

Chronic non-visceral pelvic pain: multidisciplinary management. Case report*

Dor pélvica crônica não visceral: tratamento multidisciplinar. Relato de caso

Telma Regina Mariotto Zakka¹, Lin Tchia Yeng², Manoel Jacobsen Teixeira³, Jefferson Rosi Júnior⁴

*Recebido do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The prevalence of chronic pelvic pain among females is approximately 4%, similar to the prevalence of migraine (2.1%), asthma (3.7%) and low back pain (4.1%). Its diagnosis and management are major challenges for the health team. This report aimed at showing the difficulty of diagnosing and managing chronic pelvic pain and the importance of the multidisciplinary team for pain relief.

CASE REPORT: Forty-five years old patient with pelviperineal pain for six years after hysteroscopy and uterine polyp excision. Severe pain, starting in the immediate postoperative period has evolved along this period without improvement, leading her to look for the Chronic Abdominal, Pelvic and Perineal Pain Outpatient Clinic of the Interdisciplinary Pain Center, Clinicas Hospital, School of Medicine, University of São Paulo.

CONCLUSION: Multidisciplinary management, involving drugs, inactivation of trigger-points (anesthetic infiltration, dry needling, acupuncture), physiotherapy, postural reeducation and psychosocial support, has provided patient's significant pain relief and improved quality of life.

Keywords: Multidisciplinary management, Myofascial pain, Pelviperineal pain, Quality of Life, Trigger-points.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A prevalência de dor pélvica crônica no sexo feminino é de aproximadamente 4%, similar à prevalência da enxaqueca (2,1%), asma (3,7%) e dor lombar (4,1%). Seu diagnóstico e tratamento constitui um grande desafio para a

equipe de saúde. Este estudo teve por objetivo mostrar a dificuldade no diagnóstico e tratamento de dor pélvica crônica e a importância da equipe multidisciplinar no alívio do quadro doloroso.

RELATO DO CASO: Paciente de 45 anos, com quadro de dor pelviperineal há 6 anos, após histeroscopia para exérese de pólipos uterino. A dor que iniciou no pós-operatório imediato, de forte intensidade, evoluiu ao longo desse período sem melhora e motivou-a a buscar o Ambulatório de Dor Abdominal, Pélvica e Perineal Crônica do Centro Interdisciplinar de Dor do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CONCLUSÃO: O tratamento multidisciplinar que abrangeu o uso de fármacos, inativação dos pontos-gatilho (infiltração com anestésicos, agulhamento seco, acupuntura), fisioterapia, reeducação postural e suporte psicossocial, proporcionou melhora significativa da dor e da qualidade de vida da paciente.

Descritores: Dor miofascial, Dor pelviperineal, Pontos-gatilho, Qualidade de vida, Tratamento multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

Dor pélvica crônica (DPC) é uma dor não cíclica, localizada na pelve, parede abdominal anterior e inferior à cicatriz umbilical, região lombar e glúteas. A dor pélvica crônica cursa sem doença visceral específica ou doença identificável, gera incapacidade física e emocional e habitualmente é refratária a tratamento^{1,2}.

No Brasil, a dor pelviperineal é responsável por 10% das consultas ginecológicas, 17% das histerectomias e 40% das laparoscopias, e estima-se que sua prevalência seja superior à encontrada em países desenvolvidos³.

A diversidade de estruturas presentes na pelve e o amplo arcabouço musculoesquelético que a envolve e sustenta; associados à etiologia multifatorial, geniturinária, gastrointestinal, neurológica e musculoesquelética, dificultam a avaliação e o diagnóstico da DPC⁴.

A causa mais frequente de DPC não visceral é a síndrome dolorosa miofascial do músculo levantador do ânus e do transversos superficial e profundo do períneo^{3,5}. Lesões das estruturas do sistema nervoso periférico (SNP) e sistema nervoso central (SNC) também podem causar dor pelviperineal⁶.

O modelo integrado de tratamento multidisciplinar com intervenções terapêuticas concomitantes ou sequenciais para resgatar a interação físico-psicossocial, associada ao uso de fármacos analgésicos e os adjuvantes, aos procedimentos de reabilitação, anestésicos e neurocirúrgicos, à terapia ocupacional, à acupuntura e à psicoterapia, aplicadas de modo racional, proporcionam alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida^{3,7}.

1. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital de Clínicas; Centro Interdisciplinar de Dor. São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital de Clínicas; Instituto de Ortopedia e Traumatologia. São Paulo, SP, Brasil.

3. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo, SP, Brasil.

4. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital de Clínicas. São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 05 de fevereiro de 2013

Aceito para publicação em 12 de agosto de 2013.

Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para correspondência:
Dra. Telma Regina Mariotto Zakka
R. Antonio Valente da Silva, 141
12080-230 São Paulo, SP
E-mail: trmzakka@gmail.com

O objetivo deste estudo foi mostrar a dificuldade no diagnóstico e tratamento de dor pélvica crônica e a importância da equipe multidisciplinar no alívio do quadro doloroso.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 45 anos, solteira, designer de moda, com quadro de dor que iniciou no pós-operatório de uma histeroscopia para exérese de um pólipó uterino. Durante o procedimento “cortou-se” um septo vaginal (que nunca incomodou) com perfuração da vagina em direção ao reto e formação de uma fistula vagino-retal. Apresentou infecções urinárias e vulvovaginites de repetição recebendo vários tratamentos com antibióticos, cremes vaginais, analgésicos e anti-inflamatórios. Foi atendida por mais de 20 médicos sem nenhuma melhora da dor. Hoje não tem mais a fistula nem problemas menstruais, mas persiste com a mesma dor. Já tomou inúmeros fármacos sem sucesso. No momento, usa dipirona (2 g/dia) e relaxante muscular quando a dor fica insuportável, com melhora discreta.

A dor que foi descrita como latejamento e queimor, de duração constante e forte intensidade, com escala analógica visual (EAV = 10), piora com os movimentos, ao ficar muito tempo em pé, sentar-se, pós-evacuação, pós-relação sexual, nos dias frios, na fase pré-menstrual, nos momentos de tensão e ansiedade. Os fatores de melhora são o calor local, deitar em decúbito lateral, massagens, relaxar e relaxante muscular. O sono é ruim, não reparador, entrecortado pela dor.

À inspeção estática, a paciente apresentava cifose cervical, hiperlordose lombar, anteversão do quadril, hiperextensão dos joelhos (postura típica da dor pélvica). Apresentava também: frouxidão ligamentar sistêmica, desalinhamento do quadril (ilíaco direito mais elevado), predominância do apoio sobre a perna direita e rotação interna dos joelhos. Identificou-se pontos-gatilho (PG), bilateralmente, nos músculos: reto do abdômen superior e inferior, iliopsoas, glúteo máximo e médio, piriforme, adutor longo e curto da coxa e isquiotibiais.

No toque vaginal: útero de tamanho normal, anexos sem anormalidades e presença de PG no músculo transverso superficial e profundo do períneo bilateralmente, mais à direita. No toque retal identificou-se nos PG dos músculos reto do levantador do ânus e coccígeo, também mais à direita.

Estabeleceu-se o diagnóstico de síndrome dolorosa miofascial na região pelvipereineal e o tratamento farmacológico foi iniciado imediatamente com amitriptilina (25 mg), tramadol (50 mg) 6/6h associado à dipirona (1 g) 6/6h e encaminhada para a fisioterapia, psicoterapia e acupuntura.

A equipe de fisioterapia orientou-a sobre a maneira de dormir, posições corretas para sentar, levantar e dirigir o carro. Realizaram inativação dos PG com digitopressão, alongamento muscular, exercícios de reequilíbrio muscular de membros inferiores e cintura pélvica.

Concomitantemente, a equipe médica realizou agulhamento seco nos músculos reto do abdômen superior e inferior, iliopsoas, glúteo máximo e médio, piriforme, adutor da coxa, isquiotibiais, transverso superficial e profundo do períneo levantador do ânus e coccígeo e infiltração com lidocaína nos músculos glúteo máximo e médio, piriforme, adutor da coxa, levantador do ânus e coccígeo. O agulhamento seco e a infiltração dos PG atuaram como facilitadores para a reabilitação física.

Ao longo de dois anos de seguimento clínico aumentou-se a dose de amitriptilina para 75 mg, introduziu-se a clorpromazina a 4% (5 mg) 3 vezes ao dia e pregabalina (150 mg/dia).

A psicoterapia utilizou teste projetivo, retrato de dor e análise dos fatores estressores, além das técnicas cognitivo-comportamentais.

Atualmente, a paciente apresenta-se assintomática com episódios de dor de intensidade leve com EAV entre 0 e 2, normalizou sua vida profissional e pessoal, não usa mais medicamentos, mantém os cuidados posturais nas atividades da vida diária, pratica atividade física regular e continua com o seguimento psicoterápico.

