

## Proctites infecciosas: abordagem diagnóstica e terapêutica

### *Infectious proctitis: diagnostic and therapeutic approach*

Raquel Gonçalves<sup>1,2</sup>, Rosa Coelho<sup>1,2,3</sup>, Guilherme Macedo<sup>1,2,3</sup>

1. Departamento de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto
2. *World Gastroenterology Organization Training Center*, Porto
3. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

#### RESUMO

Nos últimos anos tem se verificado um aumento significativo das infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), sobretudo em grupos de risco como: homens que têm sexo com homens, doentes com infeção por vírus da imunodeficiência humana e em pessoas com múltiplos parceiros sexuais. As proctites infecciosas (PI), que são frequentemente causadas por agentes venéreos como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, Herpes simplex virus e *Treponema pallidum*, tem uma apresentação clínica e achados endoscópicos por vezes inespecíficos, tornando desafiante o seu diagnóstico diferencial com outras patologias. Contudo, um correto diagnóstico e tratamento é essencial para diminuir o risco de transmissão destas infeções e impedir complicações associadas. O tratamento empírico perante uma suspeita de PI pode ser considerado em casos graves, mas não está recomendado por rotina.

Nas presentes recomendações realiza-se uma abordagem sistemática e prática do manejo diagnóstico e terapêutico de um doente com suspeita de PI. Após o diagnóstico de uma PI é ainda fundamental o fornecimento ao doente de informações relativas à doença, de forma a diminuir a sua transmissibilidade, a realização do rastreio de outras ISTs, a notificação da doença no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, bem como a consideração de esquemas de vacinação.

#### ABSTRACT

*In recent years, there has been a significant increase in sexually transmitted infections (STIs), especially among high-risk groups such as men who have sex with men, individuals living with human immunodeficiency virus, and those with multiple sexual partners. Infectious proctitis (IP), which is often caused by venereal agents such as *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, Herpes simplex virus, and *Treponema pallidum*, can have clinical presentations and endoscopic findings that are sometimes nonspecific, making its differential diagnosis challenging. Empirical treatment may be considered in cases of IP with severe presentation, but it is not recommended as routine practice. Correct diagnosis and treatment of IP are essential to reduce the risk of transmission of these infections and prevent associated complications.*

*These recommendations provide a systematic and practical approach to the diagnostic and therapeutic management of a patient suspected of having IP. Following the diagnosis of IP, it is crucial to provide the patient with information about the disease to reduce its transmissibility, to conduct screening for other STIs, to report the case in the National Epidemiological Surveillance System and to consider some vaccination protocols.*

## INTRODUÇÃO

A proctite é definida como a inflamação dos 10-12 cm distais do reto e é uma causa frequente de procura de cuidados de saúde na especialidade de Gastrenterologia, podendo apresentar diversas etiologias entre elas a infecciosa.

A incidência de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e, conseqüentemente, de proctites infecciosas (PI), tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente em grupos com fatores de risco, nomeadamente homens que têm sexo com homens (HSH), múltiplos parceiros sexuais e doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) [1-3]. Este aumento de ISTs deve-se, sobretudo, ao aumento de incidência de infeções por *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) e *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) [1,3] e parece estar relacionado com práticas sexuais de maior risco, mas também com o aumento do rastreio em grupos de alto risco, nomeadamente em pacientes que realizam profilaxia pré-exposição para infeção pelo VIH [1,2,3].

Os microrganismos mais frequentemente isolados na PI são a *N. gonorrhoeae*, seguido pela infeção por *C. trachomatis*, Herpes simplex virus (HSV) e *T. pallidum* [1,2], sendo a coinfeção por mais do que um agente venéreo descrito em alguns casos. Nestas recomendações realiza-se uma abordagem sistemática e prática de um doente com suspeita de PI, desde o diagnóstico ao tratamento, fazendo ainda uma breve abordagem dos ensinamentos que devem ser fornecidos ao doente de forma a evitar complicações e a transmissão da infeção. Os autores descrevem resumidamente a importância do diagnóstico diferencial com outras entidades.

## DIAGNÓSTICO

A abordagem diagnóstica deve incluir uma história clínica detalhada com os antecedentes pessoais e familiares do paciente, principalmente de doença colorretal, bem como da medicação habitual. Deverão ser questionados comportamentos sexuais de risco, antecedentes de ISTs prévias, trauma sexual ou uso de drogas. Sistemáticamente, deverão ainda ser avaliados sinais e sintomas proctológicos e bem como sintomas sistémicos, sugestivos de PI. Na tabela 1 encontram-se resumidos os principais sintomas de acordo com a gravidade ou cronicidade da PI.

