

BMJ Best Practice

Cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	13
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	17
Critérios de diagnóstico	18
Tratamento	20
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	25
Opções de tratamento	27
Novidades	40
Acompanhamento	41
Recomendações	41
Prognóstico	42
Diretrizes	43
Diretrizes de diagnóstico	43
Diretrizes de tratamento	43
Recursos online	44
Referências	45
Imagens	51
Aviso legal	56

Resumo

- ◇ Síndrome clínica crônica, frequentemente debilitante, de polaciúria, urgência miccional e dor pélvica. Os sintomas variam de acordo com o enchimento da bexiga.
- ◇ Tipificada por períodos de remissão e exacerbações.
- ◇ O diagnóstico é feito por exclusão, e os médicos devem considerar cuidadosamente como candidatos todos os pacientes com dor pélvica crônica.
- ◇ Associada a várias outras comorbidades, incluindo síndrome do intestino irritável e lúpus eritematoso sistêmico.
- ◇ A abordagem do tratamento é direcionada ao alívio dos sintomas e ao controle da dor, com opções minimamente invasivas experimentadas antes de se avançar para terapias mais complexas e invasivas.
- ◇ Em média, os pacientes apresentam sintomas por 5 anos antes do diagnóstico.

Definição

A cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD) é uma síndrome clínica crônica, frequentemente debilitante, de polaciúria, urgência miccional e dor pélvica. A doença é tipificada por exacerbações, remissões e gravidade variável dos sintomas, embora a maioria dos pacientes os apresente por vários meses ou anos. A dor geralmente varia de acordo com o enchimento da bexiga, e pode ser relatada na região suprapúbica, uretra ou pelve.[1] [2] O desconforto resultante pode variar desde sensibilidade abdominal suprapúbica a dor intensa do assoalho pélvico e dispareunia. Essa terminologia centrada no órgão coloca a CI/SBD dentro do escopo global de síndromes da dor pélvica crônica (SDPC), que também inclui síndromes de dor prostática, ginecológica e intestinal.[3] Geralmente, os pacientes são tratados para cistite bacteriana recorrente apesar das culturas negativas. CI/SBD é um diagnóstico feito por exclusão, por isso deve-se primeiramente excluir outros processos patológicos comuns antes que se possa iniciar um tratamento efetivo. Este tópico trata basicamente da doença em mulheres, já que os sintomas semelhantes em homens geralmente são rotulados de prostatite crônica/síndrome da dor pélvica crônica (PC/SDPC). Esta dicotomia é um pouco arbitrária porque, na ausência de infecção, o tratamento é semelhante ao da prostatite crônica tipo III. A exceção seria o achado de úlceras de Hunner na bexiga, caso em que a CI/SBD é um diagnóstico mais apropriado.[4] Outros termos e definições para a afecção têm sido usados ao longo dos anos, e ainda não se chegou a um consenso sobre isso.[5]

Epidemiologia

A incidência relatada nos EUA é de 2.6 casos em cada 100,000 mulheres por ano.[8] Os dados de prevalência são conflitantes e dependem do país de origem e dos critérios usados para o diagnóstico. Nos EUA, acredita-se que a prevalência seja de 60 a 70 casos a cada 100,000 mulheres,[8] afetando aproximadamente 1 milhão de mulheres e homens nos EUA e na Europa.[9] Relatos da Europa indicam uma prevalência de 18 casos a cada 100,000 mulheres, e apenas 3 a 4 casos a cada 100,000 mulheres no nordeste da Ásia.[8] As disparidades são influenciadas pelas diferenças nos critérios de diagnóstico baseados no diagnóstico patológico.

Uma revisão de programas de gerenciamento de cuidados de saúde afirma uma razão de 5:1 de mulheres/homem.[10] A faixa etária com maior prevalência é dos 40 aos 60 anos de idade.[10] Acredita-se que os sintomas sejam significativamente mais comuns em mulheres, em pessoas de meia idade (idade média de apresentação entre 45 e 50 anos de idade), e em grupos com situação socioeconômica inferior. Pacientes brancos representam 94%, e a doença parece ser ligeiramente mais comum em mulheres judias.[11] [12]

Etiologia

Várias etiologias foram postuladas, mais ainda assim nenhuma explica de maneira definitiva a diversidade das apresentações, evoluções clínicas ou resposta a terapias. É mais provável que a doença seja um processo de doença multifatorial, com um ou mais dos seguintes fatores causadores presentes:

- Doença autoimune
- Criação de substâncias tóxicas na urina, seguida por deficiência da camada de glicosaminoglicanos, que permite que essas substâncias tóxicas permeiem os tecidos da submucosa da bexiga
- Hipersensibilidade a inflamações da bexiga
- Disfunção do músculo do assoalho pélvico
- Infecção que resiste à identificação imediata ou cura.

- Up-regulation de sinais pélvicos de fibras C aferentes, desencadeando sensibilização central e sinalização de reflexo sacral. Isso causa disfunção do assoalho pélvico, hipersensibilidade ao estímulo normal e resistência a terapias locais e regionais.

Fisiopatologia

A fisiopatologia é pouco compreendida. As teorias dominantes incluem up-regulation dos fatores de crescimento dos nervos que causam estimulação crônica da sensação de dor aferente. Por mecanismos de feedback e do reflexo sacral pouco compreendidos, o resultado é a disfunção do assoalho pélvico, pontos-gatilhos miofasciais e dor. A forma ulcerativa da doença não possui uma teoria unificadora sobre as alterações inflamatórias e fibróticas observadas. O tratamento tem sido associado à normalização de algumas citocinas urinárias, sugerindo uma resposta parácrina a alguma disfunção neurológica ou endotelial subjacente.

Classificação

Classificação do International Consultation on Incontinence[6]

Síndrome da bexiga dolorosa (SBD)

- Uma sensação desagradável (dor, pressão, desconforto) percebida como estando relacionada à bexiga urinária, associada com sintomas do trato urinário inferior de duração superior a 6 semanas, na ausência de infecção ou outras causas identificáveis.

Cistite intersticial (CI)

- Os pacientes manifestam os mesmos sintomas observados na SBD, mas com concomitância de achados cistoscópicos devido a alterações inflamatórias na bexiga.

Classificação clínica da cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (critérios da European Society for the Study of Interstitial Cystitis [ESSIC])[4]

A CI pode ser dividida em subgrupos, com base em achados intraoperatórios na cistoscopia com distensão vesical.[4]

Não ulcerativa

- Esse tipo é um exemplo perfeito dos mesmos sintomas clínicos da forma clássica, mas os achados cistoscópicos da forma clássica estão ausentes. (Tipo 1 segundo a ESSIC.) Entretanto, após a superdistensão, muitos desses pacientes apresentam glomerulações (lesões distintas, muito pequenas, com aspecto de framboesas, que surgem como minúsculos rompimentos da mucosa e hemorragias). Ocasionalmente, isso também é observado em pacientes sem sintomas, o que coloca em questão esse achado clínico. (Tipo 2 segundo a ESSIC.)
- Os achados da biópsia vesical são normais ou inespecíficos e geralmente desnecessários. (Tipo A/B segundo a ESSIC.)

Ulcerativa (anteriormente denominada CI clássica)

- As características típicas são 1 ou mais placas ulcerativas envolvidas por congestão da mucosa no ápice/paredes laterais da bexiga. (Tipo 3 segundo a ESSIC.)
- Os achados da biópsia demonstraram que as lesões ulcerativas podem ser transmuralis e estão associadas a alterações inflamatórias acentuadas, tecido de granulação, infiltração dos mastócitos e, em alguns casos, fibrose. (Tipo C segundo a ESSIC.)
- Esse tipo representa <10% dos casos nos EUA e é raro.[7]

Rastreamento

Questionário de dor pélvica e urgência miccional/polaciúria (PUF)

Não há programas de rastreamento. No entanto, questionários simples e validados, como o PUF, podem ser usados pela comunidade médica em geral para identificar pacientes de alto risco.[39]

A escala PUF é um questionário abrangente de sintomas que avalia os pacientes quanto à polaciúria, urgência miccional, dor pélvica e sintomas associados ao sexo (por exemplo, dispareunia).[39] O escore foi validado para rastreamento em uma clínica de urologia.[33] Os índices de rastreamento e uma história detalhada, além de exame físico usado em conjunto com testes diagnósticos, foram efetivos em excluir outras doenças e direcionar o clínico ao diagnóstico de cistite intersticial (CI).

Os escores de sintoma que somam 12 ou mais sugerem CI, e pode ser recomendado um encaminhamento ao urologista, ginecologista ou uroginecologista. Entretanto, os escores altos ainda podem se sobrepor a outras doenças urológicas, como bexiga hiperativa e infecções do trato urinário.

