

Gonorreia Orofaríngea: Um Diagnóstico a Considerar

Oropharyngeal Gonorrhoea: A Diagnosis to be Considered

Diana Damas Teixeira^{1*}, Sara Leite Magalhães¹

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Diana Damas Teixeira [dianamargaridadamas@gmail.com]

ORCID iD: 0000-0002-0197-657X

RESUMO

A gonorreia é uma infeção sexualmente transmissível (IST) com múltiplas formas de apresentação clínica. O presente caso aborda um jovem com uma infeção orofaríngea por *Neisseria gonorrhoeae*.

Homem, 27 anos, avaliado por quadro de faringite com três dias de evolução já medicado com ibuprofeno 600 mg 2 vezes por dia, sem noção de melhoria. O utente demonstrou preocupação quanto à possibilidade de se tratar de uma IST, dado que o seu parceiro sexual tinha sido diagnosticado com uma infeção urinária. Foi pedida a cultura do exsudado orofaríngeo que confirmou o diagnóstico de gonorreia orofaríngea.

O diagnóstico de gonorreia orofaríngea exige um elevado grau de suspeição que surge no decorrer da entrevista clínica. A orientação destas situações deve ser abrangente, incluindo não só o tratamento, mas também o aconselhamento de modo a quebrar o ciclo de transmissão.

PALAVRAS-CHAVE: Gonorreia; Homossexualidade Masculina; *Neisseria gonorrhoeae*; Orofaringe

1. USF do Mar, ACeS Grande Porto IV - Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Portugal.

Recebido/Received: 2022/09/10 . Aceite/Accepted: 2023/08/22 - Publicado online/Published online: 2023/11/10

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2023. Re-use permitted under CC BY 4.0. No commercial re-use. © Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY 4.0.

ABSTRACT

Gonorrhea is a sexually transmitted disease (STD) with multiple clinical presentations. This is a case report about a young man with gonococcal pharyngitis.

A 27-year-old male seeks medical attention because of three days of symptoms compatible with pharyngitis, having already been medicated with ibuprofen, 600 mg, twice a day, with no improvement. The patient was worried with the possibility of this being an STD because his boyfriend had been diagnosed with a urinary tract infection the day before. Culture of pharyngeal swab was requested, which confirmed the diagnosis of pharyngeal gonorrhea.

Diagnosis of pharyngeal gonorrhea demands a high level of clinical suspicion, which arises during the clinical interview. Guidance on situations like this should be comprehensive, providing not only treatment but also counseling on how to stop ongoing transmission.

KEYWORDS: Gonorrhea; Homosexuality, Male; *Neisseria gonorrhoeae*; Oropharynx

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) referem que mais de 1 milhão de infecções sexualmente transmissíveis (IST) são adquiridas diariamente, a maior parte das quais são assintomáticas.¹

A gonorreia é uma IST de notificação obrigatória² causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae* que pode ser potencialmente transmitida através de sexo vaginal, anal ou oral.³ Em 2022, foram reportados ao Centers for Disease Control and Prevention (CDC) um total de 677 769 casos de gonorreia, tornando-a na segunda IST de notificação obrigatória mais comum nos Estados Unidos da América.³ Em Portugal, no ano de 2018, foram notificados 789 casos de gonorreia.⁴ Um estudo observacional transversal, retrospectivo conduzido entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016 numa consulta aberta de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Lisboa identificou 87 casos de gonorreia extragenital em homens que têm sexo com homens, sendo 9 de doença orofaríngea.⁵ Outro estudo transversal conduzido num centro de saúde sexual comunitário em Lisboa direcionado para rastreio de IST em homens que têm sexo com homens, identificou uma prevalência de gonorreia de 10,75% nesta população.⁶ Outro estudo desenvolvido num hospital em Portugal identificou cerca de 440 casos de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* no período entre 2009 e 2018, a maioria em indivíduos do sexo masculino (97,9%) com uma média de idades de 25 anos.⁷

A gonorreia pode manifestar-se sob a forma de uretrite no sexo masculino, cervicite e/ou uretrite no sexo feminino e pode também ter uma apresentação extragenital em ambos os sexos.⁸ Esta infecção pode ser assintomática,⁹ sobretudo quando há atingimento ex-

tragenital, condicionando apenas raramente morbidade importante.¹⁰ No entanto, as formas extragenitais constituem um motivo de preocupação para a comunidade clínica, uma vez que funcionam frequentemente como reservatórios de infecção, contribuindo para a persistência e transmissão da infecção e aumentando também a probabilidade de resistência aos tratamentos.¹⁰ Sendo frequentemente assintomáticas, as formas extragenitais da gonorreia são subdiagnosticadas e permanecem sem tratamento durante mais tempo, em comparação com as formas uroginecológicas.¹⁰

