

01 INTRODUÇÃO

Trata-se de quadro infeccioso que acomete o trato genital superior feminino (acima do orifício interno do colo de útero), podendo envolver endométrio, miométrio, tubas uterinas, ovários e ainda disseminar-se para a cavidade pélvica. Não se incluem, na definição de Moléstia Inflamatória Pélvica Aguda (MIPA), os processos infecciosos ou inflamatórios decor-

rentes de manipulações cirúrgicas prévias ou do ciclo gravídico-puerperal.

Os agentes etiológicos mais importantes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Além desses, há uma flora polimicrobiana característica da doença inflamatória pélvica: bactérias Gram positivas e Gram negativas aeróbicas e anaeróbicas.

02 QUADRO CLÍNICO

GONOCOCO

Tende a ser mais florido e exuberante, com dor pélvica aguda, leucorreia purulenta e abundante, febre e instalação mais abrupta dos sintomas.

CLAMÍDIA

Tende a ser mais insidioso e frustrado, com sintomas de longo prazo e menor intensidade, muitas vezes revelados somente pelas consequências tardias de infertilidade por fator tuboperitoneal.

A INFECÇÃO É ASCENDENTE

Bactérias presentes na vagina e no colo de útero, preferencialmente no período pós-menstrual, quando as condições locais de pH, a abertura do orifício uterino e a contratilidade uterina favorecem a dinâmica ascendente. Os agentes ascendem pela endocérvice, causando endocervicite aguda, endometrite e salpingite.

INFECÇÃO DA CAVIDADE PELVICA

Se as fimbrias das tubas uterinas se ocluírem como meio de proteção, a infecção ficará restrita nesse ambiente, levando ao aparecimento de piossalpinge, no quadro agudo, ou hidrossalpinge, como consequência futura. Nos casos em que não houver tempo de as tubas se ocluírem, a infecção pode atingir a cavidade pélvica, desenvolvendo pelviperitonite, com abscesso em fundo de saco de Douglas ou no tubo ovariano.

FATORES DE RISCO

São vulvovaginites e/ou cervicites, uso de DIU (primeiros 20 dias após a inserção), faixa etária abaixo de 30 anos, promiscuidade sexual e baixo nível socioeconômico.

DIAGNÓSTICO	É realizado com base nos sinais, sintomas e exames subsidiários.
QUADRO CLÍNICO	É composto por dor pélvica, corrimento vaginal, febre, sangramento genital, dor à palpação uterina e/ou anexial ao toque bimanual, dor à mobilização do colo uterino e massa ou espessamento anexial.
EXAMES SUBSIDIÁRIOS	Compreendem leucograma, urocultura, provas de atividade inflamatória (VHS, proteína C reativa), ultrassonografia pélvica e transvaginal, tomografia/ressonância magnética e videolaparoscopia da região pélvica, provas de função renal, hepática e coagulograma.
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	Compreendem vulvovaginites, cervicites, pólipos e endometriose, gestação ectópica, abortamento séptico, apendicite, infecção do trato urinário ou digestivo, nefrolitíase e doenças inflamatórias intestinais, como retocolite ulcerativa e doença de Crohn.

Há uma corrente que defende outra subdivisão da MIPA com critérios maiores, menores e específicos:

MAIORES	Dor à palpação anexial, dor à mobilização do colo uterino, dor pélvica infrapúbica.
MENORES	Febre (>37,8°C), massa pélvica, secreção vaginal e/ou endocervical purulenta, leucocitose ao hemograma, PCR elevada, mais de 5 leucócitos por campo de aumento na secreção de endocérvice avaliada à microscopia, comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasma.
ESPECÍFICOS	Evidência histopatológica de endometrite, presença de abscesso túbulo-ovariano ou em fundo de saco de Douglas aos exames de imagem, laparoscopia evidenciando MIPA.

CLASSIFICAÇÃO DA MIPA

LEVE	Corrimento vaginal e dor pélvica, sem comprometimento sistêmico.
MODERADA	Corrimento vaginal, dor pélvica e febre, mas sem evidência de abscesso ou coleções.
GRAVE	Mesmo quadro clínico anterior, com coleções e abscesso e/ou grave comprometimento sistêmico.

03 TRATAMENTO

MIPA LEVE

- Tratamento ambulatorial com antibióticos: cobertura de flora polimicrobiana Gram positiva e Gram negativa, aeróbica e anaeróbica. Há vários esquemas possíveis:
- Doxiciclina 100 mg via oral de 12-12 horas por 14 dias + ceftriaxona 500 mg intramuscular dose única;

<p>MIPA MODERADA OU GRAVE</p> <p>MONITORIZAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL</p>	<p>Tratamento hospitalar - a flora a ser coberta é a mesma, porém com terapia intravenosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção: cefoxitina, 2g, IV, 6/6h, ou cefotetana 2g, IV, 12/12h + doxiciclina 100mg, IV ou VO, 12/12h; por 14 dias; com ou sem metronidazol associado; • 2ª opção: clindamicina 900mg, IV, 3x/d + gentamicina (IV ou IM) na dose de ataque de 2mg/kg e dose de manutenção de 3 a 5mg/kg/d, por 14 dias. <p>A cada período de 48 a 72 horas;</p>
<p>TRATAMENTO DE PARCEIROS SEXUAIS</p>	<p>Se houver resposta insatisfatória: tratamento cirúrgico, se possível, por via laparoscópica.</p> <p>Ceftriaxona 250mg, IM, em dose única, e doxiciclina 100mg, VO, 12/12h, por 14 dias.</p>

OBSERVAÇÕES:

- Se a paciente tiver DIU, este deve ser retirado;
- Após o término do tratamento, considerar realização de histerossalpingografia para avaliar estado tubário.

04 COMPLICAÇÕES

A complicação imediata mais comum é o abscesso tubo-ovariano. A complicação tardia mais frequente é a infertilidade, além de aumentarem as chances de uma gravidez ectópica. Outras complicações podem ser algia pélvica crônica, hidrossalpinge e síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

<p>ESTÁGIO I (LEVE)</p>	<p>Endometrite e salpingite aguda sem peritonite;</p> <p>Tratamento: ambulatorial.</p>
<p>ESTÁGIO II (MODERADA SEM ABSCESSO)</p>	<p>Salpingite aguda com peritonite (pelvipertonite);</p> <p>Tratamento: hospitalar (internação devida aos sinais peritoneais);</p>
<p>ESTÁGIO III (MODERADA COM ABSCESSO)</p>	<p>Salpingite aguda com obstrução tubária ou abscesso tubo-ovariano ou abscesso pélvico;</p> <p>Tratamento: hospitalar (internação devido aos sinais peritoneais ou presença de abscesso);</p>
<p>ESTÁGIO IV (GRAVE)</p>	<p>Presença de abscesso tubo-ovariano roto ou sinais de choque séptico;</p> <p>Tratamento: hospitalar com o auxílio de intervenção cirúrgica (laparotomia).</p>