Military Personnel. The Journal of infections Disease, 146 (6) : 828, Dec. 1982.
- 25 - QUINN, T.C. et alii The etiology of anorectal infections in homosexual men. The Am. Journal of Medicine, 71 : 395 - 406, Sep. 1981.
- 26 - RASSY, J.C. Chlamydia trachomatis; microbiologia, implicações clínicas e diagnósticas. A Folha Médica, 87 (3) : 163-7, set. 1983.
- 27 - RUIGS, G. et alii. Rapid detection with monoclonal / antibodies of Chlamydia trachomatis in urethral smears and urine sediments. Lancet, 1 (8383) : 960-1, Apr. 1984.
- 28 - SADECKY, E. et alii. Isolation of Chlamydia trachomatis from urethral scrapings of men. Acta Microbiologia Hungarica, 31 (2) : 85-90, 1984.
- 29 - SANDE, M.A. & MANDELL, G.C. Agentes Antimicrobianos. In: GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. As bases farmacológicas da terapêutica. 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Kocgan, 1982. v. 2, p. 957-1036.
- 30 - SERRUYA, J. Uretrites não gonocócicas. An. Bras. Dermatol., 27 (1) : 29-30, 1982.
- 31 - SROUGI, M. Tratamento das uretrites não gonocócicas. Jornal de Antibioticoterapia Pfizer, 1 (5) : 2, mar./abr./mai. 1984.

- 32 - SROUGI, M, & GOES, G. M. Urethritis. Rev. Bras. Clin. Terap., 12 (4) : 31-9, 1983.
- 33 - STAMM, W.E. et alii. Chlamydia trachomatis urethral / infections in men, prevalence, risk factors, and clinical manifestations. Annals of Internal Medicine, 100; (1) : 47-51, Jan. 1984.
- 34 - SWARTZ, S.L. & KRAUS, S.T. Persist urethral Leukocytosis and asymptomatic Chlamydial urethritis. The Journal of infectious Diseases, 140 (4) : 614-7, Oct. 1979.
- 35 - TACH, K.J. et alii. Isolation of Chlamydia trachomatis from the lower respiratory tracts of adults. Lancet, 1 : 116-20, 1980.
- 36 - TAIT, I.A. et alii. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. Br. J.Vener. Dis., 56 : 37-45, 1980.
- 37 - TAN. M.R. et alii. Culture- independent diagnosis of the using monoclonal antibodies. The New England Journal of Medicine, 310 (18) : 1146-50, May 1984.
- 38 - THOMAS, B.J. et alii. Sensitivity of detecting Chlamydia trachomatis elementary bodies in smears by use of a fluorescein labelled monoclonal antibody: comparison c/ conventional isolation. J. Clin. Pathol., 37 (7) : 812-6, 1984.
- 39 - WALLS, C. Chlamydia, the silent epidemic. Time : 411, 4, Feb. 1985.

**TCC
UFSC
CM
0237**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0237

Autor: Paleari, César

Título: Uretrite por chlamydia tracomati



972815255

Ac. 253425

Ex.1 UFSC BSCCSM