

# ORIENTAÇÕES SOBRE DOR PÉLVICA CRÓNICA

(Texto actualizado em Março de 2009)

M. Fall (Presidente), A.P. Baranowski, S. Elneil, D. Engeler,  
J. Hughes, E. J. Messelink, F. Oberpenning,  
A.C. de C. Williams

Eur Urol 2004;46(6):681-9

## Diagnóstico e classificação de CPP

A dor crónica (também conhecida como persistente) ocorre durante pelo menos 3 meses. Está associada a alterações no sistema nervoso central (SNC), que pode manter a percepção de dor na ausência de danos agudos. Estas alterações podem também aumentar a percepção de modo que estímulos não dolorosos são percebidos como dolorosos (alodínia) e os estímulos dolorosos tornam-se mais dolorosos do que o esperado (hiperalgesia). Os músculos principais, ex. músculos pélvicos, podem tornar-se hiperalgícos com pontos desencadeadores múltiplos. Outros órgãos podem também tornar-se sensíveis, ex. o útero com dispareunia e dismenorrea, ou o intestino com sintomas de intestino irritável.

As alterações no SNC ocorrem ao longo de todo o eixo neurológico e tal como as alterações sensoriais resultam em alterações funcionais (ex. sintomas de intestino irritável) e alterações estruturais (ex. edema neurogénico em algumas síndromes de dor vesical). As alterações centrais podem também ser responsáveis por algumas das consequências psicológicas, o que também modifica os próprios mecanismos da dor.

São efectuados exames básicos para excluir patologias ‘bem definidas’. Resultados negativos significam que é pouco provável a existência de uma patologia ‘bem definida’. Só se fazem exames adicionais para indicações específicas, ex. subdivisão de uma síndrome de dor. As orientações da EAU evitam o uso de termos diagnóstico espúrios, que estão associados a exames, tratamentos e expectativas inadequados dos doentes e, em última análise, um panorama prognóstico pior.

A classificação na Tabela 1 foca-se nas síndromes de dor urológica. Reconhece a sobreposição de mecanismos e sintomas entre patologias diferentes e o seu tratamento através de uma abordagem multidisciplinar. Os médicos que usarem a classificação da Tabela 1 devem começar da esquerda da Tabela 1 e só devem avançar para o lado direito se conseguirem confirmar com confiança que a dor foi detectada no sistema e órgão adequados. Muitas vezes pode ser impossível definir uma patologia para além de ‘síndrome de dor pélvica’. A tabela 2 define a terminologia usada em CPP.

A Figura 1 apresenta um algoritmo para diagnosticar e tratar CPP. Seguir os passos 1 a 6 (Tabela 3) tendo como referência as colunas correctas do algoritmo (Fig. 1).

## Tabela 1: Classificação de síndromes de dor pélvica crônica

Eixo I Região		Eixo II Sistema	Eixo III Órgão alvo identificado de Hx, Ex e Ix		
Dor pélvica crônica	Síndrome dor pélvica	Urológico	Síndrome da dor vesical	(Ver Tabela 5 sobre classificação ESSIC)	
			Síndrome da dor uretral		
			Síndrome da dor prostática	Tipo A inflamatória	Tipo B não inflamatória
			Síndrome da dor escrotal	Síndrome da dor testicular	
				Síndrome da dor epididimária	
				Síndrome da dor pós-vasectomia	
			Síndrome da dor peniana		
		Ginecológico	Síndrome da dor associada a endometriose		
			Síndrome da dor vaginal		
			Síndrome da dor vulvar	Síndrome da dor vulvar generalizada	
				Síndrome da dor vulvar localizada	Síndrome da dor vestibular
					Síndrome da dor do clitóris
		Anorectal			
		Neurológico	ex. Síndrome da dor do nervo pudendo		
Muscular					
Síndrome da dor não pélvica	ex. Neurológico	ex. neuralgia do nervo pudendo			
	ex. Urológico				

