

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA E ENDOMETRITE

Marcel Mocellin Bernardi

Luiz Ricardo Botton

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

UNITERMOS

DOENÇA INFLAMATORIA PÉLVICA; DOR PELVICA; NEISSERIA GONORRHOEAE; CHLAMYDIA TRACHOMATIS.

KEYWORDS

PELVIC INFLAMATORY DISEASE; PELVIC PAIN; NEISSERIA GONORRHOEAE; CHLAMYDIA TRACHOMATIS.

SUMÁRIO

A doença inflamatória pélvica (DIP) representa uma das principais causas de internação hospitalar por dor abdominal em mulheres. Trata-se de uma infecção polimicrobiana do trato genital superior por doenças sexualmente transmissíveis (DST) que frequentemente leva mulheres a infertilidade.

SUMMARY

The pelvic inflammatory disease represents one of the main reasons for abdominal pain-related hospital admissions amongst women. It consists of a multibacterial infection of the upper genital tract by sexually transmitted diseases (STD), which frequently leads women into infertility.

INTRODUÇÃO

A DIP é uma síndrome com manifestações secundárias à disseminação local de microrganismos no trato genital feminino, representando uma das mais frequentes complicações das DST de etiologia bacteriana. Estima-se que mais de 10% das mulheres em idade reprodutiva tem história de DIP, e destas, aproximadamente 25% terão alterações culminando em infertilidade.^{1,2,3}

PATOGÊNESE

A DIP é um processo infeccioso agudo que, por definição, é adquirido na comunidade por meio de um agente sexualmente transmissível. Por

consequência, difere-se DIP de outros processos infecciosos decorrentes de procedimento médico, da gravidez ou de infecções de origem abdominal. Os agentes causais mais comuns são a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, sendo outras etiologias não associadas às DST o *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, e bactérias presentes na flora vaginal endógena.

Sendo uma infecção do trato genital superior causada pela ascensão de microrganismos, a DIP progride a partir da endocervice para o endométrio, as trompas, ovários e peritônio, com eventual acometimento de órgãos vizinhos. A ação do gonococo e da clamídia resulta em alterações morfológicas caracterizadas por reação supurativa aguda e inflamação da mucosa superficial e da submucosa. A partir destas alterações, a flora bacteriana endógena secundariamente invade os sítios infectados e debilitados pelas DST que se tornaram vulneráveis a crescimento de anaeróbios. Tais sítios, quando localizados na trompa formam coleções de exsudato purulento referidos como piossalpinge. Eventualmente, com o envolvimento do ovário formam-se os abscessos tubovarianos. A formação destes abscessos decorre da obliteração das fímbrias tubárias em um mecanismo de defesa que resulta no bloqueio da disseminação peritoneal da infecção, mas este mesmo processo também é responsável pela lesão e deformidade da trompa, que mesmo quando não evolui com ruptura, acaba levando à infertilidade.^{3,4,5}

Na resolução do processo, após a morte efetiva dos microorganismos infectantes, o pus sofre proteólise, tornando-se uma coleção serosa estéril, configurando hidrossalpinge.

FATORES DE RISCO

Por se tratar de uma síndrome associada a consequências de uma DST, os principais fatores de risco estão relacionados a mulheres em atividade sexual, sendo a multiplicidade de parceiros diretamente proporcional com o aumento do risco de DIP pelo aumento da exposição da mulher às DST e suas possíveis consequências.

Outros fatores de risco incluem: início precoce das relações sexuais, parceiro com DST, uso de DIU, manipulações do canal cervical e endométrio, baixa situação socioeconômica e história previa de DIP. Vale ressaltar que o aumento de risco em usuárias de DIU só ocorre durante um curto período após a inserção do mesmo (3 semanas), estando provavelmente associado a técnica de colocação do DIU.^{3,6,7}

QUADRO CLÍNICO

O diagnóstico de DIP é complicado pela grande variação na intensidade dos sinais e sintomas. Sua correta identificação é essencial para a exclusão de diagnósticos diferenciais de patologias que, embora apresentem sintomas semelhantes, possuem evoluções muito mais agudas e graves que a DIP. Mais de 30% dos casos de DIP associam algum sangramento uterino anormal (SUA).