**TABELA 1.** Sintomas e sinais mais frequentes na proctite infecciosa

SINTOMAS E SINAIS SUGESTIVOS DE PROCTITE INFECCIOSA
<b>Proctite aguda ligeira (e proctite crónica)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Perda de muco nas fezes<ul style="list-style-type: none"><li>· Obstipação</li></ul></li><li>· Sensação de defecação incompleta</li></ul>
<b>Proctite aguda moderada a grave</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Exsudado mucopurulento retal<ul style="list-style-type: none"><li>· Proctalgia</li><li>· Retorragias</li></ul></li><li>· Urgência defecatória<ul style="list-style-type: none"><li>· Tenesmo</li></ul></li><li>· Sensação de plenitude retal</li><li>· Sensação de defecação incompleta<ul style="list-style-type: none"><li>· Dor abdominal</li><li>· Febre</li></ul></li></ul>

Adaptado de Coelho et al e de Vries et al [1,5]

Ao exame físico, é fundamental dar especial ênfase à região perianal e genital, examinando cuidadosamente pele e mucosas, sendo o restante exame físico habitualmente normal.

A palpação da região inguinal pode revelar a presença de adenopatias dolorosas, mais frequentemente após infecção por serotipos de *C. trachomatis* associados a linfogranuloma venéreo (LGV).

Após uma histórica clínica e um exame físico sugestivo de PI, alguns exames complementares de diagnóstico deverão ser considerados: estudo analítico (exclusão de outras ISTs), zaragatoa do canal anal, anoscopia e, em alguns casos, avaliação imagiológica (endoscópica e radiológica) (figura 1).

É essencial a exclusão de outras ISTs, pelo que é obrigatório a realização de serologias para o HIV, hepatite B (HBV), C (HCV) e sífilis. Na suspeita de uma IP, os doentes deverão ser submetidos à realização de uma zaragatoa anal para pesquisa de microrganismos como: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e HSV por testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAATs).

O exame proctológico deve incluir uma anoscopia cuidada de forma a identificar possíveis lesões como hemorróidas, fissuras, condilomas, lesões sugestivas de neoplasias ou abscessos, que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de um doente com PI.

Endoscopicamente, os achados de uma PI são inespecíficos, podendo a mucosa retal apresentar alterações como: eritema, erosões, úlceras e/ou vesículas. As biópsias estão recomendadas se a zaragatoa do canal anal for positiva para *C. trachomatis*, com o objetivo de despistar infecção por LGV por PCR (*polymerase chain reaction*).

Na suspeita de doença inflamatória intestinal sugere-se realização de colonoscopia.

Os exames imagiológicos radiológicos, como a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada pélvica, raramente são necessários na avaliação de sintomas proctológicos, com exceção de suspeita de abscesso e neoplasia do canal anal.