Eixo IV Referência	Eixo V	Eixo VI Carácter	Eixo VII Sintomas associados	Eixo VIII Sintomas psicológicos
Suprabúbrica Inguinal Uretral Pénis/clitoris Perineal Rectal Costas Nádegas	<p>INÍCIO Agudo</p> <p>DECURSO Esporádico Cíclico Contínuo</p> <p>MOMENTO Enchimento Esvaziamento Logo após Tardamente após</p> <p>PROVOCADO</p>	<p>Doloroso Queimadura Pontadas Eléctrico</p> <p>Outro</p>	<p>URINÁRIOS Frequência Noctúria Hesitação Fluxo fraco Jacto duplo Impulso Urgência Incontinência Outro</p> <p>GINECOLÓGICO ex. Menstrual</p> <p>SEXUAL ex. dispareunia feminina impotência</p> <p>GI</p> <p>MUSCULAR Hiperalgesia</p> <p>CUTÂNEO Alodínia</p>	<p>ANSIEDADE Sobre a dor ou causa putativa da dor Outro</p> <p>DEPRESSÃO Atribuída à dor/impacto da dor</p> <p>Atribuída a outras causas ou não atribuída</p> <p>VERGONHA, CULPA relacionada com experiências sexuais reveladas ou não reveladas</p> <p>SINTOMAS PTSD Re-experiência Evitação Hiper-excitação</p> <p>ILUSÕES MONOS- SOMÁTICAS</p>

## Tabela 2: Definições da terminologia de dor pélvica crónica

Terminologia	Descrição
<i>Dor pélvica crónica</i>	Dor não maligna sentida em estruturas relacionadas com a pélvis tanto do homem como da mulher. Em caso de dor nociceptiva documentada que se torna crónica, a dor deve ser contínua ou recorrente durante pelo menos 6 meses. Se estiverem bem documentados mecanismos de dor de sensibilização central não agudos, a dor pode então ser encarada como crónica, independentemente do período de tempo. Em todos os casos, estão muitas vezes associadas consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais negativas.
<i>Síndrome de dor pélvica</i>	Dor pélvica persistente ou episódica recorrente associada a sintomas que sugerem disfunção do tracto urinário inferior, sexual, intestinal ou ginecológica. Sem infecção comprovada ou outra patologia óbvia (adoptado do relatório ICS de 2002).
<i>Síndrome de dor vesical</i>	A dor suprabúbica está relacionada com o enchimento vesical, acompanhada por outros sintomas tais como aumento da frequência diurna e nocturna. Há uma ausência de infecção urinária comprovada ou outra patologia óbvia. Este termo foi

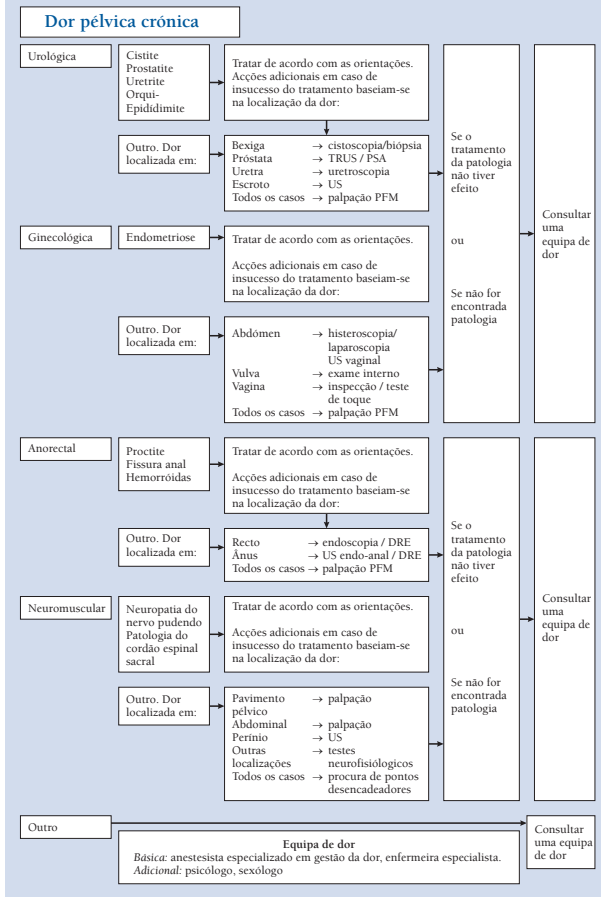
	<p>adoptado do relatório ICS de 2002, em que o termo síndrome vesical dolorosa foi usado; o nome foi alterado para síndrome da dor vesical para ser consistente com outras terminologias da síndrome da dor. A publicação da Sociedade Europeia para o Estudo de SDP/CI (ESSIC) coloca maior ênfase na percepção da dor na bexiga.</p>
<i>Síndrome de dor uretral</i>	<p>Dor uretral episódica recorrente, normalmente no esvaziamento, com frequência diurna e noctúria. Ausência de infecção comprovada ou outra patologia óbvia.</p>
<i>Síndrome de dor peniana</i>	<p>Dor no pénis que não é primariamente na uretra. Ausência de infecção comprovada ou outra patologia óbvia.</p>
<i>Síndrome de dor prostática</i>	<p>Dor prostática persistente ou episódica recorrente, associada a sintomas que sugerem disfunção do tracto urinário e/ou sexual. Sem infecção comprovada ou outra patologia óbvia. Definição adaptada da definição de consenso e classificação de prostatite do National Institutes de Health (NIH) que inclui patologias descritas como 'síndrome da dor pélvica crónica'. Através do sistema de classificação NIH, a síndrome da dor prostática pode ser subdividida em tipo A (inflamatória) e tipo B (não inflamatória).</p>
<i>Síndrome de dor escrotal</i>	<p>Dor escrotal persistente ou episódica recorrente associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do tracto</p>