		Pontos					Escore dos sintomas	Escore de incômodo
		0	1	2	3	4		
1.	Quantas vezes você vai ao banheiro durante o dia?	3 – 6	7 – 10	11 – 14	15 – 19	20+	_____	
2. (a)	Quantas vezes você vai ao banheiro à noite?	0	1	2	3	4+	_____	
2. (b)	Se você acordar para ir ao banheiro à noite, isso o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
3.	Você é sexualmente ativo(a) atualmente?							
	Sim _____ Não _____							
4. (a)	Se você for sexualmente ativo(a), você tem ou já teve dor ou sintomas durante ou depois da relação sexual?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
4. (b)	Se você sente dor, isso o(a) faz evitar as relações sexuais?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
5.	Você sente dor associada a sua bexiga ou na pelve (vagina, vulva, abdome inferior, uretra, períneo, testículos ou escroto)?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
6. (a)	Se você sente dor, ela geralmente é...		Leve	Moderada	Intensa			_____
6. (b)	Sua dor o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
7.	Após ir ao banheiro, você ainda sente urgência para urinar?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
8. (a)	Se você tem urgência para urinar, ela geralmente é...		Leve	Moderada	Intensa			_____
8. (b)	Sua urgência para urinar o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
Escore dos sintomas (1, 2a, 4a, 5, 6a, 8a) – Subtotal							_____	
Escore de incômodo (2b, 4b, 6b, 8b) – Subtotal							_____	
Escore dos sintomas (1, 2a, 4a, 5, 6a, 8a) – Subtotal							_____	
Escore total (escore dos sintomas + escore de incômodo)							_____	

Questionário de dor pélvica e urgência miccional/polaciúria (PUF)
Interstitial Cystitis Foundation

Interstitial Cystitis Symptom Index e Problem Index (ICSI-PI)

Além de ser o questionário diagnóstico e o rastreamento padronizado mais comumente utilizado,[40] o ICSI-PI é muito útil para acompanhar o manejo e a resposta ao tratamento do paciente. Apresenta três subescalas compostas de sintomas que monitoram os domínios da dor/desconforto, urgência e frequência

da micção. Uma mudança de 1.2 pontos nos índices de O'Leary-Sant corresponde a uma alteração de categoria na Global Response Assessment.[41] [Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index (ICSI-PI)]

Tais questionários comprovaram seu papel mais significativo no acompanhamento da avaliação dos sintomas dos pacientes, especialmente depois do início da terapia. Eles são um meio eficaz de determinar melhoras objetivas após terapias medicamentosas ou cirúrgicas.

Prevenção secundária

Para ajudar a impedir a exacerbação dos sintomas, os pacientes devem considerar incorporar restrições alimentares (personalizadas para cada paciente) e evitar ou minimizar situações pessoais e profissionais de estresse.

Alimentos	Evitar	Pode tentar
Carne e peixe	Peixe e carne envelhecida, curada, enlatada ou defumada. Carnes/peixe que contêm nitratos ou nitritos.	Frango e carnes/peixe não processados.
Frutas	Maçãs, damascos, abacates, bananas, melões cantaloupe, frutas cítricas, cranberries, uvas, nectarinas, pêssegos, abacaxis, ameixas, romãs, ruibarbo e morangos.	Melões, mirtilos e peras.
Vegetais	Limão, fava ou soja; tofu, cebolas e tomates.	Tomates cultivados em casa e outros vegetais.
Bebidas	Álcool e bebidas gaseificadas, café, chá e sucos de fruta (frutas cítricas e cranberries).	Água sem gás e café/chá descafeinado.
Nozes	Maioria das nozes.	Amêndoas e castanhas de caju.
Carboidratos	Massa com fermentação e pães de centeio.	Outros pães, massas, batatas e arroz.
Temperos	Catchup, maionese, mostarda e molhos picantes; comidas chinesa, indiana, mexicana e tailandesa; molho de soja, vinagre e todos os molhos de salada.	Alho e manjerição.
Conservantes	Glutamato monossódico (GMS), aspartame (NutraSweet), sacarina, álcool benzílico, ácido cítrico e corantes artificiais.	
Outros	Cigarro, cafeína, pílulas para emagrecer, junk food (alimento rico em calorias de baixo valor nutritivo) e medicamentos para alergia ou resfriado com efedrina ou pseudoefedrina, além de drogas recreativas.	

Alimentos e bebidas que os pacientes com cistite intersticial (CI) devem tentar consumir ou devem evitar
Do acervo pessoal de Serge P. Marinkovic, MD

O envolvimento de apoio e aconselhamento psicológicos permite o reconhecimento da cronicidade da doença e cria habilidades de enfrentamento. Doenças psiquiátricas coexistentes (depressão, ansiedade) devem ser tratadas com a identificação de eventos vitais desencadeantes.

Em pacientes com história de abuso emocional, físico e sexual, encaminhamento apropriado ao aconselhamento e tratamentos psicológicos são recomendados.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 33 anos de idade apresenta uma história de necessidade miccional forte e súbita, sem incontinência, desde os 14 anos de idade, com dor pélvica concomitante a partir dos 22 anos. Ela foi avaliada por vários urologistas/ginecologistas e já passou por diversas cistoscopias e laparoscopias. Foi anteriormente diagnosticada com endometriose, menorrágia, cistite bacteriana recorrente e dor pélvica crônica. Todas as culturas de urina foram negativas e as ultrassonografias transvaginais não contribuíram para o diagnóstico. Seu diário miccional de 3 dias apresenta de 18 a 25 micções em 24 horas, sendo 4 a 8 ao deitar. A ingestão de líquidos era razoável com 2 litros por dia.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Como os sinais e sintomas mimetizam aqueles de outros distúrbios urinários, e porque nenhum teste definitivo existe para identificar a doença, os médicos devem excluir outras doenças antes de considerar um diagnóstico.^{[17] [1]}

O diagnóstico depende da existência de um complexo de sintomas, incluindo polaciúria, urgência miccional e dor vesical, sem qualquer outra causa definitiva.^[10] Os médicos devem considerar cuidadosamente todos os pacientes com dor pélvica crônica como possíveis candidatos à cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD).

A cistoscopia é o teste diagnóstico mais importante para avaliar um paciente com hematúria coexistente, já que o carcinoma urotelial pode apresentar sintomatologia semelhante. Urinálise com cultura e microscopia, esfregaço vaginal e exame pélvico completo para avaliar o assoalho pélvico são úteis para descartar outros diagnósticos. Testes mais recentes estão surgindo, mas atualmente estão em fase de pesquisa.

História

A faixa etária de apresentação mais comum é dos 20 aos 60 anos.^[10] Entretanto, casos em pacientes mais novos e mais velhos, assim como casos raros em crianças, foram relatados.^[13] O diagnóstico é 5 vezes mais provável em mulheres que em homens.^[10] Pacientes brancos representam 94%, e a doença parece ser ligeiramente mais comum em mulheres judias.^{[11] [12]} Apesar de não ser considerada tradicionalmente uma doença hereditária, pode haver uma associação genética.^[14] Estudos recentes demonstram que até 68% dos pacientes podem apresentar história de abuso sexual. Além disso, 49% podem ter vivido violência doméstica e 78% podem encontrar evidências de abuso físico em sua casa e família.^{[15] [16]} Todo tratamento deve incluir encaminhamento a um psicólogo e serviços de suporte social. Dor crônica e catastrofização estão associadas a pior qualidade de vida e resposta insatisfatória ao tratamento.

Em geral, os pacientes apresentam polaciúria, urgência miccional, noctúria, disúria e dor na pelve associadas ao enchimento ou esvaziamento da bexiga. O desconforto resultante pode variar desde sensibilidade abdominal suprapúbica a dor intensa do assoalho pélvico. A urgência miccional pode causar incontinência em alguns pacientes. Muitas mulheres se queixam de dor/desconforto durante as relações sexuais, e algumas apresentam agravamento dos sintomas antes das menstruações. Estudos revelam taxas mais altas de vulvodinia, coccigodinia e dor uretral nessas pacientes, que podem sobrepor

os sintomas vesicais.[18] Pacientes do sexo masculino podem se queixar de dor escrotal e/ou anal e prurido uretral. A doença caracteriza-se por exacerbações, remissões e graus variados de intensidade dos sintomas.

Um diário vesical escrito pelo paciente é útil para correlacionar os sintomas à alimentação e a estresse físico ou psicológico, pois esses fatores podem exacerbar os sintomas.[19] Um diário miccional básico deve catalogar o momento e o volume das micções, bem como episódios de incontinência e sensação de urgência miccional/dor. Um paciente com volume miccional máximo apropriado para a idade tem menos probabilidade de ter CI ulcerativa crônica. Alguns pacientes podem apresentar apenas sintomas diurnos. Grupos de apoio e amparo ao paciente publicam recomendações dietéticas, e os pacientes devem ser questionados quanto à relação entre a dieta e os sintomas. [National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK): your daily bladder diary] Os sintomas de dor devem ser medidos subjetiva ou objetivamente com uma escala visual analógica ou escala de sintomas validada. [Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index (ICSI-PI)]

As comorbidades são comuns e incluem fibromialgia, vestibulite vulvar, vulvodinia, lúpus eritematoso sistêmico, enxaqueca, artrite reumatoide, alergias e síndrome da fadiga crônica. Os pacientes também podem apresentar concomitantemente prolapso sintomático ou assintomático dos órgãos pélvicos, neoplasia maligna da bexiga ou infecção do trato urinário. É fundamental que o médico esteja atento a outros diagnósticos contribuintes para evitar o atraso do tratamento para outras doenças.

Exame físico

Um exame pélvico bimanual deve ser realizado. Os principais sinais para o diagnóstico incluem dor na parede vaginal anterior sobreposta à uretra e ao colo vesical; dor púbica intensa quando o corpo da bexiga é examinado; e dor à palpação das paredes laterais da pelve vaginal até os músculos do diafragma pélvico, incluindo o pubococcígeo e o iliococcígeo, nas posições de 150 e 210 graus, superficialmente e no fundo da parte interna da vagina. Esse exame deve servir para distinguir os pacientes com e sem disfunção do assoalho pélvico. Dor intensa persistente pode ser observada com a colocação de um cateter de Foley. É possível que o exame pélvico não possa ser realizado em alguns pacientes devido à dor intensa. Em outros pacientes, o exame pélvico não é digno de nota, o que faz o médico duvidar do diagnóstico. Entretanto, a ausência de disfunção do assoalho pélvico não deve ser motivo para desconsiderar os sintomas, já que a CI ulcerativa com dano na mucosa subjacente pode não envolver a musculatura pélvica. Também se deve observar qualquer prolapso ou deficiência estrutural concomitante. Em geral, o prolapso não provoca sintomas de SBD grave; o examinador deve estar atento a incontinência associada, micção incompleta, disfunção defecatória ou interferência sexual devida a prolapso moderado/grave.