## **TRATAMENTO**

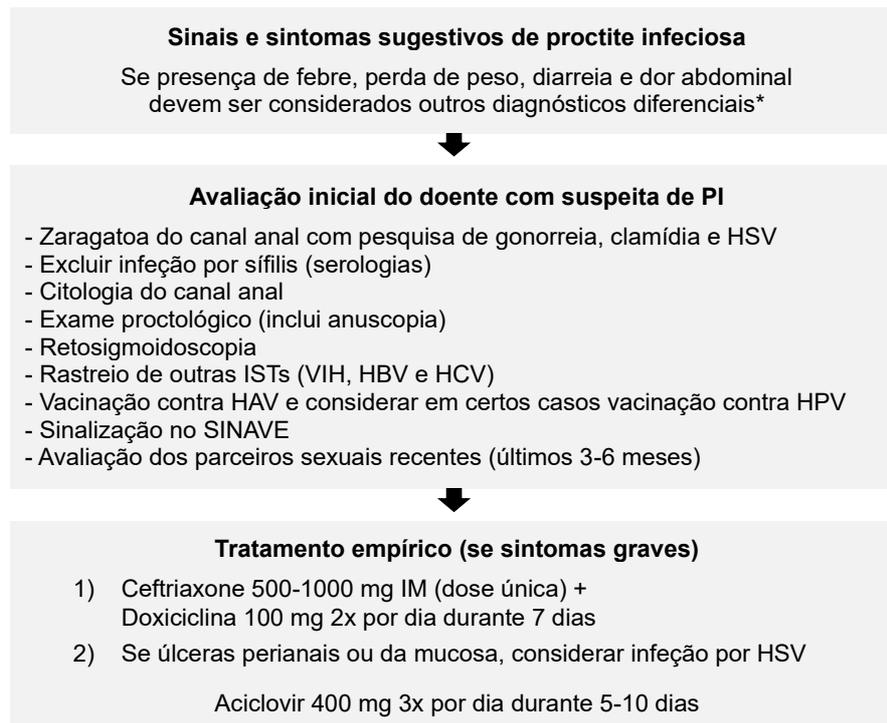
### **Tratamento empírico**

O tratamento empírico da PI deve ser iniciado em doentes com apresentação clínica mais grave e apenas após exame proctológico, com exclusão de outros diagnósticos diferenciais, como o cancro do canal anal. Em doentes com sintomas ligeiros, o início de antibioterapia empírica deve ser protelado pelo risco aumentado de resistência aos antibióticos.

O tratamento empírico consiste na administração de dose única de ceftriaxone 500 mg (ou 1 gr se o peso for superior a 150 kg) associado a doxiciclina 100 mg duas vezes por dia durante 7 dias [1,9]. Quando existir elevada suspeita de LGV, o curso de antibioterapia com doxiciclina deverá ser estendido até aos 21 dias (figura 1).

Em doentes com úlceras genitais dolorosas e com infecção pelo VIH, deve ser considerado iniciar tratamento empírico para HSV [1,4,5].

FIGURA 1. Algoritmo de avaliação diagnóstica e tratamento de doentes com suspeita de PI



\* Diagnósticos diferenciais: proctite rádica, neoplasia retal, síndrome da úlcera solitária, colite diverticular, isquemia e outras infeções como: *Mycoplasma genitalium*, *Monkeypox*, *Cytomegalovirus*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *Giardia* e *Entamoeba histolytica*.

Adaptado de Coelho *et.al* [1]

### Tratamento específico

A identificação de um microrganismo específico por PCR possibilita a realização de um tratamento dirigido, diminuindo assim o risco de resistência aos antibióticos, e reduzindo a toxicidade e os custos associados ao tratamento empírico. Assim, doentes com sintomas ligeiros deverão iniciar tratamento apenas após identificação do agente venéreo por zaragatoa anal e/ou biópsias retais. Na tabela 2 encontram-se descritos os métodos diagnósticos e as terapêuticas para os agentes mais frequentemente identificado

#### C. Trachomatis

A *C. trachomatis* é uma bactéria intracelular com cerca de 15 serotipos descritos e é a IST mais frequentemente diagnosticada mundialmente [1,6-8]. A incidência de infeção por clamídia tem aumentado nas últimas décadas, sendo uma infeção anorretal mais frequente em mulheres jovens e em HSH. A infeção retal ocorre sobretudo após práticas sexuais ano-recetivas e os sintomas surgem após um período de incubação de cerca de 7-10 dias [1,4, 11].

Como outras ISTs, mulheres com uretrite ou cervicite por clamídia podem apresentar infeção retal simultânea por disseminação direta. Foi demonstrado que a infeção retal por clamídia representa aproximadamente 20% de todas as PI, frequentemente em associação com outros agentes [2].

Os sintomas mais frequentes são: dor anal e/ou perianal, secreção mucopurulenta ou sanguinolenta e tenesmo. Os serotipos L1-L3 são responsáveis pelo desenvolvimento de doença mais grave, o LGV, sendo estes subtipos mais prevalentes em doentes com VIH e frequentemente tem associadas outras ISTs [1,7,8].

A apresentação clínica do LGV ocorre em 3 fases: a primeira fase caracteriza-se pelo aparecimento no local de inoculação de pápulas ou úlceras anais e/ou genitais; a segunda fase caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas proctológicos como retorragias, exsudado mucopurulento retal, dor perianal, mialgias, febre e aparecimento de adenopatias (inguinais ou femorais dolorosas), podendo as úlceras retais também estarem presentes neste estadió da infeção; na última fase (num doente não tratado), surge a presença de abscessos retais, fístulas e/ou estenoses [1,9,10].

