

BMJ Best Practice

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Prevenção	5
Prevenção primária	5
Rastreamento	5
Prevenção secundária	5
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	17
Abordagem passo a passo do tratamento	17
Visão geral do tratamento	19
Opções de tratamento	21
Acompanhamento	28
Recomendações	28
Complicações	28
Prognóstico	29
Diretrizes	30
Diretrizes de diagnóstico	30
Diretrizes de tratamento	31
Recursos online	32
Nível de evidência	33
Referências	34
Imagens	37
Aviso legal	39

Resumo

- ◇ A doença inflamatória pélvica é uma infecção polimicrobiana ascendente aguda do trato ginecológico feminino, frequentemente associada a *Neisseria gonorrhoeae* ou a *Chlamydia trachomatis*.
- ◇ Os sintomas e achados físicos variam muito e podem incluir desconforto abdominal inferior, sensibilidade anexial e dor à mobilização do colo. Febre e corrimento vaginal ou cervical também podem estar presentes.
- ◇ O diagnóstico pode ser difícil porque os sintomas variam de ausentes a graves e podem ser inespecíficos. Possíveis achados laboratoriais incluem leucócitos abundantes na microscopia à fresco das secreções vaginais, velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada, proteína C-reativa elevada e infecção cervical por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* documentada laboratorialmente. A laparoscopia é o procedimento definitivo, mas é invasivo e não recomendado no diagnóstico de rotina.
- ◇ O tratamento com antibiótico deve ser iniciado em pacientes sexualmente ativas e que apresentam dor pélvica, dor à mobilização do colo ou sensibilidade anexial ou uterina sem outra causa encontrada. As pacientes podem precisar de hospitalização e antibióticos parenterais.
- ◇ As complicações incluem abscesso tubo-ovariano e infertilidade subsequente ou gravidez ectópica por conta das tubas uterinas obstruídas ou com cicatrizes.

Definição

A doença inflamatória pélvica (DIP) abrange um espectro de distúrbios inflamatórios do trato genital feminino superior, incluindo qualquer combinação de endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano e peritonite pélvica. Organismos sexualmente transmitidos, especialmente a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, estão implicados em muitos casos; entretanto, os microrganismos que constituem a flora vaginal (por exemplo, anaeróbios, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bastonetes entéricos gram-negativos e *Streptococcus agalactiae*) também têm sido associados à DIP. Além disso, o citomegalovírus (CMV), *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum* podem estar associados a alguns casos de DIP.[1] Os sintomas incluem febre, vômitos, dorsalgia, dispareunia, dor bilateral na parte inferior do abdome, bem como sintomas de infecção do trato genital inferior como odor vaginal anormal, prurido, sangramento ou corrimento. Em alguns casos, os sintomas são leves ou até mesmo ausentes.

Epidemiologia

A doença inflamatória pélvica (DIP) é mais observada em mulheres sexualmente ativas jovens e solteiras com uma história de doenças sexualmente transmissíveis.[2] A incidência exata é desconhecida porque é difícil fazer o diagnóstico definitivamente com base nos sinais e sintomas clínicos. A DIP pode afetar pelo menos 1 milhão de mulheres nos EUA a cada ano[3] e é o motivo ginecológico mais comum para a internação hospitalar.[4] Em países industrializados, a incidência anual de DIP atinge a intensidade máxima em mulheres de 20 a 24 anos de idade. A maioria dos casos é diagnosticada ambulatorialmente. O número de casos diagnosticados tem diminuído nos últimos anos nos ambientes hospitalar e ambulatorial.[4] Isso pode ser devido ao diagnóstico e tratamento precoces da infecção por clamídia.

Etiologia

A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infecção polimicrobiana. Organismos sexualmente transmitidos, especialmente a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, estão implicados em muitos casos; entretanto, os microrganismos que constituem a flora vaginal (por exemplo, anaeróbios, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bastonetes entéricos gram-negativos e *Streptococcus agalactiae*) também têm sido associados à DIP.[1] Além disso, o citomegalovírus (CMV), *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum* podem ser os agentes etiológicos em alguns casos de DIP.

Fisiopatologia

A infecção começa no colo uterino e, se não for tratada, pode ascender para o trato genital superior. Dano epitelial, geralmente causado por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, pode permitir a entrada oportunista de outros microrganismos.[5] A disseminação para o trato genital superior também pode ser causada por instrumentação do colo uterino, como dilatação e curetagem, interrupção de gestação ou inserção de dispositivo intrauterino (DIU).[5] Acredita-se que a infecção seja causada por rompimento da barreira cervical protetora e pela introdução direta da bactéria na cavidade endometrial da vagina ou do colo uterino.[6]

Prevenção primária

A mudança no comportamento é vital para a prevenção da doença inflamatória pélvica (DIP), já que os fatores de risco potencialmente modificáveis estão associados à DIP (por exemplo, prática de sexo seguro).[14] As pacientes de alto risco devem ser aconselhadas sobre comportamentos sexuais mais seguros, como o uso de preservativos e o risco de infecção com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Quando adequado, deve-se realizar também o aconselhamento e o exame para a infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Rastreamento

Revisões sistemáticas que avaliaram a efetividade das intervenções para rastreamento de infecção oportunista por clamídia baseadas em registros encontraram evidências limitadas para dar suporte a essa recomendação e identificaram a necessidade de estudos de melhor qualidade.[26] [27] [28] [29] Além disso, um ensaio clínico randomizado e controlado que recrutou mais de 2500 mulheres entre 16 e 27 anos não forneceu uma resposta clara quanto à eficácia do rastreamento da *Chlamydia trachomatis* na redução da incidência da doença inflamatória pélvica.[30]

No entanto, uma reavaliação das evidências de ensaios clínicos randomizados e controlados de rastreamento e estudos observacionais controlados sugeriu que o rastreamento anual pode prevenir 61% das doenças inflamatórias pélvicas relacionadas a *C. trachomatis* em mulheres com infecção por *C. trachomatis*. [31]

A US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda que todas as mulheres sexualmente ativas, incluindo as gestantes, devam passar por rastreamento de gonorreia e clamídia se tiverem aumento do risco de infecção.[15] Isso inclui mulheres com idade entre 15 e 24, mulheres em uma comunidade de alta morbidade (definida por uma prevalência aumentada) ou as com fatores de risco individuais (como múltiplos parceiros sexuais recentes, história de infecção sexualmente transmissível [IST], um parceiro com IST) e as envolvidas com prisioneiros, prostituição ou uso de drogas. A USPSTF também recomenda que as mulheres assintomáticas com baixo risco não devem passar por rastreamento. Portanto, o rastreamento de rotina da população assintomática quanto à clamídia para prevenir a doença inflamatória pélvica (DIP) não é recomendado atualmente.

Prevenção secundária

Os homens que tiveram um contato sexual com uma mulher diagnosticada com a DIP durante os 60 dias anteriores ao início dos seus sintomas (ou com a parceira sexual mais recente se a sua última relação sexual foi >60 dias) devem ser avaliados e tratados com esquemas efetivos contra clamídia e gonorreia.[1] As mulheres devem ser orientadas a evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros tenham concluído o ciclo do tratamento. Se não for possível o rastreamento adequado para gonorreia e clamídia no(s) parceiro(s) sexual(is), deverá ser prescrita uma terapia empírica para gonorreia e clamídia.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma estudante universitária de 18 anos com uma história de infecção prévia por clamídia apresenta febre baixa e dor inespecífica na parte inferior do abdome. O exame físico revela um leve desconforto abdominal inferior difuso à palpação profunda. Ela tem dor à mobilização do colo e corrimento vaginal mucopurulento no exame pélvico.

