

# BMJ Best Practice

## Dor pélvica crônica em mulheres

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Mar 29, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
<b>Tratamento</b>	<b>14</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	17
Opções de tratamento	19
Novidades	30
<b>Acompanhamento</b>	<b>31</b>
Recomendações	31
Complicações	31
Prognóstico	32
<b>Diretrizes</b>	<b>33</b>
Diretrizes de diagnóstico	33
Diretrizes de tratamento	33
<b>Recursos online</b>	<b>35</b>
<b>Referências</b>	<b>36</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>40</b>

## Resumo

- ◇ A dor pélvica crônica é uma síndrome de dor que emana de um ou mais órgãos pélvicos e pode incluir qualquer ou todos os músculos ou vísceras pélvicas.
- ◇ Uma história metódica, completa e baseada em critérios é necessária para determinar quantos e quais sistemas de órgãos estão envolvidos e para revelar condições psiquiátricas comórbidas, especialmente depressão ou uma história de abusos.
- ◇ O exame físico deve ser metódico e completo, procurando por sensibilidades pontuais em todos os músculos e órgãos pélvicos, especificamente que incluem o vestíbulo, o músculo elevador do ânus, a bexiga, o colo uterino e o útero, os anexos e a parede abdominal inferior.
- ◇ Os exames diagnósticos são determinados pelos sistemas de órgãos geradores da dor e podem incluir urinálise com cultura, ultrassonografia pélvica, cistoscopia com hidrodilatação e laparoscopia diagnóstica.
- ◇ Devido ao fato de a dor crônica às vezes ser uma disfunção da percepção da dor, pode ser encontrada uma mudança patológica mínima ou mesmo nenhuma.
- ◇ O tratamento é focado em cada sistema de órgãos envolvendo a produção da dor. Dor global em todos os órgãos ou recusa de manejo não narcótico podem representar um comportamento de dependência de medicamentos.
- ◇ Complicações são inerentes a todos os tratamentos, que frequentemente incluem cirurgia.

## Definição

A dor pélvica crônica é definida de maneira inconsistente, mas o American College of Obstetricians and Gynecologists recomendou a definição como sendo uma dor com duração de 6 meses ou mais, localizada na pelve, na parede abdominal anterior ou abaixo do umbigo, na parte lombossacral das costas ou nas nádegas, com intensidade suficiente para causar incapacidade funcional ou levar a tratamento médico.[1]

As pacientes geralmente apresentam pelo menos dois de vários diagnósticos comuns relacionados à dor: cistite intersticial, síndrome do intestino irritável, fibromialgia, síndrome do músculo elevador do ânus (mialgia tensional do assoalho pélvico), endometriose, adenomiose, leiomioma ou vulvodinia. As comorbidades comuns incluem a depressão, a ansiedade e transtornos do estresse pós-traumático.

## Epidemiologia

Dor pélvica crônica ocorre principalmente na população de países desenvolvidos. As mulheres são afetadas em uma proporção de 9:1 em relação aos homens, nos quais isso às vezes é denominado de prostatite crônica.[3]

A incidência da dor pélvica crônica varia amplamente dependendo das definições usadas e da população estudada. Comumente, a estimativa usada é de que 15% a 40% das mulheres em idade reprodutiva apresentem dor pélvica crônica.[4]

A maioria das pacientes não é tratada nem diagnosticada. Mulheres brancas, de até 35 anos de idade e que tenham passado por discórdia conjugal ou abuso são mais propensas a ter dor pélvica crônica.[4] A incidência de cada diagnóstico associado também varia amplamente, mas geralmente corresponde aos índices gerais da dor pélvica crônica.

## Etiologia

A etiologia subjacente é incerta, mas estudos recentes indicam que a parte anterior do giro do cíngulo, o córtex insular e a amígdala tenham atividade acentuada em muitas síndromes de dor crônica, incluindo as síndromes observadas na dor pélvica crônica.[5] Abuso sexual ou trauma em uma idade suscetível também induzem a uma desregulação dessas estruturas cerebrais.

A dor parece se disseminar de um sistema de órgãos a outro por meio de um processo de alodinia mediada centralmente sem patologia de órgão-alvo. Essas características indicam que a desregulação do lobo límbico pode ser responsável por muitos dos aspectos da dor pélvica crônica.

Similarmente, a etiologia dos diagnósticos associados é pouco compreendida. A dor pode surgir de um ou mais órgãos, e a apresentação e a fisiopatologia que afetam cada sistema de órgãos podem ser variáveis. Uma definição de dor pélvica crônica é a dismenorreia, com duração de pelo menos 6 meses, a qual causa limitação da atividade. Esse tipo de dor ginecológica cíclica pode representar adenomiose ou miomas, ambos sendo disfunções do próprio útero. Frequentemente, a endometriose é considerada como sendo o resultado de menstruação retrógrada, mas o estágio da endometriose não tem correlação com a intensidade da dor.[6] [7] Uma hipótese mais nova é que estressores causam uma desregulação neuroimune, permitindo que o processo normal de menstruação retrógrada se desenvolva em implantes de endometriose sensitivamente inervados por meio da produção peritoneal de fator de crescimento nervoso.

A adenomiose é uma variável da endometriose e também pode ocorrer em decorrência da nidação anormal do tecido endometrial por meio de mecanismos desconhecidos de transporte ou durante a gestação.[8]

## Fisiopatologia

A fisiopatologia subjacente ao desenvolvimento da dor crônica é desconhecida. A hipótese de dor pélvica associada ao sistema límbico é designada como responsável por muitas das características observadas nesses pacientes.

Essa síndrome representa um estado de hipervigilância para a dor devido à hiperatividade da estrutura límbica, especialmente a amígdala e o córtex cingulado anterior. Isso induz a uma atenção focada sobre um ou mais locais na pelve (normalmente, um músculo ou um órgão muscular), que respondem por se tornarem geradores de dor. Isso então induz o sistema límbico a aumentar a vigilância sobre dor na área, o que reforça a dor e pode disseminá-la para órgãos adjacentes.[9]

A maior parte dos órgãos envolvidos na geração da dor não tem mudança patológica significativa ou detectável.[5]

Para algumas condições associadas, as mudanças patológicas no órgão-alvo são demonstráveis.

- A endometriose é definida pela presença de glândulas e estroma endometriais fora do revestimento uterino.
- A adenomiose é definida pela presença de glândulas e estroma endometriais dentro da parede uterina.
- Na cistite intersticial, pode haver rupturas na camada de glicosaminoglicanos da bexiga, expondo a mucosa subjacente à urina. Uma variedade de outras alterações podem ser inconsistentemente demonstradas no epitélio e na parede da bexiga.[10]
- A síndrome do intestino irritável pode representar uma desregulação do plexo neuronal entérico, potencialmente envolvendo receptores de serotonina.[11]
- A fibromialgia e a vulvodinia não demonstram achados patológicos consistentes, mas parecem apresentar um meio neuronal local desordenado.[12]
- Na síndrome da congestão pélvica, o excesso de fluxo sanguíneo para o útero produz uma sensação de peso. Se isso existe como uma entidade separada é um fato controverso.[13]

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 37 anos (gestações 2, paridades 2) relata uma história de 4 anos de dor pélvica crônica, incluindo dispareunia e disúria. Ela se consultou com dois médicos anteriormente, tentou pílula contraceptiva oral e ibuprofeno e realizou duas laparoscopias como tentativa de aliviar a dor. Atualmente, ela classifica a dor como 8/10 usando uma escala visual analógica. À parte disso, ela é saudável, mas ligeiramente deprimida e dorme mal. O exame físico revela pontos de sensibilidade no abdome inferior, dor à palpação em um lado dos músculos levantadores, sensibilidade moderada na bexiga e dor durante a manipulação do útero ou colo uterino.

### Outras apresentações

Raramente, a dor pélvica crônica se apresenta com apenas um diagnóstico. Quando há apenas um diagnóstico, é mais comumente uma dor com base ginecológica (endometriose ou adenomiose) ou cistite intersticial (síndrome da bexiga dolorida, que raramente ocorre de forma isolada). Outros diagnósticos de dor que se manifestam de maneira isolada com frequência intermediária incluem fibromialgia, síndrome do músculo elevador do ânus, síndrome do intestino irritável e vestibulite vulvar.

