

Principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda em mulheres

Main gynecological causes of acute pelvic pain in women

Felipe Alves da Câmara¹, Anne Caroline Arcanjo Santos¹, Bárbara Soany Lima Silveira¹, Flávia Hermínia Oliveira Souza Socorro¹, Juliana Thalia Souza de Moura¹, Karla Carolline Vieira Rollemberg¹

Descritores

Dor pélvica; Dor aguda; Dismenorreia; Leiomioma; Cistos ovarianos; Doença inflamatória pélvica; Dispositivos intrauterinos

Keywords

Pelvic pain; Acute pain; Dysmenorrhea; Leiomyoma; Ovarian cysts; Pelvic inflammatory disease; Intrauterine devices

Submetido:

23/09/2020

Aceito:

19/12/2020

1. Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Felipe Alves da Câmara
Rua Lagarto, 236, Centro, 49010-390, Aracaju, SE, Brasil.
fealcamara@gmail.com

Como citar?

Câmara FA, Santos AC, Silveira BS, Socorro FH, Moura JT, Rollemberg KC. Principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda em mulheres. Femina. 2021;49(2):115-20.

RESUMO

Este trabalho buscou reunir dados essenciais sobre as etiologias de dor pélvica aguda, uma queixa constante nos serviços de emergências e ambulatorios de ginecologia, responsável por grande desconforto e impacto na qualidade de vida de pacientes mulheres. É uma condição laboriosa por causa de seu amplo espectro de causas, devendo ser abordada com cuidado e atenção pelo profissional médico, o qual deve considerar os diversos diagnósticos diferenciais, sendo a ultrassonografia o exame de maior importância para auxiliar em seu diagnóstico. As principais etiologias não obstétricas podem ser não ginecológicas e ginecológicas; essas últimas são divididas em anexiais e uterinas. Entre as causas ginecológicas, devem-se investigar cistos ovarianos, torções anexiais, leiomiomas, doença inflamatória pélvica, abscesso tubo-ovariano, dismenorreia e complicações de dispositivos intrauterinos. A maioria das causas tem tratamento eficaz, com retorno da função do órgão e melhora da qualidade de vida, sem complicações, especialmente se diagnosticada precocemente.

ABSTRACT

The aim of this study was to gather important data on acute pelvic pain etiologies, a usual complaint in the emergency services and gynecology outpatient clinics, responsible for great discomfort and impact on quality of life in female patients. It is a laborious condition due to its wide spectrum of causes, which needs to be approached with attention by the physician, who must consider all the possible diagnoses, being the ultrasonography the most important exam to detect it. The main non-obstetric etiologies can be non-gynecological and gynecological, which are separated in adnexal and uterine causes. Among the gynecological causes, ovarian cysts, adnexal torsions, leiomyomas, pelvic inflammatory disease, ovarian tube abscess, dysmenorrhea and complications of intrauterine devices should be investigated. Most causes can be effectively treated, with return of organ function and improved quality of life, without complications, especially if diagnosed early.

INTRODUÇÃO

A dor pélvica aguda é definida como dor abaixo da cicatriz umbilical com duração de no máximo cinco dias.⁽¹⁾ É uma das causas mais comuns para o comparecimento da paciente no pronto-socorro, representando 10% das visitas aos serviços de emergência.^(1,2) Essa condição provoca imenso impacto na forma como as mulheres se relacionam nas suas famílias e na sociedade,

uma vez que elas sofrem para sustentar uma boa qualidade de vida enquanto precisam suportar o incômodo dessa patologia.⁽³⁾

A dor pélvica aguda representa uma queixa complexa e desafiadora, visto que apresenta um amplo espectro de etiologias, podendo ter causas obstétricas ou não obstétricas, e entre essas devem-se considerar causas ginecológicas e não ginecológicas.⁽²⁾

A dor pélvica aguda é a principal emergência ginecológica não obstétrica.⁽⁴⁾ O médico emergencista deve se atentar aos diversos diagnósticos diferenciais e realizar uma avaliação ampla dos múltiplos órgãos presentes na pelve, realizando uma avaliação complexa, incluindo impressão geral, avaliação dos sinais vitais, história da paciente, exame físico geral, *status* de gravidez, exame especular, exame bimanual, exames laboratoriais e exames de imagem.^(2,4) Ademais, a ultrassonografia é a escolha inicial de exame de imagem para pacientes com dor pélvica aguda.^(2,4)

MÉTODOS

Tipo de estudo: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura.

