

SAÚDE DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Edição XXV

Capítulo 8

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DA CLÍNICA À LAPAROSCOPIA

DÊNISSON DAVID GOMES DO NASCIMENTO¹
LUCAS DE MORAIS FRANCO¹
JÚLIA MONIQUE ALBRECHT ERTHAL¹
NICOLE POIT BERARDINELLI¹
HELOISA BUTOLO E SILVA¹
TAMIRES MENDES FIDELIS¹
LAÍS VILLA DEMÉTRIO²
LOUISE DE MATOS LÜCKMANN³

ARTHUR BARRETO³
GEORGINA GOMES E SOUZA MUNAIER
BORONI³
JÉSSICA JORDÃO DE OLIVEIRA⁴
LETICIA AZEREDO BORTOLASSI⁵
KARINA TIEMI NISHIMURA⁶
AUDREY BECOM FONTOURA⁵
MILENA NUNES GIL⁷

¹Discente – Medicina Universidade Nove de Julho.

²Discente – Medicina Universidade do Sul de Santa Catarina.

³Discente – Medicina Universidade do Oeste de Santa Catarina.

⁴Discente – Medicina Universidade Cidade de São Paulo.

⁵Discente – Medicina ATITUS Educação.

⁶Discente – Medicina Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata.

⁷Discente – Medicina Centro Universitário de Brasília.

Palavras-Chave: Doença Inflamatória Pélvica; Abordagem Terapêutica; Diagnóstico.

DOI

10.59290/5230502219

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) consiste em uma síndrome ginecológica de origem essencialmente infecciosa, que acomete estruturas do trato genital superior, incluindo endométrio, trompas uterinas, ovários e peritônio pélvico (HILLIER *et al.*, 2021). Representa um problema de saúde pública global, ainda que a epidemiologia seja incerta, devido à subnotificação, e distinta, a depender da etnia e região (HILLIER *et al.*, 2021). Todavia, os estudos são unânimes em afirmar que a DIP afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva, especialmente as que possuem vida sexual ativa (GIRARDI *et al.*, 2024).

O cerne do mecanismo fisiopatológico compreende a ascensão de microrganismos do trato genital inferior feminino (canal vaginal e colo uterino) para os demais órgãos pélvicos (HILLIER *et al.*, 2021). Trata-se de uma infecção polimicrobiana que envolve, principalmente, agentes comumente relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e às vaginoses bacterianas, como *Gardnerella vaginalis* (MENEZES *et al.*, 2021). Entretanto, microrganismos da microbiota vaginal e intestinal podem invadir os tecidos pélvicos superiores e resultar na DIP (CDC, 2021).

O diagnóstico da Doença Inflamatória Pélvica requer avaliação clínica minuciosa e investigação adicional com exames laboratoriais e de imagem. Cabe ressaltar a importância de incluir DIP como diagnóstico diferencial nos casos de dor pélvica ou abdominopélvica, mesmo que na ausência de fatores de risco. O diagnóstico deve ser estabelecido a partir de critérios maiores e menores ou critérios elaborados, entretanto, diante da clínica compatível com DIP, o tratamento não deve ser postergado em virtude da

indisponibilidade de exames complementares (BRASIL, 2022).

O quadro clínico tende a ser inespecífico e variável conforme a gravidade e a extensão da infecção. A maioria dos casos são leves e as pacientes referem dor pélvica ou abdominal, sangramento uterino anormal, dispareunia, secreção vaginal anormal e/ou sintomas urinários agudos ou subagudos. Mulheres com peritonite ou abscessos pélvicos podem cursar com dor mais intensa, hipersensibilidade no exame físico e febre. O exame físico deve compreender a aferição dos sinais vitais, exame abdominal completo, exame especular vaginal e toque vaginal com mobilização do colo e palpação anexial (MENEZES *et al.*; 2021, BRASIL, 2022).

Na suspeita clínica de DIP, é importante solicitar Hemograma completo, provas inflamatórias, culturas e testes moleculares para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* a partir de secreções endocervicais, exame qualitativo de urina, urocultura, teste de gravidez, testes rápidos de HIV e teste sorológico para Sífilis. O exame de imagem preferencial consiste na Ultrassonografia pélvica, que deve ser solicitada para descartar complicações e excluir diagnósticos diferenciais. Entretanto, a ausência de achados de imagem compatíveis com DIP não exclui o diagnóstico e não deve atrasar o início do tratamento empírico (MENEZES *et al.* 2021). Laparoscopia, biópsia do fundo posterior do saco de Douglas e hemocultura podem ser solicitados em casos graves, não tendo indicações para solicitação de rotina (YASUF & TREND 2023).

O tratamento precoce da DIP pode incluir analgesia, anti-inflamatório, hidratação e, obrigatoriamente, antibioticoterapia. Por ser uma infecção potencialmente polimicrobiana, a terapia deve ter atividade contra os principais agentes etiológicos. Nesse sentido, a monoterapia é contraindicada para o tratamento da DIP (DE ANDRADE & DA ROCHA, 2023). Ade-

mais, cabe ressaltar a necessidade de prescrever terapia antimicrobiana para os(as) parceiros(as) sexuais da paciente, pelo alto risco de transmissão dos microrganismos envolvidos (BRASIL, 2022).

A necessidade de internação hospitalar para terapia endovenosa depende especialmente da gravidade e dos riscos associados à infecção. Nesse sentido, intolerância à terapia enteral, refratariedade ao tratamento, dificuldade de seguimento ambulatorial, gestação, presença de abscesso tubo-ovariano, condições cirúrgicas confirmadas ou suspeitas ou mau estado geral requerem assistência médica e nosocomial (BRASIL, 2022).

