

12- DOR PÉLVICA CRÔNICA - ENDOMETRIOSE

AUTORES: ANTONIO ALBERTO NOGUEIRA
OMERO BENEDICTO POLI NETO
JULIO CESAR ROSA E SILVA

PREFÁCIO

A prática médica moderna ainda segue um modelo cartesiano tradicional, com dicotomia mente-corpo, onde a dor é encarada como física (real) ou mental (irreal). Isso não é diferente no nosso ambiente de trabalho. Na prática ginecológica, a busca do diagnóstico da dor crônica muitas vezes culmina em cirurgia abdominal sem critérios claros de indicação. Caso não exista uma doença óbvia, a paciente passa a ser rotulada como tendo uma doença mental, sendo, não raramente, considerada inventiva. Nessa ocasião, elas geralmente ficam frustradas e se sentem traídas e humilhadas. Quase sempre recusam a ajuda psicológica e continuam a procurar tratamento “somático” em outro local. É frequente avaliarmos uma mulher que já passou por quase uma dezena de profissionais diferentes.

Hoje é claro que a avaliação completa da queixa de dor de uma paciente exige não apenas a pesquisa de uma possível disfunção física, como também a análise cuidadosa e simultânea dos estados motivacionais, psicológicos e afetivos que modulam a percepção da dor, particularmente a crônica. Via de regra, esses últimos estados estão sempre presentes, mas a disfunção física nem sempre é identificável. Embora todos (ou quase todos) os profissionais tenham esse conceito teórico, raramente o aplicam na prática cotidiana. Tempo, estrutura física do local de trabalho, interesse, informação e preconceitos provavelmente interferem nesse comportamento paradoxal do profissional. Como centro formador de profissionais da área da saúde, acreditamos que estes deveriam ser instruídos que a distinção obrigatória entre a natureza “física” ou “mental” de uma dor é de pouco ou nenhum interesse, visto que essa premissa é falsa por princípio. Para que o médico tenha sucesso, ele precisa ir além, precisa compreender o conceito da paciente e dos que a rodeiam acerca da dor que a aflige. Consideramos importante ressaltar já no início que as causas mais comuns de dor pélvica crônica envolvem o sistema urinário e digestório, seguido das causas ginecológicas e miofasciais. Isso é importante, porque ainda há no nosso meio uma predominância na indicação de cirurgia para investigar a causa da dor. A cirurgia apenas deve ser realizada quando for excluído o diagnóstico dessas condições, particularmente síndrome do intestino irritável, síndrome da bexiga dolorosa e síndrome miofascial abdominal e, preferencialmente, deve ser realizada por laparoscopia.

A indicação de histerectomia é, na maioria das vezes, fator complicador e não solução. Apesar deste capítulo ser extenso, ele não pretende esgotar o assunto, e sim nortear o profissional na sua atuação clínica diária. Na dúvida, um especialista deverá ser consultado.

DEFINIÇÃO

Dor pélvica crônica (DPC) é definida como dor não cíclica com duração igual ou superior a seis meses localizada na pelve anatômica, parede abdominal anterior inferior (na altura da cicatriz umbilical ou abaixo), região lombossacral ou nádegas, suficientemente severa para interferir com as atividades habituais ou necessitar de cuidados médicos. Não enquadra nesse diagnóstico: mulheres com dismenorréia ou dispareunia isoladas, assim como gestantes e mulheres com câncer.

CONTEXTO

Prevalência de 3,8% em mulheres (similar à enxaqueca, asma e dor nas costas) podendo variar de 14% a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional. É provável que no Brasil essa prevalência seja aproximadamente de 10%. Estima-se um custo direto e indireto superior a dois bilhões de dólares por ano. É responsável por 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas e aproximadamente 12% das histerectomias realizadas. No entanto, esses procedimentos, com frequência, não revelam uma causa óbvia para a DPC.

FISIOPATOLOGIA

É uma condição clínica cuja fisiopatologia não é bem compreendida. Resulta de uma complexa interação entre os sistemas genital, gastrointestinal, urinário, nervoso, músculo-esquelético e endócrino, influenciado ainda por fatores psicológicos e socioculturais. Qualquer estrutura abdominal e/ou pélvica pode estar envolvida na etiologia da DPC, mas principalmente órgãos do trato genital superior, músculos e fáscias da parede abdominal e assoalho pélvico, bexiga, ureteres, trato gastrointestinal, nervos e vasos sanguíneos. 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, e até em músculos e pele com 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, além de influências psicossociais e

culturais. Para facilitar a abordagem dois aspectos são fundamentais: tipos de dor e diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnósticos mais frequentes:

Nível de evidência A: endometriose, síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial, constipação, síndrome do intestino irritável, síndrome miofascial abdominal, espasmo assoalho pélvico, síndrome da congestão pélvica, doença inflamatória pélvica, neuralgias (pudendo, ilioipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral), síndrome do ovário residual, salpingite por tuberculose;

Nível de evidência B: aderências, leiomiomas, pseudocisto peritoneal, contração não inibida do músculo detrusor;

Nível de evidência C: adenomiose, dor ovulatória, cistos anexiais, estenose cervical, endometrite crônica, pólipos cervical ou endometrial, dispositivo intrauterino, prolapso genital, infecção crônica do trato urinário inferior, urolitíase, diverticulose, hérnias, enxaqueca ou epilepsia abdominal.

INVESTIGAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

Questionar características da dor (visceral, somática ou neural), localização (mapa da dor), fatores de melhora e piora, duração dos sintomas, e relação com o ciclo menstrual. Checar se realizou tratamentos prévios, clínicos ou cirúrgicos. História obstétrica, número e tipo de partos (partos traumáticos e complicações puerperais), cirurgias abdominais ou pélvicas anteriores, tipos de incisão, complicações, história de doença inflamatória pélvica, corrimento de repetição, múltiplos parceiros. Informações sobre o aparelho gastrointestinal e urinário devem ser rigorosamente pesquisadas assim como o padrão menstrual e dispareunia. Rastreamento com instrumentos psicométricos é fundamental em serviços de referência. Exame físico detalhado com teste de sensibilidade periférica na área, detecção de pontos de gatilho, áreas de hiperestesia ou alodínea, avaliação da força muscular são fundamentais para o diagnóstico diferencial. História psicossocial de traumas, incluindo violência doméstica (física ou emocional) e/ou sexual atual ou passada, faz parte do interrogatório. Queixas ou antecedentes de depressão e/ou ansiedade, fibromialgia, enxaqueca, lombalgia auxiliam na abordagem holística. Conhecer os medicamentos em uso é fundamental.

TIPOS DE DOR

Dor de origem somática: acomete pele, músculos, fáscias, ossos e articulações. É sentida na superfície, tende a ser abrupta, definida, localizada e limitada. O peritônio parietal comprometido está associado a este tipo de dor;

Dor de origem neural: tem características similares à dor somática com algumas particularidades como irradiação, parestesia ou disestesia no território de inervação correspondente. A dor geralmente é definida como em queimação, choque, tiro, facada, doída, dormência... Alodínea é frequente. Há alguns instrumentos que podem auxiliar no diagnóstico de dor neuropática(1).

