

10 Dor pélvica e dismenorreia

João Bernardes

1. INTRODUÇÃO

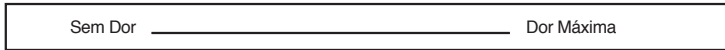
Neste capítulo, faz-se a apresentação geral do tema dor pélvica. Dá-se especial atenção às dismenorreias, deixando as patologias específicas subjacentes às dores pélvicas, tais como a endometriose, para capítulos próprios. Sendo diversas as conceptualizações, definições, classificações e abordagens do tema, tratá-lo-emos da forma mais didáctica, clínica e consensual possível, a partir de publicações de referência.

2. CONCEITOS GERAIS

2.1. FISIOPATOLOGIA E TERMINOLOGIA

Nociceção é a activação das vias e dos centros da dor, sendo a dor a percepção do processo nociceptivo^{1,2}. Por isso se diz que nociceção é sensação e que dor é sensação e/ou emoção^{1,2}. Dor e algia utilizam-se normalmente de forma indistinta, embora a palavra algia, mais associada às publicações francesas, se deva aplicar preferencialmente nos casos em que não há causa orgânica aparente^{3,4}. No mesmo sentido, a Direcção-Geral da Saúde de Portugal define dor «como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre», considerando-a o quinto sinal vital, que, como tal, deve ser avaliada e registada de forma apropriada (Fig. 1)^{5,6}.

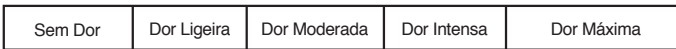
Disestesia é a percepção de uma sensação dolorosa, que não corresponde à dor habitual, que pode ser descrita como uma sensação de queimadura ou aperto². Alodinia é a percepção de uma sensação dolorosa causada por um estímulo, que normalmente não produz dor, tal como o contacto com a roupa ou o toque². Hiperalgisia e hipoalgisia são a percepção exageradamente alta ou baixa da sensação de dor, respectivamente². A nociceção inicia-se nos sensores da dor, ou nociceptores, e prossegue pelas vias da dor, que correspondem a neurónios mielinizados, tipo A- Δ , e não-mielinizados, tipo C, mais finos e de condução mais lenta, no caso da dor somática e da dor visceral, respectivamente¹. As vias da dor viscerais e somáticas de um mesmo dermatomo convergem para pontos vizinhos dos cornos posteriores da medula espinal onde se sinapsam com os neurónios do feixe espinotalâmico que cruzam para a região ântero-lateral da medula para atingirem o tálamo onde se sinapsam com o terceiro e último neurónio que atinge o córtex sensorial¹. A convergência de neurónios sensoriais viscerais e somáticos, na medula espinal, explica a dor referida, isto é a percepção de dor somática, sem causa orgânica somática, induzida por uma dor visceral oriunda de um mesmo dermatomo¹. Tal convergência explica também a fisiopatologia dos «pontos-gatilho» (*trigger points*) típicos da síndrome miofascial, isto é, pontos de hipersensibilidade dolorosa somática que ao serem tocados despertam dor visceral⁷. As vísceras não são normalmente sede



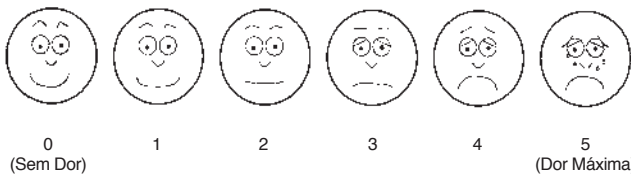
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.



Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Figura 1. Algumas das escalas de avaliação da dor propostas pela Direcção Direcção-Geral da Saúde, Portugal.

de processos dolorosos intensos, excepto nos casos de distensão de vísceras ocas, mas podem incorrer no chamado processo de sensibilização, num contexto inflamatório ou nociceptivo repetido, tornando-se extremamente susceptíveis à dor¹.

A percepção final da dor depende de complexos processos de modulação nociceptiva e antinociceptiva, centrais e periféricos, que a podem encurtar ou perpetuar, amplificar,

diminuir ou anular^{1,7,8}. Este processo está fortemente relacionado com o estado físico e psíquico do indivíduo, onde avultam as emoções, a memória e outras dimensões psicológicas, mediadas por processos psicofarmacológicos e neuroinflamatórios, que predispõem à hiperalgesia, disestesia e alodinia, em que se destacam a substância P e os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico, gabaérgico e endorfinico, complexamente interligados

entre si e com as actividades nervosas corticais, simpáticas e parassimpáticas^{1,7,8}.

A dor aguda tem habitualmente um início rápido e uma duração curta. Associa-se normalmente a processos fisiopatológicos e etiológicos específicos, limitados no tempo, que habitualmente cedem aos analgésicos e ao respectivo tratamento etiológico^{1,7}.

A dor crónica envolve persistência de mecanismos fisiopatológicos e neuroinflamatórios complexos que a perpetuam, mesmo nos casos em que aparentemente são curadas as lesões que lhe deram origem, transformando-se em si mesma numa doença^{1,6}. Este tipo de dor pode não ser susceptível de tratamento etiológico, uma vez que a sua causa é, frequentemente, desconhecida. Além disso, são dores que cedem muitas vezes mal, ou incompletamente, aos analgésicos comuns e que necessitam de uma abordagem terapêutica multidisciplinar continuada, interferindo frequentemente com a vida pessoal, familiar e profissional^{1,6}.

As dores pélvicas definem-se habitualmente como dores localizadas ou referidas à região inferior do abdómen, pelve ou periné e podem ser agudas, cíclicas ou crónicas⁹⁻¹¹. A nocicepção pélvica é veiculada até aos segmentos T10-L1, L2-L5 e S2-S4 da medula espinal, quando provenientes da regiões ovárico-uterina, vaginal ou perineal, respectivamente, pelos nervos ilio..., na vertente somática, e pelos plexos hipogástricos superior, médio e inferiores e plexos ováricos, peri e recto-uterinos e vesical, na vertente visceral.⁷

Dispareunia é a dor ou desconforto com o coito. Vulvodinia e vestibulodinia são alodínias da vulva e do vestíbulo, respectivamente. Disúria e disquesia, respectivamente, dificuldade ou desconforto ao urinar e ao defecar, são também sintomas frequentemente associados à dor pélvica^{4,7-11}.

No quadro 1 apresenta-se uma classificação genérica e integradora das dores pélvicas, baseada na literatura^{4,7,9}.