Investigações laboratoriais

Urinálise, culturas de urina e esfregaço vaginal são os primeiros exames laboratoriais solicitados quando o diagnóstico é considerado. Vaginite, infecção fúngica e infecções sexualmente transmissíveis podem mimetizar os sintomas da bexiga e do assoalho pélvico e não devem ser ignoradas. Deve-se investigar a hematúria de acordo com diretrizes padrão, incluindo imagens pélvicas e abdominais transversais e cistoscopia. Nenhum achado na citologia da urina sugere especificamente um diagnóstico e deve ser reservado para pacientes com alta suspeita de carcinoma urotelial.

A urinálise com microscopia e cultura não tem valor diagnóstico por si só, mas é um dos exames de diferenciação mais comumente usados. Geralmente, o resultado é normal nesses pacientes. Uma cultura positiva indica uma etiologia infecciosa. Se houver piúria ou hematúria microscópica, uma avaliação

adicional é justificada para organismos fastidiosos (Ureaplasma, Mycoplasma, bacilos álcool-ácido resistentes).

Cistoscopia

Para pacientes com baixo volume miccional máximo, hematúria ou falta de achados no exame pélvico, a cistoscopia é um teste diagnóstico importante. A confirmação de outra patologia mudaria o tratamento, assim como a confirmação de CI ulcerativa. Embora alguns estudos não demonstrem uma sintomatologia diferente baseada na presença de úlceras,[20] as decisões de tratamento que incluem úlceras podem proporcionar um alívio duradouro para os pacientes.[21]

Geralmente, a cistoscopia é realizada com hidrodistensão sob anestesia regional ou geral. A bexiga é preenchida com 80 cm de água por 2 minutos e pressiona-se levemente a uretra para evitar vazamento. As características típicas da forma ulcerativa são um epitélio vesical eritematoso de forma difusa e 1 ou mais manchas ulcerativas (úlceras de Hunner) envolvidas por congestão da mucosa no ápice/paredes laterais da bexiga. Pode-se detectar doença inflamatória macroscópica (isto é, úlceras de Hunner), descrita como áreas circunscritas e avermelhadas da mucosa, com pequenos vasos irradiando em direção a uma cicatriz central, acompanhados de depósitos de fibrina ou coágulo.[22]

[Fig-1]

A capacidade máxima da bexiga sob anestesia pode ser extremamente limitada (<300 mL) e indica uma bexiga fibrótica em estágio terminal.

A forma de CI não ulcerativa sintetiza os mesmos sintomas clínicos da forma clássica, mas os achados cistoscópicos da forma clássica estão ausentes. Entretanto, após a superdistensão, muitos desses pacientes apresentam glomerulações (lesões distintas, muito pequenas, com aspecto de framboesas, que surgem como minúsculos rompimentos da mucosa e hemorragias).[23]

[Fig-2]

A ausência de glomerulações não descarta o diagnóstico, e muitos pacientes sem sintomas podem apresentar hemorragias após a hidrodistensão. É importante observar que um exame cistoscópico negativo não descarta o diagnóstico. Como os sintomas e a fisiopatologia incluem disfunção do assoalho pélvico e up-regulation da fibra aferente da dor, os hábitos mictórios do paciente devem servir de guia para o tratamento e a resposta a ele, e não a presença de glomerulações.

Biópsia vesical

Esse procedimento não é obrigatório, a não ser que anormalidades macroscópicas da parede da bexiga sejam encontradas na cistoscopia. Ele é usado principalmente para excluir outros diagnósticos no caso de CI ulcerativa. Macroscopicamente, elas são idênticas ao carcinoma in situ.

Teste de sensibilidade de potássio

Um trabalho anterior sobre fenotipagem de pacientes com CI/SBD incluiu a resposta à replicação de estímulos nocivos à dor do paciente. A instilação de cloreto de potássio é altamente irritante e os pesquisadores consideraram que a instilação de uma solução de resgate contendo heparina seria preditiva da resposta ao tratamento. O teste demonstrou ser inespecífico e não deve ser usado na prática.

Investigações experimentais

Ensaio dos genes da proteína de estresse (por exemplo, triptase mastocitária, glicosaminoglicanos e autoanticorpos da proteína de Tamm-Horsfall) são usados principalmente em estudos de pesquisa e não fazem parte do diagnóstico. Eles são recomendados apenas como parte dos protocolos experimentais.

Alguns estudos revelaram a presença do fator antiproliferativo (FAP) na urina dos pacientes com CI/SBD.[24] O FAP inibe o crescimento epitelial da bexiga e contribui de forma significativa para a diminuição dos níveis do fator de crescimento epidérmico ligado à heparina (HB-EGF) e níveis elevados do fator de crescimento epidérmico (EGF). Os pacientes apresentaram atividade FAP, diminuição dos níveis de HB-EGF e níveis EGF elevados.[24] Embora os resultados possam ser promissores, esses ensaios são experimentais e ainda não estão disponíveis comercialmente.

O fator de crescimento neural (NGF) tornou-se recentemente um objeto de pesquisa de primeira escolha. Mostrou-se que ele tem sido suprarregulado na síndrome da bexiga hiperativa (BHA) e cistite intersticial ulcerativa. O tratamento da BHA e CI/SBD resultou em redução do nível do NGF; porém, a natureza inespecífica e a baixa especificidade desse marcador têm impedido o uso mais disseminado de fenotipagem ou resposta ao tratamento.[25]

Fatores de risco

Fortes

idade entre 20 e 60 anos

- A faixa etária de apresentação mais comum é dos 20 aos 60 anos. A média de idade de apresentação é dos 45 aos 50 anos.[10] Entretanto, há raros relatos de apresentações em crianças.[13]

sexo feminino

- O diagnóstico é 5 vezes mais provável em mulheres que em homens.[10]

etnia branca

- Pacientes brancos representam 94%, e a doença parece ser ligeiramente mais comum em mulheres judias.[11] [12]

história familiar positiva

- Embora não seja considerada tradicionalmente uma doença hereditária, a incidência em gêmeos idênticos foi maior que a em gêmeos fraternos, o que pode indicar uma associação genética.[14]

Fracos

abuso sexual ou doméstico

- Estudos recentes demonstram que até 68% dos pacientes podem apresentar história de abuso sexual. Além disso, 49% podem ter vivido violência doméstica e 78% podem encontrar evidências de abuso físico em sua casa e família.[15] [16]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco são: sexo feminino, idade entre 20 e 60 anos, história familiar positiva e etnicidade branca.

fatores desencadeantes alimentícios ou de estresse (comum)

- Alimentos específicos e estresse emocional ou físico podem exacerbar os sintomas em alguns pacientes.

urgência urinária (comum)

- A maioria dos pacientes relata forte urgência miccional, com potencial de perda de controle não sendo incomum.

polaciúria (comum)

- Os pacientes podem relatar urinar mais de 12 vezes em um período de 24 horas. A média é considerada de 5 a 8 vezes nesse mesmo período, sem micção à noite.
- O esvaziamento da bexiga está associado, frequentemente, à diminuição da dor.

incontinência urinária (comum)

- Até 30% dos pacientes podem apresentar eliminação involuntária de urina.[\[26\]](#)

noctúria (comum)

- Os pacientes podem relatar urinar mais de duas vezes durante a noite.

disúria (comum)

- Muitos pacientes se queixam de micção dolorosa.

dor no assoalho pélvico (comum)

- A maioria dos pacientes relata dor na área do assoalho pélvico, incluindo o diafragma pélvico, períneo, e região suprapúbica. Presentes em até 50% dos casos.[\[15\]](#)
- A dor está associada ao enchimento e/ou esvaziamento da bexiga, e pode variar de leve a debilitante.

dispareunia (comum)

- Muitas mulheres se queixam de dor/desconforto durante a relação sexual.

agravamento dos sintomas antes das menstruações (comum)

- As mulheres geralmente relatam o aumento da intensidade dos sintomas nos dias que antecedem o início das menstruações.

dor uretral (comum)

- Observa-se dor na parede vaginal anterior embaixo da uretra feminina em exame pélvico bimanual.

dor no colo vesical (comum)

- Observa-se dor na área da parede vaginal anterior em exame pélvico bimanual.

dor suprapúbica (comum)

- É comum haver dor no corpo da bexiga acima da sínfise púbica em exame pélvico bimanual.

dor no músculo elevador do ânus (comum)

- Observa-se dor nos músculos pubococcígeo ou iliococcígeo na parte lateral da parede lateral da vagina (nas posições de 150 e 210 graus) em exame pélvico bimanual.

dor após colocação do cateter de Foley (comum)

- Observa-se dor intensa e persistente após a colocação de um cateter de Foley em exame pélvico bimanual.