Endoscopicamente, os achados são inespecíficos estando descritas alterações discretas como: eritema e friabilidade da mucosa retal, mas também ulceração, granulomas ou abscessos [1,9], o que pode dificultar o diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente com doença de Crohn [1,11].

Após o diagnóstico de infeção por *C. trachomatis*, o tratamento dirigido com doxiciclina 100 mg duas vezes por dia durante 7 dias deve ser iniciado, sendo que o esquema antibiótico deve ser estendido até aos 21 dias na presença de LGV (tabela 2).

Habitualmente, após término de terapêutica, não se realiza teste de confirmação de cura, exceto na presença de doença complicada, na gravidez, se baixa adesão ao tratamento ou necessidade de terapêutica de segunda linha.

### **N. gonorrhoeae**

A infeção por *N. gonorrhoeae* é a segunda IST mais comumente diagnosticada, com uma incidência anual de 1,5 milhões de novos casos diagnosticados nos Estados Unidos [1,4].

A *N. gonorrhoeae* é uma bacteriana, diplococo gram negativa, e é responsável por grande parte das PIs sexualmente transmissíveis, representando 30% dos casos diagnosticados. A maioria dos doentes são assintomáticos (cerca de 50% dos homens e 95% das mulheres), e frequentemente doentes com envolvimento anorretal, também apresentam infeção concomitante em outras localizações (exemplo: colo do útero e uretra) [1,9,12].

Quando presentes, os sintomas anorretais são pouco específicos, sendo frequente a presença de retorragias e/ou exsudado retal mucopurulento associado a tenesmo, obstipação e dor perianal [1,5,9,12]. Alterações endoscópicas com perda de padrão vascular, eritema, edema e friabilidade da mucosa podem estar presentes, mas a ulceração é menos frequente, quando comparada com outras etiologias, nomeadamente com a infeção por *C. trachomatis* (serotipos associados a LGV) e *T. pallidum*.

Após confirmação do diagnóstico, o tratamento com ceftriaxone 500 a 1000 mg (dose única intramuscular) deve ser iniciado, não sendo necessário teste de cura, com exceção de doentes incumpridores ou persistência da infeção (tabela 2).

### **HSV**

A infeção anorretal por HSV é mais frequente nos doentes imunocomprometidos com práticas sexuais anorretativas. Apesar da maioria dos casos de infeções anogenitais serem causadas pelo HSV tipo 2, tem-se verificado um aumento na incidência de infeção pelo serotipo 1, particularmente em mulheres jovens e em HSH [4]. A proctite por HSV resulta da extensão da doença na região perianal para o canal anal e reto, sendo os principais sintomas a presença de tenesmo, dor anorretal intensa, obstipação e parestesia sacral. A presença de vesículas ou úlceras dolorosas na região perianal pode ser um achado importante para a suspeita deste diagnóstico.

Tal como nas PI previamente descritas, os achados endoscópicos são inespecíficos, podendo a mucosa retal apresentar-se com eritema, edema, ulcerações e lesões vesiculares [1,13].

O tratamento deve ser idealmente iniciado dentro das primeiras 24 horas após o aparecimento das lesões ou sintomas prodrômicos (sensação de queimadura ou dor anal/perianal), de forma a encurtar a duração dos sintomas e das lesões. O doente deve manter abstinência de qualquer tipo de atividade sexual enquanto tiver lesões ou sintomas, de forma a reduzir a transmissão desta IST [1,5].

As opções de tratamento incluem aciclovir 400 mg 3 vezes por dia, valganciclovir 500 mg 2 vezes por dia ou famciclovir 250 mg 3 vezes por dia, durante 5-10 dias por via oral (tabela 2).

Em casos graves de infeção por HSV como na doença disseminada, pneumonia, hepatite e/ou meningoencefalite, o tratamento deve ser realizado por via endovenosa [1,9,15].

### **T. pallidum**

A incidência de infeção por *T. pallidum* tem vindo a aumentar nos últimos anos em particular na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, principalmente em grupos de alto risco como os HSH. O diagnóstico na maioria dos casos é incidental após rastreio, dado a maioria dos doentes serem assintomáticos [1,16,17,18].

