

BMJ Best Practice

Infecção do trato genital por clamídia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Tratamento	16
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	17
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	20
Diretrizes	21
Diretrizes de diagnóstico	21
Diretrizes de tratamento	22
Recursos online	24
Referências	25
Aviso legal	28

Resumo

- ◇ As infecções do trato genital por clamídia são uma das infecções sexualmente transmissíveis relatadas com mais frequência.
- ◇ Muitos dos indivíduos infectados são assintomáticos.
- ◇ Nas mulheres, pode ocorrer inflamação cervical ou corrimento amarelado ou turvo do óstio cervical.
- ◇ Nos homens, pode ocorrer uma secreção no pênis.
- ◇ Estão disponíveis técnicas que não fazem uso de cultura, como o teste de amplificação do ácido nucleico. Os exames para os homens são realizados em amostras de urina e da uretra. Os exames em mulheres são realizados em amostras vaginais coletadas pela própria paciente, do colo cervical e de urina.
- ◇ Os pacientes não tratados ou tratados inadequadamente apresentam possível risco infecção ascendente e complicações posteriores. Os pacientes também estão em risco de transmitir a infecção aos parceiros sexuais.

Definição

A infecção urogenital por clamídia é uma infecção comum sexualmente transmissível (IST; também conhecida como doença sexualmente transmissível, DST) no mundo inteiro. O organismo causador é a *Chlamydia trachomatis*. A infecção é geralmente assintomática tanto nos homens quanto nas mulheres.[1]

Nas mulheres, a infecção por clamídia tende a ocorrer no canal endocervical. Algumas mulheres com infecção cervical por clamídia não complicada já têm infecções do trato reprodutivo superior subclínicas após o diagnóstico. Os sintomas podem incluir sangramento intermenstrual ou pós-coito, corrimento vaginal mucoso e inodoro, dor na pelve ou disúria. Nos homens, a infecção por clamídia pode ocorrer na uretra, causando uma secreção no pênis.

As infecções por clamídia não tratadas ou tratadas inadequadamente podem causar problemas mais graves, como doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica e infertilidade nas mulheres, e epididimite e prostatite nos homens.

Epidemiologia

A clamídia genital é a IST bacteriana mais comum em países ricos em recursos.[3] [4] [5] Um total de 203,116 diagnósticos de clamídia foram feitos na Inglaterra em 2017, onde é responsável por 48% de todos os novos diagnósticos de IST.[6]

Em 2017, houve 1,708,569 infecções por clamídia relatadas nos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA.[4] Este é um índice de 528.8 casos a cada 100,000 pessoas, que representa um aumento de 6.9% comparado com 2016. A maioria das infecções relatadas ocorre entre 15 e 24 anos de idade.[4]

Etiologia

As infecções são causadas pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, a infecção sexualmente transmissível mais comumente relatada.[3] Ela é quase sempre transmitida por contato sexual. A bactéria pode causar sintomas, mas na maioria das pessoas a infecção é assintomática.[1]

Fisiopatologia

A *Chlamydia trachomatis* é uma pequena bactéria Gram-negativa que vive como um parasita intracelular obrigatório.[7] Ela tem duas fases de ciclo de vida. Durante a primeira fase, o organismo entra na célula e forma grandes corpos de inclusão chamados corpos elementares. Os corpos elementares se reorganizam em corpos reticulados menores. Os corpos reticulados replicam-se e retornam ao estado de corpos elementares. Após a maturação completa, a célula se rompe em 2 a 3 dias. A bactéria livre penetra em outras células para continuar o processo de replicação.[8] Em decorrência do ciclo de vida diferenciado, o organismo não pode ser cultivado em meio artificial.[9]

Após a exposição ao *C trachomatis*, o período de incubação geralmente é de 7 a 21 dias. A infecção no trato urogenital causa inflamação uretral nos homens ou inflamação cervical nas mulheres. Em alguns casos, a infecção pode migrar até o trato reprodutivo das mulheres e causar uma infecção pélvica, doença

inflamatória pélvica (DIP) ou peri-hepatite (síndrome de Fitzhugh-Curtis). Nos homens, a ascensão da infecção pode causar epididimite ou prostatite.^[2]

Classificação

Sorotipos L1, L2, L3

Linfogranuloma venéreo (LGV): sorotipo mais invasivo que causa úlcera genital e/ou linfadenopatia inguinal ou proctite com infecção retal.

Sorotipos A, B, Ba, C

Tracoma ocular.

Sorotipos B, Ba, D a K

Doença oculogenital em adultos e crianças, pneumonia em lactentes.

Prevenção primária

Os pacientes de alto risco devem ser aconselhados sobre comportamentos sexuais mais seguros, como o uso de preservativos. No Reino Unido, um programa nacional de rastreamento de clamídia (National Chlamydia Screening Programme) visa aumentar a conscientização sobre a infecção por clamídia entre homens e mulheres sexualmente ativos com menos de 25 anos. O programa oferece também acesso aos serviços de rastreamento e tratamento para prevenir a transmissão subsequente da infecção.