O presente caso aborda um jovem com um quadro clínico compatível com gonorreia orofaríngea. Os seus principais objetivos são lembrar esta entidade frequentemente esquecida na prática clínica, lembrar diagnóstico, bem como tratamento e alertar para a importância da relação estabelecida com o doente de modo a obter uma história clínica completa e, assim, chegar ao diagnóstico mais facilmente.

CASO CLÍNICO

O presente relato aborda o caso de um jovem de 27 anos sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Sem alergias medicamentosas, sem hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicofílicos. Este utente recorreu a consulta não programada na Unidade de Saúde Familiar (USF) por apresentar odinofagia com três dias de evolução e um pico febril de 38,6°C na noite anterior. Tinha sido avaliado no dia anterior na USF e medicado com ibuprofeno 600 mg 2 vezes por dia, sem qualquer noção de melhoria. O utente referiu que o parceiro sexual tinha sido diagnosticado com uma infecção urinária também no dia anterior e que o preocupava que pudesse tratar-se de uma IST. Quando questionado quanto aos hábitos se-

xuais, referiu estar numa relação monogâmica desde há 1 ano e praticar sexo oral e anal com este parceiro. Ao exame objetivo, apresentava orofaringe ruborizada, com exsudado branco nas amígdalas e úvula e febre. Foi pedida a cultura do exsudado orofaríngeo e também foi pedida colheita de sangue para pesquisa de outras ISTs.

O utente foi medicado com 1 g de azitromicina *per os*, toma única, e ceftriaxona intramuscular 500 mg / 2 mL, aplicação única, ambos a realizar após a colheita do exsudado. Foi explicado que o parceiro sexual deveria ser reavaliado caso o resultado da cultura do exsudado viesse a confirmar a presença de *N. gonorrhoeae*. Foi também aconselhado a evitar contactos sexuais durante 7 dias após o próprio e o parceiro sexual iniciarem o tratamento adequado, assegurando a resolução sintomática previamente a retomarem atividade sexual. Foi ainda recomendada a repetição do rastreio de ISTs daí a 3 meses.

O resultado da cultura do exsudado confirmou o diagnóstico de gonorreia orofaríngea.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de infeção orofaríngea por *N. gonorrhoeae* exige um alto nível de suspeição. A comunicação com o doente e o estabelecimento de uma relação terapêutica com este é fundamental, de modo a que os fatores de risco possam ser identificados. A orientação destas situações deve ser abrangente, incluindo não só o tratamento, mas também o aconselhamento de modo a quebrar o ciclo de transmissão.

DIAGNÓSTICO

A maioria das infeções da orofaringe por *N. gonorrhoeae* são assintomáticas, mas, raramente, estas podem apresentar-se na forma de faringite, com odinofagia e exsudado faríngeo.¹¹ Por ser frequentemente assintomática, a infeção da orofaringe por *N. gonorrhoeae* pode ser um reservatório importante da infeção e contribuir para a transmissão contínua da mesma.¹² Assim, em pacientes que se apresentem com sintomas de faringite, a história de sexo oral não protegido deve induzir a testagem deste agente.¹¹

N. gonorrhoeae pode ser identificado usando vários métodos diagnósticos. De uma forma geral, os testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) em zaragatoa faríngea são os mais precisos e, por esse motivo, são o método preferencial, tanto na infeção genital, como na extragenital, nomeadamente na orofaringe.¹¹ Outra vantagem deste método é que mantém a precisão mesmo com auto-colheitas (zaragatoa vaginal em

mulheres e urina em homens, e zaragatoa retal e faríngea).¹¹ O método de cultura, apesar de menos sensível, também pode ser utilizado com amostras de zaragatoa faríngea, quando os TAAN não estiverem disponíveis.¹¹

RASTREIO

A presença de fatores de risco para gonorreia também implica um risco potencial de outras ISTs, pelo que o rastreio de outras ISTs também está indicado, nomeadamente, vírus da imunodeficiência humana (VIH), clamídia e sífilis.¹¹ O rastreio de hepatites víricas também poderá estar indicado.¹² Todos os indivíduos cujos parceiros sexuais tenham sido diagnosticados com uma IST devem ser testados e tratados para essa e outras ISTs.¹³