	urinário. Sem orqui-epidídimite comprovada ou outra patologia óbvia.
<i>Síndrome de dor testicular</i>	Dor persistente ou episódica recorrente localizada no testículo em exame, que está associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do tracto urinário. Sem orqui-epidídimite comprovada ou outra patologia óbvia. Esta é uma definição mais específica do que síndrome da dor escrotal.
<i>Síndrome de dor pós-vasectomia</i>	Síndrome de dor escrotal na sequência de vasectomia.
<i>Síndrome de dor epididimária</i>	Dor persistente ou episódica recorrente localizada em exame no epididímio. Associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do tracto urinário. Sem orqui-epidídimite comprovada ou outra patologia óbvia (definição mais específica do que síndrome da dor escrotal).
<i>Síndrome de dor associada a endometriose</i>	Dor pélvica crónica ou recorrente com presença de endometriose mas que não explica completamente os sintomas.
<i>Síndrome de dor vaginal</i>	Dor vaginal persistente ou episódica recorrente associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do tracto urinário. Sem infecção vaginal comprovada ou outra patologia óbvia.
<i>Síndrome de dor vulvar</i>	Dor vulvar persistente ou episódica recorrente quer esteja relacionada com o

	ciclo miccional ou associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do tracto urinário. Não há infecção comprovada ou outra patologia óbvia.
<i>Síndrome de dor vulvar generalizada</i>	Ardor ou dor vulvar cuja localização não se consegue estabelecer de forma consistente e rigorosa ('mapeamento' formal da pressão através de exame com um aplicador tipo cotonete ou vulvodinia disestésica similar) com cotonete. O vestibulo vulvar pode estar envolvido mas o desconforto não se limita a essa zona. Clinicamente, a dor pode ocorrer com ou sem agente provocador (toque, pressão ou fricção).
<i>Síndrome de dor vulvar localizada</i>	Dor cuja localização se consegue estabelecer de forma consistente e rigorosa através de mapeamento pressão-ponto numa ou mais zonas da vulva. Clinicamente, a dor ocorre normalmente como consequência de agente provocador (toque, pressão ou fricção).
<i>Síndrome de dor vestibular</i>	Dor localizada através de mapeamento pressão-ponto numa ou mais zonas do vestibulo vulvar (anteriormente vestibulite vulvar).
<i>Síndrome de dor do clitóris</i>	Dor localizada através do mapeamento pressão-ponto do clitóris.
<i>Síndrome de dor anorectal</i>	Dor rectal episódica persistente ou recorrente, associada a pontos desencadeadores/sensibilidade rectal relacionados com sintomas de disfunção

	intestinal. Sem infecção comprovada ou outra patologia óbvia.
<i>Síndrome de dor do nervo pudendo</i>	Dor de tipo neuropática com origem na distribuição do nervo pudendo com sintomas e sinais de disfunção rectal, sexual ou do tracto urinário. Sem patologia óbvia comprovada (não se trata do mesmo que neuralgia bem definida do nervo pudendo).
<i>Síndrome de dor perineal</i>	Dor perineal episódica persistente ou recorrente, quer esteja relacionada com o ciclo miccional ou associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do tracto urinário. Sem infecção comprovada ou outra patologia óbvia.
<i>Síndrome de dor dos músculos do pavimento</i>	Dor do pavimento pélvico persistente ou recorrente, episódica, associada a pontos desencadeadores, que está relacionada pélvico com o ciclo miccional ou associada a sintomas que sugerem disfunção do tracto urinário, intestinal ou sexual. Sem infecção comprovada ou outra patologia óbvia.

# Fig. 1: Algoritmo para o diagnóstico e gestão de CPP



DRE = exame rectal; US = ecografia; PFM = músculos do pavimento pélvico.