Classicamente, a endometriose e a adenomiose se apresentam com dor cíclica, geralmente com piora durante a menstruação, mas podem se desenvolver para uma dor constante. A endometriose avançada pode envolver o intestino e induzir vários sintomas relacionados a ele. Geralmente, a adenomiose requer um exame patológico do útero para o diagnóstico preciso. A endometriose pode ser diagnosticada na laparoscopia, mas requer uma biópsia de confirmação em decorrência da baixa precisão da identificação visual. Evidências limitadas sugerem que a ressonância nuclear magnética (RNM) de alta resolução ou a ultrassonografia são capazes de detectar a doença em estágio mais avançado.

Pode haver suspeita de cistite intersticial (também chamada de síndrome da bexiga dolorosa) com base na história médica, no exame físico e na urinalise normal, mas requer uma cistoscopia com hidrodilatação para diagnosticar de acordo com os critérios (não clínicos) baseados em pesquisa. Uma paciente que sente alívio da dor com a instilação vesical com lidocaína alcalinizada tem alta probabilidade de ter cistite intersticial. Uma paciente típica terá tido pelo menos 2 culturas urinárias negativas enquanto apresenta queixas de sintomas de infecção do trato urinário.

Um exame físico é a única maneira precisa de diagnosticar mialgia de qualquer músculo (abdominal ou elevador do ânus) ou vulvodinia, através da palpação direta e reprodução da dor na paciente. Na palpação, a paciente sentirá os levantadores bastante enrijecidos e reclamará de dor além do desconforto normal de um exame pélvico. A maioria dos pacientes consegue distinguir a pressão de um exame físico pélvico de dor ou palpação. Dor em diversos locais sugere a presença de uma síndrome de dor central. A injeção de um analgésico local (lidocaína 1%) em um ponto de sensibilidade de um músculo supostamente gerador de dor pode proporcionar um alívio imediato e surpreendentemente duradouro (injeção no ponto-gatilho). Os critérios para o diagnóstico completo da fibromialgia podem não estar presentes.<sup>[2]</sup>

A síndrome do intestino irritável é diagnosticada unicamente com base na história médica, a qual deve incluir critérios de Roma III. Aderências pélvicas de cirurgias prévias, cicatrizes de infecções prévias ou hérnias também podem causar dores constantes, mas o manejo cirúrgico nem sempre é eficaz.

A ocorrência de comorbidade psiquiátrica não pode ser subestimada e exigirá tratamento adicional para que o manejo da dor crônica seja bem-sucedido. Pacientes com graus mais altos de dor apresentarão níveis maiores de traços de personalidade com eixo de neuroticismo e sintomas de estresse traumático.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Devido ao fato de a dor pélvica crônica ser um acúmulo de diagnósticos associados, não há um exame definitivo, mas apenas a queixa subjetiva da paciente sobre a dor.

A abordagem ideal para a dor pélvica crônica é uma história estruturada e um exame físico designado para diagnosticar muitas das condições comuns associadas.[17] Há um formulário para a história e o exame físico, gratuito e disponível na International Pelvic Pain Society. [\[International Pelvic Pain Society: history and physical form\]](#) Há diretrizes disponíveis que fornecem algoritmos para a avaliação da dor pélvica crônica. Ao usar esses algoritmos, é importante lembrar que diversas causas podem estar presentes em alguns pacientes.[18]

### História

Partos cesáreos prévios, abortos espontâneos, uma história de endometriose, aderências ou doença inflamatória pélvica fornecem uma base patológica para os sintomas da dor crônica.

Elementos-chave da história são uma descrição detalhada da evolução da dor na paciente, com atenção especial para fatores agravantes, como menstruação, atividade física e estresse.

- A dor que varia com o ciclo menstrual tem maior probabilidade de ser adenomiose ou endometriose.
- A dor que se agrava mais ao final do dia ou após atividade física pode representar fibromialgia.
- A dor que se agrava após relações sexuais pode representar síndrome de congestão pélvica.
- A dor com a penetração inicial durante a relação sexual pode representar vulvodinia.
- A dor vesical ou sintomas miccionais irritativos podem representar cistite intersticial, depois que a infecção vesical tiver sido descartada. Tipicamente, a cistite intersticial é considerada um diagnóstico de exclusão, e uma variedade de outras condições urológicas pode se manifestar de maneira similar.[19]
- A síndrome do intestino irritável é diagnosticada unicamente com base na história médica.

Outros sintomas incluem:

- Disúria
- Dispareunia
- Dismenorreia
- Dor abdominal
- Noctúria
- Micção incompleta
- Disquezia
- Lombalgia
- Cefaleia.



Uma história de abuso sexual, abuso de drogas, ansiedade ou depressão podem indicar um risco mais elevado de evoluir para dor pélvica crônica.[15] Uma avaliação psiquiátrica detalhada é extremamente útil para avaliar comorbidades comuns.

## Exame físico

O objetivo do exame físico é isolar cada parte da pelve e determinar se tal parte está envolvida na geração da dor.

O exame físico deve ser realizado de maneira cuidadosa e sistemática, geralmente com um dedo. Os pontos-gatilho típicos da síndrome de fibromialgia devem ser apalpados, seguidos por um exame cuidadoso da parte abdominal inferior e da pélvis. Pontos-gatilho são os locais que causam dor quando se aplica uma pressão de 4 kg. Começar por áreas insensíveis à palpação primeiro aumentará a tolerância da paciente ao exame e sua precisão.

A vulvodinia é diagnosticada unicamente com base em um exame físico cauteloso do introito vaginal. Usando-se um swab com ponta de algodão para afastar a pele do vestibulo, pode-se localizar áreas de dor que frequentemente incluem apenas a porção posterior (fossa navicular).

Para a mialgia, tanto do músculo elevador do ânus como da parede abdominal, a palpação de pontos-gatilho sensíveis e a infiltração com anestésicos locais fornecem um diagnóstico e uma abordagem terapêutica.

Sensibilidade da uretra pode representar infecção crônica, e sensibilidade da bexiga é comum na cistite intersticial.

É comum sentir dor na manipulação do útero na adenomiose, e dor e nodularidade dos ligamentos uterossacro são encontradas na endometriose. Dor nos anexos pode representar aderências ou endometriose.

## Avaliações laboratoriais e com técnicas de imagem

Assim que os órgãos geradores da dor tiverem sido isolados, exames adicionais desses sistemas de órgãos podem ser úteis.

Uma urinálise básica e/ou cultura são úteis para se descartar a possibilidade de cistite ou uretrite infecciosas. O exame de esfregaço de Papanicolau e sondagem para gonorreia e clamídia são úteis para se descartarem infecções vigentes. A ultrassonografia pélvica pode ser útil para detectar miomas, adenomiose ou cistos ovarianos grandes. Uma tomografia computadorizada pélvica pode ser usada para caracterizar em detalhes qualquer massa pélvica encontrada à ultrassonografia. A ressonância nuclear magnética é um teste diagnóstico mais sensível que a ultrassonografia para a identificação de adenomiose.

A endometriose pode ser confirmada apenas com biópsia laparoscópica, que ainda apresenta um índice de 10% de falso-negativo para este diagnóstico. Da mesma forma, embora a adenomiose possa ser sugerida pela ultrassonografia pélvica, o diagnóstico patológico é o exame definitivo.

A cistite intersticial também é diagnosticada na sala de cirurgia, com base em achados de glomerulações ou úlceras de Hunner, após instilação ou hidrodistensão. A necessidade da laparoscopia ou da cistoscopia dependerá dos sintomas da paciente e do ciclo de terapia esperado.



Injeção no ponto-gatilho pode ser usada para diagnosticar mialgias na parede abdominal ou síndrome do músculo elevador do ânus.[20] [21]

## Fatores de risco

### Fortes

#### abuso sexual

- Há evidências substanciais que dão suporte a uma relação entre história de abuso sexual e o desenvolvimento de dor pélvica crônica, e apoia a associação límbica da dor pélvica crônica.[14] [15]

#### doença inflamatória pélvica

- Uma cicatriz pélvica prévia, advinda de cirurgia ou infecção, geralmente resulta em dor crônica.[16]

#### ansiedade ou depressão

- Todas as síndromes de dor são agravadas na presença de ansiedade ou depressão. A relação causal real é menos clara.

#### abuso de álcool ou drogas

- Frequentemente, pacientes com dor crônica se automedicam com álcool. A dependência de narcóticos pode preceder ou resultar em dor crônica.

