

CANCRO MOLE

Ricardo Defini Perci *

Resumo

O Cancro Mole, uma doença sexualmente transmitida, vem sendo estudada desde o século XVII. No seu tratamento, devem ser levados em consideração a aceitação, o tempo de tratamento, a eficácia e a disponibilidade financeira do paciente. O Tranfenicol em dose única tem sido considerado uma droga com boa aceitação nos países em vias de desenvolvimento, sendo indicada como de primeira escolha.

Abstract

The soft cancer, a sexually transmissible disease, has been studied since XVIII century. Its treatment, needs to be taken in consideration the time of the treatment, the efficiency and the financial availability of the patient. The tranfenicol in unique dose has been considered a drug with good acceptance in countries that are developing themselves, it's indicated as of first choice.

Introdução

DEFINIÇÃO:^{1,2,7}

O Cancro Mole (cancróide, cancro venéreo simples ou cancrela), é uma doença infecciosa aguda, de transmissão sexual e ulcerativa, usualmente localizada nos genitais. Pode ser associada a adenopatias inguinais uni ou bilaterais. É causada pelo cocobacilo (ou bastonete curto) Gram negativo, *Haemophilus ducreyi*.

HISTÓRICO:^{7,8}

O primeiro livro conhecido no Brasil sobre venereologia data de 1642. Foi escrito pelo Dr. Duarte Madeira Arrais, Físico-Mor de D. João VI e impresso em Lisboa sob o título, "Método de Conhecer e Curar o Morbo Gálico".

No começo do século XVIII, Miguel Dias Pimenta em seu livro intitulado "Notícias do que é o Achaque do Bicho" (Lisboa 1707), introduz o termo "Morbo Gálico" para expressar todos os males venéreos. Até então, esse termo referia-se

* Médico Especialista em Microbiologia e em Infectologia. Docente da UNIPAR.

apenas à sífilis. Com a publicação da obra, o Cancro Mole, o granuloma venéreo, a blenorragia e a buba passam a ser designadas como tais.

Os termos “mula” ou “cavalo” já eram empregados popularmente para designar as adenites inguinais e as úlceras genitais, nos séculos XVII e XVIII.

Atribuía-se a etiologia do “Morbo Gálico” aos conúbios pecaminosos, à paixão sensual, aos alimentos excitantes e até mesmo ao calor reinante no novo mundo.

Em 1711, os cirurgiões João Lopes e João Gulhote, descrevem em São Paulo a presença de “duas mulas abertas” numa escrava, referindo-se ao Cancro Mole.

No século XIX, com o avanço da microbiologia, começam os relatos sobre os agentes etiológicos. Ricord em 1838, na França, faz a primeira diferenciação entre cancros, referindo-se ao cancro sífilítico. Ducreyi, em 1889, em Nápolis, faz várias inoculações e autoinoculações sucessivas em pacientes com cancroide e observa microorganismos semelhantes aos estreptococos, intra e extraneutrófilos. Três anos mais tarde, Krefling e Unna descrevem a histologia da úlcera e confirmam a existência de bacilos Gram negativos na lesão.

Vários estudos subseqüentes realizados por Sullican, Lenglet (1898), Bezancon, Griffin e Lesourd (1900), isolaram culturas puras de **H. ducreyi**, em meio ágar-sangue.

Ito, em 1913 introduz o teste intradérmico, que é confirmado em 1923 por Reenstierna e também pelo Instituto Pasteur de França.

EPIDEMIOLOGIA:^{2,5,7,11}

O Cancro Mole é uma doença transmitida particularmente pelo contato sexual. Tem sua maior incidência entre prostitutas e indivíduos de baixo nível sócio-econômico^{7,11}.

Embora possua caráter cosmopolita,

prevalece com maior intensidade em algumas regiões da África, no Oriente Médio e em regiões subtropicais/ tropicais da América do Sul².

O reservatório do bacilo é o homem, e o contato sexual direto é tido como a única forma de contágio. Relatos sobre auto-inoculação através dos dedos são descritos como possíveis e ocasionais. Os fômites não tem importância epidemiológica na transmissão da doença⁷.

Alguns casos de portadores de **H. ducreyi** sem lesões ulcerativas foram descritas por Lener & Bruck, porém ainda restam dúvidas sobre sua importância².

A faixa etária dos 20 e 30 anos, particularmente entre os homens, é a que apresenta maior incidência do Cancro Mole. Tal constatação vem normalmente associada à promiscuidade masculina. Nos EUA, a incidência chega a 1000 casos/ano⁵.

ETIOLOGIA:^{1,2,3,4,5,7,12}

O **Haemophilus ducreyi** é um bacilo curto (ou cocobacilo) Gram negativo, anaeróbio facultativo, imóvel, acapsulado e sem esporos. Mede cerca de 1,5 µm de comprimento por 0,5 µm de largura. Necessita do fator X para o seu crescimento e reduz nitrato a nitrito. Não produz indol, catalase ou ácido sulfídrico, mas produz fosfatase alcalina.