**Tabela 3: Guia para usar o algoritmo da Fig. 1 para diagnóstico e gestão de CPP**

Passo	Acção	Algoritmo
1	Começar por verificar o sistema de órgãos onde os sintomas parecem ser primariamente sentidos	Primeira coluna
2	Patologias ‘bem definidas’, tais como cistite, devem ser diagnosticadas e tratadas de acordo com as orientações nacionais ou internacionais	Segunda coluna e parte superior da terceira coluna
3	Quando o tratamento não tem efeito sobre a dor, devem ser efectuados testes adicionais (ex. cistoscopia ou ecografia)	Parte inferior da terceira coluna
4	Quando estes testes revelarem alguma patologia, estas devem ser tratadas de forma apropriada	Quarta coluna
5	Se o tratamento não produz efeito, o doente deve ser encaminhado para uma equipa de dor	Quinta coluna
6	Se não houver nenhuma patologia bem definida ou se não se detectar nenhuma patologia em testes adicionais, o doente deve também ser encaminhado para uma equipa de dor	Quinta coluna

## **Dor prostática crónica/prostatite crónica associada à síndrome da dor pélvica crónica (CP/CPPS)**

A prostatite crónica associada à síndrome da dor pélvica crónica (CP/CPPS) constitui desconforto ou dor na região pélvica durante pelo menos 3 meses, com culturas estéreis, contagem de glóbulos brancos em amostras específicas prostáticas (i.e. sémen, secreções prostáticas expressas e urina recolhida após massagem prostática) quer significativos ou insignificativos. De acordo com a classificação do *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* (NIDDK), CP/CPPS é prostatite de categoria III. Pode ser considerada como uma entidade única porque a diferenciação entre aspectos inflamatórios e não inflamatórios não tem consequências diagnósticas ou terapêuticas. Nesta revisão é usado o termo ‘síndrome da dor prostática (CP/CPPS)’.

O diagnóstico baseia-se na história de dor genitourinária de 3 meses e ausência de outras patologias do tracto urinário inferior. Pode ser confirmada de forma efectiva com custo controlado através do teste dos dois copos ou teste pré-pós massagem (PPMT), que identifica com precisão 96% de doentes.

A síndrome da dor prostática (CP/CPPS) é frequentemente tratada empiricamente devido à sua etiologia desconhecida. A maioria dos doentes requer tratamento multimodal para os sintomas principais e eventuais co-morbilidades (Tabela 4).

**Tabela 4: Tratamento da síndrome da dor prostática (CP/CPPS)**

Fármacos	NE	GR	Comentário
• Alfa-bloqueantes	1a	A	Efeito sobre NIH-CPSI total
• Terapêutica antimicrobiana	3	B	Quinolonas Se não anteriormente tratadas ( <i>naïve</i> ) apenas, reavaliar após 2-3 semanas Duração 4-6 semanas
• Opiáceos	3	C	Como parte de terapêutica multimodal para o tratamento de dor refractária em colaboração com clínicos da dor
• Fármacos anti-inflamatórios não esteróides	1b	B	Devem ser considerados efeitos secundários a longo prazo
• Inibidores da 5-alfa-reductase	1b	B	Na presença de hiperplasia benigna da próstata
• Fitoterapia	1b-3	B	
• Biofeedback, exercícios de relaxamento, alterações no estilo de vida, massagem terapêutica, terapêutica quiroprática, acupuntura e meditação	2a-3	B	Como terapêutica de apoio, de segunda linha

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação; NIH-CPSI = NIH Índice de Sintomas de Prostatite.

## **Síndrome da dor vesical/ cistite intersticial (SDV/CI)**

Este espectro heterogéneo de perturbações está ainda pouco definido. A inflamação é uma característica importante apenas num subgrupo de doentes. A SDV refere-se a dor sentida na região vesical, enquanto a CI se refere a um tipo especial de inflamação crónica da bexiga.

Tem sido usada uma variedade bastante ampla de critérios de diagnóstico devido à dificuldade em estabelecer diferentes definições tais como o critério de consenso do NIDDKK no final dos anos 80. A Sociedade Europeia para o Estudo de SDV/CI (ESSIC) sugeriu recentemente critérios de diagnóstico uniformizados para facilitar a comparação entre diferentes estudos. Propõe que a SDV deve ser diagnosticada com base na dor sentida na bexiga urinária, acompanhada pelo menos por um outro sintoma, tal como a frequência urinária diurna e/ou nocturna. Devem ser excluídas doenças confundíveis como causa dos sintomas. Podem estar indicadas cistoscopia com hidrodistensão e biópsia (Tabela 5).