#### gestação

- A ocorrência da adenomiose é considerada apenas após uma gestação de algum tipo. É incerto se o aborto espontâneo ou o parto a termo aumentam os riscos de adenomiose. A adenomiose está associada à dor pélvica crônica.

#### polimenorreia

- A causa real da endometriose é desconhecida, mas acredita-se que esteja associada a muitos períodos menstruais, durante os quais o tecido endometrial tem maior oportunidade para acometer a pelve por meio do fluxo retrógrado. A endometriose está associada à dor pélvica crônica.

#### parto cesáreo prévio

- Aderências de cirurgias ou acometimentos do útero ou abdome com a endometriose podem ocorrer no parto cesáreo.

#### endometriose

- Os endometriomas fornecem uma base patológica para os sintomas da dor crônica.

### Fracos

#### aderências

- Doença decorrente de aderências fornece uma base patológica para os sintomas de dor crônica.

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem abuso sexual, doença inflamatória pélvica, endometriose e doenças psiquiátricas atuais ou prévias.

#### disúria (comum)

- Tipicamente ocorre com outros sintomas miccionais irritativos.

#### dispareunia (comum)

- A dispareunia profunda é considerada mais frequente na endometriose.

#### dismenorreia (comum)

- Indica útero ou órgãos ginecológicos como 1 fonte de dor.

#### pontos-gatilho abdominais (comum)

- Sensibilidade altamente localizada, tipicamente na margem lateral da bainha do reto ou em uma cicatriz antiga. Responde bem à infiltração anestésica.

#### dor à palpação do músculo elevador do ânus (comum)

- Frequentemente unilateral. O localização pontual da sensibilidade deve ser isolada para que a infiltração anestésica seja útil.

#### dor à mobilização do colo (comum)

- Indica que órgãos pélvicos superiores estão provavelmente envolvidos: úteros, ovários. Também pode ocorrer com dor vesical.

#### sensibilidade uterina (comum)

- Indica dor de origem ginecológica.

#### desconforto abdominal (incomum)

- Se difuso, sugere uma condição mais aguda sobrepondo-se à dor crônica.

#### dor à palpação vestibular (incomum)

- Pode ser apenas uma parte do vestíbulo. Deve ser distinta da dor remanescente do hímen.

#### dor à palpação do reto (incomum)

- Sugere um componente de endometriose envolvendo o intestino. Pode indicar uma doença inflamatória intestinal.

#### dor à palpação anexial (incomum)

- Se for unilateral, sugere a necessidade de uma caracterização de cistos ou massas potenciais por ultrassonografia. Pode ser difícil de distinguir após exame uterino.

#### dor à palpação da bexiga (incomum)

- Sugere cistite intersticial, mas não é definitiva.

**dor à palpação uretral (incomum)**

- Fortemente sugere uretrite ou divertículo uretral.

**Outros fatores de diagnóstico****dor abdominal (comum)**

- Geralmente no abdome inferior; sugere um ponto-gatilho se ocorrer no local de uma cicatriz antiga.

**noctúria (comum)**

- Tipicamente ocorre com outros sintomas miccionais irritativos.

**micção incompleta (comum)**

- Tipicamente ocorre com outros sintomas miccionais irritativos.

**cefaleia (comum)**

- Comumente associada e sugere que geradores múltiplos de dor estão envolvidos.

**disquezia (incomum)**

- Um componente necessário para o diagnóstico da síndrome do intestino irritável.

**lombalgia (incomum)**

- Comumente associada e sugere que geradores múltiplos de dor estão envolvidos.

**Exames diagnóstico****Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
<b>urinálise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Útil para descartar a possibilidade de cistite ou uretrite infecciosas.</li> </ul>	<b>positiva/negativa</b>
<b>urocultura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Útil para descartar a possibilidade de cistite ou uretrite infecciosas.</li> </ul>	<b>positiva/negativa</b>
<b>swab cervical</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Útil para descartar doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em curso: por exemplo, clamídia ou gonorreia.</li> </ul>	<b>positiva/negativa</b>
<b>ultrassonografia pélvica</b>	<b>pode detectar miomas, adenomiose ou cistos ovarianos grandes</b>
<b>instilação com lidocaína alcalinizada na bexiga</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O alívio dos sintomas da dor vesical no momento da instilação com lidocaína alcalinizada é o diagnóstico de dor de origem vesical.</li> </ul>	<b>alívio dos sintomas da dor vesical</b>
<b>cistoscopia com hidrodistensão</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para pacientes com cistite intersticial, a distensão é terapêutica e diagnóstica.</li> </ul>	<b>distensão</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
tomografia computadorizada (TC) pélvica	caracterização adicional da massa pélvica previamente observada na ultrassonografia
ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica <ul style="list-style-type: none"> <li>Um teste diagnóstico mais sensível que a ultrassonografia para a identificação de adenomiose.</li> </ul>	pode identificar adenomiose
biópsia laparoscópica <ul style="list-style-type: none"> <li>Teste definitivo para confirmar o diagnóstico de endometriose e adenomiose.</li> </ul>	características histológicas de endometriose ou adenomiose

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Endometriose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor cíclica no início da endometriose, progredindo para dor contínua. Diagnosticada com base na presença de glândulas e estroma endometriais fora da cavidade uterina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laparoscopia e biópsia: glândulas e estroma endometriais.</li> </ul>
<b>Adenomiose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicialmente dor cíclica, tipicamente começando após a gestação. Requer exame patológico do útero excisado para o diagnóstico definitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrassonografia pode ser sugestiva; diagnosticada por definitivo no exame patológico do útero removido.</li> </ul>
<b>Aderências pélvicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugeridas por uma história de cirurgia prévia ou infecção com sensibilidade à manipulação do útero ou anexos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticada na laparoscopia.</li> </ul>
<b>Doença inflamatória pélvica crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugerida por uma história de infecção prévia ou múltiplos parceiros sexuais, com dor à manipulação do útero ou anexos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticada na laparoscopia.</li> </ul>
<b>Cistite intersticial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor vesical elevada ou a presença de sintomas miccionais irritativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugerida pelo uso de um questionário e pela resposta à instilação de lidocaína alcalinizada; diagnosticada por definitivo na cistoscopia com hidrodistensão.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Vulvodinia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor com a penetração na relação sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticada por exame físico. Dor limitada somente às áreas do vestíbulo.</li> </ul>
<b>Síndrome do músculo elevador do ânus (mialgia tensional do assoalho pélvico)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somente uma parte do músculo levantador pode estar gerando a dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticada por exame físico.</li> </ul>
<b>Cistos ovarianos hemorrágicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipicamente causa dor aguda e intensa, mas pode evoluir para uma dor crônica. Frequentemente remite com o tempo. Cistos maiores (&gt;3 cm) e persistentes podem precisar ser excisados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia pode demonstrar fios fibrosos finos sugestivos de formação de coágulos dentro da massa cística.</li> </ul>
<b>Síndrome do intestino irritável</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de pelo menos 2 ou 3 critérios primários e quantos critérios secundários forem possíveis para garantir o diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Critérios de Roma III; nenhum teste diagnóstico específico.</li> </ul>
<b>Fibromialgia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor à palpação de músculos individuais. Na dor pélvica, esses geralmente incluem as bordas laterais inferiores da bainha do reto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticada por exame físico.</li> </ul>
<b>Síndrome da dor central</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor em diversos locais. Disseminação da dor de um local a outro sem uma etiologia óbvia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O teste de estímulo doloroso revela sensação aumentada em direção à linha média anterior em comparação com as costas, ou alodinia (sentir um estímulo doloroso quando tocado com um swab de algodão).</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo do tratamento é minimizar os sintomas produzidos pelos geradores da dor identificados usando terapia focada. Além disso, o manejo de comorbidades psiquiátricas é essencial para melhorar os desfechos. Os resultados da anamnese e do exame físico cuidadoso são usados para identificar o diagnóstico individual da dor presente. Em seguida, cada diagnóstico é abordado separadamente.