Outras apresentações

A apresentação pode variar muito. A doença inflamatória pélvica é mais observada em mulheres sexualmente ativas, jovens e solteiras com uma história de infecções sexualmente transmissíveis,[2] mas também pode ser observada em mulheres mais velhas com relacionamentos monogâmicos. Os sintomas incluem vômitos, dorsalgia, dispareunia ou prurido ou sangramento vaginal anormal,[3] mas podem estar ausentes ou serem mínimos.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Muitos episódios da doença inflamatória pélvica (DIP) passam despercebidos.[1] Embora alguns casos sejam assintomáticos, outros não são diagnosticados porque a paciente ou o profissional da saúde não consegue reconhecer as implicações dos sintomas ou sinais leves ou inespecíficos (por exemplo, sangramento, dispareunia e corrimento vaginal). Devido à dificuldade do diagnóstico e do potencial para causar danos à saúde reprodutiva das mulheres, mesmo por DIP leve ou subclínica, os profissionais da saúde devem manter em mente o diagnóstico da DIP, principalmente entre a população em risco de DIP (por exemplo, mulheres sexualmente ativas entre as idades de 15 e 24 anos, pacientes que frequentam clínicas de doença sexualmente transmissível (DST) e que vivem em outros ambientes onde as taxas de gonorreia ou clamídia são altas).[1] [15]

História

A história deve concentrar-se na identificação dos fatores de risco da DIP. Uma história de infecção prévia com clamídia ou gonorreia é o fator de risco mais significativo da DIP.[6] Outros fatores de risco importantes a serem obtidos da história incluem pouca idade no início da atividade sexual, relação sexual sem proteção com vários parceiros, história prévia de DIP e uso de dispositivo intrauterino (DIU).[6] [8] [9] [10] História de tabagismo, condição socioeconômica baixa, uso atual de duchas vaginais e relação sexual durante a menstruação também deve ser pesquisada. A DIP pode causar uma ampla variedade de sintomas inespecíficos; porém, a presença desses sintomas é altamente sugestiva e deve ser pesquisada:[16]

- Dor na parte inferior do abdome, geralmente bilateral
- Náuseas e vômitos
- Dispareunia profunda
- Sangramento vaginal anormal, incluindo pós-coito, intermenstrual e menorragia
- Corrimento cervical ou vaginal anormal, muitas vezes purulento.

Exame físico

Recomenda-se um exame clínico sistemático, começando com um exame geral. O exame geral deve incluir a identificação da temperatura ($>38^{\circ}\text{C}$ [$>101^{\circ}\text{F}$]). A palpação leve e profunda do abdome deve evidenciar qualquer desconforto abdominal inferior, que geralmente é bilateral. Um exame pélvico deve ser realizado, começando com uma inspeção da genitália externa à procura de algum corrimento vaginal óbvio. Em seguida, é realizado um exame especular para expor a vagina e o colo uterino e procurar algum exsudato purulento ou mucopurulento na endocérvice. Um exame bimanual é realizado para evidenciar um ou mais dos seguintes critérios mínimos: [1]

[Fig-1]

[Fig-2]

- Dor à mobilização do colo
- Sensibilidade uterina
- Dor à palpação anexial.

Swabs triplos (cervical, uretral e retal) devem ser coletados particularmente em mulheres com um risco elevado de infecção por gonorreia.

Avaliação inicial

Um ou mais dos seguintes critérios adicionais podem ser usados para aumentar a especificidade dos critérios mínimos e dar suporte a um diagnóstico de DIP: [1]

- Temperatura oral $>38.3^{\circ}\text{C}$ ($>101^{\circ}\text{F}$)
- Corrimento vaginal ou cervical mucopurulento anormal
- Presença de números abundantes de leucócitos na microscopia à fresco do fluido vaginal
- Velocidade de hemossedimentação elevada
- Proteína C-reativa elevada
- Documentação laboratorial de infecção cervical por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Exames laboratoriais adicionais

Frequentemente é necessária uma avaliação diagnóstica mais elaborada, pois o diagnóstico e o manejo incorretos podem causar morbidade desnecessária. Quando o diagnóstico for questionável ou a paciente não estiver respondendo à terapia, será necessária uma investigação adicional. Existem diversos exames e procedimentos com custos e disponibilidade variáveis, mas nenhum exame laboratorial isolado é diagnóstico. No entanto, neste contexto, resultados normais na contagem leucocitária sérica, leucócitos polimorfonucleares em microscopia de câmara úmida e velocidade de hemossedimentação descartam efetivamente a infecção do trato genital superior. [3] [17] Esses exames devem ser considerados na consulta inicial.

Exames invasivos e de imagem

Os exames de imagem são reservados para os pacientes com um diagnóstico clínico incerto e para aqueles que estejam muito doentes ou que não respondam à terapia inicial. Os estudos de imagem incluem a ultrassonografia transvaginal, tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM). Cada estudo demonstra achados característicos de DIP.

A ultrassonografia transvaginal é a modalidade primária de exame de imagem e pode ser normal nos estágios iniciais ou em casos não complicados. O uso de power Doppler ou colorido pode melhorar a detecção de anormalidades sutis de endometrite, salpingite e ooforite.[18]

A TC pélvica é indicada em pacientes com dor pélvica difusa, peritonite ou ultrassonografia difícil ou equivocada. Ela deve ser realizada com contraste intravenoso e oral, pois o intestino não opacificado pode ser confundido com um abscesso.[19]

A RNM pélvica é considerada superior à ultrassonografia no diagnóstico da DIP quando há um abscesso tubo-ovariano, piossalpingite, tubas contendo líquido e/ou ovários policísticos aumentados com líquido livre na pelve. No entanto, a ultrassonografia e a TC são mais custo-efetivas que a RNM. Desse modo, a RNM raramente é usada e só tem uma função complementar na solução do problema. [19]

A laparoscopia permite que espécimes sejam coletados das tubas uterinas e no saco de Douglas, sendo particularmente útil na exclusão de patologias alternativas se houver alguma dúvida quanto ao diagnóstico. A laparoscopia não detectará endometrite nem inflamação sutil das tubas uterinas. Ela não deve ser usada como ferramenta diagnóstica de rotina, especialmente quando os sintomas são leves ou vagos.[1]

A biópsia do endométrio não deve ser usada como um teste diagnóstico de rotina. Ela é indicada em mulheres que se submetem à laparoscopia e que não tenham evidências visuais de salpingite.[1]

Tratamento presuntivo

O tratamento empírico da DIP deve ser iniciado na primeira consulta em mulheres jovens sexualmente ativas e em outras mulheres com risco de DIP (por exemplo, mulheres com idade entre 15 e 24 anos; mulheres de uma comunidade com alta morbidade [como definido por uma prevalência elevada]; mulheres com fatores de risco individuais [como vários parceiros recentes, história de DST, parceiro com DST]; e mulheres envolvidas com pessoas presas em cadeias, com o comércio sexual ou uso de drogas).[1] [15] Por causa das graves implicações à saúde, pela DIP não tratada, e à falta de delineação clara do momento ideal para realização para exames invasivos, os médicos são aconselhados a iniciar o tratamento em pacientes com risco que tenham um desconforto abdominal inferior, dor à palpação anexial ou dor na manipulação do colo uterino. Esses achados físicos são observados em mais de 90% das mulheres com a doença documentada por laparoscopia.[10]

Fatores de risco

Fortes

infecção prévia por clamídia ou gonorreia

- É o fator de risco mais importante.[6]

pouca idade no início da atividade sexual

- Em um estudo, as mulheres jovens entre as idades de 15 e 19 anos eram 5 vezes mais propensas a desenvolver a doença inflamatória pélvica (DIP) que as mulheres mais velhas.[6] A celularidade cervical ou ectopia (comum em mulheres jovens) facilita a aderência de microrganismos ao colo uterino.[7]

relações sexuais sem proteção com vários parceiros

- Uma maior exposição a organismos bacterianos pode causar a DIP.[8] [9]

história prévia de DIP

- Defesas locais do hospedeiro presumivelmente prejudicadas.[10]

uso de dispositivo intrauterino (DIU)

- Limitado às 3 primeiras semanas após a inserção em mulheres com baixo risco de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).[1]