O principal sintoma da DIP é a dor em baixo ventre, ainda que por vezes seja sutil. A dor costuma ser bilateral, aguda, ocorrendo geralmente durante ou logo após a menstruação. Tem piora no coito, com a mobilização do colo ou em movimentos bruscos, podendo estar associada a náusea e vômitos, o que prejudica o exame de toque bimanual da paciente, com dor forte a mobilização do colo que por vezes impossibilita a realização do exame. A dor pélvica pode ser leve e unilateral quando a infecção está limitada a trompa. Quando ocorre comprometimento do peritônio pélvico, a dor passa a ser intensa, bilateral e constante, com sinal de Blumberg positivo.^{3,4}

A DIP, mesmo nos casos onde a dor é discreta ou ausente, pode vir acompanhada de secreção purulenta endocervical, sinal do processo infeccioso e da proliferação bacteriana no trato genital alto. Nestes casos, a presença deste tipo de corrimento em um colo com cervicite edematosa friável já constitui indicação para a pesquisa por clamídia e gonococo, especialmente em pacientes com fatores de risco para DIP. Adicionalmente, pode ocorrer dor subcostal, que pode indicar peri-hepatite gonocócica pela disseminação do patógeno pelo peritônio.^{3,7}

DIAGNÓSTICO

Podemos considerar a possibilidade de DIP sempre que houver quadro de dor abdominal baixa em mulheres sexualmente ativas. Apesar da variabilidade na intensidade dos sintomas, o diagnóstico de DIP pode ser feito apenas considerando-se a história clínica e o exame físico. Os exames laboratoriais atualmente utilizados não possuem sensibilidade para a DIP, sendo necessária a sua avaliação em conjunto com achados clínicos para estabelecer-se o diagnóstico.^{3,4,7}

Os critérios básicos para o diagnóstico estão reunidos no Quadro a seguir:

Quadro 1. Critérios para o diagnóstico clínico de DIP.

CRITÉRIOS MÍNIMOS	→ Dor em abdome inferior → Dor à palpação de anexos → Dor à mobilização do colo uterino
CRITÉRIOS ADICIONAIS	→ Temperatura axilar >38,3°C → Secreção vaginal ou cervical mucopurulenta → Proteína C reativa ou VSG elevada; comprovação laboratorial de infecção pelo gonococo ou clamídia
CRITÉRIOS DEFINITIVOS	→ Evidência histopatológica de endometrite → Presença de abscesso tubovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem (USG pélvica) → Laparoscopia com evidência de DIP

Os 3 critérios mínimos devem estar presentes para se iniciar um tratamento sem confirmação diagnóstica. Os critérios adicionais aumentam a especificidade do diagnóstico e os definitivos o confirmam.

Exames complementares

Laboratoriais: β -HCG, hemograma completo, proteína-C reativa, VSG, exame a fresco de secreção vaginal, imunofluorescência direta para clamídia, urocultura, teste Anti-HIV, VDRL e HbsAg.

Exame qualitativo de urina (EQU): para excluir infecção urinária.

USG pélvica ou transvaginal: pode evidenciar abscesso tubovariano, líquido livre na pelve assim como material espesso em tubas (piossalpinge).

Laparoscopia: considerada o padrão-ouro para o diagnóstico, mas por apresentar uma sensibilidade de 50% e especificidade de 85%, não é normalmente utilizado para definir o diagnóstico. Seu uso é recomendado quando há suspeitas de outro diagnóstico (como apendicite), quando houve falha de tratamento em paciente agudamente enfermo e quando não há resposta ao tratamento medicamentoso em 72h.^{3,6}

Diagnósticos Diferenciais

Apendicite- Quadro associa-se com anorexia, com dor abdominal inicialmente difusa, que torna-se localizada rapidamente em fossa ilíaca direita. A dor pode ocorrer após o 14º dia do ciclo, após o período em que a dor de DIP normalmente se manifesta.