Outros fatores de diagnóstico**fibromialgia (comum)**

- Presente em 20% dos casos.[27] [28]

vestibulite vulvar (comum)

- Presente em 25% dos casos.[7] [28] [29]

vulvodinia (comum)

- Presente em 25% dos casos.[29]

características de lúpus eritematoso sistêmico: (comum)

- 30 vezes mais comum que na população geral.[7] [28]

enxaqueca (comum)

- Presente em até 20% dos casos.[30]

características da artrite reumatoide (comum)

- Alguns pacientes apresentam doença reumática autoimune associada. Por outro lado, muitos pacientes com doenças reumáticas autoimunes apresentam bexiga dolorosa ou hiperativa.[31]

características da síndrome da fadiga crônica (comum)

- A etiologia é desconhecida, mas há suspeitas de que seja multifatorial e autoimune na maioria dos casos, afetando mais de 1 milhão de homens e mulheres norte-americanos e europeus.[31]

alergias (comum)

- Asma e outras doenças mediadas por alergia são mais comuns.[32]
- Alergias ambientais são mais de 3 vezes mais comuns.[33]
- Problemas inflamatórios no seio nasal são mais prevalentes, apesar de a etiologia ser desconhecida.[34]
- 90% dos pacientes podem encontrar exacerbações de seus sintomas relacionadas a determinadas alergias ou intolerâncias alimentares.[33]

abuso sexual/doméstico (comum)

- Até 68% dos pacientes podem ter sofrido abuso sexual, 49% podem ter sofrido violência doméstica e 78% podem encontrar abuso físico em sua casa e família.[15] [16]

dor escrotal ou anal (incomum)

- Pode ocorrer em pacientes homens.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
urinálise com microscopia e cultura <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser um dos primeiros exames solicitados quando o diagnóstico for considerado. Não é, por si só, um diagnóstico, mas é um dos exames de diferenciação mais comumente usados. • Geralmente, nesses pacientes o resultado é normal, mas piúria ou hematúria macroscópica ou microscópica com potencial benigno ou maligno pode ser observada, sugerindo diagnóstico diferencial. • As culturas devem ser negativas para espécies de fungos, gonorreia, clamídia e tricomonas. O resultado positivo indica uma etiologia infecciosa. 	normal
esfregaço vaginal <ul style="list-style-type: none"> • Vaginose bacteriana, infecção fúngica ou pH baixo por supressão de estrogênio pode mimetizar dor pélvica ou vesical. • Infecções sexualmente transmissíveis (tricomoníase, clamídia etc.) também podem causar sintomas semelhantes e justificar o tratamento imediato dos pacientes e todos os parceiros sexuais. 	normal
diário de micção <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação inicial deve buscar quantificar os sintomas do paciente e avaliar as respostas ao tratamento. Um pequeno volume mictório máximo pode indicar cistite intersticial (CI) ulcerativa, especialmente houver hematúria na urinálise. 	micções pequenas, frequentes; urgência miccional; noctúria
citologia da urina <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser solicitada ao se considerar um diagnóstico e se houver hematúria. Nenhum achado sugere especificamente um diagnóstico, mas os resultados podem descartar outras entidades nosológicas, como carcinoma vesical, uretral ou renal. 	normal

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
cistoscopia com hidrodistensão da bexiga <ul style="list-style-type: none"> Achados incluem glomerulações (lesões distintas, muito pequenas, que se parecem com framboesas e surgem como minúsculos rompimentos da mucosa e hemorragias), petéquias submucosas, laceração da mucosa e baixa capacidade vesical sob anestesia.[23] [Fig-2] Pode-se detectar doença inflamatória macroscópica (isto é, úlceras de Hunner), descrita como áreas circunscritas e avermelhadas da mucosa, com pequenos vasos irradiando em direção a uma cicatriz central, acompanhados de depósitos de fibrina ou coágulo.[22] [Fig-1] Realizado com hidrodistensão da bexiga sob anestesia local. A cistoscopia clínica pode ser realizada sem anestesia, mas a hipersensibilidade da bexiga com enchimento e a dor pélvica podem limitar o exame de forma considerável. Pode-se fazer biópsias de áreas suspeitas. É importante observar que um resultado negativo não descarta o diagnóstico. 	glomerulações, petéquias submucosas, laceração da mucosa, presença de úlceras de Hunner, baixa capacidade vesical sob anestesia
biópsia vesical <ul style="list-style-type: none"> Procedimento não obrigatório, a não ser que anormalidades macroscópicas da parede da bexiga sejam encontradas na cistoscopia. Solicitada principalmente para excluir carcinoma urotelial em pacientes com diagnóstico inicial de CI ulcerativa. 	normal

Novos exames

Exame	Resultado
ensaio do gene da proteína de estresse <ul style="list-style-type: none"> Por exemplo, triptase mastocitária, glicosaminoglicanos e autoanticorpos da proteína de Tamm-Horsfall. Usados principalmente em estudos de pesquisa e não fazem parte do diagnóstico. Não são recomendados, exceto como parte dos protocolos experimentais. 	positiva
fator antiproliferativo da urina <ul style="list-style-type: none"> Presente na urina de alguns pacientes com CI/síndrome da bexiga dolorosa (SBD).[24] Inibe o crescimento epitelial da bexiga e contribui para a diminuição significativa dos níveis de HB-EGF e níveis elevados do fator de crescimento epidérmico (EGF). Embora os resultados possam ser promissores, esses ensaios são experimentais e ainda não estão disponíveis comercialmente. 	atividade do fator antiproliferativo da urina, nível do fator de crescimento epidérmico ligado à heparina (HB-EGF), nível do EGF elevado

Exame	Resultado
fator de crescimento neural (NGF) urinário <ul style="list-style-type: none"> • Uma pequena proteína de sinalização produzida por células uroteliais e do músculo detrusor. O NGF promove o crescimento e a sobrevivência de fibras simpáticas e nervos sensoriais e é necessário para um funcionamento vesical normal. • Níveis crescentes têm sido observados em pacientes com bexiga hiperativa (BHA), bem como com CI/SBD. Os níveis de NGF diminuem com o tratamento bem-sucedido de ambas as afecções, embora ele seja inespecífico na diferenciação delas. 	aumento dos níveis de NGF além dos controles, com diminuição dos níveis após o sucesso do tratamento

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade cervical e na parte superior do abdome. • Hematúria/dor uretral. • Sangramento menstrual disfuncional. • A dor aumenta durante o ciclo menstrual. • Ausência de sensibilidade da parede vaginal anterior sobre a uretra ou colo vesical no exame bimanual.[35] 	<ul style="list-style-type: none"> • A laparoscopia demonstra locais de implantação endometrial ectópica. A cistoscopia pode mostrar implantes se houver hematúria cíclica.
Síndrome do intestino irritável (SII)	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência e urgência fecal. • Esforço excessivo na defecação. • Alternando entre constipação e diarreia. • Dor no exame de toque retal. • Quase 50% dos pacientes podem apresentar sintomas relacionados à síndrome do intestino irritável (SII).[36] <p>Os sintomas/sinais podem ser parecidos devido à sobreposição da inervação da medula espinhal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, a colonoscopia é normal, mas a ulceração ou inflamação da mucosa sugere SII.
Infecção do trato urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Febre e hematúria. • Ausência de dor à palpação do músculo elevador do ânus (diafragma pélvico) no exame bimanual. • Pode coexistir com cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD). 	<ul style="list-style-type: none"> • Culturas de urina positivas. • Resposta positiva à antibioticoterapia.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Prolapso de órgão pélvico	<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso observado no exame físico. • Sintomas urinários obstrutivos. • Disfunção defecatória. 	<ul style="list-style-type: none"> • O exame físico pode mostrar a posição das paredes anterior, apical e posterior da vagina durante a manobra de Valsalva.
Síndrome da congestão pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • A dor se agrava com a menstruação/atividade física. • História de gestação gemelar e início latente dos sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressonância nuclear magnética (RNM) ou venografia pélvica mostrará veias tortuosas grandes dos ovários e ligamentos largos.
Vaginose bacteriana, vaginite atrófica	<ul style="list-style-type: none"> • Prurido, ardência ou corrimento vaginal. Odor vaginal. • Uso recorrente de espermicida ou ducha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exame vaginal e esfregaço vaginal. • Cultura específica de infecção sexualmente transmissível ou teste de detecção de ácido ribonucleico (RNA). • Células-chave (clue cells) no esfregaço de hidróxido de potássio e pH elevado (>4.5), respectivamente.
Disfunção do assoalho pélvico (mialgia do músculo elevador do ânus)	<ul style="list-style-type: none"> • Dor durante a relação sexual; hesitação urinária ou constipação. • Pontos-gatilho miofasciais, espasmo do músculo elevador no exame físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exame vaginal com músculos elevadores do ânus espásticos e sensíveis à palpação.
Bexiga hiperativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dor à palpação da uretra, colo vesical e músculo elevador do ânus (diafragma pélvico) no exame bimanual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresenta glomerulações e/ou úlceras de Hunner com hidrodilatação cistoscópica.

Crítérios de diagnóstico

Diretriz da American Urological Association (AUA) de 2014: critérios de diagnóstico para CI/SBD[37]

A dor (incluindo sensações de pressão e desconforto) pode incluir:

- Dor suprapúbica (ou pressão, desconforto)
- Dor em toda a pelve - na uretra, vulva, vagina, reto
- Locais extragenitais, como a parte inferior do abdome e as costas
- Urgência urinária e polaciúria
- Ausência de infecção ou outras causas identificáveis
- Duração de 6 semanas ou mais.

Diretriz da Canadian Urological Association (CUA) de 2016: critérios de diagnóstico para CI/SBD[38]

- História que descreve uma combinação de dor, polaciúria, noctúria e urgência
- Exame físico revelando sensibilidade suprapúbica e localizada no colo vesical e sem massas, distensão da bexiga, hérnias, mialgia do músculo elevador do ânus ou evidências de patologia vaginal, como câncer cervical, vaginismo ou vulvodinia
- Gráfico de frequência-volume mostrando volumes miccionais pequenos e frequentes
- Urinálise, urocultura para descartar infecção; considerar organismos atípicos com piúria estéril
- Citologia urinária com hematúria microscópica ou fatores de risco para câncer urotelial
- Escores de sintomas para determinar a intensidade dos sintomas iniciais e a resposta aos tratamentos, como por exemplo: Interstitial Cystitis Symptom Index (ICSI), Interstitial Cystitis Problem Index (ICPI), escala Wisconsin Interstitial Cystitis (UW-IC), escore Pain, Urgency, Frequency (PUF) e Bladder Pain/IC Symptom Score (BPIC-SS)
- Cistoscopia para avaliar úlceras de Hunner, para descartar câncer de bexiga ou carcinoma in situ, para avaliar o efeito do enchimento da bexiga na dor e para estimar a capacidade funcional vesical.