Cora-se pelos corantes azuis (azul de toluidina, tionina fenicada, azul de metileno e outros). Pela técnica de Gram, cora-se em rosa pálida, com acentuação da coloração nas extremidades.

O meio ideal para o crescimento é o meio sólido seletivo ágar-chocolate enriquecido (contendo Vancomicina). Cresce melhor numa concentração de 5-10% de CO₂ e à temperatura de 35-37°C, por 24-48 horas. Segundo Lennette, o crescimento é favorecido, se cultivado à temperatura de 33°C⁵. Sua observação deverá ser diária até completar uma semana de cultivo¹².

Também cresce em ágar contendo peptona,

glicose, glutamina e hematina (fator X). Algumas cepas, porém, necessitam da cisteína, albumina ou amido. Na prática diária, a cultura não é realizada.

A recombinação genética por plasmídeo e transposons foi descrita, podendo ser transferida entre **Haemophilus ducreyi**, **Haemophilus parainfluenzae** e **Neisseria gonorrhoeae**; a resistência à penicilina e derivados ocorre por esse mecanismo.

PATOGENIA:^{2,7}

Para que ocorra a infecção pelo bacilo, há a necessidade do aparecimento de lesões abrasivas na pele, com perda da solução de continuidade.

O inóculo para a infecção ainda não foi descrito, assim como não há relato de toxinas produzidas pela bactéria.

Estudos feitos em animais e em humanos demonstraram a existência de cepas. Revelaram também que as cepas virulentas são resistentes aos polimorfonucleares e à ação do complemento.

Após a penetração dos vacilos na derme, ocorre a fagocitose dos mesmos pelos neutrófilos e micrófagos; há a formação da úlcera que é composta por três zonas⁷: superficial-constituída por necrose tecidual, fibrina, neutrófilos e bacilos; mediana-composta por edema e neoformação vascular, e zona inferior com neutrófilos (infiltrado neutrofilico), células plasmáticas e fibroblastos.

A adenite uni ou bilateral pode ser encontrada, caracterizando o processo como piogênico.

QUADRO CLÍNICO:^{1,2,7,11}

O período de incubação varia de 4 a 7 dias, com média de 6,2 dias^{2,7}, tendo sido descritos períodos de até 14 dias¹.

Não existe relato de sintomas pradronizados.

Após a incubação surge uma pequena pápula edematosa com placa eritematosa. Passadas cerca

de 24-72 horas, eclode-se uma pústula erosiva, com ulceração secretante, rasa, não infiltrada, dolorosa, possuindo de 0,2 a 03 cm de diâmetro (até no máximo 2 cm).

Em cerca de 2/3 dos homens infectados há a autoinoculação com formação de úlceras secundárias nos genitais¹.

Após 10 a 20 dias do contágio pode aparecer a linfadenite regional em cerca de 30-60% dos casos, podendo evoluir para flutuação única e supuração.

No homem o cancro pode instalar-se no prepúcio, glande, sulco balanoprepucial, corpo do pênis, meato uretral, região pubiana etc; nas mulheres, é freqüentemente encontrado nos grandes e pequenos lábios, fúrcula vaginal, vestibulo e cérvix. Com o aumento do número de homossexuais masculinos e da prática de sexo anoral, são descritas lesões cancróides na boca e ânus¹¹.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:^{1,2,7}

O diagnóstico é essencialmente clínico¹. Para a confirmação diagnóstica pode ser utilizada a cultura em meio enriquecido com fenoprotoporfirina. Mesmo assim é de difícil isolamento.

A pesquisa direta do material coletado do cancro ou mesmo do material secretado da adenopatia, corados pela técnica de Gram ou giemsa, revelam a presença de pequenos bacilos dispostos em cadeias paralelas, intra e extra celulares, Gram negativos, sendo esta pesquisa o método laboratorial mais utilizado como apoio diagnóstico.

A intradermorreação de Ito não é mais utilizada rotineiramente, e os testes sorológicos, como a fixação de complemento, precipitação e aglutinação ainda carecem de melhores incentivos à sua utilização de rotina.

TRATAMENTO:^{2,6,8,9}

No livro do Dr. Duarte Madeira Anasis, "Madeira Ilustrado, Métodos de Conhecer e Curar o Morbo Gálico" (Lisboa, 1715), são descritas várias plantas medicinais para o tratamento das doenças venéreas, como a Caroba, a Douradina-do-Campo e o inhames⁸.

O mercúrio, o sulfato de cobre, sais de chumbo e outros unguentos, foram alvos da tese de doutoramento de Inácio Ferreira Câmara, MG, no ano de 1785⁸.

