



Revista Eletrônica Acervo Médico

Abordagem geral da Doença Inflamatória Pélvica (DIP): uma revisão narrativa

General approach to Pelvic Inflammatory Disease (PID): a narrative review

Abordaje general de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria: una revisión narrativa

Natalia Pereira Krzyuy^{1*}, Marcela Almeida Garcez¹, Lara Sartori Tasca¹, Isadora Santos Queiroz², Lilliam Barbosa Sobrinho³, Caio Callery Queiroz Rodrigues², Maria Amália dos Santos Alencar Amariz⁴, Ícaro Cavalcante Dias Araújo⁵, Yan Vasconcelos Carneiro⁶, Felipe Kazuyoshi Miura⁷.

RESUMO

Objetivo: Esclarecer informações e contribuir com a literatura médica acerca da temática da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). **Revisão bibliográfica:** DIP é uma infecção polimicrobiana do trato genital superior feminino que tem como principais agentes etiológicos a *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Possui como principais fatores de risco mulheres jovens com atividade sexual desprotegida, baixa situação econômica e portadora de alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). O quadro clínico pode ser assintomático ou oligossintomático, tendo como principal sintoma a dor em baixo ventre, bilateral e aguda, durante ou após a menstruação. As complicações podem variar de dor pélvica crônica à abscesso pélvico e infertilidade. O diagnóstico da DIP é confirmado com 3 critérios maiores e um menor ou somente um critério elaborado. Já o tratamento tem início imediato, devendo-se também realizar testes para ISTs. A abordagem terapêutica é relativa à gravidade do quadro, podendo a paciente ser tratada em nível ambulatorial ou hospitalar. Com relação aos medicamentos, são geralmente usados ceftriaxona, doxiciclina e metronidazol. **Considerações finais:** A DIP ainda é de difícil diagnóstico, e tende a ser tardiamente identificada pelo sistema de saúde, sobretudo por conter uma gama diversificada de manifestações clínicas, que quando mapeadas e classificadas, devem ser prontamente tratadas.

Palavras-chave: Doença inflamatória pélvica, Clamídia, Abordagem.

ABSTRACT

Objective: Clarify information and contribute to the medical literature on the subject of Pelvic Inflammatory Disease (PID). **Bibliographic review:** PID is a polymicrobial infection of the female upper genital tract whose main etiologic agents are *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Its main risk factors are young women on low economic status who practices unprotected sexual activity, especially those who suffers from Sexually Transmitted Infections (STI's). Manifestations can be asymptomatic or oligosymptomatic, with the main symptom being pain in the lower abdomen, bilateral and acute, during or after menstruation.

¹ Universidade Nove de Julho, Guarulhos – SP. *E-mail: nataliakrzyuy@gmail.com

² Faculdade Atenas, Sete Lagoas – MG.

³ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.

⁴ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa – PB.

⁵ Universidade Federal do Ceará, Sobral – CE.

⁶ Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

⁷ Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul – SP.

Complications can range from chronic pelvic pain to pelvic abscess and infertility. The diagnosis of PID is confirmed with three majors and one minor criteria, or only one elaborated criterion. Treatment starts immediately, and tests for STI's should also be performed. The therapeutic approach is related to the severity of the condition, and the patient can be treated on an outpatient or inpatient basis. With regard to medications, ceftriaxone, doxycycline and metronidazole are generally used. **Final considerations:** PID remains difficult to diagnose and tends to be lately identified by the health system, especially because it contains a diverse range of clinical manifestations, which, when mapped and classified, must be promptly treated.

Key words: Pelvic inflammatory disease, Chlamydia, Approach.

