

Antecedentes

Em 1970, em São Francisco, Estados Unidos da América, foi descrito o primeiro surto de shigelose entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e, desde então, a transmissão sexual de patógenos entéricos nessa população é um fato reconhecido (1).

Entre os patógenos entéricos mais frequentes assinala-se *Escherichia coli*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, vírus como o vírus da hepatite A (HAV); e parasitas como *Giardia lamblia* ou *Entamoeba histolytica* e várias espécies de *Campylobacter* (2, 3, 4) que são frequentemente associados à multirresistência aos antimicrobianos de uso habitual.

A transmissão na população HSH ocorre por meio de contato oral-anal ou contato sexual, e a eficiência da transmissão é aumentada por fatores biológicos ou do hospedeiro. O período de incubação pode ser de 1 a 10 dias. Os sintomas mais comuns incluem inflamação do cólon e do reto, diarreia e dor abdominal intensa. Pode ser observada diarreia aquosa com sangue e muco, febre, cólicas abdominais e sensação de urgência para evacuar. O tratamento geralmente inclui a reposição de líquidos e eletrólitos, bem como o uso de antibióticos nos casos causados por bactérias.

Os fatores de risco incluem múltiplos parceiros sexuais, encontros de parceiros por internet, uso recreativo de drogas, incluindo chemsex, sexo sem proteção e uso de brinquedos sexuais e fezes durante as práticas sexuais.

A bactéria *Campylobacter* é um bacilo gram-negativo móvel. Há dezenas de espécies, sendo *C. jejuni* a espécie mais comumente implicada em infecções humanas. Outras espécies consideradas patogênicas para humanos incluem *C. coli*, *C. fetus* e *C. lari*.

Os primeiros sintomas da doença geralmente aparecem de 2 a 5 dias após a infecção (intervalo de 1 a 10 dias), sendo que os sintomas clínicos mais frequentes são diarreia (sanguinolenta), dor abdominal, febre, dor de cabeça, náuseas e/ou vômitos, e geralmente duram de 3 a 6 dias. A maioria das pessoas apresentam uma doença autolimitada, sem necessidade de tratamento com antibióticos.

Os grupos em risco de doença grave são pessoas com 65 anos ou mais, mulheres grávidas e pessoas com sistemas imunológicos debilitados, como pessoas com doenças sanguíneas, como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ou em tratamento quimioterápico.

A maioria das pessoas com infecção por *Campylobacter* se recupera em uma semana. De 5% a 20% podem desenvolver síndrome do intestino irritável por um período limitado e de 1% a 5% artrite. A síndrome de Guillain-Barré pode ocorrer em um a cada 1.000 casos, apresentando-se como fraqueza muscular ou, às vezes, paralisia que pode durar semanas e exigir cuidados intensivos.

É relevante considerar que, em surtos de *Campylobacter* relatados nos últimos anos em homens que fazem sexo com homens (HSH), foi detectada resistência a antibióticos de uso habitual para tratar infecções causadas por esse patógeno (5, 6).

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Nota informativa: Infecção por *Campylobacter* resistente a antimicrobianos em homens que fazem sexo com homens. 5 de abril de 2024, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024.

Resumo da situação

Em 15 de fevereiro de 2024, o Departamento de Saúde de Minnesota, nos **Estados Unidos da América**, publicou um alerta de saúde sobre um surto de *Campylobacter* nos condados de Hennepin e Ramsey em homens que fazem sexo com homens (HSH) (7).

O surto corresponde à detecção de 13 casos de infecção por *Campylobacter jejuni*, agrupados por sequenciamento do genoma completo (WGS, por sua sigla em inglês), com diferenças de alelos de 0 a 5). Todos os casos são homens e 11 dos 13 casos eram residentes desses condados.

A data de início da doença variou entre 28 de agosto de 2023 e 10 de janeiro de 2024. Entre os nove casos entrevistados, sete informaram contato sexual com um homem na semana anterior ao início da doença. Não foram informadas exposições comuns em restaurantes ou contatos sociais, sendo o contato sexual a provável via de transmissão.

Com relação à gravidade, quatro casos foram hospitalizados. A coinfeção com outros patógenos entéricos foi detectada em cinco casos, quatro dos quais foram coinfectados com *E. coli* enteroagregativa, dois com *Shigella* e um com *Cryptosporidium*.

