

Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres

Management of chronic pelvic pain in women

Antonio Alberto Nogueira¹, Francisco José Candido dos Reis¹, Omero Benedicto Poli Neto^{1,2}

RESUMO

Dor pélvica crônica é uma doença debilitante e de alta prevalência, com grande impacto na qualidade de vida e produtividade, além de custos significantes para os serviços de saúde. O dilema no manejo da dor pélvica crônica continua a frustrar médicos confrontados com o problema, em parte porque sua fisiopatologia é pobremente compreendida. Conseqüentemente, seu tratamento é muitas vezes insatisfatório e limitado ao alívio temporário dos sintomas. Nesta revisão, nós discutimos uma abordagem ampliada da dor pélvica crônica. Salientamos que uma história clínica e exame físico adequados deveriam incluir atenção especial aos sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino. Dessa forma, uma abordagem multidisciplinar é recomendada. Adicionalmente, enfatizamos que, embora úteis, procedimentos cirúrgicos específicos, tais como a laparoscopia, deveriam ser indicados somente para pacientes selecionadas, após excluir principalmente síndrome do intestino irritável e dor de origem miofascial.

PALAVRAS-CHAVE: Dor pélvica; Síndrome do intestino irritável; Cistite intersticial; Endometriose; Laparoscopia; Prevalência

ABSTRACT

Chronic pelvic pain is a debilitating and highly prevalent disease with a major impact on quality of life and work productivity, beyond significant costs to health services. The dilemma of managing patients with chronic pelvic pain continues to frustrate physicians confronted with these complaints, in part because its pathophysiology is poorly understood. Consequently, its treatment is often unsatisfactory and limited to temporary symptom relief. In the present revision, we discuss the adequate management of chronic pelvic pain. We point out that a comprehensive medical history and physical examination should include special attention to gastrointestinal, urological, gynecological, muscle-skeletal, neurological, psychiatric, and endocrine systems. Thus, a multidisciplinary approach is recommended. Additionally, we emphasize that, although useful, specific surgical procedures, such as laparoscopy, should be indicated only to selected patients, mainly after excluding irritable bowel syndrome and pain of myofascial origin.

KEYWORDS: Pelvic pain; Irritable bowel syndrome; Cystitis, interstitial; Endometriosis; Laparoscopy; Prevalence

1 Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

2 Professor do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Correspondência: Antonio Alberto Nogueira

Avenida Bandeirantes, 3900 – 8º andar – 14049-900 – Ribeirão Preto – SP – Telefone: (55) 16-3602-2589 – Fax: (55) 16-3633-0946 – e-mail: aanoguei@fmrp.usp.br

Recebido em: 13/12/2006

Introdução

Dor pélvica crônica é definida como dor pélvica não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico¹. A etiologia não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais².

A prevalência estimada de dor pélvica crônica é de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos (superior à enxaqueca, asma e dor nas costas), variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional³⁻⁶, o que transforma a dor pélvica crônica em um sério problema de saúde pública. Cerca de 60% das mulheres com a doença nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor⁷. Em unidades de cuidados primários, 39% das mulheres queixam-se de dor pélvica. É responsável por 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas, 10% das consultas ginecológicas e, aproximadamente, 12% das histerectomias⁸⁻¹⁰. Adicionalmente, implica custo direto e indireto superior a dois bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos¹¹. Não sabemos sua real prevalência em países em desenvolvimento, como o Brasil, mas estima-se que seja superior àquela encontrada em países desenvolvidos¹².

Alguns estudos têm tentado identificar fatores de risco para a doença, mas os resultados são conflitantes, o que é, em parte, explicado pela particularidade dos dados epidemiológicos de cada localidade e pela falta de qualidade no acesso às informações dos estudos. Recentemente, uma revisão sistemática concluiu que abuso de drogas ou álcool, abortos, fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, patologia pélvica, cesárias e co-morbidades psicológicas estão associados à doença¹³. Os dados disponíveis até o momento são, de certa forma, limitados, especialmente em países em desenvolvimento.