MÉTODO

A elaboração deste capítulo se deu por meio de um estudo de revisão da literatura, com o objetivo de reunir e sintetizar os principais achados científicos sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), desde sua apresentação clínica até estratégias terapêuticas contemporâneas, como a abordagem laparoscópica.

A investigação foi realizada nas principais bases de dados científicas nacionais e internacionais: PubMed, SciELO, LILACS, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, MEDLINE, e *Cochrane Library*. Utilizou-se uma estratégia de busca combinada com os descritores em português e inglês, por meio dos operadores “AND” e “OR”, incluindo os termos: “Doença Inflamatória Pélvica” OR “*Pelvic Inflammatory Disease*” AND “*Diagnóstico*” OR “*Tratamento*” OR “*Antibiotic Therapy*” OR “*Laparoscopia*” OR “*Laparoscopy*”.

Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2018 e 2025, selecionados a partir da leitura dos títulos, resumos e textos completos. Os critérios de inclusão contemplaram publicações com acesso completo, linguagem portu-

guesa ou inglesa, e com abordagem clínica, terapêutica ou cirúrgica da DIP. Estudos repetidos, com dados insuficientes ou fora do escopo temático foram excluídos.

Ao todo, 57 artigos foram inicialmente identificados, dos quais 42 compuseram a versão final da revisão após análise crítica de conteúdo. Os dados foram organizados tematicamente para facilitar a compreensão dos aspectos fundamentais da DIP: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico clínico e laboratorial, métodos de imagem, condutas terapêuticas (ambulatoriais e hospitalares), abordagens cirúrgicas, além das principais complicações e desafios no manejo.

A análise dos estudos busca oferecer uma visão ampla, crítica e atualizada sobre a DIP e suas repercussões na saúde reprodutiva feminina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia e Perfil Clínico das Pacientes com Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome infecciosa do trato genital superior feminino, caracterizada por um processo inflamatório que pode envolver endométrio (endometrite), trompas uterinas (salpingite), ovários (ooforite), peritônio pélvico (pelvipерitonite) e, em casos mais graves, culminar em abscessos tubo-ovarianos. A DIP é considerada uma condição de relevância epidemiológica significativa, especialmente entre mulheres jovens, sexualmente ativas, entre 15 e 25 anos. Representa um desafio diagnóstico devido à variabilidade do quadro clínico, à alta taxa de apresentações assintomáticas e às potenciais sequelas reprodutivas e sistêmicas (MENEZES, *et al* 2021).

Nos últimos anos, tem se observado uma evolução significativa nas abordagens terapêuticas da DIP que requer um manejo adequado

com uma abordagem multidisciplinar, envolvendo ginecologistas, infectologistas e, em alguns casos, cirurgiões (ARANTES *et al*, 2024).

Trata-se de uma doença muitas vezes assintomática, o que dificulta seu diagnóstico precoce, pois apresenta um quadro clínico variável. Em virtude das sequelas graves, tanto agudas quanto crônicas, em especial no âmbito reprodutivo das pacientes, deve-se sempre suspeitar do diagnóstico de DIP em pacientes jovens sexualmente ativas com dor pélvica, especialmente naquelas com risco para DSTs, entre 15 e 25 anos e o tratamento empírico com antibióticos deve ser iniciado o mais precocemente possível (ARANTES *et al*, 2024).

A DIP é frequentemente desencadeada pela ascensão de microrganismos do trato genital inferior, atravessando a barreira cervical. Essa barreira, formada por muco espesso e propriedades antimicrobianas, é comprometida por infecções por ISTs, procedimentos invasivos, como inserção de dispositivos intrauterinos (DIU), e alterações hormonais que reduzem sua eficácia (HILLIER *et al*, 2021).

Embora, seja primariamente causada por patógenos sexualmente transmissíveis, como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, outros agentes, incluindo *Mycoplasma genitalium* e anaeróbios como *Bacteroides* e *Prevotella*, também podem estar envolvidos no processo (HILLIER *et al*, 2021). Ao atingir o endométrio, a infecção inicia um processo de endometrite, caracterizado pela ativação de macrófagos e neutrófilos, que liberam citocinas pró-inflamatórias, como interleucinas (IL-1 β , IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) na tentativa de eliminar o patógeno invasor. Essas moléculas sinalizadoras promovem o recrutamento de mais células imunes, amplificando a resposta inflamatória. Simultaneamente, ocorre o aumento da permeabilidade vascular e o extravasamento de fluidos, resultando em edema e necrose tecidual (GIRARDI *et al*, 2024).

O uso de Dispositivos Intrauterino (DIUs) pode representar um risco, caso a inserção ocorra no período em que a paciente seja portadora de cervicite. Contudo, cerca de 65% dos casos podem ser oligossintomáticos e assintomáticos, mas leva a quadros, mais tarde, a infertilidade (MELO *et al*, 2021).

O quadro clínico da DIP é tipicamente agudo, desenvolvendo-se por vários dias. No entanto, pode ocorrer apresentação mais extensa por semanas ou meses. Os sintomas, quando presentes, podem incluir febre, dor abdominal, dor pélvica, dispareunia, corrimento vaginal e disúria ou polaciúria. Observa-se sangramento uterino anormal (sangramento pós-coital, sangramento intermenstrual e menorragia) em um terço ou mais dos casos (MELO *et al*, 2021).