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA recomendam a coleta de informações sobre qualquer pessoa que tenha tido contato sexual com um paciente diagnosticado nos últimos 60 dias.[3] Deve-se fornecer aconselhamento sobre relações sexuais desprotegidas e o risco de reinfeção por clamídia e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A triagem de coinfeções comuns, como *Neisseria gonorrhoeae*, deve ser realizada com frequência. Geralmente, deve-se realizar também o aconselhamento e o exame para infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).[3]

As diretrizes nacionais do Reino Unido recomendam a identificação de parceiros sexuais em risco de infecção nos 6 meses anteriores ao diagnóstico do caso índice.[2] Nos homens com sintomas uretrais, o período de retrospectiva recomendado é de 6 meses.[2]

Rastreamento

A US Preventive Services Task Force (USPSTF) concluiu que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e malefícios do rastreamento para infecção por clamídia para os homens.

A USPSTF e a American Academy of Family Physicians recomendam o rastreamento anual de:[22] [23]

- mulheres com 24 anos ou menos quando se tornam sexualmente ativas
- mulheres mais velhas que estão em maior risco de infecção.

Além disso, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA recomenda o rastreamento de gestantes na primeira consulta pré-natal e no terceiro trimestre se:[13]

- elas têm menos de 25 anos de idade
- elas são mais velhas e estão em maior risco de infecção (como mulheres com novos ou múltiplos parceiros sexuais).

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido não recomenda o rastreamento para a clamídia como parte dos cuidados pré-natais de rotina.[24]

Prevenção secundária

Um novo exame para infecção por clamídia deve ser realizado 3 a 4 meses após o tratamento para identificar as pessoas que foram infectadas novamente. Não se recomenda o exame para cura, a não ser durante a gestação. Em gestantes, testar novamente 3-4 semanas após o tratamento e novamente dentro de 3 meses.[3]

Todos os contatos sexuais nos 60 dias anteriores devem ser aconselhados a realizar investigação e tratamento para clamídia. No mínimo, o caso índice deve notificar seus parceiros sexuais de que podem ter sido expostos à clamídia. Em alguns estados dos EUA a lei permite a terapia para o parceiro (EPT), que é a prática de tratar os parceiros sexuais de pessoas com ISTs, sem uma avaliação clínica de intervenção ou aconselhamento de prevenção profissional.[27] Essa prática pode ser considerada uma opção para facilitar o manejo dos parceiros de homens e mulheres heterossexuais com infecção por clamídia. O American College of Obstetricians and Gynecologists emitiu uma declaração que apoia a EPT no manejo de infecções

por clamídia e gonorreia, quando é pouco provável ou não é possível que o parceiro receba uma avaliação presencial e tratamento adequado.[28]

As diretrizes nacionais do Reino Unido recomendam a identificação de parceiros sexuais em risco de infecção nos 6 meses anteriores ao diagnóstico do caso índice.[2] Nos homens com sintomas uretrais, o período de retrospectiva recomendado é de 6 meses.[2]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 22 anos relata sangramento pós-coito, mas nega quaisquer outros sintomas. Atualmente ela tem um relacionamento monogâmico com um parceiro sexual do sexo masculino. Ela está preocupada que seu parceiro possa ter tido outros contatos sexuais. No momento, ela usa contracepção oral e não utiliza preservativos. Seu último contato sexual com seu namorado foi há 8 dias. No exame físico, sua genitália externa está normal. O exame especular revela uma secreção mucopurulenta na abertura do óstio cervical. O colo uterino torna-se friável quando raspado com um swab de Dacron. O exame manual da pelve não revela dor à mobilização do colo. Ela não apresenta outras anormalidades no exame físico.

Caso clínico #2

Um homem de 19 anos de idade apresenta disúria. Ele afirma não ter secreção no pênis. Não utiliza preservativos e praticou relações com penetração vaginal sem proteção com uma nova parceira sexual há cerca de 7 dias. Ele nega qualquer infecção sexualmente transmissível prévia. Em um primeiro momento durante o exame físico, não foi percebida secreção aparente. Após compressão ao longo do corpo peniano, há uma leve secreção esbranquiçada. Nenhuma outra anormalidade física foi observada.

Outras apresentações

Apesar de ser incomum, as mulheres podem apresentar um corrimento vaginal inodoro. Além disso, a infecção nas mulheres pode ascender para o trato urogenital superior e causar febre, calafrios, mialgias, náuseas, vômitos e dor abdominal ou na pelve. Em raros casos, pode causar febre e dor abdominal no quadrante superior direito em consequência de infecção hepática pericapsular.

Os homens também podem ter uma infecção ascendente que causa epididimite ou prostatite,^[2] que pode causar dor unilateral no testículo. Os achados físicos podem incluir eritema escrotal e dor à palpação ou edema no epidídimo.