Desenho do estudo: Para a realização desta revisão, foi seguida a seguinte ordem: definiram-se a questão norteadora (problema) e o objetivo da pesquisa; estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); realizaram-se investigação na literatura e análise e categorização dos estudos; implementaram-se a apresentação e a discussão dos resultados.

Estratégia de busca: A busca das publicações realizou-se na base de dados Publicações Médicas (PubMed). Foi utilizado o descritor “*acute pelvic pain*”. Ademais, houve também busca manual de citações que constam na referência bibliográfica.

Implicações éticas: Como este trabalho aborda somente dados de domínio público, a apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNIT-SE) não foi necessária. Contudo, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de evitar a prática criminosa do plágio, os pesquisadores deram o devido crédito aos autores utilizados no estudo.

Critérios de inclusão: A pré-seleção do conteúdo foi a análise do título, do resumo e da data de publicações que atendessem aos objetivos desta pesquisa. Além

disso, foram incluídos os artigos publicados em 2010 a 2020 e disponíveis em inglês e português.

Critérios de exclusão: Consistiram em trabalhos duplicados, não relevantes e aqueles que não cumpriram o objetivo do presente estudo.

RESULTADOS

Foram realizadas pesquisas na base de dados PubMed. A primeira pesquisa foi efetuada com a palavra-chave “*acute pelvic pain*”, limitando-se a artigos publicados entre 2010 e 2020, em inglês e português. A partir disso, foram encontrados 901 artigos, sendo 8 deles escolhidos. As pesquisas subsequentes foram feitas com a palavra-chave “*acute pain*”, no período de 2010 a 2020, respectivamente acrescidas das palavras “*myomas*” e “*dysmenorrhea*” (Quadro 1). Ademais, 17 referências foram pesquisadas manualmente, entre elas, citam-se 11 artigos, 2 manuais e 4 livros de Ginecologia e Obstetrícia disponibilizados pela biblioteca virtual da Universidade Tiradentes (UNIT-SE).

DISCUSSÃO

Principais etiologias da dor pélvica aguda

As causas ginecológicas da dor pélvica aguda podem ser divididas didaticamente em anexiais e uterinas.⁽²⁾ Quanto às causas anexiais, podem-se citar a torção anexial, cistos ovarianos, abscesso tubo-ovariano (ATO) e doença inflamatória pélvica (DIP).⁽²⁾ A respeito das causas uterinas, são discutidos dismenorreia, leiomiomas e mau posicionamento de dispositivos intrauterinos (DIUs).⁽²⁾

Torção ovariana

A torção ovariana é uma emergência cirúrgica que ocorre quando o ovário e/ou a tuba uterina torcem sobre os ligamentos útero-ovárico e superior do ovário, comprimindo as estruturas vasculares em seu interior, o que cursa com isquemia e necrose dos anexos.^(2,4) Esse evento, apesar de incomum, representando apenas 3% das emergências, deve ser diagnosticado precocemente, uma vez que pode, a longo prazo, provocar problemas de fertilidade.^(2,4,5) Clinicamente, caracteriza-se por dor pélvica aguda lacerante e unilateral, constante ou intermitente, associada a náuseas e vômitos.^(2,4) É mais comum no lado direito, visto que o cólon sigmoide serve de prevenção de torção para o lado esquerdo.⁽²⁾ Além