Abordagem passo a passo do tratamento

Não há consenso sobre a abordagem para tratar pacientes. Isso ocorre porque a etiologia é relativamente desconhecida e existem vários fenótipos da doença. Vários estudos de grande escala foram realizados em pacientes com cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD), mas a maioria é anterior à crença de que não se trata de uma doença específica da bexiga. A falha da terapia específica da bexiga provavelmente aplica-se aos pacientes com disfunção do assoalho pélvico e sensibilidade central, mas pode ser indicada naqueles com CI ulcerativa.

Recomendamos dividir os pacientes em grupos com e sem úlcera, além de fenotipá-los com base na disfunção do assoalho pélvico. Os tratamentos devem ser direcionados aos sintomas primários do paciente (dor, urgência miccional, polaciúria).

O ideal é iniciar o tratamento com opções minimamente invasivas, antes de passar para terapias mais complexas e invasivas. O tratamento é aumentado gradativamente até que o paciente consiga obter o alívio dos sintomas. Avalia-se o sucesso ou a falha de uma terapia específica com os escores do questionário de dor pélvica e urgência miccional/polaciúria (PUF) ou a Global Response Assessment (GRA, avaliação da resposta global). As terapias bem-sucedidas são indicadas por uma redução de 30% a 50% nos escores de PUF seriais ou por uma "melhora boa ou muito boa" na GRA. Tratamentos ineficazes devem ser descontinuados.^[1]

Terapias de suporte

Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico. O suporte físico e emocional é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara. O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#) Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor. As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

A dor crônica é um evento estressor significativo e deve ser reconhecido no contexto de mudanças de estilo de vida em longo prazo. Apoio multimodal, medicina integrativa e apoio psicológico são necessários para lidar com a natureza multidimensional dos sintomas do paciente. As associações conhecidas de CI/SBD com abuso físico e psicológico, disfunção sexual e depressão requerem uma relação de trabalho próxima com psiquiatria ou aconselhamento psicológico.

Terapias não invasivas

As terapias iniciais devem ser as menos invasivas^[1] e incluem mudanças alimentares, controle do estresse e modificação comportamental (por exemplo, técnicas de treinamento da bexiga e evitar atividades que exacerbam a doença).

Muitas vezes, o estabelecimento de um diagnóstico é benéfico para os pacientes que não compreendem seu padrão de sintomas. O fato de dar um nome à doença permite que o paciente aceite o diagnóstico e concentre-se nos tratamentos e na melhora. O aconselhamento quanto à melhora dos sintomas em vez da cura permite definir expectativas e acompanhar a resposta às intervenções.

Tem-se observado que vários gêneros alimentícios, incluindo álcool, café, vinagre, tomates, chocolate, comidas apimentadas e determinadas frutas e vegetais, exacerbam os sintomas. Diversas listas de

alimentos que devem ser evitados são propostas, mas não há evidência que comprove que essas alterações alimentares diminuam as exacerbações. Deve-se pedir aos pacientes para preencher um diário alimentar para que uma ligação direta entre bebidas/alimentos específicos possa ser estabelecida. Nesse caso, sugere-se que os itens considerados desencadeadores ou exacerbadores dos sintomas sejam eliminados da dieta do paciente.

Alimentos	Evitar	Pode tentar
Carne e peixe	Peixe e carne envelhecida, curada, enlatada ou defumada. Carnes/peixe que contêm nitratos ou nitritos.	Frango e carnes/peixe não processados.
Frutas	Maçãs, damascos, abacates, bananas, melões cantaloupe, frutas cítricas, cranberries, uvas, nectarinas, pêssegos, abacaxis, ameixas, romãs, ruibarbo e morangos.	Melões, mirtilos e peras.
Vegetais	Limão, fava ou soja; tofu, cebolas e tomates.	Tomates cultivados em casa e outros vegetais.
Bebidas	Álcool e bebidas gaseificadas, café, chá e sucos de fruta (frutas cítricas e cranberries).	Água sem gás e café/chá descafeinado.
Nozes	Maioria das nozes.	Amêndoas e castanhas de caju.
Carboidratos	Massa com fermentação e pães de centeio.	Outros pães, massas, batatas e arroz.
Temperos	Catchup, maionese, mostarda e molhos picantes; comidas chinesa, indiana, mexicana e tailandesa; molho de soja, vinagre e todos os molhos de salada.	Alho e manjerição.
Conservantes	Glutamato monossódico (GMS), aspartame (NutraSweet), sacarina, álcool benzílico, ácido cítrico e corantes artificiais.	
Outros	Cigarro, cafeína, pílulas para emagrecer, junk food (alimento rico em calorias de baixo valor nutritivo) e medicamentos para alergia ou resfriado com efedrina ou pseudoefedrina, além de drogas recreativas.	

Alimentos e bebidas que os pacientes com cistite intersticial (CI) devem tentar consumir ou devem evitar

Do acervo pessoal de Serge P. Marinkovic, MD

A reabilitação do assoalho pélvico por um especialista treinado em reabilitação pélvica é fundamental para o tratamento de pacientes com pontos-gatilhos miofasciais e disfunção do assoalho pélvico. Biofeedback e/ou programas de retreinamento da bexiga são considerados intervenções iniciais excelentes destinadas à dispareunia e aos sintomas de urgência miccional/polaciúria, mas a consistência é essencial para a obtenção de melhora em longo prazo. O retreinamento da bexiga é um método em que os pacientes são instruídos a reter a urina por um tempo um pouco maior a cada vez (por exemplo, ter como objetivo urinar, no início, a cada hora e, depois, a cada 2 horas etc.). É necessário ter paciência, pois esse método pode levar alguns meses para reduzir a polaciúria. Os pacientes são instruídos a aprender exercícios e massagens autoguiados entre as consultas ao especialista da reabilitação. Manipuladores internos ou dilatadores vaginais são úteis para pacientes com disfunção grave e espasmo do assoalho pélvico.

A hipnose é uma opção, mas não foi bem estudada em relação a essa doença; não há dados disponíveis sobre sua utilização. A acupuntura é outra terapia alternativa que foi utilizada, mas os sintomas não melhoraram nos estudos.^[42]

Os pacientes podem apresentar maior incidência de doença psiquiátrica concomitante (por exemplo, ansiedade, depressão), que também pode exacerbar os sintomas. Para os pacientes que apresentam

uma história psiquiátrica estabelecida, trabalhar em conjunto com um psiquiatra pode ser benéfico para o médico e o paciente.

Devido à natureza crônica dessa doença, justifica-se fazer uma tentativa de 3 a 6 meses com essas terapias antes de ampliar o tratamento a terapias medicamentosas.

Terapia farmacológica inicial

Medicamentos podem ser recomendados após um período de 3 a 6 meses de teste com terapias menos invasivas. As terapias iniciais incluem anti-histamínicos (por exemplo, hidroxizina), polissulfato sódico de pentosana e analgésicos leves, como ibuprofeno ou paracetamol. Pode ser necessário administrar esses medicamentos de forma combinada.

O polissulfato sódico de pentosana é o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para a CI, embora os dados sobre a eficácia sejam limitados e, em alguns países, seu uso não seja recomendado.[17] O mecanismo proposto de ação consiste na ligação da camada urotelial e substituição da camada de glicosaminoglicanos. A biodisponibilidade é baixa e o custo do medicamento pode ser proibitivo.[43] A melhora dos sintomas pode levar até 6 meses. Uma eficácia modesta foi demonstrada em vários estudos.[43] [44] No entanto, um ensaio clínico randomizado foi interrompido na fase inicial, não demonstrando benefício da pentosana sobre o placebo.[45]

Os anti-histamínicos têm como objetivo a liberação de histamina envolvida na degranulação dos mastócitos. Eles bloqueiam a secreção dos mastócitos e também podem apresentar uma ação neurogênica resultante da inibição de secreção de serotonina dos mastócitos do tálamo e neurônios.[46] Um estudo aberto de hidroxizina demonstrou melhora de 40% nos escores de sintomas da linha basal, ao passo que, em um estudo com pacientes com alergias sazonais concomitantes, ela foi de 55%.[47] Entretanto, um estudo-piloto relatou que a hidroxizina não é mais eficaz que o placebo em relação a melhorar a qualidade de vida ou o número de micções.[48]

Antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina) também foram propostos para pacientes com sensibilidade central e dor pélvica. Estudos demonstraram resposta durável contanto que haja a continuação do tratamento.[49] A amitriptilina é útil em virtude de seus efeitos sedativos, anticolinérgicos, serotoninérgicos e de estabilização dos mastócitos.[50] Um estudo descobriu melhoras significativas nos escores dos sintomas em comparação com o placebo.[51] Prednisolona é um tratamento viável para CI ulcerativa, em curto prazo, mas tratamentos não esteroidais são preferíveis.

O anticonvulsivante gabapentina mostrou-se útil no tratamento das doenças com dor neuropática, como distrofia simpático-reflexa, neuropatia diabética e neuralgia pós-hepática.[52] Embora o mecanismo de ação para o alívio da dor nesses pacientes não seja claro, o efeito analgésico do medicamento pode surgir da modulação do canal de cálcio.[52] Um estudo piloto de mulheres com dor pélvica crônica apresentou melhora significativa em pacientes randomizados para o uso de gabapentina aos 6 meses em comparação com o placebo.[53]

Medicamentos anticolinérgicos podem ser benéficos para sintomas de urgência miccional e polaciúria, mas não para dor. Não há dados que deem suporte a um anticolinérgico em detrimento de outro. Fatores a se considerar são custo, frequência de dosagem e efeitos colaterais de xerostomia e constipação. Os agonistas beta 3 mais recentes (por exemplo, mirabegron) têm demonstrado eficácia similar em tratamento de urgência miccional/polaciúria sem efeitos colaterais anticolinérgicos. Este ainda não foi testado adequadamente na população com cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD).

