



CASO 2: DOR PÉLVICA CRÔNICA

OBJETIVO 1: Definir Dor Pélvica Crônica e estabelecer suas possíveis etiologias

• Definição:

Dor localizada na região inferior do abdome, de caráter acíclico, com duração igual ou superior a 6 meses (tem referência que fala a partir de 3 meses), não relacionada à gravidez e sem associação exclusiva ao coito, situada entre a pelve, a parede anterior do abdome, a coluna lombossacra ou as nádegas (na altura ou abaixo da cicatriz umbilical), com intensidade suficiente para limitar atividades diárias e/ou exigir tratamento médico.

• Etiologias:

OBS:
Mnemônico -> R U MOVVING SOMe

Reproductive (Reprodutiva)

- Endometriose
- Adenomiose
- Dismenorreia
- Miomas
- Doença inflamatória pélvica
- Cistos ovarianos
- Remanescente ovariano
- Mittelschmerz (dor ovulatória)

Musculoskeletal (Musculoesquelética)

- Síndrome de dor miofascial
- Disfunção por hipertonia do assoalho pélvico
- Síndrome do piriforme
- Coccidinia (dor no cóccix)
- Disfunção da articulação sacroilíaca
- Pontos-gatilho (*trigger points*)

Urinary (Urinária)

- Síndrome da dor vesical (anteriormente cistite intersticial ou síndrome da bexiga dolorosa)
- Síndrome uretral
- Obstrução uretral

Other (Not otherwise classified)-Outras (não classificadas de outra forma)

- Aderências
- Corpo estranho
- Porfiria
- Hérnias

Vulvovaginal

- Vulvodinia
- Vestibulodinia
- Vaginismo

Observação: Embora a lista inclua exemplos em cada categoria, **não é exaustiva** e outras condições também podem ser relevantes.

Vascular

- Insuficiência venosa pélvica / Síndrome de congestão pélvica
- Malformações arteriovenosas
- Síndrome do "quebra-nozes" (Nutcracker)
- Síndrome de May-Thurner

Gastrointestinal

- Síndrome do intestino irritável (SII)
- Doença inflamatória intestinal
- Intolerâncias alimentares
- Apendicite crônica
- Diverticulite crônica
- Distúrbios intestinais inflamatórios
- Dor intestinal funcional

Idiopathic (idiopática)

(Nenhum fator contribuinte para a dor identificado apesar de investigação clínica abrangente)

Neurologic (neurológica)

- Neuralgia do pudendo
- Neuralgia ilioinguinal
- Neuralgia ilio-hipogástrica
- Dor neuropática
- Neuralgia herpética

Sensitisation / Nociplastic (sensibilização/nociplástica)

- Hiperalgesia
- Alodinia
- Hipersensibilidade (à luz, som ou odores)
- Fadiga
- Distúrbios do sono
- Dor disseminada
- Problemas cognitivos

Overlapping pain conditions (condições dolorosas sobrepostas)

- Fibromialgia
- Dor lombar crônica
- Enxaquecas
- Cefaleias do tipo tensional
- Transtornos temporomandibulares
- Síndrome da fadiga crônica / Encefalomielite miálgica

Mental health (saúde mental)

- Ansiedade
- Depressão
- TEPT (transtorno de estresse pós-traumático)
- Trauma
- Abuso (físico, sexual, emocional)
- Eventos adversos na infância





OBJETIVO 2: Planejar a investigação diagnóstica nos casos de DPC

• Anamnese

Avaliar características da dor: início, tipo, localização, duração, intensidade, irradiação, fatores de melhora/piora.

Investigar sintomas associados: urinários, intestinais, dispareunia.

Avaliar sistemas: genital, gastrointestinal, urinário, musculoesquelético.

História de tratamentos prévios e abuso (sexual, psicológico, doméstico ou profissional).

Quantificar dor: escala visual analógica, calendário ou mapa da dor.