Quadro 1. Distribuição dos artigos encontrados na base de dados PubMed

Base de dados	Palavras-chave	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos incluídos
PubMed	<i>Acute pelvic pain</i>	901	894	8
PubMed	<i>Acute pain; myomas</i>	24	20	4
PubMed	<i>Acute pain; dysmenorrhea</i>	61	60	1

disso, ocorre mais frequentemente associado a cistos, massas anexiais, gravidez, síndrome dos ovários policísticos e laqueadura.^(2,4) A gravidade dos casos depende do número de rotações dos anexos sobre os ligamentos.⁽²⁾ Pode ser mais bem diagnosticada pela ultrassonografia transvaginal com Doppler, pelos achados de diminuição do fluxo sanguíneo, aumento do volume ovariano, edema e *whirpool sign* (sinal do redemoinho), o qual é patognomônico e representa o pedículo vascular torcido.⁽²⁻⁶⁾ O tratamento é cirúrgico, por meio da reversão da torção, com altas taxas de recuperação da função ovariana.^(2,5)

Cistos ovarianos

Os cistos ovarianos são etiologias comuns de dor pélvica aguda em mulheres em idade reprodutiva.^(2,7) Apesar de a maioria deles serem assintomáticos, podem provocar dor quando se rompem, ao crescer rapidamente, ou sofrer hemorragia, além disso, podem desencadear a torção ovariana, principalmente quando maiores que 5 cm de diâmetro.^(2,5,7) Os cistos ovarianos podem ser fisiológicos ou patológicos.⁽²⁾ Cistos fisiológicos são causados por disfunções hormonais durante a ovulação, sendo subclassificados em cistos de corpo lúteo e cistos foliculares; estes últimos são mais prevalentes e têm maior probabilidade de romper e sofrer hemorragia, provocando dor pélvica mais frequentemente.^(2,7) Os cistos patológicos são os endometriomas e os cistos neoplásicos, os quais podem ser benignos ou malignos.^(2,7) Na clínica, as pacientes sintomáticas relatam dor pélvica súbita em cólica, unilateral, às vezes após relações sexuais.⁽⁷⁾ O exame bimanual pode detectar a presença de massa em palpação dos anexos.⁽⁷⁾ O método diagnóstico de escolha é a ultrassonografia transvaginal, que realiza a detecção do cisto.^(2,7) O tratamento depende da intensidade da dor, da gravidade da hemorragia, do tipo do cisto e do risco de torção, podendo optar-se pelo tratamento conservador ou excisão cirúrgica.⁽⁷⁾

Leiomiomas uterinos

Os miomas uterinos, também denominados leiomiomas ou fibromas, são neoplasias benignas de células musculares lisas uterinas e correspondem aos tumores mais comuns do sistema reprodutor feminino em mulheres em idade fértil.⁽⁸⁻¹¹⁾ Podem ser classificados em submucosos, intramurais e subserosos e subclassificados em: tipo 0 (intracavitário pediculado); tipo 1 – possui menos de 50% de seu diâmetro no miométrio; tipo 2 – possui 50% ou mais de seu diâmetro no miométrio; tipo 3 – toca o endométrio sem nenhum componente intracavitário; tipo 4 – intramural e totalmente dentro do miométrio, sem extensão para a superfície endometrial, nem para a serosa; tipo 5 – subseroso, no mínimo 50% intramural; tipo 6 – subseroso, menos de 50% intramural; tipo 7 – subseroso, fixado na serosa por um pedículo; tipo 8 – não acomete o miométrio, inclui localização cervi-

