

Capítulo 16

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

CARLOS EDUARDO GASPARETTO¹
CATARINA ROOS MARIANO DA ROCHA¹
GIOVANA NUNES SANTOS¹
ISABELA ZOPPAS FRIDMAN¹
ISADORA SANDI¹
MARIA LUÍZA DALTOÉ RAUPP¹
PAULA LOREDO SIMINOVICH¹
PEDRO AUGUSTO HORBACH SALZANO¹

¹Discente – Medicina da Universidade Luterana do Brasil

Palavras Chave: Infertilidade; Doença inflamatória pélvica; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória pélvica (DIP) é a inflamação do trato genital superior decorrente da ascensão de microrganismos da vagina e do colo uterino para o endométrio, trompas uterinas e estruturas adjacentes, tendo como etiologia principal as infecções sexualmente transmissíveis (JENNINGS & KRYWKO, 2023). Essa patologia comumente ocorre em indivíduos abaixo de 20 anos, visto que estes estão mais expostos a comportamentos sexuais de risco, como múltiplos parceiros sexuais e uso infrequente de preservativo (DEBONNET *et al.*, 2021). Classicamente reconhecidas como as etiologias mais importantes de DIP, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* têm mostrado incidência decrescente, sendo encontradas, em alguns estudos, em um terço dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A DIP pode ser aguda, crônica ou subclínica e muitas vezes é subdiagnosticada; logo, frequentemente deixa de ser tratada, podendo levar a complicações importantes como dor pélvica crônica, infertilidade, gravidez ectópica e infecções intra-abdominais. (CURRY *et al.*, 2019).

O objetivo deste estudo foi reforçar o conhecimento desta patologia, da sua ampla variedade etiológica e do seu quadro heterogêneo. Além disso, difundir que a investigação diagnóstica é complexa e envolve diversos critérios. Por fim, corroborar que o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para evitar complicações futuras.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de maio e junho de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados: *PubMed*, *Scielo* e *UpToDate*. No *PubMed* foram

utilizados os descritores: “*pelvic inflammatory disease and treatment*”, “*pelvic inflammatory disease and infertility*”, “*pelvic inflammatory disease and diagnosis*”, “*pelvic inflammatory disease and Brazil*”. Da busca na base de dados *PubMed* foram encontrados 126 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Na base de dados *Scielo* utilizou-se o descritor “*pelvic inflammatory disease and Brazil*” sendo encontrados três artigos. Já na base de dados *UpToDate* os descritores utilizados foram “*pelvic inflammatory disease*” e “*ectopic pregnancy*”, sendo encontrados sessenta artigos.

Os critérios de inclusão para as bases de dados *PubMed* e *Scielo* foram artigos nos idiomas inglês, português e francês publicados no período de 2018 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, pesquisa original, estudo de caso, disponibilizados na íntegra. E no *UpToDate*, os critérios de inclusão foram artigos em inglês, no mesmo período mencionado anteriormente. Os critérios de exclusão para todas as bases de dados foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção nas bases de dados expostas acima restaram quatorze artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: etiologia, prevalência, quadro clínico, diagnóstico, tratamento, complicações e tabelas.

Dispôs-se ainda do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, 2022 além do banco de dados no Sistema de Informações

Hospitales do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), selecionando o tópico “Internações por faixa etária I segundo região/unidade da federação”. Foram definidas as cinco regiões do Brasil, ou seja, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, e as morbidades elencadas foram: infecção gonocócica, doenças por clamídias transmitidas por via sexual, salpingite e ooforite, doença inflamatória do colo do útero, outras doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos, nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia

Quanto à etiologia da DIP, a maioria dos casos ocorre por infecção ascendente do colo do útero, que são ocasionadas por bactérias sexualmente transmissíveis. Dos patógenos mais comuns, destacam-se as bactérias *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, entretanto, há outros que podem estar relacionados com a doença. Dentre eles, o micróbio cervical *Mycoplasma genitalium*, os responsáveis pela vaginose bacteriana (espécies de *Peptostreptococcus*, espécies de *Bacteroides*), os respiratórios (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*) e os entéricos (*Escherichia coli*, *Bac-*

teroides fragilis, *Streptococcus* do grupo B) (JENNINGS & KRYWKO, 2023).