Fisiopatologia

Vários são os mecanismos que corroboram para a manutenção e/ou evolução da dor pélvica crônica. Entre eles podemos citar: 1) mudanças neuroplásticas que ocorrem no corno posterior da medula espinhal em consequência de mudanças

eletrofisiológicas, bioquímicas e metabólicas promovidas pelo estímulo nocivo inicial, o que leva à inflamação neurológica devido à liberação de fator de crescimento neural e substância P na periferia, local de origem do estímulo, exacerbando o mesmo; 2) sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham uma mesma inervação (reflexo víscero-visceral); e 3) desenvolvimento de um reflexo víscero-muscular que pode culminar não só em repercussões disfuncionais, como dificuldade miccional ou incontinência urinária, mas também no desenvolvimento de síndrome miofascial e geração de novos pontos de dor¹⁴. Conseqüentemente, há uma sobreposição de sintomas como dispareunia, dismenorréia, queixas gastrintestinais, geniturinárias e músculo-esqueléticas.

Atualmente vem sendo dada ênfase ao papel da inflamação neurogênica na fisiopatologia da dor pélvica crônica¹⁵. Para embasar essa hipótese, parte-se do princípio universalmente aceito, de que estímulos nocivos, por dano tecidual, podem aumentar a produção de substâncias promotoras de dor que estão presentes nas terminações dos nociceptores aferentes primários e são liberadas quando o nociceptor é estimulado. Por outro lado, quando uma fibra sensitiva é estimulada eletricamente o impulso caminha não só em direção à medula espinhal (sentido ortodrômico), mas também no sentido inverso, para a periferia (sentido anti-drômico). Quando esse estímulo anti-drômico chega à periferia, há liberação de óxido nítrico, substância P, CGRP (proteína relacionada ao gene da calcitonina), neuroquinina A e B, dentre outros, que causam a inflamação neurogênica, caracterizada por vasodilatação, edema e hiperalgesia¹⁵. Isso gera mais lesão tecidual, o que fecha o ciclo e faz o estímulo doloroso se perpetuar. Esse mecanismo permite interpretar que a dor pélvica crônica tem, ao menos em parte, um componente inflamatório crônico importante.

Qualquer estrutura abdomino-pélvica pode estar envolvida na etiologia da dor pélvica crônica, mas, principalmente, órgãos do trato genital superior, vasos sanguíneos, músculos e fâscias da parede abdominal e assoalho pélvico, bexiga, ureteres e trato gastro-intestinal. Muitas vezes, inflamação ou congestão em órgãos reprodutivos, e mesmo do trato urinário ou digestivo de causas fisiológicas (menstruação, ovulação) ou patológicas como a endometriose, pode causar dor visceral, até mesmo quando a lesão primária ocorre em músculos e pele que compartilham uma inervação oriunda de um mesmo segmento espinal. A predominância de dor pélvica crônica em mulheres no menacme não pode ser inteiramente explicada por este tipo de hiperalgesia desencadeada por

alterações cíclicas no aparelho reprodutor. Outros mecanismos potenciais incluem efeitos hormonais no sistema nervoso central e periférico. De fato, a influência hormonal tem sido apontada como causa das diferentes respostas nociceptivas entre machos e fêmeas¹⁶. Adicionalmente, influências psicossociais e culturais podem contribuir para a hiperalgesia^{17,18}.

Para o ginecologista que atende mulheres com o diagnóstico de dor pélvica crônica é importante compreender, ao menos em parte, os tipos de dor. Isso pode facilitar a elaboração da hipótese diagnóstica. Resumidamente, temos:

1. Dor de origem somática: o estímulo doloroso inicia em estruturas como pele, músculos, fâscias, ossos e articulações. Frequentemente é menos intensa, geralmente em pontadas, e

a paciente, em geral, consegue localizar um ponto específico de dor;

2. Dor de origem visceral: usualmente é mal localizada, frequentemente em cólicas, às vezes associadas a fenômenos autonômicos, como náuseas, vômitos e reações emocionais;
3. Dor de origem psicológica: embora alterações de personalidade, de conduta e depressão tenham papel bem definido na maneira de percepção da dor, a dor pélvica crônica psicogênica é menos freqüente e é diagnóstico de exclusão.