Fracos**tabagismo**

- Foi associada à DIP.[11] [12]

baixa condição socioeconômica

- Foi associada à DIP.[13]

uso atual de duchas vaginais

- Altera a flora vaginal normal, causa dano epitelial e rompe a barreira mucosa cervical.[7]

relação sexual durante a menstruação

- Pode estar relacionada à perda do tampão mucoso.[6]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem a infecção prévia por clamídia ou gonorreia ou doença inflamatória pélvica (DIP), pouca idade no início da atividade sexual, relação sexual sem proteção com vários parceiros e uso de dispositivo intrauterino (DIU).[1]

sensibilidade uterina (comum)

- Um dos 3 achados no exame pélvico que constituem os critérios mínimos para o diagnóstico.[1]

dor à mobilização do colo (comum)

- Um dos 3 achados no exame pélvico que constituem os critérios mínimos para o diagnóstico.[1]

dor à palpação anexial (comum)

- Em um estudo, descobriu-se que a dor à palpação anexial é um marcador sensível de endometrite (96%), mas a especificidade foi de apenas 4%.[17]
- Um dos 3 achados no exame pélvico que constituem os critérios mínimos para o diagnóstico.[1]

Outros fatores de diagnóstico**dor na parte inferior do abdome (comum)**

- Inespecíficos, mas um sintoma sugestivo. Pode estar associada à disúria, dispareunia e/ou sangramento uterino.

corrimento vaginal ou cervical anormal (comum)

- Corrimento mucopurulento. Inespecíficos, mas um sintoma sugestivo.

febre (comum)

- Temperatura oral acima de 38.3 °C (>101 °F). Inespecífica, mas um sinal sugestivo.

náuseas e vômitos (comum)

- Inespecíficos, mas um sintoma sugestivo.

Exames diagnósticos

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
contagem de leucócitos <ul style="list-style-type: none"> • Considerar na primeira consulta. • A contagem leucocitária é um exame inespecífico para a infecção. • O resultado não é específico, mas pode aumentar o índice de suspeita da doença inflamatória pélvica (DIP). • É improvável que apenas o resultado altere o manejo. • Valor preditivo médio. 	elevado
Células polimorfonucleares na microscopia de câmara úmida das secreções vaginais <ul style="list-style-type: none"> • Indicado na primeira consulta. • A presença de células polimorfonucleares vaginais confirma a infecção vaginal. • A ausência dessas células na câmara úmida descartou a endometrite histológica em mais de 90% das vezes em um estudo, com valor preditivo negativo de 94.5%.[3] [20] • Valor preditivo positivo alto, mas não específico para patógenos que provavelmente causam a DIP. 	presentes no esfregaço
velocidade de hemossedimentação sérica <ul style="list-style-type: none"> • Considerar na primeira consulta. • Exame inespecífico para o processo inflamatório. • É improvável que apenas o resultado deste exame altere o manejo. • Em um estudo de contagem leucocitária sérica, células polimorfonucleares em microscopia de câmara úmida e velocidade de hemossedimentação em mulheres com o diagnóstico clínico de doença inflamatória pélvica (DIP) aguda, nenhum exame laboratorial teve boa sensibilidade e especificidade. Um resultado negativo nos 3 exames descarta efetivamente a DIP.[3] [17] 	elevado

Exame	Resultado
sonda genética ou cultura de secreções vaginais para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizada na primeira consulta em qualquer paciente com suspeita de DIP. • A especificidade dessas infecções é de 100%; entretanto, outros organismos também podem causar a DIP.[21] • A cultura negativa não elimina a possibilidade da doença do trato genital superior, portanto o tratamento deve ser iniciado na paciente com sintomas clínicos, independentemente dos resultados do exame.[22] 	um resultado positivo indica a presença de organismos

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
ultrassonografia transvaginal <ul style="list-style-type: none"> • O exame é útil para confirmar um diagnóstico incerto. • Menos dispendioso que outros métodos de exames de imagem e menos arriscado que outros exames invasivos. • Em um estudo, o fluxo no Doppler colorido identificou todos os casos confirmados laparoscopicamente de DIP aguda, tornando-o 100% sensível para este diagnóstico.[23] 	os sinais clássicos são a espessura da parede tubária >5 mm, septos incompletos na tuba uterina, líquido no fundo de saco e a aparência de roda dentada na seção transversal da vista tubária; também pode ser observado um abscesso tubo-ovariano
tomografia computadorizada (TC) pélvica <ul style="list-style-type: none"> • A TC pode ser usada para confirmar um diagnóstico incerto. Ela é indicada em pacientes com dor pélvica difusa, peritonite ou ultrassonografia difícil ou com resultados equívocos. Ela deve ser realizada com contraste intravenoso e oral, pois o intestino não opacificado pode ser confundido com um abscesso.[19] Indicada se a ressonância nuclear magnética (RNM) não estiver disponível ou se a ultrassonografia for inconclusiva ou não diagnóstica. O risco de exposição à radiação cumulativa deve ser considerado em mulheres jovens submetidas à repetição do exame de imagem.[24] 	alterações sutis na aparência dos planos do assoalho fascial pélvico, espessamento dos ligamentos uterossacros, alterações inflamatórias das trompas e dos ovários, coleção de fluidos anormal; na doença progressiva, pode ser observada uma inflamação reativa das estruturas circundantes pélvicas e abdominais
ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica <ul style="list-style-type: none"> • A RNM é considerada superior à ultrassonografia no diagnóstico da DIP quando há um abscesso tubo-ovariano, piossalpingite, tuba contendo líquido e/ou ovários policísticos aumentados com líquido livre na pelve. No entanto, a ultrassonografia e a TC são mais custo-efetivas que a RNM. Desse modo, a RNM raramente é usada e só tem uma função complementar na solução do problema. [19] 	pode mostrar tubas espessadas contendo líquido, abscesso tubo-ovariano, piossalpingite

Exame	Resultado
laparoscopia <ul style="list-style-type: none"> A laparoscopia é o método de diagnóstico invasivo preferível que permite a visualização direta das estruturas abdominais e ginecológicas. A laparoscopia permite que espécimes sejam coletados das tubas uterinas e no saco de Douglas, sendo particularmente útil na exclusão de patologias alternativas se houver alguma dúvida quanto ao diagnóstico. A laparoscopia não detectará endometrite nem inflamação sutil das tubas uterinas. Ela não deve ser usada como ferramenta diagnóstica de rotina, especialmente quando os sintomas são leves ou vagos.[1] 	anormalidades laparoscópicas consistentes com a DIP
biópsia do endométrio <ul style="list-style-type: none"> Pode confirmar o diagnóstico de endometrite. A biópsia do endométrio não deve ser usada como teste diagnóstico de rotina. Ela é indicada em mulheres que se submetem à laparoscopia e que não tenham evidências visuais de salpingite.[1] 	aparência histológica de endometrite