Estudos revelam que a DIP gonorreica é de maior gravidade ao passo que a causada por clamídia possui menor possibilidade de provocar sintomas (70% são assintomáticos), logo, resultando em uma DIP subclínica. Ademais, destaca-se a importância da *Chlamydia trachomatis* por causar complicações como infertilidade e cervicite. (MITCHELL *et al.*, 2021).

A infecção sucede-se pelo rompimento da endocérvice, conhecida como uma barreira protetora localizada no trato genital superior, possibilitando a entrada de bactérias vaginais aos órgãos genitais e infectando endométrio, endossalpinge, peritônio pélvico e estroma subjacente. De tal modo, os motivos pelos quais as bactérias causam doença inflamatória pélvica ainda não são totalmente conhecidos, porém podem estar ligados a variações genéticas, resposta imune, carga bacteriana e oscilações hormonais do ciclo menstrual (MENEZES *et al.*, 2021).

Prevalência

Segundo dados do DATASUS, no Brasil, no período entre 2018 e 2023, identificou-se um total de 141.070 internações por doença inflamatória pélvica na população feminina na faixa etária de 15 a 69 anos (**Tabela 16.1**). Os casos possuem diferentes etiologias, além de apresentarem um aumento de prevalência e incidência em diferentes faixas etárias e regiões observadas.

Tabela 16.1 Internações por faixa etária segundo Região

Região	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Total
Norte	2.427	9.305	7.221	3.184	878	357	23.372
Nordeste	3.528	17.847	17.303	7.551	2.425	857	49.511
Sudoeste	3.471	12.374	13.220	9.502	3.472	1.564	43.603

Sul	1.417	4.628	4.508	4.459	1.437	667	16.116
Centro-Oeste	832	2.545	2.410	1.170	614	257	8.468
Total	11.675	46.739	44.662	25.466	8.826	3.702	141.070

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), BRASIL, 2023.

O Nordeste desponta como a região com a maior prevalência, com 49.511 pacientes (35%), sendo o estado do Maranhão responsável 18.738 (37,8%) dos casos de DIP da região. Em sequência surgem as regiões Sudeste (30,9%), Norte (16,6%), Sul (11,42%) e Centro-Oeste (6,0%).

O Rio Grande do Sul é o estado com o maior número de internações na região Sul, com 6395 casos (39,6%), seguido do Paraná com 5.775 (35,8%) e de Santa Catarina com 3.946 (24,5%). Observando-se maior prevalência nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de

30 a 39 anos, 1847 (28,5%) e 1810 (28,2%) pacientes, respectivamente.

Ao analisar a faixa etária destes pacientes, percebe-se dois intervalos de idade com destaque nos dados observados. Mulheres de 20 a 29 anos lideram as estatísticas, com 46.739 (33,1%) internações. Seguido do período entre 30 e 39 anos, com 44.662 (31,5%). Juntos, os dois períodos são responsáveis por mais de 64% das ocorrências de DIP no Brasil. Em todas as Regiões do Brasil, a menor prevalência por faixa etária esteve no intervalo entre 60 a 69 anos, com 3.702 (2,1%) internações (**Tabela 16.2**).

Tabela 16.2 Internações por faixa etária segundo Unidade da Federação (UF) na Região Sul do Brasil

UF	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Total
Rio Grande do Sul	578	1847	1810	1380	552	228	6395
Santa Catarina	363	1181	1157	849	278	118	3946
Paraná	476	1600	1541	1230	607	321	5775
Total	1.417	4.628	4.508	4.459	1.437	667	16.116

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), BRASIL, 2023.

Quadro clínico

A apresentação clínica da DIP pode ser classificada em aguda, crônica ou subclínica e, na maioria das vezes, é uma doença subdiagnosticada em razão da ampla variação dos sintomas. Aproximadamente 65% dos casos costumam ser oligossintomáticos ou assintomáticos, podendo ocorrer, tardiamente, a in-

fertilidade por fatores tubários. A doença pode se desenvolver por vários dias e estender-se por tempo indeterminado (MENEZES *et al.*, 2021).