Embora o número de condições que se manifestam como dor pélvica crônica seja muito grande, é possível agrupá-las em categorias: gastrintestinais, urológicas, ginecológicas e músculo-esqueléticas (Quadro 1).

Quadro 1 - Algumas doenças que podem estar associadas à dor pélvica crônica⁷.

Possibilidades diagnósticas	
Sistema gastrintestinal (~37%)	Síndrome do intestino irritável Doença intestinal inflamatória, colite, doença diverticular Hérnias Constipação, obstrução intestinal crônica intermitente Carcinoma do cólon
Sistema urológico (~31%)	Cistite intersticial Cistite/uretrite aguda recorrente, ITU crônica, cistite actínica Urolitíase Síndrome uretral, divertículo/carúncula uretral Neoplasia vesical
Sistema genital (~20%)	Extra-uterina Endometriose Doença inflamatória pélvica Massas pélvicas e anexiais Aderências Congestão pélvica Distopias e prolapso genitais
	Intra-uterina Adenomiose Estenose do canal cervical Pólipos, miomas, DIU
Sistema músculo-esquelético	Síndromes miofasciais Espasmo da musculatura do assoalho pélvico Inadequação postural Fibromialgia Síndrome do piriforme Hérnia de disco Neuralgia do ílio-inguinal, ílio-hipogástrico, gênilo-femoral

Diagnóstico

História clínica

Questionar características da dor (visceral ou somática), localização (mapa da dor), fatores de melhora e piora, duração e sua relação com o ciclo menstrual. História obstétrica, número e tipo de partos (partos traumáticos podem levar a dor pélvica crônica de origem músculo-esquelética, principalmente em músculos do assoalho pélvico), cirurgias pélvicas anteriores, história de doença inflamatória pélvica, tratamentos clínicos e cirúrgicos já realizados devem ser investigados. Informações sobre o aparelho gastrointestinal e urinário devem ser pesquisadas, assim como o padrão menstrual e dispareunia^{2,19,20}. Isto permite direcionar esforços para o diagnóstico da causa mais provável da dor pélvica crônica. Assim: a) dismenorréia severa pode estar associada à endometriose; dispareunia, além da endometriose, pode estar relacionada com disfunções do assoalho pélvico, cistite intersticial ou síndrome do intestino irritável; b) disúria, polaciúria, noctúria e história de infecções urinárias de repetição com culturas negativas podem ser indícios de cistite intersticial; c) distensão abdominal dolorosa e melhora do quadro com a movimentação intestinal, alternância de constipação e diarreia, início da dor coincidente com modificações nas características das fezes, eliminação de muco pelo reto e sensação de evacuação incompleta após defecação são sintomas sugestivos de síndrome do intestino irritável. O ginecologista deve ter em mente que todos esses sintomas podem piorar no período menstrual; d) dor pélvica crônica diretamente relacionada a procedimento cirúrgico abdômino-pélvico pode sugerir síndrome miofascial, endometriose em cicatriz cirúrgica e, com menor frequência, aderências; e) história psicossocial de traumas, incluindo violência doméstica e/ou sexual atual ou passada, faz parte do interrogatório. Vítimas de violência sexual têm alta incidência de condições médicas crônicas: dor pélvica crônica, ansiedade e depressão^{21,22}.

Há uma estreita relação entre dor pélvica crônica e depressão, e a presença dessa última pode dificultar ou mesmo impedir seu tratamento. Na suspeita de depressão ou alterações de personalidade, os principais sinais e sintomas psíquicos, orgânicos e sociais relacionados à depressão devem ser pesquisados. Atualmente, o instrumento mais utilizado é o questionário de depressão de Beck²³.