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Gravidez ectópica	<ul style="list-style-type: none"> Dor na parte inferior do abdome, dor à palpação anexial, febre e outros sintomas de abdome agudo (náuseas, vômitos, diarreia) podem estar presentes. Pode parecer um caso grave de doença inflamatória pélvica (DIP). A DIP pode existir concomitantemente com a gravidez ectópica. 	<ul style="list-style-type: none"> O teste de gravidez positivo orientará a busca de gravidez ectópica: nível do hormônio hCG alto no soro e na urina. A ultrassonografia revela um útero vazio e pode mostrar uma massa nas tubas uterinas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Apendicite aguda	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas e vômitos ocorrem na maioria dos pacientes com apendicite aguda. A dor à mobilização do colo ocorrerá em cerca de 25% das mulheres com apendicite, enquanto que este sinal geralmente está presente em todas as pacientes com a DIP. 	<ul style="list-style-type: none"> Ultrassonografia abdominal: estrutura aperistáltica ou não comprimível com diâmetro externo >6 mm; a sensibilidade para o diagnóstico de apendicite aguda é de 75% a 90%.^[25] Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve: apêndice anormal (diâmetro >6 mm) identificado ou apendicolito calcificado observado em associação com a inflamação periapendicular; a sensibilidade para o diagnóstico de apendicite aguda é de 87% a 98%.^[25] A laparoscopia confirma o diagnóstico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Complicações do cisto ovariano (cisto ovariano roto, torção do cisto ovariano, cisto ovariano hemorrágico)	<ul style="list-style-type: none"> • Cisto ovariano roto: a ruptura é geralmente espontânea, pode ser decorrente de uma história de trauma; um desconforto crônico e leve no abdome inferior pode se intensificar repentinamente. No exame físico, os sinais de peritonismo (defesa, dor à descompressão brusca, abdome rígido) podem estar presentes no abdome inferior e na pelve; o tamanho da massa anexial pode ser normal devido ao cisto rompido. • Torção do cisto ovariano: a apresentação típica ocorre com dor súbita, aguda e unilateral no quadrante no abdome inferior, de natureza intensa e com cólicas; dois terços das pacientes apresentam náuseas e vômitos. Febre baixa, geralmente relacionada à necrose; massa anexial sensível palpada em 90% dos casos; irritação peritoneal localizada. • Cisto ovariano hemorrágico: apresenta-se com dor abdominal localizada, náuseas e vômitos. O exame clínico pode ser normal. Raramente, e dependendo do tamanho do cisto, pode haver choque hipovolêmico; desconforto abdominal e peritonismo; a massa pélvica pode ser palpada. 	<ul style="list-style-type: none"> • A ultrassonografia pélvica confirma o diagnóstico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> Aumento anexial, estenose do colo do útero ou deslocamento lateral do útero; dor cíclica exacerbada pelo início da menstruação e durante a fase lútea; ou dispareunia. A dor cíclica não é uma característica da DIP. 	<ul style="list-style-type: none"> A ultrassonografia transvaginal pode mostrar um endometrioma ovariano ou evidência de endometriose pélvica profunda, como o envolvimento do ligamento uterossacro. A laparoscopia confirma o diagnóstico pela visualização direta de implantes peritoneais com glândulas ou estroma endometrial, confirmadas por biópsia, encontradas do lado de fora da cavidade uterina.
Causas não relacionadas à DIP do corrimento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas vulvovaginais: corrimento, prurido, queimação, dispareunia. Os sintomas vulvovaginais podem ou não estar presentes na DIP, pois a doença do trato superior pode existir na ausência de sintomas de vaginite. 	<ul style="list-style-type: none"> A avaliação do corrimento vaginal examinado por câmara úmida ou captura genética ou swab uretral identifica o organismo causador.
Síndrome da dor miofascial	<ul style="list-style-type: none"> A sensibilidade é confinada a uma região anatômica. A região pode ser o abdome inferior e a pelve. Não tem características associadas à DIP, como febre, contagem leucocitária elevada, velocidade de hemossedimentação elevada, corrimento vaginal e/ou culturas positivas de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i> nem sensibilidade cervical e anexial. 	<ul style="list-style-type: none"> A palpação de pontos-gatilho produz uma dor reproduzível.

Critérios de diagnóstico

Critérios dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)[1]

Presume-se que uma mulher jovem e sexualmente ativa tenha doença inflamatória pélvica (DIP) se ela tiver dor pélvica ou na parte inferior do abdome, sem outra causa para doença e um ou mais dos seguintes critérios mínimos no exame pélvico:

- Dor à palpação anexial
- Sensibilidade uterina
- Dor à mobilização do colo.

Critérios adicionais para aprimorar a especificidade incluem:

- Temperatura oral acima de 38.3 °C (101 °F)
- Corrimento vaginal ou cervical mucopurulento anormal
- Presença de leucócitos na microscopia à fresco de secreções vaginais
- Velocidade de hemossedimentação elevada
- Proteína C-reativa elevada
- Documentação laboratorial de infecção cervical por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Os critérios definitivos incluem:

- Biópsia do endométrio com evidência histopatológica de endometrite
- Anormalidades laparoscópicas consistentes com a DIP
- Ultrassonografia transvaginal ou ressonância nuclear magnética (RNM) exibindo tubas espessadas contendo fluido com ou sem líquido livre na pelve ou complexo tubo-ovariano
- Estudos de Doppler sugerindo infecção pélvica (por exemplo, hiperemia tubária).

Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo principal do tratamento é a erradicação dos organismos patogênicos que estão associados a infecções comumente implicadas na doença inflamatória pélvica (DIP). Isso é essencial porque as sequelas em longo prazo da DIP não tratada, ou tratada de modo incompleto, incluem lesões tubárias, infertilidade e gravidez ectópica. A antibioticoterapia deve ser iniciada assim que houver suspeita do diagnóstico.

Recomendações gerais[16]

- Aconselha-se o repouso para aquelas com a doença grave.
- Deve ser fornecida analgesia apropriada.
- A terapia intravenosa é recomendada para pacientes com manifestações clínicas mais graves (por exemplo, pirexia >38 °C [>101 °F], sinais clínicos de abscesso tubo-ovariano, sinais de peritonite pélvica).
- As pacientes devem ser orientadas a evitar relações sexuais sem proteção até que elas e seus parceiros tenham concluído o tratamento e acompanhamento.
- Uma explicação detalhada da afecção do paciente com ênfase particular nas implicações em longo prazo de sua saúde e da saúde dos parceiros deve ser fornecida e reforçada com informações escritas de forma clara e precisa.
- Ao passar as informações aos pacientes, o médico deve considerar o seguinte:
 - Uma explicação sobre qual tratamento está sendo administrado e seus possíveis efeitos adversos
 - Após o tratamento, a fertilidade geralmente é mantida, mas permanece um risco de infertilidade futura, dor pélvica crônica ou gravidez ectópica
 - A doença clinicamente mais grave está associada a uma maior risco de sequelas
 - Os episódios repetidos da DIP estão associados a um aumento exponencial no risco de infertilidade
 - Quanto mais cedo for administrado o tratamento, menor será o risco de problemas futuros de fertilidade
 - O uso futuro de contracepção de barreira reduzirá significativamente o risco da DIP
 - Os contatos sexuais da paciente precisam ser rastreados quanto à infecção para prevenir reinfecção.

Antibioticoterapia

Todos os esquemas de tratamento devem ser efetivos contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, porque os resultados negativos do rastreamento endocervical para esses organismos não descartam a infecção do trato reprodutor superior. Os esquemas de tratamento com atividade contra anaeróbios também são recomendados.[1]

Nos EUA, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam antibioticoterapia parenteral com uma cefalosporina (cefotetana ou cefoxitina) associada a doxiciclina para pacientes com DIP grave.[1] Esquemas parenterais alternativos incluem clindamicina associada a gentamicina ou ampicilina/sulbactam associado a doxiciclina.[1] Há dados limitados para dar suporte ao uso de outras cefalosporinas parenterais.