2.2. EPIDEMIOLOGIA

A dor é o sintoma que mais frequentemente leva o doente ao médico, nomeadamente a dor aguda^{2,6}. Em Portugal, a dor crónica tem uma prevalência da ordem dos 12% no homem e dos 19% na mulher, aumenta com a idade, é maior nos casos em que a escolaridade é menor e é mais prevalente na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde poderá atingir valores médios para o homem e mulher da ordem dos 20%, representando as dores lombares baixas 36% das causas¹².

Nos quadros 2 e 3, apresentam-se as principais causas de dor pélvica, aguda, cíclica e crónica^{7,9,13}.

2.3. DIAGNÓSTICO

A história clínica, em geral, e a anamnese, em particular, realizadas com ênfase na empatia, são o principal meio de avaliação e diagnóstico das dores pélvicas^{7,9,13}. No quadro 4, apresentam-se os principais elementos a colher na avaliação clínica das dores pélvicas e, nas figuras 2 a 4, apresentam-se propostas da *International Pelvic Pain Society* e da Direcção-Geral da Saúde de Portugal para quantificar, qualificar e registar dados, incluindo o respectivo mapeamento em figuras destinadas a esse fim (Figs. 2 e 3)^{5,6,13}. O estudo clínico deve incluir os meios habituais de exploração semiológica, meios de avaliação psicológica e de qualidade de vida, e meios auxiliares de diagnóstico apropriados, sempre que necessário, designadamente análises sanguíneas e urinárias, ecografia, TC e/ou RM, cistoscopia, histeroscopia, laparoscopia ou laparotomia e exames citológicos e/ou histológicos^{7,9,13}.

2.4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser etiológico e sintomático, médico e/ou cirúrgico. O tratamento da dor crónica é especialmente complexo, exigindo equipas multidisciplinares

Quadro 1. Classificação esquemática das dores pélvicas, pondo em evidência os três grupos habitualmente considerados e a possibilidade das dores pélvicas cíclicas poderem ser agudas ou crônicas

Dores pélvicas agudas	Dores pélvicas cíclicas
Dores pélvicas crônicas	

Quadro 2. Causas de dor pélvica aguda e cíclica, de acordo com Rapkin⁷

Obstétricas	Ginecológicas intermitentes	Ginecológicas cíclicas	
	Doença inflamatória pélvica aguda		
	Endometriose		
	Hemorragia ovárica intraquística		
Gravidez ectópica	Rotura de quisto ovárico		Dismenorreia primária
Abortamento	Torção anexial		Dismenorreia secundária
Doença do trofoblasto gestacional	Síndrome de hiperestimulação ovárica		Mittelschmerz
	Torção ou degenerescência de mioma		
	Síndromes malformativos obstructivos		
	Traumatismo pélvico		
	Vulvovaginite, bartholinite, vulvodinia		
Urológicas	Gastrointestinais	Musculoesqueléticas	Outras
	Gastroenterite		
	Apendicite		
	Diverticulite		
Cistite	Doença inflamatória intestinal	Hematoma da parede abdominal	Porfíria aguda
Pielonefrite		Hérnia	Tromboflebite aguda
Litíase	Síndrome do cólon irritável		Aneurisma aórtico
	Oclusão intestinal		Angina abdominal

especialmente preparadas para esse fim. Todas as possibilidades terapêuticas deverão ser consideradas, incluindo as práticas das chamadas medicinas alternativas, desde que devidamente fundamentadas^{6,7,9}. O tratamento etiológico visa a erradicação da causa de dor e o tratamento sintomático a abolição ou alívio da mesma, utilizando-se para esses fins meios farmacológicos, psicológicos, físicos e/ou cirúrgicos.

No quadro 5, resumem-se os principais meios de tratamento sintomático da dor pélvica e no quadro 6 os diversos patamares de analgesia, propostos pela OMS para a abordagem da dor crônica^{7,9,14}. Quanto às intervenções do foro psicológico e físico, há a considerar uma vasta gama de técnicas, que vão da intervenção psicoterapêutica mais simples às mais complexas intervenções conduzidas por equipas de psicólogos,

Quadro 3. Causas de dor pélvica crónica de acordo com os níveis de evidência A, B e C

Nível de evidência	Ginecológica	Urológica	Gastrointestinal	Musculoesquelética	Outras
A	Endometriose Tumores malignos em estágio avançado Síndrome do ovário remanescente Síndrome de retenção do ovário residual Síndrome de congestão pélvica Salpingite tuberculosa	Neoplasia vesical Cistite intersticial Cistite rádica Síndrome uretral	Carcinoma do cólon Obstipação Doença inflamatória crónica Síndrome do cólon irritável	Dor miofascial Dor lombar ou coccígea Defeitos posturais Neuralgia dos ilio-hipogástricos, ilio-inguinais e/ou ilio-fémurais Mialgia dos elevadores do ânus (síndrome dos elevadores do ânus e dos piriformes) Síndrome da dor pélvica periparto	Aprisionamento de nervo em cicatriz abdominal Anomalias de somatização Doença celíaca
B	Bridas Mesotelioma cístico benigno Leiomiomas Quistos peritoneais pós-operatórios	Dissinergia do detrusor Divertículo uretral		Hérnia do núcleo pulposo Lombalgia Neoplasia da medula espinal ou nervo sagrado	Disfunção neurológica Porfíria Herpes Perturbações do sono
C	Adenomiose Dismenorreia atípica ou dor ovulatória Quistos anexiais não-endometriósicos Estenose do colo Gravidez ectópica crónica Endometrite crónica Pólipos endometriais ou endocervicais Endossalpingeose DIU Ovário acessório residual Prolapso genital	Infecção urinária crónica Cistite ou uretrite aguda recorrentes Litíase Carúncula uretral	Colite Obstrução intestinal crónica intermitente Doença diverticular	Compressão das vértebras lombares Doença articular degenerativa Hérnias inguinais, femurais ou spigelianas Distensões musculares Espondilose	Epilepsia abdominal Enxaqueca abdominal Anomalias de personalidade bipolar Febre mediterrânica familiar

Adaptado a partir da referência 9.

Quadro 4. Aspectos a considerar na avaliação da dor pélvica, aguda e crónica

- Anamnese
 - Início e cronologia da dor, localização, irradiação, duração, tipo, intensidade, factores de alívio e agravamento (designadamente digestivos, urinários e musculoesqueléticos)

- Antecedentes pessoais e familiares
 - Médicos, cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, abuso físico e sexual

- Avaliação psicológica e de qualidade de vida (dor crónica)
- Exame físico completo, incluindo mapeamento de pontos-gatilho e pontos dolorosos
- Exames laboratoriais
- Ecografia
- Tomografia axial computadorizada (TC) ou ressonância magnética nuclear (RM)
- Urografia intra-venosa (UIV)
- Exames endoscópicos
 - Designadamente, colonoscopia, cistoscopia, histeroscopia e laparoscopia

Adaptado a partir da referência 9.

