

C 138

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

ANÁLISE DE 19 CASOS

DDA. BEATRIZ MAYKOT KUERTEN

FLORIANÓPOLIS/JUNHO/1.987

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

ANÁLISE DE 19 CASOS

ÍNDICE

RESUMO	06
SUMMARY	11
INTRODUÇÃO	13
MATERIAL E MÉTODOS	27
RESULTADOS	29
1 - INCIDÊNCIA	30
2 - ANTECEDENTES MÓRBIDOS PREGRESSOS	34
3 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	37
4 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	40
5 - EXAME FÍSICO	48
6 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	53
7 - TRATAMENTO	59
8 - TEMPO DE INTERNAÇÃO	67
9 - EVOLUÇÃO	70
DISCUSSÃO	73
CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

AGRADECIMENTOS

À MEUS PAIS QUE COMPARTILHARAM DE MEUS IDEAIS E OS ALIMENTARAM INCENTIVANDO-ME A PROSSEGUIR A JORNADA, FOSSEM QUAIS FOSSEM OS OBSTÁCULOS.

AO PROFESSOR DR. NEWTON SÉRGIO DE CARVALHO QUE FAZ DO ENSINO MAIS QUE UM ATO DE TRANSMITIR CONHECIMENTO, TRANSFORMANDO MEUS IDEAIS EM REALIZAÇÃO.

RESUMO

Foram analisados de forma retrospectiva, as internações por DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP) que necessitaram de terapêutica cirúrgica, ocorridas no HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS no período de Agosto de 1.984 à Novembro de 1.986, as quais foram subdivididas em dois grupos, A e B, baseando-se nos achados cirúrgicos. No Grupo A incluem-se dez pacientes nas quais não havia a presença de abscesso pélvico, mas sim de inflamação tubárea (hiperemia, edema, ...) ou Hidrossalpinge e no Grupo B, incluem-se nove pacientes que apresentavam-se com achado cirúrgico de abscesso pélvico.

Foi definido como presumível DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, a presença de algum dos três dados a seguir: aumento da sensibilidade local ou generalizada, dor à mobilização uterina e sensibilidade ou massa anexial.

Constatou-se que a DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA tem predominância em uma faixa etária jovem. Em ambos os grupos, prevaleceu a idade entre quinze e vinte e nove anos, com 70% e 66,66% dos casos, respectivamente, bem como a raça branca.

Houve uma equivalência entre mulheres solteiras e casadas, nos dois grupos analisados.

No Grupo A foram mais constantes as pacientes procedentes de Florianópolis, com 70% dos casos, enquanto no B, as procedentes de municípios vizinhos com 77,77% dos casos, onde encontra-se uma classe sócio-econômica inferior.

História prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA foi encontrada nos quatro casos de Hidrossalpinge do Grupo A, nas quais necessariamente haviam Salpingite no passado, enquanto que no Grupo B, um percentual considerável (55,55%) apresentavam história anterior.

No Grupo A, houve uma discreta predominância das pacientes nulíparas (30%) e no B, das secundíparas (33,33%).

No que tange às manifestações clínicas, todas as pacientes referiam como queixa principal, o quadro doloroso. No grupo A, dor em baixo ventre (Hipogástrio) verificou-se em 50% dos casos, que se somados aos casos de dor em fossas ilíacas, em baixo ventre e região lombar e em baixo ventre e flanco direito, somam 100% dos casos com dor em andar inferior do abdomen. No Grupo B, predominou dor em baixo ventre em 33,33% dos casos, que somando-se ao quadro doloroso em fossas ilíacas, totalizam 66,66% dos casos com dor em andar inferior do abdomen. Em três casos (33,33%) havia dor afetando outras áreas do abdomen.

Fluxo vaginal foi referido por 80% das pacientes do Grupo A e 77,77% do Grupo B, e em todos os casos, o mesmo apresentava-se com coloração amarelada.

Outros sintomas associados referidos, foram queixas urinárias, em 20% do Grupo A e em 44,44% do B, sendo disúria dor e/ou dificuldade, a queixa prevalente em ambos os grupos e queixas gastrointestinais, em 50% das pacientes do Grupo A e 44,44% do Grupo B, com destaque em ambos, náuseas seguida por vômitos e diarreia.

Febre por ocasião da internação, foi encontrada em 50% dos casos do Grupo A e em 88,88% do B, predominando o quadro térmico entre 37°C e 38°C em ambos os grupos.

Ao exame físico, todas as pacientes dos Grupos A e B apresentavam dor à palpação abdominal. Blumberg foi verificado em seis pacientes (60%) do Grupo A e na totalidade dos casos do Grupo B.

Na avaliação dos órgãos genitais internos, todas as

pacientes de ambos os grupos, referiam dor à mobilização uterina.

No Grupo A, dor e sensação de preenchimento anexial foi encontrado em duas pacientes (20%) e no B, em nove (100%).

O Hemograma no Grupo A estava normal em 30% dos casos, enquanto que no B, todos encontravam-se alterados. Leucocitose entre 8.000 e 12.000 foi verificada em cinco pacientes (50%) do Grupo A e em uma (11,11%) do B. Acima disto, haviam duas pacientes (20%) do Grupo A e 8 (88,88%) do Grupo B.

No Grupo A foi encontrado concordância entre os achados radiográficos e cirúrgicos em 25% dos casos e entre os achados ultrassonográficos e cirúrgicos em 66,66%. No Grupo B os percentuais foram de 75% e 33,33% respectivamente.

A punção de Fundo de Saco de Douglas foi realizado em apenas três pacientes do Grupo B, sendo positiva em 100% dos casos.

Nos achados cirúrgicos do Grupo A, predominava Salpingite bilateral em 60% dos casos, enquanto que no Grupo B, o ABSCESSO TUBO-OVARIANO unilateral em 55,55% dos casos, estando ou não o anexo contralateral também congesto.

Cistos ovarianos foram encontrados em três casos (30%) do Grupo B e três (33,33%) do A.

O Período de Internação no Grupo B foi mais prolongado do que no A. Depurando-se o período de antibioticoterapia, três pacientes do Grupo A ficaram internadas por período inferior à cinco dias, enquanto no Grupo B, não houveram casos com período inferior à seis dias. Acima de dez dias ficaram internadas uma paciente (10%) do Grupo A e três (33,33%), do B.

As pacientes do Grupo A evoluíram mais favoravelmente do que as do B, havendo um óbito (11,11%) neste último, comprovando a maior severidade no quadro de Abscessos Pélvicos.

SUMMARY

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE - SURGICAL MANAGEMENT

The author defines Pelvic Inflammatory Disease and makes comments about data of epidemiology, clinical aspects, laboratory and surgical management at The Florianópolis Hospital between August, 1.984 and November, 1.986.

Two groups have been studied: (A) with surgical findings of Salpingitis or Hidrossalpingis and (B) with Tuboovarian abscess really detected through the surgery.

The study has showed that clinical and laboratory findings were most evident in B group compared with A group.

INTRODUÇÃO

Devido a sua ocorrência frequente e graves consequências, as infecções pélvicas situam-se entre os problemas mais importantes encontrados na prática ginecológica.

Uma ampla gama de infecções pélvicas, oscilando desde quadros mais amenos, tal como a Salpingo-ooforite Gonocócica não complicada, até quadros mais severos como a ruptura do ABSCESSO TUBO-OVARIANO, são observadas pelo clínico-geral, cirurgião e ginecologista, e cabe a todos estes profissionais estarem capacitados para diagnosticar e tratar estas patologias.

Deve-se dar uma atenção especial à estas enfermidades, sobretudo pela crescente incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis, bem como pela maior divulgação do uso do dispositivo intra-uterino que em determinadas situações pode favorecer a ocorrência destas patologias.

O ABSCESSO TUBO-OVARIANO é sabidamente uma complicação da Salpingite Aguda ou de uma infecção recorrente que desenvolve-se sobre o tecido cronicamente acometido, e segundo alguns autores⁽⁵⁵⁾, sua ocorrência equivale até 34% das hospitalizações de pacientes com Salpingite, tendo sido referido como o estadio final da progressão das infecções do trato genital superior.^(4,19)

Com os avanços nas técnicas de culturas microbiológicas (culturas anaeróbias e tissulares), novos testes sorológicos e um acréscimo na utilização da culdocentese e laparoscopia para obter-se tais amostras, tem-se mostrado um complexo polimicrobiano no que diz respeito à etiologia de tais abscessos.

O termo "patógeno primário" refere-se à microorganismos que são capazes de iniciarem a infecção e causarem

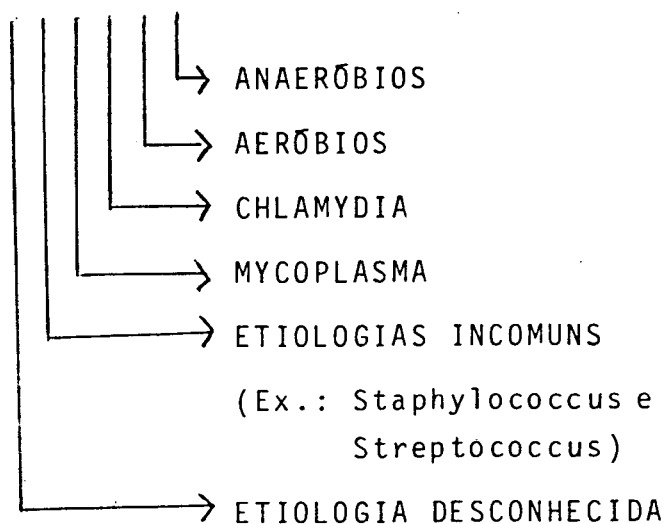
dano ao trato genital superior feminino. A *N. gonorrhoeae* é definitivamente tida como patógeno primário e muitos investigadores também classificam a *C. trachomatis* nesta categoria. O termo "patógeno secundário" refere-se a microorganismos oportunistas que não são normalmente patogênicos, mas adquirem este potencial quando introduzidos no sistema que encontra-se imunologicamente deprimido, sendo o anaeróbio o exemplo clássico.

Os quatro grupos de microorganismos mais comumente implicados nas infecções pélvicas são a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, Bactérias Aeróbias e Anaeróbias não Gonocócicas e o *Mycoplasma*, segundo modelo esquemático a seguir: (39)

AGENTES ETIOLÓGICOS

GONOCÓCCICOS

NÃO GONOCÓCCICOS



Os agentes envolvidos são vários e portanto devem ser levados em consideração por ocasião da seleção do tratamento a ser proposto.

Segundo alguns autores^(32,67), o ABSCESSO TUBO-OVARIANO constitui-se predominantemente de uma flora mixta de anaeróbios e aeróbios. Sendo aqueles particularmente prevalentes nestes abscessos, tendo sido isolado numa faixa de 63% à 100% dos casos onde uma bacteriologia apropriada foi utilizada.^(54,67)

Foi o trabalho de VEILLON e ZUBER que demonstrou conclusivamente que os anaeróbios não esporulados eram responsáveis por várias infecções, entre elas, as infecções pélvicas.

O isolamento dos anaeróbios no passado, foi dificultado pela inviabilidade da maioria dos laboratórios em cultivá-los. Com o desenvolvimento de novos métodos microbiológicos, as bactérias anaeróbias tem sido colocadas em destaque na etiologia do ABSCESSO TUBO-OVARIANO. A importância dessas observações ressaltam a necessidade da modificação da antibioticoterapia em face de os antibióticos ditos de "largo espectro" terem uma atividade fraca sobre estes microorganismos.⁽⁶⁹⁾

THADEPALLI e colaboradores⁽⁶⁹⁾ realizaram um estudo em trinta e três mulheres com infecções severas no trato genital superior e encontraram os anaeróbios como agente de maior incidência (100% dos casos) nestas patologias. Os anaeróbios isolados foram:

- GRAM-NEGATIVOS

- . Bacteróides fragilis
- . Bacteróides melaninogenicus

- . Bacteróides ovalis
- . Bacteróides capillosus
- . Fusobacterium
- . Vibrio fetus
- COCCUS
 - . Peptostreptococcus
 - . Peptococcus
 - . Veillonella
- CLOSTRIDIA
 - . C. perfringens
 - . C. difficile
 - . C. butyricum
 - . C. pseudotetanicum
 - . C. bifermentans
 - . C. innocuum
- GRAM-POSITIVOS NÃO ESPORULADOS
 - . Eubacterium lentum
 - . Propionibacterium
 - . Bifidobacterium

Dentre os anaeróbios destacam-se os Bacteróides, com maior frequência o *Fragilis* e o *Melaninogenicus*, sendo o primeiro resistente a Penicilina, Ampicilina e Cefalotina, drogas estas comumente utilizadas em infecções pélvicas. Em seguida, os coccus anaeróbios (*Peptostreptococcus* e *Peptococcus*) também ocupam destaque. *Clostridia* foi encontrado menos frequentemente.

HAMMILL e colaboradores⁽²³⁾ foram capazes de provocar ABSCESSO TUBO-OVARIANO em ratos, injetando *B. fragilis* em suas trompas. Os anaeróbios portanto, e em particular o *B. fragilis* parecem estar fortemente associados à formação de

abscessos. Pesquisadores recentes tem enfatizado o reconhecimento do *B. bivius* como o principal patógeno da flora cervico-vaginal normal, não sendo então inesperado que este agente estivesse frequentemente associado às infecções pélvicas. Falta ainda esclarecer se o *B. bivius* contém as características similares ao *B. fragilis* em facilitar o desenvolvimento dos abscessos. (3,30)

A grande incidência de anaeróbios em alguns estudos pode ser explicada pelos grandes cuidados tidos no isolamento e identificação destes agentes, sendo que na ausência destes procedimentos, muitos anaeróbios não teriam sido isolados. (67)

As bactérias aeróbias também foram achados frequentes no estudo feito por THADEPALLI e colaboradores (69), porém em nenhum caso ela estava presente na ausência de anaeróbios.

Um tratamento adequado e precoce com antibióticos apropriados com espectro para aeróbios e anaeróbios, pode evitar graves complicações.

As drogas mais eficazes contra a maioria dos anaeróbios são o Cloranfenicol, a Lincomicina, Metronidazol e ainda a Clindamicina. (69)

O Gonococco não está comumente ligado à formação de abscessos. () Num estudo feito por LANDERS e SWEET () foram identificados Gonococcos somente em 3,8% dos casos de abscessos aspirados, enquanto que, quando o material foi colhido da endocérvix das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO esta incidência aumentou para 31%.

Atualmente ainda existem dúvidas quanto ao fato de os microorganismos piogênicos (anaeróbios/aeróbios) poderem ocasionar infecções pélvicas primariamente ou como invasores

secundários que complicam a infecção primária com o Gonococ
co. (28)

O ensino tradicional tem sido de que uma infecção primária pelo Gonococco é necessária e na verdade, não exis
tem indícios para contradizer este ponto de vista. Portanto, considera-se ainda atualmente que as pacientes com Piossalpin
ge ou Abscesso Pélvico devido à esses microorganismos piogêni
cos apresentam uma complicação de uma infecção que é primaria
mente a Gonococcia. (28)

Alguns autores tem proposto que os Gonococcos facilitam a invasão dos anaeróbios nas tubas e de que exista uma barreira à nível de endocervix dificultando a entrada dos Gonococcos enquanto que as bactérias anaeróbios/aeróbios ga
nham acesso mais facilmente ao trato genital superior, supri
mindo o crescimento de N. Gonorrhoeae. (30)

O envolvimento da Chlamydia, Mycoplasma e Ureaplas
ma na microbiologia do ABCESSO TUBO-OVARIANO ainda não está claro.

A Chlamydia que por alguns tem sido apontada como o principal agente etiológico da Salpingite Aguda (66) todavia
ainda tem que ser isolada no ABCESSO TUBO-OVARIANO. (38)

A Actinomyces, mais comumente o Israelli, um anaeróbio gram-positivo, tem ocasionalmente sido associado à DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA e mais especificamente ao ABCESSO TUBO-OVARIANO sendo que muitos autores tem sugerido uma rela
ção entre estes microorganismos e o uso do DIU. ()

BURKAN e colaboradores (10) demonstraram em seus estudos que a DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA associada à presen
ça de Actinomyces evoluía mais comumente à quadros mais severos,

muitos deles desenvolvendo ABSCESSO TUBO-OVARIANO. Este microorganismo tem estado ausente dos achados microbiológicos de várias séries de ABSCESSO TUBO-OVARIANO na literatura, todavia, constitui-se num agente muito difícil de ser identificado. (22, 21, 43)

Existem em nosso organismo barreiras fisiológicas que protegem o trato reprodutivo. A primeira e principal delas é a cérvix uterina que forma uma barreira mecânica devido ao pequeno diâmetro do canal endocervical e pela presença e liberação de muco que soma-se à atividade ciliar do canal; uma barreira bioquímica devido à produção de lisosimas antibacterianas e finalmente uma imunológica devido a produção local de imunoglobulina A.

A segunda barreira é o endométrio, que devido ao seu desprendimento mensal, previne quanto ao estabelecimento de infecções.

Finalmente, a junção tubo-ovariana funcionando como uma barreira mecânica destacando-se ainda a atividade ciliar da tuba e a drenagem do muco.

Estas barreiras devem ser ultrapassadas para que a infecção pélvica desenvolva-se.

O exato mecanismo de formação do ABSCESSO TUBO-OVARIANO é difícil de ser estabelecido, devido suas várias formas de apresentação, bem como os vários graus de danos tubáreos quando o abscesso se estabelece.

É sabido que os microorganismos podem ascender às tubas uterinas, afetarem as células da mucosa, penetrando nas mesmas através da fagocitose, e causarem destruição destas células. A Endossalpinge é então destruída parcial ou completamente e convertida em tecido de granulação, formando-se pús.

Este pode escapar para a cavidade peritoneal ou ser retido dentro da tuba, dependendo do fechamento do óstio abdominal. Assim ele pode se colecionar na tuba para produzir um Piossalpinge, no ovário para formar um abscesso ovariano, em ambos para produzir um ABSCESSO TUBO-OVARIANO ou no Fundo de Saco de Douglas para causar um abscesso pélvico.

O abscesso pode permanecer localizado, somente com o envolvimento da tuba e ovário ou pode atingir as estruturas pélvicas contíguas, tais como bexiga, alças intestinais e anexo oposto, os quais sofrerão processo semelhante. Em qualquer ponto desta evolução, o abscesso pode romper-se.

Se haver uma infecção crônica persistente, o derrame seroso do processo inflamatório dentro da Endossalpinge produzirá uma Hidrossalpinge que pode inflamar-se periodicamente, com infecção pélvica subaguda secundária ou evoluir para produzir uma Piossalpinge ou ABSCESSO TUBO-OVARIANO.

A Hidrossalpinge constitui-se de um intumescimento em forma de retorta. Um aspecto extraordinário de uma Hidrossalpinge é que a extremidade interna da trompa é quase sempre aberta e, entretanto, o líquido não drena para dentro do útero. Acredita-se que isto deva-se ao fato de o músculo tubáreo estar tão usado e destendido, que esteja incapaz de expelir o líquido, achando-se que a trompa drene normalmente mais para a cavidade peritoneal do que para dentro do útero.