Os sintomas da infeção variam de acordo com a fase da doença: na sífilis primária, ocorre o aparecimento de uma lesão ulcerada, indolor e solitária que, se não tratada, após 6-12 semanas, pode progredir para sífilis secundária. A sífilis secundária caracteriza-se pelo aparecimento de um exantema maculopapular (tipicamente palmo-plantar), úlceras da cavidade oral, proctite e presença de lesões do tipo *condylomata lata*. A sífilis terciária pode ocorrer vários anos após infeção primária e secundária e pode caracterizar-se com o surgimento de sequelas neurológicas e cardiovasculares [1,17,18].

A proctite sífilítica raramente é reportada, contudo, a sua incidência em grupos de risco como HSH tem vindo a aumentar. Os sinais e sintomas da proctite são inespecíficos, tais como: retorragias ou presença de exsudado mucopurulento e proctalgia. O aspeto endoscópico da mucosa retal pode incluir edema, eritema, múltiplas erosões ou úlceras [1].

Os testes serológicos utilizados no diagnóstico podem ser treponémicos ou não treponémicos. Nos doentes sem antecedentes de sífilis prévia, qualquer um dos testes pode ser utilizado como rastreio. É sempre necessário a realização de um teste confirmatório para diminuir o risco de falsos-positivos associados aos testes de rastreio [1,19].

O tratamento de primeira linha para a sífilis é a penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades intramuscular (tabela 2) [1,19].

### **Mycoplasma genitalium**

A infeção por *Mycoplasma genitalium* (*M. genitalium*) é uma IST responsável por 10-35% das infeções urogenitais dos homens, não provocadas pela *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. Recentemente, um estudo australiano demonstrou elevadas taxas de coinfeção *M. genitalium* com *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* na mucosa retal de HSH, com uma incidência de 13-14% dos doentes com PI [20]. Todavia, ainda não existe evidência que a infeção assintomática necessite de tratamento, pelo que a pesquisa deste microrganismo está indicada apenas em doentes sintomáticos, após exclusão de infeção por outros agentes mais comuns [1,21].

Nas PI com positividade para o *M. genitalium*, os achados endoscópicos são inespecíficos, com mucosa retal apresentando eritema, erosões e exsudado mucopurulento.

Após identificação desta bactéria por testes de NAATs, deve ser realizado (sempre que possível) a pesquisa de mutações de resistência aos macrólidos, que irá condicionar o esquema terapêutico a ser instituído. [1,22]. O tratamento de primeira linha recomendado é um curso prolongado de azitromicina (500 mg no primeiro dia, seguido de 250 mg por 2-5 dias) para infeções não complicadas na ausência de mutações de resistência aos macrólidos ou testes de resistência [1,4,22].

Ao contrário do Centro de Controlo e Prevenção de Doença (CDC), as diretrizes europeias recomendam a realização de um teste de confirmação de cura 3 semanas após terminar o tratamento, devido a elevada taxa de resistência aos antibióticos [1,22].

### Monkeypox

A Mpox (ou Monkeypox) é uma infeção zoonótica viral causada por um *ortopoxvírus* da família *Poxviridae*. Apesar de ser uma infeção endémica, com pequenos surtos descritos em países da África Central e ocidental, em maio de 2022, foram reportados mais de 83.500 casos mundialmente sobretudo em grupos de HSH, salientado a importância da transmissão sexual deste vírus [1,23].

Os sintomas desta infeção ocorrem após um período de incubação (5-24 dias) e são caracterizados por uma fase prodrómica com febre, mialgias, astenia, cefaleias e adenopatias, seguido de exantema cutâneo que se desenvolve 2-4 dias após. Este exantema segue um padrão típico com aparecimento inicial de máculas, que progridem para pápulas, vesículas, pústulas e úlceras. A incidência de proctite em doentes com varíola dos macacos pode chegar aos 37%. Os doentes que descrevem práticas de sexo anal-retetivo apresentaram mais probabilidade de terem proctite e sintomas sistêmicos precoces antes de desenvolver lesões cutâneas [1,24,25].

Não existe tratamento específico, dado se tratar de uma doença autolimitada, sendo recomendado apenas tratamento de suporte na maioria dos casos. Doentes com doença grave e/ou imunocomprometidos, podem realizar tratamento com tecovirimat durante 14 dias [1,26,27,28].