RESUMEN

Objetivo: Aclarar información, contribuyendo a la literatura médica sobre Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP). **Revisión bibliográfica:** La EIP es una infección polimicrobiana del tracto genital superior femenino cuyos principales agentes etiológicos son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Sus principales factores de riesgo son actividad sexual desprotegida, bajo nivel económico y mujeres con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). El cuadro clínico puede ser asintomático u oligosintomático, siendo síntoma principal el dolor en parte inferior del abdomen, bilateral y agudo, durante o después de la menstruación. Las complicaciones pueden variar desde dolor pélvico crónico hasta absceso pélvico e infertilidad. El diagnóstico de EIP se confirma con 3 criterios mayores y 1 menor, o solo un criterio elaborado. El tratamiento comienza de inmediato y se deben realizar pruebas de ITS. El enfoque terapéutico está relacionado con la gravedad de la afección y el paciente puede ser tratado de forma ambulatoria o hospitalaria. En cuanto a los medicamentos, generalmente se utilizan ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol. **Consideraciones finales:** La EIP es difícil de diagnosticar debido a la diversidad de síntomas que pueden o no estar relacionados con ella y se define como una infección bacteriana del tracto genital superior femenino.

Palabras clave: Enfermedad pélvica inflamatoria, Clamidia, Abordaje.

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma condição inflamatória e infecciosa a qual afeta o trato genital, especialmente sua parte superior e ocorre secundariamente a uma ascensão e disseminação de microorganismos a partir da vagina em direção ao útero e estruturas adjacentes, como as tubas uterinas, os ovários, a superfície peritoneal e órgãos circunvizinhos (ROSS J, et al., 2017).

É uma doença mais prevalente em mulheres de 15 a 25 anos, as quais desenvolvem prática de atividade sexual desprotegida. Desse modo, o uso de preservativos durante as relações sexuais é um fator de proteção de grande importância, ao passo que evidências mostram uma diminuição da incidência de DIP, que está relacionada a um melhor rastreio de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) como a clamídia (LEMLY D e GUPTA N, 2020)

O canal endocervical funciona como uma barreira protetora, impedindo a invasão de diversos patógenos, incluindo bactérias da microbiota natural da vagina. Contudo, no contexto da DIP, os microorganismos sexualmente transmissíveis conseguem romper essa barreira, permitindo a entrada dessas bactérias nos órgãos genitais superiores, produzindo, dessa forma, endometrite, salpingite, dentre outros acometimentos infecciosos (MENEZES MLB, et al., 2021).

A DIP em sua maioria é originada de IST's a exemplo da gonocócica e principalmente da infecção pela *Chlamydia trachomatis*. Os principais fatores de risco estão relacionados a mulheres com vida sexual ativa, sendo consensual que a faixa etária em que mais incide seja entre 15 e 25 anos, comum em pacientes de classe social mais baixa e com antecedentes genitais (BERNARDI MM, et al., 2016). Sua apresentação clínica é complicada pela inespecificidade dos sinais e sintomas e casos inteiramente assintomáticos. Tem-se a dor abdominal aguda, como principal sintoma, localizando-se nas fossas ilíacas e/ou na região hipogástrica (MESQUITA FAS, et al., 2020).

O diagnóstico da DIP, em geral difícil pela magnitude da apresentação, se baseia na história e nos achados clínicos com exame bimanual pélvico. As informações históricas, físicas ou laboratoriais não são específicas

para a doença, precisando enfatizar a comparência dos fatores de risco. A classificação das pacientes compreende critérios específicos de diagnóstico, como descarga cervical mucopurulenta ou hipersensibilidade cervical, para melhor seleção de conduta. Deve-se sempre incluir um teste de gravidez na avaliação laboratorial, em departamento de emergência, de qualquer mulher em idade fértil (CURRY A, et al., 2019).

O tratamento para DIP deve ser imediato, a fim de evitar possíveis complicações tardias. O esquema de antibioticoterapia deve ser de amplo espectro para cobrir a flora polimicrobiana, principalmente de agentes etiológicos como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e os anaeróbios. De acordo com o grau de complicação define-se o regime em ambulatorial, hospitalar ou cirúrgico. Além disso, o tratamento empírico, métodos preventivos e educativos devem abranger não apenas a paciente, como também eventuais parceiros (SAVARIS RR, et al., 2019).