### Dor ginecológica

Um princípio fundamental da medicina é a associação de uma etiologia específica do tecido como um diagnóstico. Dor pélvica crônica em mulheres, que é relacionada ao período da menstruação ou que é reproduzida pela manipulação uterina, geralmente pode ser denominada de dor ginecológica. Dentro dessa categoria, há uma ampla variedade de diagnósticos, incluindo adeniose, endometriose, mioma uterino e aderências pélvicas.[7] Para a maioria das dores ginecológicas, o manejo começa com medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), tipicamente combinados com alguma forma de supressão da ovulação.[22] As opções de tratamento de primeira linha incluem supressão ovariana clínica com terapia combinada intermitente de estrogênio/progestina (pílulas, adesivos, anéis). A dosagem intermitente resulta na supressão do sangramento mensal. Se o tratamento contraceptivo falhar ou se a paciente apresentar sintomas intensos, pode-se fazer uma tentativa de supressão ovariana contínua, com o objetivo de se eliminar a menstruação de forma geral. O acetato de medroxiprogesterona fornece uma opção injetável de manejo com o objetivo de induzir amenorreia. Outras opções de segunda linha incluem o uso de contracepção hormonal de ação prolongada ou do dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel.[22] O DIU de levonorgestrel foi estudado de maneira mais extensiva e tem eficácia comprovada na dor pélvica crônica.[23]

A indução à menopausa com antagonistas de gonadotrofinas (que podem incluir tratamento de reposição hormonal com estrogênio "add-back") é a opção final de tratamento clínico. Vários medicamentos e vias estão disponíveis. Por conveniência e para melhorar a adesão terapêutica, alguns podem ser administrados a cada 3 meses.

Para pacientes sem resposta ao tratamento clínico, a laparoscopia pode atuar para o diagnóstico e para fins terapêuticos, embora haja limitações significativas aos seus benefícios em longo prazo.[22] [24] Como um procedimento diagnóstico, endometriose, aderências e outros problemas anatômicos relacionados a dor pélvica crônica podem ser encontrados. Frequentemente, essas entidades podem ser lidadas ao mesmo tempo através de fulguração ou excisão da endometriose e da lise de aderências. Quando a endometriose é encontrada e tratada, o acompanhamento com supressão menstrual melhora o efeito da cirurgia. Ainda permanecem questões significativas referentes à relação da endometriose e da dor.[25] O surgimento de nervos dentro de implantes de endometriose e a sensibilização central podem ser importantes fatores no desenvolvimento e manutenção da dor em alguns pacientes.[26]

Pacientes com endometriose não operável podem ser candidatos à menopausa clinicamente induzida. Sem induzir a menopausa (seja clínica ou cirurgicamente), a recorrência da endometriose é esperada, resultando em laparoscopias repetidas. Devido à elevação nas complicações após cada cirurgia subsequente, essa abordagem deve ser evitada, se possível. Os benefícios do tratamento cirúrgico em comparação ao clínico não foram demonstrados de maneira conclusiva; uma abordagem individualizada com base no aconselhamento cuidadoso da paciente e no manejo de expectativas pode fornecer os melhores resultados.[27]

Se não houver mais pretensão de nova gestação, a histerectomia pode ser muito eficaz no combate da dor de base ginecológica,[28] mas até 20% das pacientes poderão voltar para realizar uma ooforectomia posteriormente. Para erradicar a endometriose de maneira completa, uma ooforectomia concomitante também pode ser necessária. Avaliação cuidadosa para outras causas da dor pélvica crônica é necessária para se oferecer os desfechos cirúrgicos ideais.

## Cistite intersticial

Muitas pacientes com cistite intersticial (também denominada de síndrome da bexiga dolorosa) podem descobrir fatores dietéticos desencadeantes da dor, que podem incluir cafeína, alimentos ácidos, comidas picantes e uma ampla variedade de outros itens alimentares. Algumas pacientes conseguem alívio significativo através da modificação cuidadosa de hábitos alimentares. Essa abordagem, embora exija vigilância da parte da paciente, deve ser a terapia de primeira linha para todas as pacientes com suspeita de cistite intersticial.[29] [30] Manter um diário alimentar pode ajudar a identificar os possíveis fatores alimentares desencadeantes.

O tratamento clínico inclui medicamentos - como a pentosana - para proteger o revestimento da bexiga. A pentosana é eficaz somente em cerca de 50% das pacientes, após 6 meses de tratamento.[31] A pentosana está relacionada à heparina e, portanto, deve ser evitada em pacientes que tomam anticoagulantes concomitantes ou naqueles com risco de consequências graves decorrentes de sangramento.

Outras opções clínicas incluem suprimir diretamente as vias centrais de percepção da dor usando amitriptilina ou tentando diminuir a atividade nervosa periférica usando gabapentina.

A terapia de instilação vesical pode ser feita com várias combinações diferentes de medicamentos, administradas 2 ou 3 vezes por semana por 6 semanas. A instilação é então repetida quando necessária. Muitos componentes individuais foram experimentados, incluindo lidocaína alcalinizada, heparina, dimetilsulfóxido e outros, usados em várias combinações.[32] A uretra e a vulva são higienizadas usando uma solução antisséptica estéril, e uma seringa urológica de geleia de lidocaína é aplicada na uretra, passando a geleia de lidocaína dentro da bexiga. Um cateter vesical fino e reto é então passado pela uretra para dentro da bexiga e a mistura de instilação é derramada dentro da bexiga. As pacientes são incentivadas a segurar a solução pelo maior tempo possível e indicar a extensão, se houver, do alívio que sentiram com a solução dentro da bexiga. Alguns pacientes podem sentir alívio prolongado, mesmo após a micção, e a mudança nos sintomas ajuda a medir a probabilidade de cistite intersticial. Os riscos em geral são muito baixos, mas incluem infecção do trato urinário, que deve ser descartada antes do início do tratamento.[29]

O alívio dos sintomas da dor vesical no momento da instilação com lidocaína alcalinizada é o diagnóstico de dor de origem vesical, que será uma cistite intersticial se infecções já foram excluídas. Para pacientes que relatam alívio da dor vesical com a instilação (por qualquer período de tempo), a maioria pode contar com alívio de longo prazo com a hidrodistensão.

Para pacientes com cistite intersticial, a hidrodistensão é tanto diagnóstica quanto terapêutica. Há muitos protocolos diferentes que foram sumarizados e revisados.[33] No entanto, nem todas as pacientes responderão à distensão. A cistite intersticial representa uma doença recidivante, e a distensão pode necessitar de repetição com frequência de até a cada 3 meses. A complicação principal específica à distensão é a ruptura da bexiga, que pode ocorrer em até 10% em algumas séries. A otimização do tratamento clínico diminui a necessidade de repetir a hidrodistensão. Outras abordagens cirúrgicas para a cistite intersticial, como a enterocistoplastia, devem ser evitadas.[29]



A implantação de neuroestimulador é usada quando todos os outros esforços para controlar a dor falharam.[34] Vários aparelhos diferentes estão disponíveis, sendo que todos eles se baseiam na colocação de um eletrodo no nervo podendo ou outra raiz nervosa, sob anestesia. Em seguida, um pulso elétrico é tonicamente produzido para suprimir a ação do nervo. A taxa de resposta varia entre 40% e 70%; no entanto, dados que justifiquem o uso de neuroestimulador são limitados.[35]

## Fibromialgia

A fibromialgia e a dor relacionada ao músculo podem ser manejadas com anti-inflamatórios e fisioterapia como terapias de primeira linha.

O tratamento clínico também pode incluir amitriptilina e gabapentina.[36]

A injeção no ponto-gatilho é uma terapia de segunda linha e pode ser feita usando uma variedade de agentes. Inicialmente, a infiltração precisa da área sensível com anestésicos locais (como a lidocaína 1%) pode promover alívio imediato e atuar para o diagnóstico e para fins terapêuticos. A resposta da paciente à injeção no ponto-gatilho pode incluir alívio prolongado, alívio mínimo ou uma exacerbação de curto prazo dos sintomas depois que o efeito do anestésico acaba. Pacientes que não conseguem identificar um ponto-gatilho distinto (ou pontos) provavelmente não obterão benefícios. Uma área de dor reproduzível deve ser discernida antes da injeção. As pacientes devem ser questionadas durante a injeção para garantir que o ponto-gatilho real seja tratado. A falha em aliviar os sintomas indica que o ponto-gatilho não foi encontrado ou que a paciente não tem um ponto-gatilho passível de terapia de injeção. Pacientes cujos pontos-gatilho foram corretamente injetados relatarão alívio imediato dos sintomas, o que deve ser reproduzível pelo examinador. Devido à ação de anestésicos locais, uma sensação de queimação sempre precederá o alívio da dor.