Uma combinação de terapia por via intramuscular associada à oral pode ser considerada em pacientes com DIP leve a moderada; no entanto, pacientes que não respondem à terapia dentro de 72 horas devem ser reavaliadas. Esquemas recomendados incluem ceftriaxona por via intramuscular ou cefoxitina associada a doxiciclina por via oral.[1] Probenecida deve ser usada com cefoxitina. Metronidazol deve ser considerado quando cobertura anaeróbia estendida for necessária. Uma revisão Cochrane não encontrou evidências conclusivas de que um esquema de antibioticoterapia foi mais seguro ou mais efetivo que o outro para doença inflamatória pélvica (DIP).[32]

Em consequência da resistência disseminada e cada vez maior, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) não recomendam mais o uso rotineiro de antibióticos do grupo das fluoroquinolonas para o tratamento da gonorreia nos EUA. No entanto, se a alergia impossibilitar o uso de cefalosporinas, se a prevalência na comunidade e o risco individual de gonorreia forem baixos, e o acompanhamento provável, seu uso pode ser considerado.[1] Em algumas partes da Europa, a terapia combinada que inclui ofloxacino ainda é o tratamento padrão de primeira linha da DIP não complicada. No Reino Unido, as quinolonas também devem ser evitadas como tratamento empírico de primeira linha para a DIP nas áreas onde >5% da DIP é causada pela *Neisseria gonorrhoeae* resistente a quinolonas.[16] Porém, um esquema à base de cefalosporina é preferido para mulheres com alto risco de DIP gonocócica (por exemplo, doença clinicamente grave, parceiro com gonorreia, história de contato sexual no exterior).[22] [33]

O tratamento deve ser iniciado assim que o diagnóstico presuntivo for feito porque a prevenção das sequelas em longo prazo depende da administração imediata dos antibióticos adequados. As evidências são insuficientes para recomendar a remoção de dispositivos intrauterinos (DIUs) em mulheres diagnosticadas com DIP aguda. Entretanto, deve-se ter cuidado quanto a se o DIU permanece no lugar, e é obrigatório acompanhamento clínico rigoroso, além de considerar a remoção se os sintomas não remitirem dentro de 72 horas.[1] [22] [34]

As pacientes devem ser reavaliadas de 24 a 48 horas após o início do tratamento. A melhora clínica deve ser aparente. Se os sintomas da paciente tiverem um agravamento ou se não melhorarem, o diagnóstico da DIP deverá ser reavaliado. Deve-se considerar uma laparoscopia ou ultrassonografia, assim como a internação de pacientes tratadas ambulatorialmente.[10]

A escolha do esquema de tratamento deve levar em conta o custo, a disponibilidade (por exemplo, a cefoxitina não está facilmente disponível no Reino Unido), a aceitação da paciente, os padrões de sensibilidade antimicrobiana local, a epidemiologia local de infecções específicas e a gravidade da doença.[16]

Internação

A maioria das mulheres com DIP é tratada como paciente ambulatorial.1[A]Evidence Se não ocorrer nenhuma melhora clínica dentro de 72 horas após a terapia parenteral ou oral na paciente ambulatorial, deve-se realizar outra avaliação. A internação subsequente e uma avaliação do esquema antimicrobiano e do diagnóstico (incluindo a consideração de laparoscopia diagnóstica para os diagnósticos alternativos) são recomendadas. A internação é particularmente recomendada quando:[1]

- A possibilidade de emergências cirúrgicas (como apendicite) não pode ser excluída
- Há suspeita de abscesso tubo-ovariano
- A paciente está grávida
- Doença grave (por exemplo, náuseas e vômitos, febre alta) impossibilita manejo ambulatorial

- A paciente não consegue seguir nem tolera um esquema de tratamento ambulatorial oral
- A paciente não respondeu à terapia ambulatorial.

A decisão de hospitalizar adolescentes deve ser baseada nos mesmos critérios usados para mulheres mais velhas.

Antibióticos orais e parenterais parecem ter uma eficácia clínica semelhante em mulheres com DIP leve a moderada.^{2[B]Evidence} As pacientes devem ser reavaliadas 24 a 48 horas após o início do tratamento, e a decisão sobre a mudança da terapia parenteral para a oral, se adequada, pode se basear na melhora clínica.^[1]

Tratamento dos parceiros sexuais

Os homens que tiveram contato sexual com uma mulher diagnosticada com DIP durante os 60 dias anteriores ao início dos sintomas devem ser avaliados e tratados com esquemas efetivos contra a clamídia e gonorreia. Se a última relação sexual da paciente foi >60 dias antes do início dos sintomas ou do diagnóstico, o parceiro sexual mais recente da paciente deve ser tratado.^[1] As mulheres devem ser orientadas a evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros tenham concluído o ciclo do tratamento. Se não for possível o rastreamento adequado para gonorreia e clamídia no(s) parceiro(s) sexual(is), deverá ser prescrita uma terapia empírica para gonorreia e clamídia. Se for improvável que seus parceiros procurem avaliação e tratamento, deverá ser oferecida a terapia do parceiro fornecida pelo paciente (PDPT), uma forma de terapia para o parceiro doente (EPT) na qual os parceiros das pessoas infectadas são tratados sem avaliação médica prévia ou aconselhamento para prevenção. As informações atualizadas podem ser encontradas em [\[CDC: expedited partner therapy\]](#) já que a EPT pode ser proibida em alguns estados nos EUA e é o tópico de legislação vigente em outros. Qualquer medicamento ou prescrição fornecida para a PDPT deve ser acompanhada por instruções do tratamento, advertências adequadas sobre a ingestão de medicamentos e aconselhamento geral de saúde.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)	
suspeita ou confirmação de doença inflamatória pélvica (DIP) leve ou moderada na manifestação inicial	
1a	cefalosporina parenteral associada a doxiciclina por via oral
adjunto	metronidazol
mais	tratamento dos contatos sexuais
adjunto	considerar remoção do dispositivo intrauterino (DIU)
2a	fluoroquinolona
mais	metronidazol

Agudo		(resumo)
	mais	tratamento dos contatos sexuais
	adjunto	considerar remoção do dispositivo intrauterino (DIU)
doença inflamatória pélvica (DIP) grave ou ausência de resposta à terapia oral		
	1a	hospitalização associada à antibioticoterapia por via intravenosa
	mais	trocar para antibioticoterapia oral após a melhora clínica
	mais	tratamento dos contatos sexuais
	adjunto	considerar remoção do dispositivo intrauterino (DIU)

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

suspeita ou confirmação de doença inflamatória pélvica (DIP) leve ou moderada na manifestação inicial

1a cefalosporina parenteral associada a doxiciclina por via oral

Opções primárias

» **ceftriaxona**: 250 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

OU

» **cefotaxima**: 2 g por via intramuscular em dose única

-e-

» **probenecida**: 1 g por via oral em dose única

-e-

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

OU

» **cefotaxima**: 500 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

» Pacientes com doença leve a moderada que podem tolerar fluidos orais, não apresentam abscesso tubo-ovariano, nem outros fatores para internação (por exemplo, emergências cirúrgicas não podem ser excluídas; a paciente está grávida; doença grave impede manejo ambulatorial; a paciente não é capaz de seguir ou tolerar um esquema oral ambulatorial; a paciente não respondeu à terapia ambulatorial) devem ser tratadas com uma combinação de uma cefalosporina por via intramuscular (por exemplo, ceftriaxona, cefotaxima) associada a doxiciclina por via oral.^[1] Outras cefalosporinas parenterais de terceira geração (como cefotaxima) também podem ser usadas. Probenecida deve ser usada com cefotaxima.

Agudo

» A maioria das mulheres com DIP é tratada como paciente ambulatorial. Se a paciente não responder à antibioticoterapia ambulatorial dentro de 72 horas, indica-se a internação e antibióticos intravenosos.¹[\[A\]Evidence](#)

» Taxas de cura microbiológica e clínica de 88% a 100% foram relatadas com antibióticos orais.^[5]

» As diretrizes de 2011 da British Association of Sexual Health and HIV (BASHH) recomendam uma dose mais alta de ceftriaxona em comparação com a dose dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em consequência de sensibilidade reduzida de *Neisseria gonorrhoeae* a cefalosporinas e das diretrizes de tratamento atuais do Reino Unido para gonorreia não complicada.^[16] No entanto, os CDC continuam recomendando a dose padrão para esta indicação.^[1]

adjunto metronidazol

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

» Geralmente há suspeita de microrganismos anaeróbios na etiologia de muitos casos.^[1] Metronidazol deve ser considerado quando cobertura anaeróbia estendida for necessária.