• Exame físico

Exame geral

Palpação do abdome, região lombar, sacroilíaca e sínfise púbica.

Identificar pontos dolorosos, cicatrizes, fibroses ou nódulos.

Exame ginecológico

Inspeção genital e linfonodos inguinais.

Exame especular: colo, vagina e secreções.

Palpação vaginal: bexiga, paredes vaginais, elevador do ânus.

Toque bidigital/bimanual:

- O tamanho, contorno e mobilidade uterina o dor à mobilização
- Palpação de anexos (cistos ou massas).
- Toque retal: suspeita de doença intestinal ou endometriose.
- Avaliar musculatura do assoalho pélvico.

• Achados sugestivos

- **Endometriose:** nódulo retrocervical/ligamentos uterossacros, ↓ mobilidade uterina.
- **Adenomiose:** útero aumentado e amolecido.
- **Leiomioma:** útero aumentado com contornos irregulares.
- **Aderências:** útero pouco móvel.
- **DIP:** dor à palpação dos anexos, hipogástrio e mobilização uterina.
- **Congestão pélvica:** ovário amolecido, dor após relação ou ortostatismo.
- **Cistite intersticial:** dor suprapúbica e na base da bexiga.
- **Musculoesquelética:** teste FABER ou Carnett positivo.
- **Neuropatia:** dor em queimação/choque e parestesias.



- **Exames laboratoriais**

Usados para excluir causas:

Urina → infecção urinária

PCR clamídia/gonococo → DIP

Teste de gravidez

- **Exames de imagem**

Ultrassonografia transvaginal →
miomas e massas pélvicas.

Ressonância magnética →
endometriose e adenomiose.

Colonoscopia → doença intestinal.

Doppler/venografia → congestão
pélvica.

- **Laparoscopia**

Uso restrito a casos duvidosos.

Hoje tem papel secundário no
diagnóstico.

Quadro 15.1 – Condições comuns associadas à dor pélvica crônica

Ginecológicas

- Adenomiose
- Massa anexial
- Doença inflamatória pélvica crônica
- Endometrite
- Endometriose
- Leiomioma
- Síndrome do ovário remanescente
- Aderências pélvicas
- Vulvodínia

Gastrointestinais

- Doença celíaca
- Câncer colorretal e terapia oncológica
- Colite divergente
- Doença inflamatória intestinal
- Síndrome do intestino irritável

Urológicas

- Câncer de bexiga e terapia oncológica
- Infecção crônica ou complicada do trato urinário
- Cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa
- Divertículo uretral

Musculoesqueléticas

- Fibromialgia
- Síndromes miofasciais
- Coccidinia
- Síndrome do músculo levantador do ânus
- Síndrome postural
- Síndromes da parede abdominal



OBJETIVO 3: Diferenciar clinicamente as principais causas de DPC (Endometriose, Adenomiose, Mioma, Dismenorreia Primária)

- **Endometriose**

Definição: Presença de tecido que se assemelha à glândula ou ao estroma endometrial fora da cavidade uterina, predominando na pelve. É uma doença benigna, crônica e dependente de estrogênio. É dividida em **três formas**: peritoneal, ovariana (endometriomas) e profunda (lesões que penetram 5 mm ou mais no espaço retroperitoneal ou parede de órgãos).

Características Clínicas: Os sintomas clássicos incluem dismenorreia (62,2% dos casos), dor pélvica crônica acíclica que piora com o tempo, e dispareunia profunda. Podem ocorrer sintomas **cíclicos urinários** (disúria, hematúria) ou **intestinais** (disquezia, dor anal, distensão) durante o período menstrual. Sintomas **atípicos**, como dor irradiada para as pernas ou região glútea, também podem ocorrer de forma cíclica.