DISCUSSÃO

A prevalência de DPC, no sexo feminino é aproximadamente 4%, similar à prevalência da enxaqueca (2,1%), asma (3,7%) e dor lombar (4,1%). Entre as mulheres de 18 a 50 anos, cerca de 15 a 20% apresentam quadro de DCP com duração maior que um ano^{9,10}.

A intensidade e as características da DPC podem se modificar devido a estímulos externos e internos, como ovulação, menstruação, síndrome pré-menstrual, evacuação, micção, coito, afecções sistêmicas, clima, emoções etc. A dor de origem visceral, não visceral e neuropática, pode ser superficial ou profunda, localizada, generalizada ou referida para a região anterior ou posterior da coxa, região glútea e abdominal^{3,11,12}.

Os estímulos nociceptivos viscerais e a tensão emocional podem ocasionar, como reação reflexa víscero-somática, hiperatividade e tensão na musculatura da parede abdominal, região toracolombar, glútea, períneo e membros inferiores, resultando na instalação da dor miofascial regional^{3,8,13}.

Durante a anamnese, os fatores desencadeantes e perpetuantes devem ser avaliados, assim como os tratamentos clínicos e cirúrgicos anteriores, os graus de ansiedade e depressão, sintomas de síndrome do pânico, episódios de violência física, emocional e sexual, que frequentemente contribuem para a cronificação da dor pélvica.

Durante o exame físico, devem-se avaliar os sistemas reprodutor, gastrointestinal, urológico, musculoesquelético e neurológico, procurar identificar o local anatômico da dor, presença de pontos dolorosos e, sempre que possível, correlacioná-los com a área de dor^{3,14}. É importante o exame físico estático e dinâmico nas posições ortostática, sentada, deitada. Proceder ao toque vaginal e retal e a digitopressão nas regiões lombar, abdominal, pélvica e perineal para identificar os PG. O exame neurológico global permite avaliar os sistemas sensitivo, motor e neurovegetativo para auxiliar no diagnóstico de afecções neurológicas. Avaliar o ortostatismo e a marcha para verificar assimetrias de membros, posturas antálgicas e compensatórias, entre outras e realizar o toque vaginal e retal e a digitopressão das regiões lombar, abdominal, pélvica e perineal para identificar os pontos-gatilho miofasciais são fundamentais. O exame unidigital da musculatura do assoalho pélvico permite avaliar tônus, espasmo e sensibilidade local¹⁵. Durante a palpação do assoalho pélvico pode-se reproduzir, desencadear ou agravar a dor do paciente^{3,8}.

O diagnóstico clínico, portanto, fundamenta-se na anamnese e no exame físico, e os exames complementares devem ser solicitados e interpretados, validando-se os casos de congruência entre os achados e os dados semiológicos.

O presente caso mostrou a dificuldade no diagnóstico e tratamento da DPC (20 médicos) e a necessidade do atendimento multidisciplinar no alívio da dor e da qualidade de vida da paciente.

CONCLUSÃO

A síndrome dolorosa miofascial da pelve e região perineal ainda é pouco conhecida e corretamente diagnosticada em nosso meio, o que ocasiona a demora no diagnóstico e na implementação terapêutica adequada, com impactos significativos na vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ACOG Practice Bulletin No 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):589-605.
2. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2010;57(1):35-48.
3. Teixeira MJ, Lln TY. Dor pelviperineal: aspectos fisiátricos. In: *Arquivos 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor.* São Paulo: Lemos Editorial; 1999.
4. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2003;101(4):594-611.
5. Anderson R. The role of pelvic floor therapies in chronic pelvic pain syndromes. *Curr Prostate Rep.* 2008;6:139-44.
6. Dyck PJ, Thomas PK, Lambert EH, Bunge R. *Peripheral Neuropathy.* New York: Saunders; 1984.
7. Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, et al. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain.* 1990;41(1):41-6.
8. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain: diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1993;20(4):719-42.
9. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14(3):403-14.
10. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006;6:177.
11. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women, still a challenge. *BJU Int.* 2008;102(9):1061-5.
12. Daniels JR, Khan KS. Chronic pelvic pain in women. *BMJ.* 2010;341:c4834.
13. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG et al. Chronic pelvic pain in the community--symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(6):1149-55.
14. Vecchiet L, Giamberardino MA, Bigontina P. Referred pain from viscera: when the symptom persists despite the extinction of the visceral focus. *Adv Pain Res Ther.* 1992; 20:101-10.
15. Tu FF, Fitzgerald CM, Kuiken T, Farrel T, Harden RN. Comparative measurement of pelvic floor pain sensitivity in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1244-8.