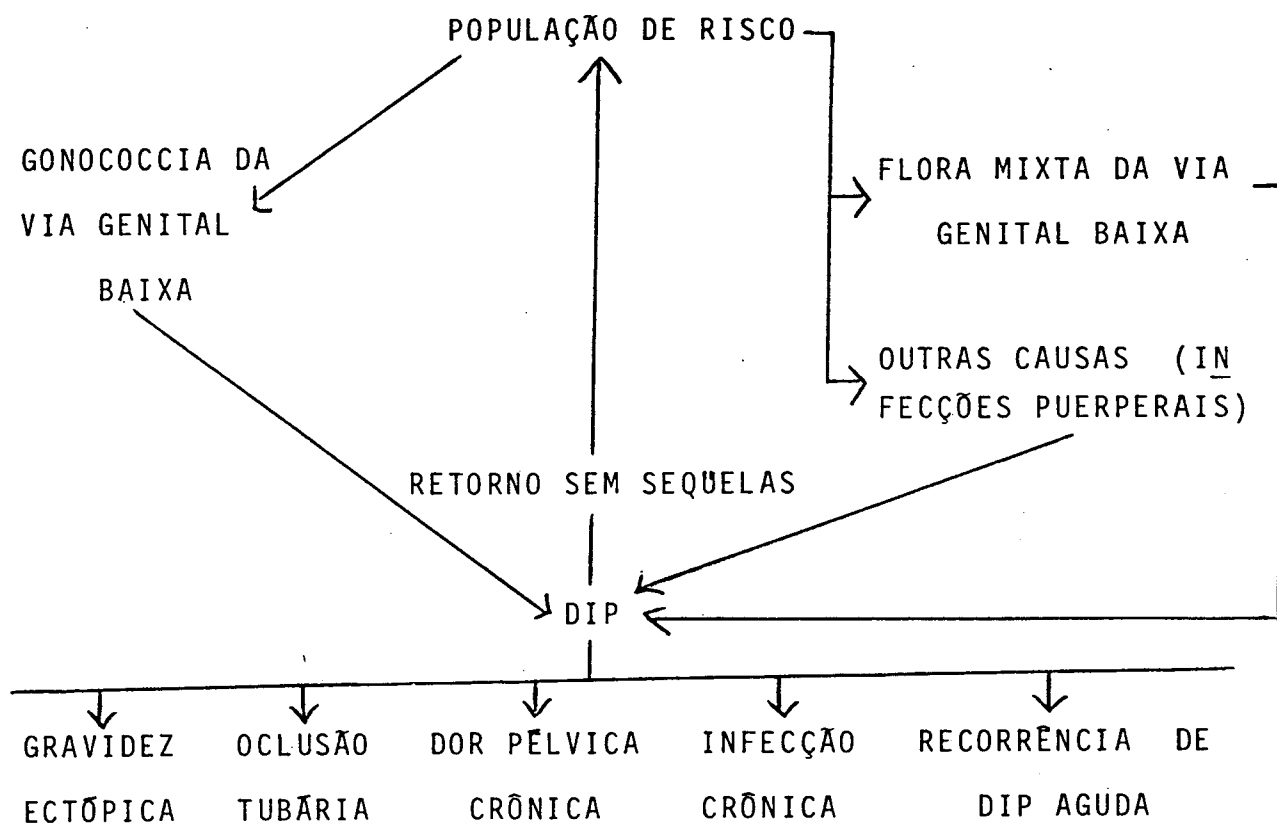
A patogenia da Hidrossalpinge não tem uma opinião concordante, alguns sugerindo que representa o resultado final do Piossalpinge, estando o pús liquefeito.

No que tange a sua forma clínica de apresentação, a DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA pode ser classificada em quatro diferentes estadios. (GAINESVILLE)

- a) Salpingite Aguda sem Peritonite, onde poderíamos encontrar dor em baixo ventre e à mobilização cervical e/ou anexial, bem como o fluxo vaginal, o aumento da temperatura e a Leucocitose.
- b) Salpingite Aguda com Peritonite, onde além dos achados anteriores, somar-se-iam sinais de irritação peritoneal ou pacientes em uso de DIU.
- c) ABSCESSO TUBO-OVARIANO.
- d) Ruptura de ABSCESSO TUBO-OVARIANO.

O quadro evolutivo da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA pode ser resumido no esquema a seguir:

MODELO EVOLUTIVO



Nele observamos que na população de risco, portadora assintomática de infecções cervico-vaginais, em determinada ocasião, poderiam desenvolver quadro de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. Deste, poderia com a terapêutica adequada, evoluir para cura ou ainda, situando-se dentro de população de risco, para as complicações.

O critério diagnóstico do ABSCESSO TUBO-OVARIANO incluiria a história clínica da paciente, bem como seu exame físico completo (incluindo exame dos órgãos genitais internos), dados estes extremamente importantes, principalmente em países em desenvolvimento, que não possuem ao seu alcance exames mais sofisticados e fidedignos. A Laparoscopia ainda é um dos

métodos mais fiéis existentes, sendo aplicada apenas em alguns centros pois trata-se de um método de alto custo e de difícil utilização rotineira.

Os fatores de risco também devem ser considerados como subsídios diagnóstico. Dentre eles destacam-se:

- Doenças Sexualmente Transmissíveis (promiscuidade)
- Uso do D.I.U.
- Manipulação do Trato Genital
- DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (tratamentos inadequados)
- Idade da paciente
- Outros, tais como a dificuldade em detectar-se contatos, ignorância e sentimentos de culpa e a susceptibilidade individual.

A queixa mais comum das pacientes é a dor em baixo ventre e os sinais mais comumente elucidados ao exame físico são a sensibilidade dolorosa abdominal e anexial.

A fim de ser estabelecido o tratamento da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, uma classificação (GAINESVILLE) em quatro estadios foi realizada, como podemos observar anteriormente.

No estadio I, sugere-se que a paciente, seja tratada ambulatoriamente com antibióticoterapia, enquanto que no estadio II, a paciente deva ser internada e submetida à tratamento antibióticoterápico para infecções polimicrobianas, escolhendo-se uma combinação com espectro para os principais patógenos que normalmente causam o processo.

No estadio III, a paciente deverá também ser internada e usar uma antibióticoterapia tríplice, observando os sinais de irritação por vinte e quatro horas.

Caso permaneçam, o médico deve estar atento para a hipótese de ruptura de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, ou coleções purulentas que necessitariam de uma drenagem cirúrgica.

A meta neste estadio é a preservação dos anexos, optando-se de início pela terapêutica clínica. A possibilidade de preservar as tubas torna-se diminuída, sendo o principal objetivo a preservação dos ovários, quando da opção pela cirurgia.

Já no estadio IV, a grande meta não é a preservação dos ovários e sim a preservação da própria vida, visto a alta taxa de mortalidade nos ABSCESSOS TUBO-OVARIANOS rotos. Uma antibióticoterapia tríplice deve ser utilizada para evitar complicações bacterianas disseminadas. A terapia definitiva envolve a remoção cirúrgica do anexo afetado. Se um abscesso ovariano for encontrado por ocasião da cirurgia, cuidados devem ser tomados para descartar uma Tromboflebite Séptica concomitante.

Por último, ressalta-se a importância dos custos envolvidos no tratamento desta entidade, sobretudo levando-se em consideração a importância das seqüelas na vida reprodutiva da mulher.

O aspecto de importância básica traduz-se nas maneiras para prevenção de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA e consequentemente do ABSCESSO TUBO-OVARIANO:

- a) Tratamento adequado das infecções genitais baixas.
- b) Esclarecimento sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

- c) Cuidados antissépticos na manipulação do trato genital (cauterização, curetagem, colocação de DIU e histerossalpingografia).
- d) Orientar quanto aos métodos contraceptivos (contraceptivo oral, DIU e Condom).
- e) Tratamento e controle adequado do primeiro episódio de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA e investigação do parceiro.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisadas de forma retrospectiva as internações por DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA que necessitaram terapêutica cirúrgica, ocorridas no HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS, no período de Agosto de 1.984 à Novembro de 1.986.

O HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS pela sua finalidade e localização, trata-se de um Serviço de Atendimento prioritário às urgências procedentes da Grande Florianópolis.

Neste período foram internadas cinco mil quinhentos e vinte e três pacientes, sendo que cem pacientes apresentavam-se com quadro clínico compatível com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. Destas cem, dezenove necessitaram terapêutica cirúrgica perfazendo um percentual de 0,34% das internações neste período.

Pesquisou-se dados referentes à epidemiologia, aspectos clínicos, laboratoriais e conduta cirúrgica da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.

Definimos como presumível DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP) na presença de algum dos três dados: aumento da sensibilidade, dor à mobilização uterina e sensibilidade ou massa anexial.

As pacientes foram divididas em dois grupos, A e B, baseando-se nos achados cirúrgicos. No Grupo A, incluem-se dez pacientes, nas quais não havia a presença de abscesso pélvico, mas sim, sinais de inflamação tubárea (hiperemia, edema) ou de Hidrossalpinge onde a terapêutica cirúrgica poderia ser dispensada e no Grupo B, incluem-se nove pacientes que apresentavam-se com ABSCESSO TUBO-OVARIANO, indicação incontestada de cirurgia após tratamento clínico com resultados insatisfatórios.

RESULTADOS

1 - INCIDÊNCIA

A amplitude com relação à idade das pacientes foi de quinze a cinquenta e dois anos. Houve uma homogeneidade quanto a distribuição nos vários grupos etários, notando-se no entanto, uma maior predominância de pacientes numa faixa etária entre quinze e vinte e nove anos, com treze casos.

No Grupo A, sete pacientes tinham idade entre quinze e vinte e nove anos, enquanto que no Grupo B, seis pacientes encontravam-se nesta faixa etária.

Dezesseis pacientes no total eram de cor branca.

No Grupo A, oito pacientes eram brancas, enquanto duas, negras.

No Grupo B, oito pacientes eram brancas e uma, par da.

TABELA 1

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO IDADE E COR

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE 1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

IDADE (ANOS)	COR							
	BRANCAS		PARDAS		PRETAS		TOTAL	
	A	B	A	B	A	B	A	B
15 --- 19	2	1	-	-	1	-	3	1
20 --- 24	2	3	-	-	-	-	2	3
25 --- 29	2	1	-	1	-	-	2	2
30 --- 34	1	1	-	-	1	-	2	1
35 ---	1	2	-	-	-	-	1	2
TOTAL	8	8	-	1	2	-	10	9

Em relação ao estado civil observamos na Tabela 2 que, no Grupo A, metade das pacientes eram solteiras e o restante, casadas, enquanto que no Grupo B, quatro pacientes eram solteiras, quatro casadas e uma viúva.

TABELA 2

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO ESTADO
CIVIL

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

ESTADO CIVIL	A	B	TOTAL
SOLTEIRA	5	4	9
CASADA	5	4	9
VIÚVA	-	1	1
TOTAL	10	9	19

Analisando-se a procedência das pacientes, consta-se que, no Grupo A, sete pacientes eram de Florianópolis, duas de São José e uma de Palhoça, enquanto que no Grupo B, a maioria das pacientes eram procedentes de São José, enquanto duas de Florianópolis e duas de Palhoça.

TABELA 3

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO A PROCE
DÊNCIA
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

PROCEDÊNCIA	A	B	TOTAL
FLORIANÓPOLIS	7	2	9
SÃO JOSÉ	2	5	7
PALHOÇA	1	2	3
TOTAL	10	9	19

2 - ANTECEDENTES MÓRBIDOS PREGRESSOS

Quanto aos antecedentes mórvidos pregressos, foi observado que, no que tange aos antecedentes ginecológicos no Grupo A, quatro pacientes tinham história prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (com um tempo mínimo de um mês em relação ao quadro atual), sendo que todas elas apresentavam apenas um episódio passado. Três das quais foram submetidas à tratamento clínico e somente uma à tratamento clínico e cirúrgico.

Ainda no Grupo A, uma das pacientes havia sido submetida à Histerossalpingografia aproximadamente um mês antes de sua internação, desenvolvendo posteriormente quadro de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA e Bartholinite, cujo tratamento foi drenagem e antibióticoterapia.

Depurados quatro casos nos quais o achado cirúrgico foi Hidrossalpinge e que necessariamente a paciente tinha um quadro prévio de Salpingite, não restam pacientes com história de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA no passado.

Seis pacientes deste grupo, não referiam quaisquer queixas ginecológicas anteriores.

Analisando-se o Grupo B, cinco pacientes apresentavam história prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (com um tempo mínimo de três meses ao quadro atual), sendo que a totalidade das mesmas foram submetidas à tratamento clínico somente.

Uma destas pacientes apresentou dois episódios de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA anterior, como também referiu infecção puerperal três meses antes de sua internação.

Uma outra paciente com história passada de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, por ocasião de sua internação, referia história de dois meses de atraso menstrual, com suspeita

clínica e ultrassonográfica de gravidez ectópica, no entanto por ocasião da cirurgia, o achado foi de ABSCESSO TUBO-OVARIA NO à direita e cisto ovariano hemorrágico do lado oposto.

Uma das pacientes havia realizado laqueadura tubárea há dez anos e a mesma negava vida sexual ativa há quatro anos.

Esta mesma paciente foi à óbito por ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto.

TABELA 4

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO OS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	A	B	TOTAL
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA NO PASSADO	4 ^α	5 ^{αβ}	9
ATRASO MENSTRUAL	-	1 ^α	1
BARTHOLINITE	1 ^α	-	1
HSG PRÉVIA	1 ^α	1	2
INFECÇÃO PUERPERAL	-	1 ^β	1
LAQUEADURA TUBÁREA	-	1	1
SEM ANTECEDENTES	6	2	8

NOTA: Os dados representam casos isolados ou associados.

3 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Neste estudo, analisando-se o Grupo A, três pacientes eram nulíparas, uma primípara, duas secundíparas e uma multípara, totalizando sete pacientes. Foram depurados três casos onde os antecedentes obstétricos estavam obscuros. Nenhuma paciente apresentava cesareana anteriormente. Houve um caso de abortamento.

Analisando-se o Grupo B, apenas uma paciente era nulípara, duas primíparas, três secundíparas e duas multíparas, totalizando oito pacientes. Foi depurado um caso pelo mesmo motivo apresentado anteriormente.

Ainda no Grupo B, uma paciente apresentou história de três cesareanas prévias e uma com história de um abortamento no terceiro mês de gestação, dois natimortos (aos sete mees), uma gestação à termo com infecção puerperal e uma gestação onde desenvolveu eclâmpsia no oitavo mês gestacional. Esta mesma paciente tinha um passado de dois episódios de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, tratados clinicamente.

TABELA 5

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO ANTECE
DENTES OBSTÉTRICOS

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	A	B	TOTAL
NULÍPARAS	3	1	4
PRIMÍPARAS	1	2	3
SECUNDÍPARAS	2	3	5
MULTÍPARAS	1	2	3
TOTAL	7	8	15

NOTA: Depurados quatro casos onde os Antecedentes Obstétricos estavam obscuros.

4 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Analisando-se a localização da manifestação dolorosa na ocasião do primeiro atendimento, constatou-se em ambos os grupos uma maior frequência em baixo ventre.

No Grupo A, cinco pacientes referiam dor em baixo ventre isoladamente, uma em baixo ventre e região lombar, uma em baixo ventre e flanco direito, totalizando-se assim sete pacientes que apresentavam dor em baixo ventre isolada ou associadamente. Duas pacientes referiam dor em fossa ilíaca direita e uma fossa ilíaca esquerda.

No Grupo B, três pacientes referiam dor em baixo ventre, uma em fossa ilíaca direita, uma em fossa ilíaca esquerda, uma em ambas as fossas ilíacas, uma em hipocôndrio e flanco direito, uma periumbilical e uma dor abdominal difusa.

O quadro doloroso foi a queixa principal em todas as pacientes internadas, de ambos os Grupos, A e B.

TABELA 6

**CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA**

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO PREFERENCIAL DA DOR POR OCASIÃO DA INSTALAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 A NOVEMBRO DE 1.986

LOCALIZAÇÃO PREFERENCIAL DA DOR	A	B	TOTAL
BAIXO VENTRE (HIPOGÁSTRIO)	5	3	8
FOSSA ILÍACA DIREITA	2	1	3
FOSSA ILÍACA ESQUERDA	1	1	2
AMBAS FOSSAS ILÍACAS	-	1	1
BAIXO VENTRE E REGIÃO LOMBAR	1	-	1
BAIXO VENTRE E FLANCO DIREITO	1	-	1
DIFUSA	-	1	1
HIPOCÔNDRIO E FLANCO DIREITO	-	1	1
PERIUMBILICAL	-	1	1
TOTAL	10	9	19

Com relação aos sintomas associados, globalmente, quinze pacientes queixavam-se de fluxo vaginal.

No Grupo A, oito pacientes referiam fluxo vaginal e em todos os casos o mesmo apresentava-se amarelado. Uma paciente apresentava metrorragia e uma outra negava a existência de fluxo.

No Grupo B, sete pacientes referiam fluxo, todos com coloração amarelada e duas pacientes negavam sua presença.

TABELA 7

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO FLUXO VAGINAL
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

FLUXO VAGINAL	A	B	TOTAL
AMARELO	8	7	15
METRORRAGIA	1	-	1
NEGA FLUXO	1	2	3
TOTAL	10	9	19

Foram ainda analisadas, as queixas relativas ao aparelho urinário e gastrointestinal.

No Grupo A, duas pacientes apresentavam queixas urinárias, assim distribuídas: uma com disúria dor e/ou dificuldade e uma outra com disúria dor e/ou dificuldade associada à queixa de alteração no odor da urina. Oito pacientes negavam queixas.

No que diz respeito ao Grupo B, quatro pacientes apresentavam queixas urinárias isoladas ou associadas, assim distribuídas: três com disúria dor e/ou dificuldade, duas com alteração na coloração da urina, uma com ardência miccional, uma com tenesmo vesical e uma outra com polaciúria. Cinco pacientes negavam queixas.

TABELA 8

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO AS QUEI
XAS URINÁRIAS

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 A NOVEMBRO DE 1.986

QUEIXAS URINÁRIAS	A	B	TOTAL
DISÚRIA DOR E/OU DIFICULDADE	2	3	5
ALTERAÇÃO NA COLORAÇÃO DA URINA	-	2	2
ALTERAÇÃO NO ODOR DA URINA	1	-	1
ARDÊNCIA MICCIONAL	-	1	1
POLACIÚRIA	-	1	1
TENESMO VESICAL	-	1	1
SEM QUEIXAS	8	5	13

NOTA: Os dados representam queixas isoladas ou associadas.

As queixas gastrointestinais isoladas ou associadas foram observadas no Grupo A, por cinco pacientes, assim distribuídas: cinco com náuseas, duas com vômitos e uma apresentando diarreia e no Grupo B, por quatro pacientes, assim distribuídas: quatro com náuseas, três com vômitos e uma com diarreia.

TABELA 9

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO AS QUEIXAS GASTROINTESTINAIS

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE 1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

QUEIXAS GASTROINTESTINAIS	A	B	TOTAL
NÁUSEAS	5	4	9
VÔMITOS	2	3	5
DIARRÉIA	1	1	2
SEM QUEIXAS	5	5	10

NOTA: Os dados representam queixas isoladas ou associadas.

Ao todo, doze pacientes apresentavam-se febril por ocasião de sua internação enquanto que seis estavam afebril.