**TABELA 2.** Resumo de recomendações para diagnóstico e tratamento de PI

AGENTE VENÉREO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO 1ª LINHA	TRATAMENTO 2ª LINHA
<i>C. trachomatis</i> Não LGV	NAATs Zaragatoa e/ou biópsias retais	Doxiciclina PO 100 mg b.i.d 7 dias <sup>1</sup> Azitromicina 1 gr PO dose única	Levofloxacina 500 mg PO 7 dias Ofloxacina 200 mg PO b.i.d 7 dias <sup>1</sup> Eritromicina 500 mg PO b.i.d 7 dias Amoxicilina 500 mg PO t.i.d 7 dias
<i>C. trachomatis</i> LGV	NAATs Zaragatoa e/ou biópsias retais	Doxiciclina PO 100 mg b.i.d 21 dias <sup>1</sup>	Azitromicina 1 gr PO semanal durante 3 semanas Eritromicina 400 mg PO q.i.d 21 dias Moxifloxacina 400 mg PO q.d 21 dias <sup>1</sup> Rifampicina 600 mg PO q.d 21 dias

<i>N. gonorrhoeae</i>	NAATs Zaragatoa e/ou biópsias retais	Ceftriaxone 1 gr IM toma única <sup>2</sup>	Cefoxitina 2 gr IM + probenecid PO 1 gr dose única Cefotaxima 500 mg IM (dose única) Cefixima 400 mg PO + azitromicina PO 2 gr dose única Gentamicina 240 mg IM + azitromicina 2 gr PO dose única Ciprofloxacina 500 mg PO dose única <sup>1</sup>
<i>Herpes simplex</i>	NAATs Zaragatoa e/ou biópsias retais	Aciclovir PO 400 mg t.i.d 5-10 dias Famciclovir PO 250 mg t.i.d 5-10 dias Valaciclovir PO 500 mg b.i.d 5-10 dias  Tratamento episódico de infeção recorrente: - Aciclovir PO 800 mg t.i.d 2 dias - Famciclovir PO 1 gr b.i.d 1 dia  Em doentes VIH: - Aciclovir PO 400 mg f.i.d 7-10 dias - Valaciclovir PO 500-1000 mg b.i.d 10 dias	
<i>T. pallidum</i>	Testes não treponémicos (RPR, VDRL, TRUST) Testes treponémicos (FTA-ABS, TPPA) Biópsias retais	Penicilina G benzatina 2.4 milhões de unidades IM dose única Sífilis tardia: Penicilina G benzatina 2.4 milhões de unidades 1 toma semanal durante 3 semanas	Doxiciclina 100mg PO b.i.d durante 14 dias Sífilis tardia: ceftriaxone 1gr b.i.d IM 10-14dias
<i>M. genitalium</i>	NAATs Zaragatoa e/ou biópsias retais	Azitromicina PO 500 mg (1º dia) seguido de azitromicina PO 250 mg 2-5 dias	2º linha Moxifloxacina PO 400 mg q.d. 7 dias <sup>4</sup> 3º linha Pristinamicina PO 1 g, q.i.d. 10 dias <sup>1</sup> Minociclina 100 mg b.i.d. 14 dias PO <sup>1</sup>
Monkeypox	NAATs Zaragatoa da pele e/ou biópsias de lesões anorretais	Tecovirimat 200 mg, 3 comprimidos (600 mg) b.i.d. 14 dias <sup>5</sup>	Brincidofovir <sup>6</sup>

<sup>1</sup>Contraindicado durante a gravidez; <sup>2</sup>As orientações do CDC recomendam ceftriaxone 500 mg para doentes com <150 kg. A associação de ceftriaxone com azitromicina não está recomendada; <sup>3</sup>Alternativa quando alergia a B-lactâmicos; <sup>4</sup>A moxifloxacina é recomendada como tratamento de segunda linha na presença de mutações de resistência aos macrólidos e falha de tratamento com azitromicina, sendo a primeira opção em infeções complicadas (14 dias), <sup>5</sup>Para adultos e população pediátrica com peso mínimo de 40 kg (13 a <25 kg: 200 mg b.i.d.; 25 a <40 kg: 400 mg b.i.d.), <sup>6</sup> Não aprovado na Europa

CDC, Centro de Controlo e Prevenção de Doença; FTA-ABS, *fluorescent treponemal antibody absorption*; IM, intramuscular; NAATs, teste amplificação ácidos nucleicos; PO, per oral; RPR, *rapid plasma regain*; TPPA, *T. pallidum particle agglutination*; TRUST, *toluidine red unheated serum test*; VDRL, *Venereal Disease Research Laboratory*