Em homens que fazem sexo com homens e em mulheres que praticam penetração anal receptiva, a infecção retal é possível e, geralmente, assintomática, exceto quando a infecção ocorre com os sorotipos do linfogranuloma venéreo (LGV), que podem causar sintomas de proctite e proctocolite.

As infecções por clamídia podem causar também uma artrite reativa em adultos. Os neonatos nascidos de mães com clamídia urogenital podem desenvolver infecções, incluindo conjuntivite (tracoma ocular) e pneumonia.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Como cerca de 85% das mulheres e homens são assintomáticos,^[11] a suspeita é altamente justificada com base na história e presença de fatores de risco.

Os fatores de risco típicos incluem idade abaixo de 25 anos, atividade sexual com parceiro infectado, novo ou múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual que tem outros parceiros concomitantes, história prévia de IST e não usar preservativos.

O diagnóstico e o tratamento são relativamente fáceis de definir após haver suspeita clínica.[11] [12]

Sinais e sintomas

As mulheres podem apresentar sangramento pós-coito ou intermenstrual, corrimento vaginal inodoro, disúria ou dor pélvica. A infecção pode ascender para o trato urogenital superior e causar febre, calafrios, mialgias, náuseas, vômitos e dor abdominal ou na pelve. Em raros casos, pode causar febre e dor abdominal no quadrante superior direito em consequência de infecção hepática pericapsular. O exame de inspeção do óstio cervical pode revelar uma secreção turva ou amarelada. O colo uterino pode sangrar facilmente quando esfregado com um swab de Dacron.

Os homens podem apresentar disúria e uma secreção uretral clara a esbranquiçada. No exame físico, pode-se observar uma secreção visível no pênis. Se não houver nenhuma secreção visível, uma pressão ao longo do corpo peniano, da base à ponta, poderá causar a extração de fluido. Pode ocorrer dor escrotal leve a intensa em infecções ascendentes que causam epididimite ou prostatite.[2] Em infecções graves, os sintomas são febre, náuseas e vômitos. A região escrotal é sensível ao toque e parece quente.

Os sintomas e sinais de infecção retal são raros, mas se presentes, podem incluir tenesmo ou secreção retal mucopurulenta.

Testes diagnósticos

Recomenda-se atualmente o teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT).[3] A sensibilidade do NAAT é de 90% e a especificidade é de 94% a 99.5%.[13] Resultados positivos no NAAT indicam que a *Chlamydia trachomatis* está presente e deve ser tratada. No exame de NAAT, pode ocorrer o resultado falso-positivo decorrente de ácido desoxirribonucleico (DNA) residual não viável por até 3 semanas após o tratamento bem-sucedido.[3] Se o resultado do exame realizado for negativo quando a suspeita clínica for alta, deve-se repetir o teste, pois há a possibilidade de resultados falso-negativos. Após a infecção ter sido diagnosticada, será necessário um rigoroso rastreamento dos contatos do paciente para identificar portadores assintomáticos.

O NAAT pode ser realizado pelo próprio paciente (amostra do primeiro jato urinário ou swab vaginal) ou com amostras coletadas pelo médico (swab vaginal, endocervical ou uretral).

A infecção retal ou orofaríngea por *C. trachomatis* pode ser diagnosticada por exame no local anatômico de exposição. Nos EUA, o NAAT não está autorizado pela Food and Drug Administration para uso com espécimes de swab orofaríngeo ou retal. No entanto, alguns laboratórios cumpriram as Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) para validação do exame NAAT e podem realizar esses exames.[13] Também há boas evidências de que o desempenho do NAAT em swabs retais coletados pelo próprio paciente seja comparável aos swabs retais coletados pelo médico, e os pacientes consideram o método de autocoleta para rastreamento de clamídia altamente aceitável.[14] [15]

Se o NAAT não estiver disponível, devem-se realizar exames de transformação e hibridização de ácido nucleico, ensaios imunoenzimáticos e exames de anticorpos fluorescentes diretos.

O exame pode ser realizado por cultura celular (por exemplo, cultura em cultura de células McCoy), mas esse tipo de exame é caro, difícil de ser realizado e exige técnicas especiais.[13] A especificidade é cerca de 100%, mas a sensibilidade é de 70% a 90% dependendo da técnica laboratorial e da coleta.[13] Em razão da variabilidade e do custo, esse exame deve ser usado somente em casos em que estiverem envolvidos problemas legais.

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam antibióticos empíricos para tratamento imediato se houver suspeita elevada de infecção.