Entretanto, o sintoma primordial é a dor em baixo do ventre, seja em grau leve ou não, sendo bilateral e aguda, decorrendo durante ou logo após a menstruação. A dor tem piora durante as relações sexuais, devido a movimentação do colo decorrente dos movimentos bruscos, às vezes associada à náusea e vômito. Já em relação à dor pélvica pode se manifestar de maneira leve e unilateral, quando a infecção está restrinvida à trompa. Caso exista comprometimento do peritônio pélvico, a dor será intensa, bilateral, constante e com o sinal de Blumberg positivo (MELO *et al*, 2021).

Como a DIP é uma patologia que atinge endométrio, miométrio, tubas uterinas, ovários e peritônio pélvico, podem surgir complicações como infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica e também peritonite ou abscesso pélvico, que se apresentam por dor mais intensa, maior sensibilidade ao exame e características sistêmicas, como a febre (MENEZES *et al*, 2021).

O exame clínico deve incluir aferição de sinais vitais; exame abdominal; exame especular vaginal, com inspeção do colo de útero para friabilidade (sangramento fácil) e corrimento

mucopurulento cervical; toque vaginal bimanual, com mobilização do colo; e palpação dos anexos (ovários e trompas uterinas). As sequelas são dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade. Cerca de 25% das mulheres com doença inflamatória pélvica terão dor pélvica crônica, 10% a 50% terão infertilidade e 15% a 60% terão gravidez ectópica, geralmente causada por cicatrizes e aderências nas trompas de Falópio (MENEZES *et al.*, 2021).

Quando os patógenos se alojam, ocorre o estágio 0, esse sendo chamado de pré-DIP, uma vez que é nessa fase que é possível tratar e prevenir realmente. Seguido dessa fase, essencialmente no período menstrual ou pós imediato, esses patógenos passam pelo endométrio e assim causam uma endometrite fugaz, desse modo pode ocorrer um sangramento discreto além da menstruação ou a extensão da mesma. Os patógenos irão ascender pela via canalicular até as tubas uterinas, assim inicia uma reação tecidual, onde ocorre formação de conteúdo purulento, que pode chegar ao peritônio pélvico, causando assim a pelviperitonite. Todo esse conteúdo purulento pode atingir os ovários, acarretando um abscesso tubo - ovariano. Em um cenário ainda mais grave, esse abscesso pode se romper e extravasar para o peritônio e causar um choque séptico, podendo levar a paciente a óbito (KRYZUY *et al.*, 2021).

Por fim, no que diz respeito aos fatores de risco, a DIP assim como outras ISTs, são caracterizadas como uma questão de saúde pública, visto que o indivíduo contaminado e que não faz o tratamento irá se portar como transmissor da infecção aos seus parceiros durante o sexo, aumentando consideravelmente a incidência da doença. Por esse motivo, é de suma importância o conhecimento dos fatores de risco, fisiopatologia e o perfil clínico da doença, fundamental para o reconhecimento precoce, intervenção terapêutica imediata e prevenção de sequelas a longo prazo (KRYZUY *et al.*, 2021).

Exame Físico e Critérios Clínicos para Diagnóstico de DIP

A DIP é capaz de ser diagnosticada clinicamente por meio da análise de aspectos da história clínica, fatores de risco e exame físico da paciente, devendo ser considerada hipótese diagnóstica em mulheres com vida sexual ativa com dor em pelve ou no hipogástrio durante os últimos 30 dias, caso não haja outra hipótese para os sintomas (PASSOS *et al.*, 2023).

No caso dos fatores de risco, idade menor ou igual a 25 anos, histórico de ISTs, irregularidade no uso de preservativo e troca recente de parceiro sexual com sintomas similares ou histórico de ISTs corroboram fortemente a probabilidade de DIP (YUSUF & TRENT, 2023).

Em relação ao exame físico, as pacientes com suspeita de DIP devem ser submetidas a exame abdominal, exame pélvico bimanual e exame especular (JENKINS & VADAKEKUT, 2025). Nesse sentido, a DIP caracteriza-se principalmente pela presença de sensibilidade uterina, anexial e/ou cervical à movimentação durante o exame bimanual; presença de secreção mucopurulenta ao exame especular e dor pélvica, sendo estes os achados de maior sensibilidade para o diagnóstico (JENKINS & VADAKEKUT, 2025; HILLIER *et al.*, 2021; YUSUF & TRENT, 2023; IWATA *et al.*, 2022). No que tange a outros sintomas menos específicos, é possível ocorrer a presença de febre (37 °C a 38,5 °C), dispareunia e queixas urinárias (YUSUF & TRENT, 2023; DRUMOND *et al.*, 2023).

Achados Laboratoriais em Pacientes com DIP

O diagnóstico da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) baseia-se predominantemente em critérios clínicos, embora exames laboratoriais e de imagem sejam ferramentas importantes para confirmar a suspeita e avaliar a gravidade do

quadro, sobretudo em pacientes com manifestações clínicas discretas (SILVEIRA, 2024).

Dentre os exames laboratoriais indicados, o hemograma completo é útil para identificar leucocitose, frequentemente presente nos quadros inflamatórios (SCHEER *et al.*, 2021). Marcadores inflamatórios como a Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e a Proteína C Reativa (PCR) também podem estar elevados, reforçando a hipótese diagnóstica (MENEZES *et al.*, 2021). Entretanto, a ausência de leucocitose (<10.000 leucócitos/ml), VHS inferior a 15 mm/h e PCR abaixo de 5 mg/dL, associada a um exame a fresco de secreção vaginal sem alterações, praticamente exclui o diagnóstico de DIP (SCHEER *et al.*, 2021).