O intervalo ideal para rastreio de ISTs é desconhecido.¹² Para indivíduos com rastreio negativo, o intervalo será definido de acordo com o perfil de risco ou a alteração do mesmo.¹³ Os testes positivos são considerados marcadores de risco e devem implicar testagem mais frequente.¹³

No caso de homens que fazem sexo com homens, recomenda-se o rastreio periódico de VIH, sífilis, clamídia e gonorreia genital, clamídia e gonorreia retal (se sexo anal no ano anterior) e gonorreia orofaríngea (se sexo oral no ano anterior).¹³ Recomenda-se este rastreio pelo menos de forma anual, mas de forma mais frequente (por exemplo a cada 3 meses) no caso de alto risco de ISTs, nomeadamente quando há vários parceiros sexuais ou parceiros anónimos.¹³ Também se recomenda rastrear uma vez o vírus da hepatite A e B, em indivíduos não vacinados, e vacinação se suscetível ou seronegativo, e rastreio periódico de hepatite C no caso de alto risco de transmissão sexual de hepatite C.¹³

TRATAMENTO

A primeira linha de tratamento da infeção da orofaringe é a mesma que no caso da infeção urogenital e anorretal, com uma dose única de ceftriaxona intramuscular e tratamento empírico de clamídia.¹²

Os esquemas alternativos, no caso da infeção da orofaringe, são menos claros.¹⁴ Os esquemas com agente único (cefixima, gentamicina e espectinomicina) estão associados a baixas taxas de erradicação gonocócica na orofaringe e não devem ser usados.¹⁴ Em indivíduos com infeção da orofaringe que tenham alergia a beta-lactâmicos, as opções dependem do tipo de alergia e poderão ainda incluir uso de ceftriaxone.¹⁴ A associação de azitromicina (2 g oral, dose única) com gentamicina (240 mg, IM, dose única) poderá ser uma alternativa eficaz, mas deve ser reservada a casos de

alergia grave a beta-lactâmicos, que impeça o uso de cefalosporinas.¹⁴

N. gonorrhoeae não só causa apresentações sintomáticas semelhantes às da *C. trachomatis*, como estas também coexistem numa proporção significativa de pacientes com infecção por clamídia.¹¹ Por esse motivo, caso a infecção simultânea com *C. trachomatis* não tenha sido excluída com testes moleculares, o tratamento para clamídia deve ser prescrito aquando do tratamento para a gonorreia.¹² Recomenda-se o uso de doxiciclina (100 mg 2 vezes por dia, 7 dias) para o tratamento empírico de pacientes não grávidos com gonorreia.^{12,15} A azitromicina (1 g, toma única) é uma alternativa muito eficaz, no entanto, tem surgido evidência que sugere taxas de cura microbiológica inferiores com o uso de azitromicina, em comparação com a doxiciclina,^{12,15} particularmente no caso de infecção retal e, possivelmente, no caso da infecção da orofaringe.¹⁵ A maior vantagem da azitromicina é que pode ser administrada em toma única na altura do diagnóstico, garantindo maior adesão ao tratamento e reduzindo o risco de complicações por infecção não tratada.¹⁵

Uma vez que apresentam altos riscos de reinfeção, indivíduos que foram diagnosticados e tratados para gonorreia devem realizar um teste de cura que deve ser realizado 3 meses após o tratamento.¹³ No caso da gonorreia orofaríngea, recomenda-se a realização de um teste de cura 7 a 14 dias após o tratamento, por ser uma localização em que o tratamento efetivo é mais difícil.^{12,13}

Os pacientes diagnosticados com gonorreia, assim como os seus parceiros sexuais, devem abster-se de relações sexuais durante 7 dias após iniciarem o tratamento.^{12,13} Os pacientes só devem retomar a atividade sexual após resolução sintomática e após o tratamento dos parceiros sexuais.¹²

TRATAMENTO DOS PARCEIROS SEXUAIS

Todos os indivíduos que tenham tido contacto sexual com pacientes diagnosticados com *N. gonorrhoeae* nos 60 dias que precederam o diagnóstico devem ser avaliados e tratados.¹² Se o paciente não teve qualquer contacto sexual nos últimos 60 dias anteriores ao diagnóstico, o seu parceiro sexual mais recente deve ser avaliado e tratado.¹² O ideal é haver uma avaliação clínica, com o rastreio adicional de outras ISTs, e a respetiva prescrição de tratamento.¹²