Pode ser necessário repetir as injeções, e elas também podem ser feitas usando toxina botulínica ou punção seca (acupuntura). Alguns pacientes responderão à liberação do ponto-gatilho com massagem ou fisioterapia.[20]

Há controvérsias em relação ao tratamento empírico das pacientes com neurolíticos. Um exame detalhado, que respalde o diagnóstico de dor central, pode ajudar a determinar se esses medicamentos justificam os riscos.

## Síndrome do músculo elevador do ânus (mialgia tensional do assoalho pélvico)

A síndrome do músculo elevador do ânus (mialgia tensional do assoalho pélvico) é tratada de maneira similar à fibromialgia. O manejo inicial inclui AINEs e fisioterapia, geralmente chamada de massagem Thiele. A maioria das pacientes consegue tolerar um certo nível de fisioterapia, especialmente massagens. Frequentemente, a adição da fisioterapia pode melhorar os sintomas em pacientes que aderem ao tratamento.[37] Exercícios de alongamento dos grupos musculares afetados também podem ser benéficos. Exercícios físicos podem exacerbar os sintomas originados em músculos.

Injeções no ponto-gatilho têm demonstrado benefícios, embora algumas pacientes recusem essa abordagem.[20]

## Vulvodinia

O uso de um anestésico tópico aplicado à área afetada, antes da relação, pode controlar a vulvodinia e permitir uma relação sexual confortável.[38] O uso de lidocaína em longo prazo falhou em fornecer resposta significativa além do placebo.[39]

A amitriptilina ou a gabapentina podem ser usadas como adjuvante de maneira similar à fibromialgia.[40]

Se a abordagem de primeira linha falhar, a excisão cuidadosa da área dolorida pode ser considerada. A remoção parcial do vestíbulo pode ser considerada em pacientes cuidadosamente selecionados. Tais pacientes devem ter evidência clara de dor provocada, localizada em pequenas áreas do vestíbulo e não terem respondido aos manejos conservadores. Deve haver cautela para evitar estenose vaginal após a excisão.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		( resumo )
<b>cistite intersticial</b>		
	1a	evitar os fatores desencadeantes alimentares ± pentosana
	adjunto	amitriptilina ou gabapentina
	2a	instilação vesical ou hidrodistensão, ou implantação de neuroestimulador
<b>dor ginecológica</b>		
	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + supressão da atividade ovariana cíclica
	mais	paracetamol
	2a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + supressão contínua da atividade ovariana
	adjunto	paracetamol
	3a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + menopausa induzida
	adjunto	paracetamol
	4a	cirurgia
<b>fibromialgia ou síndrome do músculo elevador do ânus</b>		
	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + fisioterapia

Em curso		( resumo )
	adjunto	paracetamol
	adjunto	amitriptilina ou gabapentina oral
	2a	injeção no ponto-gatilho
vulvodinia		
	1a	anestesia local tópica
	adjunto	amitriptilina ou gabapentina
	1a	gabapentina tópica
	2a	excisão

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Em curso

#### cistite intersticial

#### 1a evitar os fatores desencadeantes alimentares ± pentosana

##### Opções primárias

» modificação alimentar

##### Opções secundárias

» polissulfato sódico de pentosana: 100 mg por via oral três vezes ao dia

» Muitas pacientes com cistite intersticial (também denominada de síndrome da bexiga dolorosa) podem descobrir fatores dietéticos desencadeantes da dor, que podem incluir cafeína, alimentos ácidos, comidas picantes e uma ampla variedade de outros itens alimentares. Algumas pacientes conseguem alívio significativo através da modificação cuidadosa de hábitos alimentares. Essa abordagem, embora exija vigilância da parte da paciente, deve ser a terapia de primeira linha para todas as pacientes com suspeita de cistite intersticial.[29] [30] Manter um diário alimentar pode ajudar a identificar os possíveis fatores alimentares desencadeantes.

» O tratamento clínico inclui medicamentos para proteger o revestimento da bexiga. A pentosana é eficaz somente em cerca de 50% das pacientes, após 6 meses de tratamento.[31] A pentosana está relacionada à heparina e, portanto, deve ser evitada em pacientes que tomam anticoagulantes concomitantes ou naqueles com risco de consequências graves decorrentes de sangramento.

» A pentosana também pode ser adicionada após a descoberta de glomerulações ou úlceras de Hunner no momento da hidrodistensão.

#### adjunto amitriptilina ou gabapentina

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

##### Opções primárias

» amitriptilina: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

## Em curso

OU

» **gabapentina**: 300 mg por via oral uma vez ao dia no primeiro dia, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no dia 2, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no dia 3, depois aumentar a dose de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

» Outras opções clínicas incluem suprimir diretamente as vias centrais de percepção da dor usando amitriptilina ou tentando diminuir a atividade nervosa periférica usando gabapentina.

## 2a instilação vesical ou hidrodistensão, ou implantação de neuroestimulador

### Opções primárias

» **instilação da bexiga**

OU

» **cistoscopia com hidrodistensão**

### Opções secundárias

» **implantação de neuroestimulador**

» Se as pacientes não responderem à terapia medicamentosa oral, a instilação vesical e a hidrodistensão poderão ser usadas.

» A terapia de instilação vesical pode ser feita com várias combinações de medicamentos diferentes administradas 2 ou 3 vezes por semana, por 6 semanas.

» A instilação é então repetida quando necessária. Os riscos em geral são muito baixos, mas incluem infecção do trato urinário, que deve ser descartada antes do início do tratamento.[29]

» Há muitos componentes individuais que foram experimentados na cistite intersticial, incluindo lidocaína alcalinizada, heparina, dimetilsulfóxido e outros. Todos podem ser misturados em vários coquetéis. Não há abordagem padrão.

» O alívio dos sintomas da dor vesical no momento da instilação com lidocaína alcalinizada é o diagnóstico de dor de origem vesical, que será uma cistite intersticial se infecções já foram excluídas. Para pacientes que relatam alívio da dor vesical com a instilação (por qualquer período de tempo), a maioria

## Em curso

pode contar com alívio de longo prazo com a hidrodistensão.

» Para pacientes com cistite intersticial, a hidrodistensão é terapêutica e diagnóstica. Há muitos protocolos diferentes que foram resumidos e revisados.[33]

» Nem todas as pacientes responderão à distensão. A cistite intersticial representa uma doença recidivante, e a distensão pode necessitar de repetição com frequência a cada 3 meses.

» A complicação principal específica à distensão é a ruptura da bexiga, que pode ocorrer em até 10% em algumas séries. A cistite intersticial é uma doença recidivante em muitos casos. Portanto, as pacientes devem esperar tratamentos múltiplos. A otimização do tratamento clínico diminui a necessidade de repetir a hidrodistensão.

» A implantação de neuroestimulador é usada quando todos os outros esforços para controlar a dor falharam.[34] Vários aparelhos diferentes estão disponíveis, sendo que todos eles se baseiam na colocação de um eletrodo no nervo pudendo ou outra raiz nervosa, sob anestesia. Em seguida, um pulso elétrico é tonicamente produzido para suprimir a ação do nervo. A taxa de resposta varia entre 40% e 70%; no entanto, dados que justifiquem o uso de neuroestimulador são limitados.[35]

## dor ginecológica

### 1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + supressão da atividade ovariana cíclica

#### Opções primárias

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

-ou-

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

-ou-

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) duas a três vezes ao dia quando necessário, máximo de 150 mg/dia

-ou-

» **celecoxibe**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

--E--

## Em curso

» **contraceptivo oral (cíclico)**: consulte a bula do produto para obter orientação quanto à posologia

» Para dor ginecológica causada por endometriose, adenomiose ou dismenorrea ou de etiologia desconhecida, o manejo começa com medicamentos AINEs tipicamente combinados com alguma forma de supressão da ovulação.[22]

» A administração contínua (não "quando necessária") de AINEs é apropriada e eficaz para pacientes com dor crônica em todos os sistemas de órgãos. Eles agem no nível do órgão-alvo para diminuir as prostaglandinas, inflamação e nocicepção.

» A maioria dos AINEs é bem tolerada, e todos têm um nível muito similar de eficácia em doses equivalentes.

