

SAÚDE DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Edição XXIII

Capítulo 2

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

ALICE DE OLIVEIRA RIBEIRO¹
ANNA CLARA SILVA SOARES¹
BRUNA GUIMARAES FEITOSA¹
ISABELA GARRIDO DE ANDRADE PRATES¹
JULIA PAZINI CORREA¹
LAURA BORGES MATOS¹
LUDMILLA BERNARDO GOMES¹
MARIA BARBARA CARVALHO DE OLIVEIRA¹
MARIA CLARA MARÇAL MESQUITA¹
YASMIN DAHER KOZAK¹
YASMIN DOS SANTOS DAVID DE ANDRADE¹

¹Discente- Medicina do Centro Universitário Euro-Americano de Desenvolvimento UNIEURO

Palavras-Chave: Doenças; Pélvica; Inflamatória.

DOI

10.59290/978-65-6029-230-7.2

EDITORIA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica caracterizada pela infecção e inflamação dos órgãos genitais superiores femininos, incluindo útero, trompas de Falópio e ovários. Geralmente associada a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, a DIP pode causar complicações graves, como infertilidade, dor pélvica crônica e aumento do risco de gravidez ectópica.

No Brasil, é difícil conhecer toda a magnitude da incidência de DIP, pois além de não ser uma doença de notificação compulsória, também não ocorre o rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em pacientes assintomáticas. Os casos crônicos de DIP podem ter graves consequências, como a maior susceptibilidade à infecção e transmissão de Papilomavírus Humano (HPV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A incidência da DIP é maior em mulheres jovens com idade entre 15 a 25 anos, sexualmente ativas e que possuem múltiplos parceiros sexuais (TAMARELLE *et al.*, 2017). Pesquisas evidenciaram que uma das maiores taxas de prevalências da DIP ocorre entre as adolescentes, podendo representar até 20 % de todos os casos, enquanto as mulheres em pós-menopausa correspondem a apenas 11%. Tal fato pode ser explicado, principalmente, por não possuírem múltiplos parceiros sexuais, não realizarem instrumentação uterina com frequência e pela diminuição da colonização bacteriana comum nessa idade (SCHEER *et al.*, 2021).

O Diagnóstico é feito através de critérios maiores, menores e elaborados como dor no hipogastrio, dor a palpação dos anexos, dor a mobilização do colo uterino, temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ou temperatura retal $> 38,3^{\circ}\text{C}$, secreção

endocervical anormal, Massa pélvica, Pesquisa de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas e laparoscopia com evidencia de DIP. Os exames complementares que podem ser pedidos incluem Hemograma, VHS, PCR e Hemocultura. Os exames laboratoriais e de imagem desempenham um papel fundamental no diagnóstico e no acompanhamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), auxiliando na confirmação clínica e na exclusão de diagnósticos diferenciais. Entre os exames laboratoriais, destacam-se o hemograma, que pode revelar leucocitose com desvio à esquerda, a proteína C-reativa (PCR) e a velocidade de hemossedimentação (VHS), que indicam a presença de um processo inflamatório. Além disso, a pesquisa de patógenos, como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, pode ser realizada por meio da amplificação de ácido nucleico (NA-AT) em amostras endocervicais, uretrais ou urinárias, sendo um método altamente sensível e específico para a detecção dessas infecções. Os exames de imagem, por sua vez, são úteis para avaliar a extensão da inflamação e descartar outras condições que podem simular a DIP, como apendicite, endometriose e torção ovariana. A ultrassonografia transvaginal é frequentemente utilizada na prática clínica, pois permite a identificação de sinais sugestivos de DIP, como espessamento das trompas de Falópio, acúmulo de líquido livre na pelve e presença de abscessos tubo-ovarianos. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) podem ser indicadas em casos de dúvida diagnóstica, especialmente para diferenciar abscessos pélvicos de outras massas inflamatórias ou tumorais.

Em razão das sequelas que a DIP (doença inflamatória pélvica) não tratada pode ocasionar, ainda que as suspeitas sejam moderadas, recomenda-se o início imediato do tratamento

empírico, a fim de mitigar as complicações tardias. A confirmação diagnóstica revela-se de relevância secundária, pois a intervenção terapêutica deve ser instaurada antes mesmo da obtenção dos resultados laboratoriais, fundamentando-se primordialmente nos achados clínicos (SAVARIS *et al.*, 2020; BRASIL, 2020). O manejo terapêutico deve ser realizado em regime ambulatorial ou hospitalar, com a internação indicada exclusivamente para os casos que apresentem sintomas graves ou risco elevado de complicações. O tratamento hospitalar proporciona a administração endovenosa e o monitoramento rigoroso da resposta terapêutica. Por outro lado, o manejo ambulatorial é recomendado para os casos de gravidade leve a moderada (MENEZES *et al.*, 2021).