Mensuração clínica da dor

Os instrumentos utilizados para a mensuração clínica da dor são aplicáveis tanto em pesquisa

científica quanto na clínica aplicada. Ela pode ser realizada por meio de escalas unidimensionais e multidimensionais²⁴.

As escalas unidimensionais mais empregadas são:

- a) Escala analógica visual de dor: é a mais utilizada na prática clínica, pela exequibilidade, rapidez e aplicação clínica. Consta de uma linha ininterrupta de 10 cm de extensão na qual a paciente é orientada a marcar o ponto que corresponde à dor referida, lembrando que o início da escala (0) corresponde à ausência de dor e o término da escala (10) corresponde à pior dor já vivenciada (parto sem analgesia, infarto do miocárdio, dor de dente, litíase urinária etc) ou imaginada. Tem como vantagem a simplicidade, é amplamente utilizada independente do idioma e compreensível pela maioria dos pacientes independente da escolaridade. É importante salientar que a escala analógica visual compara melhor um indivíduo em vários momentos do que dois ou mais indivíduos entre si;
- b) Escala de categoria numérica: a paciente escolhe qual o melhor termo que determina sua dor: (0) = nenhuma dor, (1) = branda, (2) = desconfortável, (3) = aflitiva, (4) = horrível e (5) = martirizante.

Quanto as escalas multidimensionais, a mais importante é o questionário de dor de McGill: consta de um questionário com vários descritores de dor, agrupados em quatro classes (sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea) e 16 subclasses. Apesar da aparente complexidade, ele permite à paciente retratar com mais riqueza de detalhes sua experiência dolorosa e deixa-a segura quanto ao fato de transmitir ao médico o que ela realmente está sentindo.

A presença e a severidade da dispareunia profunda, por sua vez, também podem ser avaliadas através de uma escala que caracteriza a dor de acordo com a limitação da atividade sexual²⁵, da seguinte maneira: 0 = Ausente; 1 = Leve (dor tolerável, não leva à interrupção da relação sexual); 2 = Moderada (dor intensa o suficiente para levar à interrupção da relação sexual) e 3 = Severa (dor que impede a relação sexual). Apesar de não ser considerada dor pélvica crônica pela maioria das definições, alguns autores, inclusive o nosso setor, inclui a dismenorréia severa como tal. A presença e a severidade da dismenorréia podem ser avaliadas por meio de uma escala que destaca o impacto social dos sintomas dolorosos. Este método descreve a dor conforme a limitação da capacidade de trabalho, a coexistência de sintomas sistêmicos e a necessidade do uso de analgésicos²⁶: 0 = Ausente; 1 = Leve (desconforto

pélvico ocasional que não prejudica a atividade diária, uso eventual de medicação); 2 = Moderada (dor durante grande parte do ciclo, afeta a atividade diária, responsiva ao uso de medicação) e 3 = Severa (dor persistente por todo o ciclo, com limitação importante da atividade diária, uso freqüente de analgésicos potentes, sem resposta efetiva).

Exame físico

Durante o exame físico geral, especial atenção deve ser dada ao modo de andar, características faciais de sofrimento e posturas antálgicas^{2,19,20}.

O exame abdominal deve iniciar com a inspeção de cicatrizes e deformações; na palpação, verificar a presença de massas, aumento do tamanho de vísceras e distensão de alças intestinais. Na avaliação da parede abdominal, tentar identificar pontos dolorosos e/ou pontos de “gatilho” que desencadeiam dor mais profunda ou em faixas musculares, inclusive na região inguinal. A palpação da parede abdominal concomitante com manobra de Valsalva ou elevando a cabeça com contração dos músculos da parede abdominal (teste de Carnett) é útil no diagnóstico de dor de origem na parede abdominal (miofascial, endometriose em cicatriz cirúrgica e hérnias) e de dor originária na cavidade pélvica – no primeiro caso, a dor se mantém ou se intensifica, enquanto na última situação, há tendência de a paciente relatar melhora da dor. A dor miofascial pode ser devida à tensão muscular, lesão de terminações nervosas, miosites, traumas e hérnias na parede abdominal²⁷.