» Precauções de contracepção oral padrão se aplicam: isto é, a gestação deve ser descartada, e a terapia deve ser evitada em fumantes acima de 35 anos e nas pacientes com câncer sensível a estrogênio ou trombofilia. Recomenda-se que os regimes medicamentosos não sejam trocados com frequência menor que 3 meses, pois a maioria dos efeitos colaterais diminuirá durante esse período.

» As alternativas à supressão cíclica com hormônios orais, transdérmicos, vaginais[41] ou injetados incluem dispositivos intrauterinos que liberam levonorgestrel.

## mais paracetamol

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Os anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser usados isoladamente com a expectativa de se controlar a dor, mas sim combinados com paracetamol conforme necessário.

## 2a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + supressão contínua da atividade ovariana

### Opções primárias



## Em curso

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

**-ou-**

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

**-ou-**

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) duas a três vezes ao dia quando necessário, máximo de 150 mg/dia

**-ou-**

» **celecoxibe**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

**--E--**

» **contraceptivo oral (contínuo)**: consulte a bula do produto para obter orientação quanto à posologia

**-ou-**

» **medroxiprogesterona**: 150 mg por via intramuscular a cada 3 meses; 104 mg por via subcutânea a cada 3 meses

**-ou-**

» **dispositivo intrauterino de levonorgestrel**: inserir no útero e repor a cada 3-5 anos conforme necessário

» Se o tratamento da supressão da atividade ovariana cíclica falhar, pode ser realizada uma tentativa de ensaio com medicamentos AINEs com supressão contínua da atividade ovariana (com o objetivo de eliminar a menstruação de forma geral).

» Precauções de contracepção oral padrão se aplicam: isto é, a gestação deve ser descartada, e a terapia deve ser evitada em fumantes acima de 35 anos e nas pacientes com câncer sensível a estrogênio ou trombofilia. Recomenda-se que os regimes medicamentosos não sejam trocados com frequência menor que 3 meses, pois a maioria dos efeitos colaterais diminuirá durante esse período.

» A gestação deve ser descartada e deve ser escolhida uma data apropriada para o início da supressão da atividade ovariana. A medroxiprogesterona fornece uma opção injetável de tratamento. Os dispositivos que liberam levonorgestrel proporcionam a supressão menstrual por meio da liberação localizada de uma progesterona para o útero. Eles duram de 3 a 5 anos, dependendo da marca; dispositivos pequenos são mais adequados a nuligestas.

## Em curso

» A administração contínua (não "quando necessária") de AINEs é apropriada e eficaz para pacientes com dor crônica em todos os sistemas de órgãos. Eles agem no nível do órgão-alvo para diminuir as prostaglandinas, inflamação e nocicepção. A maioria dos AINEs é bem tolerada, e todos têm um nível muito similar de eficácia em doses equivalentes.

**adjunto paracetamol**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Os anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser usados isoladamente com a expectativa de se controlar a dor, mas sim combinados com paracetamol conforme necessário.

**3a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + menopausa induzida****Opções primárias**

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

**-ou-**

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

**-ou-**

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) duas a três vezes ao dia quando necessário, máximo de 150 mg/dia

**-ou-**

» **celecoxibe**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

**--E--**

» **leuprorrelina**: 3.75 mg por via intramuscular uma vez ao mês; ou 11.25 mg a cada 3 meses

Administrada em combinação com terapia de reposição hormonal com estrogênio.

» Em pacientes que não responderam ao tratamento cíclico ou contínuo para a supressão da atividade ovariana, a indução à menopausa com antagonistas das gonadotrofinas (que podem incluir tratamento de reposição de estrogênio) é a opção final de tratamento clínico. Vários medicamentos e vias estão disponíveis.

## Em curso

Por conveniência e para melhorar a adesão terapêutica, alguns podem ser administrados a cada 3 meses.

» Dois medicamentos injetáveis provaram ser benéficos: medroxiprogesterona e leuprorrelina. Para sintomas da menopausa induzida, pode ser necessária terapia "add-back" com estrogênio, mas isso não diminui a eficácia dos tratamentos.

» A administração contínua (não "quando necessária") de AINEs é apropriada e eficaz para pacientes com dor crônica em todos os sistemas de órgãos. Eles agem no nível do órgão-alvo para diminuir as prostaglandinas, inflamação e nocicepção. A maioria dos AINEs é bem tolerada, e todos têm um nível muito similar de eficácia em doses equivalentes.

**adjunto paracetamol**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Os anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser usados isoladamente com a expectativa de se controlar a dor, mas sim combinados com paracetamol conforme necessário.

**4a cirurgia**

» Se um paciente não respondeu a nenhuma tentativa de tratamento clínico, opções cirúrgicas poderão então ser consideradas. A laparoscopia pode atuar para o diagnóstico e fins terapêuticos. Mesmo sem patologia visível, a laparoscopia pode fornecer alívio dos sintomas para alguns pacientes. A endometriose que é visível na laparoscopia tipicamente está invadindo de maneira profunda a estrutura subjacente e precisará ser removida e não fulgurada para que forneça a resposta ideal.

» Se não houver pretensão de nova gestação, a histerectomia pode ser muito eficaz no combate da dor com base ginecológica. Uma tentativa de terapia medicamentosa é obrigatória antes de se submeter a paciente aos riscos de uma cirurgia.

» Frequentemente, a histerectomia por si só é eficaz, mas até 20% das pacientes poderão voltar para realizar uma ooforectomia mais

## Em curso

tarde.[28] Para erradicar a endometriose de maneira completa, uma ooforectomia concomitante também pode ser necessária.

» Isso resultará na perda absoluta da capacidade de gestação e resultará em menopausa cirúrgica, o que pode ser mal tolerado por mulheres mais jovens. A terapia de reposição de hormônio estrogênio será necessária, com seus riscos concomitantes de trombose e câncer. Para todas as pacientes com endometriose, a ooforectomia representa o manejo definitivo.

**fibromialgia ou síndrome do músculo elevador do ânus**
**1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + fisioterapia**
**Opções primárias**

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

**-ou-**

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

**-ou-**

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) duas a três vezes ao dia quando necessário, máximo de 150 mg/dia

**-ou-**

» **celecoxibe**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

**--E--**

» **fisioterapia**

» A fibromialgia e a dor relacionada ao músculo, como a síndrome do músculo elevador do ânus (mialgia tensional do assoalho pélvico), podem ser manejadas com AINEs e fisioterapia como terapias de primeira linha. A maioria das pacientes consegue tolerar um certo nível de fisioterapia, especialmente massagens. Frequentemente, a adição da fisioterapia pode melhorar os sintomas em pacientes que aderem ao tratamento.[37] Exercícios de alongamento dos grupos musculares afetados também podem ser benéficos. Exercícios físicos podem exacerbar os sintomas originados em músculos.

» A administração contínua (não "quando necessária") de AINEs é apropriada e eficaz para pacientes com dor crônica em todos os sistemas de órgãos. Eles agem no nível do órgão-alvo para diminuir as prostaglandinas,

## Em curso

inflamação e nocicepção. A maioria dos AINEs é bem tolerada, e todos têm um nível muito similar de eficácia em doses equivalentes.

**adjunto paracetamol**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Os anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser usados isoladamente com a expectativa de se controlar a dor, mas sim combinados com paracetamol conforme necessário.

**adjunto amitriptilina ou gabapentina oral**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

**OU**

» **gabapentina**: 300 mg por via oral uma vez ao dia no primeiro dia, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no dia 2, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no dia 3, depois aumentar a dose de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

» Outras opções clínicas incluem suprimir diretamente as vias centrais de percepção da dor usando amitriptilina ou tentando diminuir a atividade nervosa periférica usando gabapentina.

**2a injeção no ponto-gatilho**

» Se o paciente não responder aos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e à fisioterapia, uma opção de segunda linha é a injeção nos pontos-gatilho.

» A injeção no ponto-gatilho pode ser feita usando uma variedade de agentes. Inicialmente, a infiltração precisa da área sensível com anestésicos locais (como a lidocaína 1%) pode promover alívio imediato e atuar para o diagnóstico e para fins terapêuticos.

## Em curso

- » A resposta da paciente à injeção no ponto-gatilho pode incluir alívio prolongado, alívio mínimo ou uma exacerbação de curto prazo dos sintomas depois que o efeito do anestésico acaba.
- » 10 mL de bupivacaína a 0.5% com adrenalina 1:200,000 seriam apropriados para o controle da dor em prazos mais longos.
- » Pode ser necessário repetir a injeção, e ela também pode ser feita usando toxina botulínica ou punção seca.