Pacientes com formas ulcerativas de CI têm uma clara via inflamatória que causa dano direto ao revestimento da bexiga. Imunomoduladores sistêmicos demonstraram ser benéficos para o alívio da úlcera e dos sintomas.[54] Tratamentos não esteroidais como a ciclosporina demonstraram ser efetivos com taxas de resposta de 85% naqueles com úlcera em comparação a 30% naqueles sem úlcera.[55]

Muitos médicos reservam analgésicos opioides para pacientes que não respondem ao tratamento, embora a up-regulation de receptores opioides em pacientes com dor crônica, bem como os efeitos colaterais e a dependência, devam limitar o seu uso na prática comum. Existem excelentes diretrizes para manter os pacientes com opioides crônicos.[56]

Terapia intravesical

A terapia intravesical é recomendada para pacientes que não demonstram resposta à terapia oral farmacológica, cuja dor específica na bexiga é predominante, e que não apresentam disfunção no assoalho pélvico. Também pode ser usada como uma terapia-ponte, oferecida de forma adjuvante quando o medicamento oral for iniciado, já que pode levar 1 a 3 semanas para que se observe resposta a alguns medicamentos. Os medicamentos são gotejados na bexiga por meio de um cateter, onde a solução é mantida por um período específico (geralmente de 10-15 minutos) antes de ser esvaziada. O dimetilsulfóxido (DMSO), um solvente industrial, é o medicamento mais comumente utilizado e a única terapia intravesical para CI aprovada pela FDA. Há evidências limitadas em pequenos estudos não cegos. Entre os efeitos colaterais estão hálito com odor de alho, disfunção hepática e opacificação ocular. Acredita-se que ele diminua a inflamação na bexiga e evite contrações musculares. Vários outros coquetéis de heparinoides, bicarbonato de sódio e lidocaína são descritos na literatura.[57] [58] Uma metanálise de 2016 mostrou boa eficácia de tratamento e custo-efetividade com o uso de hialuronato de sódio (ácido hialurônico).[59] A limitação de todos os medicamentos gotejados é a sua duração relativamente curta da ação. Alguns pacientes podem administrar sozinhos o tratamento em casa.

A injeção intravesical da toxina botulínica tipo A também foi avaliada em pacientes com CI/SBD. Acredita-se que esse tratamento funciona ao bloquear a via aferente, reduzindo a dor e a urgência. Ele também bloqueia a liberação de acetilcolina, que causa o relaxamento do músculo vesical. Uma única injeção pode proporcionar uma melhora de curto prazo (3-9 meses) em 67% a 85% dos pacientes. No entanto, um estudo randomizado recente mostrou que injeções repetidas são necessárias para manter desfechos de longo prazo.[60] [61] [62]

Injeções no ponto-gatilho do assoalho pélvico

Para pacientes com ponto-gatilho miofascial e espasmos do elevador, injeções transvaginais periódicas no ponto-gatilho podem fornecer alívio significativo dos sintomas. O uso de anestésicos de ação prolongada, como ropivacaína a 0.5% misturada a um anti-inflamatório esteroidal, funciona para quebrar o ciclo de dor-espasmo-dor. Podem ser necessárias várias injeções com intervalo de várias semanas. Os pacientes também devem fazer um programa de fisioterapia para continuar a trabalhar no relaxamento desses grupos musculares.

O uso recente de toxina botulínica do tipo A tem sido destinado a pacientes que respondem às injeções no ponto-gatilho mas não obtêm alívio em longo prazo. O assoalho pélvico pode receber o mesmo tipo de injeção, embora a toxina botulínica do tipo A seja injetada diretamente no complexo elevador. Ela serve para quebrar o ciclo espasmo-dor-espasmo. O paciente deve ser advertido quanto aos riscos de fraqueza dos membros inferiores ou incontinência urinária após as injeções.[63]

Cistoscopia e hidrodistensão

Alguns pacientes com dor específica na bexiga e sem ponto-gatilho miofascial responderão à distensão vesical sob anestesia. Até 50% poderão apresentar melhora, embora ela possa ser de curta duração.[23] A bexiga fica 80 cm distendida com água por 2 minutos e repete-se. A distensão não deve ser prolongada para evitar necrose e perfuração da bexiga. Os tratamentos podem ser repetidos conforme a recorrência da dor e urgência miccional, embora geralmente em intervalos de 3 a 6 meses no máximo.

Neuromodulação

Para pacientes com urgência miccional e polaciúria, a neuromodulação sacral (InterStim) é um tratamento viável e eficaz. Ela envolve a colocação de um eletrodo pontiagudo permanente no forame B3 da raiz nervosa e um gerador de pulsos implantado na bolsa subcutânea. Observa-se mais de 50% de melhora nos sintomas de micção e a progressão para o implante permanente do gerador em 70% a 80% dos pacientes. Um teste de 2 semanas da colocação do eletrodo ou uma colocação percutânea mais curta realizada em consultório permite o teste e rastreamento do paciente. Relatos mostram diminuição da urgência miccional e polaciúria, bem como necessidade de narcóticos reduzida.[64] Novas técnicas de colocação do eletrodo no nervo podendo permitir maior recrutamento do sinal aferente nas raízes do nervo sacral e demonstraram ser eficazes para pacientes com CI/SBD.[65] Essa abordagem ainda não foi aprovada pela FDA. Embora a eficácia da neuromodulação sacral para urgência miccional e polaciúria tenha sido estabelecida, estudos menores defendem o seu uso em determinados pacientes com dor pélvica.[66]

Uma forma menos invasiva de neuromodulação, a estimulação do nervo tibial posterior (ENTP), também é usada para pacientes com CI/SBD. Isso é realizado com uma pequena agulha inserida por via percutânea no nervo tibial posterior e estimulada semanalmente no ambiente ambulatorial. Novamente, um local mais distal do nervo teoricamente recruta os sinais mais aferentes pela medula sacral, embora, diferentemente da neuromodulação, esse tratamento seja intermitente. Inicialmente descrita para polaciúria, a ENTP tem demonstrado melhorar a qualidade de vida do paciente e os escores de dor para aqueles com dor pélvica crônica.[67] Praticamente não apresenta efeitos colaterais e não requer procedimentos invasivos e implantes onerosos.

A neuromodulação química com toxina botulínica tornou-se um tratamento padrão para pacientes com urgência miccional e polaciúria resistentes a medicamentos. A toxina botulínica do tipo A é recomendada para polaciúria neurogênica e não neurogênica. Essa terapia não é indicada para a dor ou o componente do assoalho pélvico da CI/SBD,[68] mas é eficaz para os sintomas de urgência miccional e polaciúria. Pequenos estudos demonstraram a eficácia desse tratamento combinado à hidrodistensão, embora os resultados sejam basicamente insatisfatórios para pacientes com CI ulcerativa.

Cirurgia

A cirurgia só deve ser considerada em determinados pacientes. A presença de úlceras deve alertar o médico quanto à possibilidade de fulguração e/ou ressecção sob anestesia. Respostas duráveis e significativas foram demonstradas após a fulguração e/ou injeção de triancinolona das úlceras.[21]

Os pacientes com uma bexiga em "estágio terminal" têm uma bexiga fibrótica e pouco complacente com um volume muito baixo, em geral <250 mL. A dor pode ser intensa e localiza-se na bexiga. Os sintomas de armazenamento são extremos e esses pacientes geralmente passaram por anos de terapia. Essa população seleta pode ser considerada candidata a um aumento da bexiga ou cistectomia com derivação urinária. Uma série de casos confirma esses tratamentos com desfechos razoáveis. Em um estudo de

pacientes que fizeram cistectomia com derivação, 8 entre 9 fariam a cirurgia novamente e todos tiveram melhora da qualidade de vida e redução da dor. Um paciente com sintomas há mais de 10 anos não sentiu nenhuma melhora nos sintomas de dor.[69] Uretrectomia (com sua morbididade adicionada) não é necessária para o alívio da dor.[70] Como esse tratamento apresenta morbididade considerável, não deve ser oferecido a pacientes que não estejam dispostos a aceitar as complicações. Sem dúvida, pacientes com dor, mas com capacidade vesical normal sob anestesia e disfunção do assoalho pélvico, jamais devem ser considerados para derivação ou cistectomia.

Ciclosporina

A ciclosporina é um imunossupressor que se revelou útil em doses baixas nos pacientes com CI/SBD grave. É usada após cistoscopia e fulguração da úlcera para as recorrências de úlcera. Os pacientes não podem estar com infecções ativas e devem fazer hemogramas completos de rotina após o início da terapia. A pressão arterial deve ser verificada rotineiramente, já que esse medicamento pode causar hipertensão. Melhora substancial na capacidade da bexiga e diminuição da polaciúria após o tratamento foram relatadas em pacientes que tomaram o medicamento por 1 ano ou mais.[54]

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)
cistite intersticial não ulcerativa		
■ no diagnóstico: nenhum ponto-gatilho miofascial nem espasmo do elevador	1a	mudanças de estilo de vida + terapias não invasivas
	mais	terapias de suporte
	2a	terapia farmacológica inicial
	mais	terapias de suporte
	adjunto	terapia intravesical
	adjunto	injeção de toxina botulínica intradetrusora ou neuromodulação
■ com pontos-gatilhos miofasciais e espasmos do elevador	adjunto	cistoscopia associada a hidrodistensão
	1a	fisioterapia pélvica
	mais	injeção no ponto-gatilho miofascial
	mais	terapias de suporte
■ falha do tratamento	2a	neuromodulação
	1a	derivação e cistectomia

Em curso		(resumo)
.....	mais	terapias de suporte
cistite intersticial ulcerativa		
	1a	mudanças de estilo de vida + terapias não invasivas
	mais	terapias de suporte
	2a	cistoscopia e fulguração da úlcera
	mais	ciclosporina ou prednisolona
	mais	terapias de suporte
	3a	derivação e cistectomia
	mais	terapias de suporte

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 não ulcerativa

■ **no diagnóstico: nenhum ponto-gatilho miofascial nem espasmo do elevador**

1a

mudanças de estilo de vida + terapias não invasivas

» Os pacientes devem evitar alimentos que foram definidos como exacerbadores dos sintomas (um diário alimentar pode ajudar a identificá-los).