cal, ligamentos redondo ou largo, sem fixação direta no útero e miomas “parasitos”.⁽⁸⁾ A maioria dos miomas é assintomática.⁽¹⁰⁾ No entanto, a clínica pode ser marcada pela presença de dor pélvica e sangramento uterino anormal.^(10,12,13) A dor pélvica aguda em si é rara, mas pode ser ocasionada por torção e degeneração dos miomas, quando estes crescem exacerbadamente e o fluxo sanguíneo se torna insuficiente para manter a viabilidade biológica do tecido.⁽⁸⁾ Pode ainda ocorrer quando há expulsão dos leiomiomas por meio do colo uterino, assemelhando-se à dor do parto.^(8,9) Desconfortos podem estar presentes quando o mioma comprime a bexiga, o reto ou ligamentos.^(8,9) Em geral, são descritos como pressão ou dor acíclica e, com menor frequência, polaciúria, dismenorreia, dispareunia ou constipação intestinal.^(8,10) Não existe associação entre o grau de dor e o número e o tamanho dos miomas.⁽⁹⁾ Os miomas subserosos e intramurais são os mais associados à presença desse sintoma.⁽¹⁰⁾ Outras apresentações menos pronunciadas nessa condição incluem distúrbios reprodutivos e complicações obstétricas.^(8,10) O diagnóstico é realizado com base na história clínica, no toque vaginal bimanual e na ultrassonografia.^(8,9) A ultrassonografia é o método diagnóstico mais utilizado, por permitir a diferenciação dos miomas de outras condições.^(8,9) No entanto, a ressonância magnética avalia mais precisamente o número, o tamanho e a posição dos miomas e a proximidade da cavidade endometrial.^(8,9) A conduta expectante pode ser adotada para as mulheres em idade fértil com sintomatologia leve a moderada e para aquelas com idade próxima à menopausa.^(9,13) A abordagem cirúrgica é considerada se a paciente não deseja preservar a fertilidade.^(11,13)

Doença inflamatória pélvica

A DIP corresponde a um espectro de infecções bacterianas ascendentes das regiões vaginal e cervical, que, quando não tratadas, pode levar a sérias complicações.^(4,8) É de grande importância epidemiológica, uma vez que corresponde à quinta causa de hospitalização em mulheres.⁽⁸⁾ Pode apresentar-se sob as formas de endometrite, salpingite, peritonite, ooforite e ATO, e os microrganismos mais comumente implicados são a *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.^(4,8) Quando relacionada a esses agentes, está associada a dor pélvica aguda que se intensifica com o movimento, além de mal-estar geral, febre, corrimento vaginal purulento e, por vezes, náuseas e vômitos.^(4,8) A presença ou piora da dor unilateralmente pode ser sugestiva de ATO.⁽⁴⁾ Desconforto no quadrante superior direito, acompanhado ou não de dor em ombro direito, pode indicar síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, uma complicação da DIP, quando há envolvimento da cápsula hepática e formação de adesões peri-hepáticas.^(4,8) A DIP é classificada em: Estágio I (Leve), caracterizada por salpingite aguda sem irritação peritoneal; Estágio II (Moderada sem abscesso), caracterizada por salpingite com irritação peritoneal; Estágio III (Moderada com abscesso), defini-

da pela presença de salpingite com abscesso tubo-ovariano; Estágio IV (Grave), quando apresenta ATO roto ou sinais de choque séptico.⁽¹⁴⁾ O diagnóstico de DIP é realizado quando há presença de três critérios maiores acrescidos de um menor ou de um elaborado. Fazem parte dos critérios maiores a dor em hipogástrio, dor à palpação dos anexos e dor à mobilização cervical.^(4,8,15) Constituem os critérios menores: temperatura axilar > 37,5 °C ou temperatura > 38,3 °C; conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; massa pélvica; mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; leucocitose em sangue periférico; proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas.^(7,14,15) Entre os critérios elaborados, estão: evidência histopatológica de endometrite; presença de ATO ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem; laparoscopia com evidência de DIP.^(8,15) O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, com exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelvipertonite.⁽¹⁵⁾ É preconizado o uso de ceftriaxona 250 mg intramuscular (IM) em dose única e doxiciclina 100 mg um comprimido via oral (VO) duas vezes por dia, por 14 dias, acrescido de metronidazol 250 mg dois comprimidos VO duas vezes por dia, por 14 dias.⁽¹⁵⁾ A cefotaxima 500 mg IM em dose única pode substituir a ceftriaxona no regime em questão.⁽¹⁵⁾ Os critérios para indicação de tratamento hospitalar incluem: presença de ATO; gravidez; ausência de resposta clínica após 72 horas do início do tratamento com antibioticoterapia oral; intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial; estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre; dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (p. ex., apendicite, gravidez ectópica).⁽¹⁵⁾ O esquema hospitalar contempla a utilização de cefoxitina 2 g IV quatro vezes por dia, por 14 dias, e doxiciclina 100 mg um comprimido VO duas vezes por dia, por 14 dias.⁽¹⁵⁾ Como segunda opção, pode ser utilizada a clindamicina 900 mg IV três vezes por dia, por 14 dias, e a gentamicina (intravascular [IV] ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias.⁽¹⁵⁾ A ampicilina/sulbactam 3 g IV quatro vezes por dia, por 14 dias, acrescida de doxiciclina 100 mg um comprimido VO duas vezes por dia, por 14 dias, constitui a terceira opção de tratamento.⁽¹⁵⁾ A laparotomia está indicada nos casos de massas anaxiais não responsivas ao tratamento ou de ruptura delas.⁽¹⁵⁾