Este artigo teve como objetivo esclarecer informações e contribuir com literatura médica através de bibliografias recentes acerca da temática da doença DIP, abrangendo seus principais tópicos como etiofisiopatologia, manifestações clínicas, fatores de risco, bem como abordagem diagnóstica e terapêutica.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A narrativa buscou na literatura demonstrar e esclarecer os diferentes aspectos e principais características da DIP de maneira coesa e concisa. Sendo assim, para um melhor entendimento e clareza, o trabalho foi dividido em quatro subcategorias que tange à fisiopatologia, ao quadro clínico e fatores de risco, ao diagnóstico e classificação, bem como à abordagem terapêutica.

Fisiopatologia

A DIP representa um conjunto de inflamações da área do trato genital superior, podendo comprometer endométrio, tubas uterinas, anexos uterinos, peritônio e estruturas adjacentes. Habitualmente essa infecção polimicrobiana pode ser referida pela ascensão de microrganismos do trato genital inferior, esses na sua grande maioria são agentes patogênicos sexualmente transmitidos ou associados à vaginose bacteriana (DARVILLE T, 2021).

Os fatores de riscos para DIP são idade inferior aos 25 anos, múltiplos parceiros sexuais, relação sexual desprotegida, muco cervical mais permeável, pouca idade no início da atividade sexual ou história de DSTs ou DIP, ocorrendo principalmente em mulheres em idade reprodutiva. O uso de Dispositivos Intrauterino (DIUs) pode representar um risco, caso a inserção ocorra no período em que a paciente seja portadora de cervicite (MENEZES MLB, et al., 2021).

Seus principais agentes etiológicos são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, sendo ambos os patógenos importantes nas complicações das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tendo em vista que apresentam grande capacidade de sobreviver no meio extra e intracelular, por serem bactérias gram-negativas. Algumas outras bactérias podem ser correferidas como o *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* e *Bacteroides spp* (BERNARDI MM, et al., 2016).

Quando os patógenos se alojam, ocorre o estágio 0, esse sendo chamado de pré-DIP, uma vez que é nessa fase que é possível tratar e prevenir realmente. Seguido dessa fase, essencialmente no período menstrual ou pós imediato, esses patógenos passam pelo endométrio e assim causam uma endometrite fugaz, desse modo pode ocorrer um sangramento discreto além da menstruação ou a extensão da mesma (MATORRAS R, et al., 2021).

Os patógenos irão ascender pela via canalicular até as tubas uterinas, assim inicia uma reação tecidual, onde ocorre formação de conteúdo purulento, que pode chegar ao peritônio pélvico, causando assim a pelvipерitonite. Todo esse conteúdo purulento pode atingir os ovários, acarretando um abscesso tubo-ovariano. Em um cenário ainda mais grave, esse abscesso pode se romper e extravasar para o peritônio e causar um choque séptico, podendo levar a paciente a óbito (DARVILLE T, 2021; MAIA JRS, et al., 2021).

Quadro clínico e fatores de risco

O quadro clínico da doença pélvica inflamatória pode se manifestar de maneira assintomática ou ser oligossintomático por volta de 65 % dos casos e em geral o curso da doença é agudo (ASSIS LV, et al., 2021; MENEZES MLB, et al., 2021). Os seus sintomas são: febre, dor abdominal ou dor pélvica ou ambas com intensidade durante o coito, dispareunia, corrimento vaginal e disúria ou polaciúria (MENEZES MLB, et al., 2021).

O paciente pode apresentar também um sangramento uterino anormal, pós-coital, intermenstrual e menorragia em um terço ou mais dos casos (MENEZES MLB, et al., 2021). Entretanto, o sintoma primordial é a dor em baixo ventre seja em grau leve ou não, sendo bilateral e aguda, decorrendo durante ou logo após a menstruação (BERNARDI MM, et al., 2016; ASSIS LV, et al., 2021).

A dor tem piora durante as relações sexuais, devido a movimentação do colo decorrente dos movimentos bruscos, às vezes associada à náusea e vômito. Já em relação à dor pélvica pode se manifestar de maneira leve e unilateral, quando a infecção está restringida à trompa. Caso exista comprometimento do peritônio pélvico, a dor será intensa, bilateral, constante e com o sinal de Blumberg positivo (BRUN J, et al., 2020).