mais tratamento dos contatos sexuais

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os homens que tiveram um contato sexual com uma mulher diagnosticada com a DIP durante os 60 dias anteriores ao início dos seus sintomas (ou com a parceira sexual mais recente se a sua última relação sexual foi >60 dias) devem ser avaliados e tratados com esquemas efetivos contra clamídia e gonorreia.^[1] As mulheres devem ser orientadas a evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros tenham concluído o ciclo do tratamento. Se não for possível o rastreamento adequado para gonorreia e clamídia no(s) parceiro(s) sexual(is), deverá ser prescrita uma terapia empírica para gonorreia e clamídia.

adjunto considerar remoção do dispositivo intrauterino (DIU)

Agudo

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» As evidências são insuficientes para recomendar a remoção de dispositivos intrauterinos (DIUs) em mulheres diagnosticadas com DIP aguda. Entretanto, deve-se ter cuidado quanto a se o DIU permanece no lugar, e é obrigatório acompanhamento clínico rigoroso, além de considerar a remoção se os sintomas não remitem dentro de 72 horas.[1] [22] [34]

2a

fluoroquinolona

Opções primárias

» **levofloxacino**: 500 mg por via oral uma vez ao dia por 14 dias

OU

» **ofloxacino**: 400 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

OU

» **moxifloxacino**: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 14 dias

» Em consequência da resistência disseminada e cada vez maior, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) não recomendam mais o uso rotineiro de antibióticos do grupo das fluoroquinolonas para o tratamento da gonorreia nos EUA. No entanto, se a alergia impossibilitar o uso de cefalosporinas, se a prevalência na comunidade e o risco individual de gonorreia forem baixos, e o acompanhamento provável, seu uso pode ser considerado.[1]

» Em algumas partes da Europa, a terapia combinada que inclui ofloxacino ainda é o tratamento padrão de primeira linha da DIP não complicada. No Reino Unido, as quinolonas também devem ser evitadas como tratamento empírico de primeira linha para a DIP nas áreas onde >5% da DIP é causada pela *Neisseria gonorrhoeae* resistente a quinolonas.[16] Porém, um esquema à base de cefalosporina é preferido para mulheres com alto risco de DIP gonocócica (por exemplo, doença clinicamente grave, parceiro com gonorreia, história de contato sexual no exterior).[22] [33]

» O tratamento deve ser iniciado após o teste de gonorreia e deve basear-se na sensibilidade antimicrobiana.[1] [16]

Agudo

mais

metronidazol

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

» Geralmente há suspeita de microrganismos anaeróbios na etiologia de muitos casos.[1] Se uma quinolona for usada, ela deve ser usada em combinação com metronidazol.

mais

tratamento dos contatos sexuais

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os homens que tiveram um contato sexual com uma mulher diagnosticada com a DIP durante os 60 dias anteriores ao início dos seus sintomas (ou com a parceira sexual mais recente se a sua última relação sexual foi >60 dias) devem ser avaliados e tratados com esquemas efetivos contra clamídia e gonorreia.[1] As mulheres devem ser orientadas a evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros tenham concluído o ciclo do tratamento. Se não for possível o rastreamento adequado para gonorreia e clamídia no(s) parceiro(s) sexual(is), deverá ser prescrita uma terapia empírica para gonorreia e clamídia.

adjunto

considerar remoção do dispositivo intrauterino (DIU)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» As evidências são insuficientes para recomendar a remoção de dispositivos intrauterinos (DIUs) em mulheres diagnosticadas com DIP aguda. Entretanto, deve-se ter cuidado quanto a se o DIU permanece no lugar, e é obrigatório acompanhamento clínico rigoroso, além de considerar a remoção se os sintomas não remitem dentro de 72 horas.[1] [22] [34]

**doença inflamatória pélvica (DIP)
grave ou ausência de resposta à
terapia oral**

1a

**hospitalização associada à
antibioticoterapia por via intravenosa****Opções primárias**

» **cefotetana**: 2 g por via intravenosa a cada 12 horas
-ou-

Agudo

» **cefoxitina**: 2 g por via intravenosa a cada 6 horas

--E--

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral/intravenosa a cada 12 horas

Opções secundárias

» **clindamicina**: 900 mg por via intravenosa a cada 8 horas

-e-

» **gentamicina**: 2 mg/kg por via intravenosa/intramuscular como dose de ataque, seguidos por 1.5 mg/kg a cada 8 horas; ou 3-5 mg/kg por via intravenosa/intramuscular uma vez ao dia

OU

» **ampicilina/sulbactam**: 3 g por via intravenosa a cada 6 horas

A dose consiste em 2 g de ampicilina associados a 1 g de sulbactam.

-e-

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral/intravenosa a cada 12 horas

» As pacientes com DIP grave incluem aquelas com um abscesso tubo-ovariano, que não conseguem tolerar fluidos por via oral e aquelas com outros fatores para internação (por exemplo, emergências cirúrgicas não podem ser excluídas; paciente gestante; doença grave que impede o manejo ambulatorial; paciente não consegue seguir nem tolerar um esquema terapêutico ambulatorial; paciente não respondeu à terapia ambulatorial).[1]

» Nos EUA, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam antibioticoterapia parenteral com uma cefalosporina (cefotetana ou cefoxitina) associada a doxiciclina para pacientes com DIP grave.[1] Esquemas parenterais alternativos incluem clindamicina associada a gentamicina ou ampicilina/sulbactam associado a doxiciclina.[1] Há dados limitados para dar suporte ao uso de outras cefalosporinas parenterais.

» Por conta da dor associada à infusão intravenosa, a doxiciclina deve ser administrada por via oral quando possível. A administração oral e intravenosa de doxiciclina proporciona biodisponibilidade semelhante.

Agudo

mais trocar para antibioticoterapia oral após a melhora clínica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia para completar ciclo de 14 dias

OU

» **clindamicina**: 450 mg por via oral quatro vezes ao dia para completar ciclo de 14 dias

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia para completar ciclo de 14 dias

--E--

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia para completar ciclo de 14 dias

-ou-

» **clindamicina**: 450 mg por via oral quatro vezes ao dia para completar ciclo de 14 dias

» As pacientes devem ser reavaliadas 24 a 48 horas após o início do tratamento, e a decisão sobre a mudança da terapia parenteral para a oral, se adequada, pode se basear na melhora clínica.^[1]

» A terapia parenteral pode ser descontinuada 24 horas após a melhora clínica; a terapia oral em curso deve consistir em doxiciclina ou clindamicina até concluir um total de 14 dias de terapia.

» Doxiciclina por via oral pode ser usada após esquema de cefalosporina parenteral e doxiciclina por via oral ou clindamicina por via oral pode ser usada após esquema de clindamicina/gentamicina parenteral.^[1]

» Se houver um abscesso tubo-ovariano, clindamicina ou metronidazol deve ser usado com doxiciclina já que oferece uma cobertura anaeróbia melhor que a doxiciclina isolada.^[1]

mais tratamento dos contatos sexuais

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os homens que tiveram um contato sexual com uma mulher diagnosticada com a DIP durante os 60 dias anteriores ao início dos

Agudo

seus sintomas (ou com a parceira sexual mais recente se a sua última relação sexual foi >60 dias) devem ser avaliados e tratados com esquemas efetivos contra clamídia e gonorreia.[1] As mulheres devem ser orientadas a evitar relações sexuais até que elas e seus parceiros tenham concluído o ciclo do tratamento. Se não for possível o rastreamento adequado para gonorreia e clamídia no(s) parceiro(s) sexual(is), deverá ser prescrita uma terapia empírica para gonorreia e clamídia.

adjunto considerar remoção do dispositivo intrauterino (DIU)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» As evidências são insuficientes para recomendar a remoção de dispositivos intrauterinos (DIUs) em mulheres diagnosticadas com DIP aguda. Entretanto, deve-se ter cuidado quanto a se o DIU permanece no lugar, e é obrigatório acompanhamento clínico rigoroso, além de considerar a remoção se os sintomas não remitem dentro de 72 horas.[1] [22] [34]