Abscesso tubo-ovariano

O ATO é uma massa infecciosa complexa dos anexos uterinos que se origina como uma complicação da DIP.^(16,17) Acerca da epidemiologia dessa doença, as pacientes acometidas, na maioria, estão em idade reprodutiva e são sexualmente ativas.⁽¹⁶⁾ Os fatores de risco para um ATO assemelham-se aos da DIP e incluem idade reprodutiva, múltiplos parceiros sexuais, uso do DIU

e DIP prévia.⁽¹⁶⁾ Em pacientes com DIP, a prevalência de ATO é estimada em 18% a 34%.⁽¹⁸⁾ Em relação à fisiopatologia do ATO em uma paciente com DIP, os agentes etiológicos da infecção cervical ou vaginal ascendem ao endométrio e, após passarem pelas tubas uterinas, chegam à cavidade peritoneal, onde se origina uma massa em torno dos ovários, das tubas uterinas e de outros órgãos pélvicos adjacentes.⁽¹⁶⁾ Clinicamente, um ATO manifesta-se com massa anexial, dor abdominal, febre, calafrios, náuseas, corrimento vaginal e/ou leucocitose.⁽¹⁶⁾ Entre as complicações do ATO, mencionam-se distorção da anatomia pélvica, DIP recorrente, dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica.⁽¹⁶⁾ Durante a avaliação médica, o exame físico das pacientes com suspeita de ATO deve ser completo.⁽¹⁶⁾ É essencial determinar a consistência, o tamanho e a mobilidade do útero e seus anexos.⁽¹⁶⁾ A presença de secreção mucopurulenta e a sensibilidade uterina ou anexial na execução do exame bimanual indicam o diagnóstico.⁽¹⁶⁾ Ainda no que tange ao diagnóstico, compreendem-se os seguintes exames de imagem: ultrassonografia pélvica ou transvaginal, tomografia computadorizada de abdome e pelve ou ressonância magnética.^(16,17) Apesar de esses métodos serem altamente sensíveis e específicos, a laparoscopia ainda é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de ATO em pacientes com DIP, sendo empregada também para drenagem e cultura da secreção presente no abscesso.⁽¹⁶⁾ Além disso, no tocante ao tratamento, todas as pacientes com ATO devem ser hospitalizadas.⁽¹⁶⁾ Em geral, essas pacientes recebem antibioticoterapia de amplo espectro inicialmente por via intravenosa e, com boa melhora clínica, podem receber alta e o regime de tratamento ser transferido para VO.⁽¹⁶⁾ A ruptura de um ATO é uma emergência cirúrgica, já que é um importante fator de risco para sepse.^(16,19) Nesses casos, as opções de tratamento incluem drenagem percutânea sob orientação radiológica, laparoscopia/laparotomia ou salpingectomia.^(16,17)