Gestação ectópica- Nota-se, associado a dor, irregularidade menstrual, β -HCG e presença de líquido sanguinolento na culdocentese. 3

Outros diagnósticos diferenciais, a afastar-se: Abortamento séptico, torção de cisto ovariano, adenomiose uterina, corpo lúteo hemorrágico, infecção urinária, litíase renal entre outros.^{3,6,7}

TRATAMENTO

Tratamento antibiótico empírico deve ser instituído na suspeita do quadro, e visa cobrir ambos os microrganismos principais (gonococo e clamídia) assim como micoplasmas e bactérias aeróbicas e anaeróbicas presentes na vagina e endocervix.²

Os parceiros também devem ser investigados e devem realizar o tratamento de clamídia e gonococo se houve relações sexuais com a paciente até dois meses antes do início dos sintomas com Ceftriaxona 250mg IM, dose única + Azitromicina 1g VO, dose única ou apenas com Doxiciclina 100mg VO de 12/12 horas, por 14 dias.^{1,7}

Tratamento ambulatorial

Indica-se, em quadros agudos ainda não complicados, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (2015):

- Ceftriaxona 250mg IM, dose única + Azitromicina 1g VO, dose única;
- Ceftriaxona 250mg IM, dose única + Doxiciclina 100mg VO de 12/12 horas, por 14 dias;
- Cefoxitina 2mg IM, dose única + Doxiciclina 100mg VO de 12/12 horas, por 14 dias;
- Cefotaxime 1g IM, dose única OU Ceftizoxime 1g dose única + Doxiciclina 100mg VO de 12/12 horas, por 14 dias;
- Levofloxacina 500mg OU Ofloxacina 400mg VO, de 12/12 horas, por 14 dias.

Pode acrescentar-se a todos os esquemas acima propostos Metronidazol 500mg, VO de 12 em 12 horas por 14 dias se a paciente tem história de manipulação uterina recente, evidencia de *Trichomonas vaginalis* ou quando não nota-se melhora clínica em 48h de tratamento. Vale ressaltar-se que infecção pelo HIV não altera o esquema terapêutico.^{1,3}

Tratamento hospitalar

A internação é indicada nos casos de salpingite complicada, abscesso tubovariano, peritonismo com sinais de sepse; em gestantes, na necessidade de excluir-se outros diagnósticos de emergência (como apendicite), na falha ou intolerância ao tratamento ambulatorial e em quadros onde a sintomatologia clínica indica gravidade (febre alta, náuseas e vômitos importantes, dor abdominal severa).^{2,3,7}

Esquemas recomendados:

Cefoxitina 2g IV de 6/6 horas + Doxiciclina 100mg IV ou VO, de 12/12 horas, por 14 dias;

Clindamicina 900mg IV, de 8/8 horas + Gentamicina IV 2mg/kg (dose ataque) e 1,5mg/kg de 8/8 horas (alternativamente, dose única de 3-5mg/kg)

Esquema alternativo:

Ampicilina-Sulbactam 3g IV de 6/6 horas + Doxiciclina 100mg IV ou VO, de 12/12 horas por 14 dias.

Tratamento Cirúrgico

Indica-se a realização de laparoscopia ou laparotomia para tratamento de abscesso tubo-ovariano quando há a falha do tratamento clínico, quando ocorre a persistência ou aumento de massa pélvica apesar do tratamento com antibióticos, na piora clínica da paciente e quando suspeita-se de rotura do abscesso, com sangramento intraperitoneal e quando o abscesso localiza-se no fundo de saco de Douglas.³

CONCLUSÃO

A identificação precoce de DIP é dificultada pela clínica variada, e o fato de que mesmo pacientes oligossintomáticas podem evoluir com graves sequelas reprodutivas, com altos custos sociais, dita a prerrogativa de que o tratamento empírico de DIP e das DST's que a causam deve ser sempre iniciado o mais cedo possível em pacientes em idade reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep.2015;64 (RR-03). Atlanta: CDCP; 2015.
2. Sweet RL. Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease. Infect Dis Obstet Gynecol. 2011;2011:561909. Doi: 10.1155/2011/561909.
3. Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em Ginecologia. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
4. Soper DE. Infecções geniturinárias e doenças sexualmente transmitidas. In: Berek JS. Berek & Novak Tratado de Ginecologia. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. P.405-15;
5. Mitchell C, Prabhu M. Pelvic inflammatory disease: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment Infect Dis Clin North Am. 2013 Dec;27 (4):793-809.
6. Viecelli CF, Polanczyk A, Badalotti M. Doença inflamatória pélvica. Acta Médica 2003;
7. Mello AT, Moura SK, Couto PT, et al. Doença inflamatória pélvica. Acta Médica 2014;