PREVENÇÃO

Alguns dos fatores independentemente relacionados com a gonorreia orofaríngea são o número de par-

ceiros de sexo oral e o nível de exposição de fluídos vaginais e seminais.^{14,16} A utilização de preservativos de látex reduz substancialmente esse contacto, pelo que reduz também o risco de transmissão da infeção.⁹ Além dos preservativos “masculinos” vulgarmente conhecidos, existem os “*dental dams*” para utilização quando o recetor do sexo oral é uma mulher.¹⁴ A utilização de preservativo durante a prática de sexo oral é rara¹⁵ e isto pode explicar-se pelo facto de haver uma noção da população que o sexo oral não é verdadeiramente sexo no que aos riscos diz respeito.^{14,16} Assim, o aconselhamento e explicação que sexo oral constitui exposição sexual e, portanto, um fator de risco para ISTs deve ser um dos focos na educação sexual das populações.

A utilização de soluções antissépticas não é uma forma eficaz de tratamento ou prevenção de infecção gonocócica.¹²

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO/ CONTRIBUTORSHIP STATEMENT:

DT e SM: Conceptualização, escrita do *draft* original, escrita e revisão do artigo final

DT and SM: Conceptualization; writing the original draft; writing and revision the final article

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) - Key facts. [Consultado 3 setembro 2022] Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- Direção Geral de Saúde. Lista de doenças transmissíveis de notificação obrigatória – Despacho n° 15385-A/2016 de 21 de dezembro. Lisboa: DGS; 2016 [Consultado 3 setembro 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sinave-lista-de-ddo-pdf.aspx>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2020. [consultado 3 setembro 2022]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2020/overview.htm#Gonorrhea>.
- Transparência SNS – Doenças de Declaração Obrigatória. [consultado 3 setembro 2022]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>.
- Valejo Coelho MM, Matos-Pires E, Serrão V, Rodrigues A, Fernandes C. Extragenital Gonorrhoea in Men Who Have Sex with Men: A Retrospective Study in a STI Clinic in Lisbon, Portugal. *Acta Med Port.* 2018;31:247-53. doi: 10.20344/amp.10146.
- Ribeiro S, Sousa D, Medina D, Castro R, Lopes Â, Rocha M. Prevalence of gonorrhoea and chlamydia in a community clinic for men who have sex with men in Lisbon, Portugal. *Int J STD AIDS.* 2019; 951-9.
- Queirós C, Borges da Costa J, Lito L, Filipe P, Melo Cristino J. Gonorrhoea in a Tertiary Care Portuguese Hospital: A 10-year Retrospective Study of the Evolution of Cases and Drug Resistance of the Isolates. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:761-7. doi: 10.1016/j.ad.2020.08.010.
- Unemo M, Seifert HS, Hook EW 3rd, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JR. Gonorrhoea. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5:79. doi: 10.1038/s41572-019-0128-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. Gonorrhoea – CDC Detailed Fact Sheet. [Consultado 3 setembro 2022]. Disponível em <https://www.cdc.gov/std/gonorrhoea/stdfact-gonorrhoea-detailed.htm>.
- Bamberger DM, Graham G, Dennis L, Gerkovich MM. Extragenital Gonorrhoea and Chlamydia Among Men and Women According to Type of Sexual Exposure. *Sex Transm Dis.* 2019;46:329-34. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000967.
- Ghanem K. Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents. *Uptodate.* 2022. [Accessed 2022 Sept 3]. Available: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection-in-adults-and-adolescents>.
- Seña A, Cohen M. Treatment of uncomplicated Neisseria gonorrhoeae infections. *Uptodate.* 2022. [Accessed 2022 Sept 3]. Available: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-uncomplicated-neisseria-gonorrhoeae-infections>.
- Ghanem K, Tuddenham S. Screening for sexually transmitted infections. *Uptodate.* 2022. [Accessed 2022 Sept 3]. Available: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections>.
- Javanbakht M, Westmoreland D, Gorbach P. Factors associated with pharyngeal gonorrhoea in young people: implications for prevention. *Sex Transm Dis.* 2018;45:588-93. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000822.
- Hsu K. Treatment of Chlamydia trachomatis infection. *Uptodate.* 2022. [Accessed 2022 Sept 3]. Available: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-chlamydia-trachomatis-infection>.
- Sanders SA, Reinisch JM. Would you say you “had sex” if...? *JAMA.* 1999;281:275-7. doi: 10.1001/jama.281.3.275.