Quadro 5. Tratamentos a considerar na abordagem das dores pélvicas

- Tratamento etiológico
 - Médico
 - Cirúrgico

- Tratamento sintomático
 - Analgésicos AINE, opióides
 - Antidepressivos
 - Antiepilépticos reguladores do humor
 - Anovulatórios (contraceptivos orais, agonistas da GnRH, outros)
 - Progestativos
 - DIU com levonorgestrel (adenomiose)
 - Anestésicos locais (em trajectos nervosos e pontos gatilho)
 - Cirurgia de interrupção das vias da dor (neurectomia pré-sagrada e ablação dos nervos uterinos)
 - Exercício
 - Psicoterapia
 - Terapia nutricional (vitamina B1, magnésio)
 - Medicina física (exercício, massagem, estimulação nervosa transcutânea)
 - Medicinas alternativas (acupunctura, aromaterapia, ervanária, campos magnéticos)

Quadro 6. Fármacos mais frequentemente utilizados, em dor crónica, de acordo com a escala analgésica da OMS

Primeiro patamar	Segundo patamar	Terceiro patamar
Paracetamol Aspirina AINE	Codeína Di-hidrocodeína Tramadol	Morfina

psiquiatras e especialistas em Medicina Física e de Reabilitação. Em termos cirúrgicos, dispomos essencialmente de técnicas de interrupção das vias da dor, tais como a ablação dos nervos uterossagrados e/ou pré-sagrados com alguns efeitos demonstrados em casos de dismenorria de localização central^{7,9}.

Dada a necessidade de descondicionar automatismos próprios da dor crónica, os profissionais de saúde não devem ceder à tentação de atender as doentes, em SOS, de forma não programada e improvisada. Da mesma forma, os profissionais de saúde devem abster-se de desvalorizar futilmente as queixas das doentes e de as submeter a intervenções cirúrgicas mutilantes mal ponderadas, que normalmente agravam as situações de dor crónica de causa não-cirúrgica, sabendo-se que em cerca de um terço dos casos estas situações são de etiologia desconhecida^{4,15}.

3. DOR PÉLVICA AGUDA

As dores pélvicas agudas não cíclicas ou intermitentes exigem diagnóstico e tratamento rápido, dada a morbimortalidade potencial de muitas das situações que as provocam (Quadro 2)⁷. Na mulher em idade reprodutora deve ser sempre realizada uma análise de urina para rastreio de pato-

logia urinária e avaliada a possível etiologia obstétrica^{7,13}.

3.1. PATOLOGIA OBSTÉTRICA

São causas frequentes de dor pélvica aguda de causa obstétrica a patologia do abortamento, a gravidez ectópica e a neoplasia do trofoblasto gestacional, durante o primeiro trimestre da gravidez, e o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida e a pré-eclampsia, durante o terceiro trimestre da gravidez. O diagnóstico destas situações assenta essencialmente na avaliação clínica e ecográfica e no doseamento da β -HCG plasmática^{7,16,17}.

3.2. PATOLOGIA GINECOLÓGICA

3.2.1. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA AGUDA

A doença inflamatória pélvica aguda provoca algias hipogástricas e dispareunia, algias à palpação abdominal, à mobilização do colo uterino e à palpação bimanual dos órgãos pélvicos, acompanhando-se frequentemente de febre, aumento da velocidade de sedimentação e PCR e/ou leucocitose. O quadro clínico instala-se normalmente de forma súbita, sobretudo quando a etiologia é gonocócica, podendo associar-se a náuseas e vómitos. Quando causada por *Chlamydia*, as queixas poderão ser



Pelvic Pain Assessment Form

Physician: _____

Initial History and Physical Exam

Date: _____

Contact Information

Name: _____ Birth Date: _____ Chart Number: _____
 Phone: Work: _____ Home: _____
 Is there an alternate contact if we cannot reach you? _____
 Alternate contact phone number: _____

Information About Your Pain

Please describe your pain problem: _____
 What do you think is causing your pain? _____
 What does your family think is causing your pain? _____
 Do you think anyone is to blame for your pain? Yes No If so, who? _____
 Do you think surgery will be necessary? Yes No
 Is there an event that you associate with the onset of pain? Yes No If so, what? _____
 How long have you had this pain? < 6 months 6 months – 1 year 1 – 2 years > 2 years

For each of the symptoms listed below, please "bubble in" your level of pain over the last month using a 10-point scale:
 0 – no pain 10 – the worst pain imaginable

How would you rate your present pain?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pain at ovulation (mid-cycle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain level just before period	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain (not cramps) with period	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deep pain with intercourse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain in groin when lifting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelvic pain lasting hours or days after intercourse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain when bladder is full	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muscle/joint pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovarian pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Level of cramps with period	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain after period is over	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Burning vaginal pain with sex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain with urination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Backache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraine headache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
What would be an acceptable level of pain?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

What is the worst type of pain that you have ever experienced?

<input type="checkbox"/> Kidney stone	<input type="checkbox"/> Bowel obstruction	<input type="checkbox"/> Migraine headache
<input type="checkbox"/> Labor & delivery	<input type="checkbox"/> Current pelvic pain	<input type="checkbox"/> Backache
<input type="checkbox"/> Broken bone	<input type="checkbox"/> Surgery	
<input type="checkbox"/> Other _____		

© November 1999, The International Pelvic Pain Society
 This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvicpain.org

(800) 624-9676 (if in the U.S.)

Figura 2. Primeira página do formulário para avaliação da dor pélvica preconizado e livremente distribuído pela *International Pelvic Pain Society*, onde se destacam os dados iniciais a colher na história clínica.