Recomendações

Monitoramento

Quando tratada de modo completo e adequado, a doença inflamatória pélvica (DIP) é uma doença autolimitada. Após o tratamento, as pacientes devem ser acompanhadas com exames laboratoriais (cultura vaginal ou captura genital) para garantir a erradicação completa dos organismos. As mulheres com infecções por clamídia ou gonococo documentadas têm uma alta taxa de reinfecção dentro de 6 meses de tratamento. A repetição do teste é recomendada para todas as mulheres que foram diagnosticadas com clamídia ou gonorreia 3 a 6 meses após o tratamento, independentemente de seus parceiros sexuais terem sido tratados ou não. Todas as mulheres diagnosticadas com a DIP aguda devem realizar um teste de vírus da imunodeficiência humana (HIV).^[1]

Instruções ao paciente

O cuidado ginecológico regular deve ser mantido e métodos de contracepção por barreira devem ser utilizados; a paciente deverá ir ao médico imediatamente se houver dor pélvica, corrimento anormal e/ou febre. [\[Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: acute pelvic inflammatory disease \(PID\)\]](#) [\[CDC: pelvic inflammatory disease - the facts\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
abscesso tubo-ovariano	curto prazo	baixa
<p>Associação direta entre abscessos e os patógenos infecciosos que causam doença inflamatória pélvica (DIP). Abscessos poderão se formar se a condição não for tratada.</p> <p>O tratamento com antibióticos é efetivo contra a DIP.^[37] Deve-se realizar exames de imagem de acompanhamento para garantir a resolução do abscesso. Em casos graves, pode ser necessária a drenagem cirúrgica.</p>		
infertilidade	longo prazo	baixa
<p>Até 18% das pacientes desenvolverão infertilidade como resultado do dano tubário.^[38] A probabilidade varia de acordo com a adequação ao tratamento e a gravidade da infecção antes do tratamento. Os episódios repetidos da DIP estão associados a um aumento exponencial no risco de infertilidade.^[16]</p>		
dor pélvica crônica	longo prazo	baixa
<p>As pacientes podem desenvolver dor pélvica crônica como resultado de dano tubário. A probabilidade varia de acordo com a adequação ao tratamento e a gravidade da infecção antes do tratamento. Os episódios repetidos da DIP estão associados a um aumento do risco de dano tubário permanente.</p>		
gravidez ectópica	longo prazo	baixa
<p>A gravidez ectópica ocorre em 1% das pacientes que engravidam.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
síndrome de Fitz-Hugh-Curtis	variável	baixa
Compreende a dor abdominal no quadrante superior direito associada à peri-hepatite. Caracterizada por aderências peri-hepáticas do tipo 'cordas de violino' observadas na laparoscopia. O tratamento é o mesmo que o da DIP.		

Prognóstico

O prognóstico para a recuperação completa é satisfatório em pacientes tratadas dentro de 3 dias do início dos sintomas e que consigam concluir o ciclo completo da terapia. As taxas de cura microbiológica e clínica de 88% a 100% foram relatadas após o tratamento com antibiótico oral. Os riscos de oclusão tubária e infertilidade dependem da gravidade da infecção antes do tratamento. A melhora clínica pode não se traduzir em melhora da fertilidade.[35] As pacientes que apresentam condições coexistentes (infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV], gestação, dispositivo intrauterino [DIU], doença inflamatória pélvica [DIP] prévia ou abscesso tubo-ovariano) exigem observação estrita e podem necessitar de internação.

Foram identificados fatores que predizem uma evolução clínica desfavorável (isto é, internação >7 dias e/ou necessidade de cirurgia) em pacientes hospitalizados com DIP. São eles: idade avançada, história de cirurgia ginecológica em via aberta prévia, qualquer lesão cística identificada por ultrassonografia e níveis elevados de proteína C-reativa.[36]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

European guideline for the management of pelvic inflammatory disease

Publicado por: International Union Against Sexually Transmitted Infections

Última publicação em: 2017

Sexually transmitted infections in primary care

Publicado por: Royal College of General Practitioners

Última publicação em: 2013

UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2011

América do Norte

Pelvic inflammatory disease (PID) - CDC fact sheet

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2017

ACR-SPR practice parameter for the performance of computed tomography (CT) of the abdomen and computed tomography (CT) of the pelvis

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em: 2016

Sexually transmitted diseases treatment guidelines

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2015

ACR appropriateness criteria: acute pelvic pain in the reproductive age group

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em: 2015

Oceania

PID - pelvic inflammatory disease

Publicado por: Australian Sexual Health Alliance

Última publicação em: 2018

Diretrizes de tratamento

Europa

European guideline for the management of pelvic inflammatory disease

Publicado por: International Union Against Sexually Transmitted Infections

Última publicação em: 2017

Sexually transmitted infections in primary care

Publicado por: Royal College of General Practitioners

Última publicação em: 2013

UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2011

América do Norte

Pelvic inflammatory disease (PID) - CDC fact sheet

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2017

Sexually transmitted diseases treatment guidelines

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2015

Oceania

PID - pelvic inflammatory disease

Publicado por: Australian Sexual Health Alliance

Última publicação em: 2018

Recursos online

1. [CDC: expedited partner therapy](#) (*external link*)
2. [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: acute pelvic inflammatory disease \(PID\)](#) (*external link*)
3. [CDC: pelvic inflammatory disease - the facts](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Taxas de fertilidade, infecções, intensidade dos sintomas e recorrência: há evidências de alta qualidade de que os tratamentos ambulatorial e com paciente hospitalizado com antibióticos foram igualmente efetivos em termos de taxas de fertilidade/gravidez ectópica, infecções (gonorreia e clamídia), intensidade dos sintomas (sensibilidade, dor pélvica crônica e endometriose) e recorrência em 35 meses.

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

2. Taxa de cura: há evidências de qualidade moderada de que antibióticos orais e antibióticos parenterais foram igualmente efetivos em mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP) não complicada.

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- British Association for Sexual Health and HIV. UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease. June 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Ross J, Guaschino S, Cusini M, et al. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS. 2018 Feb;29(2):108-14. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bhosale PR, Javitt MC, Atri M, et al. ACR appropriateness criteria. Acute pelvic pain in the reproductive age group. Ultrasound Q. 2016 Jun;32(2):108-15. [Resumo](#)

Referências

1. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Grodstein F, Rothman KJ. Epidemiology of pelvic inflammatory disease. Epidemiology. 1994;5:234-242. [Resumo](#)
3. Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician. 2006 Mar 1;73(5):859-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Sutton MY, Stenberg M, Zaidi A, et al. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States 1985-2001. Sex Trans Dis. 2005;32:778-784. [Resumo](#)
5. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, et al. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Med. 1996 May 23;334(21):1362-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Dayan L. Pelvic inflammatory disease. Aust Fam Physician. 2006 Nov;35(11):858-62. [Resumo](#)
7. National STD Curriculum. Self-study STD module: PID. February 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
8. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bull World Health Organ. 2004 Jun;82(6):454-61. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Ness RB, Randall H, Richter HE, et al. Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health Study Investigators. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. Am J Public Health. 2004 Aug;94(8):1327-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)