Dor de origem visceral: é difusa, obtusa, mal localizada e pode ser referida, às vezes associada a fenômenos autonômicos, como náuseas, vômitos e reações emocionais. Pode estar associada à alodínea (2). A lateralidade não é linear, ou seja, lesões em um antímero podem ser percebidas contralateralmente.

Dor de origem psicológica: não deve ser confundida com “invenção” ou “simulação”. Embora alterações de personalidade, de conduta e depressão tenham papel bem definido na maneira de percepção da dor, a DPC psicogênica é menos freqüente e diagnóstico de exclusão. Muito tem se estudado sobre limiares individuais e sensibilização central. Eventos bioquímicos associados a esses elementos podem ser os responsáveis pela percepção da dor.

MENSURAÇÃO CLÍNICA DA DOR

Utilizamos comumente a escala analógica visual (EAV), embora existam outros instrumentos que podem trazer dados adicionais em casos selecionados (por exemplo, o inventário McGill de dor). A EAV é a mais utilizada na prática clínica pela exeqüibilidade, rapidez e aplicação clínica. Consta de uma linha ininterrupta de 10cm 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,...) 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 EAV compara melhor um indivíduo em vários momentos do que dois ou mais indivíduos entre si. Para crianças e sujeitos que não compreendem a EAV, podemos utilizar a escala de faces.

EXAME FÍSICO

Exame físico geral, incluindo avaliação de sinais vitais, deve ser realizado para se ter informações sobre a saúde geral. Especial atenção deve ser dada ao modo de andar, características faciais de sofrimento e posturas antálgicas.

EXAME ABDOMINAL

O exame abdominal deve iniciar com a inspeção de cicatrizes e deformações; presença de massas, aumento do tamanho de vísceras e distensão de alças intestinais, hérnias, pontos de gatilho e alterações de sensibilidade (hiperestesia, parestesia, disestesia, anestesia, alodínea). 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 diferencial entre dor somática de origem na parede abdominal (miofascial, endometriose em cicatriz cirúrgica e hérnias) e dor visceral – no primeiro caso a dor se mantém ou se intensifica, enquanto na última situação há tendência da paciente relatar melhora da dor. Investigar reflexos cutâneos musculares e sensibilidade cutânea do dermatomo correspondente ou área de inervação do tronco neural são de grande valia como ferramentas de diagnóstico diferencial.

EXAME PÉLVICO

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. Realizar a inspeção e palpação da genitália externa (vulva, vestibulo e uretra) à procura de lesões ou pontos dolorosos ou alterações de sensibilidade, seguido pelo exame especular tradicional. O toque vaginal, inicialmente unidigital, deve avaliar as paredes vaginais, a projeção de vísceras adjacentes (uretra, bexiga, reto) o útero e anexos (dor à mobilização, massas), a musculatura do assoalho pélvico, ligamentos uterossacros, septo retovaginal. Antes de proceder ao exame pélvico-abdominal combinado é necessário bloquear com analgésicos eventuais pontos de gatilho do abdome. Toque retal deve ser realizado para avaliar o septo retovaginal na suspeita de comprometimento durante exame vaginal. É fundamental que a bexiga esteja vazia no momento do exame.

AVALIAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO

Palpação vaginal unidigital, com a paciente em posição de litotomia e flexão de quadril e joelhos. Verificar se existe dor, espasmo e/ou ponto de gatilho no músculo levantador do ânus.

EXAMES SUBSIDIARIOS

Devem ser realizados de acordo com a história clínica e exame físico, quando seus resultados puderem interferir no diagnóstico, seguimento e tratamento.

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

Indicamos para todos os casos de dor pélvica crônica. Avaliar genitália interna e vascularização pélvica (dopplervelocimetria).

ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL

Indicamos sempre que há suspeita de síndrome miofascial, neuralgias, endometriomas ou hérnias de parede abdominal.

ULTRASSONOGRAFIA TRANSPERINEAL

Não realizamos rotineiramente. Mas pode ser útil para avaliar objetivamente o assoalho pélvico, particularmente em mulheres com dispareunia significativa.

DOSAGEM SÉRICA DE CA-125

Seu uso rotineiro é controverso. Indicamos em casos clínicos duvidosos ou quando há suspeita clínica de endometriose e massas anexiais.

URINA TIPO I, CULTURA DE URINA

Indicamos sempre que há sintomas relevantes e referentes ao sistema urinário.

ULTRA-SONOGRAFIA DE VIAS URINÁRIAS

Indicamos sempre que há sintomas relevantes e referentes ao sistema urinário, particularmente suspeita de lesões neoplásicas ou cálculos no sistema urinário, hematúria ou infecção urinária de repetição.

URODINÂMICA

Seu uso rotineiro é controverso. Quando há suspeita clínica de síndrome da bexiga dolorosa ou cistite intersticial é útil como ferramenta de auxílio ao diagnóstico.

CISTOSCOPIA

Indicamos quando há suspeita de síndrome da bexiga dolorosa ou cistite intersticial que não responderam ao tratamento de primeira linha. Realizamos biópsia de lesões identificadas e da parede vesical.

SANGUE OCULTO NAS FEZES

Indicamos quando há suspeita de lesões neoplásicas ou inflamatórias do sistema intestinal, queixas intestinais em mulheres com mais de 50 anos e história familiar de polipose intestinal.

LAPAROSCOPIA E HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Indicamos na suspeita de endometriose e/ou quando descartada a hipótese de síndrome do intestino irritável, síndrome da bexiga dolorosa, cistite intersticial, síndrome miofascial abdominal, neuralgia ou quando o tratamento dessas doenças não repercutir em melhora clínica. Esses procedimentos estão associados à detecção de anormalidades entre 30 e 80% das pacientes com DPC.

TRATAMENTO - RECOMENDAÇÕES GERAIS

Mesmo sem etiologia definida, a DPC não é apenas um sintoma e, portanto, deve ser tratada. Infelizmente, o tratamento é usualmente insatisfatório e o alívio dos sintomas, limitado e transitório.

ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO HORMONAIS

São drogas muito utilizadas no cotidiano, inclusive como automedicação. Não reforçamos o uso crônico devido o risco de efeitos escolares. Usar no início do episódio de dor e tentar ao menos três drogas isoladas ou associadas antes de iniciar tratamento com opióides. Possibilidades:

Diclofenaco (75mg via oral 2 vezes ao dia), nimesulida (50-200mg via oral 2 vezes ao dia), naproxeno (250-500mg via oral 1-2 vezes ao dia), ibuprofeno (600-800mg via oral 3 vezes ao dia), cetoprofeno (100-300mg via oral 1 vez ao dia), trometamina (10mg sublingual a cada 4-6h), lumiracoxib (400mg via oral 1 vez ao dia), celecoxib (100-200mg via oral 2 vezes ao dia)... É importante lembrar que estas drogas podem piorar a sintomatologia em mulheres com síndrome do intestino irritável e síndrome da bexiga dolorosa e usualmente não funcionam para mulheres com dor de origem neural ou com componente neural substancial.