## vulvodinia

1a **anestesia local tópica**

- » O uso de um anestésico tópico aplicado à área afetada, antes da relação, pode controlar a vulvodinia e permitir uma relação sexual confortável.[38]
- » Outra abordagem é aplicar geleia de lidocaína no vestíbulo todas as noites por várias semanas seguidas na tentativa de induzir a remissão.

adjunto **amitriptilina ou gabapentina**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

- » **amitriptilina:** 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

**OU**

- » **gabapentina:** 300 mg por via oral uma vez ao dia no primeiro dia, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no dia 2, seguidos por 300 mg 3 vezes ao dia no dia 3, depois aumentar a dose de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

- » A amitriptilina ou a gabapentina podem ser usadas como adjuvante de maneira similar à fibromialgia.

1a **gabapentina tópica****Opções primárias**

- » **gabapentina tópica:** (gel a 5%) aplicar na vulva duas vezes ao dia

- » A gabapentina tópica não está rotineiramente disponível, mas é eficaz.[42] Essa formulação requer preparação feita por um farmacêutico.

## Em curso

## 2a

## excisão

- » Se a abordagem de primeira linha falhar, a excisão cuidadosa da área dolorida pode ser considerada.
- » A remoção parcial do vestíbulo pode ser considerada em pacientes cuidadosamente selecionados. Tais pacientes devem ter evidência clara de dor provocada, localizada em pequenas áreas do vestíbulo e não terem respondido aos manejos conservadores. Deve haver cautela para evitar estenose vaginal após a excisão.



## Novidades

### Meditação

Dependendo da motivação da paciente e da habilidade de meditação, reduções significativas da dor podem ser alcançadas.[43] A meditação (de qualquer forma, incluindo ioga, tai chi chuan ou meditação transcendental) ativa o córtex pré-frontal e induz a redução da atividade das estruturas límbicas, especialmente a parte anterior do giro do cíngulo.[44] [45]

### Exercícios aeróbicos

O exercício aeróbico vigoroso e prolongado (45 minutos ou mais) induz a produção de endorfinas cerebrais, que diminuem os sinais de dor ascendente. Pode ser muito eficaz contra a dor crônica.[46]

### Imagens de referência focada

Esta é uma versão experimental da meditação que é realizada em um ímã de ressonância nuclear magnética (RNM). Usando sequências funcionais de RNM (RMf), a atividade do córtex cingulado anterior é determinada e uma imagem análoga proporcional de uma fogueira é produzida. A imagem é, então, mostrada à paciente na RNM através de óculos especiais de vídeo, e ela tenta reduzir o tamanho da fogueira, tudo enquanto a RMf continua a calcular a atividade do córtex cingulado anterior. Esse processo se baseia no córtex pré-frontal para controlar diretamente o cingulado anterior. As pacientes precisam de treinamento extensivo para realizar essa tarefa, e de acesso a um equipamento específico de RNM. Os resultados preliminares foram encorajadores, mas a maioria embasa o uso de medicamentos para o controle da dor.[47]

### Ondansetrona

Um pequeno estudo controlado por placebo demonstrou alívio significativo com a administração intravenosa para pacientes com dor crônica. Isso é postulado para funcionar através da modulação dos receptores límbicos de serotonina.[48]

## Recomendações

### Monitoramento

Muitas pacientes com diagnósticos associados à dor pélvica crônica precisarão de acompanhamento frequente e devem esperar tratamento clínico por toda a vida. O intervalo para monitoramento geralmente é escolhido pela paciente ou quando uma exacerbação da dor ocorrer.

### Instruções ao paciente

São baseadas no diagnóstico subjacente e no estágio de tratamento da paciente. Para todas as pacientes, exercício, meditação e imagens de referência (pensamentos direcionados que conduzem ao estado de relaxamento) podem fornecer benefícios com poucos riscos. Quando há diagnósticos múltiplos, um diário sobre a dor pode ajudar o médico a determinar momentos do dia ou estressores que podem estar relacionados à dor. Da mesma forma, um diário alimentar frequentemente pode auxiliar nos diagnósticos de cistite intersticial ou síndrome do intestino irritável. Ambas as condições podem ter fatores alimentares desencadeantes que podem ser evitados.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>complicações cirúrgicas</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>É possível haver uma ampla variedade de complicações, e a maioria se apresenta no período agudo.</p> <p>Geralmente, as complicações cirúrgicas são manejadas cirurgicamente. Circunstâncias individuais ditarão as opções adequadas.</p>		
<b>comportamento de dependência de drogas</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Alguns pacientes com dependência de narcóticos apresentam dor crônica como uma maneira de garantir seu suprimento de medicamentos.</p> <p>Pacientes com comportamento principalmente de dependência de drogas muitas vezes demonstram dor global em todas as áreas e recusam quaisquer opções de manejo que não incluam narcóticos. A insistência no manejo não narcótico de primeira linha deterá esses pacientes.</p>		
<b>falha do manejo da dor</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
<p>A falha em manejar a dor crônica é a complicação mais comum e a mais difícil de manejar. Mesmo com uma avaliação clínica e um manejo ideais, alguns pacientes ainda apresentarão dor criptogênica intratável.</p> <p>Aconselhamento de suporte e incentivo a mudanças de estilo de vida, como prática de exercícios e meditação, podem permitir um diagnóstico mais preciso de quando a dor pode ser pelo menos controlada de alguma forma. Para esses pacientes, é importante evitar intervenções mutiladoras.</p>		

## Prognóstico

Muitas condições na dor pélvica crônica são controláveis, mas não curáveis. A maioria tem um ciclo remittente-recorrente e pode necessitar de tratamento por toda a vida.

Algumas condições ginecológicas como miomas, adenomiose ou endometriose podem ser manejadas de maneira definitiva com cirurgia removedora. Isso não é uma opção para outras condições associadas, como cistite intersticial, síndrome do intestino irritável e fibromialgia. Frequentemente, essas doenças seguem um ciclo remittente-recorrente, com resposta variável a qualquer momento e a qualquer tratamento específico. Geralmente, o estresse advindo de eventos da vida precipitará uma exacerbação dos sintomas.

As pacientes ainda poderão ter dor após a cirurgia definitiva devido a outros geradores de dor não diagnosticados. Alguns pacientes têm o cérebro predisposto à percepção da dor, e quando todos os geradores de dor estão manejados de maneira ideal, eles podem apresentar uma nova dor em uma área diferente, como a lombar ou a perna.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Guidelines on chronic pelvic pain

**Publicado por:** European Association of Urology

**Última publicação em:**  
2017

#### ESHRE guideline on the management of women with endometriosis

**Publicado por:** European Society of Human Reproduction and Embryology

**Última publicação em:**  
2013

### América do Norte

#### ACR-SPR-SSR practice parameter for the performance and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI) of the hip and pelvis for musculoskeletal disorders

**Publicado por:** American College of Radiology; Society for Pediatric Radiology; Society of Skeletal Radiology

**Última publicação em:**  
2016

#### Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome

**Publicado por:** American Urological Association

**Última publicação em:**  
2014

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### United Kingdom national guideline for the management of pelvic inflammatory disease

**Publicado por:** British Association for Sexual Health and HIV

**Última publicação em:**  
2018

#### Guidelines on chronic pelvic pain

**Publicado por:** European Association of Urology

**Última publicação em:**  
2017

#### ESHRE guideline on the management of women with endometriosis

**Publicado por:** European Society of Human Reproduction and Embryology

**Última publicação em:**  
2013

#### Sexually transmitted infections in primary care (2nd ed.)

**Publicado por:** Royal College of General Practitioners; British Association for Sexual Health and HIV

**Última publicação em:**  
2013

## Europa

### The initial management of chronic pelvic pain

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicação em:**  
2012

### Laparoscopic uterine nerve ablation (LUNA) for chronic pelvic pain

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2007

### Laparoscopic techniques for hysterectomy

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2007

## América do Norte

### Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015: clinical prevention guidance

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2015

### Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015: pelvic inflammatory disease

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2015

### Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome

**Publicado por:** American Urological Association

**Última publicação em:**  
2014

### Management of endometriosis

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicação em:**  
2010 (re-affirmed 2017)

## Recursos online

---

1. [International Pelvic Pain Society: history and physical form](#) (*external link*)
-

## Artigos principais

- Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, et al; European Association of Urology. Guidelines on chronic pelvic pain. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2010 Jul;116(1):223-36.
- Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS, et al. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv*. 2012 Jul;67(7):417-25.
- Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, et al; American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol*. 2015 May;193(5):1545-53.