De acordo com os testes de sensibilidade e WGS, os isolados desses casos foram resistentes ao ácido nalidíxico, apresentaram sensibilidade reduzida à ciprofloxacina, mas foram sensíveis aos macrolídeos.

Um surto semelhante foi publicado pelo mesmo Departamento de Saúde de Minnesota em setembro de 2021, com sete casos estreitamente agrupados pelo WGS (0-1 alelos separados); todos homens, residentes nos mesmos condados. Três dos cinco casos entrevistados relataram contato sexual com um homem na semana anterior ao início da doença. Não foram informadas exposições comuns em restaurantes ou contatos sociais, sendo o contato sexual a provável via de transmissão (8).

Dois casos foram hospitalizados, um caso era de uma pessoa com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a maioria dos casos apresentava outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Três dos casos estavam coinfectados com *Giardia*. O perfil de sensibilidade foi idêntico ao do surto descrito anteriormente (2023-2024).

No **Canadá**, em Montreal, Quebec, também foram documentados e publicados surtos ou clusters causados por *Campylobacter* em homens que fazem sexo com homens (HSH). Entre 1999 e 2001, um surto envolvendo nove homens com idades entre 26 e 40 anos apresentou enterocolite por *C. jejuni* resistente à eritromicina e à ciprofloxacina e suscetível à tetraciclina. Em março de 1998 e fevereiro de 2000, dois outros homens, com 23 e 27 anos de idade, foram infectados com *C. jejuni* resistente à eritromicina, suscetível à ciprofloxacina e à tetraciclina (9).

Entre 2003 e 2013, o surto afetou 31 homens com idades entre 21 e 64 anos. A infecção por *C. jejuni* foi limitada ao trato gastrointestinal. Desses casos, foram obtidos 35 isolados de *C. jejuni* resistentes à eritromicina e à ciprofloxacina, mas suscetíveis à tetraciclina (10).

Em 2015, outro surto foi informado, envolvendo seis homens com idades entre 35 e 62 anos que tiveram infecção entérica por *C. coli* pulsovar 15 entérica. Todos os seis homens apresentaram diarreia; cinco apresentaram dor abdominal; um registrou febre >39°C; um apresentou sangue nas fezes; e um apresentou vômitos. Nenhum foco extraintestinal foi documentado nesses

pacientes e apenas um precisou ser hospitalizado. Todos os seis casos informaram ter tido relações sexuais com outros homens; quatro haviam tido relações sexuais desprotegidas na semana anterior ao início dos sintomas; cinco apresentavam infecção por HIV; Os seis homens apresentavam outras ISTs; e foi descartada a possibilidade de alimentos como fonte de infecção. Os seis isolados de *C. coli* pulsovar 15 entérica foram resistentes à eritromicina, azitromicina, claritromicina, clindamicina, tetraciclina, ciprofloxacina, ácido nalidíxico, ampicilina e cefotaxima. Todos os isolados foram susceptíveis à amoxicilina/ácido clavulânico, imipenem, ertapenem e gentamicina (3).

Recomendações

Embora a notificação de surtos de *Campylobacter* em HSH nas Américas não esteja atualmente em uma frequência alarmante, os casos foram associados a uma alta taxa de resistência antimicrobiana. Portanto, os países são incentivados a manter a vigilância de surtos de diarreia, especialmente em populações de HSH.

Para o diagnóstico microbiológico de infecções por *Campylobacter* em grupos de risco (pessoas com 65 anos ou mais, mulheres grávidas, homens que fazem sexo com homens e pessoas com sistema imunológico comprometido, como portadores de doenças sanguíneas, síndrome da imunodeficiência adquirida [AIDS] ou em tratamento quimioterápico), deve-se obter uma amostra de fezes para cultura, isolamento e identificação da bactéria; além de amostras de hemocultura em pacientes com sinais de infecção focal ou doença sistêmica grave. Caso seja necessário um diagnóstico rápido para detectar o material genético da bactéria, pode-se realizar a reação em cadeia da polimerase (PCR, por sua sigla em inglês) ou a detecção de antígenos. Além disso, o sequenciamento do genoma completo (WGS, por sua sigla em inglês) permite a detecção de grupos de casos e a identificação oportuna de espécies nas quais a resistência antimicrobiana já foi documentada.

