

# SAÚDE DA MULHER

Edição XXVI

## Capítulo 3

# DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

MARINA PORTO NASSIF<sup>1</sup>  
CESAR AUGUSTO WESCHENFELDER<sup>1</sup>  
LEONARDO LEIVAS<sup>1</sup>  
ANTÔNIA STUMPF MARTINS<sup>1</sup>

1. *Graduação em Medicina Concluída pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*Palavras-Chave: Infecção; Dor; Infertilidade.*

DOI

10.59290/2020325059

EDITORIA  
P PASTEUR

## INTRODUÇÃO

A doença inflamatória pélvica representa uma importante condição infecciosa ginecológica, que acomete o trato genital superior feminino, incluindo útero, tubas, ovários e estruturas peritoneais adjacentes. Trata-se de uma síndrome clínica frequentemente decorrente da ascensão de microrganismos causadores de cervicite, como a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, embora outros patógenos, como *Mycoplasma genitalium*, também possam causar DIP. A doença inflamatória pélvica é reconhecida não apenas pela sua elevada prevalência entre mulheres jovens sexualmente ativas, mas principalmente pelas suas complicações reprodutivas a longo prazo, incluindo infertilidade de tubária e aumento do risco de gravidez ectópica.

## EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Estima-se que a DIP afete mais de 1 milhão de mulheres anualmente nos Estados Unidos, sendo a faixa etária mais acometida entre 15 e 25 anos. Os principais fatores de risco incluem:

1. Múltiplos parceiros sexuais
2. Histórico prévio de outras ISTs
3. Ausência de uso de métodos de barreira
4. Procedimentos ginecológicos recentes (inserção de DIU)
5. Antecedentes de DIP

## FISIOPATOLOGIA

A infecção inicia-se tipicamente com uma cervicite, progredindo por via ascendente para o endométrio (endometrite), tubas uterinas (salpingite), ovários (ooforite) e, em casos mais graves, para o peritônio pélvico (peritonite). O processo inflamatório desencadeia lesões epiteliais e aderências fibróticas que comprometem

a integridade anatômica e funcional das estruturas tubárias. Estas alterações estão intimamente relacionadas às complicações clínicas da DIP, como infertilidade e dor pélvica crônica.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O quadro clínico da DIP é variável, podendo se apresentar de forma subclínica ou com sintomas francos. Os principais sinais e sintomas incluem:

1. Dor pélvica ou abdominal inferior
2. Febre (>38,3°C)
3. Corrimento vaginal mucopurulento
4. Dispareunia de profundidade
5. Sangramento uterino anormal
6. Dor à mobilização do colo uterino e/ou à palpação anexial

A apresentação clínica pode ser inespecífica, especialmente em infecções por *Chlamydia trachomatis*, o que reforça a importância do diagnóstico precoce para prevenção de sequelas.

### Abscesso tubo-ovariano

O abscesso tubo-ovariano (ATO) é uma complicação grave da DIP caracterizada pela formação de uma coleção purulenta envolvendo tuba uterina e ovário, podendo incluir estruturas adjacentes (abscesso tubo-ovariano complexo).

O diagnóstico se dá pelo quadro clínico mais exuberante, com febre alta, dor abdominal intensa e massa pélvica palpável. Os exames laboratoriais apresentam leucocitose, elevação de PCR/VHS, a USG transvaginal mostra imagem hipocogênica, heterogênea, com conteúdo líquido espesso e limites mal definidos em topografia tubo-ovariana, e a TC ou RM pélvica podem ser úteis para melhor delimitação em casos duvidosos.

O tratamento exige internação hospitalar imediata, com antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e monitoramento clínico rigoroso nas primeiras 48-72h.

A drenagem cirúrgica ou percutânea está indicada se não houver resposta clínica em 72h, se abscesso >9cm, se abscesso roto ou sinais de sepse. Em alguns casos, a salpingo-ooforectomia pode ser necessária.