O exame pélvico deve ser realizado da maneira mais confortável e delicada possível, pois a sensibilidade dolorosa dessas pacientes está freqüentemente exacerbada. A bexiga deve estar vazia. O exame deve-se iniciar pela inspeção da genitália externa (vulva, vestibulo e uretra) à procura de lesões ou pontos dolorosos, seguida pelo exame especular tradicional. O exame vaginal, inicialmente unidigital, é realizado a seguir para avaliação da uretra, base da bexiga e região do trígono na parede vaginal anterior, tentando identificar pontos dolorosos de origem uretral ou vesical. O próximo passo consiste na avaliação unidigital dos músculos do assoalho pélvico (levantadores do ânus: pubococcígeos, puborretais e iliococcígeos; coccígeos; piriformes e obturadores internos)²⁸. Muitas pacientes têm espasmos dolorosos de músculos do assoalho pélvico²⁹. Essa disfunção pode ser primária ou secundária a outras doenças como cistite intersticial e endometriose. Na avaliação bi-digital, quando possível, atenção especial deve ser dada à presença de irregularidades, nódulos e pontos dolorosos no fundo de saco vaginal e ligamentos útero-sacros, que podem sugerir a presença de endometriose pélvica. A dor moderada ou intensa

na palpação bi-manual do útero pode significar adenomiose, síndrome da congestão pélvica ou doença inflamatória pélvica ou mesmo pelvipерitonite. A palpação bi-digital/bi-manual dificulta a localização da dor porque envolve todas as camadas da parede abdominal, o peritônio parietal e o órgão pélvico palpado. Vale ressaltar que, antes de proceder ao exame pélvico-abdominal combinado, é necessário bloquear com analgésicos eventuais pontos de gatilho do abdome. O exame retal deverá ser realizado sempre que necessário, e, nesses casos, o septo reto-vaginal deve ser avaliado cuidadosamente para verificar a presença de nodulações dolorosas sugestivas de endometriose. Desconforto muito intenso no toque retal pode estar associado também com síndrome do intestino irritável.

Exames subsidiários

Devem ser realizados de acordo com a história clínica e exame físico, quando seus resultados puderem interferir no diagnóstico, seguimento e tratamento. Entre eles, citamos a ultra-sonografia transvaginal e de parede abdominal, dosagem sérica de CA-125, o teste urodinâmico, a pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia, pesquisa de clamídia e gonococos, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética, e a laparoscopia e a histeroscopia diagnósticas.

A ultra-sonografia transvaginal e de parede abdominal é indicada quando há suspeita clínica de endometriose e/ou massas pélvicas. A doppler-velocimetria pode ser útil na presunção do diagnóstico da síndrome de congestão pélvica, apesar de a sua confirmação depender da venografia³⁰.

A dosagem sérica de CA-125 é útil na complementação diagnóstica para os casos com suspeita diagnóstica de endometriose severa³¹⁻³³ e massas anexiais³⁴⁻³⁶.

Indica-se o teste urodinâmico com avaliação da capacidade vesical, associado ao exame de urina tipo I, urocultura e cistoscopia com biópsia dirigida; esta é indicada na suspeita de doenças do sistema urológico, especialmente a cistite intersticial, embora seu diagnóstico nas fases iniciais seja predominantemente clínico¹⁴.

A investigação de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia não permitem o diagnóstico de síndrome do intestino irritável, mas podem ser necessários na suspeita de acometimento do sistema gastrointestinal para excluir doenças inflamatórias ou neoplásicas, já que o diagnóstico da síndrome do intestino irritável é também eminentemente clínico³⁷.

A pesquisa de clamídia e gonococos (cultura, PCR), tem sua utilidade na confirmação diagnóstica em alguns casos de doença inflamatória pélvica de difícil tratamento.