Adaptado Coelho *et al.* [1]

## INFORMAÇÃO, EXPLICAÇÃO E CUIDADOS PARA O DOENTE

Todos os doentes com PI devem receber informações claras sobre em que consiste a infeção, a sua transmissão, possíveis complicações e a forma de prevenir novas ISTs. De forma a diminuir o risco de transmissão e reinfeção, os doentes devem ser esclarecidos que deverão se abster de qualquer prática sexual,

incluindo partilha de brinquedos sexuais e objetos de higiene pessoal, até resolução dos sintomas e pelo menos 7 dias após conclusão do tratamento. Aconselha-se também a evicção de espaços como piscinas e centros de spa [1,4,5].

Doentes com antecedentes de ISTs, múltiplos parceiros sexuais e/ou práticas de sexo anal recetivo deverão ser rastreados para possíveis ISTs, incluindo infeções anorretais a cada 3-6 meses [1,9,29].

Os parceiros dos doentes infetados deverão também receber avaliação médica e deverão ser rastreados para ISTs [1,9,29].

A maioria dos casos de PI, é uma doença de notificação obrigatória, pelo que deve ser sinalizada na plataforma do SINAVE, uma vez que constituem um risco para a saúde pública [1,4,5].

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Os sintomas de IP, incluindo retorragias, secreção mucopurulenta e dor anorretal, podem surgir em outras causas de proctites, como na proctite ulcerosa. De facto, a distinção entre estas duas entidades pode ser desafiadora em alguns casos, pois PI e a proctite ulcerosa compartilham algumas características endoscópicas e histológicas [1]. De acordo com os sintomas, sinais e exame físico, outros diagnósticos diferenciais devem ser considerados, como proctite traumática devido ao uso de brinquedos sexuais, proctopatia rádica, neoplasia retal, úlcera solitária do reto, isquemia ou outras infeções nomeadamente por citomegalovírus (particularmente em pacientes gravemente imunocomprometidos ou no contexto de infeção por VIH com baixa contagem de células T CD4+). Portanto, o diagnóstico diferencial deve ter em conta a combinação de história clínica e exame físico, achados endoscópicos, sorológicos e microbiológicos [1].

## **RASTREIO DE OUTRAS ISTs E VACINAÇÃO**

Todos os doentes com diagnóstico de PI deverão ser rastreados para outras possíveis ISTs, nomeadamente: VIH, HBV e HCV. Nos doentes com PI é recomendada vacinação para hepatite A (HAV) e HBV.

Apesar da avaliação da presença de imunidade para HAV através da realização de testes serológicos pré-vacinação não estar recomendada por rotina, esta deve ser considerada de forma a reduzir custos associados à vacinação. Todos os doentes não imunes (IgM negativos para HAV), deverão ser vacinados. Atualmente existem 2 vacinas monovalentes (Havrix® e Vaqta®), administradas em esquemas de 2 doses aos 0 e 6 meses. Adicionalmente existe a vacina combinada para HAV e HBV (Twinrix®) que pode ser administrada em adultos com ≥18 anos, em esquema de 3 doses aos 0, 1 e 6 meses [1,30].

A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) não é uma causa de PI, no entanto é a IST mais comum a nível mundial, sendo muito prevalente em HSH. A infeção por HPV está associada a um risco aumentado de surgimento de condilomas, lesões displásicas e de cancro do canal anal [1,31]. Assim, todos os doentes com infeção por VIH e HSH deverão ser rastreados com zaragatoa do canal anal para displasia do canal anal.

As orientações internacionais sugerem a vacinação de todos os adolescentes desde 11-12 anos até aos 26 anos contra HPV. Recomenda-se também a vacinação de todos os HSH e doentes com infeção por VIH, entre 26-45 anos de idade (não vacinados previamente), devendo esta decisão ser individualizada e discutida com o doente.

Atualmente a vacina recomendada é a vacina quadrivalente Gardasil 9® (genótipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58), devendo ser administrada em esquema de 3 doses aos 0, 2 e 6 meses [1,32].