Diagnóstico: A suspeita é levantada em 70% dos casos pela anamnese e exame físico. No **exame físico**, busca-se um útero pouco móvel (aderências) e nódulos dolorosos em região retrocervical ou ligamentos uterossacros. Os **exames de imagem** principais são a ultrassonografia (pélvica e transvaginal) e a ressonância magnética (RM), que possuem alta acurácia para formas profundas e ovarianas. A **laparoscopia**, antes o padrão-ouro, é hoje mais voltada para o tratamento. Não existem biomarcadores (como o CA-125) recomendados para o diagnóstico.

- **Adenomiose**

Definição: Invasão benigna do endométrio no miométrio (além de 2,5 mm de profundidade), acompanhada de glândulas e estroma endometrial circundados por hiperplasia e hipertrofia das células miometriais. Pode apresentar-se de forma **difusa** (múltiplos focos) ou **focal** (nódulo chamado adenomioma).



Características Clínicas: O quadro é **heterogêneo**, sendo os sintomas mais comuns (65% dos casos) o sangramento uterino aumentado e a dismenorreia. A dor pélvica crônica está presente em cerca de 76% das pacientes. No **exame físico**, é comum encontrar um aumento uterino difuso (útero globoso), que geralmente não ultrapassa o volume de 12 semanas de gestação, e pode haver dor à palpação do fundo uterino.

Diagnóstico: A ultrassonografia transvaginal é o método de **primeira linha** (sensibilidade de 82%), identificando cistos miometriais, ilhas hiperecogênicas e assimetria miometrial. A **RM** tem acurácia semelhante ou superior, sendo o sinal patognomônico o espessamento da zona juncional acima de 12 mm. O **diagnóstico definitivo**, todavia, é o histopatológico, geralmente obtido após histerectomia.

• **Miomatose (Leiomiomas Uterinos)**

Definição: Tumores benignos formados por fibras musculares lisas e tecido conectivo. São classificados conforme a localização em: **subserosos** (superfície externa), **intramurais** (dentro da parede) e **submucosos** (dentro da cavidade).

Características Clínicas: Cerca de 50% das pacientes são **assintomáticas**. Quando presentes, os sintomas dependem da localização: os submucosos causam principalmente sangramento uterino anormal (metrorragia) e infertilidade; os intramurais aumentam a intensidade e duração do fluxo menstrual; e os subserosos volumosos causam dor pélvica e sintomas compressivos (urinários e gastrointestinais). A dor aguda pode ocorrer em casos de torção de nódulos ou degeneração.

Diagnóstico: Inicia-se pela **palpação abdominal** (massa bocelada e firme) e toque vaginal. A **ultrassonografia** (transvaginal ou abdominal) é o exame mais utilizado, mostrando nódulos hipoecogênicos com vascularização periférica ao Doppler.

A RM é superior para o mapeamento de múltiplos miomas ou úteros muito volumosos. Para miomas submucosos, a histeroscopia é o método de alta acurácia por permitir a visão direta da cavidade.

• Dismenorreia primária

Diagnóstico: Dor menstrual sem causa orgânica identificável, associada à produção excessiva de prostaglandinas pelo endométrio, que provoca hipercontratilidade uterina, vasoconstrição e isquemia miometrial

Características clínicas:

Comum em adolescentes, geralmente após o início da menarca, quando os ciclos se tornam ovulatórios
Dor cólica em hipogástrio, podendo irradiar para lombar ou coxas
Inicia antes ou no início da menstruação e dura 8–72 horas
Pode associar-se a náuseas, vômitos, diarreia, cefaleia e fadiga
Melhora com AINES

Diagnóstico: Clínico e de exclusão

OBJETIVO 4: Sumarizar a classificação da Endometriose e explicar sua fisiopatogenia

- < 5mm: superficial
- >5mm: profunda

Superficial	Score
< 3 cm	2
≥ 3 cm	4
Vagina (muscularis)	Score
< 3 cm	5
≥ 3 cm	8
Left Ovary	Score
Superficial	2
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Left Uterer	Score
Extrinsic	6
Intrinsic	8
Hydrouter	9
Left Fallopian Tube	Score
Slight serosal involvement/damage	2
Moderate immobility	4
Severe immobility	6
Complete obstruction	7
Cul-de-sac obliteration	Score
Partial	6
Complete	9
Rectum/Sigmoid colon	Score
< 3 cm	7
≥ 3 cm	8
Rectovaginal septum	Score
Present	8



AAGL Endometriosis Stage	Total Score
Stage 1	≤8
Stage 2	9 to 15
Stage 3	16 to 21
Stage 4	>21

Retrocervical	Score
< 3 cm	3
≥ 3 cm	8
Bladder/detrusor	Score
< 3 cm	3
≥ 3 cm	7
Right Ovary	Score
Superficial	2
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Right Uterer	Score
Extrinsic	6
Intrinsic	8
Hydrouter	9
Right Fallopian Tube	Score
Slight serosal involvement/damage	2
Moderate immobility	4
Severe immobility	6
Complete obstruction	7
Small bowel/Cecum	Score
< 3 cm	6
≥ 3 cm	8
Appendix	Score
Present	5

Abraao, M.S. AAGL 2021 Endometriosis

• Fisiopatogenia (existem diversas teorias):

Fisiopatogenia da endometriose: A endometriose é uma doença multifatorial e inflamatória crônica estrogênio-dependente associada a disfunção imunológica, caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina.



1. Teoria da menstruação retrógrada (Sampson)

Ocorre refluxo do sangue menstrual pelas tubas uterinas para a cavidade peritoneal, levando células endometriais viáveis ao peritônio. Esse fenômeno ocorre em cerca de 90% das mulheres, porém apenas uma parte desenvolve a doença, sugerindo participação de outros fatores.

2. Disfunção imunológica e participação de células-tronco

Há falha na depuração imunológica, especialmente redução da atividade das células NK, permitindo a sobrevivência e implantação das células endometriais ectópicas. Além disso, pode ocorrer recrutamento de células progenitoras/células-tronco, contribuindo para formação das lesões.

3. Teoria da metaplasia celômica

Propõe que células do peritônio se transformam em tecido semelhante ao endométrio, possivelmente estimuladas por fatores inflamatórios ou hormonais.

Conclusão:

A doença resulta da interação entre implantação de células endometriais, inflamação crônica e alterações imunológicas, permitindo o desenvolvimento e manutenção das lesões endometrióticas.

OBJETIVO 5: Entender as complicações relacionadas à Endometriose e propor a bases do tratamento para essa patologia.

- **Complicações**

Infertilidade:

○ Devido aderências, distorções anatômicas, processo inflamatório

Aderências pélvicas

Comprometimento de outros órgãos:

○ Infiltração na bexiga, ureteres e intestino

Comprometimento psicossocial

Transformação maligna

○ Raro
○ Carcinoma de células claras ovarianas



- **Tratamento**

O tratamento pode ser clínico, cirúrgico e baseado em mudanças no estilo de vida. O tratamento clínico inclui analgesia com AINEs, Gabapentina ou Pregabalina e terapia hormonal para supressão ovariana (progestagênios, contraceptivos combinados, danazol, inibidores da aromatase e agonistas de GnRH, como Zoladex). Medidas de estilo de vida como atividade física, fisioterapia pélvica, nutrição adequada e suporte psicológico devem ser associadas. O tratamento cirúrgico é indicado na falha do tratamento clínico ou na presença de endometrioma volumoso e lesões com comprometimento de órgãos.

Clínico: analgesia (AINEs, Gabapentina, Pregabalina) e terapia hormonal para supressão ovariana (progestagênios, contraceptivos combinados, inibidor de aromatase, danazol, agonista de GnRH como Zoladex)

Estilo de vida: atividade física, nutrição adequada, controle do estresse, fisioterapia pélvica, sono adequado e apoio psicológico.

Cirúrgico: indicado se falha do tratamento clínico, endometrioma > 6 cm, ou lesões em ureter, íleo, apêndice ou reto-sigmoide com risco de obstrução/suboclusão