A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética têm indicação limitada, sendo recomendadas para melhorar a sensibilidade da ultra-sonografia em alguns casos de massas pélvicas com suspeita de comprometimento de estruturas adjacentes.

A laparoscopia e a histeroscopia diagnósticas estão associadas à detecção de anormalidades entre 30 e 80% das pacientes com dor pélvica crônica³⁸. Entretanto, nem sempre é possível atribuir as alterações encontradas à causa primária da doença dor pélvica crônica. Há estudos mostrando que o uso de tais procedimentos cirúrgicos pode ser minimizado de 40 para 5%^{10,39} dos casos com dor pélvica crônica e devem ser precedidos da avaliação clínica, laboratorial e de imagem cuidadosa. Além disso, a ausência de achados à histeroscopia/laparoscopia não significa que a paciente não tem base física para sua dor^{40,41}.

Tratamento

Mesmo sem etiologia definida, após seis meses de duração a dor pélvica crônica deixa de ser apenas um sintoma, passa a ser uma doença com fisiopatologia própria e deve ser tratada de maneira consistente. Quando um diagnóstico específico pode ser feito, o tratamento também é específico para esta patologia⁴²; quando não, o tratamento deve ser dirigido para o controle da dor.

Os analgésicos de primeira linha, antiinflamatórios não hormonais e acetaminofen podem ser as drogas de primeira escolha. Tentar ao menos três drogas isoladas ou associadas antes de iniciar tratamento com opióides⁴³. Boas opções são nimesulide, ibuprofeno, piroxicam e, como associação inicial, propoxifeno com ácido acetil-salicílico.

Os opiáceos estão indicados quando não houver resposta ao tratamento prévio. Já está bem estabelecido na literatura que não há contra-indicação absoluta pelo risco de tolerância, dependência e adição, mas estas condições não podem ser desprezadas⁴⁴.

Os anestésicos tópicos injetáveis são utilizados para injeção local nos pontos de gatilho na parede abdominal ou em músculos do assoalho pélvico para tratamento da síndrome miofascial e para bloqueio de nervos ílio-inguinais e ílio-hipogástricos. Podem ser efetivos tanto no diagnóstico como no tratamento de alguns casos de hiperalgesia pós-cirurgia pélvica ou trauma²⁷. A dor crônica por espasmo de músculos do assoalho pélvico pode ser tratada também por bloqueio anestésico local, injeção de toxina botulínica, fisioterapia ou eletro-estimulação⁴⁵⁻⁴⁹.

Antidepressivos tricíclicos podem ser associados aos analgésicos no tratamento da dor pélvica crônica de qualquer etiologia. Eles melhoram

a tolerância à dor, restabelecem o padrão de sono e reduzem sintomas depressivos, melhorando a adesão ao tratamento. O tratamento pode ser iniciado com 25 mg de amitriptilina via oral ao dia (usar preferencialmente à noite), podendo atingir 100 mg ao dia⁵⁰⁻⁵².

Drogas miorrelaxantes podem ser usadas com sucesso em pacientes nas quais a presença de espasmos musculares ou tensão contribuem para a manutenção da dor. Apesar de não haver estudos específicos do efeito destas drogas no tratamento da dor pélvica crônica, a literatura embasa seu uso em situações de dor crônica⁵³.

A supressão ovariana e conseqüentemente da menstruação é tratamento eficiente para o controle da dor pélvica crônica de varias etiologias. Pode ser realizada com contraceptivos hormonais combinados, progestágenos ou análogos de GnRH em pacientes principalmente com componente cíclico e dismenorréia, por períodos determinados. Várias alterações podem se beneficiar desse tratamento, além da endometriose com dor pélvica crônica, entre elas a síndrome da congestão pélvica e patologias uterinas sintomáticas como miomas e adenomiose, além da cistite intersticial e síndrome do intestino irritável^{7,20}.

O tratamento cirúrgico fica reservado para patologias específicas, comprovadamente associadas à dor.