O exame bacterioscópico de secreção vaginal, além de detectar vaginose bacteriana — condição que dobra o risco de DIP — permite a observação da presença predominante de leucócitos e a exclusão de outras infecções, como a tricomoníase (MENEZES *et al.*, 2021). A cultura de material coletado da endocérvice, acompanhada de antibiograma, possibilita a identificação dos patógenos envolvidos e orienta a escolha terapêutica (MENEZES *et al.*, 2021).

Métodos de biologia molecular são particularmente úteis para a detecção de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, principais agentes etiológicos da DIP. Esses testes podem ser aplicados a amostras obtidas da endocérvice, uretra, punção do fundo de saco posterior ou laparoscopia (MENEZES *et al.*, 2021). Além do diagnóstico, o rastreamento desses agentes é fundamental como medida preventiva (MENEZES *et al.*, 2021).

É imprescindível a realização do teste de gravidez (β -HCG) para excluir gravidez ectópica, uma condição de risco e diagnóstico diferencial da DIP (MENEZES *et al.*, 2021). A investigação de infecção do trato urinário deve ser feita por meio de exame de urina e urocul-

tura (MENEZES *et al.*, 2021). Em situações específicas, hemoculturas podem ser solicitadas para verificar a presença de bacteremia (MENEZES *et al.*, 2021).

A testagem para outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) também deve ser considerada, com exames para HIV, sífilis (VDRL) e hepatites B (HbsAg) e C. Quando indicado, a vacinação contra hepatite A, hepatite B e HPV pode ser oferecida como estratégia preventiva (SCHEER *et al.*, 2021).

Importante destacar que exames sorológicos para *Chlamydia trachomatis* não devem ser utilizados para o diagnóstico de DIP, por não apresentarem sensibilidade e especificidade adequadas (MENEZES *et al.*, 2021).

Por fim, diante de forte suspeita clínica, o início do tratamento com antibióticos deve ser imediato, mesmo antes da confirmação laboratorial, a fim de evitar complicações (MENEZES *et al.*, 2021).

Utilização de Métodos de Imagem no Diagnóstico da DIP

O uso de exames de imagem no diagnóstico da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é essencial principalmente em casos mais graves ou quando há dúvida clínica.

A Ultrassonografia transvaginal é o método principal para a avaliação inicial de dor pélvica, pode mostrar (GRADISON, 2012; WORKOWSKI & BOLAN, 2015): espessamento da parede tubária maior que 5 mm (100% de sensibilidade); septos incompletos intratubária; sinal da roda dentada (corte transversal) (95% a 99% de especificidade); espessamento e líquido tubário;

Se a ultrassonografia for inconclusiva, considerar outros métodos de imagem: Tomografia computadorizada da pelve, que pode evidenciar alterações nos planos fasciais do assoalho pélvico, espessamento dos ligamentos uterossacros, inflamação tubária ou ovariana, coleção lí-

quida anormal; Ressonância magnética (RM) pode mostrar: piossalpinge, líquido intratubário, aparência de policistose ovariana com líquido livre na pelve. A RM tem maior acurácia quando comparada com a ultrassonografia transvaginal para o diagnóstico de DIP e pode substituir a laparoscopia; no entanto, a laparoscopia pode ser usada para confirmar o diagnóstico (MALECKIENE *et al.*, 2009). A confirmação da DIP por laparoscopia na presença de sintomas foi objeto da revisão de três estudos clássicos, realizados por Eschenbach (1980).

Indicação e Achados Laparoscópicos em Pacientes com DIP

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome infecciosa polimicrobiana do trato genital superior feminino, com repercussões clínicas significativas, incluindo infertilidade tubária, dor pélvica crônica e gravidez ectópica. Segundo JENKINS & VADAKEKUT (2025), aproximadamente 1 milhão de mulheres são diagnosticadas com DIP a cada ano apenas nos Estados Unidos, com taxas de recorrência variando entre 15% a 25% dos casos, especialmente em pacientes não tratadas adequadamente.

Apesar de o diagnóstico clínico ser o pilar inicial, ele apresenta limitações, já que os sintomas podem ser inespecíficos e semelhantes aos de outras condições abdominais e ginecológicas. Estudos apontam que o exame físico tem sensibilidade de 65% e especificidade de apenas 50% (YUSUF & TRENT, 2023). Em razão disso, a laparoscopia é indicada em casos de dúvida diagnóstica, falha terapêutica e suspeita de complicações como abscesso tubo-ovariano ou peritonite (UW STD CENTER, 2025).

As principais indicações da laparoscopia incluem: ausência de resposta clínica após 48 a 72 horas de antibioticoterapia empírica; suspeita de abscesso tubo-ovariano, que está presente em até 34% dos casos graves (GARCIA *et al.*,

2023); dor abdominal intensa com sinais peritoneais; quadro clínico atípico ou inconclusivo, com diagnóstico diferencial de apendicite, endometriose ou torção anexial; e investigação de infertilidade tubária (LIU *et al.*, 2023).

Além disso, a laparoscopia é indicada em contextos de falha na diferenciação clínica ou radiológica de doenças que mimetizam a DIP. Em estudo retrospectivo com 154 pacientes, LIU *et al.* (2023) relataram que 17% das suspeitas iniciais de DIP eram, na verdade, casos de endometriose, cistos hemorrágicos ou apendicite.