Have you ever been hospitalized for anything besides surgery or childbirth? Yes No If yes, explain: _____

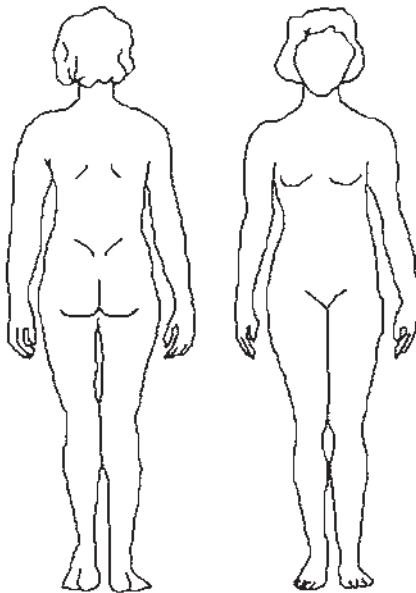
Have you had major accidents such as falls or back injury? Yes No
Have you ever been treated for depression? Yes No Treatments: Medication Hospitalization Psychotherapy

Birth control method: Nothing Pill Vasectomy Hysterectomy
 IUD Rhythm Diaphragm Tubal Ligation
 Condom Other: _____

Is future fertility desired? Yes No

How many pregnancies have you had? _____
Resulting in (#): _____ Full 9 month _____ Premature _____ Abortions (miscarriage) _____ # living children
Any complications during pregnancy, labor, delivery, or post partum period?
 4° Episiotomy C-section Post-partum hemorrhaging
 Vaginal lacerations Forceps Medication for bleeding
 Other: _____

Has anyone in your family ever had: Fibromyalgia Chronic pelvic pain Scleroderma
 Endometriosis Lupus Interstitial cystitis
 Cancer Depression Irritable Bowel Syndrome
 Recurrent Urinary Tract Infections



Place an "X" at the point of your most intense pain.
Shade in all other painful areas.

© 1999, The International Pelvic Pain Society

Figura 3. Destaque para folha de registo com desenho para a doente assinalar da localização das dores, incluída no formulário, para avaliação da dor pélvica, preconizado e livremente distribuído pela *International Pelvic Pain Society*, referido na figura 2.

Physical Examination – For Physician Use Only

Name: _____ Chart Number: _____

Height: _____ Weight: _____ BP: _____ LMP: _____ Temp: _____ Resp: _____

ROS, PFSH Reviewed: Yes No Physician Signature _____

General: WNL Walk Facial expression
 Color Alterations in posture Other _____

NOTE: Mark "Not Examined" as N/E

HEENT WNL _____ Chest WNL _____ Heart WNL _____ Breasts WNL _____

Abdomen
 Non-tender Incisions Trigger Points Ovarian point tenderness
 Inguinal tenderness Inguinal bulge Suprapubic tenderness Other _____

Back
 Non-tender Tenderness Altered ROM Alterations in posture

Extremities
 WNL Edema Varicosities Neuropathy Range of motion

Neuropathy
 Iliohypogastric Ilioinguinal Genitofemoral Pudendal Altered sensation

EGBUS/Vagina
 WNL Lesions
 Wet prep:
 Local tenderness:
 Vaginal mucosa:
 Posterior fourchette:
 Discharge:
 Cultures:
 GC Chlamydia Fungal Herpes



Patient rates allodynia produced by Q-tip for each circle (0-4). Total Score: _____

Unimanual pelvic exam
 WNL Cervix
 Introitus Cervical motion
 Uterine-cervical junction Parametrium
 Urethra Vaginal cuff
 Bladder Cul de sac
 R ureter L ureter
 R inguinal L inguinal
 Muscle awareness Clitoral tenderness

Rank muscle tenderness on 0-4 scale
 R obturator _____
 L obturator _____
 R piriformis _____
 L piriformis _____
 R pubococcygeus _____
 L pubococcygeus _____
 Total pelvic floor score _____

Figura 4. Destaque para folhas de registo do exame físico incluídas no formulário, para avaliação da dor pélvica, preconizado e livremente distribuído pela *International Pelvic Pain Society*, referido nas figuras 2 e 3.

mais insidiosas e mimetizar uma situação de cólon irritável. O diagnóstico é normalmente clínico, laboratorial e ecográfico, podendo ser ainda necessária a laparoscopia, que terá a vantagem de poder ser terapêutica. Os complexos tubo-ováricos, isto é, massas que englobam trompas e ovários, sem pus colectado, têm indicação para tratamento conservador, médico e/ou cirúrgico, enquanto os abscessos tubo-ováricos têm indicação para tratamento médico e cirúrgico mais radical⁷.

3.2.2. ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma causa de dores pélvicas agudas, frequentemente associadas a dispareunia, dismenorrea secundária e disquesia, num contexto estabelecido ou não de tumefacção anexial, com discreto aumento do Ca-125, dores pélvicas crónicas e infertilidade. A história clínica, que deverá incluir a avaliação da resposta a uma terapêutica inicial anovulatória, o exame físico, a ecografia e a laparoscopia são normalmente necessários para se estabelecer o diagnóstico. Contudo, o diagnóstico definitivo é histológico⁷.

3.2.3. HEMORRAGIAS INTRAQUÍSTICAS E ROTURA DE QUISTO DO OVÁRIO

A hemorragia intraquística e a rotura de quisto do ovário provocam dor pélvica aguda, por vezes muito intensa, normalmente em mulheres ovulatórias, do lado em que ocorrem, sem febre. Estas situações podem evoluir para um quadro de hemoperitoneu e/ou ventre agudo, associado ou não a síncope. Os quistos funcionais foliculares ou do corpo amarelo são as causas mais frequentes, podendo, contudo, constituírem-se como causas quistos orgânicos, tais como endometriomas, cistadenomas ou teratomas. Excluídas as causas obstétricas, chega-se ao diagnóstico normalmente pela avaliação clínica e laboratorial, com realização de hemograma, PCR e ecografia. A culdocentese, embora mais em desuso, com o desenvolvi-

mento das técnicas endoscópicas, continua a ser preconizada por vários autores, sendo tranquilizadores fluidos intraperitoneais com hematócrito inferior a 16% em situações clínicas estáveis. A laparoscopia justifica-se perante dúvidas de diagnóstico clinicamente relevantes ou sempre que exista indicação para realização de cirurgia⁷.

3.2.4. TORÇÃO ANEXIAL

A torção anexial, com comprometimento vascular isquémico, provoca dor muito intensa e súbita, normalmente localizada do lado em que ocorre, com agravamento progressivo, sem posição antálgica, acompanhada de náuseas e vômitos. Quadros de subtorção poderão ser menos exuberantes e intermitentes, dificultando o diagnóstico e atrasando a terapêutica. As torções são normalmente causadas por patologia quística ovárica e podem ser desencadeadas pelo exercício físico e pelo coito, sendo a causa mais frequente o teratoma quístico benigno, embora possam também associar-se a ovários poliquísticos. Com o comprometimento vascular, a tumefacção torna-se progressivamente maior e mais dolorosa. Para além da avaliação clínica e ecográfica convencional, poderá ser útil estudo por ECO-Doppler para caracterização do comprometimento vascular. A laparoscopia ou a laparotomia, dependendo das dimensões da massa e do contexto clínico, justificam-se em caso de dúvida, sendo o tratamento cirúrgico obrigatório perante a confirmação do diagnóstico. Na maior parte dos casos é possível o tratamento cirúrgico conservador, podendo deixar-se o anexo total ou parcialmente íntegro, mesmo quando já se possam constatar aspectos sugestivos, mas não conclusivos, de necrose⁷.