OPIÁCEOS

Efeito controverso no tratamento da DPC. Deve ser sempre associado a um antiinflamatório não hormonal. Indicados quando não houver resposta ao tratamento prévio. Não há contraindicação pelo “risco de dependência”, mas é uma condição que exige o máximo de atenção. As opções são: tramadol (50mg a 500mg via oral ao dia); codeína (usualmente combinada com paracetamol 30mg a 120mg via oral ao dia); morfina (20mg a 200mg via oral ao dia, dividido em 2 tomadas); buprenorfina (0,2mg a 0,4mg sublingual a cada 6-8h). Sua indicação é rara.

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS, ANTICONVULSIVANTES E INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA

Indicado em muitas situações (descritas em capítulos específicos). Eles melhoram a tolerância à dor, restabelecem o padrão de sono e reduzem sintomas depressivos. Possibilidades: amitriptilina (nortriptilina) 25mg via oral ao dia, podendo atingir 100mg ao dia; gabapentina (Neurontin®) 300mg 3 vezes ao dia, podendo atingir 3600mg ao dia; pregabalina (Lyrica®) 75mg 2 vezes ao dia, podendo atingir 300mg 2 vezes ao dia.

SUPRESSÃO DA MENSTRUACÃO

Pode ser feita através de contraceptivos hormonais ou análogos do GnRH. Indicamos em condições específicas ou quando a doença tiver relação estreita com o ciclo menstrual e nenhum outro diagnóstico ou tratamento surtir efeito.

ACUPUNTURA

Indicamos a acupuntura sistêmica como técnica alternativa quando outras medidas não surtiram efeito ou como método adjuvante à terapia específica, particularmente nos casos de síndrome miofascial abdominal.

MIORRELAXANTES

Indicamos quando há presença de espasmos musculares ou tensão significativa no início do tratamento. Seu efeito é controverso. Ex: tiocolquicósido (Coltrax® 4mg via oral, dose máxima recomendada 16-32mg ao dia).

ELETROTERAPIA (TENS)

Indicamos para o controle de episódios de dor intensa ou quando outras medidas não surtiram efeito.

REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG)

Indicamos sempre que possível.

FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO

Indicamos após resolução da dor/espasmos musculares/dispareunia. Realizada por meio de exercícios de contração da musculatura do assoalho pélvico por aproximadamente 10 segundos seguidos de um descanso de 30 segundos. Devem ser realizados em sincronia com a expiração e sem realização de manobra de Valsalva.

ANESTÉSICOS TÓPICOS INJETÁVEIS

Injeção local de anestésicos nos pontos de gatilho para tratamento da síndrome miofascial; bloqueio de nervos ilioinguinais, ilioipogástricos, pudendos (...) para tratamento das neuralgias.

MASSAGEM PERINEAL

Indicamos para tratamento de espasmo dos músculos do assoalho pélvico associado à dispareunia. Recomendamos aplicar uma pressão digital leve com deslizamento sobre o músculo durante aproximadamente 10 minutos ou até alívio/desaparecimento da dor. Pode ser ensinado e, portanto, autoaplicado.

ABLAÇÃO DE LIGAMENTOS UTEROSSACROS E NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL

Indicamos como medida excepcional. Há poucas evidências de melhora em longo prazo. Têm melhor eficácia no tratamento da dismenorréia intensa não responsiva a outros tratamentos.

ADESIÓLISE

Indicamos a realização, mas seu real efeito é controverso.

HISTERECTOMIA

Indicamos excepcionalmente.

ABLAÇÃO DE UTEROSSACROS E NEURECTOMIA PRESSACRAL

Indicamos excepcionalmente.

CONSTIPAÇÃO CRÔNICA

CONTEXTO

Prevalência: 14-30% da população. É duas vezes mais freqüente em mulheres em todas as fases da vida.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- Devem incluir dois ou mais dos seguintes itens:

- (1) Tensão durante pelo menos 25% das defecações.
- (2) Fezes encaroçadas ou duras em pelo menos 25% das defecações.
- (3) Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações.
- (4) Sensação de obstrução/bloqueio anorretal em pelo menos 25% das defecações.
- (5) Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação digital, suporte do assoalho pélvico.)
- (6) Menos que três defecações por semana.

- Evacuações são raras sem o uso de laxantes.

- Há insuficiência de critérios para síndrome do intestino irritável.

* critérios cumpridos nos últimos três meses com início do sintoma pelo menos seis meses antes do diagnóstico.

PROPEDÊUTICA

Diagnóstico essencialmente clínico. Diário alimentar é recomendável. Investigar uso de medicações que podem culminar em constipação: opióides, anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores do canal de cálcio, antipsicóticos, antiácidos, suplementos de ferro, drogas antidiarreicas. Exames adicionais devem ser discutidos com os responsáveis pelo ambulatório. Sinais que exigem investigação minuciosa: início recente dos sintomas em mulheres com mais de 50 anos; sintomas severos nunca investigados; sangramento retal, febre ou perda de peso; anemia; história familiar de câncer de intestino, doença intestinal inflamatória, doença celíaca; massa retal ou abdominal palpável.

TRATAMENTO

Tem como objetivos: alívio dos sintomas e reestabelecimento do ritmo intestinal normal.

MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA

Dieta adequada, balanceada. Reestabelecer e readequar hábitos.

AUMENTO DA INGESTA HÍDRICA

Recomenda-se a ingestão adequada (aproximadamente 2 litros ao dia), mas sobrecarga não traz benefício.

AUMENTO DA INGESTA DE FIBRAS

Recomenda-se a ingestão de 30g ou mais por dia. Aumenta o peso das fezes e reduz o tempo de trânsito intestinal. Evitar o excesso. Fibras solúveis podem ser úteis (1-2 vezes ao dia)

EXERCÍCIO FÍSICO

Recomenda-se a realização de atividade física pelos benefícios que trazem em longo prazo. Melhora a função intestinal em mulheres na menopausa, mas no menacme apenas se for exercício físico vigoroso.

AGENTES FACILITADORES

PSYLLIUM

É efetivo no tratamento em curto prazo. Não há estudos sobre seu efeito em longo prazo.

ÓLEO MINERAL

Evidências insuficientes para seu uso no tratamento da constipação de adultos.

SUPOSITÓRIOS (GLICERINA)

Evidências de melhora em curto prazo.

ENEMAS

Sem evidências de melhora.

AGENTES OSMÓTICOS

LEITE DE MAGNÉSIA

Efetivo, 20ml diariamente. Custo baixo. Deve ser utilizado em mulheres com função renal normal.

LACTULOSE

Efetivo, 15-30ml diariamente.

POLIETILENO GLICOL

Efetivo. Também auxilia no abandono dos outros tipos de laxantes. No Brasil é liberado pela Anvisa para “limpeza intestinal antes da colonoscopia”. Envelope de 109,6g deve ser diluído em 1litro de água.

PROCINÉTICOS

PRUCALOPRIDA

Evidências de melhora em curto prazo (após uma semana de uso): 1-2mg ao dia.

TEGASERODE

Evidências de melhora em curto prazo: 6mg duas vezes ao dia. Custo elevado. Foi retirado do mercado por seus efeitos adversos.

DOMPERIDONA

Sem evidências.

LAXANTES IRRITATIVOS

Senna, picossulfato, cáscara, bisacodil, 46. Efetivo em curto prazo, mas não recomendado em longo prazo. Podem piorar os sintomas.

TERAPIA COMPORTAMENTAL

BIOFEEDBACK

Efetivo para tratamento da constipação intestinal associada à discinergia do músculo levantador do ânus.

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

CONTEXTO

Prevalência: 3-20% da população. É mais frequente em jovens entre 20 e 40 anos e mulheres no menacme. Cerca de 30% das mulheres com DPC.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

(1) Dor ou desconforto abdominal recorrente por pelo menos 3 dias por mês nos últimos 3 meses associado com 2 ou mais itens seguintes:

(2) Melhora com defecação.

(3) Início associado com a mudança na frequência de fezes.

(4) Início associado com a mudança na forma (aparência) das fezes.

* critérios cumpridos nos últimos 3 meses com início do sintoma pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

**Desconforto significa uma sensação incômoda não descrita como dor. Em pesquisas de fisiopatologia ou ensaios clínicos, a dor/desconforto com frequência de pelo menos 2 dias na semana Geralmente se manifesta em episódios, muitas vezes desencadeados por situações de estresse. Está associado à intolerância láctea e piora após ingestão de alguns alimentos. Uso de antibióticos e AINEs podem piorar os sintomas.

SINAIS DE ALERTA

Anemia, afinamento das fezes, sangramento retal ou nas fezes, perda de peso não explicada, anorexia ou saciedade precoce, abdome tenso ou rígido ou defesa abdominal, diarreia aquosa persistente, diarreia sanguinolenta, náuseas e vômitos, febre. Nesses casos encaminhar para avaliação com especialista.

PROPEDEÚTICA

Diagnóstico essencialmente clínico. Exames adicionais devem ser discutidos com os responsáveis pelo ambulatório. Diário alimentar é recomendável.

TRATAMENTO

Alívio dos sintomas e prevenção de novos episódios. Alterações do humor frequentemente desencadeiam ou exacerbam os sintomas, portanto devem ser investigados.

MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA

REGIME DIETÉTICO

Evitar leite se intolerância. Evitar cafeína, pêssego, maçã, pêra, ameixa, chocolate, gelatina de frutas, suco de uva, ervilha, lentilha, grão de bico, feijão se houver queixas de meteorismo (gases). Aumentar ingestão de fibras: tanto para pacientes com diarreia quanto constipação: incentivar ingestão de produtos com mistura de grãos/ cereais. Adequar a ingestão de fibras.

EXERCÍCIO FÍSICO

Recomenda-se a realização de atividade física pelos benefícios que trazem em longo prazo. Melhora a função intestinal em mulheres na menopausa, mas no menacme apenas se for exercício físico vigoroso.

FÁRMACOS

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS

Indicamos particularmente se houver distúrbio do humor/ sono (insônia). Eles melhoram a tolerância à dor, restabelecem o padrão de sono e reduzem sintomas depressivos e mobilidade intestinal. Iniciamos o uso com 25mg de amitriptilina via oral ao dia, podendo atingir 100mg ao dia.

ANTIESPASMÓDICO

Butilescopolamina (Buscopan®) 10-20mg de 3-5 vezes ao dia. Casos com sintomatologia exuberante sem melhora com tratamento prévio podemos utilizar a mebeverina (Duspatalin®) 200mg via oral de 12 em 12h seguida de 200mg via oral ao dia para controle da dor abdominal.

SE METEORISMO ASSOCIADO

Dimeticona 40-80mg via oral 3 vezes ao dia (após as refeições e ao deitar).

SE DIARRÉIA ASSOCIADA

Loperamida (Diasac®): dose inicial 4mg via oral seguida de 4mg a 8mg via oral 3-4 vezes ao dia (dose máxima: 16mg por dia).

PSICOTERAPIA

Indicada para casos severos de síndrome do intestino irritável.

SE CONSTIPAÇÃO ASSOCIADA: VIDE PROTOCOLO ESPECÍFICO

OUTRAS INDICAÇÕES

Prucaloprida (Resolor®): 1-2mg ao dia. Tem eficácia comprovada no tratamento da constipação crônica.

Tegaserode (Zelmac®): 6mg 2 vezes ao dia. Foi retirado do mercado recentemente.

Brometo de otilônio (Lonium®) 40mg 1-3 vezes ao dia

Óleo mineral de menta piperita (Mentaliv®) 200mg 1-2 comprimidos três vezes ao dia

Brometo de pinavério (Dicetel®) 50mg 1 comprimido três a quatro vezes ao dia.

SÍNDROME DA BEXIGA DOLOROSA (CISTITE INTERSTICIAL)

CONTEXTO

Prevalência 18-510 casos por 100.000 indivíduos. Cerca de 30% das mulheres com DPC.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Síndrome clínica caracterizada por dor suprapúbica relacionado ao enchimento vesical, aumento da frequência miccional (mais que 8 vezes ao dia) e urgência miccional na ausência de outra doença identificável, tais como infecção do trato urinário, tumores vesicais, cistite actínica ou medicamentosa. Outros sintomas que podem estar presentes: dispareunia, sensação de pressão em baixo ventre, noctúria, despertar noturno com dor, dor persistente após intercurso sexual. A dor pode se localizar no abdome inferior, região lombar, vaginal e uretral; e ser exacerbada por intercurso sexual e menstruação. Presença de úlceras de Hunner é patognomônico. Sufusões hemorrágicas na parede vesical após distensão vesical por duas vezes durante 1 a 2 minutos a 80-100 cm de água de pressão, e capacidade vesical menor que 350 ml indica dor de origem vesical.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Capacidade vesical superior a 400(350) ml na cistometria; ausência de urgência durante a cistometria com 150 ml de água; contrações involuntárias do detrusor; ausência de noctúria; sintomas provocados por antibióticos, antisépticos urinários, anticolinérgicos ou antiespasmódicos; frequência miccional inferior a 8 vezes por dia; diagnóstico de cistite bacteriana; litíase vesical ou uretral baixa; herpes genital ativo ou vaginites; neoplasia uretral, vaginal, cervical ou uterina; divertículo da uretra; ciclofosfamida ou qualquer cistite química; cistite tuberculosa; cistite actínica; tumores vesicais benignos ou malignos.

PROPEDEÚTICA

URINA TIPO I E UROCULTURA

Indicamos em todos os casos: cerca de 40% das pacientes têm hematúria microscópica e a urocultura é negativa.

ULTRA-SONOGRAFIA DE VIAS URINÁRIAS

Indicamos sempre que houver hematúria e/ou mulher tabagista com idade superior a 50 anos, suspeita de neoplasia ou cálculos.

URODINÂMICA

Indicamos na ausência de outras patologias específicas após excluir infecção do trato urinário.

CISTOSCOPIA

Indicamos quando as queixas urinárias são muito importantes e o questionário PUF apresentar escore maior que 12, urodinâmica sugestiva e ausência de resposta ao tratamento de primeira linha. Úlceras de Hunner ou mais de 10 glomerulações em três quadrantes da parede vesical (hemorragias submucosas após distensão vesical) fecham o diagnóstico de cistite intersticial. A maior indicação hoje é excluir neoplasias em pacientes selecionadas: hematuria, sintomáticas e/ou tabagistas com mais de 50 anos e ausência de resposta ao tratamento clínico convencional.

BIÓPSIA VESICAL

Indicada quando encontrado lesão na parede vesical.

TESTE DE SENSIBILIDADE AO POTÁSSIO INTRAVESICAL

Sensibilidade de 80%. Não indicamos na suspeita de infecção ou cistite actínica ou imediatamente após hidrodistensão.

TESTE DE INFUSÃO INTRAVESICAL DE ANESTÉSICO

Sensibilidade de 80%. Não indicamos na suspeita de infecção ou cistite actínica ou imediatamente após hidrodistensão. Sugestão: 40.000UI heparina, 8ml lidocaína 1–2% e 3ml de bicarbonato de sódio 8,4% suspenso em um volume total de 15ml. Manter a solução por 30 minutos. Indicado quando persistir a suspeita clínica e a urodinâmica for inconclusiva.

TRATAMENTO

Alívio dos sintomas e prevenção de novos episódios. Evitar retenção urinária. Alterações do humor frequentemente desencadeiam ou exacerbam os sintomas, portanto devem ser investigados. Evitar uso de analgésicos, pois podem piorar os sintomas. Podemos dividir as estratégias de tratamento(3) em:

1ª linha: mudanças no estilo de vida, controle da ingestão hídrica (restrição ou aumento), evitar alimentos reconhecidos pelo paciente como irritantes vesicais, medidas de enfrentamento;

2ª linha: terapia medicamentosa intravesical ou via oral;

3ª linha: hidrodistensão sob anestesia;

4ª linha: neuromodulação e estimulação do nervo pudendo;

MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA

REGIME DIETÉTICO

Reduzir ou evitar alimentos ácidos, bebidas gaseificadas (carbonatadas), cafeína, álcool, tomate, pimenta, sucos ácidos, glutamato monossódico. Observar associação das queixas com ingestão de queijo, iogurte, chocolate, maionese, catchup, mostarda, banana, cebola, defumados em geral. Se presentes reduzir ingestão.

TREINAMENTO VESICAL

Reduzir/aumentar a frequência miccional conforme necessidade. Se possível manter maior período de retenção com o objetivo de aumentar a capacidade vesical. Aumentar a hidratação caso identifique a necessidade.

EXERCÍCIO FÍSICO E FISIOTERAPIA

Pode interferir nos limiares de dor e atuar como medida de enfrentamento.

TERAPIA LOCAL INTRAVESICAL

Melhores resultados em pacientes que apresentam úlceras de Hunner. É indicada em pacientes com sintomatologia intensa ou com melhora insatisfatória após terapia sistêmica.

ÁCIDO HIALURÔNICO (4-5)

Aplicação semanal por quatro semanas e seguir com aplicação mensal até o desaparecimento dos sintomas. Disponível no mercado Cystistat® 40mg/50ml.

DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

Indicamos o seguinte protocolo conforme o preconizado pelo setor de uroginecologia, cirurgia ginecológica e cirurgia reconstrutiva pélvica do DGO. Após esvaziamento vesical instilar 15ml de lidocaína gel na bexiga e aguardar 10 min. Após esse período, proceder à instilação intravesical de solução constituída de 20ml de bicarbonato de sódio, 25ml de DMSO, 25ml de SF 0,9%, 100mg de hidrocortisona e 2ml de heparina (10.000U). Aguardar cerca de 15 a 20min. Lavar a bexiga com 200ml de SF 0,9% e instilar em seguida 25000UI de heparina. Indica-se o uso 1-2vezes por semana por 6 (4-8) semanas consecutivas, seguida de aplicações mensais por 3 meses.

FÁRMACOS

PPS: PENTOSAN POLYSULFATE SODIUM (ELMIRON®)

100mg via oral de 8(6) em 8(6)h pelo menos 6 meses. Não está disponível no Brasil. É a terapia de primeira linha em muitos países.

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS

Indicamos particularmente se houver distúrbio do humor/ sono (insônia). Eles melhoram a tolerância à dor, restabelecem o padrão de sono e reduzem sintomas depressivos, a frequência miccional e a noctúria. Iniciamos o uso com 25mg de amitriptilina via oral ao dia, podendo atingir 100mg ao dia.

ANTI-HISTAMÍNICOS

Podem ser associados se processos alérgicos associados (Hidroxizina: 25mg 3-4vezes ao dia).

GABAPENTINA

Protocolos experimentais. Indicamos excepcionalmente: 300-2400mg via oral ao dia. Deve-se discutir com o responsável do ambulatório.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA OU ENDOVAGINAL

Efetiva no controle da dor. Tem menores efeitos em fumantes.

ESTROGÊNIO TÓPICO

Indicado quando há sinais clínicos de hipoestrogenismo. Prescrever em dias alternados é suficiente:

Estrogênios equinos conjugados(Premarin) 0,625 mg/grama

Estriol (Ovestrion) 1 mg/grama

Promestrieno (Colpotrofine) 10mg/grama

SÍNDROME DO OVÁRIO REMANESCENTE

CONTEXTO

Incidência e prevalência indeterminada. Ocorre quando tecido ovariano inadvertidamente é deixado após ooforectomia. É de difícil caracterização clínica, mas os sintomas incluem ausência de sintomas clínicos de menopausa em mulheres com ooforectomia bilateral e níveis normais de FSH.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Não existem critérios objetivos.

Ultrassonografia, FSH.

PROPEDEÚTICA

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

Avaliação da pelve e procura de nódulos sugestivos.

LAPAROSCOPIA

Indicamos na suspeita para investigação. A presença de aderências dificulta a avaliação e, frequentemente é necessária grande exposição do retroperitônio.

TRATAMENTO

SUPRESSÃO HORMONAL

Frequentemente os resultados são insatisfatórios, mas deve ser a primeira linha terapêutica quando possível, visto as dificuldades cirúrgicas. Contraceptivos hormonais combinados, progestágenos, análogo do GnRH.

LAPAROSCOPIA

Indicada em casos sem sucesso com a supressão hormonal. A taxa de recidiva dos sintomas é alta e não é incomum lesões de estruturas urológicas e intestinais.

SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA

CONTEXTO

Prevalência: 10-38% de congestão pélvica. Síndrome clínica caracterizada pela dilatação com redução na velocidade ou inversão de fluxo nas veias pélvicas. Igualmente prevalente entre nulíparas e múltiparas. Caracteriza-se pela dor pélvica migratória, dispareunia profunda, dor pós-coital, e piora da dor após longos períodos em posição ortostática, ou atividade física.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Não existem critérios objetivos.

Ultrassonografia, angiorressonância e venografia transuterina são similares.

Critérios mais frequentemente utilizados:

- (1) Diâmetros dos vasos: <4mm; >4mm; >8mm.
- (2) Tortuosidade: ausente, moderada, severa.
- (3) Redução na velocidade de fluxo ou inversão na direção do fluxo.
- (4) Clearance do contraste: imediato, >20s: >40s.

PROPEDÊUTICA

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

Avaliação morfológica e dopplervelocimétrica dos vasos ovarianos e uterinos. Na suspeita encaminhar à radiologia intervencionista para angiorressonância e venografia.

ANGIORRESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

Indicada para confirmação do diagnóstico após USTV. Protocolo experimental.

VENOGRAFIA TRANSUTERINA

Indicada para confirmação do diagnóstico após USTV. Protocolo experimental.

LAPAROSCOPIA

Indicamos após insucesso terapêutico com tratamento farmacológico.

TRATAMENTO

PROGESTÁGENO

Medroxiprogesterona 30mg diariamente, ou

Desogestrel 75mcg diário, contínuo, ou

Etonogestrel 68mg – implante subcutâneo (duração 3 anos), ou

Levonorgestrel endoceptivo – liberação de 20mcg ao dia (duração 5 anos)

ANÁLOGOS DO GNRH

Gosserrelina 10,8mg – aplicação subcutânea – duas doses com intervalo de 3 meses.

EMBOLIZAÇÃO

Indicamos quando o tratamento farmacológico não surtir efeito e a laparoscopia não identificar outras condições que podem levar à DPC. Realizada pela equipe da radiologia intervencionista. No momento estamos realizando após confirmação da estase venosa pela angiorressonância e venografia.

SÍNDROME MIOFASCIAL ABDOMINAL

CONTEXTO

A prevalência é incerta, mas estima-se ser próxima a 30% no Brasil. A definição tradicional da dor miofascial é que ela é a dor que resulta de pontos de gatilho (trigger points - TRP) em um músculo ou fáscia. TRP são áreas pequenas e sensíveis em um músculo que espontaneamente ou mediante compressão causa dor de em uma região distante, conhecida como zona de dor referida. Pontos dolorosos (tender spots - TSS), em contraste com os TRP, só causam dor localmente. Bandas tensas (taut band – TB) são grupos de fibras musculares tensas e dolorosas à palpação. TB é um achado comum em dor miofascial. Em geral a flexibilidade do músculo está diminuída e sua função reduzida.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos são clínicos: pontos dolorosos em um ou mais músculos, padrão típico de dor referida, reconhecimento da dor pelo paciente, contratura muscular visível ou palpável no ponto de gatilho, amplitude de movimento restrita e dolorosa. Os pontos de gatilho podem ser ativos (dor espontânea) ou latentes, que embora não apresentem dor espontânea podem restringir movimentos e causar fraqueza muscular. Além dos sintomas algícos, pode estar associada a fenômenos autonômicos como piloereção, vasoconstrição, hiperidrose, mudanças de temperatura e uma variedade de reflexos somatoviscerais. É importante distingui-la da dor neuropática. Esta frequentemente é descrita como em queimação e, caracteristicamente, apresenta irradiação para o dermatomo correspondente (os nervos mais afetados são o nervo ilioinguinal e o ilioipogástrico). A injeção de anestésico local confirma a existência do ponto de gatilho.

PROPEDEÚTICA

INJEÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL

Lidocaína 1-2%, 2ml no ponto de gatilho. Eliminação dos sintomas confirma o ponto de gatilho.

ULTRASSOM DE PAREDE ABDOMINAL

Realizado para excluir outras doenças como endometriomas e hérnias de parede abdominal.

ELETROMIOGRAFIA

Protocolo experimental

LAPAROSCOPIA

Indicada apenas se não houver melhora clínica após medidas terapêuticas específicas.

TRATAMENTO

INJEÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL

Lidocaína 1-2%, 2-4ml no ponto de gatilho. Aplicação semanal durante 5-10 semanas.

FISIOTERAPIA

ACUPUNTURA

Indicamos 1-2 sessões semanais durante 5-10 semanas após insucesso do bloqueio anestésico. Caso haja possibilidade de realização concomitante com o injeção anestésica, recomendamos.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA

Pode ser utilizada para alívio agudo dos sintomas. Pouco efeito em longo prazo.

COMPRESSÃO ISQUÊMICA

Deve ser realizada após analgesia do local. Pode ser digital ou com algômetro – 5 aplicações de 60segundos com intervalos de 30segundos entre cada. Pode ser aprendido e realizado diariamente.

ALONGAMENTO

Recomendado para todas as pacientes que não estejam apresentando dor no momento.

NEURALGIAS ILIOIPOGÁSTRICO E ILIOINGUINAL & PUDENDO

CONTEXTO

A prevalência é incerta, mas estima-se ser próxima a 10%. No Brasil a prevalência deve ser superior em virtude do número elevado de cirurgias transversais na região do hipogástrico, particularmente cesáreas. Não há uma definição exata de dor neuropática, mas ela se assemelha clinicamente à dor oriunda de estruturas miofasciais, resultando em um ponto de gatilho. Porém, diferentemente da síndrome miofascial, a dor é tipicamente neural e todo o dermatomo do nervo está comprometido. Por exemplo: a região perianal na neuralgia do pudendo, a raiz interna da coxa na neuralgia do ilioinguinal e a região hipogástrica na neuralgia do ilioipogástrico. Pacientes com panículo adiposo escasso podem ter identificado um nódulo que corresponde a um neuroma.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos são clínicos: pontos dolorosos, alteração da sensibilidade na região inervada pelo tronco neural. É frequente a presença de alodínea. Assim como a síndrome miofascial abdominal, a injeção de anestésico local confirma a existência do ponto de gatilho.

PROPEDÊUTICA

INJEÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL

Lidocaína 1-2%, 2ml no ponto de gatilho. Eliminação dos sintomas confirma o ponto de gatilho.

ULTRASSOM DE PAREDE ABDOMINAL

Realizado para excluir outras doenças como endometriomas e hérnias de parede abdominal.

LAPAROSCOPIA

Indicada apenas se não houver melhora clínica após medidas terapêuticas específicas.

TRATAMENTO

INJEÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL

Lidocaína 1-2%, 2-4ml no ponto de gatilho. Aplicação semanal durante 5-10 semanas.

NEURÓLISE CIRÚRGICA

Exérese do neuroma.

FISIOTERAPIA, ACUPUNTURA em geral não apresentam bons resultados como técnicas primárias de tratamento.

Referências
(6-19)

- 1.Schestatsky P, Felix-Torres V, Chaves ML, Camara-Ehlers B, Mucenic T, Caumo W, et al. Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2011; 12: 1544-1550.
- 2.Jarrell J, Giamberardino MA, Robert M, Nasr-Esfahani M. Bedside testing for chronic pelvic pain: discriminating visceral from somatic pain. *Pain Res Treat* 2011; 2011: 692102.
- 3.Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, Dmochowski RR, Erickson D, Fitzgerald MP, et al. AUA Guideline for the Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *J Urol* 2011;
- 4.Riedl CR, Engelhardt PF, Daha KL, Morakis N, Pfluger H. Hyaluronan treatment of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 717-721.
- 5.Engelhardt PF, Morakis N, Daha LK, Esterbauer B, Riedl CR. Long-term results of intravesical hyaluronan therapy in bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 401-405.
- 6.Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *International journal of clinical practice* 2008; 62: 263-269.
- 7.Montenegro ML, Gomide LB, Mateus-Vasconcelos EL, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2009; 147: 21-24.
- 8.Montenegro ML, Mateus-Vasconcelos EC, Rosa ESJC, Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Postural changes in women with chronic pelvic pain: a case control study. *BMC musculoskeletal disorders* 2009; 10: 82.
- 9.Nogueira AA, Poli-Neto OB, e Silva JC, Reis FJ. [Myofascial syndrome: a common and underdiagnosed cause of chronic pelvic pain in women]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31: 425-426.
- 10.Poli-Neto OB, Filho AA, Rosa e Silva JC, Barbosa Hde F, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA. Increased capsaicin receptor TRPV1 in the peritoneum of women with chronic pelvic pain. *Clin J Pain* 2009; 25: 218-222.
- 11.Romao AP, Gorayeb R, Romao GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International journal of clinical practice* 2009; 63: 707-711.
- 12.Rocha MG, Silva JC, Ribeiro da Silva A, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. TRPV1 Expression on Peritoneal Endometriosis Foci is Associated With Chronic Pelvic Pain. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif)* 2010;
- 13.Romao AP, Gorayeb R, Romao GS, Poli-Neto OB, Dos Reis FJ, Rosa ESJC, et al. Chronic pelvic pain: multifactorial influences. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 1137-1139.
- 14.Silva GPOG, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves-Junior FF, Rocha MG, Rosa-e-Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirao Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (Sao Paulo)* 2011; 66: 1307-1312.
- 15.Souza PP, Salata Romao OA, Rosa ESJC, Candido Dos Reis F, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Qualitative research as the basis for a biopsychosocial approach to women with chronic pelvic pain. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 2011; 32: 165-172.

16. Gomide L, Montenegro MLLS, Nogueira AA, Poli-Neto OB, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ. Lower pain thresholds in women with chronic pelvic pain: recognizing the role of anxiety and depression as part of person-centered approaches to treatment. *The International Journal of Person Centered Medicine* 2012; 2: 271-278.
17. Gurian MBFG, de Souza AM, da Silva APM, Montenegro MLLS, Poli-Neto OB, Candido-Dos-Reis FJ, et al. Chronic pelvic pain of musculoskeletal cause in women. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2012; 7: 149-157.
18. Montenegro ML, Braz CA, Mateus-Vasconcelos EL, Rosa ESJC, Candido-Dos-Reis FJ, Nogueira AA, et al. Pain pressure threshold algometry of the abdominal wall in healthy women. *Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas / Sociedade Brasileira de Biofisica [et al* 2012; 45: 578-582.
19. Silva RP, Poli-Neto OB. Desenvolvimento e implantação de banco de dados para gerenciamento de informações aplicadas à pesquisa científica sobre dor pélvica crônica em mulheres. *Revista Qualidade HC* 2012; 2: 1-6.

ENDOMETRIOSE

Introdução

Endometriose é uma doença de etiologia multifatorial, crônica e recorrente, caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, identificada principalmente no peritônio pélvico e ovários, levando a processo inflamatório, reação cicatricial e formação de aderências, associada ao quadro clínico de dismenorrea, dispareunia, dor pélvica crônica e subfertilidade.

É, portanto, uma doença dinâmica, estrogênio-dependente, envolvendo quantidade de fluxo retrógrado e a ação do sistema de defesa peritoneal, que ajuda a conter a doença na maioria das mulheres, predominando os estágios I e II, sendo o III e IV menos freqüentes. Este estadiamento pode ser realizado de maneira quantitativa durante a cirurgia, utilizando a classificação da American Society for Reproductive Medicine (ASRM -1977). Não há, entretanto, correlação entre o estágio da doença e a gravidade dos sintomas dolorosos. Afeta 3 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, em torno de 47% das mulheres inférteis, 40-80% das mulheres com queixa de dismenorréia (FARQUHAR, 2007) e um pouco mais que 30% das mulheres com dor pélvica crônica (GUO E WANG, 2006).

Quadro Clínico

Ballard e colaboradores (2008) mostraram que os sintomas associados com endometriose são relativamente incomuns em mulheres sem endometriose. Por outro lado, mulheres com dor abdomino-pélvica, sintomas relacionados à menstruação (principalmente dismenorréia), dispareunia e subfertilidade tem alto risco de ter endometriose. Esses sintomas, entretanto, não são específicos e podem ocorrer em uma grande quantidade de doenças ginecológicas e não ginecológicas com sintomas abdomino-pélvicos. Consultas médicas repetidas e investigações negativas acabam atrasando em vários anos o diagnóstico e tratamento específicos da endometriose (ARRUDA et al., 2003, Pugsley and Ballard 2007).

A dismenorréia progressiva é o sintoma mais freqüente associado á endometriose, presente em 60 a 80% das pacientes, seguido de dor pélvica crônica (30 A 50%), dispareunia (25 a 40%), subfertilidade (30 a 40%); 10 a 40% podem ser assintomáticas.

No exame físico, estão associados à endometriose: dor importante ao exame pélvico, retroversão uterina fixa com dor à tentativa de sua mobilização, aumento dos ovários e irregularidade e ou nodulações dolorosas em ligamentos útero-sacros e fundo de saco de Douglas. Esses nódulos profundos infiltrativos são melhor detectados quando o exame é realizado no período menstrual (Koninckx *et al.*, 1996).

Lesões típicas submucosas retrocervicais podem também ser visualizadas ao exame especular e fecham o diagnóstico de endometriose pélvica. Entretanto, em alguns casos, mesmo sintomáticos, o exame clínico pode ser normal.

Os métodos de imagem não invasivos, principalmente a ultrassonografia e a ressonância magnética, não têm demonstrado eficácia suficiente para o diagnóstico da endometriose. Comparado à laparoscopia, a ultrasonografia transvaginal não é adequada para o diagnóstico da endometriose peritoneal, mas pode ser útil no diagnóstico da endometriose profunda, envolvendo a bexiga, intestino, septo reto vaginal e também para o diagnóstico ou exclusão do endometrioma ovariano (Moore *et al.*, 2002).

A concentração sérica elevada de CA-125 está presente em cerca de 50% dos casos. Apesar de sua baixa sensibilidade e especificidade, pode estar associada com a presença de endometriose, tornando esse marcador tumoral útil quando utilizado, juntamente com quadro clínico, para o diagnóstico presuntivo e principalmente para o seguimento clínico, já que ele diminui na doença inativa (Meden; Fattahi-Meibodi, 1998).

Para o diagnóstico definitivo de endometriose a visualização de lesões típicas na pelve por meio da laparoscopia é o padrão ouro. Ela permite a avaliação completa de toda a cavidade abdominal e pélvica e da permeabilidade tubária. As lesões atípicas obrigatoriamente devem ser biopsiadas. A histologia positiva confirma o diagnóstico, mas se negativa não o exclui.

Tratamento

O tratamento deve ser individualizado, levando-se em conta os sintomas e o impacto da doença e do tipo de tratamento na qualidade de vida.

Pacientes com dor pélvica e exame clínico sugestivos de endometriose, sem massas pélvicas anormais, podem ser tratadas empiricamente, com uso de analgésicos, antiinflamatórios não hormonais, progestágenos ou anticoncepcionais orais combinados. Nesse caso, lembrar sempre da possibilidade e consequências do diagnóstico presuntivo falso.

Os anticoncepcionais orais combinados produzem alívio dos sintomas e controle clínico da doença, com menores efeitos colaterais, em 75 a 100% das mulheres quando utilizados por tempo superior a seis meses. Seu uso pode ser da maneira cíclica convencional, contínuo ou em regime estendido, dependendo da comodidade de uso da paciente e dos sintomas mais prevalentes, como a presença ou não de dismenorréia secundária grave.

Os progestágenos orais de uso contínuo (desogestrel, dienogest), os injetáveis (acetato de medroxiprogesterona, 50mg mensal ou 150mg trimestral) tem eficácia semelhante aos anticoncepcionais orais combinados e podem ser utilizados também em pacientes com efeitos colaterais indesejáveis ou contra-indicação para o uso dos estrogênios sintéticos. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU medicado com levonorgestrel) assim como os implantes subdérmicos liberadores de levonorgestrel, são também boas opções para tratamento por longo prazo (cinco anos) da paciente com endometriose e dor pélvica.

Os agonistas do GNRH (Goserelina - 1 ampola 3,6/ 10,8µg SC mensal/ trimestral; ou Triptorelin - 1 ampola IM mensal; ou Acetato de Leuprolide Depot 1 ampola IM mensal) produzem alívio imediato dos sintomas, são igualmente efetivos no controle da dor; no entanto, os efeitos colaterais e os custos diferem e inviabilizam seu uso em longo prazo, ficando restrito a 3 ou 6 meses. Para uso por maior tempo pode ser utilizado concomitante com pequenas doses de estrógeno e progesterona “add-back” para minimizar os sintomas colaterais e proteção da densidade óssea (Surrey and Hornstein, 2002). Seu uso é mais restrito, principalmente para estádios avançados da doença, ausência de resposta aos

tratamentos prévios, sintomatologia intensa e presença de lesões graves com ressecção cirúrgica incompleta.

O tratamento cirúrgico por laparoscopia visa remover a maioria dos implantes endometrióticos, restaurar a anatomia normal, produzir alívio mais imediato dos sintomas e prevenir a progressão da doença. A remoção das lesões e adesiólise melhoram a fertilidade na endometriose mínima e leve (Jacobson et al., 2004). O tratamento hormonal (supressão ovariana) nos casos de endometriose mínima ou leve e infertilidade não aumentam as chances de gravidez e não está indicado. Também não existe evidência de sua eficácia nos casos moderados e graves (Hughes et al., 2004).

Endometriomas ovarianos em mulheres com subfertilidade devem ser submetidas a exereses cirúrgicas com retirada de sua pseudocápsula. A retirada da pseudocápsula de endometriomas com diâmetro maior do que 4 cm, apesar da diminuição da reserva ovariana, melhora o acesso aos folículos e as chances de gravidez, quando comparada com a drenagem ou coagulação (Chapron et al., 2002).

Caso haja evidência clínica de endometriose profunda acometendo bexiga, septo retovaginal ou ureteres, associada a dor pélvica crônica, o tratamento cirúrgico pode beneficiar a paciente. Exames de imagem mais especializados, como ultrassonografia transretal ou ressonância magnética, devem ser realizados para mapeamento mais adequado da extensão da doença e planejamento cirúrgico. Feito este diagnóstico, o ideal é que a confirmação diagnóstica e o tratamento cirúrgico sejam feitos no mesmo tempo (Fedele et al., 2004). Não existem evidências suficientes para se indicar o tratamento clínico prévio à cirurgia para melhorar seus resultados (Muzii et al., 1996). Já o tratamento pós-operatório com aGNRH por 6 meses aumenta o intervalo livre da doença de 12 a 24 meses (Muzii et al., 2000).

Em mulheres inférteis com endometriose leve ou mínima, com trompas pérvias, a inseminação intra-uterina com ciclos estimulados melhora suas chances de gravidez, mas não há evidência de sua eficácia com ciclos não estimulados (Tummon et al., 1997). A fertilização in vitro é o tratamento recomendado nos casos de função tubária comprometida ou falha em outros tipos de tratamento com fertilização assistida.

Bibliografia

1. Farquhar C. Endometriosis. *BMJ* 3;334(7587):249-53, 2007.
2. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. *Science*. 10;308(5728):1587-89, 2005.
3. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. 20(10):2698-704, 2005.
4. Ballard K, Seaman H, De Vries C, Wright J. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case control study - Part 1. *BJOG* 115: 1382-91, 2008.
5. Silva GPOG ; Nascimento, A.L. ; Michelazzo D; Alves Junior FF ; Rocha MG ; Rosa e Silva JC ; Candido-dos-Reis, F J ; Nogueira AA ; Poli-Neto, OB . Prevalence of chronic pelvic pain in community-women living in Ribeirão Preto, Brazil, is high and is directly associated with abdominal surgery, among others. *Clinics* 66:1307-12, 2011.
6. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 67(5):817-21, 1997.
7. Guo SW, Wang Y. The prevalence of endometriosis in women with chronic pelvic pain. *Gynecol Obstet Invest*. 2006; 62(3):121-130.
8. Arruda MS, Petta CA, Abrao MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod*. 2003; 18(4):756-59, 2003.
9. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract*. 57(539):470-6, 2007.
10. Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D and Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. *Fertil Steril* 65,280–287, 1996.

11. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S and Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 20,630–34, 2002.
12. Meden H, Fattahi-Meibodi A. CA 125 in benign gynecological conditions. *Int J Biol Markers* 13(4):231-7, 1998. Review.
13. Surrey ES and Hornstein MD. Prolonged GnRH agonist and add-back therapy for symptomatic endometriosis: long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 99,709–19, 2002.
14. Hughes E, Fedorkow D, Collins J and Vandekerckhove P (2004) Ovulation suppression for endometriosis (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.
15. Chapron C, Vercellini P, Barakat H, Vieira M and Dubuisson JB. Management of ovarian endometriomas. *Hum Reprod Update* 8,6–7, 2002.
16. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bettoni G and Gotsch F (2004) Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 190,1020–24, 2004.
17. Muzii L, Marana R, Caruana P and Mancuso S. The impact of preoperative gonadotropin-releasing hormone agonist treatment on laparoscopic excision of ovarian endometriotic cysts. *Fertil Steril* 65,1235–37, 1996.
18. Muzii L, Marana R, Caruana P, Catalano GF, Margutti F and Panici PB . Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 183,588–92, 2000.
19. Tummon IS, Asher LJ, Martin JS and Tulandi T Randomized controlled trial of superovulation and insemination for infertility associated with minimal or mild endometriosis. *Fertil Steril* 68,8–12,1997.