O prognóstico reprodutivo piora consideravelmente com a presença de ATO, porque ele aumenta significativamente o risco de infertilidade e de gravidez ectópica. A recorrência é possível, exigindo rastreamento e seguimento prolongado.

### DIP subclínica

A DIP subclínica é uma forma frequentemente negligenciada, caracterizada por inflamação do trato reprodutivo superior **sem sintomas clínicos evidentes**. Estudos sugerem que até 60% dos casos de infecção por *C. Trachomatis* cursam com DIP subclínica, que pode evoluir com a mesma gravidade da DIP sintomática.

A DIP subclínica não é identificada ao exame físico, só detectada por rastreamento de ISTs ou por achados incidentais em exames solicitados por outros motivos. Sua abordagem se baseia no rastreio anual de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos ou com fatores de risco para ISTs, no tratamento imediato de infecções detectadas, mesmo que assintomáticas, e na educação e abordagem dos parceiros sexuais.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da DIP é essencialmente clínico, sendo recomendado iniciar o tratamento empírico diante da presença de qualquer dor abdominal ou pélvica inferior associada a pelo menos um dos seguintes: dor à palpação anexial, dor à mobilização do colo uterino ou hipersensibilidade uterina.

Exames laboratoriais e de imagem podem auxiliar na exclusão de diagnósticos diferenciados e avaliação da gravidade:

1. Leucocitose e elevação de PCR ou VHS
2. PCR para *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e *M. genitalium*
3. Ultrassonografia transvaginal, para identificação de espessamento tubário, hidrossalpinge, abscessos ou líquido livre pélvico
4. Laparoscopia é o padrão-ouro, porém reservada para casos de difícil diagnóstico ou falha terapêutica

O **Fluxograma 3.1** contém o passo a passo para diagnóstico de DIP, adaptado com base no CDC/WHO de 2021-2022.

### Fluxograma 3.1 Diagnóstico de DIP (adaptado CDC/WHO 2021-2022)

1. Paciente feminina em idade reprodutiva com dor pélvica baixa.
2. Avaliar presença de sinais adicionais (dor à mobilização do colo, dor à palpação anexial, corrimento vaginal purulento).
3. Se  $\geq 1$  presentes, iniciar tratamento empírico para DIP.
4. Solicitar exames complementares (PCR para ISTs, hemograma, PCR e VHS, USG transvaginal se indicada).
5. Indicar internação se paciente gestante, intolerância à via oral, instabilidade hemodinâmica, abscesso tubo-ovariano ou peritonite e falha terapêutica por VO em 72h

## TRATAMENTO

O tratamento deve ser instituído precocemente e de forma empírica, com esquemas antimicrobianos de amplo espectro. A terapia oral é adequada na maioria dos casos, desde que não haja sinais de gravidade, intolerância de via oral, gestação ou ausência de resposta clínica em 72 horas.

O esquema terapêutico ambulatorial recomendado pelo CDC de 2021 é composto por:

1. Ceftriaxona 500mg por via IM ou EV em dose única
2. Doxiciclina 100mg por VO de 12/12h por 14 dias

3. Metronidazol 500mg por VO de 12/12h por 14 dias

O esquema terapêutico hospitalar recomendado pelo CDC de 2021 é composto por:

1. Cefoxitina 2g EV a cada 6h por 14 dias

2. Doxiciclina 100mg por VO de 12/12h por 14 dias

3. Metronidazol 500mg por VO de 12/12h por 14 dias

A **Tabela 3.1** contém uma comparação entre os esquemas terapêuticos para DIP.