A postectomia foi utilizada como método para o bloqueio do aparecimento da adenopatia, e mesmo como tratamento da úlcera cancrosa⁷.

Por volta de 1938, as sulfonamidas foram utilizadas como droga de escolha em esquemas de 7-14 dias⁷.

Durante a década de 70, a resistência aos antibióticos começaram a ser descritas nos **H. ducreyi**^{2,7}: o cloranfenicol e a tetraciclina se mostraram ineficazes no tratamento do Cancro Mole, durante a guerra do Vietnã. Os aminoglicosídeos e a cefalotina foram utilizados em esquemas de 7-14 dias, com sucesso⁷.

O CDC (Centro de Controle das Doenças de Atlanta, EUA) recomenda a utilização da eritromicina 500 mg 4x/dia por 7 dias, ou a sulfametoxazol-trimetoprim (160 mg/80 mg) 2x/dia por 7 dias, como drogas de escolhas⁷.

Outros esquemas terapêuticos de países de 1.º mundo são recomendados, como a ceftriaxone 250 mg em dose única intra-muscular⁶.

Diversos estudos com as fluoroquinolonas revelam serem estas drogas um potente agente contra o cancróide⁷.

Pensando-se em país de 3.º mundo, como o Brasil, há a necessidade da utilização de drogas baratas, eficazes e de preferência utilizadas em dose única. Dessa forma, vários estudos brasileiros compararam e comprovaram a eficácia do tianfenicol 5 g em dose única, mostrando a elevada taxa de cura (cerca de 95%)^{9,11}. Essa droga é tida

como droga de escolha para o tratamento do Cancro Mole, pela ULACETS (Union Latino Americana Contra Las Enfermedades De Transmision Sexual).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO:^{2,7,10}

As orientações universais na prevenção das Doenças Sexualmente Transmitidas giram em torno da limitação do número de parceiros(as) sexuais, evitar a prostituição, higiene imediatamente após o ato sexual e a utilização de preservativos de látex (condom).

Os preservativos são indicados como o melhor método preventivo das DST.

CONCLUSÃO

As drogas de transmissão sexual avançam desde a década de 70. O ressurgimento de algumas doenças como o Cancro Mole preocupam os especialistas em Saúde Pública.

Novas drogas surgem a cada ano. A resistência microbiana aos antibióticos, no entanto, também evolui, ano após ano. O preço dessas novas drogas e a realidade sócio-econômica de cada país devem ser levadas em consideração para a indicação precisa do antimicrobiano.

Cada vez mais as drogas de utilização unitária ou em dose única, são preferíveis àquelas de longo tempo de utilização.

Bibliografia

- BALDY, J. L. S. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. In: AMATO NETO, V. BALDY, J. L. S. **Doenças Transmissíveis**. 3.ª ed. rev. amp. São Paulo : Sarvier, 1989, cap 29, p 343-372.

2. BELDA, W. **Cancro Mole**. In: VERONESI, R. **Doenças infecciosas e Parasitárias**. 8.^a ed. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 1991, cap 113, p 944-948.
3. BIER, O. Infecções Venéreas. In: _____. **Bacteriologia e Imunologia**. 21.^a ed. rev amp. São Paulo : Melhoramentos, 1981, cap 27, p 448-469.
4. JAWTZ, E. Haemophilus, Bordetella e Brucella. In: _____. **Microbiologia Médica**. 18.^a ed, Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 1991, cap 19, p 195-200.
5. KILIAN, M. Haemophilus. In: LENNETTE, E. H. et al. **Manual de Microbiologia Clínica**. 4.^a ed. Buenos Aires : Panamericana, 1985, cap 33, p 487-494.
6. LARON, H. et al. Treatment of Sexually Trasmitted Diseases. **The Medical Letter**, New York : v. 30 (Issue 757), p. 5-10, jan 1988.
7. RONALD, A. R. ALBRITTON, W. Chancroid and Haemophilus ducreyi. In: HOLMES, K. K. et al. **Sexually Transmitted Diseases**. 2.^a ed. EUA : McGraw-Hill, 1990, cap 24, p 263-271.
8. SANTOS FILHO, L. Medicina Ibérica. In: _____. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo : HUCITEC/EDUSP, 1977, v. 1. p 153-224.
9. **SEXTO CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ENFERMIDADES DE TRANSMISSÃO SEXUAL**. sep, 1987, Ecuador (resumos).
10. SOUNIS, E. **Epidemiologia e Prevenção do Cancróide**. In: _____. **Epidemiologia Aplicada**. Rio de Janeiro : Atheneu/UFPR, 1985, v. 2 cap 27, p 61-62.
11. **TERCEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS**, nov. 1990, São Paulo : (resumos).
12. TOLEDO, M R. F. Haemophilus. In: TRABULSI, L. R. **Microbiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro : Atheneu, 1991, cap 22, p 133-135.