Dismenorreia

A dismenorreia, ou dor menstrual, é umas das causas mais comuns de dor pélvica em mulheres em idade reprodutiva, sendo dividida em primária e secundária.⁽²⁾ A dismenorreia primária (DP) é a dor na ausência de condições patológicas pélvicas reconhecível, já a secundária é de causa patológica identificada, como endometriose, miomas uterinos ou DIP.^(2,20) A DP grave que leva ao uso de medicamentos afeta até 25% da população feminina e pode ter impacto significativo na qualidade de vida das mulheres.^(2,20) Inicia-se, tipicamente, 6 a 12 meses após a menarca, com pico de prevalência ocorrendo no final da adolescência ou no início da segunda década de vida.⁽²¹⁾ Os sintomas incluem menorragia, sangramento intermenstrual, dispareunia, sangramento pós-coito e infertilidade.^(2,21) Em uma revisão sistemática, foi verificado que as mulheres com DP, em comparação com outras mulheres, possuem maior sensibilidade à dor em áreas de dor referida, observando-se menor diminuição

do limiar e da tolerância a estímulos dolorosos.⁽²⁰⁾ Tratamentos de primeira linha para DP são anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) como o ibuprofeno e o naproxeno para o controle da dor.⁽²⁾ Os anticoncepcionais orais combinados (AOCs) suprimem a ovulação e o crescimento endometrial, diminuindo o volume de sangue menstrual e secreção de prostaglandinas, diminuindo a dor.⁽²²⁾ Além dos tratamentos farmacológicos, são recomendadas terapias alternativas, como exercícios, acupuntura e acupressão, intervenções comportamentais, calor tópico e suplementação.^(22,23) Quando uma paciente não apresenta melhora clínica da dismenorreia dentro de três a seis meses após o início do tratamento ou se a paciente relatar dismenorreia grave imediatamente após a menarca e piora progressiva da dor, o médico ginecologista obstetra deve suspeitar de dismenorreia secundária (DS).⁽²³⁾ Assim sendo, a endometriose é a causa mais comum de DS e a sua incidência é mais alta entre mulheres de 25 a 29 anos e menor entre as mulheres com 44 anos.⁽²¹⁾ Mulheres negras possuem uma incidência 40% menor de endometriose em comparação com mulheres brancas, e pelo menos dois terços das meninas adolescentes com dor pélvica crônica ou dismenorreia que não respondem a terapias convencionais serão diagnosticadas com endometriose no momento da laparoscopia diagnóstica.^(21,23)

Complicações do dispositivo intrauterino

O DIU, principalmente na forma de cobre, é usado por mais de 150 milhões de mulheres em todo o mundo, tornando-o o método contraceptivo reversível mais amplamente usado.^(24,25) Os possíveis mecanismos do DIU incluem: inibição de migração e de viabilidade dos espermatozoides ao nível do colo do útero, endométrio e tuba uterina, além de desacelerar ou acelerar a transmissão do óvulo através das tubas uterinas e dano ou destruição do óvulo antes da fertilização.^(2,26) Métodos contraceptivos de longa duração, como o DIU, permitem que muitas mulheres evitem os riscos de uma gravidez indesejada e aumentem o espaçamento entre as gestações.⁽²⁴⁾ Diante disso, o uso do DIU aumentou nas últimas décadas e, com isso, a maior frequência de complicações como a infecção, a perfuração e a expulsão do DIU.⁽²⁾ As principais preocupações com a utilização do DIU têm sido a infecção do trato genital superior e de que o DIU *in situ* possa resultar em risco contínuo de DP, aumentando a sua incidência em seis vezes no primeiro mês após a inserção do DIU.^(24,25) Muitos estudos realizados em uma variedade de contextos clínicos demonstraram que o processo de inserção em vez do DIU *in situ* é responsável pelo aumento do risco de infecção.⁽²⁷⁾ As características clínicas da perfuração uterina incluem dor leve a forte durante e após a inserção e sangramento vaginal anormal, embora a perfuração possa ser indolor em 30% das mulheres.⁽²⁸⁾ A taxa de perfuração uterina com inserção do DIU é de 0,4 por 1.000 dispositivos, sendo considerada um evento raro.⁽²⁸⁾ Alguns fatores são asso-