No Grupo A, cinco pacientes estavam com febre e todas tinham temperatura variando entre 37°C e 38°C. No Grupo B, oito pacientes apresentavam-se febril, sete das quais entre 37°C e 38°C e uma com 39°C, não sendo constatado quadro febril em apenas uma paciente deste grupo.

TABELA 10

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO A TEMPERATURA
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

TEMPERATURA	A	B	TOTAL
37 — 38°C	5	7	12
38 — 39°C	-	-	-
39 —	-	1	1
AFEBRIL	5	1	6
TOTAL	10	9	19

5 - EXAME FÍSICO

A - MANOBRAS PARA A PESQUISA DA DOR

Foram analisados os achados de exame físico referentes às manobras isoladas ou associadas que exacerbavam a dor, tais como a palpação abdominal e Blumberg.

Todas as pacientes de ambos os grupos apresentavam dor à palpação abdominal.

No Grupo A, seis apresentavam Blumberg positivo e quatro negativo, enquanto que no Grupo B, em todas elas, este sinal foi positivo.

TABELA 11

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO AS MANOBRAS QUE EXARCEBAVAM A DOR
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

MANOBRAS QUE EXARCEBAVAM A DOR	A	B	TOTAL
DOR À PALPAÇÃO ABDOMINAL	10	9	19
BLUMBERG	6	9	15

NOTA: Os dados representam queixas isoladas ou associadas.

B - AVALIAÇÃO DOS ÓRGÃOS GENITAIS INTERNOS (OGI)

O sinal mais comumente encontrado na avaliação dos órgãos genitais internos, em ambos os grupos, foi dor à mobilização uterina, sendo esta queixa referida ao todo por dezesseis das dezenove pacientes estudadas. Em três pacientes, todas do Grupo A, este exame não foi realizado e em uma paciente não foi possível ser feita uma avaliação ginecológica fidedigna devido a resistência imposta pela paciente.

No Grupo A, sete pacientes apresentavam dor à mobilização uterina. Analisando-se o exame das regiões anexiais encontrou-se os seguintes dados:

1. Três pacientes apresentavam anexos dolorosos, porém livres.
2. Duas pacientes apresentavam dor e sensação de preenchimento em região anexial.
3. Uma paciente apresentava sensação de preenchimento anexial, porém sem dor.

Em nove pacientes deste grupo foi encontrado dor e/ou abaulamento de Fundo de Saco de Douglas e apenas em uma paciente o mesmo não encontrava-se doloroso e não havia abaulamento.

No Grupo B, todas as pacientes apresentavam dor à mobilização uterina. Analisando-se o exame das regiões anexiais, constatou-se que todas as pacientes apresentavam dor e sensação de preenchimento

Em sete pacientes foi observado dor em Fundo de Saco de Douglas sem abaulamento e em duas dor e abaulamento.

Uma paciente não pode ser avaliada com exatidão de vido a intensa dor referida.

TABELA 12

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO A AVALIAÇÃO DOS ÓRGÃOS GENITAIS INTERNOS
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE 1.984 A NOVEMBRO DE 1.986

AVALIAÇÃO DOS ÓRGÃOS GENITAIS INTERNOS	A	B	TOTAL
DOR À MOBILIZAÇÃO UTERINA	7	9	16
DOR E SENSÇÃO DE PREENCHIMENTO EM REGIÃO ANEXIAL	2	9	11
ANEXOS DOLOROSOS E LIVRES	3	-	3
SENSÇÃO DE PREENCHIMENTO EM REGIÃO ANEXIAL SEM DOR	1	-	1
FUNDO DE SACO NÃO DOLOROSO E SEM ABAULAMENTO	1	7	8
FUNDO DE SACO DOLOROSO E COM ABAULAMENTO	-	2	2
NÃO AVALIÁVEIS COM EXATIDÃO PELA DOR REFERIDA	1	1	2

NOTA: Os casos representam queixas isoladas e associadas.

Cabe ressaltar que em onze pacientes foi avaliada a posição uterina.

No Grupo A, das quatro pacientes avaliadas, três tinham útero em anteversoflexão e uma em retroversão e no Grupo B, das sete pacientes avaliadas, três tinham em anteversoflexão e quatro em medioversão.

A Punção de Fundo de Saco de Douglas não foi realizada em nenhuma paciente do Grupo A. No Grupo B, foi realizazada em apenas três pacientes sendo que em todas elas a mesma foi positiva.

6 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

A - HEMOGRAMA

Todas as pacientes fizeram hemograma. No Grupo A, leucocitose foi encontrada em sete pacientes, estando cinco delas entre 8.000 e 12.000 leucócitos e duas acima de 20.000. Em duas pacientes havia desvio à esquerda.

Neutrofilia estava presente em seis pacientes enquanto que em quatro encontrava-se linfocitose.

No Grupo B, todas as pacientes apresentavam leucocitose, sendo uma entre 8.000 e 12.000, quatro entre 12.000 e 16.000, duas entre 16.000 e 20.000 e duas acima disto. Em apenas um caso havia desvio à esquerda.

Neutrofilia estava presente em todas as pacientes.

TABELA 13

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO O HEMOGRAMA
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

HEMOGRAMA	A	B	TOTAL
SEM LEUCOCITOSE	3	-	3
COM LEUCOCITOSE	7	9	16
8.000 — 12.000	5	1	6
12.000 — 16.000	-	4	4
16.000 — 20.000	-	2	2
20.000 —	2	2	4
DESVIO À ESQUERDA	2	1	3
NEUTROFILIA	6	9	15
LINFOCITOSE	4	-	4

NOTA: Os dados representam casos isolados ou associados.

A velocidade de hemossedimentação (método de WESTERGRENN) foi pesquisada em oito pacientes, sendo que no Grupo A, nas seis pacientes pesquisadas, três tinham VHS entre 20 e 40 mm/h, uma entre 40 e 60 mm/h, uma entre 60 e 80 mm/h e uma acima disto.

Quanto ao Grupo B, nas três pacientes pesquisadas, duas tinham entre 60 e 80 mm/h e uma acima disto.

B - PARCIAL DE URINA

No total, quinze pacientes realizaram parcial de urina.

No Grupo A, oito pacientes fizeram este exame e destas, três apresentavam leucocitúria, duas hematúria e todas apresentavam bacteriúria, assim classificada: sete leve e uma bacteriúria moderada.

No Grupo B, das sete pacientes pesquisadas, duas apresentavam exames normais e no restante encontrou-se os seguintes dados: três com leucocitúria, duas com hematúria e cinco com bacteriúria, assim classificada: leve, quatro casos e intensa, um caso.

TABELA 14

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO PARCIAL
DE URINA

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

PARCIAL DE URINA	A	B	TOTAL
LEUCOCITÚRIA	3	3	6
HEMATÚRIA	2	2	4
BACTERIÚRIA	8	5	13
- LEVE	7	4	11
- MODERADA	1	-	1
- INTENSA	-	1	1
EXAME SEM ALTERAÇÕES	-	2	2
NÃO FOI REALIZADO	2	2	4

NOTA: Os dados representam casos isolados ou associados.

C - RADIOGRAFIA SIMPLES DO ABDOMEN

No Grupo A, quatro pacientes realizaram o exame e em todas elas, o mesmo encontrava-se com alterações radiográficas, conforme descrição a seguir: todas apresentavam distensão de alça de delgado e em três tinham imagem sugerindo nível hidro-aéreo. (75%).

No Grupo B, quatro pacientes realizaram este exame. Em um caso o mesmo encontrava-se sem alterações em em três casos observava-se distensão de alça de delgado, níveis hidro-aéreos e apagamento do músculo psoas. Em um destes casos, observava-se também imagem sugestiva de áscaris.

TABELA 15

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO RX SIMPLES DE ABDOMEN

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE 1.984 A NOVEMBRO DE 1.986

RX SIMPLES DE ABDOMEN	A	B	TOTAL
NORMAL	-	1	1
ALTERADO	4	3	7
- DISTENSÃO ALÇA DELGADO	4	3	7
- NÍVEL HIDRO-AÉREO	3	3	6
- APAGAMENTO PSOAS	-	3	3
- IMAGEM SUGESTIVA DE ÁSCARIS	-	1	1
NÃO FOI REALIZADO	6	5	11

NOTA: Os dados representam casos isolados ou associados.

D - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA

No Grupo A, seis pacientes realizaram este exame, sendo que em dois casos não haviam alterações ecográficas. Em dois casos sugeria Hidrossalpinge bilateral e Salpingite bilateral, respectivamente. Em um outro caso foi levantada a suspeita de abscesso pélvico e num último, o laudo foi inconclusivo (massa complexa anexial à direita).

No Grupo B, seis pacientes realizaram este método diagnóstico, cujos resultados encontravam-se todos alterados, ou seja, em duas pacientes sugerindo Hidrossalpinge, em uma suspeita de abscesso pélvico, uma apresentava laudo de gravidez tubária e uma apresentava imagem sugestiva de cisto ovariano.

TABELA 16

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE 1.984 A NOVEMBRO DE 1.986

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	A	B	TOTAL
NORMAL	2	-	2
ALTERADO	4	6	10
- HIDROSSALPINGE BILATERAL	1	2	3
- SALPINGITE BILATERAL	1	-	1
- ABSCESSO PÉLVICO	1	2	3
- PREGNANZA TUBÁRIA	-	1	1
- CISTO OVARIANO	-	1	1
- INCONCLUSIVO	1	-	1
NÃO FOI REALIZADO	4	3	7

NOTA: Os dados representam casos isolados ou associados.

7 - TRATAMENTO

Nos dados do quadro a seguir constam informações sobre epidemiologia, achado cirúrgico e conduta terapêutica, no Grupo A.

- Observações: 1) Entende-se por AMP, Antecedentes Mórvidos Prêvios de DIP.
2. Entende-se por ATB, Tempo de Antibióticoterapia, em dias, previamente à intervenção cirúrgica.

CASO	IDADE	PARIDADE	AMP.	TEMPO DE ATB	ACHADO CIRÚRGICO	CONDUITA	COMPLICAÇÕES
01	23	SECUNDÍPARA	NÃO	-	SALPINGITE BILATERAL DRENANDO PEQUENA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA	- APENDICECTOMIA "DE OPORTUNIDADE"	-
02	30	-	NÃO	-	HIDROSSALPINGE À ESQUERDA	- SALPINGECTOMIA UNILATERAL	-
03	22	PRIMÍPARA	NÃO	-	SALPINGITE BILATERAL DRENANDO PEQUENA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA	- APENDICECTOMIA "DE OPORTUNIDADE"	-
04	19	SECUNDÍPARA	SIM	-	HIDROSSALPINGE À ESQUERDA CISTO OVARIANO À DIREITA	- ANEXECTOMIA UNILATERAL	-
05	28	MULTÍPARA	SIM	7	SALPINGITE BILATERAL	- SALPINGECTOMIA BILATERAL	-
06	32	NULÍPARA	SIM	3	HIDROSSALPINGE BILATERAL CISTO HEMORRÁGICO EM OVÁRIO ESQUERDO	- SALPINGÓLISE BILATERAL - OOFOROPLASTIA À ESQUERDA	SIM
07	16	NULÍPARA	NÃO	18	SALPINGITE À DIREITA OVÁRIO CÍSTICO À DIREITA	- REVISÃO DA CAVIDADE	-
08	52	-	NÃO	8	SALPINGITE BILATERAL	- SALPINGECTOMIA BILATERAL	-
09	25	-	SIM	8	HIDROSSALPINGE BILATERAL	- ANEXECTOMIA À DIREITA - SALPINGECTOMIA À ESQUERDA	-
10	18	NULÍPARA	NÃO	8	SALPINGITE BILATERAL	- SALPINGOPLASTIA BILATERAL - SALPINGOSTOMIA BILATERAL	-

Nos dados do quadro a seguir constam informações so bre epidemiologia, achado cirúrgico e conduta terapêutica, no Grupo B.

Observações: 1) Entende-se por FS, Fundo de Saco de Douglas.
2) Entende-se por ATO, Abscesso Tubo-Ovariano.

CASO	IDADE	PARIDADE	AMP	TEMPO DE ATB	ACHADO CIRÚRGICO	CONDUTA	COMPLICAÇÕES
01	26	PRIMÍPARA	NÃO	-	SECREÇÃO PURULENTA EM FS À PUNÇÃO	- COLPOTOMIA	-
02	30	-	NÃO	-	ABCESSO PERFORADO E BLOQUEADO MIOMA UTERINO	- SALPINGOSTOMIA BILATERAL	-
03	27	SECUNDÍPARA	SIM	4	ATO À DIREITA CISTO À ESQUERDA	- ANEXECTOMIA ESQUERDA - SALPINGECTOMIA DIREITA - OOFOROPLASTIA DIREITA	-
04	22	SECUNDÍPARA	SIM	1	ATO BILATERAL	- SALPINGECTOMIA BILATERAL	-
05	19	MULTÍPARA	SIM	4	ABCESSO TUBÁRIO BILATERAL ABCESSO CORNUAL OVÁRIO CÍSTICOS	- SALPINGECTOMIA BILATERAL - RESSECÇÃO ABSCESSO CORNUAL	-
06	40	MULTÍPARA	NÃO	8	ATO ROTO À ESQUERDA CISTO HEMORRÁGICO DIREITO	- ANEXECTOMIA ESQUERDA - RESSECÇÃO PARCIAL - OVÁRIO DIREITO	ÓBITO
07	22	PRIMÍPARA	SIM	6	ABCESSO CORNUAL SALPINGITE BILATERAL	- RESSECÇÃO ABSCESSO CORNUAL	-
08	42	SECUNDÍPARA	NÃO	8	ATO À DIREITA PIOSSALPINGE À ESQUERDA	- PAN-HISTERECTOMIA	-
09	20	SECUNDÍPARA	SIM	8	ATO À ESQUERDA SALPINGITE À DIREITA	- SALPINGECTOMIA BILATERAL	SIM

TABELA 17

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA
DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO OS ACHADOS CIRÚRGICOS
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

ACHADOS CIRÚRGICOS	A	B	TOTAL
SALPINGITE BILATERAL	6	-	6
HIDROSSALPINGE UNILATERAL	2	-	2
HIDROSSALPINGE BILATERAL	2	-	2
SECREÇÃO PURULENTA EM FUNDO DE SACO DE DOUGLAS À PUNÇÃO	-	1	1
ABSCESSO TUBO-OVARIANO UNILATERAL	-	1	1
ABSCESSO TUBÁREO BILATERAL	-	1	1
ABSCESSO TUBÁREO BILATERAL + ABSCESSO CORNO UTERINO	-	1	1
ABSCESSO TUBO-OVARIANO UNILATERAL + SALPINGITE	-	2	2
ABSCESSO CORNO UTERINO + SALPINGITE BILATERAL	-	1	1
ATO ROTO UNILATERAL	-	2	2
TOTAL	10	9	19

Analisando-se os achados, no Grupo A, seis pacientes (60%) apresentavam Salpingite bilateral. Não houveram casos de Salpingite unilateral. Em duas pacientes (20%) encontrou-se Hidrossalpinge unilateral e em duas (20%), bilateralmente.

No Grupo B, em um caso (11,11%) foi realizado colpotomia encontrando-se secreção purulenta abundante em Fundo de Saco de Douglas, sendo confirmado a presença de abscesso, porém prejudicando a avaliação de sua localização. ABSCESSO

TUBO-OVARIANO UNILATERAL foi encontrado em um caso (11,11%) que somando-se aos dois casos (22,22%) de ABSCESSO TUBO - OVARIANO unilateral associado à Salpinge contra-lateral e aos dois casos (22,22%) de ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto unilaterais, somam-se cinco casos (55,55%) de ABSCESSO TUBO-OVARIANO unilateral.

Em dois casos (22,22%) foi encontrado abscesso tubáreo bilateral, sendo em um deles associado à abscesso cornual. Abscesso de corno uterino foi encontrado isoladamente em um caso (11,11%) que associando-se ao caso anterior somam-se 22,22%. Não houvesse casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO bilateral. Cistos ovarianos foram encontrados em três pacientes (30%) do Grupo A e três (33,33%) do Grupo B. Em uma paciente (11,11%) do Grupo B, foi encontrado mioma uterino.

TABELA 18

**CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
PÉLVICA**

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO A CONDU
TA CIRÚRGICA

HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE
1.984 A NOVEMBRO DE 1.986

CONDUTA CIRÚRGICA	A	B	TOTAL
SALPINGÓLISE E/OU SALPINGOSTO MIA E/OU OOFOROPLASTIA E/OU			
RESSECÇÃO ABSCESSO CORNUAL	5	2	7
SALPINGECTOMIA UNILATERAL	1	-	1
SALPINGECTOMIA BILATERAL	2	3	5
ANEXECTOMIA UNILATERAL	1	1	2
ANEXECTOMIA UNILATERAL + SAL PINGECTOMIA CONTRALATERAL	1	1	2
COLPOTOMIA	-	1	1
PAN-HISTERECTOMIA	-	1	1
TOTAL	10	9	19

No Grupo A, sete pacientes (70%) foram tratadas con
servadoramente (Salpingólise e/ou Salpingostomia e/ou Ooforo
plastia e/ou Ressecção do Abscesso Cornual e Anexectomia Uni
lateral), enquanto que em três pacientes (30%) houve tratamen
to mais agressivo. Em duas pacientes deste grupo (20%) foi
realizado apendicectomia "de oportunidade".

No Grupo B, quatro pacientes (44,44%) foram trata
das conservadoramente, enquanto cinco (55,55%) foram submeti
das à tratamento mais agressivo.

8 - TEMPO DE INTERNAÇÃO

TABELA 19

CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO O PERÍODO DO TOTAL DE INTERNAÇÃO E SEGUNDO O PERÍODO DE INTERNAÇÃO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE 1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

TEMPO DE INTERNAÇÃO	TOTAL		APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO	
	A	B	A	B
1 — 5	2	-	3	-
5 — 10	1	1	6	6
10 — 15	5	5	1	1
15 — 20	1	1	-	1
20 —	1	2	-	1
TOTAL	10	9	10	9

Foram analisados os períodos de internação globalmente, bem como o tempo de internação após depurado o período de antibióticoterapia.

O período total de internação no Grupo A, varia numa amplitude de dois a vinte e quatro dias, sendo que a paciente com menor tempo ficou apenas por dois dias, com achado cirúrgico de Salpingite, sendo submetida à antibióticoterapia "de oportunidade" obtendo alta em bom estado geral. Já a paciente que permaneceu por maior período, foi submetida inicialmente à tratamento clínico e posteriormente à tratamento cirúrgico com achado de Salpingite e ovário cístico à direita.

Entre um e quatro dias ficaram internadas duas pacientes, entre cinco e nove dias, uma, entre dez e quatorze

dias, cinco, entre quinze e dezenove dias, uma e acima disto uma paciente.

Após depurar-se o período de antibióticoterapia, o período de internação varia numa amplitude de dois e onze dias. Entre um e quatro dias ficaram internadas três pacientes, entre cinco e nove dias, seis, entre dez e quatorze dias, uma e acima disto não houveram casos.