Os achados laparoscópicos clássicos incluem hiperemia e edema tubário, exsudato purulento na cavidade pélvica (presente em 58% dos casos confirmados por laparoscopia), espessamento das trompas (>5 mm), aderências pélvicas entre útero, ovários, alças intestinais e peritônio (observadas em 41% dos casos), e abscesso tubo-ovariano (presente em 25 a 34% das pacientes com DIP complicada) (GARCIA *et al.*, 2023; LIU *et al.*, 2023).

Garcia *et al.* (2023) relataram que, em uma série de 82 pacientes submetidas à laparoscopia por DIP avançada, 68,2% apresentavam abscesso tubo-ovariano, 54,9% tinham aderências extensas envolvendo intestino delgado e 26,8% necessitaram de conversão para laparotomia devido à complexidade do quadro.

Além do valor diagnóstico, a laparoscopia permite intervenções terapêuticas como drenagem de abscessos, lise de aderências, remoção de conteúdo purulento e coleta de material para cultura. Isso se traduz em redução da necessidade de reabordagem cirúrgica e menor tempo de internação hospitalar (média de 4,6 dias versus 7,2 dias em abordagens conservadoras) (GARCIA *et al.*, 2023).

Achados Laboratoriais e de Imagem

Exames laboratoriais e de imagem auxiliam na triagem e monitoramento da DIP. Leucoci-

tose ($>10.500/\text{mm}^3$) e proteína C reativa elevada ($>20 \text{ mg/L}$) são comuns, embora inespecíficos. Testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAATs) para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Mycoplasma genitalium* apresentam sensibilidade superior a 95% (RUDMAN *et al.*, 2025).

A presença de *M. genitalium* foi identificada em 22% das pacientes com DIP leve a moderada, sendo associada a quadros subclínicos e falha terapêutica. A ultrassonografia transvaginal pode demonstrar espessamento tubário, coleções anexiais e sinais de abscesso, com sensibilidade de 60% a 80%. A tomografia computadorizada tem acurácia diagnóstica de 76% na identificação de abscesso tubo-ovariano, enquanto a ressonância magnética pode atingir até 91% (LIU *et al.*, 2023).

Relevância Clínica da Laparoscopia

Com a crescente resistência antimicrobiana, especialmente envolvendo *Mycoplasma genitalium* e cepas de *N. gonorrhoeae*, torna-se importante a individualização do manejo. Estudos recentes apontam que até 40% das cepas de *M. genitalium* são resistentes à azitromicina, exigindo esquemas como moxifloxacino por 14 dias (TANG *et al.*, 2023).

A laparoscopia permite a identificação direta de complicações, coleta de material para antibiograma e contribui para evitar o uso indiscriminado de antibióticos. Ademais, pacientes submetidos a laparoscopia apresentam taxas de readmissão 27% menores em comparação ao tratamento exclusivamente clínico (YUSUF & TRENT, 2023).

A laparoscopia representa uma estratégia diagnóstica e terapêutica eficaz na abordagem da Doença Inflamatória Pélvica, especialmente em casos de dúvida diagnóstica, falha terapêutica ou complicações. Sua utilização permite intervenções precoces, individualização da con-

dução, confirmação diagnóstica e redução de sequelas reprodutivas, consolidando-se como pilar no manejo moderno da DIP.

Classificação da Gravidade e Evolução Clínica da DIP

A evolução clínica da doença inflamatória pélvica apresenta um espectro dinâmico que vai desde manifestações sutis até complicações graves, dependendo do diagnóstico precoce, tratamento adequado e fatores individuais. O sintoma cardinal é a dor abdominal ou pélvica de início súbito em mulheres sexualmente ativas, muitas vezes intensificando-se durante o coito. A dor é, usualmente, bilateral e de intensidade variável, podendo vir acompanhada de sintomas como febre, corrimento vaginal anormal, dispareunia, disúria, polaciúria e sangramento uterino anormal. Este último pode se manifestar sob a forma de sangramento intermenstrual, menorragia ou sangramento pós-coital (SCHEER *et al.*, 2021).

Caso o diagnóstico seja tardio, a infecção pode progredir para peritonite, formação de abscesso pélvico ou tubo-ovariano, associados a dor mais intensa, sinais clínicos sistêmicos marcantes e maior sensibilidade à palpação abdominal. Em situações menos comuns, a infecção pode se estender até a cápsula hepática, provocando perihepatite – conhecida como síndrome de Fitz-Hugh-Curtis – caracterizada por dor no quadrante superior direito que se agrava com a respiração ou movimento, em decorrência da inflamação e formação de aderências na cápsula hepática (SPACH *et al.*, 2025).

O tratamento tardio da doença inflamatória pélvica tem forte associação com piores desfechos e complicações a longo prazo. No entanto, mesmo com tratamento oportuno, complicações a longo prazo podem ocorrer. Um estudo estimou que, entre mulheres com doença inflamatória pélvica entre 20 e 24 anos, 18% desenvolveram dor crônica, 8,5% desenvolveram gravi-

dez ectópica e 16,8% infertilidade (JENKINS *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a gravidade da doença inflamatória pélvica pode ser estabelecida conforme a classificação de Monif, originalmente proposta em 1982, a qual divide em cinco graus de acordo com a severidade clínica e complicações anatômicas: grau I (leve, sem complicações ou massa anexial); grau II (moderada, salpingite com peritonite); grau III (presença de massa tubo ovariana ou abscesso); grau IV (ruptura de abscesso tubo ovariano); e grau V (qualquer dos estágios acima, associado a tuberculose genital). Este sistema, também conhecido como “Gainesville Stage”, foi concebido para orientar a conduta terapêutica — como tratamento ambulatorial ou hospitalar — e prevenir dano tubário (MENEZES *et al.*, 2020).