## Referências

- ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2004 Mar;103(3):589-605.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1990 Feb;33(2):160-72.
- Turini D, Beneforti P, Spinelli M, et al. Heat/burning sensation induced by topical application of capsaicin on perineal cutaneous area: new approach in diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? *Urology*. 2006 May;67(5):910-3.
- Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996 Mar;87(3):321-7.
- Fenton BW. Limbic associated pelvic pain: a hypothesis to explain the diagnostic relationships and features of patients with chronic pelvic pain. *Med Hypotheses*. 2007;69(2):282-6.
- Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, et al. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1999 Nov;6(4):429-34.
- Won HR, Abbott J. Optimal management of chronic cyclical pelvic pain: an evidence-based and pragmatic approach. *Int J Womens Health*. 2010 Aug 20;2:263-77. [Texto completo](#)
- Kissler S, Hamscho N, Zangos S, et al. Uterotubal transport disorder in adenomyosis and endometriosis--a cause for infertility. *BJOG*. 2006 Aug;113(8):902-8. [Texto completo](#)
- Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Sep;205(3):199.e1-5.



10. Butrick CW. Interstitial cystitis and chronic pelvic pain: new insights in neuropathology, diagnosis, and treatment. *Clin Obstet Gynecol*. 2003 Dec;46(4):811-23.
11. Kirsch R, Riddell RH. Histopathological alterations in irritable bowel syndrome. *Mod Pathol*. 2006 Dec;19(12):1638-45.
12. Pukall CF, Strigo IA, Binik YM, et al. Neural correlates of painful genital touch in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain*. 2005 May;115(1-2):118-27.
13. Champaneria R, Shah L, Moss J, et al. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. *Health Technol Assess*. 2016 Jan;20(5):1-108. [Texto completo](#)
14. Poleshuck EL, Dworkin RH, Howard FM, et al. Contributions of physical and sexual abuse to women's experiences with chronic pelvic pain. *J Reprod Med*. 2005 Feb;50(2):91-100.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 498: adult manifestations of childhood sexual abuse. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug;118(2 Pt 1):392-5.
16. Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006 Apr 1;332(7544):749-55. [Texto completo](#)
17. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2003 Mar;101(3):594-611.
18. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, et al; European Association of Urology. Guidelines on chronic pelvic pain. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
19. Fletcher SG, Zimmern PE. Differential diagnosis of chronic pelvic pain in women: the urologist's approach. *Nat Rev Urol*. 2009 Oct;6(10):557-62.
20. Rawicki B, Sheean G, Fung VS, et al; Cerebral Palsy Institute. Botulinum toxin assessment, intervention and aftercare for paediatric and adult niche indications including pain: international consensus statement. *Eur J Neurol*. 2010 Aug;17(suppl 2):122-34.
21. Butrick CW. Pelvic floor hypertonic disorders: identification and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009 Sep;36(3):707-22.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2010 Jul;116(1):223-36.
23. Bayoglu Tekin Y, Dilbaz B, Altinbas SK, et al. Postoperative medical treatment of chronic pelvic pain related to severe endometriosis: levonorgestrel-releasing intrauterine system versus gonadotropin-releasing hormone analogue. *Fertil Steril*. 2011 Feb;95(2):492-6.
24. Coccia ME, Rizzello F, Palagiano A, et al. Long-term follow-up after laparoscopic treatment for endometriosis: multivariate analysis of predictive factors for recurrence of endometriotic lesions and pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Jul;157(1):78-83.

25. Hsu AL, Sinaii N, Segars J, et al. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug;118(2 Pt 1):223-30. [Texto completo](#)
26. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2011 May-Jun;17(3):327-46. [Texto completo](#)
27. Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS, et al. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv*. 2012 Jul;67(7):417-25.
28. Lamvu G. Role of hysterectomy in the treatment of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2011 May;117(5):1175-8.
29. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, et al; American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol*. 2015 May;193(5):1545-53.
30. Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A, et al. Dietary therapy: a new strategy for management of chronic pelvic pain. *Nutr Res Rev*. 2011 Jun;24(1):31-8.
31. Nickel JC, Barkin J, Forrest J, et al. Randomized, double-blind, dose-ranging study of pentosan polysulfate sodium for interstitial cystitis. *Urology*. 2005 Apr;65(4):654-8.
32. Theoharides TC, Whitmore K, Stanford E, et al. Interstitial cystitis: bladder pain and beyond. *Expert Opin Pharmacother*. 2008 Dec;9(17):2979-94.
33. Turner KJ, Stewart LH. How do you stretch a bladder? A survey of UK practice, a literature review, and a recommendation of a standard approach. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(1):74-6.
34. Fariello JY, Whitmore K. Sacral neuromodulation stimulation for IC/PBS, chronic pelvic pain, and sexual dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010 Dec;21(12):1553-8.
35. Marcelissen T, Jacobs R, van Kerrebroeck P, et al. Sacral neuromodulation as a treatment for chronic pelvic pain. *J Urol*. 2011 Aug;186(2):387-93.
36. Horne AW, Vincent K, Clegg R, et al. Is gabapentin effective for women with unexplained chronic pelvic pain? *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j3520.
37. Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, et al. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*. 2008 Feb;62(2):263-9.
38. Andrews JC. Vulvodynia interventions: systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv*. 2011 May;66(5):299-315.
39. Foster DC, Kotok MB, Huang LS, et al. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010 Sep;116(3):583-93.
40. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis*. 2005 Jan;9(1):40-51.

41. Priya K, Rajaram S, Goel N. Comparison of combined hormonal vaginal ring and low dose combined oral hormonal pill for the treatment of idiopathic chronic pelvic pain: a randomised trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Dec;207:141-6.
42. Boardman LA, Cooper AS, Blais LR, Raker CA. Topical gabapentin in the treatment of localized and generalized vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2008 Sep;112(3):579-85.
43. Champaneria R, Daniels JP, Raza A, et al. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Mar;91(3):281-6.
44. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008 Feb;134(3):310-9.
45. Fox SD, Flynn E, Allen RH. Mindfulness meditation for women with chronic pelvic pain: a pilot study. *J Reprod Med.* 2011 Mar-Apr;56(3-4):158-62.
46. Cote JN, Hoeger Bement MK. Update on the relation between pain and movement: consequences for clinical practice. *Clin J Pain.* 2010 Nov-Dec;26(9):754-62.
47. Berna C, Vincent K, Moore J, et al. Presence of mental imagery associated with chronic pelvic pain: a pilot study. *Pain Med.* 2011 Jul;12(7):1086-93. [Texto completo](#)
48. McCleane GJ, Suzuki R, Dickenson AH. Does a single intravenous injection of the 5HT3 receptor antagonist ondansetron have an analgesic effect in neuropathic pain? A double-blinded, placebo-controlled cross-over study. *Anesth Analg.* 2003 Nov;97(5):1474-8.

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Bradford W. Fenton, MD, PhD**

Consultant

Obstetrics and Gynecology, Independence Park Medical Services, Anchorage, AK

DIVULGAÇÕES: BWF has served as a consultant for Advance Medical and a Guidepoint Global Board Member for the International Pelvic Pain Society.

### // Reconhecimentos:

Dr Bradford W. Fenton would like to gratefully acknowledge the assistance of Dr Jennifer J. Schmitt in producing this topic. JJS declares that she has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Howard Sharp, MD**

Associate Professor and Chief

General Division of Obstetrics and Gynecology, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, UT

DIVULGAÇÕES: HS has been reimbursed for attending and participating in conferences on pelvic varicosity pain syndrome by Cook Inc.

---

**Chris Spencer, MD**

Consultant Obstetrics

Obstetrics and Gynaecology, Middlesex Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: CS declares that he has no competing interests.

---

**Dan Selo-Ojeme, MBA, FWACS, FMCOG, MRCOG**

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Barnet and Chase Farm Hospitals NHS Trust, Urogynaecology Services, Chase Farm Hospital, Enfield, UK

DIVULGAÇÕES: DS-O declares that he has no competing interests.