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de literatura a partir da busca nas interfaces PubMed e Scielo, aplicando uma combinação dos descritores DeCS/MeSH (Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings) “Pelvic inflammatory disease”, “Pelvic Pain”, “Chlamydia trachomatis” e “Neisseria gonorrhoeae” e o operador booleano “AND”. Foram encontrados 16 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados entre 2020 a 2024, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Trabalhos que não correspondiam ao tema ou não apresentavam tamanha relevância para o estudo foram excluídos, sendo selecionados 2 artigos pertinentes à discussão. Por fim, foram considerados 4 artigos relevantes, incluindo o Protocolo de Doença Inflamatória Pélvica Aguda do Ministério de saúde.

RESULTADOS

O tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) deve ser iniciado de forma imediata

após a suspeita clínica, a fim de prevenir complicações graves, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Nesse contexto, a abordagem terapêutica pode ser segmentada em farmacológica e não farmacológica. O tratamento farmacológico ambulatorial compreende a administração de antibióticos de amplo espectro, eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e microrganismos anaeróbios. Os fármacos recomendados para o manejo da DIP incluem Ceftriaxona, Cefotaxima, Metronidazol, Clindamicina e Gentamicina, conforme os protocolos terapêuticos nacionais, sendo que a melhora clínica é esperada dentro de três dias após o início da terapia. Antibióticos de largo espectro, com ação direcionada a esses agentes patogênicos, como os beta-lactâmicos, aminoglicosídeos, tetraciclina e macrolídeos, têm sido amplamente estudados. Esses agentes devem ser administrados em combinação e, preferencialmente, por via parenteral. A laparotomia está indicada nos casos de formação de massas que não respondem ao tratamento conservador ou que se rompem. O tratamento não farmacológico envolve repouso, abstenção sexual e, quando aplicável, a remoção do dispositivo intrauterino (DIU) inserido há menos de três semanas ou na ausência de resposta terapêutica. Além disso, uma consulta de acompanhamento deve ser agendada na primeira semana, com uma nova avaliação programada para 30 dias após a alta hospitalar.

Em razão das sequelas que a Doença Inflamatória Pélvica não tratada pode acarretar, é recomendável o início imediato do tratamento empírico logo após a suspeita diagnóstica, com o intuito de prevenir complicações tardias. A confirmação laboratorial do diagnóstico tem relevância secundária, visto que a intervenção terapêutica deve ser iniciada com base nos achados clínicos, antes mesmo da obtenção dos

resultados de exames. O manejo clínico da DIP deve ser predominantemente conduzido em regime hospitalar, reservando-se a internação para os casos com manifestações clínicas mais graves. Dada a diversidade de agentes infecciosos responsáveis pela doença, a monoterapia não é considerada uma opção viável, sendo preferível o uso de esquemas antibióticos combinados.

CONCLUSÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) constitui um desafio significativo para a saúde pública, dada sua alta prevalência e as graves consequências associadas ao diagnóstico e tratamento tardios. Este estudo reforça a importância de uma abordagem clínica criteriosa e

imediate para prevenir complicações irreversíveis, como infertilidade e dor pélvica crônica.

O manejo terapêutico deve priorizar intervenções empíricas com antibióticos de amplo espectro, considerando a multiplicidade de agentes etiológicos envolvidos, o que torna inviável a monoterapia. Além disso, o acompanhamento contínuo e a conscientização sobre os fatores de risco, especialmente em populações jovens e vulneráveis, são fundamentais para a redução da incidência e do impacto da DIP.

Por fim, a integração de estratégias preventivas, diagnóstico precoce e protocolos terapêuticos atualizados demonstra ser o caminho mais eficaz para mitigar as sequelas da doença e promover melhores desfechos clínicos para as pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MELO, *et al.* Doença inflamatória pélvica: fisiopatologia, investigação diagnóstica e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 10, p. 98440-98453, out. 2021. Disponível em: . Acesso em: 15 mar. 2025.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo de doença inflamatória pélvica aguda. Brasília, 2020. 12 p. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/2-Protocolo+de+Doen%C3%A7a+Inflamat%C3%B3ria+P%C3%A9lvica+Aguda+%281%29.pdf/1df7afab-44e8-61bb-9e11-026dd8db1563?t=1727950757520>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SOUZA, L. P. de; *et al.* Internações por doença inflamatória pélvica no Brasil: tendência temporal de 2000 a 2019. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 4, p. 1-10, out./dez. 2022. Disponível em: . Acesso em: 15 mar. 2025

.