3.2.5. SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA

A síndrome de hiperestimulação ovárica, que normalmente ocorre na sequência de

tratamentos de estimulação ovárica, pode originar quadros de dor aguda, hipotensão, alterações hidroelectrolíticas, distensão abdominal, aumento acentuado dos ovários, com múltiplos quistos, ascite e ventre agudo⁷.

3.2.6. DEGENERESCÊNCIA DE MIOMAS

Os fibromiomas não provocam normalmente dores pélvicas. Contudo, a torção e/ou degenerescência de miomas, mais frequente nos tumores pediculados, pode provocar dispareunia, dor intensa, com agravamento progressivo, ventre agudo, anemia, leucocitose e febre. O diagnóstico é clínico, laboratorial e ecográfico, coadjuvado, sempre que necessário, pela histeroscopia e/ou laparoscopia. O tratamento é normalmente conservador, consistindo em analgesia e observação ou cirurgia⁷.

3.2.7. SÍNDROMES MALFORMATIVAS OBSTRUTIVAS

As síndromes malformativas obstrutivas ocorrem normalmente em jovens e podem originar criptomenorreia total ou parcial associada a tumefacção pélvica e/ou vaginal, tensa e dolorosa. A avaliação clínica e ecográfica é fundamental, devendo ser complementada sempre que necessário por TC ou idealmente RM e por laparoscopia, vaginoscopia e histeroscopia^{7,18}.

3.2.8. TRAUMATISMOS ABDOMINOPÉLVICOS

Diversos tipos de traumatismo abdominopélvicos podem causar dor secundária a fracturas dos ossos da bacia, lesões equimóticas, lacerações ou hematomas vulvoperineais e abdominais. O diagnóstico destas situações é normalmente clínico e radiológico⁷.

3.3. PATOLOGIA UROLÓGICA

A cistite, pielonefrite e litíase, são causas frequentes de dores pélvicas agudas e, tal

como as causas obstétricas, devem ser sempre também excluídas nas situações de dor pélvica aguda, devendo realizar-se, para tal, pelo menos uma análise sumária de urina ou com tiras-teste a todas as mulheres com este tipo de queixas álgicas. A cistite provoca algias hipogástricas que se agravam com a palpação, associadas a disúria, sem febre e, por vezes, hematúria. A pielonefrite associa-se frequentemente a quadros de cistite e de litíase, mas a dor lombar é mais persistente e acompanha-se normalmente de febre, arrepios, anorexia e hipersudorese. A litíase urinária pode originar cólicas renais intensas, exacerbadas pela percussão da área renal correspondente (sinal de Murphy), com irradiação para o quadrante inferior homolateral, hipogastro e pelve, acompanhando-se frequentemente de hematúria. O diagnóstico destas situações é clínico e laboratorial, com destaque para a necessidade de se realizarem análises de urina (sumária, sedimento, pesquisa de cristais e bacteriológica), justificando-se a ecografia pélvica e renovesical ou mesmo a TC ou RM e urografia intra-venosa (UIV), em caso de dúvida ou persistência dos sintomas. O tratamento destas situações é normalmente médico, com analgesia, fluido e antibioterapia⁷.

3.4. PATOLOGIA GASTROINTESTINAL

3.4.1. APENDICITE AGUDA

A apendicite aguda é a patologia intestinal que causa mais frequentemente dores pélvicas agudas na mulher. As dores começam por ser periumbilicais difusas, acompanhadas de anorexia, náuseas e vômitos, passando, mais tarde, a localizar-se na fossa ilíaca direita, com febre, arrepios e, por vezes, obstipação. Em casos de localização menos usual do apêndice, designadamente em situação retrocecal, o quadro clínico pode tornar-se atípico. A dissociação térmica axilar-rectal, favorável à última, era tida como

um sinal importante, não sendo tal, contudo, hoje valorizado. As algias acentuam-se com a palpação do ponto de McBurney e a mobilização do membro inferior homolateral. O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos, na detecção de desvio da fórmula leucocitária para a esquerda, na constatação de neutrofilia, com ou sem leucocitose, e na ecografia pélvica, justificando-se, na dúvida, a realização de TC, laparoscopia ou laparotomia. O tratamento é cirúrgico⁷.

3.4.2. DIVERTICULITE AGUDA

A diverticulite aguda é uma causa de dores pélvicas agudas que surgem normalmente no quadrante inferior esquerdo, num contexto de doença diverticular do sigmóide, mais frequente em mulheres pós-menopáusicas, obstipadas ou com longa história de cólon irritável. Tal como acontece na apendicite aguda, as dores podem associar-se a febre, arrepios e obstipação, mas a anorexia e os vômitos são mais raros. O diagnóstico é clínico, laboratorial e imagiológico por TC ou RM. O tratamento inicial é conservador, com fluidoterapia, dieta zero e antibióticos. A cirurgia é obrigatória em caso de perfuração, formação de abscesso ou fistulização⁷.

3.4.3. GASTROENTERITES

As gastroenterites causam dores abdominopélvicas normalmente difusas e em cólica, associadas a vômito e diarreia, com ou sem febre. O tratamento é normalmente médico.

3.4.4. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

A doença inflamatória intestinal pode ocasionar episódios de dor pélvica aguda e crónica, associadas a quadros oclusivos ou subocclusivos ou à ocorrência de abscessos ou fístulas, mais comuns na doença de Crohn do que na colite ulcerosa. O diagnóstico final implica a realização de colonoscopia, estudos radiológicos digestivos e/ou TC ou

RM, sem esquecer que a colonoscopia está contra-indicada em caso de suspeita de perfuração intestinal⁷.

3.4.5. OCLUSÕES INTESTINAIS

As oclusões intestinais causam dor e distensão abdominal difusa, precedidas normalmente de dores intensas tipo cólicas, referidas ao local de obstrução, associadas a vômitos, paragem da emissão de gases e fezes e diminuição ou abolição dos ruídos intestinais. Podem ser causadas por múltiplas patologias, merecendo destaque as bridas intestinais pós-operatórias. A avaliação clínica deve ser complementada com a realização de raios X (RX) abdominal simples de pé, onde se poderão visualizar níveis hidroaéreos. Para se chegar ao diagnóstico etiológico pode ser necessária a realização de TC ou RM e laparotomia exploradora⁷.