O período total de internação do Grupo B, variou entre seis e cinquenta e sete dias, sendo que a paciente com menor período, apresentou como achado cirúrgico, ABSCESSO TUBO-OVARIANO à direita, sendo submetida à anexectomia unilateral, obtendo alta em bom estado geral. Já a paciente que permaneceu por maior período internada, teve como achado cirúrgico ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto, apresentando complicações em seu quadro clínico, sendo submetida à quatro novas intervenções cirúrgicas sucessivas, indo à óbito posteriormente.

Não houveram internações por tempo inferior à seis dias. Entre seis e nove dias ficou internada uma paciente, entre dez e quatorze dias, cinco, entre quinze e dezenove dias, uma e acima disto, duas pacientes.

Após depurar-se o período de antibióticoterapia, o período de internação variou numa amplitude de seis a quarenta e seis dias. Não houveram casos inferiores a seis dias. Entre seis e nove dias houveram seis casos, entre dez e quatorze dias, um caso, entre quinze e dezenove dias, um caso e acima disto, um caso.

Com esta análise, podemos verificar que no Grupo B, o período de internação foi mais prolongado devido as pacientes estarem mais gravemente enfermas, por isto levando maior tempo para restabelecer-se após tratamento cirúrgico.

9 - EVOLUÇÃO

No Grupo A, nove pacientes evoluíram satisfatoriamente, enquanto que uma necessitou duas novas reinternações sendo submetida à duas novas cirurgias, num intervalo de nove dias e três meses, respectivamente.

No Grupo B. sete pacientes apresentavam boa evolução e duas tiveram complicações em seus quadros clínicos.

A primeira necessitou nova intervenção cirúrgica no terceiro dia após ter sido submetida à salpingostomia bilateral e foi novamente reinternada sete dias após a sua alta para ser submetida à tratamento antibióticoterápico por apresentar infecção de parede bem como infecção urinária. A segunda foi submetida à cinco cirurgias sucessivas, por complicações no seu estado clínico, evoluindo posteriormente à óbito.

TABELA 20
 CONDUTA CIRÚRGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
 PÉLVICA
 DISTRIBUIÇÃO DE 19 CASOS, SEGUNDO A EVOLU
 ÇÃO DA PACIENTE
 HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - AGOSTO DE
 1.984 À NOVEMBRO DE 1.986

EVOLUÇÃO	A	B	TOTAL
SATISFATÓRIA	9	7	16
NÃO SATISFATÓRIA	1	2	3
- RETORNO HOSPITALAR	1	1	2
. UMA VEZ	-	(1)	(1)
. DUAS VEZES	(1)	-	(1)
- NOVA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	1	1	2
. UMA VEZ	-	-	(1)
. DUAS VEZES	(1)	-	(1)
. TRÊS VEZES	-	-	-
. QUATRO VEZES	-	(1)	(1)
- ÓBITO	-	1	1

DISCUSSÃO

A DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA é uma complexa entidade na qual os microorganismos do Trato Genital Inferior ascendem por razões discutíveis ao Trato Genital Superior. A infecção resultante se propaga contiguamente, produzindo uma inflamação do Endométrio (Endometrite), Tubas de Falópio e/ou Ovários (Salpingite, ooforites, ABSCESSO TUBO-OVARIANO) e estruturas adjacentes, tais como Paramétrios (Parametrite) e cavidade Peritoneal (Peritonite, Abscesso Pélvico).

Distinguir DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA de outras causas de dor pélvica aguda é frequentemente uma tarefa difícil.

Embora com os avanços diagnósticos e terapêuticos, tem-se observado um aumento na incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Continente Sul-Americano.

A amostragem analisada neste estudo, contribuiu com 0,34% de todas as admissões médico-cirúrgicas no HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS no período de Agosto de 1.984 à Novembro de 1.986.

Os ABSCESSOS TUBOS-OVARIANOS corresponderam à um percentual de 0,16% de todas as admissões médico-cirúrgicas no período, e de 9% das internações ginecológicas por DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.

Segundo MACKAY e colaboradores⁽³⁷⁾, o abscesso pélvico resulta de 0,2 à 2% das internações ginecológicas, dependendo esta variação, da quantidade de Doenças Venéreas na comunidade, controle da infecção nas enfermarias cirúrgicas, entre outras variantes.

ESCHENBACH⁽¹⁵⁾ ressalta que a DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA envolve principalmente mulheres numa faixa etária entre quinze e vinte e cinco anos. Em nossa casuística, 60% das mulheres do Grupo A encontravam-se nesta faixa etária, concordando portanto com os nossos achados.

No Grupo B, a idade das pacientes variava entre de zenove e quarenta e dois anos, predominando a faixa etária entre vinte e vinte e nove anos, com 55,55% dos casos.

Alguns autores^(55,19,43,74) preconizam que o perfil clínico característico das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO, é de um grupo mais idoso, na terceira ou quarta década de vida, até mesmo após a menopausa, visto que esta entidade ocorre quase sempre após vários episódios de infecção. MATTINGLY⁽⁴¹⁾ encontrou ABSCESSO TUBO-OVARIANO em mulheres menopausadas aproximadamente em 2% dos casos, dado não observado em nossa casuística.

Embora no passado o ABSCESSO TUBO-OVARIANO ocorresse primariamente em uma faixa etária mais elevada, através dos tempos progressivamente, um grupo cada vez maior de pacientes jovens tem sido encontradas, constituindo-se num dilema quando as mesmas desejam manter a função reprodutiva.⁽²⁰⁾

Segundo estudos feitos por ROBERTS & DOCKERY⁽⁶⁰⁾ em oitenta e três pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO a idade variou entre quatorze e quarenta e nove anos, dado este semelhante aos nossos estudos.

RIVLIN⁽⁵⁹⁾ cita em sua casuística que a idade predominante em mulheres com abscesso anexial é de $29,9 \pm 8,9$ anos, variando numa faixa entre quinze e cinquenta e cinco anos.

A razão da alta percentagem de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA aguda, nos seus quatro níveis de classificação em pacientes jovens não tem sido especificamente estudada. Porém pode-se especular que este fato relaciona-se à combinação de uma alta taxa de múltiplos parceiros sexuais, uma deficiência do sistema imunológico e uma maior zona de epitélio cervical colunar que poderia ser condizente com a agressão de microorganismos, concordes com os dados de que a DOENÇA

INFLAMATÓRIA PÉLVICA é a entidade infecciosa mais comum em mulheres jovens com vida sexual ativa.⁽⁷⁷⁾ WESTRÖN⁽⁷⁷⁾ cita a correlação entre o precoce início da atividade sexual e a promiscuidade das relações com o intuito de explicar a alta incidência de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA nestas mulheres.

RIVLIN⁽⁵⁹⁾ enfatiza que infelizmente a mais alta incidência de ABSCESSO TUBO-OVARIANO é em mulheres jovens, nas quais, a seqüela física e emocional após uma cirurgia radical é óbvia.

A maioria das mulheres analisadas, tanto do Grupo A, como do B, com 80% e 88,89% das internações respectivamente, são de cor branca.

RIVLIN⁽⁵⁹⁾ ainda descreve que as mulheres não brancas, são as que possuem um maior risco de desenvolverem tanto Salpingite quanto ABSCESSO TUBO-OVARIANO, discordando portanto de nossa casuística quando apenas duas pacientes do Grupo A e uma do Grupo B, não eram brancas.

ROBERTS e DOCKERY⁽⁶⁰⁾ em seus estudos realizados em oitenta e três pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO, encontraram uma equivalência entre mulheres brancas e não brancas.

Provavelmente a maior porcentagem de mulheres brancas em nossos achados, deva-se a um contingente populacional predominante de raça branca na amostragem analisada.

MARTINS e DA LUZ^(), citam uma predominância da cor branca sobre as demais, analisando Salpingite.

Segundo colocam WASHINGTON e colaboradores⁽⁷⁶⁾, em 1.975, as hospitalizações da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA entre as mulheres brancas pareciam ter aumentado, enquanto que a tendência entre as mulheres de todas as outras raças julgava-se ter estabilizado, em concorde com as observações no que diz respeito à "Revolução Sexual" dos anos setenta, que foi

mais convicta nas mulheres brancas.

Nos dois grupos controle houve uma equivalência entre mulheres solteiras e casadas, encontrando-se apenas uma paciente viúva no Grupo B.

WASHINGTON e colaboradores⁽⁷⁶⁾ citaram um risco de hospitalização de 70% para as mulheres divorciadas e separadas, discordando de nossa casuística onde nenhuma foi encontrada. Provavelmente a divergência deve-se às diferenças comportamentais entre as amostras populacionais analisadas bem como a pouca existência de mulheres divorciadas no Brasil, visto que a Lei do Divórcio foi aprovada não muito tempo atrás.

A probabilidade de adquirir um microorganismo sexualmente transmissível está de acordo com o número de parceiros sexuais, assim sendo, as mulheres com múltiplos parceiros tem uma chance 4,6 vezes maior de desenvolverem DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA do que as com um único.⁽⁶³⁾

Cabe aqui extrapolarmos no sentido de que era esperado uma maior incidência de Salpingite e ABSCESSO TUBO-OVARIANO em mulheres solteiras, visto que as mesmas provavelmente tem maior número de parceiros sexuais em relação as casadas, mas por outro lado, salientamos que, as mulheres com múltiplos parceiros, via de regra, fazem uso mais frequentes de contraceptivos orais e que o mesmo diminui o risco de contrair DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.

Analisando-se a procedência das pacientes notamos que no Grupo A, a maioria (70%) eram provenientes de FLORIANÓPOLIS enquanto que no Grupo B, a maior incidência (77,77%) originava-se de municípios vizinhos, onde encontramos uma classe sócio-econômica inferior, certamente com mais dificuldades em favorecer-se dos sistemas de saúde, evoluindo desta maneira para quadros mais severos, como o ABSCESSO TUBO-OVARIANO.

No que tange aos antecedentes ginecológicos, no Grupo A quatro pacientes apresentavam história prévia sugestiva de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. Depurando-se quatro casos onde o achado cirúrgico foi Hidrossalpinge e que necessariamente a paciente apresentou Salpingite no passado, em nenhum caso havia história prévia.

No entanto, no Grupo B, 55,55% apresentavam história de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA no passado, o que fala a favor de suspeitar-se de ABSCESSO TUBO-OVARIANO nos casos onde exista DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA prévia.

Segundo MATTINGLY⁽⁴¹⁾ nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, frequentemente existe história de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA recidivante e durante uma exacerbação freqüente houve um aumento súbito na gravidade e na extensão da dor abdominal. Outros autores^(5,37) concordam quando afirmam que o ABSCESSO TUBO-OVARIANO é uma enfermidade típica de pacientes com história clínica compatível com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA recorrente aguda.

Alguns autores^(32,19,14) tem demonstrado que uma história prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA em um terço a um meio das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO, concordando com nossos achados. LANDERS & SWEET⁽³⁰⁾ afirmam que isto significa uma baixa incidência, justificando-a de maneira que isto possa indicar que infecções subclínicas são mais prevalentes do que era esperado ou que as infecções do Trato Genital Superior possam progredir ao estadio de abscesso logo no início de sua apresentação, possivelmente dependendo dos microorganismos envolvidos na progressão da infecção.

A recorrência da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA pode dever-se a uma falha no esquema antibiótico ou a uma

reinfecção pelo parceiro, sendo a mesma também facilitada devido aos danos causados ao epitélio da tuba, tornando-a bastante susceptível à colonização bacteriana devido à persistência de uma infecção crônica, destruição dos cílios ou depressão dos mecanismos locais de defesa. ⁽¹⁵⁾

As mulheres que foram expostas à microorganismos sexualmente transmissíveis, tendem a ter um aumento em infecções sexualmente transmissíveis subsequentes, aumentando as chances de desenvolver ABSCESSO TUBO-OVARIANO. ⁽¹⁵⁾

Embora os episódios antigos tenham sido creditados como uma forma de recrudescimento de uma infecção bacteriana "crônica" latente, está hoje claro de que eles representam uma reinfecção resultante de uma nova infecção. ⁽¹⁵⁾

Histerossalpingografia prévia foi realizada em uma paciente do Grupo A e em outra do B, em ambos os casos, um mês antes da internação. Cabe aqui ressaltar-se que procedimentos onde exista manuseio da cavidade endometrial, como a Histerossalpingografia, curetagem, dilatações, uso de dispositivo intra uterino, são acompanhados geralmente por um baixo nível de complicações infecciosas, porém quando estes procedimentos tornam-se comuns e são realizados em populações de alto risco em adquirir Doença Sexualmente Transmissível, os níveis de complicações podem assumir proporções epidêmicas. ⁽⁷⁷⁾

Num estudo feito por MÖLLER e colaboradores ⁽⁴⁵⁾ em cento e dezesseis pacientes que foram submetidas à Histerossalpingografia, sem nenhum sinal de infecção genital inferior ou superior, quatro desenvolveram DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA aguda.

Segundo PINKERTON ⁽⁵⁶⁾, a introdução de materiais estranhos dentro da cavidade uterina, facilita a ascensão de uma possível infecção cervical, sendo que os riscos para estas

complicações variam de acordo com as precauções e técnicas utilizadas, as quais geralmente não são satisfatórias.

Uma paciente do Grupo B apresentava-se com atraso menstrual de dois meses, quando suspeitou-se de uma gravidez ectópica, em seguida descartada. Cabe aqui colocarmos o valor de uma anamnese bem realizada, pesquisando-se a data de última menstruação e a característica do ciclo menstrual.

Em nossa casuística, no Grupo A, de cinco pacientes pesquisadas, três iniciaram o quadro clínico até nove dias após o início de menstruação, enquanto que no Grupo B, cinco iniciaram neste período.

A maioria dos casos de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA desenvolvem-se nesta fase do ciclo porque o muco cervical age como uma barreira mecânica na prevenção da ascensão de bactérias, e a perda do muco durante o período menstrual provavelmente permite a entrada de bactérias para o endométrio.⁽¹⁵⁾ Adicionalmente, o efeito bacteriostático do muco cervical está aumentado durante a ovulação e diminuído por ocasião da menstruação.⁽⁷⁷⁾

O ciclo menstrual foi analisado em quatro pacientes do Grupo A em em três delas havia ciclo regular, enquanto que no Grupo B, das oito pacientes pesquisadas, seis apresentavam-se com ciclo regular.

Uma paciente do Grupo A apresentou Bartholinite um mês antes de sua internação segundo estudo realizado por THADEPALLI e colaboradores⁽⁶⁹⁾ o abscesso vagina, vulva e glândula de Bartholin estavam presentes em três pacientes respectivamente, das trinta e três pacientes estudadas com quadro de infecção genital por anaeróbios, sendo que o agente isolado na Bartholinite foi o Peptostreptococcus.

No Grupo A, 60% das pacientes não apresentavam

história mórbida ginecológica, enquanto que no Grupo B, este percentual foi de apenas 22,22%, sendo que esta diferença de percentuais deve-se sobretudo ao maior número de caso de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA no Grupo B (55,55% casos), notando-se uma nítida predominância de antecedentes entre as pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO.

Analisando-se os antecedentes obstétricos, nota-se uma leve predominância de mulheres nulíparas no Grupo A, ressaltando-se que foram depurados três casos onde os antecedentes estavam obscuros, alterando assim a fidedignidade dos percentuais.

Em estudo realizado por MIETTINEN e colaboradores⁽⁴⁴⁾, 52% das mulheres com Salpingite são nulíparas, dado este concordante com nossos achados de 42,86%.

No Grupo B, nota-se uma discreta predominância de ABSCESSO TUBO-OVARIANO em mulheres secundíparas (33,33%).

Segundo LANDERS e SWEET⁽³²⁾, a paridade das mulheres com ABSCESSO TUBO-OVARIANO é variável, com aproximadamente 25 à 50% sendo nulíparas. No estudo realizado também encontrou-se uma paridade variável, estando as nulíparas com apenas 12,50% dos casos.

RIVLIN⁽⁵⁹⁾ afirma que infelizmente o ABSCESSO TUBO-OVARIANO tem uma maior incidência em mulheres jovens e geralmente com baixa paridade, variando a mesma em seu estudo, entre um e quatro, com pico em $1,2 \pm 1,1$ filhos.

Sabendo-se que uma paciente que apresentou um episódio prévio de Salpingite tem uma taxa de infertilidade aproximadamente de 15% e que esta taxa aumenta a cada episódio subsequente e considerando-se as mulheres com ABSCESSO TUBO-OVARIANO geralmente, apresentam casos repetidos de infecções ginecológicas, espera-se que uma paciente com ABSCESSO

TUBO-OVARIANO tenha baixa paridade. Nossa casuística aponta que em apenas dois casos, as mulheres tem três ou mais filhos.

SENANAYAKE e KRAMEN⁽⁴²⁾ referem que os dados referentes à paridade em mulheres com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA são conflitantes, com alguns autores afirmando que as mulheres nulíparas tem um maior risco de desenvolverem DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA enquanto outros não encontram correlação entre paridade e risco.

Em nossa casuística não houveram casos prévios de gravidez ectópica, talvez pela pequena amostra, porém comparando-se com os cem casos de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA analisados em estudos anteriores, constatou-se um percentual de 3% dos casos⁽³⁶⁾, confirmando a literatura quando afirma que mulheres com história prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA aumentam sua chance de desenvolverem gravidez ectópica, pois a DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA retarda ou impede a passagem da célula ovo para a cavidade uterina, devido as alterações inflamatórias provocadas ao nível das tubas, bem como o acometimento dos cílios, facilitando desta maneira o desenvolvimento da gravidez ectópica.

Não houveram casos de mulheres grávidas, dado este condizente com a literatura, no que diz respeito à baixa incidência de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA em mulheres no período gestacional.

No que tange às manifestações clínicas da Salpingite e ABSCESSO TUBO-OVARIANO, registram-se queixas gerais ou locais, dos grupos analisados.

Analisando-se a manifestação dolorosa no Grupo A, no que diz respeito a localização preferencial da dor, a maioria das pacientes (50%) referiam dor em baixo ventre. Se

acrescentarmos as pacientes com queixas de dor em fossa ilíaca direita (20%), em fossa ilíaca esquerda (10%), em baixo ventre e região lombar (10%) em baixo ventre e flanco direito (10%) constatando-se na totalidade dos casos dor em andar inferior do abdomen.

A queixa mais comum das pacientes com Salpingite é a dor em hipogástrio e muitos investigadores tem requerido a presença da mesma para que o diagnóstico seja feito. (43,69)

ADLER e colaboradores⁽²⁾ encontraram dados semelhantes em revisão de setenta e sete pacientes com Salpingite, das quais mais de 90% apresentavam como queixa principal, dor em abdomen inferior, concordando portanto com nossa casuística.

No Grupo B, três pacientes (33,33%) apresentavam-se com dor em baixo ventre, somando-se as pacientes com dor em fossa ilíaca direita (11,11%), fossa ilíaca esquerda (11,11%) e em ambas as fossas ilíacas (11,11%), encontramos um percentual de 66,66% das pacientes com dor em andar inferior do abdomen. Em três casos haviam dor em hipocôndrio direito e flanco direito, dor em região periumbilical e dor abdominal difusa, respectivamente, levando-nos a concluir que na presença de ABSCESSO TUBO-OVARIANO ocorre um maior comprometimento peritoneal, levando desta maneira, à ocorrência de dor abdominal generalizada além do quadro de dor em andar inferior, ao contrário do Grupo A, onde o quadro doloroso foi mais localizado.

Nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, os sintomas mais comuns são a dor intensa na pelve e região abdominal inferior. BENSON⁽⁵⁾ refere que a clínica pode variar desde a ausência total de sintomas em uma mulher cuja exploração pélvica sistemática resulte no achado de uma massa anexial, até o extremo de uma enferma que se apresente com abdomen agudo e choque séptico. Ressalta ainda que os sintomas

habituais são dor pélvica e abdominal, febre, náusea, vômitos e taquicardia.

MATTINGLY⁽⁴¹⁾ refere que o sintoma clínico constitui-se numa dor pélvica aguda, progressiva que é, em geral, tão intensa que a paciente pode identificar com exatidão o tempo e o local de sua ocorrência, sendo que na maioria das vezes procura o médico imediatamente ou mais raramente retarda a consulta até que ocorra peritonite generalizada e choque séptico.

A dor em fossa ilíaca direita, aqui apresentada por duas pacientes do Grupo A e uma do Grupo B, constitui-se num difícil diagnóstico diferencial com a apendicite. Aqui ressaltase mais uma vez a necessidade de uma anamnese e exame ginecológico bem realizados.

Uma das pacientes do Grupo A foi no dia seguinte à sua internação, submetida à tratamento cirúrgico com suspeita pré-operatória de apendicite. Nesta paciente não havia sido realizado exame dos órgãos genitais internos e nem mesmo uma anamnese ginecológica completa, notando-se que todo raciocínio diagnóstico foi dirigido unicamente para hipótese de apendicite. O achado cirúrgico nesta paciente foi Salpingite à direita, entidade esta que poderia perfeitamente ser tratada clinicamente. A outra paciente deste grupo foi submetida à tratamento antibióticoterápico por nove dias e após evoluiu com sinais onde indicou-se cirurgia, apresentando achado cirúrgico de Hidrossalpinge e Cisto Ovariano à direita.

Resultados recentes em algumas pesquisas tem sugerido que a apendicite aguda tende a ocorrer mais frequentemente na fase luteínica do ciclo menstrual, concluindo-se que os hormônios sexuais femininos possam constituir-se num importante fator causal no desenvolvimento desta patologia. Por outro

lado, as mulheres com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA tendem a iniciar seu quadro clínico na fase menstrual ou pós-menstrual imediata. Portanto um estudo para determinar-se a história menstrual pode ser de grande valor no diagnóstico diferencial da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA e apendicite. ⁽⁶¹⁾

Uma paciente com ABSCESSO TUBO-OVARIANO apresentou-se com dor em hipocôndrio direito, constituindo a chamada Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (perihepatite). A mesma tem sido relatada em 1% a 30% dos casos de infecções gonocócicas, existindo evidências de que a *C. Trachomatis* também possa provocar este quadro clínico. ⁽⁷¹⁾

MONIF e colaboradores ⁽⁴⁷⁾ relacionam a dor em hipocôndrio direito com rotura do ABSCESSO TUBO-OVARIANO, referindo que embora o padrão predominante de dor seja no andar inferior com localização no ponto da rotura, pode apresentar-se ocasionalmente como dor no abdomen superior, especialmente acentuada no quadrante superior direito, pois a propagação do exsudato pelas goteiras colônicas sob o fígado e o diafragma, pode acentuar tanto os sintomas quanto os sinais no abdomen superior, a ponto de mascarar os aspectos clínicos da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. Entretanto a dor e a hipersensibilidade pélvica estão quase sempre presentes.

O quadro clínico referente ao ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto, costuma ser mais severo. A rotura do abscesso com disseminação por toda cavidade peritoneal é uma complicação grave e necessita ser reconhecida imediatamente e referenciada da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA habitual não complicada. Essas pacientes podem geralmente identificar a ocorrência pelo súbito início de uma dor abdominal generalizada após apresentar dor ou desconforto localizado na pelve. Além disto, podem ser encontrados vários graus de choque com taquicardia e

hipotensão. (28)

Em nossos estudos duas pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO, em um caso bloqueado e no outro não, A última queixava-se de dor em baixo ventre por três dias, a qual vinha agravando-se progressivamente, temperatura de 38°C e Blumberg positivo em andar inferior do abdomen. Foi submetida â tratamento antibióticoterápico tríplice (Penicilina cristalina, Cloranfenicol e Garamicina), sem melhora clínica, sendo submetida â tratamento cirúrgico com achado de ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO. Após apresentou complicações pós-operatória com sangramento intracavitário, abscesso de parede e novo abscesso intra-abdominal bem como eventração. Foi â óbito cinquenta e sete dias após, por distúrbio hidraeletrolítico e provável falência de bomba.

Conforme consta na literatura, o quadro de ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO constitui-se em uma emergência aguda, com mortalidade elevada.

BENSON⁽⁵⁾ refere que os sinais de choque sépico iminente acompanham frequentemente o ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO e incluem febre (ocasionalmente hipotermia), calafrios, taquicardia, desorientação, hipotensão, taqui~~pn~~éia e oligúria.

Deve-se atentar para o fato de que os abscessos podem romper-se espontaneamente ou como consequência de uma exame bimanual ou traumatismo acidental.

Analisando-se o fluxo vaginal constata-se que no Grupo A estava presente em oito pacientes, e no Grupo B em sete, e em todos os casos apresentava-se com coloração amarelada.

Uma história recente de fluxo vaginal, disúria e dor associada ao período menstrual, sugerem um diagnóstico de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA gonocócica, ao invés de um

quadro clínico de apendicite ou gravidez ectópica.⁽¹⁶⁾

ESCHEMBACH⁽¹⁶⁾ refere que aproximadamente 75% das pacientes com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA gonocócica ou por *Clamidia trachomatis* queixam-se de aumento do fluxo vaginal de recente início. MARTINS e DA LUZ⁽⁴⁰⁾ descrevem que 82% de mulheres com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA apresentam-se com fluxo vaginal e que em pouco mais da metade dos casos (54%) o mesmo tem coloração amarelada.

Metrorragia foi vista em uma paciente do Grupo A. A metrorragia é uma queixa clínica relacionada ao quadro clínico de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.⁽²⁵⁾

Queixas urinárias foram referidas em duas pacientes do Grupo A e cinco do Grupo B, sendo disúria dor e/ou dificuldade, a queixa predominante.⁽⁴⁾

ESCHEMBACH⁽¹⁶⁾ relatou que apenas 15% das pacientes com Salpingite referiam queixas urinárias, dado este concorde com os 20% encontrados no Grupo A.

Segundo MACKAY e colaboradores⁽³⁷⁾ as queixas de dor ao esvaziamento do intestino ou bexiga, são sintomas comuns de apresentação nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, concordando com nossa casuística de 44,44%.

Disúria pode ser notada particularmente nos casos onde a uretrite está presente.⁽¹⁵⁾

As queixas gastrointestinais isoladas ou associadas foram referidas por cinco pacientes do Grupo A e quatro do B, sendo a queixa mais frequente em ambos os grupos, náuseas, seguida pelos vômitos e diarreia.

BONGARD e colaboradores⁽⁷⁾ citam queixas intestinais nas pacientes com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, assim distribuídas, náuseas em 56%, vômitos em 42% e diarreia em 20%, concordes com os achados no Grupo A de 50%, 20% e 10%

respectivamente e do Grupo B com 44,44%, 33,33% e 11,11% respectivamente.

Segundo alguns autores^(5,28), náuseas e vômitos são sintomas habituais no quadro de ABSCESSO TUBO-OVARIANO.

A ocorrência destes sintomas deve-se à Inflamação Peritoneal Aguda.⁽⁵²⁾

A diarréia foi encontrada em uma paciente de cada grupo. A mesma é um sinal importante do abscesso pélvico e uma vez desenvolvida uma peritonite generalizada, cessa-se a função intestinal.⁽⁴⁷⁾

Febre foi verificada em cinco pacientes (50%) do Grupo A e oito (88,88%) do B, sendo que em todas as pacientes do Grupo A, a mesma encontrava-se entre 37°C e 38°C, enquanto que no B, apenas uma apresentava-se com temperatura superior à esta faixa (39°C) e esta paciente apresentava-se com ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto, evoluindo posteriormente à óbito. Embora alguns autores⁽⁴⁷⁾ não falam da validade da febre como auxílio diagnóstico, encontramos quadro febril com predominância no Grupo B, concluindo-se que febre quando analisada isoladamente não seja um dado de grande valor diagnóstico, mas sem dúvida no contexto, é um dado a mais.

Febre é relatada por ESCHEMBACH e colaboradores⁽¹⁵⁾ em 45% dos casos de Salpingite, sendo mais comum naqueles com doença em estadio mais avançado, dados estes concordantes com nossos achados.

ESCHEMBACH⁽¹⁵⁾ afirma que somente 33% das pacientes com Salpingite confirmada tem temperatura acima de 38°C, concordando em parte com nossos dados onde a totalidade das pacientes apresentavam-se com temperatura inferior à esta.

MONIF⁽⁴⁷⁾ cita que a temperatura é tão variável a ponto de ter pequeno ou nenhum significado diagnóstico, sendo

que não raramente, pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto, apresentam temperatura entre 37,5°C e 38,5°C.

Vários pesquisadores tem referido a presença de febre nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, mas as definições são variadas. Temperatura de pelo menos 37,8°C e usualmente maior tem sido referidas em 60% à 80% dos casos.^(55,20) Em nossa casuística 77,77% das enfermas tinham temperatura oscilando entre 37°C e 38°C.

Cabe aqui frisarmos que, em geral, os achados clínicos nas pacientes com Salpingite não complicada (sem massa inflamatória) e os achados clínicos nas pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO, são similares, sendo necessário para a sua diferenciação a determinação da presença ou ausência de uma massa inflamatória anexial, ressaltando-se assim a importância do reconhecimento por parte do profissional, da presença ou ausência de uma massa pélvica em pacientes com sinais e sintomas de Salpingite aguda.⁽³⁰⁾

Os ABSCESSOS TUBO-OVARIANOS rotos, podem complicar-se com septicemia, reinfecção, obstrução intestinal, choque séptico, abscesso subfrênico, embolia séptica, abscesso renal, pulmonar, encefálico, entre outros, constituindo-se portanto numa emergência cirúrgica.

Ao exame físico, todas as pacientes de ambos os grupos, apresentavam dor à palpação abdominal, dado este semelhante ao encontrado por ENCHEBACH⁽¹⁵⁾ de 99%.

Blumberg estava presente em seis pacientes (60%) do Grupo A e nove (100%) do Grupo B, predominando neste último, visto que nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO existe um maior comprometimento peritoneal.

Ressaltamos a presença de quatro casos de Hidrossal pinge no Grupo A, entidade na qual não se encontra sinais de

irritação peritoneal.

Durante a infecção intra-tubárea, o gonococco atrai a célula da mucosa epitelial eventualmente causando destruição da mesma, resultando na produção de secreção purulenta. O gonococco pode ainda estender-se da mucosa para o tecido subepitelial, envolver a musculatura e serosa tubárea. Caso a tuba não esteja obstruída, o exsudato geralmente cai na cavidade peritoneal originando um quadro de Blumberg positivo.

O peritônio pélvico acha-se comprometido nos estádios II, III e IV da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. Isto manifesta-se com maior frequência sob a forma de exsudatos provocando o aparecimento precoce de aderências entre as estruturas de reprodução, ou entre estas e o delgado, sigmóide ou reto. (28)

Nem sempre é fácil diferenciar entre grandes abscessos dentro da tuba ou ovário (ABSCESSO TUBO-OVARIANO) e a variedade extratubárea em que o pús está situado na cavidade pélvica, geralmente em Fundo de Saco, quando sua parede superior comumente é formada por alças intestinais entrelaçadas e aderentes. (28)

O local de maior sensibilidade à palpação nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, encontra-se profundamente na pequena bacia ou (em caso de anexos afundados) profundo no espaço de Douglas. No caso de apendicite, a defesa da parede abdominal costuma ser mais pronunciada, principalmente no ponto de Mc BURNEY ou um pouco acima (crista ilíaca) e ocorre mais precocemente que na anexite. (57)

Ao exame dos órgãos genitais internos todas as pacientes de ambos os grupos referiam dor à mobilização uterina. Este dado serviu como critério sugestivo de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA por ocasião da admissão da paciente.

Num estudo realizado por *ESCHENBACH*⁽¹⁶⁾ em pacientes com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, este sinal estava presente em 96% à 98% das pacientes, concordando portanto com nossa casuística.

No Grupo A, dor e sensação de preenchimento anexial foi encontrado em duas pacientes (20%), anexos dolorosos e livres em três (30%), concordando com os achados de *MARTINS e DA LUZ*⁽⁴⁰⁾ de 20% e sensação de preechimento em região anexial, sem dor, em uma paciente. *MARTINS e DA LUZ*⁽⁴⁰⁾, encontraram anexos impalpáveis em 100% dos casos.

Ainda no Grupo A, nove pacientes apresentavam Fundo de Saco de Douglas doloroso e sem abaulamento e em apenas uma não estava doloroso e não havia abaulamento.

MARTINS e DA LUZ⁽⁴⁰⁾, encontraram dor em Fundo de Saco, em apenas 20% das pacientes avaliadas.

Uma paciente deste grupo não pode ser avaliada com fidelidade, devido a intensa dor referida por ocasião do exame físico. A relação com a maior intensidade da dor nos casos de Salpingite, geralmente se dá com a associação de infecção por *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*.

Segundo *ESCHENBACH*⁽¹⁶⁾, a paciente com Salpingite comumente apresenta sensibilidade em baixo abdomen, à mobilização uterina e em anexos, e na ausência destes sinais, outro diagnóstico deverá ser aventado.

Cabe aqui ressaltar-se que em três pacientes não foi realizado exame ginecológico, e as mesmas foram submetidas à tratamento cirúrgico no dia seguinte à internação, com achado de Hidrossalpinge em um caso e Salpingite em dois, entidades estas tratáveis clinicamente.

Analisando-se o Grupo B, encontramos os seguintes dados: a totalidade das pacientes apresentavam dor e sensação

de preenchimento em região anexial, sete apresentavam Fundo de Saco de Douglas doloroso e sem abaulamento e duas, doloroso com abaulamento.

Uma paciente não foi avaliada com fidelidade, pela dor despertada ao exame.

O exame pélvico digital nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO pode ser difícil e insatisfatório devido à dor, hipersensibilidade e rigidez da paciente. Quando se pode delimitar o útero, ele pode mostrar-se fixo e os esforços para movimentá-lo através da manipulação cervical, causam muita dor. Existe uma hipersensibilidade bilateral extrema e frequentemente não se pode definir uma massa ou aumento de volume dos anexos. Entretanto, quando o exame pélvico é satisfatório e se pode perceber uma tumoração, ele é muito útil para o diagnóstico. ⁽²⁸⁾

É frequentemente impossível diferenciar entre ABSCESSO TUBO-OVARIANO e um complexo inflamatório resultante da aderência do omento ou do intestino nas tubas inflamadas. ⁽⁴²⁾

Ao exame físico das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO, a pelve mostra-se dolorosa e palpa-se uma massa quente, pastosa, em geral em Fundo de Saco de Douglas ou em um ou outro Fórnix. ⁽³⁷⁾

O exame pélvico adequado é a princípio impossível devido à hiperalgesia, mas assim mesmo, alguma massa anexial pode ser palpada. ⁽⁵⁾

Quando a febre e a dor pélvica persistem associadas por uma frequente pressão retal e dor, o exame pode revelar crescente endurecimento, flutuação e até saliência no Fundo de Saco, às vezes estendendo-se para os lados da pelve e talvez para baixo ao longo da parede vaginal posterior, até uma saliência em Fundo de Saco, às vezes estendendo-se à uma

altura que pode ser consideravelmente mais baixa do que o colo. Esses achados não deixam dúvidas quanto a presença de um abscesso.⁽²⁸⁾ Observa-se ainda sinais de defesa abdominal nos quatro quadrantes, visto que o conteúdo do ABSCESSO TUBO-OVARIANO cai no peritônio causando dor severa e choque.^(48) Pode-se ainda observar uma macicez móvel e diminuição dos sons intestinais ou até mesmo ausência.⁽⁴¹⁾

A ruptura do ABSCESSO TUBO-OVARIANO geralmente não ocorre em pacientes que estão sob tratamento hospitalar.^(8)

DE LA TORRE⁽⁷³⁾ cita que as patologias ginecológicas infecciosas tem recebido pouca atenção no currículo universitário, conseqüentemente muitos médicos já graduados não estão preparados para diagnosticar e manejar o número crescente de pacientes infectadas que são vistas nas clínicas públicas e privadas, sobretudo em países subdesenvolvidos onde os arsenais laboratoriais são inadequados.

O diagnóstico de infecção pélvica pode trazer dificuldades até mesmo na presença de profissionais experimentados e aparelhagens sofisticadas.

O diagnóstico é feito na maioria das vezes clínicamente na presença de febre, leucocitose, dor, massa pélvica e uma história apropriada.⁽⁶⁰⁾ Como auxílio diagnóstico são realizados vários exames complementares, uns com maior valor, outros menos significativos, entre eles a ultrassonografia, a radiografia de abdomen, a laparoscopia e até mesmo necessitando muitas vezes uma laparotomia exploradora.

WESTRON⁽⁷⁷⁾ afirma que somente em 20% dos casos de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, os sintomas são específicos o suficiente para que fosse possível com certeza estabelecer-se o diagnóstico apenas baseado em dados clínicos e laboratoriais.

Os testes laboratoriais quando positivos auxiliam no diagnóstico, porém quando negativos não o afasta.

O hemograma foi realizado em todas as pacientes. No Grupo A, sete (70%) apresentavam leucocitose, cinco (50%) entre 8.000 e 12.000 e duas (20%) acima de 20.000, com desvio à esquerda.

No Grupo B, todas as pacientes apresentavam leucocitose, uma (11,11%) entre 8.000 e 12.000, quatro (44,44%) entre 12.000 e 16.000, duas (22,22%) entre 16.000 e 20.000 e duas (22,22%) acima disto. Apenas em um caso houve desvio à esquerda.

Os exames laboratoriais geralmente são de pouco valor. O leucograma pode variar desde leucopenia à leucocitose notória em ambos os grupos.⁽⁵⁾

A contagem de leucócitos não é específica no diagnóstico de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, visto que encontra-se elevada em muitas condições, entre elas a gravidez, o parto e o pós-parto imediato, eventualmente com desvio à esquerda.⁽⁵⁾

Apesar de ser apontada por vários pesquisadores como variável, a leucocitose tem sido referida em 66% à 80% dos casos^(20,43), dados estes semelhantes aos nossos achados. Alguns autores⁽⁶⁸⁾ tem referido leucocitose em apenas 30% à 50% dos casos.

Nos casos de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA complicada, 62% das pacientes apresentam leucometria superior à 13.000 leucócitos.⁽¹³⁾ Em nossos achados, 88,88% das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO apresentavam leucometria acima de 12.000, enquanto apenas 20% das pacientes do Grupo A apresentam esta taxa, concordantes com os achados de COOPERMAN e RUIZ⁽¹³⁾ de aproximadamente 33% dos casos.

No ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO, a leucometria

provavelmente está acima de 15.000 células.⁽⁴¹⁾ Em nosso estudo, uma paciente que apresentava ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO não bloqueado tinha contagem de glóbulos brancos de 20.000 células enquanto que no caso de ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO bloqueado, 14.600 concordes com os achados de MATTINGLY⁽⁴¹⁾.

Comparando-se o Grupo A com o Grupo B, observamos que leucocitose ocorre mais comumente nos casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO e que ainda nestes últimos, a leucometria predomina numa faixa acima daqueles. No Grupo A, apenas 20% dos casos apresentavam leucometria acima de 12.000 células, enquanto que no B, 88,88%.

Apesar de alguns autores citarem o leucograma como um exame sem valor diagnóstico, os dados encontrados sugerem que o mesmo pode ser considerado no diagnóstico diferencial entre Salpingite e ABSCESSO TUBO-OVARIANO.

Neutrofilia foi encontrada em 60% dos casos do Grupo A e linfocitose em 40% enquanto que no Grupo B, 100% apresentavam neutrofilia. Os neutrófilos constituem a primeira linha de defesa celular contra a invasão de microorganismos, sendo encontrado predominantemente nos processos agudos, enquanto que os linfócitos são encontrados em uma fase mais tardia do processo inflamatório.

Nos quatro casos de linfocitose do Grupo A, o achado cirúrgico foi de hidrossalpinge, sabidamente uma entidade com maior cronicidade.

A velocidade de hemossedimentação foi pesquisada em apenas seis pacientes do Grupo A e quatro do B, prejudicando a sua análise.

No Grupo A, três encontravam-se entre 20 e 40, uma entre 40 e 60, uma entre 60 e 80 mm/h e uma acima disto, enquanto que no Grupo B, duas estavam entre 60 e 80 mm/h e uma acima disto.

Podemos observar que no Grupo B prevalecem as taxas mais elevadas de VHS quando comparadas ao Grupo A.

O VHS não se constitui num exame específico, embora esteja geralmente elevado na DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA aguda. JACOB e WESTRON^(25) acharam valores normais em 24% das mulheres com diagnóstico laparoscopicamente comprovado de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.

Se o VHS for maior ou igual à 60 mm/h o médico deve suspeitar de oclusão tubárea com formação de abscesso e se associado à isto houver Blumberg positivo no quadrante superior e inferior direito, a suspeita recai sobre o ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto.^(5)

O parcial de urina é tido como um exame de pouco valor diagnóstico, demonstrando geralmente piúria, sem bacteriúria^(5), dado este discordantes dos nossos achados de 100% de bacteriúria no Grupo A e 71,43% no B.

A radiografia simples de abdomen foi realizada em quatro pacientes do Grupo A e quatro do B.

No Grupo A, todos encontravam-se com alterações, em três casos (75%) havia presença de níveis hidro-aéreos e em todos os casos, distensão de alça do delgado.

Em seis casos não foi realizado este exame, e destas, três haviam feito ultrassonografia, enquanto que três foram direto à cirurgia sem ter feito quaisquer exames radiológicos.

Em três casos foram realizados ambos, Rx simples de abdomen e ultrassonografia, sendo que em apenas um caso, os laudos foram semelhantes, porém ambos discordantes do achado cirúrgico de Salpingite crônica bilateral. Nos dois casos restantes encontrou-se ao Rx, distensão de alça de delgado e níveis hidro-aéreos, porém a ultrassonografia foi normal. Neste

caso o achado cirúrgico foi compatível com o laudo ultrassonográfico (Salpingite unilateral sem presença de material purulento na cavidade).

No Grupo B, foram realizados Rx simples de abdomen em quatro pacientes, sendo que em três casos o mesmo encontrava-se alterado, com distensão de alça de delgado, níveis hidro-aéreos e velamento da cavidade pélvica, concordantes com os achados de abscesso pélvico. Destes três casos, em dois a ultrassonografia também foi realizada, porém o laudo ultrassonográfico diferia da radiologia e do achado cirúrgico.

Em cinco casos, o Rx simples de abdomen não havia sido realizado, em quatro deles foram realizados ultrassonografia, que somente na metade dos casos apresentou laudo correto. Na outra paciente restante, foi realizado punção de Fundo de Saco de Douglas, onde encontrou-se grande quantidade de material purulento, tornando dispensável portanto a realização do Rx abdominal.

Técnicas radiológicas não invasivas devem ser usadas no auxílio diagnóstico de abscesso pélvico. Infelizmente outras coleções líquidas, incluindo cistos, hematomas, entre outros, podem ter a mesma aparência.⁽⁵⁸⁾

Nos casos de abscesso, o Rx mostrará alças de delgado distendidas e líquido livre no abdomen.⁽⁵⁸⁾

No Grupo A encontramos uma concordância entre os achados radiográficos e cirúrgicos em apenas 25% dos casos e no Grupo B, não foi concordante em nenhum caso. (75% dos casos)

A ultrassonografia tem sido indicada no diagnóstico de abscesso pélvico devido à sua grande precisão em confirmá-lo (85%). A maior indicação deste exame está na presença de uma grande massa anexial descoberta após um exame ginecológico, levantando-se a hipótese diagnóstica de abscesso.⁽¹⁵⁾

A ultrassonografia foi realizada em seis pacientes (60%) do Grupo A. Em dois casos, a mesma não indicava alterações, encontrando-se por ocasião do tratamento cirúrgico, Salpingite com ovário cístico à direita e Salpingite bilateralmente, respectivamente. Em outros dois casos, sugeria Hidrossalpinge e Salpingite bilateral, laudos estes confirmados posteriormente por ocasião da cirurgia.

Em um caso, o laudo foi inconclusivo (massa complexa anexial à direita, não se conseguindo discernir entre abscesso e massa inflamatória, apesar de estudos recentes terem indicado que é possível através da ultrassonografia diferenciar-se abscesso de massa pélvica inflamatória estumescida, ovário ou intestino.⁽¹⁵⁾

Num último caso, foi levantada a suspeita clínica e ultrassonográfica de abscesso pélvico, laudo este descartado por ocasião da cirurgia onde o achado foi Salpingite bilateral.

Portanto no Grupo A, encontramos uma concordância entre os achados ultrassonográficos e cirúrgicos em 66,66% dos casos, enquanto que a literatura cita uma positividade de 10% à 20% no diagnóstico de massas inflamatórias (Salpingite, Hidrossalpinge, ...)⁽⁶⁾

Talvez o número pequeno de exames ultrassonográficos tenha prejudicado a análise.

Entre as quatro pacientes que não realizaram a ultrassonografia, em três também não foram realizados exames radiológicos de abdomen, submetendo-se as mesmas à tratamento cirúrgico imediato. Destas, duas apresentavam ao exame dos órgãos genitais internos apenas dor em região anexial, sem sensação de preenchimento, enquanto que uma não foi avaliada ginecologicamente, destacando-se em vista destes dados que inadvertidamente foram submetidas à tratamento cirúrgico. Na

tanto no diagnóstico quanto na avaliação da resposta terapêutica.

Os achados ultrassonográficos na DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA incluem a visibilidade das tubas com áreas contendo fluído em seu interior, aumento ovariano, tubas e ligamentos, bem como a presença de um complexo multiloculado com elementos císticos ou sólidos incorporando-se ao útero (ABSCESSO TUBO-OVARIANO). Nota-se entretanto que na, maioria dos casos, os achados ultrassonográficos são indistinguíveis de algumas outras patologias intraperitoneais (gravidez ectópica, endometriose, cisto ovariano, entre outras) e portanto uma correlação clínica cuidadosa torna-se de grande importância.⁽¹⁵⁾

Considerando-se os três casos do Grupo A em que houveram Rx simples de abdomen associado à ultrassonografia, concluímos que:

- em dois casos (66,66%) a ultrassonografia contribuiu com mais informações diagnósticas, as quais não foram fornecidas pelo Rx simples de abdomen;
- em um caso (33,34%) a ultrassonografia confirmou o Rx, porém ambos os laudos estavam incorretos;
- em nenhum caso o Rx deu informações mais relevantes que a ultrassonografia.

No Grupo B, concordância entre Rx e achado cirúrgico foi em 75% dos casos.

Em apenas dois casos foi realizado Rx e ultrassonografia, em ambos o primeiro estava de acordo com o achado cirúrgico enquanto que o ultrassom diferenciava-se.

Na outra paciente restante, foi realizado o Rx simples de abdomen sugerindo distensão de alça de delgado e nível hidro-aéreo.

No Grupo B, a ultrassonografia foi realizada em seis pacientes. Em dois casos, a suspeita ultrassonográfica foi de Hidrossalpinge, não concordantes com os achados cirúrgicos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO bilateral e Piossalpinge à esquerda associada a ABSCESSO TUBO-OVARIANO à direita, respectivamente.

Em um caso o laudo foi sugestivo de Prenhez Tubárea e em outro, Cistos anexiais bilaterais, quando na verdade apresentavam ABSCESSO TUBO-OVARIANO bilateral associado à ovários multicísticos e ABSCESSO TUBO-OVARIANO à direita associado à Cisto hemorrágico à esquerda, respectivamente.

Em dois casos a ultrassonografia sugeria presença de abscesso, confirmando-se posteriormente por ocasião da cirurgia.

Portanto no Grupo B, encontramos uma concordância entre os achados ultrassonográficos e cirúrgicos em 33,33% dos casos, enquanto que a literatura cita uma positividade aproximada de 85%.⁽¹⁵⁾

Nos três casos do Grupo B, nos quais não foram realizados este exame, tal procedimento foi dispensável, visto que em duas pacientes, havia sido feita punção em Fundo de Saco de Douglas, com presença de material purulento em grande quantidade e na restante, Rx simples de abdomen o qual mostrou múltiplos níveis hidro-aéreos, distensão de alças do delgado e velamento da cavidade pélvica.

Alguns autores⁽¹⁾ afirmam que a ultrassonografia tem se tornado um teste confirmatório frequentemente utilizado na suspeita diagnóstica de ABSCESSO TUBO-OVARIANO, constituindo-se num exame acessível, podendo ser de grande valia

Com o passar do tempo, a laparoscopia com fins diagnósticos e terapêuticos, teve suas precauções e indicações bastante modificadas. Uma das frequentes contra-indicações da laparoscopia seria a presença de infecção pélvica, pois foi sugerida que a mesma iria disseminar a infecção presente e converter uma pelviperitonite em peritonite generalizada. Embora esta teoria tenha significado, a prática parece contraindicá-la, com alguns autores afirmando que seu uso está bem indicado especialmente na presença de uma massa anexial. (1)

Em tais casos, com a laparoscopia é possível estabelecer-se se uma infecção pélvica está ou não presente, bem como pode determinar-se se uma colpotomia pode ou não ser praticada, dependendo se as alças intestinais estejam ou não aderidas no Fundo de Saco de Douglas. A avaliação completa das tubas pode ser facilmente realizada nesta hora, observando ainda se existe ou não Hidrossalpinge ou Piossalpinge. As aderências e loculações podem ser quebradas antes da colpotomia e o apêndice também pode ser visualizado para estabelecer se o problema é ginecológico ou apendicite. (1)

A laparoscopia ainda proporciona a possibilidade de colher-se material para cultura a fim de refletir mais acuradamente a microbiologia envolvida no processo. (15)

Embora tenha sido recomendado por muitos como um meio diagnóstico para ser usado rotineiramente em todos os casos suspeitos de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, o risco-benefício não está ainda bem esclarecido. A laparoscopia deve ter seu uso bem indicado nos casos em que não haja resposta à antibióticoterapia. (15)

Este exame não foi realizado neste grupo estudado, visto que constitui-se num exame caro e sofisticado, não estando acessível no HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS.

A punção de Fundo de Saco de Douglas foi realizada em apenas três pacientes do Grupo B, cujos resultados foram francamente positivos.

No Grupo A, os procedimentos foram:

- nos casos 01, 02, 03 e 04, as pacientes não foram submetidas à antibióticoterapia prévia, sendo tratadas cirurgicamente, nos três primeiros casos no dia seguinte à internação e no último, nove dias após, ficando este período em investigação diagnóstica. Nos três primeiros casos, a queixa clínica era dor em hipogástrio (baixo ventre), em fossa ilíaca esquerda e em fossa ilíaca direita respectivamente. No caso 04 a queixa era de dor em fossa ilíaca direita. Os achados cirúrgicos, bem como a conduta e a evolução das pacientes podem ser verificados no quadro já mencionado;

- nos casos 05 e 06 as pacientes foram previamente submetidas à antibióticoterapia dupla, com Penicilina cristalina + Cloranfenicol e Penicilina cristalina + Metronidazol comprimidos, respectivamente, num período de três a sete dias. As queixas clínicas em ambos os casos foi dor em hipogástrio. Os achados cirúrgicos e a conduta e a evolução podem ser observados no quadro já mencionado.

No caso 06 a paciente retornou nove dias após a alta hospitalar, apresentando sintomatologia semelhante à sua internação anterior. Foi submetida à novo tratamento cirúrgico com achado de Periapendicite aguda, endometriose tubárea e

Salpingite crônica bilateral reagudizada . Foi nesta oportunidade realizado salpingectomia bilateral.

Aproximadamente três meses após, retornou com as mesmas queixas, sendo novamente submetida à tratamento cirúrgico com achado de múltiplas aderências (pelve congelada). Foi realizada histerectomia subtotal. A paciente foi submetida à tratamento posterior com corticoterapia com a finalidade de diminuir as aderências pélvicas e em follow up atual, a paciente encontra-se clinicamente bem;

- nos casos 07, 08, 09 e 10, as pacientes foram submetidas à antibióticoterapia tríplice previamente, que em todos os casos, constituia-se de Penicilina cristalina + Cloranfenicol + Garamicina, num período variando entre oito e dezoito dias. As queixas clínicas apresentadas foram, dor em hipogástrio nos casos 07, 08 e 09 e dor em hipogástrio e flanco direito no caso 10. Os achados cirúrgicos, a conduta e a evolução podem ser consttatados em quadro anteriormente mencionado.

No Grupo B, os procedimentos foram:

- nos casos 01 e 02, as pacientes não foram submetidas à antibióticoterapia prévia, sendo que em ambos os casos havia sido realizada punção de Fundo de Saco de Douglas, as quais foram positivas a queixa clínica foi respectivamente, dor em hipocôndrio e flanco direito e dor periumbilical;

As pacientes foram submetidas à tratamento cirúrgico no dia da internação. O achado cirúrgico, a conduta e a evolução poderão ser verificados no quadro já citado;

- no caso 03, a paciente foi submetida à antibióticoterapia apenas com Penicilina cristalina por quatro dias, sendo posteriormente tratada cirurgicamente. A paciente apresentava como queixa clínica, dor em fossa ilíaca esquerda e atraso menstrual de dois meses. O achado cirúrgico, a conduta e evolução podem ser verificados no quadro já mencionado;
- Nos casos 04 e 05, as pacientes foram submetidas à antibióticoterapia dupla, em ambos os casos, Penicilina cristalina + Cloranfenicol, no caso 04 por apenas um dia, e no outro, por quatro dias. Os achados cirúrgicos, conduta e evolução podem ser constatados no quadro já apresentado;
- a paciente 06 foi submetida à antibióticoterapia tríplice, com Penicilina cristalina + Cloranfenicol + Garamicina por oito dias, iniciada dois dias após a sua internação, sendo posteriormente submetida à tratamento cirúrgico (vide quadro mencionado anteriormente). Um dia pós o tratamento cirúrgico, a paciente necessitou ser submetida à nova cirurgia pela presença de hematoma intra-peritoneal. Foi então realizada a aspiração do sangue intracavitário, limpeza coágulos sanguíneos e da

cavidade e hemostasia. Quatro dias após, apresentou novo hematoma intracavitário, sendo repetida a conduta anterior, associada à colocação de drenos. Nesta ocasião a paciente continuava com mesmo esquema antibióticoterápico de início. Após esta terceira intervenção cirúrgica foi suspensa a Penicilina cristalina e introduzida a Cefalotina. A paciente apresentou a seguir, abscesso de parede. Três dias após, foi suspensa a Garamicina e iniciado Nistatina creme. No local dos drenos e da incisão cirúrgica foi colocado Providine e açúcar furacinado. Doze dias após, foi suspensa a Cefalotina, restando apenas a antibióticoterapia com Cloranfenicol. Após quinze dias iniciou-se Depo-Provera na suspeita de endometriose e Floxacina. Vinte e dois dias após, iniciou novo esquema terapêutico com Penicilina cristalina e Cloranfenicol, sendo que no dia seguinte foi submetida à novo tratamento cirúrgico devido a presença de novo abscesso intra-peritoneal, sendo então realizado drenagem do abscesso, ressecção de aderências, colocação de drenos e fechamento da parede abdominal com pontos totais. Neste mesmo dia a paciente iniciou com Clindamicina. Não apresentando melhora, foi à U.T.I. no dia seguinte. Sete dias após, a paciente apresentou evisceração, sendo realizado limpeza da cavidade e fechamento com pontos totais. Após cinco dias, a paciente faleceu por distúrbios hidroeletrólítico e provável falência de bomba;

- os casos 07 e 08 foram submetidos à antibiótico terapia com Penicilina cristalina + Cloranfenicol + Garamicina + Metronidazol oral, por intervalo de seis e oito dias respectivamente. O quadro clínico apresentado foi dor em hipogástrico e dor abdominal difusa. A conduta posterior pode ser analisada em quadro já referido;

- no caso 09, a paciente foi submetida à tratamento clínico por oito dias com Penicilina cristalina; Cloranfenicol, Garamicina, Metronidazol oral e óvulos, Keflin e Pyridium.

O achado cirúrgico e conduta podem ser verificados em quadro anteriormente citado. A paciente retornou seis dias após a alta hospitalar com quadro de infecção urinária e de parede abdominal, sendo medicada e evoluindo satisfatoriamente.

Em termos ideais, o tratamento antibióticoterápico da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, deveria estar baseado no isolamento, identificação e teste de sensibilidade ao antibiótico. Todavia na maioria dos casos, a coleta do agente das tubas bem como os testes microbiológicos não são praticáveis nem desejáveis. Por conseguinte, o tratamento é geralmente empírico, usando-se os antibióticos que são ativos contra os principais patógenos reconhecidos. (9)

Os fatores que podem intervir na eficácia da antibióticoterapia na presença da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA são listados a seguir. (9)

- O intervalo entre o início dos sintomas e do início do tratamento (vários estudos tem demonstrado que pacientes tratadas num intervalo de dois dias, tem menor incidência de oclusão tubárea).
- A associação da N. gonorrhoeae (pacientes com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA Gonocócica recuperam-se mais rapidamente bem como tem melhor prognóstico com relação a preservação da função da tuba).
- Presença de um abscesso por ocasião do exame físico (mulheres com presença de abscesso respondem mais lentamente e mais frequentemente requerem terapia cirúrgica).
- Outros fatores como episódios prévios de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, presença de D.I.U. entre outros não definidos, invariavelmente afetarão na resposta terapêutica.

A abordagem terapêutica da DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA baseia-se no seu estadio clínico, isto é, quanto mais avançada a doença, mais intensiva à terapêutica. Os mesmos são classificados em quatro graus, a seguir: Salpingite aguda sem Peritonite, Salpingite aguda com Peritonite, Salpingite aguda com formação de ABSCESSO TUBO-OVARIANO e ABSCESSO TUBO-OVARIANO roto, respectivamente. (48)

Os antibióticos são certamente o ponto crucial do tratamento e a escolha adequada do medicamento e de sua posologia, é decisiva.