Quanto à ablação de ligamentos uterossacros e neurectomia pré-sacral, embora apresente melhora transitória da dor em alguns casos, existem poucas evidências de melhora a longo prazo. Tem sido usada com melhor eficácia em casos de dor pélvica crônica devido à endometriose severa associada à dismenorréia⁵⁴.

Laparoscopia para lise de aderências mostra-se pouco efetiva na maioria dos casos, principalmente porque as aderências mais associadas à dor pélvica crônica são as secundárias à endometriose severa e à doença inflamatória pélvica⁵⁵.

Não há evidências suficientes para recomendação da histerectomia para tratamento da dor pélvica crônica, principalmente em pacientes sem patologias uterinas evidentes que podem causar dor crônica. É útil nos casos de adenomiose pouco responsiva a tratamento clínico⁵⁶.

Conclusão

Dor pélvica crônica é uma doença com alta prevalência, entretanto, muitas pacientes ficam sem o diagnóstico específico e, conseqüentemente, sem um tratamento apropriado. O papel do clínico é essencial: fazer um diagnóstico preciso e precoce;

evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários, particularmente laparoscopia, ao menos antes de descartar síndrome do intestino irritável e síndrome miofascial; instituir tratamento adequado: quando não para a patologia primária, usar medidas para o controle da dor. Por outro lado, o papel do pesquisador também é fundamental: identificar fatores de risco para o desenvolvimento da doença; auxiliar na elaboração de metas para sua prevenção; desvendar os mecanismos fisiopatológicos com o intuito de permitir tratamentos mais eficazes, especialmente no combate à dor; e, essencialmente, divulgar esses conhecimentos para aplicação clínica tão logo seja possível. Enfim, essa revisão pretende esclarecer alguns pontos sobre a doença dor pélvica crônica e fornecer subsídios ao clínico, especialmente ao médico ginecologista, para um diagnóstico e tratamento adequado de suas pacientes.

Referências

- Campbell F, Collett BJ. Chronic pelvic pain. *Br J Anaesth.* 1994;73(5):571-3.
- Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2003;101(3):594-611.
- Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int.* 2006;27(7):585-99.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(11):1156-61.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(11):1149-55.
- Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14(3):403-14.
- Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(5):695-711.
- Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS, Bernstein SJ. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2000;95(2):199-205.
- Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA; Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril.* 2002;78(5):961-72.
- Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv.* 1993;48(6):357-87.
- Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996;87(3):321-7.
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006;6:177.
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* 2006;332(7544):749-55.
- Butrick CW. Interstitial cystitis and chronic pelvic pain: new insights in neuropathology, diagnosis, and treatment. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(4):811-23.
- Wesselmann U. Neurogenic inflammation and chronic pelvic pain. *World J Urol.* 2001;19(3):180-5.
- Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. *Gend Med.* 2005;2(3):137-45.
- Leo RJ. Chronic pain and comorbid depression. *Curr Treat Options Neurol.* 2005;7(5):403-12.
- McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. *Arch Oral Biol.* 1994;39 Suppl:55S-62S.
- Nader A, Candido KD. Pelvic pain. *Pain Pract.* 2001;1(2):187-96.
- Carter JE. Chronic pelvic pain: diagnosis and management. Golden: Medical Education Collaborative; 1996.
- Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 1997;42(5):433-44.
- Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry.* 1988;145(1):75-80.
- Poole H, Bramwell R, Murphy P. Factor Structure of the Beck Depression Inventory-II in patients with chronic pain. *Clin J Pain.* 2006;22(9):790-8.
- Ong KS, Seymour RA. Pain measurement in humans. *Surgeon.* 2004;2(1):15-27.
- Biberoglu KO, Behrman SJ. Dosage aspects of danazol therapy in endometriosis: short-term and long-term effectiveness. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;139(6):645-54.
- Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;144(6):655-60.
- Sharp HT. Myofascial pain syndrome of the abdominal wall for the busy clinician. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(4):783-8.
- Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(4):773-82.

29. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Prevalence of pelvic musculoskeletal disorders in a female chronic pelvic pain clinic. *J Reprod Med*. 2006;51(3):185-9.
30. Stones RW. Pelvic vascular congestion-half a century later. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46(4):831-6.
31. Pittaway DE, Douglas JW. Serum CA-125 in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Fertil Steril*. 1989;51(1):68-70.
32. Xavier P, Beires J, Belo L, Rebelo I, Martinez-de-Oliveira J, Lunet N, et al. Are we employing the most effective CA 125 and CA 19-9 cut-off values to detect endometriosis? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;123(2):254-5.
33. Kitawaki J, Ishihara H, Koshiha H, Kiyomizu M, Teramoto M, Kitaoka Y, et al. Usefulness and limits of CA-125 in diagnosis of endometriosis without associated ovarian endometriomas. *Hum Reprod*. 2005;20(7):1999-2003.
34. Jurkovic D, Alfirevic Z. DISQ 4: serum CA 125 and benign looking adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006;27(4):466.
35. Alcazar JL, Errasti T, Zornoza A, Minguez JA, Galan MJ. Transvaginal color Doppler ultrasonography and CA-125 in suspicious adnexal masses. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999;66(3):255-61.
36. Strigini FA, Gadducci A, Del Bravo B, Ferdeghini M, Genazzani AR. Differential diagnosis of adnexal masses with transvaginal sonography, color flow imaging, and serum CA 125 assay in pre- and postmenopausal women. *Gynecol Oncol*. 1996;61(1):68-72.
37. Hatlebakk JG, Hatlebakk MV. Diagnostic approach to suspected irritable bowel syndrome. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2004;18(4):735-46.
38. Drozgyik I, Vizer M, Szabo I. Significance of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006 Jul 17; [Epub ahead of print]
39. Okaro E, Condous G, Khalid A, Timmerman D, Ameye L, Huffel SV, et al. The use of ultrasound-based 'soft markers' for the prediction of pelvic pathology in women with chronic pelvic pain--can we reduce the need for laparoscopy? *BJOG*. 2006;113(3):251-6.
40. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46(4):749-66.
41. Nasco PC, Vilos GA, Ettler HC, Abu-Rafea B, Hollet-Caines J, Ahmad R. Histopathologic findings on uterosacral ligaments in women with chronic pelvic pain and visually normal pelvis at laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13(3):201-4.
42. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(4):CD000387.
43. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993;20(4):643-61.
44. Miotto K, Compton P, Ling W, Conolly M. Diagnosing addictive disease in chronic pain patients. *Psychosomatics*. 1996;37(3):223-35.
45. Gajraj NM. Botulinum toxin a injection of the obturator internus muscle for chronic perineal pain. *J Pain*. 2005;6(5):333-7.
46. Markwell SJ. Physical therapy management of pelvi/perineal and perianal pain syndromes. *World J Urol*. 2001;19(3):194-9.
47. Jarvis SK, Abbott JA, Lenart MB, Steensma A, Vancaillie TG. Pilot study of botulinum toxin type A in the treatment of chronic pelvic pain associated with spasm of the levator ani muscles. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004;44(1):46-50.
48. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003;14(4):269-75.
49. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of existing therapies: part II. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60(7):474-83.
50. Onghena P, Van Houdenhove B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain*. 1992;49(2):205-19.
51. Walker EA, Sullivan MD, Stenchever MA. Use of antidepressants in the management of women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993;20(4):743-51.
52. Engel CC Jr, Walker EA, Engel AL, Bullis J, Armstrong A. A randomized, double-blind crossover trial of sertraline in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res*. 1998;44(2):203-7.
53. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD004252.
54. Johnson NP, Farquhar CM, Crossley S, Yu Y, Van Peperstraten AM, Sprecher M, et al. A double-blind randomised controlled trial of laparoscopic uterine nerve ablation for women with chronic pelvic pain. *BJOG*. 2004;111(9):950-9.
55. Hammoud A, Gago LA, Diamond MP. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertil Steril*. 2004;82(6):1483-91.
56. Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 1995;86(6):941-5.