4. DOR PÉLVICA CÍCLICA

As dores pélvicas cíclicas (Quadro 1) estão intimamente relacionadas com o ciclo menstrual e cedem habitualmente às terapêuticas analgésicas, ao tratamento etiológico e às terapêuticas que interferem com o ciclo^{7,8,11}.

4.1. MITTELSCHMERZ

É a dor cíclica associada à ovulação. O diagnóstico é clínico, podendo por vezes verificar-se tradução ecográfica com visualização de líquido pélvico. Raramente necessita de tratamento, com analgésicos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) e anovulatórios^{7,8,11}.

4.2. DISMENORREIA

Dismenorreia é a dor cíclica associada ao cataménio. É uma dor do tipo agudo que, quando persiste por mais de seis meses, se passa a comportar e considerar como crónica^{8,9}.

4.2.1. DISMENORREIA PRIMÁRIA

Na dismenorreia primária, as dores pélvicas iniciam-se algumas horas antes ou imediatamente depois do início do cataménio, prolongando-se por 24 a 72 horas. As dores são hipogástricas, do tipo cólica e irradiam para a região lombar e raiz das coxas, associando-se muitas vezes a náuseas, vômitos, hipersudorese e lipotimia, podendo fazer lembrar as dores do trabalho de abortamento ou parto. Ao contrário das dores associadas aos quadros de irritação peritoneal, podem melhorar com a pressão e com o movimento. A dismenorreia primária é típica das adolescentes ou mulheres ovulatórias jovens, surgindo na altura da menarca, e tende a melhorar com a idade. Associa-se a um aumento relativo da produção de ácidos gordos ω -6/ ω -3 a nível do endométrio, após a ovulação, que se libertam com a descida de produção da progesterona imediatamente antes do cataménio, dando origem a vários tipos de leucotrienos e prostaglandinas, nomeadamente PGF2- α (Prostaglandinas F2 alga). Estas substâncias provocam contracção miometrial e vasoconstricção levando a isquemia tecidual local associada a dor tipo cólica, tipicamente mais intensa no primeiro dia do cataménio. O diagnóstico é essencialmente clínico, depois de excluídas, clínica, laboratorial e ecograficamente, causas orgânicas que possam provocar dores do mesmo tipo. Poderá registar-se dor à palpação hipogástrica, mas a mobilização bimanual do útero não deverá ser significativamente dolorosa. O tratamento a curto prazo assenta na utilização de AINE associados ou não à prescrição a médio e longo prazo de anovulatórios^{7,8,15,19,20}.

4.2.2. DISMENORREIA SECUNDÁRIA

A dismenorreia secundária é provocada por patologia diversa, tal como pólipos, fibromiomas submucosos, endometriose, adenomiose e anomalias uterinas obstrutivas e tende

a piorar com a idade. As dores iniciam-se tipicamente uma a duas semanas antes do cataménio e persistem durante alguns dias, sendo, por vezes mais intensas nos dias de maior fluxo menstrual. A abordagem diagnóstica e terapêutica visa o tratamento sintomático e etiológico, exigindo a realização de exames clínicos, laboratoriais e imagiológicos adequados, incluindo a histeroscopia e a laparoscopia, sempre que necessárias, bem como o tratamento médico e cirúrgico específico apropriado. A endometriose, a adenomiose e os DIU (com cobre), estão entre as causas mais frequentes de dismenorreia secundária^{7,19}.

5. DOR PÉLVICA CRÓNICA

As dores pélvicas crónicas definem-se como dores pélvicas não cíclicas com duração superior a três meses ou dores pélvicas cíclicas com duração superior a seis meses. Têm uma prevalência da ordem dos 15 a 20%, na mulher adulta, representando cerca de 10% das consultas de ginecologia, 30 a 40% das laparoscopias (celioscopias) e 10 a 20% das histerectomias. Colocam-nos perante o problema do diagnóstico e tratamento das dores crónicas em geral, que são frequentemente persistentes, mesmo quando identificadas e tratadas as situações em que as causas são conhecidas, interferem com a actividade pessoal, familiar e profissional da doente e exigem uma abordagem multidisciplinar prolongada⁴⁻¹¹.

5.1. PATOLOGIA GINECOLÓGICA

5.1.1. ENDOMETRIOSE

A endometriose, já referida a propósito das dores pélvicas agudas, encontra-se em 15 a 40% das doentes que realizam laparoscopia por dor pélvica crónica, sendo a endometriose profunda e infiltrativa, que envolve o septo rectovaginal e os ureteres, a causa

mais frequente de dor. Contudo, não há correlação entre o estágio da doença e as queixas algicas, que não ocorrem em 30 a 50 % das doentes com endometriose⁷⁻⁹.

5.1.2. BRIDAS PÉLVICAS (ADERÊNCIAS)

A seguir à endometriose, as bridas pélvicas são a segunda observação mais frequente nas doentes em que se realiza uma laparoscopia para estudo de dores pélvicas crónicas, sendo, contudo, controversa a sua aceitação como causa desencadeante, que deverá ser considerada apenas depois de excluídas outras situações. A sintomatologia dolorosa pode ser atípica e inconsistente, parecendo relacionar-se com problemas de motilidade e distensão intestinal associada a bridas fibrosas densas. Os antecedentes de laparotomia e a diminuição da mobilidade dos órgãos pélvicos ao exame ginecológico são a favor do diagnóstico. A laparoscopia, convencional, ou a microlaparoscopia, sob anestesia local, para eventual mapeamento da dor, são necessárias quando não é possível excluir o diagnóstico⁷⁻⁹.

5.1.3. SÍNDROME DO OVÁRIO REMANESCENTE

A síndrome do ovário remanescente resulta de uma ressecção ovárica incompleta, normalmente num contexto de ooforectomia difícil, que origina retenção de tecido ovárico remanescente entre bridas com ou sem a formação de quistos de retenção dolorosos.

No caso de síndrome de ovário remanescente, os doseamentos de FSH (*Follicle-Stimulating Hormone* ou Hormona Foliculo-Estimulante) e estradiol podem ajudar a esclarecer o diagnóstico, bem como o tratamento com 100 mg/dia durante cinco dias com citrato de clomifeno pode facilitar a visualização ecográfica, laparoscópica ou laparotómica do tecido ovárico. Também podem ser úteis provas terapêuticas com inibidores da ovu-

lação. O tratamento cirúrgico é frequentemente necessário⁷.