**Tabela 5: Classificação ESSIC de BPS com base em cistoscopia com hidro-distensão e biópsias**

Cistoscopia com hidrodistensão

Biópsia	Não realizada	Normal	Glomerulações (grau 2-3)	Lesões de Hunner, com/sem glomerulações
• Não realizada	XX	1X	2X	3X
• Normal	XA	1A	2A	3A
• Inconclusiva	XB	1B	2B	3B
• Positiva*	XC	1C	2C	3C

\* *Histologia demonstra infiltrados inflamatórios e/ou mastocitose do detrusor e/ou decido de granulação e/ou fibrose intrafascicular.*

O diagnóstico é efectuado através de sintomas, exame, análise à urina, cistoscopia com hidrodistensão e biópsia (Fig. 2). Os doentes apresentam dor e frequência urinária características, que são por vezes intensas e inclui sempre noctúria. A dor é o sintoma essencial. Está relacionado com o grau de enchimento vesical, que aumenta tipicamente com o aumento do conteúdo vesical e está localizado na área suprapúbica, por vezes irradiando para as virilhas, vagina, recto ou sacro. Embora aliviada pelo esvaziamento, a dor cedo volta.

As duas entidades principais, a clássica (Hunner) e a doença não ulcerosa possuem apresentações clínicas diferentes e distribuição de idade. Os dois tipos respondem de modo diverso ao tratamento e têm características histopatológicas, imunológicas e neurobiológicas diferentes. Nas Tabelas 6 e 7 são enumeradas as recomendações para tratamento de SDV/CI.

**Tabela 6: Tratamento médico de SDV/CI**

Fármaco	NE	GR	Comentário
• Analgésicos	2b	C	Limitados a casos que aguardam tratamento adicional
• Hidroxizina	1b	A	Tratamento padrão, apesar de eficácia limitada demonstrada em RCT
• Amitriptilina	1b	A	Tratamento padrão
• Polissulfato sódico de pentosano (PPS)	1a	A	Tratamento padrão; dados contraditórios
• Ciclosporina	A	1b	Um RCT demonstrou superioridade em relação a PPS, mas com mais efeitos adversos

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação;

RCT = ensaio aleatorizado controlado; IC = cistite intersticial;

PPS = Polissulfato sódico de pentosano.

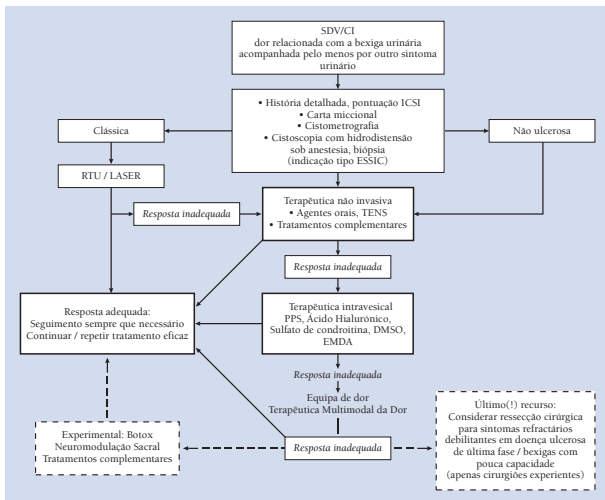
**Tabela 7: Tratamento intravesical, interventivo, alternativo e cirúrgico de SDV/CI**

Tratamento	NE	GR	Comentário
• PPS intravesical	1b	A	
• Ácido hialurônico intravesical	2b	B	
• Sulfato de condroitina intravesical	2b	B	
• DMSO intravesical	1b	A	
• Distensão vesical	3	C	

• Administração de fármaco sob corrente eléctrica	3	B	
• Ressecção transuretral (coagulação e LASER)	NA	A/B	Lesões de Hunner apenas
• Bloqueio nervoso/ bomba de perfusão epidural	3	C	Para intervenção em crises; só afecta a dor
• Treino vesical	3	B	Doentes com pouca dor
• Terapêutica manual e física	3	B	
• Terapêutica psicológica	3	B	
• Tratamento cirúrgico	NA	A	Dados muito variáveis, último recurso, apenas cirurgiões experientes

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação; PPS = Polissulfato sódico de pentosano; DMSO = Dimetilsulfóxido; NA = tipo de evidência não aplicável, uma vez que os RCTs não são éticos nestes procedimentos cirúrgico.

**Fig. 2: Fuxograma de diagnóstico e terapêutica para SDV/CI**



## Síndrome da dor escrotal

Deve efectuar-se sempre um exame físico, incluindo ligeira palpação de cada componente do escroto e exame rectal para verificar anomalias da próstata e dos músculos do pavimento pélvico. A ecografia escrotal é de valor limitado na procura da causa da dor. A dor escrotal pode ter origem em pontos desencadeantes no pavimento pélvico ou musculatura abdominal inferior.