» Fisioterapia do assoalho pélvico, biofeedback e/ou programas de treinamento da bexiga são considerados intervenções iniciais excelentes, mas a consistência é essencial para alcançar a melhora em longo prazo.

» Outras terapias não invasivas incluem redução do estresse, hipnose ou acupuntura. Para os pacientes que apresentam uma história psiquiátrica estabelecida, trabalhar em conjunto com um psiquiatra pode ser benéfico para o médico e o paciente.

» Em virtude da natureza crônica da doença, justifica-se a realização de uma tentativa de 3 a 6 meses com essas terapias antes de avançar para outros tratamentos.

mais

terapias de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico. A dor crônica é um evento estressor significativo e deve ser reconhecido no contexto de mudanças de estilo de vida em longo prazo. As associações conhecidas de CI/SBD com abuso físico e psicológico, disfunção sexual e depressão requerem uma relação de trabalho próxima com serviços psiquiátricos ou de aconselhamento psicológico.

» O suporte físico e emocional também é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.

Em curso

» O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)

» Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.

» As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

2a terapia farmacológica inicial

Opções primárias

» [polissulfato sódico de pentosana](#): 100 mg por via oral três vezes ao dia

OU

» [hidroxizina](#): 10-100 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» [paracetamol](#): 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» [ibuprofeno](#): 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» [oxibutinina](#): 5 mg por via oral três vezes ao dia

OU

» [tróspio](#): 20 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia

OU

» [mirabegron](#): 25-50 mg por via oral uma vez ao dia

Opções secundárias

» [amitriptilina](#): 10-100 mg por via oral uma vez ao dia à noite

OU

Em curso

» **gabapentina**: 300-1200 mg por via oral três vezes ao dia

Opções terciárias

» **paracetamol/hidrocodona**: 2.5 a 10 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 60 mg/dia (hidrocodona) ou 4000 mg/dia (paracetamol)
A dosagem refere-se ao componente de hidrocodona.

OU

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 6 horas quando necessário

» Medicamentos podem ser recomendados após um período de 3 a 6 meses de teste com terapias menos invasivas.

» As terapias iniciais incluem anti-histamínicos (por exemplo, hidroxizina), polissulfato sódico de pentosana e analgésicos leves, como ibuprofeno ou paracetamol. Esses medicamentos podem ser usados de forma combinada.

» O polissulfato sódico de pentosana é o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para CI/SBD, mas em alguns países seu uso não é recomendado.[17] O mecanismo de ação proposto consiste na substituição do revestimento interno deficiente da parede da bexiga e na inibição da degranulação dos mastócitos.[43] A biodisponibilidade é baixa e o custo do medicamento pode ser proibitivo. A melhora dos sintomas pode levar até 6 meses. Uma eficácia modesta foi demonstrada em vários estudos.[43] [44] No entanto, um ensaio clínico randomizado foi interrompido na fase inicial, não demonstrando benefício da pentosana sobre o placebo.[45] Um estudo aberto de hidroxizina demonstrou melhora de 40% nos escores de sintomas da linha basal, ao passo que, em um estudo com pacientes com alergias sazonais concomitantes, ela foi de 55%.[47] Entretanto, um estudo-piloto relatou que a hidroxizina não é mais eficaz que o placebo em relação a melhorar a qualidade de vida ou o número de micções.[48]

» Se esses medicamentos não funcionarem, pode-se experimentar antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina) ou gabapentina.

» Medicamentos anticolinérgicos (por exemplo, oxibutinina, tróspio) ou os agonistas beta 3 mais

Em curso

recentes (por exemplo, mirabegron) podem ser benéficos para pacientes com sintomas de urgência miccional e polaciúria, mas não para dor. Não há dados que deem suporte a um anticolinérgico em detrimento de outro. Fatores a se considerar são custo, frequência de dosagem e efeitos colaterais de xerostomia e constipação.

» Muitos médicos reservam os analgésicos opioides para pacientes recalcitrantes, mas esses medicamentos devem ser prescritos sob orientação de um especialista.

mais

terapias de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico. A dor crônica é um evento estressor significativo e deve ser reconhecido no contexto de mudanças de estilo de vida em longo prazo. As associações conhecidas de CI/SBD com abuso físico e psicológico, disfunção sexual e depressão requerem uma relação de trabalho próxima com serviços psiquiátricos ou de aconselhamento psicológico.

» O suporte físico e emocional também é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.

» O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)

» Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.

» As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

adjunto

terapia intravesical

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **dimetilsulfóxido intravesical**: (50%) instilar 50 mL por via intravesical na bexiga, deixar por 15 minutos e em seguida expelir, pode repetir a cada 2 semanas

Opções secundárias

Em curso

» **hialuronato de sódio**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose intravesical

Opções terciárias

» **toxina botulínica do tipo A**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose intravesical

» Recomendada como terapia-ponte, oferecida de forma adjuvante quando os medicamentos orais são iniciados, já que alguns medicamentos podem levar 1 a 3 semanas para apresentar resposta. Também é recomendada para pacientes que não demonstram resposta à terapia farmacológica oral, cuja dor específica na bexiga é predominante e que não apresentam disfunção do assoalho pélvico.

» Os medicamentos são gotejados na bexiga por meio de um cateter, onde a solução é mantida por um período específico (geralmente de 10-15 minutos) antes de ser esvaziada.

» O dimetilsulfóxido (DMSO) é o medicamento mais comumente usado para esse tipo de terapia. Acredita-se que ele diminua a inflamação na bexiga e evite contrações musculares.

» Uma metanálise de 2016 mostrou boa eficácia de tratamento e custo-efetividade com o uso de hialuronato de sódio (ácido hialurônico).[59]

» Coquetéis contendo heparina, lidocaína e bicarbonato de sódio foram estudados para instilação. O alívio para alguns pacientes pode ser significativo, embora possa ser necessária uma redosagem frequente para que ele seja duradouro. Essas fórmulas precisam ser feitas por um farmacêutico e só devem ser usadas sob a supervisão do especialista.

» A injeção intravesical da toxina botulínica tipo A também foi avaliada em pacientes com CI/SBD. Acredita-se que esse tratamento funciona ao bloquear a via aferente, reduzindo a dor e a urgência. Ele também bloqueia a liberação de acetilcolina, que causa o relaxamento do músculo vesical. Uma única injeção pode proporcionar uma melhora de curto prazo (3-9 meses) em 67% a 85% dos pacientes. No entanto, um estudo randomizado recente mostrou que injeções repetidas são necessárias para manter desfechos de longo prazo.[60] [61] [62]

Em curso

adjunto

» Alguns pacientes podem administrar sozinhos o tratamento de instilação da bexiga em casa.

injeção de toxina botulínica intradetrusora ou neuromodulação

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **toxina botulínica do tipo A**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

-e-

» **lidocaína**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os pacientes com sintomas primários de urgência miccional e polaciúria sem alívio por medicamento podem ser considerados para tratamentos mais invasivos.

» A neuromodulação é indicada para pacientes com sintomas graves de urgência miccional e polaciúria. Ela não é aprovada pela Food and Drug Administration dos EUA para dor pélvica. Alguns pacientes demonstraram melhora dos sintomas da dor após a implantação. Podem ser realizados procedimentos cirúrgicos graduais ou exame percutâneo realizado em consultório. As taxas de implante não diferem entre essas abordagens.

» Para pacientes com urgência miccional e polaciúria, a neuromodulação sacral (InterStim) é um tratamento viável e eficaz. Uma forma menos invasiva de neuromodulação, a estimulação do nervo tibial posterior (ENTP), também é usada para pacientes com CI/SBD. Inicialmente descrita para polaciúria, a ENTP tem demonstrado melhorar a qualidade de vida do paciente e os escores de dor para aqueles com dor pélvica crônica.

» A neuromodulação química com toxina botulínica tornou-se um tratamento padrão para pacientes com urgência miccional e polaciúria resistentes a medicamentos. A toxina botulínica do tipo A é recomendada para polaciúria neurogênica e não neurogênica.

» A toxina botulínica do tipo A injetada no ambiente ambulatorial permite o alívio dos sintomas e minimiza o risco de retenção urinária aguda que requer autocateterismo.

adjunto

cistoscopia associada a hidrodilatação

Em curso

■ **com pontos-gatilhos miofasciais e espasmos do elevador**

1a

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Alguns pacientes com dor específica na bexiga e sem ponto-gatilho miofascial responderão à distensão vesical sob anestesia.

» Até 50% poderão apresentar melhora, embora ela possa ser de curta duração.^[63]

» A bexiga fica 80 cm distendida com água por 2 minutos e repete-se. Evite a distensão prolongada para não causar necrose e perfuração da bexiga.

» Os tratamentos podem ser repetidos conforme a recorrência da dor e urgência miccional, embora geralmente em intervalos de 3 a 6 meses no máximo.

fisioterapia pélvica

» A reabilitação do assoalho pélvico por um especialista treinado em reabilitação pélvica é fundamental para o tratamento de pacientes com pontos-gatilhos miofasciais e disfunção do assoalho pélvico.

» Biofeedback e/ou programas de retreinamento da bexiga são considerados intervenções iniciais excelentes destinadas à dispareunia e aos sintomas de urgência miccional/polaciúria, mas a consistência é essencial para a obtenção de melhora em longo prazo.