5.1.4. SÍNDROME DE RETENÇÃO DO OVÁRIO RESIDUAL

A síndrome de retenção do ovário residual resulta de uma histerectomia com conservação de anexos, em que os ovários são bem identificados. As dores pélvicas crónicas, podem acompanhar-se de dispareunia e têm normalmente um agravamento cíclico, associado à ovulação, localizando-se do lado em que se situa o tecido ovárico. O diagnóstico é clínico e ecográfico.

5.1.5. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA SUBAGUDA OU CRÓNICA

A doença inflamatória pélvica subaguda ou crónica é uma causa de dores pélvicas crónicas, que ocorre normalmente num contexto de antecedentes de doença inflamatória pélvica aguda, associando-se normalmente a dispareunia e dor à mobilização dos órgãos pélvicos. O diagnóstico e o tratamento baseiam-se na avaliação clínica, ecográfica e laparoscópica ou laparotómica⁷⁻¹⁰.

5.1.6. SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

A síndrome de congestão pélvica caracteriza-se por dor pélvica crónica, após a ovulação, e para além desta, dispareunia, dismenorreia secundária, fadiga crónica, síndrome do cólon irritável, aumento do volume e da sensibilidade uterina, hipermenorreia e, por vezes, ovários multiquísticos e dolorosos. Para confirmação do diagnóstico pode recorrer-se à venografia transuterina, ecografia com fluxometria, RM e laparoscopia, devendo notar-se que o simples achado de varicosidades pélvicas assintomáticas é frequente não sendo suficiente para estabelecer o diagnóstico. O tratamento deve iniciar-se pela tentativa de supressão hormonal, designadamente

com estroprogestativos de baixa dosagem, 30 mg/dia de acetato de medroxiprogesterona ou agonistas da GnRH (gonadotrophic releasing hormone ou factor de libertação gonadotrófico). Como segunda linha, deve considerar-se a embolização das veias pélvicas e a histerectomia, quando não houver outra alternativa e não existir o desejo de ter mais filhos⁷⁻⁹.

5.2. PATOLOGIA UROLÓGICA

5.2.1. SÍNDROME URETRAL

A síndrome uretral caracteriza-se por desconforto suprapúbico, disúria, polaquiúria, urgência miccional, e por vezes dispareunia, na ausência de patologia urológica subjacente óbvia, associando-se e/ou confundindo-se frequentemente com situações de patologia do pavimento pélvico, vulvovaginites infecciosas, atróficas ou irritativas. O diagnóstico, de exclusão, é clínico, laboratorial e cistoscópico. Esgotados os tratamentos de situações concomitantes óbvias, infecciosas, irritativas ou atróficas, deve tentar-se um ciclo de antibioterapia com doxiciclina ou eritromicina, seguido ou não de antibioterapia profiláctica de longa duração e estrogénioterapia durante pelo menos dois meses. Como último recurso, restam as dilatações uretrais e as técnicas de *biofeedback*⁷⁻¹⁰.

5.2.2. CISTITE INTERSTICIAL

A cistite intersticial é uma entidade clínica de etiologia desconhecida que pode ser responsável por dor suprapúbica, uretral e perineal, polaquiúria, noctúria e síndrome uretral. O diagnóstico é clínico, laboratorial e cistoscópico. São a favor do diagnóstico a hipersensibilidade à repleção vesical e a positividade do teste intravesical do potássio, registadas sem anestesia, e o aparecimento de hemorragias submucosas, glomerulações e úlceras de Hunner secundárias à hiperdistensão vesical cistoscópica, realizada sob

anestesia. A abordagem terapêutica passa pela utilização de anti-espasmódicos, anti-inflamatórios, antidepressivos tricíclicos, hiperdistensão vesical ou instilações intravesical repetidas com heparina e lidocaína, *biofeedback* e terapia comportamental⁷⁻¹⁰.

5.3. PATOLOGIA GASTROINTESTINAL

A síndrome do cólon irritable é uma patologia funcional que causa frequentemente dores pélvicas crónicas, podendo ocasionar também episódios de dor aguda e mesmo dispareunia. O diagnóstico baseia-se na exclusão de patologia orgânica e na presença de dor ou desconforto abdominal durante pelo menos 12 semanas, não necessariamente consecutivas, nos 12 meses precedentes e pelo menos dois dos três critérios seguintes: alívio com as dejectões, início associado a alteração da frequência das dejectões, início associado a alteração de aspecto das dejectões (Quadro 7). O tratamento é médico^{7,9,15}.

5.4. PATOLOGIA NEUROLÓGICA E MUSCULOESQUELÉTICA

5.4.1. APRISIONAMENTO DE TRAJECTOS NERVOSOS

O aprisionamento de trajectos nervosos, designadamente por cicatrizes, pode provocar dor crónica tipo queimadura e parestesias nos territórios por eles inervados. Os nervos mais frequentemente envolvidos são os ilio-hipogástricos e ilio-inguinais, nas cicatrizes de laparotomia e laparoscopia, os genitofemorais e femurais, nas cirurgias pélvicas prolongadas e mais radicais e os pudendos, nas cirurgias do pavimento pélvico^{7,9,13}.

5.4.2. SÍNDROME MIOFASCIAL

A síndrome miofascial caracteriza-se pela existência de pontos-gatilho (*trigger points*) que correspondem a zonas estreitas de dor referida e hiperirritabilidade muscular esquelética

Quadro 7. Critérios Roma II de diagnóstico da síndrome do cólon irritável

- Dor ou desconforto abdominal durante pelo menos 12 semanas, não necessariamente consecutivas, nos 12 meses precedentes e pelo menos dois dos três³ critérios seguintes :
 - Alívio com as dejeções.
 - Início associado a alteração da frequência das dejeções.
 - Início associado a alteração da forma (aspecto) das dejeções.

dolorosas à palpação, desencadeadas por reflexos patogénicos originados em vísceras ou músculos situados nos mesmos dermatómos. A pressão dos pontos-gatilho dolorosos, que podem ser abolidos pela injeção de anestésicos locais, desencadeia os sintomas dolorosos viscerais referidos pelos doentes^{7,9,13}.

5.4.3. FIBROMIALGIA

A fibromialgia caracteriza-se por dor miofascial difusa, fadiga generalizada e sono não reparador, associada à presença de pontos dolorosos nos quatro quadrantes, parecendo corresponder a um processo de sensibilização do sistema nervoso central à dor crónica. O diagnóstico destas síndromes é essencialmente clínico e o tratamento baseia-se em terapias comportamentais, utilização de AINE, antidepressivos e benzodiazepinas^{7,9,13}.