ciados a um risco aumentado de perfuração e incluem a habilidade do clínico e fatores anatômicos, como colo do útero estenótico ou útero imóvel ou retrovertido.⁽²⁴⁾ A avaliação diagnóstica deve ser iniciada com o ultrassom pélvico para confirmar a perfuração, seguido de radiografia para observar a localização.⁽²⁾ O manejo geralmente é por remoção cirúrgica via laparoscopia.⁽²⁸⁾ Embora complicações raras por causa de DIU perfurado sejam raras, geralmente é recomendável que os DIUs de cobre sejam recuperados o mais rápido possível, já que os íons de cobre são inflamatórios e corroem a bexiga ou o trato gastrointestinal.⁽²⁴⁾ É provável que a expulsão ocorra no primeiro ano após a inserção e pode ocorrer a qualquer momento durante os 10 anos de uso.⁽²⁴⁾ Os fatores consistentemente associados a uma maior taxa de expulsão são a idade inferior a 20 anos e a nulidade.⁽²⁴⁾

Causas não ginecológicas

As principais causas não ginecológicas da dor pélvica aguda são gastrointestinais, geniturinárias e musculoesqueléticas.⁽²⁹⁾ Entre as causas gastrointestinais e mesentéricas, podemos citar apendicite aguda, linfadenite mesentérica, diverticulite de Meckel, doença de Crohn, hérnia inguinal, trombose venosa mesentérica e abscesso perirretal.^(5,30) Para as causas geniturinárias, têm-se infecções do trato urinário e urolitíase distal. Já as causas musculoesqueléticas são osteomielite, miosite e abscesso de tecidos moles.⁽⁵⁾ Ademais, podem ser geradas por fatores externos, como envenenamento por chumbo e uso de narcóticos; por patologias hematológicas, como porfiria e crise das células falciformes; e por fatores psicossomáticos.⁽³⁰⁾ A presença de fecaloma, gás extraluminal e infiltração assimétrica de gordura pélvica dentro de um abscesso pélvico, principalmente após a menopausa, levanta a suspeita para as causas gastrointestinais.⁽²⁹⁾ Para essa faixa etária, descartam-se como possíveis causas gravidez ectópica e torção ovariana.⁽³⁰⁾ Para a faixa etária mais jovem, deve-se também avaliar quanto a possível abuso sexual.⁽⁵⁾ Nesta última faixa etária, têm-se ainda hímen imperfurado e septo vaginal transversal como possíveis causas.⁽³⁰⁾ Os diagnósticos diferenciais não ginecológicos mais comuns de dor pélvica aguda são apendicite aguda e diverticulite, os quais podem ser detectados na ultrassonografia ou tomografia com contraste.^(1,30) Enquanto a diverticulite caracteriza-se por dor na fossa inguinal esquerda, a apendicite apresenta-se como dor periumbilical com migração para o quadrante inferior direito.^(29,30) Nos casos em que a dor pélvica está associada a disúria e piúria, deve-se considerar infecção no trato urinário inferior ou pielonefrite.⁽³⁰⁾

CONCLUSÃO

São muitas as causas não obstétricas de dor pélvica aguda em mulheres, as quais perpassam pelas ginecológicas, subdivididas em anexiais e uterinas, e pelas não ginecológicas, que podem ser classificadas pelos