O quadro típico apresenta-se como febre, dor abdominal ou pélvica inferior de início abrupto, dispareunia, corrimento vaginal e disúria ou micção frequente. É constatado, em

um terço ou mais dos casos, o sangramento uterino anormal (intermenstrual, pós-coito e menorragia). As dores podem ser o único sinal clínico quando acentuadas na relação sexual ou movimento vigoroso. Sendo assim, é de extrema importância a suspeita de DIP em qualquer mulher jovem que manifeste dor abdominal em baixo ventre e desconforto pélvico (JENNINGS & KRYWKO, 2023).

No que se refere à localização, a dor no abdome inferior é predominante quando comparada à dos órgãos pélvicos (HUNT & VOLLENHOVEN, 2023). Todavia, pode ser generalizada em quadro de peritonismo ou até mesmo localizada no abdome superior em casos que houver extensão até a cápsula hepática, causando inflamação peri-hepática (síndrome de *Fitz-Hugh-Curtis*) ou sepse (CURRY *et al.*, 2019).

Além disso, é necessário conhecer os fatores de risco que levam à DIP. Os mais importantes incluem idade abaixo de 25 anos, múltiplos ou novos parceiros sexuais, relação sexual sem o uso de preservativo ou com um parceiro

sintomático, jovem que esteja iniciando atividade sexual (menor de 15 anos) e história prévia de doenças sexualmente transmissíveis ou DIP (CURRY *et al.*, 2019).

Diagnóstico

O diagnóstico da DIP é clínico e sindrômico e, portanto, heterogêneo quanto à apresentação, à severidade e à etiologia (MITCHELL *et al.*, 2021). Sempre deve-se pensar na possibilidade de DIP quando a paciente é uma mulher sexualmente ativa, tem risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), apresenta dor pélvica ou em quadrantes abdominais inferiores ou sensibilidade à mobilização do colo uterino. O uso de exames de imagem e métodos diagnósticos mais invasivos é reservado para casos de dúvida diagnóstica ou na vigência de risco de complicações ou complicações já estabelecidas (CURRY *et al.*, 2019). O diagnóstico pode ser estabelecido na associação de três critérios maiores e um menor, conforme o **Quadro 16.1** (MENEZES *et al.*, 2021).

Quadro 16.1 Critérios para o diagnóstico de DIP

Critério	Descrição
Maior	Dor hipogástrica Dor à palpação anexial Dor à mobilização cervical
Menor	Temperatura axilar > 37,5°C Temperatura retal > 38,3°C Secreção endocervical anormal Massa pélvica Contagem de leucócitos em material endocervical > 10/campo Leucocitose em sangue periférico Proteína C-reativa ou velocidade de hemossedimentação elevadas Prova laboratorial positiva para infecção cervical por gonococo, chlamydia ou mycoplasma

Fonte: Adaptado de MENEZES, 2021.

O exame físico de todas as pacientes com suspeita de DIP deve conter o toque bimanual para análise de sensibilidade à mobilidade cervical, uterina e/ou dos anexos. O exame espe-

cular é essencial para identificação de corrimento mucopurulento cervical, presente na maioria das mulheres com a doença. Um exame de fração beta da gonadotrofina coriô-

nica humana (β -hCG) positivo, seja ele realizado por meio de teste de sangue ou de urina, indica que é necessária a investigação de gravidez ectópica (CURY *et al.*, 2019).

O objetivo de critérios diagnósticos abrangentes é garantir a identificação de todos os casos (MITCHELL *et al.*, 2021), sendo que a investigação não deve atrasar o início do tratamento (CURY *et al.*, 2019). Todavia, as atuais diretrizes sobre a doença, são baseadas em apresentações clínicas e resolução de sintomas, porém tem potencial para subdiagnosticar populações que têm risco maior de complicações e sequelas. Neste contexto, é necessário um método que englobe a avaliação da severidade da doença, a diferenciação do acometimento endometrial *versus* anexial e a identificação do agente (MITCHELL *et al.*, 2021).

Se há dúvida diagnóstica ou presença de complicações, uma variedade de exames de imagem pode ser considerada. Imagens sugestivas de DIP na ressonância magnética (RM) ou na ultrassonografia (USG) transvaginal são aquelas que apresentam tubas uterinas contendo fluido e de paredes espessadas, fluido livre na cavidade pélvica ou abscesso tubo-ovariano. O *Doppler* na USG transvaginal revela hiperemia com o estabelecimento da DIP. A tomografia computadorizada (TC) pode apresentar fluido livre na cavidade pélvica, densificação de gordura, linfadenopatia reativa, tubas uterinas espessas e inflamação peri-hepática (CURY *et al.*, 2019).

Quando há múltiplas hipóteses diagnósticas igualmente prováveis, a realização de exames complementares também se torna útil. Algumas outras causas de dor pélvica podem simular DIP; diferentemente desta, todavia, aquelas apresentarão sintomas adicionais. A apendicite aguda manifesta-se com sinais de peritonite, náusea e vômitos; a gravidez ectó-

pica pode cursar com hipotensão, anemia, atraso menstrual, dor unilateral e teste de gravidez positivo; na endometriose, a paciente pode apresentar dismenorréia, sangramento intermenstrual e dispareunia; a torção ovariana e a ruptura de cisto ovariano são causas de dor súbita (CURY *et al.*, 2019). Entre outros diagnósticos diferenciais podemos citar diverticulite, litíase ureteral, torção de mioma uterino ou de endometrioma, entre outros (MENEZES *et al.*, 2021).

Tratamento

É recomendado que o tratamento empírico para DIP seja iniciado quando há suspeita clínica em mulheres sexualmente ativas com quadro típico e quando não há outro diagnóstico mais provável. Sabe-se que o risco de infertilidade aumenta três vezes caso o tratamento seja atrasado em dois ou três dias desde o início do quadro (CURY *et al.*, 2019). A base do tratamento é a terapia antimicrobiana; adicionalmente, é recomendada a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios para abrandar os sintomas (MENEZES *et al.*, 2021).

O tratamento ambulatorial é considerado para as pacientes com quadro clínico leve e sem sinais de peritonite pélvica. Casos mais graves requerem tratamento hospitalar (MENEZES *et al.*, 2021). Sempre considerar internação em casos de gestação; febre alta ou vômitos; intolerância ou falha no tratamento por via oral; e dor abdominal intratável (CURY *et al.*, 2019). Quanto à via de administração, pode-se usar tanto a via oral quanto a parenteral. As quinolonas, por sua vez, não são mais utilizadas para o tratamento da DIP no Brasil pela alta resistência bacteriana que apresentam. O esquema antimicrobiano é indicado no **Quadro 16.2**, e a monoterapia é contraindicada (MENEZES *et al.*, 2021).

Quadro 16.2 Esquema terapêutico de primeira linha para a DIP

Tratamento	Descrição
Ambulatorial	Ceftriaxone 500 mg IM em dose única + Doxiciclina 100 mg VO, um comprimido <i>BID</i> por 14 dias + Metronidazol 250mg dois comprimidos <i>BID</i> * por 14 dias
Hospitalar	Ceftriaxone 1 mg IV <i>SID</i> ** por 14 dias + Doxiciclina 100 mg VO, um comprimido <i>BID</i> por 14 dias + Metronidazol 400 mg IV a cada 12 horas

Legenda: * *BID*, duas vezes ao dia. ** *SID*, uma vez ao dia. **Fonte:** Adaptado de MENEZES, 2021.

A melhora clínica tende a ocorrer até três dias após o início do tratamento. Considera-se curada a paciente sem sinais e sintomas, além de ter seus níveis de marcadores inflamatórios normalizados nos testes de laboratório. Todavia, em até 40% dos casos, o exame bacteriológico pode ser positivo mesmo após resolução do quadro. Em casos com persistência ou piora do quadro clínico, o diagnóstico deve ser reconsiderado, sendo a conduta nestes casos a realização de algum exame de imagem, como a RM ou a TC, ou de uma laparoscopia. Em relação às recomendações após a resolução do quadro, é sugerida abstinência sexual por 30 dias e uso de preservativo sempre após este período. Além disso, deve-se avaliar a necessidade de retirada do DIU, se a paciente faz o uso deste método anticoncepcional (MENEZES *et al.*, 2021), e realizar testagem e tratamento dos parceiros que entraram em contato nos últimos 60 dias (CURY *et al.*, 2019).

Complicações

Apesar de uma resposta adequada a antimicrobianos, a DIP pode acarretar diversas complicações a longo prazo. A infertilidade é uma das principais sequelas em mulheres na idade reprodutiva, constatada em cerca de 18% delas (HUNT & VOLLENHOVEN, 2023), tendo como principal microorganismo causador a *Chlamydia trachomatis* (PEIPERT & MADDEN, 2021). É importante salientar que o risco de infertilidade e o grau de lesão das tubas uterinas se relacionam de maneira pro-

porcional: quanto maior o grau de lesão, maior o risco de infertilidade. Além disso, infecções recorrentes também estão relacionadas a este risco; após três episódios recorrentes, mais de 50% das mulheres terão algum grau de disfunção tubária (HUNT & VOLLENHOVEN, 2023). Outro fator de risco relevante é o tempo para iniciar o tratamento: mulheres que demoram três dias ou mais são mais propensas a terem infertilidade (PEIPERT & MADDEN, 2021). Para a avaliação da permeabilidade tubária, deve-se levar em consideração a presença de hidrossalpinge, o grau de aderências peritubulares, a funcionalidade das fímbrias e a endossalpinge (HUNT & VOLLENHOVEN, 2023). Outra complicação da doença inflamatória pélvica é a gravidez ectópica, principalmente pela alteração da função tubária, aderências e obstrução, podendo estar relacionado em até 7,8%, das pacientes diagnosticadas com a DIP. O diagnóstico é realizado por ecotransvaginal, β -hCG e pelos sintomas de dor abdominal e sangramento vaginal (TULANDI, 2023), (HENDRIKS *et al.*, 2020).

Quando se investiga a infertilidade, é de extrema importância questionar os casais sobre infecções pélvicas anteriores. O manejo deve ser individualizado, levando em conta a idade da paciente, reserva ovariana e patologias pélvicas concomitantes. Para tal, pode-se fazer uso de terapias cirúrgicas como a salpingostomia e a fimbrioplastia para regularizar a função tubária na doença tubária distal, responsável por acometer grande parte das mulheres.

Vale salientar que a salpingostomia possui uma incidência de gravidez, após a sua realização, de aproximadamente 30%. Outra opção terapêutica seria a fertilização *in vitro*, pois esta elimina a função tubária no processo de reprodução (HUNT & VOLLENHOVEN, 2023).

Adicionalmente, o abscesso tubo-ovariano é outra afecção notável e está presente em aproximadamente 20% das pacientes hospitalizadas por DIP; caracteriza-se por uma massa infecciosa complexa dos anexos, resultante da ascendência dos patógenos da infecção cervical ou vaginal pelas tubas uterinas e, posteriormente, para a cavidade peritoneal. A manifestação clássica resume-se a uma massa anexial, febre, leucocitose, dor abdominal pélvica inferior e/ou corrimento vaginal. Os abscessos tubo-ovarianos frequentemente são polimicrobianos e contêm uma predominância de bactérias anaeróbias. Apesar de serem associados com infecções sexualmente transmissíveis, os patógenos mais frequentemente isolados são *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, outras espécies *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* e *Streptococcus* aeróbios. Surpreendentemente, *Neisseria gonorrhoea* e *Chlamydia trachomatis* não são tipicamente isoladas (KAIRYS & ROEPKE, 2022). O exame de toque bimanual é indispensável em todas as pacientes com suspeita de DIP, a fim de avaliar a presença de abscesso (CURRY *et al.*, 2019). O exame de imagem de escolha é o ultrassom pélvico, uma vez que é de fácil acesso e pouco invasivo. Em casos selecionados, os abscessos podem ser drenados por punção guiada por ultrassom (MENEZES *et al.*, 2020). A confirmação de abscesso tubo-ovariano dita a necessidade de tratamento hospitalar. Qualquer um dos antibióticos parenterais recomendados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) pode ser utili-

zado. Se a paciente não estiver vomitando, a doxiciclina oral é preferível à administração parenteral, dado que a biodisponibilidade é semelhante (CURRY *et al.*, 2019).

Ainda, há a dor pélvica crônica (DPC), que representa uma complicação relevante da DIP, caracterizada como uma dor persistente e não cíclica, associada a estruturas relacionadas com a pelve e com duração maior de 6 meses, podendo ou não ter dismenorreia, dispareunia e disúria associadas (JUGANAVAR & JOSHI, 2022). A DPC é frequentemente relacionada a outras síndromes e fatores ginecológicos; dentre elas há a dor associada à doença inflamatória pélvica não tratada, sendo a DIP recorrente o fator preditor de maior relevância para a DPC (PEIPERT & MADDEN, 2021). Acredita-se que a dor esteja relacionada com a inflamação, cicatrização e aderências do processo infeccioso (JENNINGS & KRYWKO, 2023). Além disso, pode ser causada por dor somática funcional e distúrbios de saúde mental, como a síndrome do intestino irritável e o transtorno do estresse pós-traumático, respectivamente (DYDYK & GUPTA, 2022).

O diagnóstico de DPC é feito através da história clínica detalhada e do exame físico. Os exames de imagem, apesar de muitas vezes serem inconclusivos, podem auxiliar no diagnóstico de uma condição comórbida responsável pelo desenvolvimento da DPC. Diante disso, a ultrassonografia pélvica é realizada a fim de excluir anormalidades anatômicas e o encaminhamento para pesquisa de endometriose, via laparoscopia, é indicado em casos graves. Contudo, ainda que a presença de DPC seja relativamente frequente entre as mulheres, o diagnóstico, não raramente, é tardio ou nunca realizado, dado que cerca de metade dos casos permanecem sem diagnóstico (DYDYK & GUPTA, 2022).

Embora o tratamento seja limitado, este é focado na suspeita da etiologia da DPC e recomenda-se uma abordagem biopsicossocial, a fim de tratar patologias concomitantes, como a DIP, a endometriose, a cistite e a depressão. A terapia medicamentosa inicial é com anti-inflamatórios não esteroides e terapia de reposição hormonal (medroxiprogesterona de depósito, pílulas anticoncepcionais orais, entre outros). Se um transtorno de humor subjacente for evidenciado ou suspeitado, pode-se associar terapia antidepressiva (inibidores seletivos da recaptção da serotonina, tricíclicos), gabapentina ou inibidores da recaptção da serotonina-norepinefrina (como venlafaxina e duloxetine). Ainda, em casos refratários a outras terapias medicamentosas ou na dor não maligna, os analgésicos opióides podem ser considerados. A fisioterapia de assoalho pélvico e a terapia comportamental também podem desempenhar um papel relevante no tratamento. Em casos graves, a neuromodulação dos nervos sacrais e o bloqueio dos nervos periféricos podem ser realizados. Ainda, em casos de DPC secundária a etiologia uterina, como última opção, pode-se realizar a histerectomia (DYDYK & GUPTA, 2022).

CONCLUSÃO

No Brasil, é difícil compreender a dimensão da incidência de DIP, visto que, além de não ser uma doença de notificação compulsória, também não ocorre o rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em pacientes assintomáticas. Nos casos crônicos de DIP há maior susceptibilidade à infecção e transmissão de Papilomavírus Humano (HPV) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PERCINEY *et al.*, 2022). Dessa forma, a DIP torna-se um problema de saúde pública considerando que acomete a população jovem feminina sexualmente ativa

e, na maioria das vezes, erroneamente é negligenciada por ser subdiagnosticada devido ao quadro clínico inespecífico o que infelizmente contribui, em longo prazo, a consequências na fertilidade da mulher. Por isso é imprescindível o diagnóstico precoce atentando à clínica da paciente e ao manejo individualizado.

Atualmente, existem outros métodos para identificar os agentes etiológicos, porém, por não serem identificados precocemente na grande maioria dos casos, o tratamento é dificultado. Testes como técnicas de biologia molecular (reação em cadeia da polimerase – PCR) e histopatologia são altamente precisos e podem contribuir para tratamentos e prognósticos mais satisfatórios. Embora seja notável o potencial de patogenicidade das infecções ocasionadas pela *Chlamydia trachomatis*, acredita-se que uma maior atenção por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), para estes casos, venha contribuir para a diminuição de seus agravos, como a infertilidade. Sendo necessários mais estudos clínicos específicos para uma melhor compreensão dos seus mecanismos patológicos com a finalidade de propor novas terapias com maior especificidade para a doença (REIS-GÓES *et al.*, 2020).

Além disso, os resultados do presente estudo apontaram que as taxas de internações ao longo do período estudado foram maiores na região Nordeste, o que pode estar relacionado a desigualdades socioeconômicas na região, embora todas as regiões brasileiras tenham apresentado resultados expressivos quanto à patologia. Desse modo, infere-se que fatores socioeconômicos podem influenciar sobre a exposição de risco a DIP e a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) nas mulheres principalmente àquelas em vulnerabilidade social e à alta taxa de exposição aos agentes etiológicos, sobretudo a *Chlamydia trachomatis*.

Assim, o acesso à informação a toda população é primordial, pois as IST são evitáveis e passíveis de tratamento. Por isso, a conscientização quanto às formas de prevenção e rastreio devem ser difundidas nas escolas e na comunidade através da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é responsável pelo vínculo do paciente ao acesso à saúde, especialmente aos adolescentes que estão iniciando a vida sexual. Difundir informação e orientar os

jovens para assim amenizar a exposição aos fatores de risco na adolescência, pode minimizar complicações na vida adulta da mulher. Importante salientar que a educação sexual deve ser difundida entre homens e mulheres de todas as idades pois, assim como objetiva-se o diagnóstico e tratamento precoce nas mulheres, torna-se imprescindível que os parceiros sexuais sejam tratados também para a infecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2023. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- CURRY, A. *et al.* Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *American Family Physician*, v. 100, p 357, 2019.
- DEBONNET, C. *et al.* Update of Chlamydia trachomatis infection. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. v. 49, p. 608, 2021.
- DYDYK, A.M. & GUPTA, N. Chronic Pelvic Pain. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
- HENDRIKS, *et al.* Ectopic pregnancy: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 2020.
- HUNT, S. & VOLLENHOVEN, B. Pelvic inflammatory disease and infertility. *Australian Journal of General Practice*, v. 52, n. 4, p. 215, 2023.
- JENNINGS, L.K. & KRYWKO, D.M. Pelvic Inflammatory Disease. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
- JUGANAVAR, A. & JOSHI, K.S. Chronic Pelvic Pain: A Comprehensive Review. *Cureus*, 2022.
- KAIRYS N. & ROEPKE C. Tubo-ovarian abscess. Statpearls publishing, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448125/>>. Acesso em: 2 jun. 2023.
- MENEZES, M. *et al.* Brazilian Protocol for Sexually Transmitted infections, 2020: pelvic inflammatory disease. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 54, 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view>. Acesso em: 2 jun. 2023.
- MITCHELL, C.M. *et al.* Etiology and Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease: Looking Beyond Gonorrhea and Chlamydia. *The Journal of Infectious Diseases*, v. 224, p. S29, 2021.
- PEIPERT, J.F. & MADDEN, T. Long-term complications of pelvic inflammatory disease. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2023.
- PERCINEY, P. *et al.* Pelvic inflammatory disease hospitalizations in Brazil: time trend from 2000 to 2019. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2022.
- REIS-GÓES, F. S *et al.* Prevalence of chlamydia trachomatis infection in the brazilian female population: a review article. *Research, Society and Development*, 2020.
- TULANDI, T. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2023.