Fatores de risco

Fortes

idade abaixo de 25 anos, sexualmente ativo

- O risco de infecção é maior em adolescentes e adultos jovens sexualmente ativos com menos de 25 anos de idade.[3] [4]

múltiplos ou novos parceiros sexuais

- O risco é especialmente alto se a pessoa tem múltiplos parceiros sexuais, mudou recentemente de parceiro ou tem um parceiro sexual que tem outros parceiros concomitantes.[3]

atividade sexual com parceiro infectado

- O risco será especialmente alto se houver uma história de atividade sexual com uma pessoa que tenha infecção por clamídia.

não utilização de preservativos

- O risco de ISTs é maior quando não se usa preservativos.

história de IST prévia

- As pessoas com ISTs prévias devem ser avaliadas com frequência para verificar se ocorreu nova exposição.[3]

Fracos

etnia

- Os negros apresentam maior risco que os brancos, que por sua vez apresentam maior risco que os asiáticos.[4] [10]

residência urbana e baixa condição socioeconômica

- A residência urbana e a baixa condição socioeconômica aumentam o risco.[10]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco típicos incluem idade abaixo de 25 anos, atividade sexual com parceiro infectado, novo ou múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual que tem outros parceiros concomitantes, história prévia de IST e não usar preservativos.

assintomático (comum)

- Aproximadamente 85% das mulheres e homens são assintomáticos.[11]

Outros fatores de diagnóstico**corrimento cervical (comum)**

- O exame de inspeção do óstio cervical pode revelar uma secreção turva ou amarelada.

colo uterino friável (comum)

- O colo uterino sangra facilmente com fricção de um swab de Dacron.

abnormal vaginal bleeding (comum)

- As mulheres podem apresentar sangramento intermenstrual ou pós-coito.

secreção peniana (comum)

- Secreção de muco ou mucopurulenta pela abertura uretral. A secreção pode aparecer após compressão ao longo do corpo peniano.

corrimento vaginal (comum)

- Pode haver secreção de muco inodoro.

disúria (incomum)

- A micção dolorosa pode estar presente em qualquer sexo, mas é mais comum nos homens.

dor pélvica (incomum)

- Pode ocorrer em mulheres se a infecção ascende para o trato urogenital superior ou como resultado de uma doença inflamatória pélvica (DIP) precoce.

febre/calafrios (incomum)

- Pode ocorrer em mulheres se a infecção ascende para o trato urogenital superior ou, em raros casos, em consequência de infecção hepática pericapsular.
- Pode ocorrer em homens com infecções graves.

náuseas/vômitos (incomum)

- Pode ocorrer em mulheres se a infecção ascende para o trato urogenital superior.
- Pode ocorrer em homens com infecções graves.

dor escrotal (incomum)

- Pode ocorrer dor escrotal leve a intensa em infecções ascendentes que causam epididimite ou prostatite.[2]
- Em infecções graves, a região escrotal pode ficar sensível ao toque e quente.

mialgias (incomum)

- Pode ocorrer em mulheres se a infecção ascende para o trato urogenital superior.

dor abdominal (incomum)

- Pode ocorrer em mulheres se a infecção ascende para o trato urogenital superior. Raramente, a dor abdominal no quadrante superior direito ocorre de forma secundária a uma infecção hepática pericapsular.

corrimento retal mucopurulento ou tenesmo (incomum)

- Os sintomas e sinais de infecção retal são raros, mas se presentes, podem incluir tenesmo ou secreção retal mucopurulenta.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) <ul style="list-style-type: none"> • A amostra não invasiva (urinária ou vaginal) é tão eficaz quanto a invasiva (swab vaginal, endocervical ou uretral do pênis) e é mais aceita pelos pacientes.^[16] • A infecção retal ou orofaríngea por <i>Chlamydia trachomatis</i> pode ser diagnosticada por exame no local anatômico de exposição. Nos EUA, o NAAT não está autorizado pela Food and Drug Administration para uso com espécimes de swab orofaríngeo ou retal. No entanto, alguns laboratórios cumpriram as Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) para validação do exame NAAT e podem realizar esses exames.^[13] Também há boas evidências de que o desempenho do NAAT em swabs retais coletados pelo próprio paciente seja comparável aos swabs retais coletados pelo médico, e os pacientes consideram o método de autocoleta para rastreamento de clamídia altamente aceitável.^{[14] [15]} • A sensibilidade é tão alta (>90%) quanto a especificidade (94% a 99.5%). O NAAT consegue detectar uma única hélice do ácido desoxirribonucleico (DNA) e produzir um resultado positivo. As clamídias não precisam ser viáveis para se obter um resultado positivo.^[13] • Se o NAAT for negativo, mas a suspeita clínica for alta, trate o paciente empiricamente. • Há um uso crescente de NAATs rápidos próximos do paciente, que podem fornecer resultados dentro de 90 minutos.^[17] 	positiva

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
imunofluorescência direta <ul style="list-style-type: none"> • Requer amostra invasiva (swab vaginal, endocervical ou uretral do pênis) e é altamente específica, mas menos sensível que o NAAT.^[18] 	positiva