Tratamento Clínico e Antimicrobiano Empírico na DIP

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) se caracteriza pela inflamação do trato genital superior feminino, ocasionada sobretudo por agentes etiológicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. O diagnóstico é predominantemente clínico e sintomático e deve ser sempre considerado em mulheres em idade fértil e com vida íntima ativa. Exames complementares podem ser úteis para avaliar a extensão e a gravidade do quadro, para indicar necessidade de abordagem cirúrgica e para afastar diagnósticos diferenciais. Contudo, em hipótese alguma, os exames devem atrasar o início do tratamento antimicrobiano, pelo risco de sequelas e complicações decorrentes da DIP (MITCHELL *et al.*, 2021).

O tratamento empírico deve ser iniciado assim que houver suspeita diagnóstica, com o objetivo de evitar complicações que podem variar desde morbidades com pouca relevância clínica até desfechos catastróficos, comprometendo a

qualidade de vida e a fertilidade da paciente. Nesse viés, as principais complicações da DIP incluem o desenvolvimento de abscesso tubo-ovariano, peri-hepatite, dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade. Portanto, mesmo as pacientes com sintomatologia branda e com diagnóstico presuntivo de DIP devem iniciar antibioticoterapia combinada (CURRY *et al.*, 2019; JENKINS & VADAKEKUT, 2025).

O tratamento consiste no uso de antibióticos de amplo espectro, visando cobertura para os principais agentes etiológicos da DIP, como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Bacteroides fragilis* (MENEZES *et al.*, 2020). Ademais, os microrganismos com potencial para causar DIP, podem ser divididos em três grupos - (1) organismos sexualmente transmissíveis (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*), (2) bactérias associadas às vaginoses bacterianas (*Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* e anaeróbios como *Prevotella* spp., *Prevotella bivia*, *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia/Sneathia* spp) e (3) bactérias gastrointestinais/respiratórias (*Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli* e *Bacteroides*) (MITCHELL *et al.*, 2021).

Recomenda-se a utilização de antibióticos em associação devido à diversidade de agentes causadores da DIP. O tratamento pode ser ambulatorial ou hospitalar, sendo o primeiro reservado para casos leves ou moderados, enquanto o tratamento hospitalar é indicado para casos especiais ou graves, como em situações de gravidez, intolerância à terapia oral, febre alta, náuseas, vômitos, abscesso tubo-ovariano, necessidade de intervenção cirúrgica, imunossupressão ou ausência de resposta clínica após 72 horas de tratamento (DE ANDRADE; DA ROCHA, 2023). Os esquemas de tratamento clínico ambulatorial e hospitalar estão descritos abaixo, conforme recomendação do Ministério da Saúde (**Figura 8.1**):

Figura 8.1 Tabela Tratamento

Tratamento	Primeira opção	Segunda opção	Terceira opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, intramuscular, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, via oral, 2 vezes ao dia por 14 dias	Cefotaxima 500 mg, intramuscular, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1cp, via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias	--
Hospitalar	Ceftriaxona 1 g, endovenoso, 1 comprimido ao dia, por 14 dias + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias + Metronidazol 100 mg, endovenoso, 1 comprimido duas vezes ao dia.	Clindamicina 900 mg, endovenoso, 3 vezes ao dia, por 14 dias + Gentamicina endovenoso ou intramuscular 3-5 mg/kg, 1 vez ao dia por, 14 dias.	Ampicilina/sulbactam 3 g, endovenoso de 6 em 6 horas, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias.
O uso endovenoso deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas, devendo o tratamento ser continuado via oral de forma ambulatorial por até 14 dias.			
Doxiciclina é contraindicada no caso de gravidez			

O tratamento adequado da DIP não se restringe a terapia antimicrobiana da paciente, mas consiste em romper o ciclo de transmissão dos patógenos. Nesse viés o tratamento das parcerias sexuais se torna imprescindível para garantir uma resolução segura e efetiva deste agravo de saúde pública. Assim, diante da prevalência da *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, o esquema alvo recomendado consiste em ceftriaxona 500 mg, intramuscular em dose única, associada à azitromicina 1g, via oral em dose única (BRASIL, 2022). Ainda, em casos oportunos, a prescrição de anti-inflamatórios, analgésicos ou terapia hormonal podem trazer benefícios a paciente (MENEZES *et al.* 2021; DYDYK & GUPTA, 2022).

Abordagem Cirúrgica e Complicações Relacionadas

A Doença Inflamatória Pélvica geralmente é tratada com antibióticos, porém, em 20% dos casos, a infecção não responde positivamente ao tratamento, tornando a intervenção cirúrgica necessária. Esses cenários são mais graves e

têm formação de abscessos tubo-ováricos volumosos e com risco de rompimento (BENEVIDES *et al.*, 2025).

Existem duas técnicas cirúrgicas que podem ser utilizadas no tratamento da DIP: a laparoscopia e a laparotomia. A escolha entre elas varia conforme a gravidade da doença, idade da paciente, comorbidades, intenção de preservação de fertilidade e outras situações que o caso possa apresentar (BENEVIDES *et al.*, 2025).

A laparoscopia, além de servir para o diagnóstico, é uma opção terapêutica, a qual pode ser efetuada somente se for possível a drenagem dos abscessos sem risco de ruptura. Trata-se de uma abordagem menos invasiva, mais segura, promete uma recuperação pós-operatória mais rápida e menos complicações cirúrgicas (BENEVIDES *et al.*, 2025).