**Tabela 3.1** Esquemas terapêuticos para DIP

	<b>Tratamento ambulatorial</b>	<b>Tratamento hospitalar</b>
<b>Indicação</b>	Apenas endometrite ou salpingite, ausência de ATO, peritonite ou outros critérios de internação hospitalar	DIP complicada (ATO ou peritonite) Paciente gestante Paciente instável hemodinamicamente Ausência de melhora após 72h de tratamento clínico Intolerância ou impossibilidade de via oral
<b>Esquema principal</b>	Ceftriaxona 500mg IM em dose única Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 14 dias Metronidazol 500mg VO 12/12h por 14 dias	Cefoxitina 2g EV 6/6h Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 14 dias Metronidazol 500mg VO 12/12h por 14 dias
<b>Opção alternativa</b>	Cefoxitina 2g IM em dose única Probenecida 1g VO em dose única Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 14 dias Metronidazol 500mg VO 12/12h por 14 dias	Clindamicina 900mg EV de 8/8h por 14 dias Gentamicina 2mg/kg EV em bolus inicial e 1,5mg/kg 8/8h após por 14 dias
<b>Duração total do tratamento</b>	14 dias	Transicionar para VO após 24-48h de melhora Completar 14 dias de tratamento total
<b>Cobertura antimicrobiana</b>	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> Patógenos anaeróbios Enterobactérias	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> Patógenos anaeróbios (maior espectro) Enterobactérias Patógenos hospitalares
<b>Acompanhamento</b>	Reavaliação em 48-72h	Internação Exames laboratoriais Exame de imagem conforme evolução

## COMPLICAÇÕES

A DIP está associada a consequências reprodutivas significativas, especialmente se o tratamento for tardio ou inadequado.

1. 10-20% das mulheres com um único episódio de DIP, e até 50% das mulheres com episódios repetidos, terão infertilidade tubária

2. O risco para gravidez ectópica aumenta pela fibrose e aderências nas trompas uterinas, decorrentes da infecção

3. Até 30% das mulheres que tiveram DIP terão dor pélvica crônica

4. Abscesso tubo-ovariano é uma complicação que implica em possível necessidade de drenagem cirúrgica como parte do tratamento

## PREVENÇÃO E RASTREAMENTO

Medidas preventivas eficazes incluem o uso consistente de preservativos, uma boa educação em saúde sexual, o rastreamento anual para *C. Trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos ou com

risco aumentado para ISTs e testagem e tratamento de parceiros sexuais recentes.

O rastreamento e tratamento precoce de ISTs assintomáticas demonstraram reduzir a incidência e recorrência de DIP, além de minimizar suas complicações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A DIP permanece um desafio clínico relevante devido à sua apresentação heterogênea e

ao risco de sequelas reprodutivas. O diagnóstico precoce, o início oportuno do tratamento empírico e a abordagem preventiva são pilares essenciais para reduzir a morbidade associada à doença. O acompanhamento adequado e a orientação de pacientes e parceiros sexuais são igualmente fundamentais para o controle da infecção e prevenção de recorrências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 08 out. 2025.

BRUNHAM, R. C.; GOTTLEIB, S. L.; PAAVONEN, J. Pelvic inflammatory disease. *The New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 21, p. 2039-2048, 21 maio 2015. DOI: 10.1056/NEJMra1411426.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>. Acesso em: 08 out. 2025.

HAGGERTY, C. L.; TAYLOR, B. D. *Mycoplasma genitalium*: an emerging cause of pelvic inflammatory disease. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2011, art. 959816, p. 1-10, 2011. DOI: 10.1155/2011/959816.

JENKINS, S. M.; VADAKEKUT, E. S. Pelvic inflammatory disease. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. [Atualizado em: 2 jun. 2025].* Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557519/>. Acesso em: 08 out. 2025.

KUO, C. F. *et al.* Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with tubo-ovarian abscess at a tertiary care hospital in Northern Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, v. 45, n. 1, p. 58-64, fev. 2012. DOI: 10.1016/j.jmii.2011.09.021.

PAIVA, V. H.; DIAS, M. A. Doença inflamatória pélvica. In: PAIVA, V. H.; SIQUEIRA, S. J. (Org.). *Ginecologia: diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. p. 345-362.

PASSOS, E. P. *et al.* (Org.). *Rotinas em ginecologia*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

WORKOWSKI, K. A. *et al.* Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, v. 70, n. 4, p. 1-187, 23 jul. 2021. DOI: 10.15585/mmwr.rr7004a1. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr7004a1.htm>. Acesso em: 08 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>. Acesso em: 08 out. 2025.