No estadio I sugere-se que a paciente seja tratada

ambulatorialmente com antibióticoterapia. A droga de escolha indicada pelo Center for Disease Control é a Penicilina G Procaína aquosa (4,8 milhões de unidades via intramuscular, associada à 1,0 grama de Probemecid, via oral, trinta minutos antes, para retardar a excreção da Penicilina. Nos casos Penicilino-resistentes está indicado o uso de Tetraciclina e nos casos de mulheres grávidas, a Eritromicina).

As pacientes que são tratadas e enviadas para casa, devem ser instruídas cuidadosamente em relação aos sintomas que podem provocar a sua volta antes do tempo determinado. Deve-se também instituir-se tratamento de apoio, como repouso no leito, analgesia, hidratação, abstinência sexual e tratamento do parceiro. (28,47)

No estadio II, a paciente deverá ser internada e submetida à tratamento antibióticoterápico para infecções polimicrobianas, escolhendo-se uma combinação com espectro para as principais patógenos que normalmente causam o processo. (48)

Ao escolher o regime antibióticoterápico, o médico deverá estar avisado das limitações terapêuticas de cada regime e das situações clínicas nas quais necessita-se de uma cobertura antibiótica mais ampla. (15)

Existe uma grande divergência na literatura no que diz respeito ao melhor método de tratamento do ABSCESSO TUBO-OVARIANO NÃO ROTO. Alguns autores referem que a maioria das pacientes podem ser tratadas com antibióticoterapia satisfatoriamente, acompanhada ou não de uma colpotomia posterior (13,30,22,14,19,8). Outros advogam um tratamento cirúrgico agressivo enfatizando que a maioria das pacientes irão requerer nova intervenção posteriormente, mesmo com a antibióticoterapia (52). Afirmam ainda que um tratamento cirúrgico precoce, durante a fase aguda da DOENÇA

INFLAMATÓRIA PÉLVICA, não trará complicações excessivas.

O manejo da paciente com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA em termos de necessitar ou não de um tratamento cirúrgico bem como o tipo de procedimento a ser realizado depende do médico que vai atendê-la, por isso vemos na prática vários tipos de procedimentos cirúrgicos sem uniformidade⁽⁵⁹⁾ e geralmente a decisão é feita tomando-se por base a idade, paridade e circunstâncias clínicas da paciente. A paciente jovem com ABSCESSO TUBO-OVARIANO que deseja manter a função reprodutiva tem sido um dilema para os ginecologistas.⁽³⁰⁾

PEDOWITZ⁽⁵⁵⁾ em 1.964 colocou que a terapêutica ideal seria a pan-histerectomia, pois assim não iria haver a necessidade de nova cirurgia futura. Em nossa casuística, uma paciente do Grupo A, acometida de dor pélvica crônica, necessitou de duas novas intervenções cirúrgicas, visto que não havia melhora em seu quadro clínico. Após ter feito Histerectomia subtotal com Salpingectomia bilateral evoluiu favoravelmente.

KAPLAN⁽²⁹⁾ em 1.967, endossou este ponto de vista, referindo ainda que todo o tecido reprodutivo, deveria ser retirado, já que poderia haver focos microscópicos de infecção e que a gravidez era extremamente rara nestas mulheres caso uma terapia menos radical fosse instituída.

Com vistas à isto, está clara que o procedimento de escolha em mulheres mais idosas e que não desejam mais ter filhos, é a pan-histerectomia, havendo assim uma cura definitiva. Infelizmente a grande incidência desta doença em mulheres cada vez mais jovens, geralmente com baixa paridade, nas quais a seqüela física e emocional é inseparável de uma cirurgia radical, é óbvia. No passado, a pan-histerectomia era tida como inevitável e aceitável assim a cirurgia radical era

indicada independentemente da idade ou paridade. ⁽⁵⁹⁾

Com a introdução de novos antibióticos efetivos contra os anaeróbios, bem como a esperança da fertilização "in vitro", tem dado novos ímpetus aos tratamentos conservadores.

A maior indicação para a cirurgia é a falha na resposta terapêutica ou exploração de uma massa de etiologia incerta. Na prática todavia, a cirurgia é um manejo comum na DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, até mesmo nos casos onde não há abscesso. ⁽⁵⁹⁾ JONES e colaboradores ⁽²⁷⁾ estimaram que aproximadamente 54,3% das mulheres internadas com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA são submetidas à tratamento cirúrgico e que metade delas sofrem pan-histerectomia sem mesmo terem quadro de abscesso.

As pacientes deverão inicialmente serem submetidas à tratamento antibióticoterápico com esquema tríplice para erradicar a progressão da infecção por anaeróbios e serem observadas por vinte e quatro horas para avaliar se há melhora do quadro. ^(8,48) Outros preferem esperar entre quarenta e oito e setenta e duas horas de antibióticoterapia. ^(30,60)

Não obstante a intervenção cirúrgica está indicada nas seguintes situações:

- ausência da melhora clínica desde que a antibióticoterapia adequada tenha sido utilizada ⁽⁷¹⁾;
- presença de uma massa pélvica persistente ou que aumentou, apesar da antibióticoterapia ^(71,41);
- suspeita de ruptura de ABSCESSO TUBO-OVARIANO ou ABSCESSO TUBO-OVARIANO com escape de secreção purulenta ⁽⁷⁵⁾;

- evidência de sangramento intraperitoneal devido à erosão de um vaso secundário à infecção⁽⁷⁵⁾ concordando com o caso 06 do Grupo B, que foi à óbito;
- abscesso que possa ser drenado extraperitonealmente.⁽²⁹⁾

Atualmente está estimado que 15% das mulheres com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA aguda falham no tratamento anti-bióticoterápico inicial, concordes com os 19% encontrados em nossa casuística (das 100 pacientes com DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA aguda observadas no HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS no período de Agosto de 1.984 à Novembro de 1.986, 19% foram submetidas à tratamento cirúrgico). Em 20% dos casos, ocorre pelo menos uma recorrência, semelhantes aos nossos achados de 10,53% e 15% foram inférteis e entre as que engravidam, 8% apresentam gravidez ectópica.⁽⁹⁾

Na verdade, uma doença mais avançada definida por uma massa anexial maior que 8 cm e/ou envolvimento anexial bilateral são sugestivos de falha no tratamento clínico, enquanto que uma história prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA não o é.⁽²⁰⁾

A indicação imediata de uma cirurgia é rara, estando reservada aos casos de suspeita de ruptura de ABSCESSO TUBO-OVARIANO.⁽⁶⁰⁾

Define-se como cirurgia conservadora, a anexectomia bilateral e a colpotomia.⁽⁶⁰⁾

Existem várias vantagens na terapia conservadora em mulheres jovens. A oportunidade de conservar o ovário, bem como o ciclo menstrual, é desejável o potencial para reprodução

pode também ser preservado embora geralmente a gravidez seja rara após este tratamento. Com a divulgação da fertilidade "in vitro", o potencial para reprodução tem aumentado substancialmente. ⁽⁶⁰⁾

Aproximadamente 20-24% das pacientes que são submetidas à tratamento conservador, necessitam nova cirurgia posteriormente ⁽¹⁹⁾, concordes com nossos achados de 10,53%. Alguns autores citam taxas de 53% ⁽²⁰⁾ e 70%. ⁽¹²⁾

Se a paciente é relativamente jovem, deve-se ao máximo evitar a pan-histerectomia. ⁽⁸⁾

Caso o anexo contralateral e o útero estejam pouco acometidos, estes podem ser preservados, enquanto que o anexo mais afetado deverá ser extirpado. A paciente deve ser mantida com antibióticoterapia pós-operatória por cinco à sete dias ⁽⁷⁰⁾.

Alguns autores advogam que uma cirurgia conservadora permite uma intervenção precoce e tem sido referido que uma anexectomia profilática prévia pode aumentar as chances de uma futura fertilidade em pacientes jovens com ABSCESSO TUBO-OVARIANO. ⁽²⁰⁾

Esta conduta é semelhante à de vários ginecologistas europeus, os quais há muito tem recomendado o diagnóstico laparoscópico para todos os casos de infecção aguda anexial a fim de separar os processos serosos dos supurativos. Os primeiros seriam tratados com antibióticoterapia e os últimos, com a remoção cirúrgica, sendo as complicações raras e o tempo de hospitalização, diminuído consideravelmente. ⁽¹⁸⁾

A drenagem de abscessos pélvicos por via trans-retal, tem sido indicado por alguns autores como bom método terapêutico. ⁽⁵³⁾

A drenagem do ABSCESSO TUBO-OVARIANO através da

colpotomia posterior tem sido utilizada por muitos anos. Este procedimento constitui-se num efetivo modo de tratamento quando combinado com antibióticoterapia, sendo restrito às pa ci en tes com abscessos flutuantes na linha média, as quais dis sec am o septo reto-vaginal estando firmemente aderidos ao pe ri tô ne o parietal. Estes requerimentos, reduzem con sideravel men te o número de casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO que podem ser tratados por este método, sendo a morbidade significativa caso os mesmos não sejam respeitados. (30)

Sobretudo, alguns autores referem algumas complica ções quando realizada a colpotomia. RUBENSTEIN e colaborado res (30) referiram que um terço das pacientes submetidas à col potomia vaginal em seus estudos, necessitaram nova interven ção cirúrgica. Num estudo feito por RIVLIN e colaborado res (59), 6,5% das pacientes evoluíram com peritonite difusa e destas, 26% doram à óbito. LANDERS & SWEET (30) citam que a colpotomia vaginal é um procedimento raramente utilizado nos seus serviços visto que traz uma alta taxa de complica ções sendo necessário novas cirurgias futuras, pelo fato de que muitos abscessos não atendem os requerimentos necessários pa ra seu uso e também devido à alta incidência de abscessos uni laterais, alegando que a anexectomia unilateral com a retira da do tecido infectado, oferece uma chance maior de preserva ção da função hormonal e reprodutora.

Em nossa casuística, em uma paciente do Grupo B foi realizado colpotomia vaginal, com fins terapêuticos, associa da à antibióticoterapia, apresentando posteriormente, evolu ção favorável. Em outras duas pacientes desde mesmo grupo foi realizado com fins diagnósticos, também não havendo complica ções posteriores.

A drenagem extraperitoneal de ABSCESSO TUBO-OVARIANO

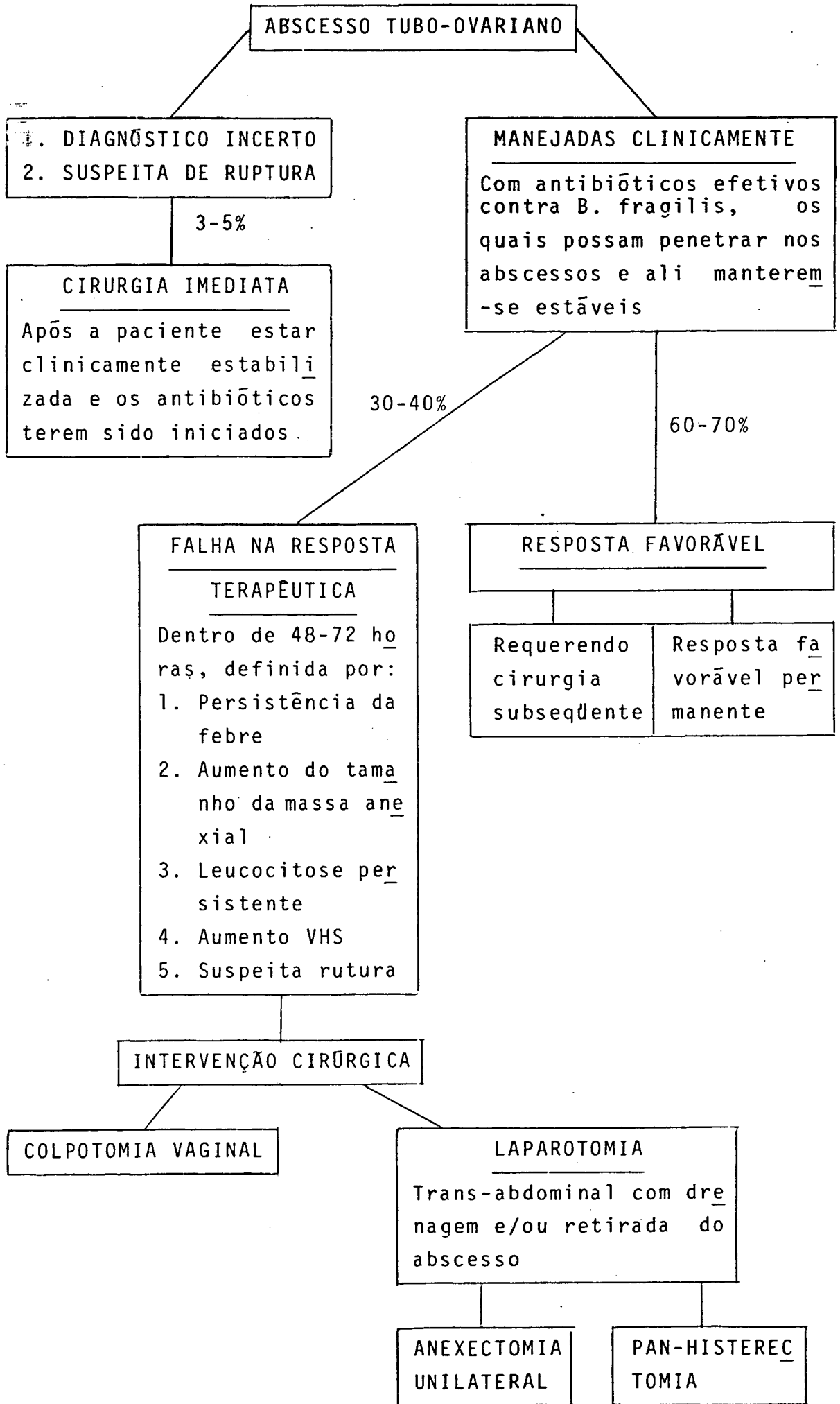
foi utilizada no passado para drenar abscessos acessíveis através de uma incisão logo acima do ligamento de Poupart. Este procedimento infelizmente requer uma aderência do peritônio parietal e visceral. Seu uso no tratamento do ABSCESSO TUBO-OVARIANO é muito limitado e pode provavelmente ser substituído por anexectomia unilateral, a qual trará mais vantagens.⁽³⁰⁾

Alguns ginecologistas europeus recomendam a drenagem por laparoscopia.⁽⁵⁹⁾ HENRY-SUCHET descreveu cinquenta casos nos quais os abscessos foram drenados por este método e obteve uma redução no tempo de hospitalização.⁽²⁴⁾ Em cinco casos, houve a necessidade de tratamento cirúrgico precoce e em oito casos, abordagem cirúrgica tardia.

Seis pacientes engravidaram e não apresentaram problemas durante a gestação. Muitos defendem este método de tratamento, afirmando ser o mesmo mais efetivo do que uma cirurgia precoce ou somente antibióticoterapia.⁽⁵⁹⁾

A cirurgia agressiva com pan-histerectomia deveria ser uma exceção.⁽⁸⁾ Alguns defendem sua realização em pacientes de faixa etária mais elevada⁽⁷⁷⁾ enquanto outras a advogam em todos os casos de ABSCESSO TUBO-OVARIANO.⁽⁵²⁾ É bem verdade que a completa remoção de todos os órgãos envolvidos traz melhores resultados de cura porém uma cirurgia conservadora oferece a vantagem da esperança de uma futura gestação bem como a manutenção da função hormonal, assim como evita os efeitos psicológicos advindos de uma cirurgia radical.⁽³⁰⁾

A seguir, será mostrado um esquema proposto por LANDERS & SWEET⁽³⁰⁾ para o manejo das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO.



Existem situações onde o cirurgião geral encontra ocasionalmente uma DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA, por ocasião de uma cirurgia abdominal de emergência. A impressão imediata é a de que, observando as tubas totalmente infectadas e cobertas por material purulento, sua retirada seja necessária. No entanto, a ênfase reside ainda no tratamento antibióticoterápico. (8)

A ruptura do ABSCESSO TUBO-OVARIANO tem sido uma das sérias complicações das infecções pélvicas. A terapia clínica desta entidade tem sido associada à uma mortalidade variando entre 50% à 90%, concordes com nossos achados de 50%. Em vista disto, VEMEEREN e Te LINDE⁽⁷⁴⁾ em 1.954, propuseram uma histerectomia abdominal total e uma Salpingo-ooforectomia como tratamento de escolha.

Em nossa casuística, uma paciente apresentou ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO bloqueado, sendo submetida de imediato a tratamento cirúrgico conservador e antibiótico-terapia posterior, evoluindo satisfatoriamente. Uma outra paciente com ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO não bloqueado, foi submetida à tratamento antibióticoterápico somente dois dias após sua internação, sendo que após oito dias de antibióticoterapia, foi submetida à tratamento cirúrgico conservador evoluindo com complicações e posteriormente à óbito.

Classicamente o manejo das pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO, tem sido uma cirurgia definitiva, todavia recentemente uma cirurgia menos radical tem sido sugerida, com estudos demonstrando que nos casos onde foram realizados tratamentos conservadores, 21% requereram uma cirurgia definitiva posterior. (20)

A principal meta na presença do mesmo, não é mais a preservação do ovário e sim da própria vida da paciente.

Combinações antibióticas nestes casos incluindo Penicilina, Aminoglicosídeos e Clindamicina ou Metronidazol, podem ser eficazes para prevenir a disseminação bacteriana. Se um abscesso ovariano for encontrado, cuidados deverão ser dispensados para descartar-se tromboflebite séptica. (48)

LANDERS & SWEET⁽³⁰⁾ documentaram quatro casos de pacientes com ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO, nas quais foi realizada anexectomia unilateral, onde nenhuma paciente necessitou de cirurgia posterior (follow-up de dois à dez anos) e uma delas, engravidou, não apresentando problemas durante a gestação.

Algumas técnicas devem ser levadas em consideração, por ocasião do tratamento cirúrgico. A incisão deverá ser ampla, já que os abscessos podem envolver outras estruturas, bem como pode haver coleções purulentas no andar superior do abdomen. A incisão de Pfannenstiel deverá ser a última adotada, devido a exposição limitada e a facilidade de ocorrência de infecções de parede. (30)

Em nossa casuística duas pacientes do Grupo A, tiveram incisão de Pfannesntiel e evoluíram sem complicações posteriores.

Neste grupo, não houveram casos de infecções de parede abdominal. No Grupo B, também duas pacientes tiveram esta incisão sendo que uma (50%) apresentou infecção de parede abdominal. Uma outra paciente com ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO, foi submetida à incisão mediana infra-umbilical, apresentando infecção de parede como complicação pós-cirúrgica.