## Síndrome da dor uretral

A síndrome da dor uretral não está muito definida. Os sinais são sensibilidade uretral ou dor à palpação e mucosa uretral

inflamada observada por endoscopia. Os doentes apresentam dor ou desconforto durante a micção com ausência de infecção urinária. A ‘ausência de infecção urinária’ causa problemas de diagnóstico porque os métodos usados tipicamente para identificar infecções urinárias são insensíveis. Não existe consenso sobre o tratamento. Pode ser necessária a abordagem multidisciplinar.

## **Dor pélvica na prática ginecológica**

São necessárias a história clínica completa, examinação e exames adequados (ex. esfregaço genital, imagiologia pélvica e laparoscopia diagnóstica) para identificar todas as causas que possam ser tratadas. No entanto, em 30% das doentes não será encontrada causa. As patologias de dor ginecológica mais comuns incluem dismenorreia, infecções pélvicas e endometriose. As infecções pélvicas normalmente respondem a terapêutica antibiótica, mas poderá ser necessária cirurgia em patologias a longo prazo. As doenças ginecológicas apresentam frequentemente sintomas similares a SDP.

A disfunção sexual associada a dor pélvica pode requerer especial atenção. A disfunção sexual no homem é abordada em pormenor noutras orientações EAU. A disfunção sexual na mulher é menos fácil de tratar, mas é afectada por problemas do parceiro. Recomenda-se que a mulher seja avaliada no contexto do casal numa clínica de medicina sexual.

## **Patologias neurogénicas**

Quando a CPP não se explica por patologia pélvica local, deve procurar-se uma opinião neurológica para excluir eventuais formas de patologia do cone ou raiz sagrada. A ressonância magnética é o exame de eleição para visualizar tanto o tecido

neural como as estruturas circundantes. Se todas as observações e exames não revelarem anomalia, considerar síndrome da dor focal, ex. encarceramento do nervo pudendo. O tratamento para cada patologia é adaptado individualmente.

## Função e disfunção do pavimento pélvico

O pavimento pélvico tem três funções: suporte, contracção e relaxamento. A disfunção do pavimento pélvico deve ser classificada de acordo com *'The standardisation of terminology of pelvic floor muscle function and disfunction'*, publicada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS). Em todos os documentos de uniformização da ICS, a classificação é baseada na tríade de sintomas, sinais e patologias. Os sintomas são a informação dada pelo doente; os sinais são os achados do exame objectivo. Recorre-se à palpação para avaliar a contracção e relaxamento dos músculos do pavimento pélvico. Com base nos resultados, a função dos músculos do pavimento pélvico é classificada como normal, hiperactiva, hipoactiva ou não funcional. Os músculos hiperactivos do pavimento pélvico podem provocar CPP. A sobrecarga muscular repetida ou crónica pode activar pontos alvo no músculo. Os pontos alvo são definidos como pontos hiper-irritáveis associados a nódulos palpáveis hipersensíveis em áreas contraídas. A dor com origem em pontos alvo é agravada por movimentos específicos e aliviada por certas posições. A dor é agravada por pressão sobre o ponto alvo (ex. dor relacionada com relações sexuais) e contracções contínuas ou repetidas (ex. dor relacionada com esvaziamento ou defecação). Os pontos alvos são palpáveis no exame objectivo e a compressão expõe a dor local e referida. Em doentes com CPP, os pontos alvo estão muitas vezes localizados em músculos relacionada com a pélvis, tais como o músculo abdominal, glúteos e piriformes.

O tratamento da hiperactividade do pavimento pélvico deve ser considerado em CPP. A fisioterapia especializada pode melhorar a função e coordenação dos músculos do pavimento pélvico.

## **Factores psicológicos em CPP**

Os factores psicológicos afectam o desenvolvimento e manutenção da dor pélvica persistente, adaptação à dor, e resultado do tratamento. A dor causa aflição e perda de actividades valorizadas. Os doentes também se preocupam com danos, doença e o sofrimento prolongado. Existem fortes evidências sobre o envolvimento de processos cognitivos e emocionais no processamento da dor. Não existe base de evidência para o modelo alternativo, generalizado de somatização/somatofor-mação do distúrbio da dor. A ausência de sinais físicos significativos não é evidência para causas psicológicas substanciais.