Em casos mais extensos e com risco de rompimento de abscesso, a laparotomia é a alternativa preferencial. Este método cirúrgico é definido pela retirada de alguma estrutura danificada, no caso dessa doença pode ocorrer a oo-

forectomia, remoção dos ovários, a salpingectomia, remoção das tubas uterinas, e em casos mais graves a histerectomia, remoção do útero (MENEZES *et al.*, 2021).

Contudo, mesmo com uma cirurgia bem sucedida as complicações decorrentes da doença inflamatória pélvica, como dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade, continuam sendo frequentes e impactam significativamente na qualidade de vida da paciente (DAVID *et al.*, 2025).

Desafios no Diagnóstico e Tratamento Integral da DIP

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) constitui um importante desafio na prática clínica, tanto pelo seu diagnóstico complexo quanto pelo manejo terapêutico adequado. Trata-se de uma condição infecciosa do trato genital superior, decorrente da ascensão de microrganismos a partir da vagina e do colo do útero, podendo acometer estruturas como endométrio, tubas uterinas e ovários. As manifestações clínicas variam amplamente, desde quadros agudos com dor pélvica intensa e febre até apresentações oligossintomáticas ou mesmo assintomáticas, o que dificulta a identificação precoce e aumenta o risco de complicações como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica (MENEZES *et al.*, 2021).

O diagnóstico clínico continua sendo fundamental, embora envolva desafios consideráveis devido à variabilidade das manifestações clínicas da DIP, que podem ser inespecíficas ou até ausentes. Essa heterogeneidade dificulta a identificação precoce e pode levar à subnotificação ou ao tratamento tardio. Exames complementares tornam-se, portanto, essenciais para confirmação diagnóstica e avaliação da gravidade do quadro. A ultrassonografia transvaginal é o exame de imagem de escolha, por ser acessível e eficaz na detecção de sinais indiretos da doença, como a presença de líquido na cavi-

dade pélvica. Em casos mais complexos ou com suspeita de abscessos, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são indicadas para uma avaliação mais detalhada. Já a laparoscopia, embora mais invasiva, representa uma ferramenta valiosa em situações específicas, pois permite a visualização direta das estruturas pélvicas, a identificação de complicações e, quando necessário, a realização de intervenções terapêuticas (MENEZES *et al.*, 2021).

A abordagem terapêutica da DIP exige início imediato da antibioticoterapia, com o objetivo de prevenir sequelas irreversíveis, como infertilidade e dor pélvica crônica. No entanto, um dos principais desafios está na adesão ao tratamento, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, no qual fatores como estigma, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ausência de sintomas específicos podem comprometer a continuidade da terapêutica. Além disso, o tratamento simultâneo dos parceiros sexuais é fundamental para evitar reinfecções, mas muitas vezes encontra resistência por barreiras culturais ou relacionais. O acompanhamento clínico rigoroso também representa um obstáculo quando há falhas na rede de atenção ou na comunicação com a paciente. Nesse cenário, a atuação conjunta entre ginecologistas, infectologistas e clínicos é indispensável para garantir uma abordagem integral e personalizada, superando barreiras que limitam a efetividade do tratamento (GIRARDI *et al.*, 2024).

Diante disso, a promoção da educação em saúde e o fortalecimento de estratégias de rastreamento tornam-se medidas indispensáveis. Os desafios relacionados ao acesso, estigma e falta de informação podem levar ao atraso no diagnóstico e no início do tratamento, resultando em complicações graves, como a infertilidade, que impacta significativamente a qualidade de vida das mulheres afetadas. Além de preve-

nir reinfecções e outras consequências, tais ações ampliam o acesso à informação, favorecem a adesão aos cuidados contínuos e contribuem para melhores desfechos na saúde reprodutiva feminina (ARANTES *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) representa um desafio clínico e de saúde pública devido ao seu caráter polimicrobiano, às manifestações clínicas muitas vezes inespecíficas ou assintomáticas e ao risco elevado de complicações reprodutivas e sistêmicas. A análise dos resultados evidencia que, embora o diagnóstico clínico continue sendo o pilar fundamental, ele deve ser apoiado por exames laboratoriais e de imagem para confirmação e avaliação da gravidade, principalmente em quadros atípicos. A ultrassonografia transvaginal, complementada por métodos mais avançados como a tomografia, a ressonância magnética e a laparoscopia, tem se mostrado essencial na identificação precoce de complicações como abscessos tubo-ovarianos e peritonite.

O tratamento imediato e multidisciplinar, com antibioticoterapia de amplo espectro e manejo integrado de parceiros sexuais, é crucial para a prevenção de sequelas graves, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Casos refratários ao tratamento clínico exigem intervenção cirúrgica, onde a laparoscopia surge como alternativa menos invasiva e eficaz. Entretanto, o sucesso terapêutico está diretamente relacionado à adesão ao tratamento e ao diagnóstico precoce.