10. McCormack, WM. Pelvic inflammatory disease. N Engl J Med. 1994 Jan 13;330(2):115-9. [Resumo](#)
11. Scholes D, Daling JR, Stergachis AS. Current cigarette smoking and risk of acute pelvic inflammatory disease. Am J Public Health. 1992 Oct;82(10):1352-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Marchbanks PA, Lee NC, Peterson HB. Cigarette smoking as a risk factor for pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 1990 Mar;162(3):639-44. [Resumo](#)
13. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? Sex Transm Infect. 2000 Apr;76(2):80-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Simms I, Stephenson JM, Mallinson H, et al. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect. 2006;82:452-457. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. US Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2007 Jul 17;147(2):128-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. British Association for Sexual Health and HIV. UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease. June 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
17. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. 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. [Resumo](#)
18. Horrow MM. Ultrasound of pelvic inflammatory disease. Ultrasound Q. 2004 Dec;20(4):171-9. [Resumo](#)
19. Vandermeer FQ, Wong-You-Cheong JJ. Imaging of acute pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 2009 Mar;52(1):2-20. [Resumo](#)
20. Yudin MH, Hillier SL, Wiesenfeld HC, et al. Vaginal polymorphonuclear leukocytes and bacterial vaginosis as markers for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 2003 Feb;188(2):318-23. [Resumo](#)
21. British Association for Sexual Health; HIV/Medical Foundation for Aids & Sexual Health. Standards for the management of sexually transmitted infections. January 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)
22. Ross J, Guaschino S, Cusini M, et al. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS. 2018 Feb;29(2):108-14. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Molander P, Sjoberg J, Paavonen J, et al. Transvaginal power Doppler findings in laparoscopically proven acute pelvic inflammatory disease. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001 Mar;17(3):233-8. [Resumo](#)
24. Bhosale PR, Javitt MC, Atri M, et al. ACR appropriateness criteria. Acute pelvic pain in the reproductive age group. Ultrasound Q. 2016 Jun;32(2):108-15. [Resumo](#)
25. Balthazar EJ, Birnbaum BA, Yee J, et al. Acute appendicitis: CT and US correlation in 100 patients. Radiology. 1994 Jan;190(1):31-5. [Resumo](#)

26. Low N, Bender N, Nartey L, et al. Effectiveness of chlamydia screening: systematic review. *Int J Epidemiol.* 2009;38:435-448. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Nelson HD, Helfand M. Screening for chlamydial infection. *Am J Prev Med.* 2001;20:95-107. [Resumo](#)
28. Roberts TE, Robinson S, Barton PM, et al. Cost effectiveness of home based population screening for Chlamydia trachomatis in the UK: economic evaluation of chlamydia screening studies (ClaSS) project. *BMJ.* 2007;335:291. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Taylor BD, Haggerty CL. Management of chlamydia trachomatis genital tract infection: screening and treatment challenges. *Infect Drug Resist.* 2011;4:19-29. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ.* 2010;340:c1642. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Price MJ, Ades AE, De Angelis D, et al. Risk of pelvic inflammatory disease following Chlamydia trachomatis infection: analysis of prospective studies with a multistate model. *Am J Epidemiol.* 2013;178:484-492. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Savaris RF, Fuhrich DG, Duarte RV, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(4):CD010285. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Boukes FS, Dekker JH, Wiersma TJ, et al. Nederlands Huisartsen Genootschap. [Summary of the practice guideline 'Pelvic inflammatory disease' (first revision) from the Dutch College of General Practitioners] [in Dutch]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007 Mar 31;151(13):753-6. [Resumo](#)
34. Lazaro N. Sexually transmitted infections in primary care 2013 (RCGP/BASHH). 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
35. Ross J. Pelvic inflammatory disease. *Clin Evid.* 2006;15:2176-2182. [Resumo](#)
36. Terao M, Koga K, Fujimoto A, et al. Factors that predict poor clinical course among patients hospitalized with pelvic inflammatory disease. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40:495-500. [Resumo](#)
37. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55:893-903. [Resumo](#)
38. Farhi J, Ben-Haroush A. Distribution of causes of infertility in patients attending primary fertility clinics in Israel. *Isr Med Assoc J.* 2011;13:51-54. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Sinais de uma erosão cervical e eritema devido à infecção por clamídia

Biblioteca de imagens do CDC/Dr. Lourdes Fraw, Jim Pledger; utilizada com permissão

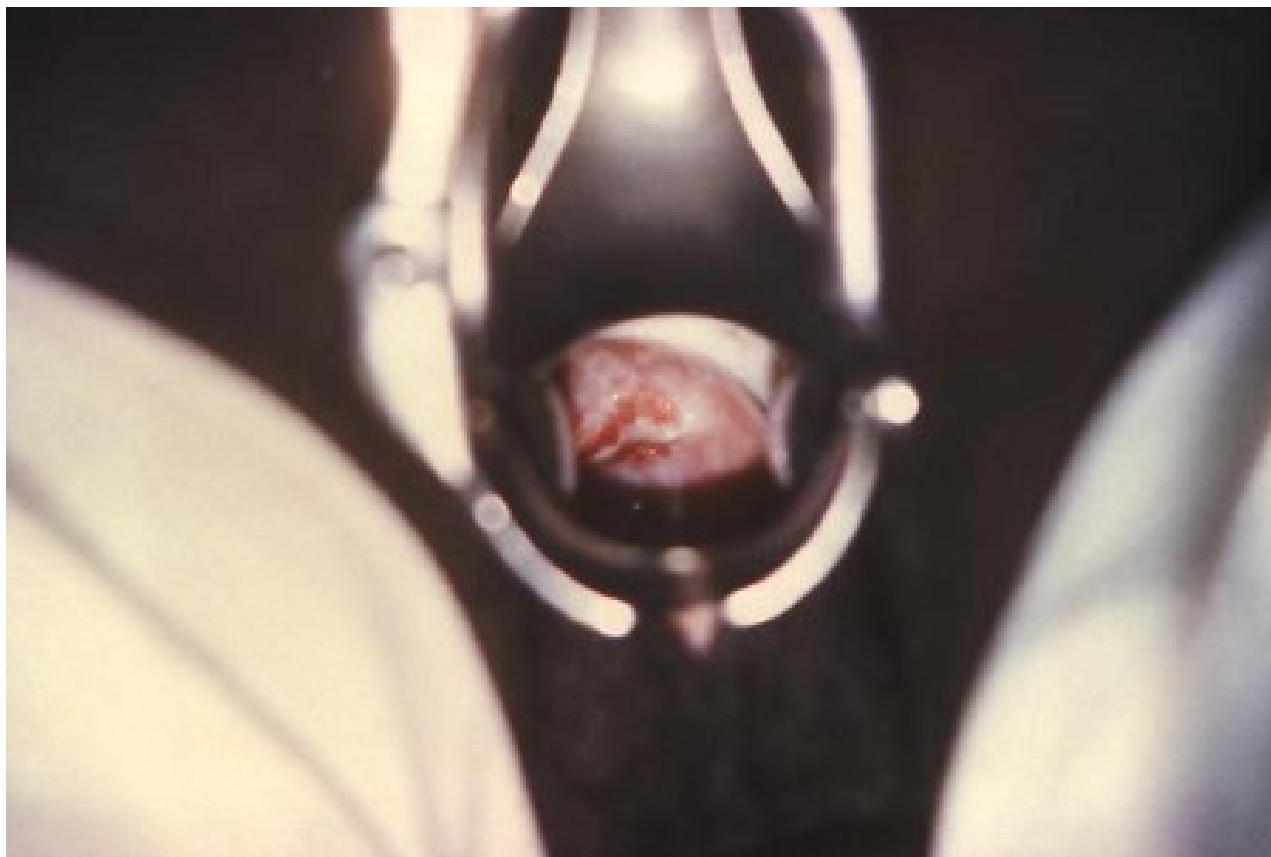


Figura 2: Cervicite gonocócica

Biblioteca de imagens do CDC; utilizada com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Feb 02, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Madhavi Manoharan, MBBS, MD, MRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist
Barnet and Chase Hospitals NHS Trust, Enfield, Middlesex, UK
DIVULGAÇÕES: MM declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Madhavi Manoharan would like to gratefully acknowledge Dr Dan Selo-Ojeme and Dr Susan Arjmand, previous contributors to this monograph. DSO and SA declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Bradford Fenton, MD

Physician
Department of Obstetrics and Gynecology, Summa Health System, Akron, OH
DIVULGAÇÕES: BF declares that he has no competing interests.

Edmond Edi-Osagie, MBBS, MRCOG, MD

Consultant Gynaecologist
Central Manchester University Hospitals, St. Mary's Hospital, Manchester, UK
DIVULGAÇÕES: EEO declares that he has no competing interests.