Nas mulheres, a ansiedade, depressão e problemas sexuais são frequentes em CPP e devem ser avaliados e tratados. É consideravelmente comum existir história de abuso sexual ou físico, mas este é um achado de outras perturbações e a ligação causal é improvável. Nos homens, a depressão está associada a sintomas urológicos e a ansiedade e a depressão podem levar ao abandono de actividades normais; é provável a existência de problemas sexuais.

A avaliação psicológica (Tabela 8) é mais fácil se for possível a colaboração do clínico com um psicólogo ou especialista equivalente. Colocar questões directas sobre o que o doente pensa que está errado ou que o preocupa é mais útil do que um questionário de ansiedade. Um doente que admite estar deprimido e o atribui à dor pode responder a uma gestão psicológica da

dor. A revelação de abusos físicos e sexuais na infância não influencia a gestão da dor. Eventuais revelações de abusos físicos e sexuais actuais devem ser encaminhados de imediato para os serviços apropriados. Deve avaliar-se o impacto sobre qualidade de vida de todos os tratamentos.

Existem poucos estudos de tratamento psicológico. A dor pélvica na mulher apresenta uma taxa significativa de remissão espontânea dos sintomas. O uso de ambos os tratamentos físicos e psicossociais produz provavelmente melhores resultados tanto no homem como na mulher (Tabela 9).

**Tabela 8: Factores psicológicos na avaliação de CPP**

Avaliação	NE	GR	Comentário
Ansiedade sobre a causa da dor: perguntar, ‘Está preocupado com o que estar a causar a dor?’	1a	C	Apenas estudos em mulheres: ansiedade masculina não foi estudada
Depressão atribuída à dor: perguntar, ‘Como é que dor a dor afecta a sua vida?’; ‘Como é que a dor o faz sentir emocionalmente?’	1a	C	Apenas estudos em mulheres: ansiedade masculina não foi estudada
Sintomas físicos múltiplos /saúde geral	1a	C	
História de abuso sexual ou físico	1a	C	Abuso actual/recente pode ser mais importante

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação.

## Tabela 9: Factores de tratamento na gestão de CPP

Tratamento	NE	GR	Comentário
Redução da tensão; relaxamento, para redução da dor	1b	A	Relaxamento+/- biofeedback+/- terapêutica física; principalmente dor pélvica no homem
Gestão multidisciplinar da dor para o bem estar tratados num grupo	(1a)	(A)	Doentes com dor pélvica mais vasto: não há ensaios específicos em dor pélvica

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação.

## Tratamento geral de CPP

Há poucas evidências para o uso de analgésicos e co-analgésicos em CPP. As recomendações aqui apresentadas derivam da literatura sobre dor crónica geral com base no facto de que CPP é provavelmente modulada por mecanismos similares aos da dor somática, visceral e neuropática. A Tabela 10 sumariza o tratamento geral.

### Analgésicos simples

O paracetamol é bem tolerado e tem poucos efeitos secundários. Pode ser alternativa a, ou dado em conjunto com, AINEs. Há poucas evidências, contudo, sobre o uso de AINEs em CPP. A maioria dos estudos analgésicos investigou a dismenorreia, nos quais os AINEs foram superiores ao placebo e possivelmente paracetamol.

### Analgésicos neuropáticos e antidepressores tricíclicos

Se houver possibilidade de lesão nervosa ou sensibilização central, considerar o algoritmo da Fig. 3. Os tricíclicos são eficazes na dor neuropática. As evidências são limitadas no que

diz respeito aos inibidores selectivos da recaptação da serotonina e insuficientes relativamente a outros antidepressivos.

### Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes são usados na gestão da dor há muitos anos. Podem ser úteis na dor que pode ser neuropática ou na sensibilização central. A gabapentina está autorizada em alguns países para a dor neuropática crónica. A gabapentina tem menos efeitos secundários graves em comparação com anticonvulsivantes mais antigos. Os anticonvulsivantes não devem ser usados na dor aguda.