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de PI pode ser um desafio clínico sendo cada vez mais frequente o seu diagnóstico na prática clínica. A incidência de ISTs e, conseqüentemente, de PI causadas por estes agentes, tem aumentado nos últimos anos, sobretudo em doentes com fatores de risco, como HSH e pacientes com múltiplos parceiros sexuais. O correto diagnóstico de uma PI e o seu tratamento adequado é essencial para evitar a transmissão e reinfeção da doença, uma vez que constitui não só um problema de saúde individual, mas também um risco para a saúde pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coelho R, Ribeiro T, Abreu N, et al. Infectious proctitis: what every gastroenterologist needs to know. *Annals of Gastroenterology* 2023; 36, 275-286.
2. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;38:300-302.
3. Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and treatment of sexually transmitted infections: a review. *JAMA* 2022;327:161-172
4. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70:1-187.
5. Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35:1434-1443.
6. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS* 2016;27:333-348.
7. White JA. Manifestations and management of lymphogranuloma venereum. *Curr Opin Infect Dis* 2009;22:57-66.
8. Martin-Iguacel R, Llibre JM, Nielsen H, et al. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2010;29:917-925.
9. Sigle GW, Kim R. Sexually transmitted proctitis. *Clin Colon Rectal Surg* 2015;28:70-78.
10. Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis: when to suspect it is not inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 2012;57:269-273.
11. Santos AL, Coelho R, Silva M, Rios E, Macedo G. Infectious proctitis: a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis* 2019;34:359-362.
12. Assi R, Hashim PW, Reddy VB, Einarsdottir H, Longo WE. Sexually transmitted infections of the anus and rectum. *World J Gastroenterol* 2014;20:15262-15268.
13. Cone MM, Whitlow CB. Sexually transmitted and anorectal infectious diseases. *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42:877-892.
14. Bejarano Rengifo J, Cañadas Garrido R. Proctitis infecciosa transmitida sexualmente: reto diagnóstico y recomendaciones de tratamiento [Sexually transmitted infectious proctitis: diagnostic challenge and treatment recommendations]. *Rev Gastroenterol Peru* 2020;40:336-341
15. Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, et al. 2017 European guidelines for the management of genital herpes. *Int J STD AIDS* 2017;28:1366-1379.
16. Hook EW 3rd. Syphilis. *Lancet* 2017;389:1550-1557.
17. Ghanem KG, Workowski KA. Management of adult syphilis. *Clin Infect Dis* 2011;53(Suppl 3):S110-S128.
18. Golden MR, Marra CM, Holmes KK. Update on syphilis: resurgence of an old problem. *JAMA* 2003;290:1510-1514.

19. Seña AC, White BL, Sparling PF. Novel *Treponema pallidum* serologic tests: a paradigm shift in syphilis screening for the 21st century. *Clin Infect Dis* 2010;51:700-708.
20. Latimer RL, Vodstrcil L, De Petra V, et al. Extragenital *Mycoplasma genitalium* infections among men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2020;96:10-18.
21. Read TRH, Murray GL, Danielewski JA, et al. Symptoms, sites, and significance of *Mycoplasma genitalium* in men who have sex with men. *Emerg Infect Dis* 2019;25:719-727.
22. Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H, Wilson J, Unemo M. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36:641-650.
23. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 Mpox Outbreak Global Map. 2022, 21st November. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html> [Accessed 10 April 2023].
24. Martín-Delgado MC, Martín Sánchez FJ, Martínez-Sellés M, et al. Monkeypox in humans: a new outbreak. *Rev Esp Quimioter* 2022;35:509-518.
25. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ* 2022;378:e072410.
26. European Medicines Agency. Tecovirimat SIGA. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga> [Accessed 10 April 2023].
27. Soheili M, Nasser S, Afraie M, et al. Monkeypox: virology, pathophysiology, clinical characteristics, epidemiology, vaccines, diagnosis, and treatments. *J Pharm Pharm Sci* 2022;25:297-322.
28. Rizk JG, Lippi G, Henry BM, Forthal DN, Rizk Y. Prevention and treatment of monkeypox. *Drugs* 2022;82:957-963.
29. Latimer RL, Vodstrcil L, De Petra V, et al. Extragenital *Mycoplasma genitalium* infections among men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2020;96:10-18.
30. Nelson NP, Weng MK, Hofmeister MG, et al. Prevention of hepatitis A virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020. *MMWR Recomm Rep* 2020;69:1-38.
31. Machalek DA, Poynten M, Jin F, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2012;13:487-500.
32. Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human papillomavirus vaccination for adults: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:698-702.