Saúde da Mulher

Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde

EDIÇÃO XX

Capítulo 12

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

ALLAN DALPIAZ DE ALMEIDA[1]
ARTHUR NEDEL SILVEIRA MALDANER[1]
ANTÔNIO CARLOS SCAPINI[2]
CAROLINA CARLESSO DE FREITAS[1]
FLÁVIA PENSO BERGAMASCHI[1]
LUIZ EDUARDO DE COSTA GÓES[1]
MILENE GONÇALVES CONTE[3]
PEDRO AUGUSTO VAN DER SAND GERMANI[1]
VALENTINA BRATTI DE NADAL[1]

[1]Discente – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
[2]Discente – Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)
[3]Discente- Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS)

Palavras-Chave: *Infecção; Trato Genital; Mulher.*

DOI 10.59290/978-65-6029-176-8.12

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infecção do trato genital superior feminino, que pode afetar o útero, as trompas de Falópio e os ovários, e ocasionalmente o peritônio. É frequentemente causada por patógenos sexualmente transmissíveis, como Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae, mas também pode envolver outros microrganismos associados à vaginose bacteriana e patógenos entéricos. A DIP pode ser aguda, crônica ou subclínica, e muitas vezes é subdiagnosticada devido à apresentação clínica variável, que pode incluir desde dor abdominal inferior e sensibilidade pélvica até casos assintomáticos. Se não tratada, a DIP pode levar a complicações graves, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

MÉTODO

A presente revisão integrativa de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS e Cochrane Library. Utilizamos descritores específicos como "doença inflamatória pélvica", "infecções do trato reprodutivo", "tratamento", "epidemiologia", "fisiopatologia" e "complicações" para abordar de maneira abrangente a epidemiologia, fisiopatologia e o manejo clínico da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Através dessa revisão, buscamos proporcionar um entendimento aprofundado dessa condição, que afeta significativamente a saúde reprodutiva de mulheres em todo o mundo. A análise criteriosa dessas bases de dados confiáveis nos permite reunir informações valiosas sobre a prevalência, fatores de risco, diagnóstico e opções terapêuticas da DIP, visando à melhoria da saúde reprodutiva e à prevenção de complicações, como infertilidade e dor pélvica crônica. A busca por uma abordagem terapêutica mais eficaz e estratégias de prevenção é essencial para reduzir o impacto dessa doença na população feminina globalmente.

EPIDEMIOLOGIA

A DIP é mais comum em mulheres jovens, especialmente entre 15 e 25 anos, e é uma das principais causas de infertilidade. Estudos indicam que a prevalência de DIP está associada a diagnósticos prévios de infecções sexualmente transmissíveis, com disparidades raciais observadas, como uma prevalência mais alta entre mulheres negras não hispânicas em comparação com mulheres brancas não hispânicas.

FISIOPATOLOGIA

A DIP é uma condição inflamatória resultada pela ascensão de patógenos do trato genital inferior para o útero, ovários e órgãos pélvicos. O canal endocervical funciona como uma barreira que protege o trato genital superior, normalmente estéril dos organismos do ecossistema vaginal dinâmico3. Pacientes com DIP podem apresentar doença clínica em qualquer ponto da região pélvica interna. A flora vaginal da maioria das mulheres normais e saudáveis inclui uma variedade de bactérias potencialmente patogênicas, incluindo germes aeróbios e anaeróbios, como Haemophilus influenzae, Streptococcus agalactiae, e bacilos Gram-negativos entéricos que podem estar presentes, provocando a doença. A Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis são patógenos comumente identificados na DIP nas mulheres pré-menopausa sexualmente ativa, sendo os quadros causados pelo gonococo normalmente mais graves que os causados pela Chlamydia.

CLÍNICA

A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infecção aguda do trato genital superior em mulheres, causada em sua maioria por agentes sexualmente transmissíveis, como Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae. A DIP pode acometer o útero, as trompas de falópio, os ovários e os órgãos pélvicos vizinhos, resultando em endometrite, salpingite, ooforite, peritonite, abscesso tubo-ovariano e/ou acometimento hepático (Síndrome de Fitz-Hugh Curtis), que serão descritas a seguir. A clínica pode ser bastante variável, desde sintomas brandos e inespecíficos, até casos graves. Além disso, muitas pacientes podem ser assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico precoce.

A principal manifestação da DIP é a dor pélvica, mas a ausência de dor não exclui a possibilidade de diagnóstico. A intensidade da dor pode variar muito, desde uma dor sutil, até uma dor muito intensa, como nos casos de abscesso tubo-ovariano. Tipicamente, a dor piora durante a relação sexual. Algumas pacientes podem ter febre associada, sangramento uterino anormal, aumento da frequência urinária e corrimento vaginal com aspecto purulento. Ao exame físico, há dor à palpação abdominal, à mobilização do colo uterino e à palpação dos anexos.

Quanto aos achados laboratoriais, pode haver leucocitose, elevação da proteína C reativa (PCR) e aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), que são achados inespecíficos.

A Síndrome de Fitz-Hugh Curtis é caracterizada por acometimento da cápsula hepática, e ocorre em aproximadamente 10% das mulheres com Doença Inflamatória Pélvica, produzindo dor abdominal no quadrante superior direito.

No abscesso tubo-ovariano, há envolvimento das trompas de falópio e dos ovários e, em alguns casos, de outros órgãos pélvicos adjacentes. Nesse caso, as pacientes podem ser uma massa anexial palpável ao exame físico.

Outro possível cenário da doença é a DIP subclínica, na qual a paciente muitas vezes não recebe o diagnóstico e, consequentemente, não realiza o tratamento adequado. Nesses casos, a inflamação pode produzir sequelas e levar à infertilidade por fator tubário, gestação ectópica e dor pélvica crônica.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é principalmente clínico devido à variabilidade dos sintomas e à ausência de um teste específico e sensível. A DIP deve ser suspeitada em mulheres sexualmente ativas que apresentam dor abdominal inferior ou pélvica recente (há menos de 30 dias) sem outra causa identificada e que apresentam sensibilidade à mobilização cervical, uterina ou anexial durante o exame físico. O diagnóstico pode ser feito a partir de três critérios maiores (dor pélvica somada a dor anexial e a mobilização do colo) combinados com um menor (febre, leucocitose, VSG/PCR elevados ou cervicite com comprovação microbiológica) ou apenas um critério elaborado. Os critérios elaborados para o diagnóstico incluem biópsia endometrial com evidência histopatológica de endometrite, ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética mostrando trompas espessadas e preenchidas por líquido, ou achados laparoscópicos consistentes com DIP.

A presença de febre, leucorreia, ou sangramento anormal pode reforçar o diagnóstico clínico. Devido à dificuldade de diagnóstico e ao risco de complicações, recomenda-se um baixo limiar para iniciar o tratamento empírico em mulheres em risco.

TRATAMENTO

O tratamento imediato para DIP é de extrema importância, iniciando com antibióticos de amplo espectro, considerando suas possíveis sequelas em longo prazo. Em caso de tratamento ambulatorial, inicia-se com Doxiciclina 100 mg via oral (VO) de 12/12 h por 14 dias e Ceftriaxona intramuscular (IM) 500mg em dose única. Além desses, outro esquema terapêutico que pode ser adotado é a combinação de Ceftriaxona junto a Azitromicina VO 1 g 1x/semana, repetindo a dose em 7 dias. Ademais, associar Metronidazol com um dos esquemas terapêuticos citados diminui a ocorrência de tricomoníase e vaginose bacteriana, assim como reduz a presença de anaeróbios com cultura endometrial. Em pacientes com indicações de hospitalização, o tratamento de 1ª escolha é iniciar com Clindamicina endovenoso (IV) 2.700 mg/dia associado a Gentamicina IV 1x ao dia, ajustando a dose conforme o peso e função renal da paciente. Após a alta hospitalar, seguir tratamento com Doxiciclina VO 100 mg 2x ao dia junto a Metronidazol VO 500 mg 1x ao dia, ambos por 14 dias.

O seguimento é indicado em 48h e 72h, considerando que é esperado uma melhora clínica em até 3 dias. Caso a paciente não tenha uma melhora do quadro, são recomendados outros exames para avaliar diagnósticos diferenciais. Além disso, por se tratar de uma doença sexualmente transmissível (DST), é importante orientar o parceiro a buscar avaliação médica para realizar o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNHAM RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. N Engl J Med. 2015 May 21;372(21):2039-48. doi: 10.1056/NEJMra1411426. PMID: 25992748.

BRUBAKER, Lindsey. Pelvic inflammatory disease: pathogenesis, microbiology, and risk factors. *UpToDate*, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors. Acesso em: 8 out. 2024.

DINIZ, Sávio Corrêa *et al*. Incidence and predictors of patients that persist with chronic pain and functional disability 3 months after total knee arthroplasty: results of a prospective cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, v. 10, n. 16, p. 3558, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/34396413/. Acesso em: 8 out. 2024.

MSD MANUAL. Doença inflamatória pélvica (DIP): Etiologia, sintomas, diagnóstico e tratamento. *MSD Manual, versão para profissionais*, 2024. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/vaginite-cervicite-e doença-inflamatória-pélvica/doença-inflamatória-pélvica dip?query=doença%20inflamatória%20pélvica%20(dip)#Etiologia_v8374878_pt. Acesso em: 8 out. 2024.

PASSOS, E. P. *et al*. Rotinas em Ginecologia. [s.l.] Artmed Editora, 2023.

PEIPERT JF, Ness RB, Blume J, Soper DE, Holley R, Randall H, Sweet RL, Sondheimer SJ, Hendrix SL, Amortegui A, Trucco G, Bass DC; Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health Study Investigators. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 2001 Apr;184(5):856-63; discussion 863-4. doi: 10.1067/mob.2001.113847. PMID: 11303192.

WIESENFELD HC, Sweet RL, Ness RB, Krohn MA, Amortegui AJ, Hillier SL. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis. 2005 Jul;32(7):400-5. doi: 10.1097/01.olq.0000154508.26532.6a. PMID: 15976596.

HILLIER SL, Bernstein KT, Aral S. The Journal of Infectious Diseases. A Review of the Challenges and Complexities in the Diagnosis, Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis of Pelvic Inflammatory Disease. 2021;224(12 Suppl 2):S23-S28. doi:10.1093/infdis/jiab116.