5.4.4. LOMBALGIAS

As lombalgias, quando isoladas, raramente resultam de patologia ginecológica, embora se possam a ela associar. São normalmente de etiologia musculoesquelética e agravam-se com a fadiga, o esforço e o trauma. A avaliação diagnóstica destas situações obriga a uma exploração cuidadosa de aspectos relacionados com a postura e com a possibilidade de patologia ortopédica ou reumatológica^{7,9,13}.

As hérnias da parede abdominal e os prolapso urogenitais também podem causar

dor pélvica, pelo que devem ser sistematicamente rastreados⁹.

O teste de Carnett consiste em avaliar a dor após contracção dos músculos abdominais, despertada pela elevação da cabeça ou dos membros inferiores, em posição supina. Se a dor aumentar o teste é a favor de dor de causa musculoesquelética ou neurológica^{7,13,22}.

5.5. FACTORES PSICOLÓGICOS

A dor pélvica crónica associa-se a antecedentes de abuso físico ou sexual e a depressão, melhorando normalmente com psicoterapia e tratamento com antidepressivos^{7,9}.

6. SUMÁRIO E CONCLUSÕES

As dores pélvicas podem ser divididas em três entidades clínicas distintas: as dores pélvicas agudas não cíclicas ou intermitentes, as dores pélvicas cíclicas e as dores pélvicas crónicas.

As dores pélvicas agudas, não cíclicas ou intermitentes, são normalmente sintomas de processos fisiopatológicos e etiológicos específicos, que cedem aos analgésicos e ao respectivo tratamento etiológico. A realização de um teste imunológico de gravidez deve ser considerada sempre que faça sentido o diagnóstico diferencial entre causa obstétrica ou não-obstétrica.

As dores pélvicas cíclicas estão intimamente relacionados com o ciclo menstrual, cedem

habitualmente às terapêuticas analgésicas, ao tratamento etiológico e a fármacos que interfiram com o ciclo, tais como anovulatórios e agonistas da GnRH.

As dores pélvicas crónicas envolvem mecanismos fisiopatológicos complexos e persistentes de reacção a dores de causa frequentemente desconhecida, podendo não ser, por isso, susceptíveis de tratamento etiológico. As dores pélvicas crónicas são debilitantes, podem afectar todos os aspectos físicos, psíquicos e sociais da vida das doentes e cedem frequentemente mal ou incompletamente aos analgésicos comuns, necessitando habitualmente de uma abordagem terapêutica multidisciplinar continuada. Dada a necessidade de descondicionar automatismos próprios da dor crónica, os profissionais de saúde não devem ceder à tentação de atender as doentes, em SOS, de forma não programada e improvisada. Da mesma forma, os profissionais de saúde devem abster-se de desvalorizar futilmente as queixas das doentes e de as submeter a intervenções cirúrgicas mutilantes que podem agravar as situações de dor crónica de causa não cirúrgica.

O diagnóstico diferencial das dores pélvicas implica a consideração obrigatória de situações do foro obstétrico, ginecológico, digestivo, urológico, osteoarticular, neurogénico e psicogénico.

A dor psicogénica é um diagnóstico de exclusão. Implica que todas as outras possíveis causas tenham sido devidamente escrutinadas.

Bibliografia

1. Fields HL, Martin JB. Pain: pathophysiology and management. Em: Howard L, Kasper DL, Braunwald E, et al., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Nova Iorque: McGraw-Hill; 2005.
2. Kanner R. Office assessment and management of pain. Em: Seltzer VL, Pearse WH, eds. *Women's Primary Health Care: Office Practice & Procedures*. International Edition. Nova Iorque: McGraw-Hill; 1995.

3. Instituto Ant6nio Houaiss de Lexicografia Portugal. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Lisboa : Círculo de Leitores ; 2002.
4. Fritel X, Fauconnier A, Chapron C. Algies pelviennes chroniques de la femme. Orientation diagnostique et conduite à tenir. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier SAS, Paris). 2006;162-A-10:1-8.
5. Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5.o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N.o 09/DGCG; 14/06/2003.
6. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa N.o 11/DSCS/DPCD; 18/06/08.
7. Rapkin AJ, Howe CN. Pelvic Pain and Dysmenorrhea. Em: Novak E, Hillard PA, Berek JS, eds. *Novak's Gynecology*. Lippincott, Williams & Wilkins; 2002.
8. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv*. 2003;58:615-23.
9. ACOG Practice Bulletin. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2004;103:589-605.
10. http://www.acog.org/publications/patient_education/bp099.cfm [acesso em 1 de Julho de 2009].
11. Steege JF. Chronic pelvic pain and dyspareunia. Em: Seltzer VL, Pearse WH, eds. *Women's Primary Health Care: Office Practice & Procedures*. International Edition. Nova Iorque: McGraw-Hill; 1995.
12. Paixão E, Dias CM. Dor crónica na população portuguesa: alguns resultados do 4.o Inquérito Nacional de Saúde. Observações. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2008. p. 41.
13. Howard F. Evaluation of chronic pelvic pain in women. Em: Barbieri RL, Barss VA, eds. www.uptodate.com [acesso em 17 de Janeiro de 2009].
14. Agustin LC. Cuidados Paliativos y manejo del dolor en ginecologia oncológica. Em: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, eds. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 1662-9.
15. Dysmenorrhea and chronic pelvic pain. Em: Beckmann CRB, Ling F, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WNP, Laube DW, eds. *Obstetrics and Gynecology*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 407-16.
16. Ayres-de-Campos D. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e orientação terapêutica. Em: Ayres-de-Campos D, Montenegro N, Rodrigues T, eds. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Porto: Lidel; 2008. p. 50-1.
17. Ayres-de-Campos D, Loureiro T, Montenegro N. Placenta prévia – diagnóstico e tratamento. Em: Ayres-de-Campos D, Montenegro N, Rodrigues T, eds. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Porto: Lidel; 2008. p. 129-30.
18. Madureira AJ, Mariz CM, Bernardes J, Ramos IM. Case 94: Uterus didelphys with obstructing hemivaginal septum and ipsilateral renal agenesis. *Radiology*. 2006;239:602-6.
19. Smith RP, Kaunitz AM. Pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis of primary dysmenorrhea in adult women. Em: Barbieri RL, Barss VA, eds. www.uptodate.com [acesso em 30 de Janeiro de 2009].
20. Sanfilippo J, Erb T. Evaluation and management of dysmenorrhea in adolescents. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51:257-67.
21. Bernardes J, Martinho M. Isteroscopia e adenomiosi. *Giorn It Ost e Gin*. 2002;24:14-5.
22. Calado E, Martinez-de-Oliveira J. A manobra de Carnett: simples e clarificadora. *Arq Med*. 2005;19:203-5.