Diante do contexto epidemiológico, a DIP deve ser vista como uma condição que demanda não apenas abordagem médica, mas também medidas de prevenção, educação em saúde e rastreamento ativo, considerando sua estreita relação com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A integração entre diagnóstico rápido, tratamento eficaz e políticas públicas voltadas para conscientização e prevenção é fundamental para reduzir a incidência da doença, evitar complicações irreversíveis e melhorar a qualidade de vida das mulheres afetadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANTES, J. P. *et al.* Tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 1811–1826, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p1811-1826.
- BENEVIDES, G. P. *et al.* Manejo cirúrgico da doença inflamatória pélvica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 11, n. 7, p. 166–177, jul. 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i7.18590.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. Disponível em: <https://share.google/2VHtXQHwGm0rSYP5K>. Acesso em: 20 jul. 2025.
- CARVALHO, N. S. *et al.* Doença inflamatória pélvica. São Paulo: FEBRASGO, 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, n. 25).
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Pelvic Inflammatory Disease (PID), 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm>. Acesso em: 20 jul. 2025.
- CURRY, A *et al.* Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. *American Family Physician*, v. 100, n. 6, 2019.
- DAVID, L. C. *et al.* Doença inflamatória pélvica complicada com abscesso tubo-ovariano em usuária de DIU de cobre: um relato de caso. *Revista DELOS*, Curitiba, v. 18, n. 63, p. 1–17, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n63-136.
- DE ANDRADE, L. R. M. *et al.* Abordagem da doença inflamatória pélvica: uma revisão de literatura. *Revista Contemporânea*, [S. l.], v. 3, n. 10, p. 18810–18823, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N10-117.
- DEMISSIE, E. *et al.* Padrões de resistência antimicrobiana da *Neisseria gonorrhoeae* e fatores de risco associados em mulheres com potencial para engravidar no noroeste da Etiópia. *BMC Women's Health*, v. 24, p. 82, 2024. DOI: 10.1186/s12905-024-02898-3.
- DRUMOND, D.G. *et al.* Condutas em ginecologia: do diagnóstico ao tratamento. Barueri: Manole, 2023. E-book. ISBN 9788520461839.
- DYDYK, A. M.; GUPTA, N. Chronic Pelvic Pain. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
- GARCIA, M. *et al.* Laparoscopic management of advanced pelvic inflammatory disease: a review of outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 11, p. 3971, 2023. DOI: 10.3390/jcm14113971.
- GIRARDI, N. R. *et al.* Doença Inflamatória Pélvica: avanços no diagnóstico, fisiopatologia e estratégias de tratamento. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 5, p. e72532, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n5-059.
- HILLIER, S. L. *et al.* A review of the challenges and complexities in the diagnosis, etiology, epidemiology, and pathogenesis of pelvic inflammatory disease. *Journal of Infectious Diseases*, v. 224, n. 12 Suppl 2, p. S23–S28, 2021. DOI: 10.1093/infdis/jiab116.
- IWATA, H. *et al.* Diagnostic accuracy of pelvic examination in pelvic inflammatory disease: a meta analysis. *Journal of General and Family Medicine*, v. 23, n. 6, 2022. DOI: 10.1002/jgf2.572.
- JENKINS, L. K. *et al.* Pelvic Inflammatory Disease. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- KREISEL, K. M. *et al.* The burden of and trends in pelvic inflammatory disease in the United States, 2006–2016. *Journal of Infectious Diseases*, v. 224, n. Suppl. 2, p. S103–S112, 2021. DOI: 10.1093/infdis/jiaa771.
- KRYSUY, N. P. *et al.* Abordagem geral da Doença Inflamatória Pélvica (DIP): uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 1, n. 2, p. e9330, 2021.

LIU, K. *et al.* Differential diagnosis of pelvic inflammatory disease and mimicking conditions: clinical insights and imaging review. *Clinical Radiology*, v. 78, n. 2, p. 86–93, 2023. DOI: 10.1016/j.crad.2022.11.009.

MENEZES, M. L. B. *et al.* Doença inflamatória pélvica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. S1-S16, 2021. Disponível em: 10.1590/S1679-4974202100011.esp1.

MENEZES, M. L. B. *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, supl. 1, p. e2020602, 2021. DOI: 10.1590/S1679-4974202100011.esp1.

MITCHELL, C. M. *et al.* Etiology and diagnosis of pelvic inflammatory disease: looking beyond gonorrhea and chlamydia. *Journal of Infectious Diseases*, v. 224, n. 12 Suppl 2, p. S29–S35, 2021. DOI: 10.1093/infdis/jiab067.

PASSOS, E. P. *et al.* Rotinas em ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. E-book. ISBN 9786558821144.

RUDMAN, T. I. A. *et al.* JMM Profile: Mycoplasma genitalium: a small, yet significant pathogen. *Journal of Medical Microbiology*, v. 74, n. 4, p. e001984, 2025. DOI: 10.1099/jmm.0.001984.

SCHEER, I. O. *et al.* Abordagem da doença inflamatória pélvica: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 169–187, 2021.

SPACH, D. *et al.* Core concepts – pelvic inflammatory disease – self-study lessons – national STD curriculum. University of Washington, 2025. Disponível em: <https://www.std.uw.edu/go/comprehensive-study/pelvic-inflammatory-disease/core-concept/all>. Acesso em: 20 jul. 2025.

TANG, X. *et al.* Efficacy of moxifloxacin in non-complicated pelvic inflammatory disease: multicenter study. *Infectious Diseases Journal*, 2023.

UW STD CENTER. Core Concept: Pelvic Inflammatory Disease. University of Washington, 2025. Disponível em: <https://www.std.uw.edu/go/comprehensive-study/pelvic-inflammatory-disease/core-concept/all>. Acesso em: 20 jul. 2025.

YUSUF, H. *et al.* Management of pelvic inflammatory disease in clinical practice. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, v. 19, p. 183–192, 2023. DOI: 10.2147/TCRM.S350750.