Exame	Resultado
ensaio imunoenzimático <ul style="list-style-type: none"> Requer amostra invasiva (swab vaginal, endocervical ou uretral do pênis) e tem sensibilidade de cerca de 50% do NAAT. A especificidade depende do operador.[18] 	positiva
testes de hibridização de ácido nucleico <ul style="list-style-type: none"> Requer amostra invasiva (swab vaginal, endocervical ou uretral do pênis). 	positiva
cultura celular <ul style="list-style-type: none"> Requer amostra invasiva (swab vaginal, endocervical ou uretral do pênis). Alta especificidade (cerca de 100%). A sensibilidade varia dependendo dos laboratórios (70% a 90%).[13] Em razão da variabilidade e do custo, este exame é geralmente usado somente em casos em que estiverem envolvidos problemas legais. 	positiva

Novos exames

Exame	Resultado
testes rápidos e testes laboratoriais remotos <ul style="list-style-type: none"> Permitem que as decisões de diagnóstico e tratamento sejam tomadas na apresentação inicial. Atualmente, os testes disponíveis têm baixa precisão ou são caros, mas há muitos testes laboratoriais remotos sendo desenvolvidos, como o teste molecular rápido para clamídia, com algumas evidências de que podem melhorar o diagnóstico e reduzir o tratamento desnecessário.[19] [20] [21] 	positiva

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Infecção por gonorreia	<ul style="list-style-type: none"> Na gonorreia, os sinais e sintomas da secreção cervical ou uretral masculina são geralmente mais acentuados. 	<ul style="list-style-type: none"> Isoladamente, o teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) é positivo para gonorreia. Diplococos intracelulares Gram-negativos podem ser observados em coloração de Gram de espécimes infectados.
Vaginose bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> O corrimento vaginal tende a ser fino e com odor de peixe. 	<ul style="list-style-type: none"> Células Clue estarão presentes no exame microscópico. pH vaginal >4.5.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Candidíase vaginal	<ul style="list-style-type: none"> O corrimento vaginal pode ser fino e branco na cúpula vaginal. Há maior probabilidade de sintomas na genitália externa, como prurido e ardor. 	<ul style="list-style-type: none"> Hifas ou levedura de brotamento estão presentes no exame microscópico de preparação de hidróxido de potássio (KOH) de secreções vaginais.
Trichomonas vaginitis	<ul style="list-style-type: none"> Os homens tendem a ser assintomáticos, mas podem ser portadores. As mulheres classicamente apresentam corrimento vaginal fino, acinzentado e espumoso na cúpula vaginal. O corrimento tende a ser pior logo após a menstruação. O colo uterino pode, raramente, estar inflamado e ter uma aparência de morango. 	<ul style="list-style-type: none"> Tricomonas móveis presentes no exame microscópico em muitos casos. Os NAATs agora estão disponíveis.
Infecção por micoplasma	<ul style="list-style-type: none"> Causada pelo organismo <i>Mycoplasma genitalium</i>. Frequentemente assintomática; entretanto, pode causar cervicite e doença inflamatória pélvica (DIP) nas mulheres, e uretrite nos homens. 	<ul style="list-style-type: none"> O teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) para <i>M genitalium</i> está disponível, mas ainda não é usado de forma generalizada.
Doença inflamatória pélvica (DIP)	<ul style="list-style-type: none"> Várias infecções bacterianas, incluindo clamídia, podem ascender no trato reprodutivo feminino, causando dor abdominal ou pélvica, febre, náuseas/vômitos, dispáreunia e sangramento intermenstrual. Os critérios de diagnóstico da DIP são dor à mobilização do colo e/ou dor à palpação anexial. O diagnóstico é presumido quando coexistem infecção por clamídia e dor à mobilização do colo. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação. O diagnóstico da DIP é clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Uretrite persistente ou refratária em homens	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes com sintomas de uretrite persistente que não tiverem aderido ao esquema de tratamento, ou que tiverem sido expostos novamente por um parceiro sexual não tratado, deverão ser tratados novamente com o mesmo esquema de antibioticoterapia inicial. São raras as falhas no tratamento realizado corretamente para clamídia no trato genital. Reinfecção é mais provável. A causa mais comum de uretrite persistente ou recorrente é o <i>Mycoplasma genitalium</i>, especialmente após o tratamento com doxiciclina. As causas menos comuns incluem <i>Ureaplasma urealyticum</i> e <i>Trichomonas vaginalis</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> O teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) para <i>M. genitalium</i> está disponível, mas ainda não é usado de forma generalizada. A reação em cadeia da polimerase pode ser usada para detectar o DNA de <i>U. urealyticum</i> em uma amostra de urina ou esfregaço vaginal. Nos EUA, alguns laboratórios cumpriram as validações necessárias da "Clinical Laboratory Improvement Amendments" (CLIA) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e, portanto, podem realizar o NAAT para detecção do <i>T. vaginalis</i>.

Abordagem passo a passo do tratamento

O principal objetivo do tratamento é erradicar a infecção e fazer o acompanhamento dos contatos sexuais. Adiar o tratamento pode aumentar o risco de infertilidade subsequente.