Como a DIP é uma patologia que atinge endométrio, miométrio, tubas uterinas, ovários e peritônio pélvico, podem surgir complicações como infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica e também peritonite ou abscesso pélvico, que se apresentam por dor mais intensa, maior sensibilidade ao exame e características sistêmicas, como a febre (ASSIS LV, et al 2021; MENEZES MLB, et al., 2021).

Por fim no que diz respeito aos fatores de risco, a Doença Inflamatória Pélvica assim como outras ISTs, são caracterizadas como uma questão de saúde pública, visto que o indivíduo contaminado e que não faz o tratamento irá se portar como um reservatório para que ocorra a transmissão da infecção aos seus parceiros durante o sexo. Por esse motivo é de suma importância o conhecimento dos fatores de risco que são: múltiplos parceiros sexuais; início precoce da vida sexual; uso de DIU, manipulações do canal cervical e endométrio, vulvovaginites e/ou cervicites concomitantes, baixa situação socioeconômica e história prévia de DIP (ASSIS LV, et al., 2021; BERNARDI MM, et al., 2016).

Diagnóstico e classificação

O diagnóstico da doença inflamatória pélvica é clínico, e é realizado baseando-se em critérios maiores, menores e elaborados. Para a confirmação clínica de DIP, é necessário a presença de três critérios maiores e 1 critério menor ou apenas a presença de um critério elaborado. Exames laboratoriais e de imagem auxiliam no diagnóstico, avaliação da gravidade, incerteza diagnóstica ou preocupação com complicações e são essenciais nos casos oligossintomáticos. É importante destacar que em caso de alta suspeita clínica, o tratamento empírico deve ser iniciado com antibióticos, mesmo em pacientes levemente sintomáticos (CURRY A, et al., 2019).

O passo inicial para confirmar o diagnóstico de doença inflamatória pélvica consiste no exame físico bem detalhado, começando pelo exame bimanual para avaliar movimento cervical, do útero, sensibilidade dos anexos, massas anexiais ou abscesso tubo-ovariano, no intuito de identificar a presença ou ausência dos três critérios maiores, que são dor no hipogástrio, dor à palpação dos anexos e dor à mobilização de colo uterino. Já, tendo em vista os critérios menores, é importante prestar atenção na temperatura do paciente, tendo em vista que temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ou temperatura retal $> 38,3^{\circ}\text{C}$ é um dos fatores para suspeitar de doença inflamatória pélvica (CURRY A, et al., 2019; MENEZES MLB, et al., 2021).

Além disso, deve-se realizar o exame do espéculo para identificar secreção endocervical anormal e massa pélvica. Ainda nos critérios menores, os exames laboratoriais são de fundamental importância para a classificação, onde a leucocitose no sangue periférico, Proteína C Reativa (PCR) ou alta taxa de hemossedimentação (VHS) pertencem ao grupo dos parâmetros menores. Simultaneamente devem ser feitas as provas laboratoriais de infecção cervical gonocócica, clamídia e micoplasma, realizadas através do exame bacterioscópico, feito por meio da secreção vaginal. Do mesmo modo, para descartar diagnósticos

diferenciais, é importante fazer exame qualitativo de urina e urocultura além do beta HCG (CURRY A, et al., 2019; MENEZES MLB, et al., 2021).

Por fim, considerando agora os critérios elaborados, é de suma importância para a classificação a evidência histopatológica de endometrite, identificada via biópsia de colo uterino. Além disso, através do exame de ultrassonografia é possível reconhecer a presença de abscesso tubo-ovariano, constatando tuba dilatada e com conteúdo líquido no interior. Aqui vale destacar que a ultrassonografia pélvica é o exame de imagem preferencial, pois é acessível e nada invasivo, principalmente para avaliar possíveis complicações e para excluir diagnóstico diferencial, como torção anexial, gestação ectópica, endometriose e apendicite, diverticulite, infecção do trato urinário e litíase ureteral. A Tomografia Computadorizada (TC) pode auxiliar no diagnóstico diferencial também, mas frequentemente é realizada em pacientes com sintomas inespecíficos, ou com suspeita de doenças pélvicas e achados da Ultrassonografia (US) (REVZIN MV, et al., 2016; MENEZES MLB, et al., 2021; CURRY A, et al., 2019).