sistemas orgânicos acometidos. Todas elas geram repercussões sobre o bem-estar da mulher que vão além da dor pélvica, influenciando as atividades da vida diária e outras áreas do cotidiano. Nesse contexto, independentemente da causa, são misteres uma anamnese e um exame físico completos, não só para orientar a escolha do método de imagem auxiliar ao diagnóstico, como também o melhor manejo terapêutico para tal moléstia, englobando todo o aspecto biopsicossocial da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Hecht S, Meissnitzer M, Forstner R. [Acute pelvic pain in women-gynecological causes]. *Radiologe*. 2019;59(2):126-32. doi: 10.1007/s00117-018-0475-4. German.
2. Deway K, Wittrock C. Acute pelvic pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2019;37(2):207-18. doi: 10.1016/j.emc.2019.01.012
3. Harkins GJ. Female pelvic pain. *Semin Reprod Med*. 2018;36(2):97-8. doi: 10.1055/s-0038-1676086
4. Mahonski S, Hu KM. Female nonobstetric genitourinary emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2019;37(4):771-84. doi: 10.1016/j.emc.2019.07.012
5. Naffaa L, Deshmukh T, Tumu S, Johnson C, Boyd KP, Meyers AB. Imaging of acute pelvic pain in girls: ovarian torsion and beyond. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2017;46(4):317-29. doi: 10.1067/j.cpradiol.2016.12.010
6. Correia L, Marujo AT, Queirós A, Quintas A, Simões T. Adnexal torsion. *Acta Obstet Gynecol Port*. 2015;9(1):45-55.
7. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Ginecologia de Williams*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Berek JS. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
9. Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F. Rotinas em ginecologia. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
10. Su WH, Lee WL, Cheng MH, Yen MS, Chao KC, Wang PH. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas. *J Chin Med Assoc*. 2012;75(10):487-93. doi: 10.1016/j.jcma.2012.07.004
11. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):665-86. doi: 10.1093/humupd/dmw023
12. Török P, Póka R. A myoma uteri diagnosztikája és kezelése. *Orv Hetil*. 2016;157(21):813-9. doi: 10.1556/650.2016.30435
13. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(2):157-78. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8
14. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: doenças infectocontagiosas. São Paulo: Febrasgo; 2010.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
16. Kairys N, Roepke C. Tubo-ovarian abscess. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020 [cited 2020 Aug 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846347/>
17. Czeyda-Pommersheim F, Kalb B, Costello J, Liao J, Meshksar A, Tiwari HA, et al. MRI in pelvic inflammatory disease: a pictorial review. *Abdom Radiol (NY)*. 2017;42(3):935-50. doi: 10.1007/s00261-016-1004-4
18. Cho HW, Koo YJ, Min KJ, Hong JH, Lee JK. Pelvic inflammatory disease in virgin women with tubo-ovarian abscess: a single-center experience and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(2):203-8. doi: 10.1016/j.jpag.2015.08.001
19. Fernandes CE, Sâ MFS, editores. Tratado de ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: GEN/Guanabara Koogan; 2019.
20. Payne LA, Rapkin AJ, Seidman LC, Zeltzer LK, Tsao JC. Experimental and procedural pain responses in primary dysmenorrhea: a systematic review. *J Pain Res*. 2017;10:2233-46. doi: 10.2147/JPR.S143512
21. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2014;89(5):341-6.
22. Burnett M, Lemyre M. Primary dysmenorrhea consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;345(2):585-95. doi: 10.1016/j.jogc.2016.12.023
23. ACOG Committee Opinion No. 760: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):249-58. doi: 10.1097/AOG.0000000000002978
24. Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive. *Int J Womens Health*. 2010;2:211-20. doi: 10.2147/ijwh.s6914
25. Holanda AAR, Barreto CFB, Holanda JCP, Mota KB, Medeiros RD, Maranhão TMO. [Controversies about the intrauterine device: a review]. *Femina [Internet]*. 2013 [cited 2020 Aug 8];41(3):141-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3812.pdf>. Portuguese.
26. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1699-708. doi: 10.1067/mob.2002.128091
27. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*. 1992;339(8796):785-8. doi: 10.1016/0140-6736(92)91904-m
28. Whaley NS, Burke AN. Intrauterine contraception. *Womens Health*. 2015;11(6):759-67. doi: 10.2217/whe.15.77
29. Pages-Bouic E, Millet I, Curros-Doyon F, Faget C, Fontaine M, Taourel P. Acute pelvic pain in females in septic and aseptic contexts. *Diagn Interv Imaging*. 2015;96(10):985-95. doi: 10.1016/j.diii.2015.07.003
30. Kruska PS, Kruska SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2010;82(2):141-7.