Para o tratamento de infecções por *Campylobacter*, as informações fornecidas pelos laboratórios que realizam testes de susceptibilidade são essenciais para assegurar o sucesso do tratamento; elas também ajudam a mitigar a disseminação de patógenos resistentes.

A OPAS/OMS incentiva os Estados-Membros a estarem alertas aos casos de HSH que apresentem diarreia com características de disenteria e insta que seja fornecido assessoramento à comunidade HSH sobre o risco de transmissão de patógenos entéricos durante a atividade sexual (contato oral-anal, oral-genital, anal-genital e digital-anal) e as orientações de alerta para consulta em caso de sintomas de disenteria.

Há muito poucas evidências sobre práticas de risco e possíveis medidas preventivas, mas algumas são consideradas úteis, como evitar o contato direto com fezes, usar métodos de barreira como preservativos durante o sexo anal insertivo, usar luvas durante o *fisting* e o toque retal e usar uma barreira de látex durante o anilingus, além de lavar as mãos com frequência. As pessoas com infecção entérica devem ser aconselhadas a evitar a transmissão sexual, destacando os benefícios da lavagem das mãos, evitando a contaminação fecal dos alimentos e da água e evitando a exposição fecal durante as relações sexuais.

Além disso, os Estados-Membros são incentivados a permanecer atentos a um aumento incomum de casos de infecção por *Campylobacter*, especialmente em grupos de risco e notificar por meio do canal oficial do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de acordo com o resultado do algoritmo de decisão, Anexo 2 do RSI (11).

Referências

1. McNeil CJ, Kirkcaldy RD, Workowski K. Enteric Infections in Men Who Have Sex With Men. *Clin Infect Dis.* 2022; 13;74(Suppl_2):S169-S178. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciac061>
2. Mitchell H, Hughes G. Recent epidemiology of sexually transmissible enteric infections in men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis.* 2018; 31(1):50-56. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1097/qco.0000000000000423>
3. Greninger AL, Addetia A, Starr K, Cybulski RJ, Stewart MK, Salipante SJ, Bryan AB, Cookson B, Gaudreau C, Bekal S, Fang FC. International Spread of Multidrug-Resistant *Campylobacter coli* in Men Who Have Sex With Men in Washington State and Québec, 2015-2018. *Clin Infect Dis.* 2020; 71(8):1896-1904. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz1060>
4. Kuhn, K., Hvass, A., Christiansen, A., Ethelberg, S., & Cowan, S. (2021). Sexual Contact as Risk Factor for *Campylobacter* Infection, Denmark. *Emerging Infectious Diseases*, 27(4), 1133-1140. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.3201/eid2704.202337>
5. Organização Mundial da Saúde. *Campylobacter* Ginebra: OMS; 2024 [citado el 22 marzo del 2024] Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>
6. Greg H. Fischer; Muhammad F. Hashmi; Elizabeth Paterek. *Campylobacter* infection. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.* Disponível em inglês em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537033/>
7. Minnesota Department of Health. Health Advisory: *Campylobacter* Outbreak in Hennepin and Ramsey Among MSM, 15 February 2024. Saint Paul: MN DoH; 2024 Disponível em inglês em: <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/han/2024/feb15campy.pdf>
8. Minnesota Department of Health. Health Advisory: *Campylobacter* Outbreak in Hennepin and Ramsey Counties Among MSM, 2 September 2023. Saint Paul: MN DoH; 2024. Disponível em inglês em: <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/han/2021/sep2campy.pdf>
9. Gaudreau C, Michaud S. Cluster of erythromycin- and ciprofloxacin-resistant *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* from 1999 to 2001 in men who have sex with men, Québec, Canada. *Clin Infect Dis.* 2003; 1;37(1):131-6. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1086/375221>
10. Gaudreau C, Pilon PA, Sylvestre JL, Boucher F, Bekal S. Multidrug-Resistant *Campylobacter coli* in Men Who Have Sex with Men, Quebec, Canada, 2015. *Emerg Infect Dis.* 2016; 22(9):1661-3. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.3201%2Faid2209.151695>
11. Organização Mundial da Saúde. Reglamento Sanitario Internacional de 2005. 3ra Edición. 1 de enero del 2016. Ginebra: OMS; 2016. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>