Por fim, a laparoscopia além de representar um recurso para diagnóstico certo de salpingite, auxilia na classificação da doença inflamatória pélvica. Essa pode ser classificada de acordo com seu grau de intensidade, através da Classificação clínica de Gainesville. Quando se instala de forma leve (estágio I), é dita como salpingite sem peritonite. Quando dita moderada (estágio II), se apresenta como salpingite com peritonite. Já o estágio III, é subdividido em A (hidrossalpinge) e B (abscesso tubo-ovariano), ambas as divisões designadas como grave, onde o processo infeccioso é agressivo. No estágio IV, o abscesso tubo-ovariano é roto, e por fim, o estágio V é quando se associa a tuberculose genital com qualquer um dos estágios citados (CURRY A, et al., 2019).

Tratamento

O tratamento da DIP deve ter início imediato e os testes de infecções Sexualmente Transmissíveis devem ser feitos concomitantemente ao tratamento já iniciado, e não deve ser suspenso até a obtenção dos resultados. Essa conduta tem por intuito evitar a gravidez ectópica, a infertilidade e a dor pélvica crônica, complicações que têm o risco aumentado de ocorrência caso o tratamento seja tardio (MENEZES MLB, et al., 2021; CURRY A, et al., 2019).

A abordagem terapêutica se difere de acordo com a gravidade dos sintomas, sendo diferentes em mulheres que só necessitam de atendimento ambulatorial e pacientes que necessitam de internação hospitalar. O critério para tratamento ambulatorial é não possuir pelviperitonite e quadro clínico leve. Já os critérios para tratamento hospitalar da DIP incluem: acesso tubo-ovariano; gravidez; ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral; Intolerância a antibióticos orais ou dificuldades para tratamento ambulatorial; Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre; Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (CURRY A, et al., 2019)

O tratamento da DIP inclui antimicrobianos para os agentes etiológicos sexualmente transmissíveis e não sexualmente transmissíveis, e, por isso, devem ser de amplo espectro. No caso da DIP leve ou moderada, a via parenteral ou oral parece ser próxima em termo de eficácia. O esquema terapêutico recomendado no caso do tratamento ambulatorial é ceftriaxona associado com doxiciclina e metronidazol. A segunda linha de tratamento consiste na substituição da ceftriaxona pela cefotaxima, mantendo doxiciclina e metronidazol (MENEZES MLB, et al., 2021).

No que tange ao tratamento hospitalar, o esquema de primeira linha é ceftriaxona e doxiciclina, ao passo que o de segunda linha é a associação de clindamicina e gentamicina. Uma terceira opção pode ser usada quando há suspeita de bactérias multidroga-resistentes, como a associação de ampicilina/sulbactam com doxiciclina (MENEZES MLB, et al., 2021). A associação com metronidazol está relacionada a uma melhor resposta clínica em relação aos anaeróbios no trato genital superior, sobretudo o *Mycoplasma genitalium*, embora se tenha certa preocupação com seus efeitos colaterais (WIESENFELD HC, et al., 2020).

É importante que a paciente seja observada após 72h do início do tratamento, sobretudo devido à resistência aos medicamentos por algumas bactérias, como a *N. gonorrhoeae* (DAS BB, et al., 2016). Após

alta hospitalar, sugere-se também um retorno da paciente em 30 dias (MENEZES MLB, et al 2021). A questão da adesão da paciente ao tratamento também é um fator que deve ser considerado, visto que é comum as pacientes não seguirem completamente o esquema terapêutico, abandonando o tratamento em caso de vômito, perda da medicação e até mesmo por orientação inadequada do médico em caso de cultura negativa. A longa duração do tratamento e a frequência alta de doses também interferem na baixa adesão (CURRY A, et al, 2019).