Tratamento recomendado

Azitromicina ou doxiciclina são antibióticos de primeira linha recomendados.[3] Os antibióticos alternativos são eritromicina, ofloxacino, levofloxacino ou uma formulação de liberação retardada de doxiciclina.[3] [25] O uso de azitromicina é seguro durante a gestação e pode reduzir o risco de parto prematuro, mas a doxiciclina e as fluoroquinolonas devem ser evitadas em gestantes. Durante a gestação, as alternativas são amoxicilina ou eritromicina.[3] Uma revisão Cochrane de intervenções para o tratamento da infecção genital por clamídia na gravidez não concluiu nenhuma diferença na eficácia ou complicações na gravidez ao comparar agentes antibacterianos (amoxicilina, eritromicina, clindamicina, azitromicina); no entanto, a azitromicina e a clindamicina parecem ter menos efeitos colaterais do que a eritromicina.[26]

Se o risco de infecção por clamídia for alto, o tratamento deverá ser iniciado empiricamente antes de os resultados dos exames serem conhecidos. Os pacientes são aconselhados a evitar o contato sexual por 7 dias após o início do tratamento.

Todos os contatos sexuais nos 60 dias anteriores devem ser aconselhados a realizar investigação e tratamento para clamídia. No mínimo, o caso índice deve notificar seus parceiros sexuais de que podem ter sido expostos à clamídia. Em alguns estados dos EUA a lei permite a terapia para o parceiro (EPT), que é a prática de tratar os parceiros sexuais de pessoas com ISTs, sem uma avaliação clínica de intervenção ou aconselhamento de prevenção profissional.[27] [CDC: expedited partner therapy] Essa prática pode ser considerada uma opção para facilitar o manejo dos parceiros de homens e mulheres heterossexuais com infecção por clamídia. O American College of Obstetricians and Gynecologists emitiu uma declaração que apoia a EPT no manejo de infecções por clamídia e gonorreia, quando é pouco provável ou não é possível que o parceiro receba uma avaliação presencial e tratamento adequado.[28]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
confirmada ou suspeita		
■ homens e não gestantes	1a	antibioticoterapia antclamídia
■ gestantes	1a	antibioticoterapia antclamídia alternativa

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

confirmada ou suspeita

■ homens e não gestantes

1a

antibioticoterapia anticlamídia

Opções primárias

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia por 7 dias

Opções secundárias

» **eritromicina base**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

OU

» **ofloxacino**: 300 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

OU

» **levofloxacino**: 500 mg por via oral uma vez ao dia por 7 dias

OU

» **doxiciclina**: 200 mg por via oral (liberação retardada) uma vez ao dia por 7 dias

» Geralmente, inicia-se o tratamento após os resultados dos exames serem conhecidos. Entretanto, se a suspeita clínica for alta, o tratamento deverá ser iniciado empiricamente antes de os resultados dos exames serem conhecidos.

» Os antibióticos de primeira linha recomendados proporcionam uma excelente taxa de cura.^[29] Os benefícios do tratamento incluem uma diminuição na incidência de doença inflamatória pélvica (DIP) e redução no risco de infertilidade em mulheres. Há uma redução na incidência de epididimite ou prostatite nos homens.

Agudo

■ gestantes

1a

» Todos os contatos sexuais nos 60 dias anteriores devem ser aconselhados a realizar investigação e tratamento para clamídia. O manejo dos parceiros sexuais dos pacientes é uma consideração importante para prevenir reinfecção e posterior transmissão.[27]

antibioticoterapia antclamídia alternativa**Opções primárias**

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **amoxicilina**: 500 mg por via oral três vezes ao dia por 7 dias

OU

» **eritromicina base**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

» Geralmente, inicia-se o tratamento após os resultados dos exames serem conhecidos. Entretanto, se a suspeita clínica for alta, o tratamento deverá ser iniciado empiricamente antes de os resultados dos exames serem conhecidos.

» Todos os contatos sexuais nos 60 dias anteriores devem ser aconselhados a realizar investigação e tratamento para clamídia.[3] O manejo dos parceiros sexuais dos pacientes é uma consideração importante para prevenir reinfecção e posterior transmissão.[27]

Recomendações

Monitoramento

Em razão do risco de reinfecção, os homens e as mulheres devem ser examinados novamente 3 a 4 meses após o início dos antibióticos.

As gestantes com infecção por clamídia devem ser testadas novamente 3 a 4 semanas após o tratamento e novamente dentro de 3 meses.[3]

Instruções ao paciente

A abstinência de atividade sexual é recomendada por 7 dias após antibióticos de dose única ou até o término de um ciclo de 7 dias de antibióticos.[3] O paciente que não estiver disposto a cumprir a abstinência deve ser aconselhado a usar preservativos durante o período de 7 dias. Demonstrou-se que o tratamento do parceiro, que é comumente chamado de "pacote do parceiro", reduziu as taxas de recorrência da infecção. [CDC: expedited partner therapy] [3] Todos os contatos sexuais dos 60 dias anteriores devem ser examinados.[3] A clamídia é uma doença relatada nos EUA.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
epididimite	curto prazo	baixa
Mais comum em homens com 35 anos e mais jovens, mas ainda é pouco provável. A infecção ascende através das estruturas do epidídimo.		
artrite reativa	curto prazo	baixa
Cerca de 3% a 8% de pacientes infectados desenvolverão artrite reativa.[31] [32] [33]		
oftalmia neonatal	curto prazo	baixa
Durante o parto, os neonatos podem contrair conjuntivite da mãe infectada. Há um conflito de dados sobre a eficácia da profilaxia ocular dos neonatos.[34]		
pneumonia por clamídia	curto prazo	baixa
Durante o parto, os neonatos podem contrair pneumonia da mãe infectada.		
gravidez ectópica	longo prazo	média
Uma simples infecção aumenta o risco de gravidez ectópica.		
infertilidade	longo prazo	baixa
A infecção está associada com um aumento do risco de infertilidade de fator tubário.[3] [30]		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
Câncer cervical	longo prazo	baixa
Há evidências que sugerem que infecções de <i>Chlamydia trachomatis</i> aumentam o risco de câncer cervical. O risco aumenta em pacientes com infecções associadas pelo papilomavírus humano. ^[35]		
doença inflamatória pélvica (DIP)	variável	baixa
O risco de DIP será baixo se a infecção for tratada adequadamente, mas aumentará se não for tratada.		

Prognóstico

Quase todos os pacientes são curados com a antibioticoterapia recomendada atualmente.^[29] As possíveis complicações em mulheres com infecções não tratadas ou tratadas inadequadamente são a doença inflamatória pélvica e a infertilidade. Se não forem tratados, os homens poderão desenvolver prostatite, epididimite e estenose uretral. Ocasionalmente, pode ocorrer a artrite reativa.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections

Publicado por: International Union against Sexually Transmitted Infections

Última publicação em: 2015

2015 UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2015

Diagnosis of Chlamydia trachomatis: quick reference guide for general practices

Publicado por: Public Health England

Última publicação em: 2014

Management and laboratory diagnosis of abnormal vaginal discharge: quick reference guide for primary care

Publicado por: Public Health England

Última publicação em: 2014

Management of genital Chlamydia trachomatis infection: a national clinical guideline

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em: 2009

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2015

Chlamydia and gonorrhea: screening

Publicado por: US Preventive Services Task Force

Última publicação em: 2014

Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae - 2014

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2014

Oceania

Guidelines for preventive activities in general practice 9th edition: Chapter 6.2 Sexually transmissible infections

Publicado por: Royal Australian College of General Practitioners

Última publicação em:
2018

Diretrizes de tratamento

Europa

2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections

Publicado por: International Union against Sexually Transmitted Infections

Última publicação em:
2015

Sexually transmitted infections in primary care

Publicado por: Royal College of General Practitioners

Última publicação em:
2013

Service standards for sexual and reproductive health care

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em:
2013

Management of genital Chlamydia trachomatis infection: a national clinical guideline

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em:
2009

Sexually transmitted infections and under-18 conceptions: prevention

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2007

Internacional

WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em:
2016

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

América do Norte

Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea and chlamydial infection

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2008

Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2006

Oceania

Guidelines for preventive activities in general practice 9th edition: Chapter 6.2 Sexually transmissible infections

Publicado por: Royal Australian College of General Practitioners

Última publicação em:
2018

Recursos online

1. [CDC: expedited partner therapy \(external link\)](#)

Artigos principais

- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2017. September 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Swedish Institute for Infectious Disease Control. Chlamydia infection. Swedish Institute for Infectious Disease Control; 2007.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 506: expedited partner therapy in the management of gonorrhea and chlamydia by obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol. 2011 Sep;118(3):761-6. [Resumo](#)

Referências

1. Torrone E, Papp J, Weinstock H. Prevalence of Chlamydia trachomatis genital infection among persons aged 14-39 years--United States, 2007-2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Sep 26;63(38):834-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, et al. 2015 UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis. Int J STD AIDS. 2016 Mar;27(4):251-67. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2017. September 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
5. Swedish Institute for Infectious Disease Control. Chlamydia infection. Swedish Institute for Infectious Disease Control; 2007.
6. Public Health England. Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2017. June 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
7. Bachmann NL, Polkinghorne A, Timms P. Chlamydia genomics: providing novel insights into chlamydial biology. Trends Microbiol. 2014 Aug;22(8):464-72. [Resumo](#)
8. Elwell C, Mirrashidi K, Engel J. Chlamydia cell biology and pathogenesis. Nat Rev Microbiol. 2016 Jun;14(6):385-400. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Scidmore MA. Cultivation and laboratory maintenance of Chlamydia trachomatis. Curr Protoc Microbiol. 2005 Jul;Chapter 11:Unit 11A.1. [Resumo](#)

