Prevenção:
- Educação sexual
- Rastreamento de casos assintomáticos
- Diagnóstico e tratamento dos casos sintomáticos

Epidemiologia:
- mortalidade baixa
- morbidade alta: aumento da chance de infertilidade, prenhez ectópica e dor pélvica crônica

Fatores de risco:
- Idade < 25 anos
- Sexarca precoce
- Promiscuidade
- Parceiro portador de uretrite
- História prévia de DIP
- Colocação de DIU
- Uso de duchas vaginais
- Vaginose bacteriana
- Etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas

Fisiopatologia: Ascenção de microorganismos (principalmente Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis) pelo trato genital, através da passagem do orifício interno do colo do útero (o que ocorre principalmente nos períodos peri-menstrual e pós-menstrual), com posterior com instalação de agentes polimicrobianos

> Critérios maiores:
- dor abdominal infraumbilical
- dor à palpação dos anexos
- dor à mobilização do colo

> Critérios menores:
- TA > 38,3
- secreção endocervical
- massa pelvica
- leucocitose
- PCR ou VHS elevada
- comprovação laboratorial de infecção cervical
- mais de 5 leucocitos/campo em análise de secreção endocervical

Exames complementares:
- USGTV: verificar líquido livre e abscessos
- BHCG: excluir prenhez ectópica e abortamento septico
- PCR: evidenciar infecção bacteriana
- EAS e Urocultura: afastar infecção do trato urinário
- Culdocentese: surpreender líquido peritoneal purulento
- VLSC: verificar evidência de reação inflamatória purulenta e coletar amostra

> Critérios elaborados:
- evidência histopatologia de endometrite
- presença de abscesso tubo-ovariano por USG ou RNM
- VLSC com evidência de DIP

Três critérios maiores + um critério menor ou Apenas um critério elaborado

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Complicações

Precoces:
- abscesso tubo-ovariano
- fase aguda síndrome de Fitz-High-Curtis
- óbito

Tardias:
- infertilidade
- risco de prenhez ectopica
- dor pélvica crônica
- dispaurenia
- risco de recorrência de DIP
- fase crônica da síndrome de Fitz-Hugh-Curtis ("cordas de violino")

Diagnósticos diferenciais: Abdome agudo

Causas ginecológicas:
- dismenorreia
- endometriose
- cisto ovariano
- torção ovariana
- tumor ovariano
- turculose
- degeneração de miomas

Causas obstétricas:
- prenhez ectópica
- abortamento septico

Causas gastrintestinais:
- apêndicite
- colecistite
- diverticulite
- doença inflamatória intestinal

Causas renais:
- cistite
- pielonefrite
- nefrolitíase
- uretrite

Causas musculoesquelética:
- psoíte
- discopatias

Considerações terapêuticas:
- pesquisar outras DSTs: VDRL, Sorologia Hepatite B, Sorologia Hepatite, Anti-HIV
- ATB para cobrir N. gonorheae, C. trachomatis, Bacterioides fragilis, Gardnerella e Estreptococos
- Tratar parceiros com Azitromicina 1g VO DU + Ciprofloxacina 500mg VO DU
- Se presente, considerar retirada do DIU

Classificação de Monif

Ausência de sinais de peritonite

Estágio 1

Tratamento: ambulatorial com ATB oral
1º) Ceftriaxone 250mg IM DU + Doxicilina 100mg VO 12/12hr por 14 dias + Metronidazol 500mg VO 12/12hr por 14 dias
2º) Cefoxitina 2g IM DU + Doxicilina 100mg VO 12/12hr por 14 dias + Metronidazol 500mg VO 12/12hr por 14 dias

Presença de sinais de peritonite

Ausência de abscesso tubo-ovariano

Estágio 2

Tratamento: hospitalar com ATB IV
1º) Cefoxitina 2g IV 6/6hr + Doxicilina 100mg VO ou IV 12/12hr
2º) Clindamicina 900mg IV 8/8hr + Gentamicina 2mg/kg IV ou IM
3º) Ampicilina + Sulbactam 3g IV 6/6hr + Doxicilina 100mg VO ou IV 12/12hr

Terapia parenteral pode ser substituída 24hr após melhora clínica por VO

Presença de abscesso tubo-ovariano

Abscesso não supurado

Estágio 3

Tratamento: hospitalar com ATB IV
1º) Cefoxitina 2g IV 6/6hr + Doxicilina 100mg VO ou IV 12/12hr
2º) Clindamicina 900mg IV 8/8hr + Gentamicina 2mg/kg IV ou IM
3º) Ampicilina + Sulbactam 3g IV 6/6hr + Doxicilina 100mg VO ou IV 12/12hr

Terapia parenteral pode ser substituída 24hr após melhora clínica por VO

Abscesso supurado

Estágio 4

Tratamento: hospitalar e cirurgico
- ATB IV
- Cirurgia: Videolaparoscópica ou Laparotômica