A internação hospitalar nem sempre é possível para todas as mulheres, sobretudo por não ser viável economicamente. Por isso, algumas estratégias alternativas são relevantes e podem ser utilizadas: Unidades de Observação (UOS) e enfermagem de saúde comunitária. Nas UOs as pacientes ficam em observação por 12h, permitindo além da administração de medicamentos, serviços de assistência social, aconselhamento específico, realização de teste HIV e outros benefícios. Já na enfermagem de saúde comunitária, é utilizado um sistema eficaz na redução de risco em adolescentes de minorias e de baixa de renda. É utilizado também um suporte de mensagens de texto durante o tratamento realizado pela paciente (DAS BB, et al., 2016).

Ademais, é fundamental a notificação e o tratamento dos parceiros sexuais masculinos, pois eles podem continuar transmitindo as infecções e recontaminar suas parceiras. Reforça-se, assim, também, a importância de orientar as pacientes em relação à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além de orientá-las a alertarem seus parceiros sexuais sobre a importância do tratamento para a saúde de todos (CURRY A, et al, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DIP ainda é de difícil diagnóstico, e tende a ser tardiamente identificada pelo sistema de saúde, sobretudo por conter uma gama diversificada de manifestações clínicas. Além disso, devido a maior recorrência em mulheres jovens, de baixa renda econômica, e com relações sexuais desprotegidas, são necessárias ações de promoção de saúde adequadas, fornecidas pela Atenção primária a saúde (APS), que podem auxiliar na profilaxia, como também facilitar o diagnóstico e tratamento, sendo o último mediado por antibioticoterapia de amplo espectro. Portanto, é fundamental realizar as orientações, reduzir os casos e, assim, os possíveis agravamentos da doença.

REFERÊNCIAS

1. ASSIS LV, et al. Chlamydia Trachomatis e o risco de doença inflamatória pélvica evoluindo para quadro de infertilidade feminina: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2021; 19(5669): 1-7.
2. BERNARDI MM, et al. Doença inflamatória pélvica e endometriose. *Acta méd.* 2016; 37(6): 1-6.
3. BRUN J, et al. Pelvic inflammatory diseases: updated french guidelines. *Journal Of Gynecology Obstetrics And Human Reproduction*, 2020; 49(5): 1-6.
4. CURRY A, et al. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam . Physician*, 2019; 100(6): 357-364.
5. DARVILLE T. Pelvic Inflammatory Disease Due to Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis: Immune Evasion Mechanisms and Pathogenic Disease Pathways. *J. Infect Dis.*, 2021; 224(2): 39-46.
6. DAS BB, et al. Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. *Infect Drug Resist.*, 2016; 9(0): 191-197.
7. LEMLY D, GUPTA N. Sexually Transmitted Infections Part 2: discharge syndromes and pelvic inflammatory disease. *Pediatrics in Review*, 2020; 41(10): 522-537.
8. MAIA JRS, et al. Fatores que determinam o desenvolvimento da doença inflamatória pélvica. *Ciência em Foco*, 2021; 5(1):77-89.
9. MATORRAS R, et al. Risk of pelvic inflammatory disease after intrauterine insemination: a systematic review. *Reprod Biomed Online*, 2021; 36(2):164-171
10. MENEZES MLB, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Revista do Sistema Único de Saúde: Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020; 30(4).
11. MESQUITA FAS, et al. Manejo clínico de DIP /DIPA doença inflamatória pélvica e de repetição: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(10): 1-7.
12. REVZIN MV, et al. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation. *Radiographics*, 2016; 36(5): 1579-1596.
13. ROSS J, et al. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *International Journal Of Std & Aids*, 2017; 29(2): 108-114.
14. SAVARIS RR, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease: an abridged version of a Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sex Transm. Infect.* 2019; 95(1): 21-27.
15. WIESENFELD HC, et al. A Randomized Controlled Trial of Ceftriaxone and Doxycycline, With or Without Metronidazole, for the Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease. *Clin. Infect Dis.*, 2020; 72(7): 1181-1189.