10. Mertz KJ, McQuillan GM, Levine WC, et al. A pilot study of the prevalence of chlamydia infection in a national household survey. *Sex Transm Dis.* 1998 May;25(5):225-8. [Resumo](#)
11. Stamm WE. Chlamydia trachomatis infections: progress and problems. *J Infect Dis.* 1999 Mar;179(suppl 2):S380-3. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Cecil JA, Howell MR, Tawes JJ, et al. Features of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infection in male Army recruits. *J Infect Dis.* 2001 Nov 1;184(9):1216-9. [Resumo](#)
13. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae - 2014. *MMWR Recomm Rep.* 2014 Mar 14;63(RR-02):1-19. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Moncada J, Schachter J, Liska S, et al. Evaluation of self-collected glans and rectal swabs from men who have sex with men for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae by use of nucleic acid amplification tests. *J Clin Microbiol.* 2009 Jun;47(6):1657-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Cosentino LA, Campbell T, Jett A, et al. Use of nucleic acid amplification testing for diagnosis of anorectal sexually transmitted infections. *J Clin Microbiol.* 2012 Jun;50(6):2005-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Hoebe CJ, Rademaker CW, Brouwers EE, et al. Acceptability of self-taken vaginal swabs and first-catch urine samples for the diagnosis of urogenital Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae with an amplified DNA assay in young women who attend a public health sexually transmitted disease clinic. *Sex Transm Dis.* 2006 Aug;33(8):491-5. [Resumo](#)
17. Whitlock GG, Gibbons DC, Longford N, et al. Rapid testing and treatment for sexually transmitted infections improve patient care and yield public health benefits. *Int J STD AIDS.* 2018 Apr;29(5):474-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Gaydos CA, Ferrero DV, Papp J. Laboratory aspects of screening men for Chlamydia trachomatis in the new millennium. *Sex Transm Dis.* 2008 Nov;35(11 suppl):S45-50. [Resumo](#)
19. Kelly H, Coltart CEM, Pant Pai N, et al. Systematic reviews of point-of-care tests for the diagnosis of urogenital Chlamydia trachomatis infections. *Sex Transm Infect.* 2017 Dec;93(S4):S22-S30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. May L, Ware CE, Jordan JA, et al. A randomized controlled trial comparing the treatment of patients tested for chlamydia and gonorrhea after a rapid polymerase chain reaction test versus standard of care testing. *Sex Transm Dis.* 2016 May;43(5):290-5. [Resumo](#)
21. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis.* 2017 Aug;17(8):e235-79. [Resumo](#)
22. LeFevre ML; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014 Dec 16;161(12):902-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)

23. American Academy of Family Physicians. Summary of recommendations for clinical preventive services. July 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
24. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. January 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
25. Geisler WM, Koltun WD, Abdelsayed N, et al. Safety and efficacy of WC2031 versus vibramycin for the treatment of uncomplicated urogenital Chlamydia trachomatis infection: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, multicenter trial. Clin Infect Dis. 2012 Jul;55(1):82-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Cluver C, Novikova N, Eriksson DO, et al. Interventions for treating genital Chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(9):CD010485. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. 2006 [internet publication]. [Texto completo](#)
28. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 506: expedited partner therapy in the management of gonorrhea and chlamydia by obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol. 2011 Sep;118(3):761-6. [Resumo](#)
29. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis. 2002 Sep;29(9):497-502. [Resumo](#)
30. Ahmadi MH, Mirsalehian A, Bahador A. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis in Iran: a systematic review and meta-analysis. Pathog Glob Health. 2015 Sep;109(6):290-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Denison HJ, Curtis EM, Clynes MA, et al. The incidence of sexually acquired reactive arthritis: a systematic literature review. Clin Rheumatol. 2016 Nov;35(11):2639-48. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Carter JD, Inman RD. Chlamydia-induced reactive arthritis: hidden in plain sight? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2011 Jun;25(3):359-74. [Resumo](#)
33. Rich E, Hook EW 3rd, Alarcón GS, et al. Reactive arthritis in patients attending an urban sexually transmitted diseases clinic. Arthritis Rheum. 1996 Jul;39(7):1172-7. [Resumo](#)
34. Darling EK, McDonald H. A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. J Midwifery Womens Health. 2010 Jul-Aug;55(4):319-27. [Resumo](#)
35. Zhu H, Shen Z, Luo H, et al. Chlamydia trachomatis infection-associated risk of cervical cancer: a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2016 Mar;95(13):e3077. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Anne Rompalo, MD

Professor of Medicine

Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: AR declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Anne Rompalo would like to gratefully acknowledge Dr Christopher K. Fairley, a previous contributor to this topic.

DIVULGAÇÕES: CKF declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Kenneth Lin, MD

Assistant Editor

American Family Physician, Clinical Assistant Professor, GUSOM Medical Officer, US Preventive Services Task Force

DIVULGAÇÕES: KL declares that he has no competing interests.

Lars Jørgen Østergaard, MD, PhD, DMSc

Professor/Head

Department of Infectious Diseases, Aarhus University Hospital, Skejby Sygehus, Aarhus, Denmark

DIVULGAÇÕES: LJO has been funded by Pfizer to write a leaflet on Chlamydia infections.