Os órgãos pélvicos deverão ser individualizados da bexiga, intestino e ureter para evitar danos à estas estruturas. Uma irrigação abundante com soro fisiológico morno está indicada, para limpeza de possíveis focos residuais. Desde que

uma antibióticoterapia tenha sido feita antes da abordagem cirúrgica, não há vantagem em usar soluções antimicrobianas para a irrigação, caso seja realizado histerectomia total, a cúpula vaginal não deverá ser completamente fechada, apenas o suficiente para ser feita a hemostasia. (30)

Se o útero for preservado e houver ruptura do abscesso, dreno de Malecot ou múltiplo de Jackson-Pratt podem ser exteriorizados através de uma colpotomia posterior. Estes drenos deverão ser retirados após quarenta e oito horas / setenta e duas horas, caso a drenagem tenha cessado. O dreno de Penrose não é efetivo neste caso. Por ocasião do fechamento da parede abdominal, recomenda-se que o tecido celular subcutâneo e a pele sejam fechados posterior pois assim haverá uma diminuição na incidência de infecção de parede. Caso não haja infecção, poderá ser fechada três à quatro dias após. Uma irrigação da incisão com solução de Povidone-iodine tem se mostrado ineficaz na redução das infecções de parede. (30)

Por fim, salienta-se que é de extrema importância que os serviços empreenderam grandes esforços para assegurar-se de que a paciente fará tratamento completo bem como retornará para uma visita de Follow-up a fim de observar-se o resultado da terapia.

As recomendações para os estudos futuros no que diz respeito ao tratamento incluem um critério de uniformização do manejo de paciente e um acompanhamento longo para examinar-se as faixas de recorrência e a preservação tubárea.

Nos achados cirúrgicos do Grupo A, houve predominância dos casos de Salpingite bilateral (60%) justificada pela maior severidade no quadro clínico quando comparado à Hidrosalpinge, fazendo com que um maior número de pacientes procurem tratamento hospitalar.

Nos achados cirúrgicos do Grupo B, houve uma maior incidência de ABSCESSO TUBO-OVARIANO unilateral (55,55%) (estando o anexo contra-lateral acometido ou não), quando comparado aos bilaterais, concordantes com os achados de RIVLIN^() de 67,85% dos casos.

O abscesso unilateral com a preservação do anexo contralateral ocorreu em apenas um caso (11,11%) discordando dos achados de RIVLIN⁽⁵⁹⁾ de 50% dos casos.

Em dois casos (22,22%) ocorreram ABSCESSO TUBO-OVARIANO Unilateral com Salpingite contra-lateral. RIVLIN⁽⁵⁹⁾ encontrou este dado em 7,14% das pacientes.

Abscesso tubáreo bilateral foi encontrado em dois casos (22,22%). RIVLIN⁽⁵⁹⁾ encontrou ABSCESSO TUBO-OVARIANO em 14,29% dos casos.

Cistos ovarianos foram encontrados no total em seis pacientes (31,58%).

Segundo PSCHYREMBEL⁽⁵⁷⁾ a formação de cistos foliculares (cistos de retenção dos ovários) é característico da anexite.

Teorias recentes sugerem que o envolvimento ovariano se dá hematogenicamente, sendo que nos casos unilaterais sugere-se um mecanismo diferente.⁽⁵⁹⁾

As condutas cirúrgicas conservadoras foram encontradas mais frequentemente no Grupo A (70%) do que no B (44,44%) fato este justificado, pois nas pacientes do Grupo A, não havia indicação precisa de tratamento cirúrgico.

O procedimento mais comumente utilizado no Grupo B, foi Salpingectomia bilateral (33,33%). Em estudo realizado por RIVLIN⁽⁵⁹⁾ o procedimento de maior uso foi a anexectomia unilateral (46,43%), seguido da drenagem simples (21,43%), diferindo de nossos achados, onde os procedimentos cirúrgicos

foram mais agressivos.

Analisando-se o tempo de internação das pacientes, verificamos que no Grupo B, o período de internação foi mais prolongado visto que as pacientes estavam mais gravemente enfermas, levando por isto um maior período de internação para restabelecer-se após o tratamento cirúrgico.

No Grupo A, apenas uma paciente (10%) não evoluiu satisfatoriamente, necessitando duas novas reinternações sendo submetida à duas novas cirurgias, num intervalo de nove dias e três meses, respectivamente. Na primeira intervenção a paciente apresentava Peri-apendicite aguda, Endometriose tubárea e Salpingite crônica bilateral, sendo nesta oportunidade realizado Salpingectomia bilateral. No segundo retorno, apresentava as mesmas queixas, sendo então submetida à tratamento cirúrgico com o achado de múltiplas aderências (perve congelada) sendo então realizado histerectomia subtotal. Posteriormente a paciente foi tratada com corticoterapia e em Falow-up atual encontra-se clinicamente bem.

No Grupo B, duas pacientes (22,22%) não evoluíram satisfatoriamente, sendo que uma delas faleceu, após complicações em seu quadro clínico (ABSCESSO TUBO-OVARIANO ROTO) e outra, apresentou infecção de parede abdominal e infecção urinária e após medicada, evoluiu favoravelmente.

Depurando-se o caso do Grupo A, onde houve uma tentativa de cirurgia conservadora quando na verdade a conduta ideal seria a pan-histerectomia visto que a paciente apresentava dor pélvica crônica, concluímos que houve uma pior evolução no Grupo B.

CONCLUSÕES

De acordo com os estudos realizados nas dez pacientes do Grupo A e nove pacientes do Grupo B, concluiu-se que:

A faixa etária de maior incidência em ambos os grupos foi de quinze a vinte e nove anos, predominando portanto as mulheres jovens.

A raça branca foi a mais evidenciada em ambos os grupos, não encontrando-se diferenças significativas entre os mesmos.

Houve uma equivalência entre solteiras e casadas nos dois grupos analisados.

A maioria das pacientes do Grupo A eram provenientes de Florianópolis, enquanto que no B, de municípios vizinhos onde encontra-se uma classe econômica inferior.

História prévia de DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA foi bem mais evidenciada nas pacientes do Grupo B.

Todas as pacientes analisadas apresentavam como queixa principal, dor abdominal.

Nas mulheres do Grupo A, predomina dor em abdomen inferior, sem casos de dor generalizada enquanto no grupo B, predominava dor em abdomen inferior, observando-se também casos de dor em outras áreas do abdomen.

Fluxo vaginal estava presente em condições de igualdade em ambos os grupos, sendo o mesmo de coloração amarelada em todos os casos.

Oueixas urinárias foram referidas mais frequentemente pelas pacientes do Grupo B, sendo disúria dor e/ou dificuldade, a principal delas.

Oueixas gastrointestinais foram encontradas em igualdade nas pacientes dos grupos A e B, destacando-se as náuseas e os vômitos.

O quadro febril foi mais frequentemente encontrado nas pacientes do Grupo B, servindo de auxílio diagnóstico. Em ambos os grupos predominava o quadro térmico entre 37°C e 38°C.

Todas as pacientes dos Grupos A e B apresentavam dor à palpação abdominal por ocasião do exame físico, sendo que o sinal de Blumberg teve prevalência no Grupo B.

Todas as pacientes analisadas referiam dor à mobilização uterina.

Dor e sensação de preenchimento anexial estava presente em todas as pacientes do Grupo B e em pequena proporção no Grupo A.

O Hemograma encontrava-se alterado na totalidade dos casos do Grupo B, evidenciando-se, uma leucocitose mais elevada quando comparada com o Grupo A.

Encontrou-se maior concordância entre os achados radiológicos e cirúrgicos no Grupo B e entre os achados ultrassonográficos e cirúrgicos no Grupo A.

Nas pacientes do Grupo B, o ABSCESSO TUBO-OVARIANO apresentou-se unilateral na maioria das vezes.

A conduta cirúrgica conservadora com a preservação de um ou dois anexos, foi a mais observada em ambos os grupos, com maior predominância no Grupo A.

O Período de Internação no Grupo B foi mais prolongado do que no A.

As pacientes do Grupo A evoluíram mais favoravelmente quando comparadas ao Grupo B.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADDUCCI, J. E. *Laparoscopy in the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease with abscess formation.* Int Sur., 66 (4):359-60, 1981.
2. ADLER, M. W.; BELSEY, E. H. & O'CONNOR, B. H. *Morbidity associated with pelvic inflammatory disease.* Br. J. Obstet. Gynecol., 58:151-7, 1982.
3. BARTLETT, J. G. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8): 1098-1109, 1985.
4. BENIGNO, B. B. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8): 1098-1109, 1985.
5. BENSON, R. C. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Editorial El Manual Moderno, S.A., México, 1979. 330-33.
6. BERLAND, L. L.; LAWSON, T. L.; FOLEY, W. D. et al. *Ultrasound evaluation of pelvic infections.* Radiologic Clinics of North America, 20(2):367-71, 1982.
7. BONGARD, F.; LANDERS, D. V. & LEWIS, F. *Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease: a prospective analysis.* Am. J. Obst. Gynecol., 150:90-6, 1985.
8. BOYD, M. E. *Pelvic inflammatory disease and the general surgeon.* The Canadian Journal of Surgery, 28(1):11-3, 1985.
9. BRUNHAM, R. C. *Therapy for acute pelvic inflammatory disease: a critique of recent treatment trials.* Am. J. Obst. Gynecol., 148(3):235-40, 1984.
10. BURKMAN, R.; SCHLESSELMAN, S.; Mc CAFFREY, L. et al. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.

11. CHOW, A. W.; KALKISIAN, K. L.; MARSHALL, J. R. et al.
In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
12. COLLINS, C. G. & JANSEN, F. W. In: ROBERTS, W. & DOCKERY, J. L. *Operative and conservative treatment of tuboovarian abscess due to pelvic inflammatory disease.* Southern Medical Journal, 77(7):860-2, 1984.
13. COOPERMAN, N. R.; RUIZ, E. *Clinical aspects of acute pelvic inflammatory disease: Cook County Hospital.* Am. J. Obst. Gynecol., 138(7pt2):1026-7, 1980.
14. EDELMAN, D. A.; BERGER, G. S. *Contraceptive practice and tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 138(5):541-4, 1980.
15. ESCHENBACH, D. A. *Acute pelvic inflammatory disease.* Urol. Clin. N. Am., 11(1),65-71, 1984.
16. ESCHENBACH, D. A. *Epidemiology and diagnosis of acute pelvic inflammatory disease.* Obstetrics & Gynecology, 65(5s):142s-51s, 1980.
17. FERGUSON, I. R. *Diagnóstico e tratamento de infecções por anaeróbios não esporulados. Monografia: Laboratório de Saúde Pública, County Hospital - Hereford. England.*
18. FRANGENHEIM, H. In: RIVLIN, M. E. *Conservative surgery for adnexal abscess.* The Journal of Reproductive Medicine, 30(10):726-30, 1985.
19. FRANKLIN, E. W.; HEVRON, J. G. & THOMPSON, J. D. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
20. GINSBURG, D. S.; STERN, J. L.; HAMOD, K. A. et al. *Tuboovarian abscess: a retrospective review.* Am. J. Obst. Gynecol., 138(7pt2):1055-8, 1980.

21. GOLDE, S. H.; ISRAEL, R.; LEDGER, W. J. In: *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
22. HAGER, W. D. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
23. HAMMILL, H. A.; OWENTS, W. E.; FORD, L. C. et al. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
24. HENRY-SUCHET, J.; SOLER, A. & LOFFREDO, V. In: *Conservative surgery for adnexal abscess.* The Journal of Reproductive Medicine, 30(10):726-30, 1985.
25. JACOBSON, L.; WESTROM, L. *Objectionalized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease.* Am. J. Obst. Gynecol., 105:1086, 1969.
26. JEFFCOATE, N. Princípios de ginecologia. Ed.4. Editora Manole Ltda., São Paulo, 1979. 374-406.
27. JONES, D. G.; ZAIDI, A. A.; St JOHN, R. K. In: RIVLIN, M. E. *Conservative surgery for adnexal abscess.* The Journal of Reproductive Medicine, 30(10):726-30, 1985.
28. JONES, JR., H. V. & JONES, G. S. Novak - Tratamento de de Ginecologia. Ed. 10 Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1983.
29. KAPLAN, A. L.; JACOBS, W. M. & EHRESMAN, J. B. In: RIVLIN, M. E. *Conservative surgery for adnexal abscess.* The Journal of Reproductive Medicine, 30(10):726-30, 1985.
30. LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.

31. LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8): 1098-1109, 1985.
32. LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Tuboovarian abscess.* Obstet Gynecol, 32:381, 1968.
33. LEDGER, W. *Diagnosis and treatment of salpingitis.* The Journal of Reproductive Medicine, 28(10s):709-11, 1983.
34. LEDGER, W. *Surgical treatment for salpingo-oophoritis patients.* J. Reprod. Med., 28(105):716-7, 1983.
35. LEDGER, W. J. *The next 10 years in the treatment of pelvic infections.* The American Journal of Medicine, 78(s6B):194-203, 1985.
36. LIMA, A. G. & KUERTEN, B. M. *Aspectos clínicos da Doença Inflamatória Pélvica (DIP): Análise de 100 casos.* 1986.
37. MACKAY, E. V.; BEISCHER, N. A. & COX, L. M. et al. Tratado de Ginecologia. Ed.1. Interamericana, Rio de Janeiro, 1985. 291-302.
38. MARDH, P. A.; LIND, I.; SVENSSON, L. et al. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. *Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.* Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
39. MARDH, P. A. *Introductory address: Microbial etiology of pelvic inflammatory disease.* Am. J. Obst. Gynecol., 11(4):428-9, 1984.
40. MARTINS, A. D. & DA LUZ, R. B. *Tratamento dos processos inflamatórios pélvicos com o naproxen sódico.* Rev. Bras. Med., 41(11/12):401-5, 1985.

41. MATTINGLY, R. F. Ginecologia Operatōria. Ed.5. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1979. 218-42.
42. MEAD, P. B. Pelvic inflammatory disease - Use of appropriate antibiotics. Clinical obstetrics and Gynecology, 28(2):405-13, 1985.
43. MICKAL, A. & SELLMANN, A. H. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
44. MIETTINEN, A.; SAIKKU, T.; JANSSON, E. et al. Epidemiologic and clinical characteristics of pelvic inflammatory disease associated with mycoplasma hominis, chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae. Sex Transm. Dis., 13(1):24-8, 1986.
45. MØLLER, B. R.; ALLEN, J.; TOFT, B. et al. Pelvic inflammatory disease after hysterosalpingography associated with chlamydia trachomatis and mycoplasma hominis. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 91:1181-7, 1984.
46. MONIF, G. R. G. Clinical staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications. Am. J. Obstet. Gynecol., 143(5):489-95, 1982.
47. MONIF, G. R. G. Doenças infecciosas em obstetrícia e Ginecologia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1978: 340-3.
48. MONIF, G. R. G. The staging of acute salpingitis and Its therapeutic ramifications. The Journal of Reproductive Medicine, 28(10s):712-5, 1983.
49. MONIF, G. R. G.; WELKOS, S. I.; BAER, H. et al. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obst. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
50. MUIR, D. G. & BELSEY, M. A. Pelvic inflammatory disease and its consequences in the developing world. Am. J. Obstet. Gynecol., 138(7pt2):913-28, 1980.

51. NAJEN, A. Z.; BARILLO, D. J.; SPILLERT, C. R. Appendicitis versus pelvic inflammatory disease: a diagnostic dilemma. Am Surg., 51:217-22, 1985.
52. NEBEL, W. A. & LUCAS, W. E. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
53. NIVATUONGS, S. Low pelvic abscess: A technique of drainage using a small trocar catheter. The American Journal of Surgery, 151:409-11, 1986.
54. PEARSON, H. E.; ANDERSON, G. V. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
55. PEDOWITZ, P.; BLOOMFIELD, R. D. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
56. PINKERTON, J. H. M. Acute salpingitis. Practitioner, 190:309, 1963.
57. PSCHYREMBEL, W. Ginecologia prātica. Ed.4. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1975. 252-303.
58. QUAN, M.; RODNEY, M. M.; JOHNSON, R. A. Pelvic inflammatory disease: Clinical review. The Journal of Family Practice, 16(1):131-40, 1983.
59. RIVLIN, M. E. Conservative surgery for adnexal abscess. The Journal of Reproductive Medicine, 30(1):726-30, 1985.
60. ROBERTS, W.; DOCKERY, J. L. Operative and conservative treatment of tuboovarian abscess due to pelvic inflammatory disease. Southern Medical Journal, 77(7):860-3, 1984.

61. ROBINSON, J. A.; BURCH, B. H. An assessment of the value of the menstrual history in differentiating acute appendicitis from pelvic inflammatory disease. Surgery Gynecology & Obstetrics, 159:149-52, 1984.
62. SENNANAYAKE, P.; KRAMEN, D. G. Contraception and pelvic inflammatory disease. Sex. Transm. Dis., 8:89, 1981.
63. ST. JOHN, R. K.; JONES, O. G.; BLOUNT, I. et al. Pelvic inflammatory disease in the United States: Epidemiology and trends among hospitalized women. Sex Transm. Dis., 8:62-6, 1981.
64. SVENSON, R. M.; MICHAELSON, T. C.; DALY, M. J. et al. In: The diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
65. SWEET, R. L. Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease in the emergency room. Sex Transm. Dis., 8:156, 1981.
66. SWEET, R. L.; SCHACHTER, J.; LANDERS, D. V. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
67. SVENSON, R. M.; MICHAELSON, T. C.; DALY, M. J. et al. Anaerobic bacterial infections of the female genital tract. Obstetrics and Gynecology, 42(4):538-41, 1973.
68. SWINKER, M. L. Salpingitis and pelvic inflammatory disease. Am. Fam. Physician, 31(1):143-9, 1985.
69. THADEPALLI, H.; GORBACH, S. L.; KEITH, L. Anaerobic infections of the female genital tract: Bacteriologic and therapeutic aspects. Am. J. Obstet. Gynecol., 117(8):1034-40, 1973.
70. TAYLOR, E. S. Conservative surgery for pelvic inflammatory disease and endometriosis. Clinical Obstetrics and Gynecology, 23(1):183-9, 1980.

71. THOMPSON, S. E.; HAGER, W. D. Acute pelvic inflammatory disease. Sex Transm. Dis., 4:105, 1977.
72. THOMPSON, S. E.; HAGER, W. D. In: QUAN, M.; RODNEY, M. M.; JOHNSON, R. A. Pelvic inflammatory disease: clinical review. The Journal of Family Practice, 16(1):131-40, 1983.
73. de la TORRE, L. A. Problems and proposals for the surveillance and control of sexually transmitted diseases associated with pelvic inflammatory disease in South America. Am. J. Obstet. Gynecol., 108(7pt2): 1078-81, 1980.
74. VEMEREEN, J. & TELINDE, R. W. In: LANDERS, D. V. & SWEET, R. L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol., 151(8):1098-1109, 1985.
75. WALKER, V. N.; BAKER, W. S. In: Pelvic inflammatory disease: clinical review. The Journal of Family Practice, 16(1):131-40, 1983.
76. WASHINGTON, A. G.; CATES JR., W.; ZAIDI, A. A. Hospitalized for pelvic inflammatory disease: Epidemiology and trends in the United States, 1975 to 1981. JAMA, 351(19):2529-32, 1984.
77. WESTRON, L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. Am. J. Obstet. Gynecol., 138(7pt2):880-92, 1980.

TCC
UFSC
CC
0138

N.Cham. TCC UFSC CC 0138
Autor: Kuerten, Beatriz M
Título: Conduta cirúrgica na doença infl



972802391

Ac. 252967

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM