

Cistite actínica associada à infecção de trato urinário por *Candida glabrata* como diagnóstico diferencial de neuralgia do pudendo. Relato de caso

Actinic cystitis associated with urinary tract infection by Candida glabrata as a differential diagnosis of pudendal neuralgia. Case report

Lidia Yanka Hoffmann¹, Alexandre Daronco¹, Eduardo Hildebrand Seyboth²

DOI 10.5935/2595-0118.20200032

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor pélvica crônica é uma síndrome ainda pouco conhecida, com diferentes agentes etiológicos, com alta morbidade, com poucas informações sobre sua etiopatogênese, dificultando seu tratamento, com sintomas que impactam de modo significativo a qualidade de vida do paciente. Entre as inúmeras causas está a cistite actínica, complicação da radioterapia pélvica, que apresenta sinais, sintomas e complicações semelhantes à neuralgia do pudendo. O objetivo deste relato foi apresentar uma das etiologias da dor pélvica crônica e seu tratamento.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 63 anos, que procurou o serviço médico com história de dor pélvica crônica atribuída à neuralgia do pudendo. Foi feito o diagnóstico de cistite actínica causada por radioterapia pélvica para tratamento de adenocarcinoma de próstata e infecção de trato urinário pelo agente fúngico oportunista *Candida glabrata*, e instituído tratamento com fluconazol com controle total da sintomatologia dolorosa e melhora acentuada da qualidade de vida.

CONCLUSÃO: Relato de caso com controle total da dor em paciente que apresentava diagnóstico inicial de neuralgia do pudendo, que após avaliação clínica, imaginológica, cistoscópica e laboratorial foi diagnosticado com cistite actínica associada à infecção de trato urinário por *Candida glabrata*.

Descritores: *Candida glabrata*, Cistite, Dor pélvica, Neuralgia do pudendo.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pelvic pain is still a little-known syndrome with different etiological agents, high morbidity rate, with little information about its etiopathogenesis, which makes its treatment difficult, with symptoms that significantly impact the patient's quality of life. Among the conditions that lead to chronic pelvic pain, actinic cystitis stands out, a complication of pelvic radiotherapy. This pathology presents signs, symptoms, and complications similar to pudendal neuralgia. The objective of this report is to present one of the etiologies of chronic pelvic pain and its treatment.

CASE REPORT: Sixty-three-year-old male patient who sought medical care with a history of chronic pelvic pain attributed to pudendal neuralgia. The diagnosis was actinic cystitis, resulting from pelvic radiotherapy for prostate adenocarcinoma and urinary tract infection by *Candida glabrata*, an opportunistic fungal agent. The patient was treated with fluconazole with total control of the painful symptoms and significant improvement in the quality of life.

CONCLUSION: A case report with total pain control in a patient with an initial diagnosis of pudendal neuralgia, who after the clinical evaluation, imaging tests, cystoscopy, and lab tests was diagnosed with actinic cystitis associated to the urinary tract infection by *Candida glabrata*.

Keywords: *Candida glabrata*, Cystitis, Pelvic pain, Pudendal neuralgia.

INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) é uma disfunção que acomete cerca de 4% da população com dor crônica. Trata-se de uma síndrome pouco diagnosticada, complexa, com muitos fatores que podem dificultar o diagnóstico e tratamento. É comum o paciente passar por diversos profissionais e, na maioria das vezes, permanecer sem diagnóstico preciso, tendo em vista o quadro clínico e a multiplicidade de etiologias. Estima-se que o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico seja em torno de cinco anos e meio^{1,2}.

As causas podem ser trauma mecânico de qualquer etiologia, processos imunológicos, infecções e/ou processos inflamatórios^{2,3}, assim a cistite actínica é uma das causas de DPC⁴. Outras causas incluem vulvodínia, transtornos psicossomáticos, prostatite, infecção urinária, doença inflamatória pélvica e infecções sexualmente transmissíveis⁵.

Lidia Yanka Hoffmann – <https://orcid.org/0000-0003-2176-7342>;
Alexandre Daronco – <https://orcid.org/0000-0002-1117-8803>;
Eduardo Hildebrand Seyboth – <https://orcid.org/0000-0001-7181-4624>.

1. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Faculdade de Medicina, Cascavel, PR, Brasil.
2. Hospital Marechal Cândido Rondon, Marechal Cândido Rondon, PR, Brasil.

Apresentado em 16 de julho de 2019.

Aceito para publicação em 19 de março de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:
Avenida Brasil, 5102 – Pacaembu
85816-302 Cascavel, PR, Brasil.
E-mail: lidia.yanka@hotmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

A cistite actínica tem espectro clínico caracterizado por uma série de manifestações pós-radioterapia pélvica, como hematuria, dor à micção, incontinência urinária, hidronefrose, diminuição na capacidade de armazenamento vesical e propensão a infecções urinárias^{4,6,7}. Trata-se de lesão endotelial tardia induzida por radiação, associada à fibrose perivascular, que causa isquemia e arterite terminal obliterante, que pode produzir sintomas agudos e crônicos, piorando a qualidade de vida do paciente, sobretudo quando há o desenvolvimento de infecções urinárias associadas^{7,8}.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 63 anos, diabético, que procurou atendimento devido à dor crônica forte, tendo sido encaminhado pelo serviço de neurologia com diagnóstico presumido de neuralgia do pudendo.

Os sintomas começaram há dois anos, após radioterapia pélvica para tratamento de neoplasia de próstata recidivada. Apresentava parestesia na região genital, dor 7/10 avaliada pela escala verbal (EVD) localizada na topografia do nervo pudendo, que melhorava ao sentar-se no vaso sanitário e piorava ao longo do dia na posição ortostática, com intensidade média 8 pela escala analógica visual (EAV). Apresentava incontinência urinária como seqüela de prostatectomia radical e radioterapia pélvica, mudança no aspecto da urina no período em que aumentou a intensidade da dor e do desconforto.

O planejamento terapêutico respeitou o que é preconizado, mantendo a gabapentina e amitriptilina, em associação com prednisona e tramadol por período curto, obtendo bom controle da dor, mas mantendo a queixa urinária.

Na urocultura com o material coletado na sonda vesical houve crescimento de *Candida glabrata*, porém não foi realizado teste de sensibilidade a antifúngicos. A ressonância nuclear magnética de pelve e cistoscopia evidenciou quadro imagiológico compatível com cistite rádica. O paciente foi encaminhado para o infectologista que iniciou a terapia antifúngica com fluconazol, com melhora significativa das queixas álgicas com intensidade zero da dor tanto pela EVD como pela EAV, e ausência de desconforto; sendo mantida a sonda vesical de demora, pois embora tenham sido propostas as possíveis formas de tratamento da incontinência urinária, mesmo ciente de riscos e benefícios, ele optou pela sonda vesical de demora. Ao longo do acompanhamento, as queixas álgicas foram completamente resolvidas e todos os fármacos prescritos para o controle do quadro de dor crônica foram suspensos, e o paciente mantém acompanhamento ambulatorial sem queixas. Este estudo de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (5219) e submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – 11615119.4.0000.5219 CAAE, sendo obtida a autorização formal do paciente pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DISCUSSÃO

Muitos pacientes com DPC apresentam dor neuropática na distribuição do nervo pudendo; ou seja, localizada na vulva, vagina, clítoris, períneo e reto, nas mulheres; e na glande, pênis, bolsa escrotal poupando os testículos, períneo e reto, nos homens.

Uma pequena porcentagem dos pacientes pode manifestar sintomas acessórios, fora da área especificamente determinada pelo nervo pudendo, uma vez que essa região possui uma inervação do tipo plexular, portanto pode ter diversos tributários, causando manifestações em topografias atípicas. Tais sintomas podem ser dor na região lombar, dispareunia, frequência urinária alterada e incontinência urinária¹⁻³, a hiperalgesia e alodínea podem completar o quadro^{2,3}. A DPC também tem como etiologia a cistite actínica, que compreende uma série de manifestações também presentes em outras causas da DPC, incluindo hematuria, dor à micção, dor pélvica crônica, incontinência urinária, hidronefrose e diminuição na capacidade de armazenamento vesical, que por si só, são inespecíficas^{2,5,8}. O diagnóstico é realizado pelos sintomas em pacientes submetidos à radioterapia pélvica, associada a exames de imagem e cistoscopia, evidenciando telangiectasias com mucosa eritematosa friável, eritema, edema, redução da capacidade vesical, fístulas ou fibrose⁹. Além disso, exames como a ultrassonografia de trato urinário inferior, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética também podem propiciar o diagnóstico da cistite rádica^{6,10}.

No presente estudo, o paciente apresentava sintomas compatíveis com tais condições, além da presença de alteração no aspecto da urina e de *Candida glabrata* em urocultura. A *Candida glabrata* é um agente patogênico de seres humanos, fungo oportunista, que representa até 29% do total de infecções de corrente sanguínea, além de ser causador de infecções do trato urinário e vagina^{11,12}, reconhecidas como importantes causas de morbidade e mortalidade sobretudo em pacientes imunossuprimidos¹¹⁻¹³. Alguns dos fatores de risco para infecções de trato urinário por espécies de *Candida* são imunossupressão, diabetes *Melittus*, hospitalização prolongada, cateter urinário, uso de antibióticos de amplo espectro, sexo feminino e idade superior a 65 anos^{11,12}.

O fluconazol é o fármaco de escolha para a *Candida glabrata*, porém, em caso de resistência ao fármaco pode ser utilizada a anfotericina endovenosa ou intravesical^{11,12}.

CONCLUSÃO

Relato de caso com controle total da dor em paciente que apresentava diagnóstico inicial de neuralgia do pudendo, que após avaliação clínica, imagiológica, cistoscópica e laboratorial foi diagnosticado com cistite actínica associada à infecção de trato urinário por *Candida glabrata*.

REFERÊNCIAS

1. Pereira A, Pérez-Medina T, Rodríguez-Tapia A, Rutherford S, Millan I, Iglesias E, et al. Chronic perineal pain: analyses of prognostic factors in pudendal neuralgia. *Clin J Pain*. 2014;30(7):577-82.
2. Hibner M, Desai N, Robertson LJ, Nour M. Pudendal neuralgia. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(2):148-53.
3. Pérez-López FR, Hita-Contreras F. Management of pudendal neuralgia. *Climacteric*. 2014;17(6):654-6.
4. Mangano MS, De Gobbi A, Ciaccia M, Lamon C, Benjamin F, Maccatrozzo L. Actinic cystitis: causes, treatment and experience of a single centre in the last five years. *Urologia*. 2018;85(1):25-8.
5. Antolak SJ, Antolak CM. Chronic pelvic pain: neurogenic or non-neurogenic? Warm detection threshold testing supports a diagnosis of pudendal neuropathy. *Pain Physician*. 2018;21(2):E125-135.
6. Thompson A, Adamson A, Bahl A, Borwell J, Dodds D, Heath C, et al. Guidelines for the diagnosis, prevention and management of chemical-and radiation-induced cystitis. *J Clin Urol*. 2014;7(1):25-35.

7. Pascoe C, Duncan C, Lamb BW, Davis NF, Lynch TH, Murphy DG, et al. Current management of radiation cystitis: a review and practical guide to clinical management. *BJU Int.* 2019;123(4):585-94.
8. Sommariva ML, Sandri SD, Guerrer CS. [Treatment of acute iatrogenic cystitis secondary to bladder chemo-immuno-instillation or pelvic radiotherapy]. *Urologia.* 2010;77(3):187-92.
9. Smit SG, Heyns CF. Management of radiation cystitis. *Nat Rev Urol.* 2010;7(4):206-14.
10. Browne C, Davis NF, Mac Craith E, Lennon GM, Mulvin DW, Quinlan DM, et al. A narrative review on the pathophysiology and management for radiation cystitis. *Adv Urol.* 2015;2015:346812.
11. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2015;62(4):e1-50.
12. Charlier C, El Sissy C, Bachelier-Bassi S, Scemla A, Quesne G, Sitterlé E, et al. Acquired flucytosine resistance during combination therapy with caspofungin and flucytosine for *Candida glabrata* cystitis. *Antimicrob Agents Chemother.* 2016;60(1):662-5.
13. Jiménez-Guerra G, Casanovas Moreno-Torres I, Gutiérrez-Soto M, Vázquez-Alonso F, Sorlózano-Puerto A, Navarro-Marí JM, et al. [Inpatient candiduria: etiology, susceptibility to antifungal drugs and risk factors]. *Rev Esp Quimioter.* 2018;31(4):323-8.