### Opiáceos

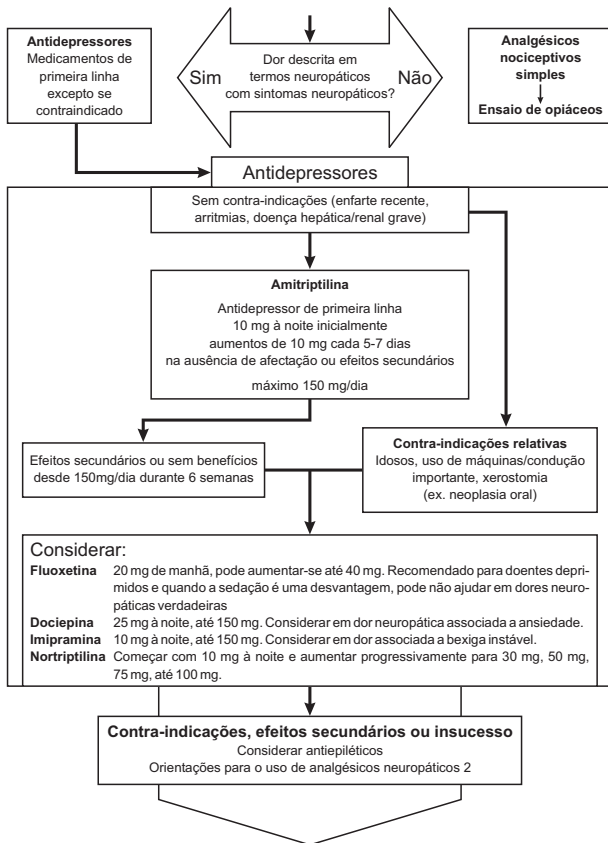
O uso de opiáceos na dor urogenital não está muito definido. O seu uso na dor neuropática não é claro, embora uma meta-análise sugira benefícios clinicamente importantes.

### Bloqueio nervoso

O bloqueio nervoso é normalmente efectuado para diagnóstico e/ou gestão por um consultor em medicina da dor com antecedentes em anestesia. Os bloqueios diagnósticos podem ser difíceis de interpretar devido aos vários mecanismos através dos quais um bloqueio pode agir. Todos os bloqueios nervosos devem ser efectuados da forma a mais segura possível, com uma equipa de apoio qualificada e equipamento de monitorização e ressuscitação. Deve usar-se equipamento correcto para o procedimento, principalmente através de agulhas de bloqueio correctas, dispositivos de localização nervosa e escolha de imagem (i.e. intensificador de imagem de RX, ecografia ou tomografia computadorizada).

### Fig. 3: Orientações para analgésicos neuropáticos

Orientações para o uso de analgésicos neuropáticos:



**Tabela 10: Tratamento geral de CPP**

Fármaco	Tipo de dor	NE	GR	Comentário
Paracetamol	Dor somática	1b	A	Benefícios limitados e baseados na dor artrítica
Antagonistas da COX2		1b	A	Evitar em doentes com factores de risco cardiovascular
AINEs	Dismenorreia	1a	B	
Antidepressivos tricíclicos	Dor neuropática	1a	A	
	Dor pélvica	3	C	Evidências sugerem que a dor pélvica é idêntica à dor neuropática
Anticonvulsivantes Gabapentina	Dor neuropática	1a	A	
Opiáceos	Dor não maligna crónica	1a	A	Dados a longo prazo limitados; só devem ser usados por clínicos experientes no seu uso
	Dor neuropática	1a	A	Benefício é provavelmente clinicamente significativo. Cautela com uso comum, como acima mencionado

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação; COX = ciclo-oxigenase; NSAID = não esteróides anti-inflamatório drug.

## **Estimulação transcutânea eléctrica do nervo suprabúbico (TENS)**

No maior estudo de TENS suprabúbico em 60 doentes (33 com CI clássica, 27 com doença não ulcerosa), 54% dos doentes com IC clássica foram auxiliados através da TENS. Foram obtidos resultados menos favoráveis em CI não ulcerosa. É difícil avaliar a eficácia da TENS em SDP/CI com precisão. Os estudos controlados são difíceis de desenhar porque a estimulação de alta intensidade é dada em locais específicos por um longo período de tempo.

## **Neuromodulação sagrada na síndrome da dor pélvica**

A dor neuropática e síndromes de dor regional complexa são tratadas de forma bem sucedida com neuroestimulação da coluna dorsal e nervos periféricos. A neuromodulação pode desempenhar um papel na CPP.

## **Sumário**

A dor pélvica crónica engloba um largo número de apresentações clínicas e patologias. A etiologia e patogénese é muitas vezes obscura. Uma gestão bem sucedida requer uma história detalhada, exame físico cuidado apoiado em análises laboratoriais adequadas e uma atitude cautelosa de tratamento, indo do tratamento menos perigoso para procedimentos mais invasivos de acordo com os algoritmos estabelecidos, contemplando a cirurgia apenas quando todas as outras opções falharam.

*O texto deste folheto é baseado nas orientações mais abrangentes da EAU (ISBN 978-90-70244-91-0), disponíveis a todos os membros da Associação Europeia de Urologia no sítio - <http://www.uroweb.org>.*