» O retreinamento da bexiga é um método em que os pacientes são instruídos a reter a urina por um tempo um pouco maior a cada vez (por exemplo, ter como objetivo urinar, no início, a cada hora e, depois, a cada 2 horas etc.). É necessário ter paciência, pois esse método pode levar alguns meses para reduzir a polaciúria.

» Os pacientes são instruídos a aprender exercícios e massagens autoguiados entre as consultas ao especialista da reabilitação. Manipuladores internos ou dilatadores vaginais são úteis para pacientes com disfunção grave e espasmo do assoalho pélvico.

mais

injeção no ponto-gatilho miofascial

Tratamento recomendado para **TODOS** os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **triancinolona acetona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Em curso

-e-

» **ropivacaína**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Opções secundárias

» **toxina botulínica do tipo A**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Para pacientes com ponto-gatilho miofascial e espasmos do elevador, injeções transvaginais periódicas no ponto-gatilho podem fornecer alívio significativo dos sintomas.

» Para pacientes com dor pélvica e sensibilidade miofascial palpável no exame físico, deve-se oferecer injeções para aliviar o espasmo muscular. Além disso, também deve-se oferecer um programa de fisioterapia do assoalho pélvico para continuar a trabalhar no relaxamento desses grupos musculares.

» Uma combinação de um anestésico local e corticosteroide (por exemplo, ropivacaína e triancinolona) fornece o alívio imediato com possível melhora em longo prazo. Podem ser necessárias várias injeções com intervalo de várias semanas. A combinação é injetada por via transvaginal nos complexos do músculo elevador nos pontos-gatilhos sensíveis.

» Monitorar os sinais vitais e os escores de dor da escala visual analógica (EVA) antes e após o procedimento.

» O uso recente de toxina botulínica do tipo A tem sido destinado a pacientes que respondem às injeções no ponto-gatilho mas não obtêm alívio em longo prazo. O assoalho pélvico pode receber o mesmo tipo de injeção, embora a toxina botulínica do tipo A seja injetada diretamente no complexo elevador. Ela serve para quebrar o ciclo espasmo-dor-espasmo. O paciente deve ser advertido quanto aos riscos de fraqueza dos membros inferiores ou incontinência urinária após as injeções.^[23]

mais**terapias de suporte**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico.

» O suporte físico e emocional é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo

Em curso

do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.

» O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)

» Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.

» As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

2a neuromodulação

» A neuromodulação é indicada para pacientes com sintomas graves de urgência miccional e polaciúria. Ela não é aprovada pela Food and Drug Administration dos EUA para dor pélvica. Alguns pacientes demonstraram melhora dos sintomas da dor após a implantação. Podem ser realizados procedimentos cirúrgicos graduais ou exame percutâneo realizado em consultório. As taxas de implante não diferem entre essas abordagens.

» Para pacientes com urgência miccional e polaciúria, a neuromodulação sacral (InterStim) é um tratamento viável e eficaz. Uma forma menos invasiva de neuromodulação, a estimulação do nervo tibial posterior (ENTP), também é usada para pacientes com CI/SBD. Inicialmente descrita para polaciúria, a ENTP demonstrou melhorar a qualidade de vida do paciente e os escores de dor para aqueles com dor pélvica crônica.

■ falha do tratamento

1a derivação e cistectomia

» A cirurgia extirpativa só deve ser considerada se todos os outros tratamentos falharem e a dor for intensa. A presença de úlceras deve alertar o médico quanto à possibilidade de fulguração e/ou ressecção sob anestesia.

» A cistectomia (remoção da bexiga) e a urostomia podem ser consideradas a qualquer momento para os pacientes com bexiga fibrótica pequena. Persistência da dor é um risco e os pacientes devem ser orientados apropriadamente.

» Deve-se observar que, mesmo após uma cirurgia radical, os sintomas podem continuar, e os riscos e benefícios dos procedimentos devem ser discutidos com o paciente antes de se decidir por uma abordagem cirúrgica.

mais terapias de suporte

Em curso

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico.
- » O suporte físico e emocional é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.
- » O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)
- » Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.
- » As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

cistite intersticial ulcerativa

1a **mudanças de estilo de vida + terapias não invasivas**

- » Os pacientes devem evitar alimentos que foram definidos como exacerbadores dos sintomas (um diário alimentar pode ajudar a identificá-los).
- » Fisioterapia do assoalho pélvico, biofeedback e/ou programas de treinamento da bexiga são considerados intervenções iniciais excelentes, mas a consistência é essencial para alcançar a melhora em longo prazo.
- » Outras terapias não invasivas incluem redução do estresse, hipnose ou acupuntura. Para os pacientes que apresentam uma história psiquiátrica estabelecida, trabalhar em conjunto com um psiquiatra pode ser benéfico para o médico e o paciente.
- » Em virtude da natureza crônica da doença, justifica-se a realização de uma tentativa de 3 a 6 meses com essas terapias antes de avançar para outros tratamentos.

mais terapias de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico.

Em curso

» O suporte físico e emocional é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.

» O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)

» Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.

» As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

2a cistoscopia e fulguração da úlcera

» Pacientes com úlceras ativas respondem bem à fulguração e ressecção. Os procedimentos nos primeiros episódios devem incluir biópsia para descartar malignidade.

» É importante uma avaliação da capacidade máxima de anestesia da bexiga.

mais ciclosporina ou prednisolona

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ciclosporina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente por 2 semanas, seguidos por 100 mg/dia depois; consulte um especialista para obter orientação adicional quanto à dose

OU

» **prednisolona**: 25 mg por via oral uma vez ao dia

» A ciclosporina é usada após cistoscopia e fulguração da úlcera para as recorrências de úlcera. Os pacientes não podem estar com infecções ativas e devem fazer hemogramas completos de rotina após o início da terapia. A pressão arterial também deve ser monitorada rotineiramente. Melhora substancial na capacidade da bexiga e diminuição da polaciúria após o tratamento foram relatadas em pacientes que tomaram o medicamento por 1 ano ou mais.[\[54\]](#)

» Prednisolona é um tratamento viável para cistite intersticial ulcerativa, em curto prazo, mas tratamentos não esteroideais são preferíveis.

Em curso

mais

terapias de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico.
- » O suporte físico e emocional é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.
- » O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)
- » Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.
- » As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

3a

derivação e cistectomia

- » A cirurgia extirpativa só deve ser considerada se todos os outros tratamentos falharem e a dor for intensa. A presença de úlceras deve alertar o médico quanto à possibilidade de fulguração e/ou ressecção sob anestesia.
- » A cistectomia (remoção da bexiga) e a urostomia podem ser consideradas a qualquer momento para os pacientes com bexiga fibrótica pequena. Persistência da dor é um risco e os pacientes devem ser orientados apropriadamente.
- » Deve-se observar que, mesmo após uma cirurgia radical, os sintomas podem continuar, e os riscos e benefícios dos procedimentos devem ser discutidos com o paciente antes de se decidir por uma abordagem cirúrgica.

mais

terapias de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza crônica de sua doença e devem ter uma compreensão clara de seu prognóstico.
- » O suporte físico e emocional é importante porque os pacientes devem tentar com frequência várias opções de tratamento ao longo do tempo, já que a resposta completa e imediata às terapias individuais é rara.

Em curso

- » O encaminhamento a um grupo de suporte ou ao site da Interstitial Cystitis Association pode ser útil. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)
- » Recomenda-se o encaminhamento a uma clínica especializada no tratamento de dor.
- » As comorbidades clínicas devem ser tratadas de forma apropriada.

Novidades

Lidocaína

Um estudo preliminar mostrou que um número significativamente maior de pacientes tratados com lidocaína alcalinizada a 4% administrada por via intravesical em comparação ao placebo (30% versus 9.6%) apresentaram melhora acentuada no alívio dos sintomas, proporcionando melhora sustentada dos sintomas além da fase aguda.[57] A terapia foi considerada segura e bem tolerada. Justifica-se a realização de estudos de longa duração. Um implante removível mantido na bexiga por 2 semanas está, atualmente, em estudos clínicos fase II. [\[Safety, tolerability and efficacy study of LiRIS 400mg in women with interstitial cystitis\]](#)

Ativadores de SHIP1

Além de estar envolvida na sinalização celular por uma variedade de processos, a proteína SHIP1 modula a imunidade. Um estudo de fase II de um ativador oral de SHIP1, o AQX-1125, mostrou uma melhora geral média de 2.4 no escore de dor a partir do período basal na 6ª semana; essa terapia pode produzir benefícios significativos no futuro.[71]

Recomendações

Monitoramento

Os pacientes devem ser acompanhados por 6 semanas com um escore do questionário de dor pélvica e urgência miccional/polaciúria (PUF) para monitorar a melhora e resposta dos sintomas às terapias escolhidas (o escore do PUF deve ser de <9).

		Pontos					Escore dos sintomas	Escore de incômodo
		0	1	2	3	4		
1.	Quantas vezes você vai ao banheiro durante o dia?	3 – 6	7 – 10	11 – 14	15 – 19	20+	_____	
2. (a)	Quantas vezes você vai ao banheiro à noite?	0	1	2	3	4+	_____	
2. (b)	Se você acordar para ir ao banheiro à noite, isso o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
3.	Você é sexualmente ativo(a) atualmente?							
	Sim _____ Não _____							
4. (a)	Se você for sexualmente ativo(a), você tem ou já teve dor ou sintomas durante ou depois da relação sexual?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre		_____	
4. (b)	Se você sente dor, isso o(a) faz evitar as relações sexuais?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
5.	Você sente dor associada a sua bexiga ou na pelve (vagina, vulva, abdome inferior, uretra, períneo, testículos ou escroto)?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre		_____	
6. (a)	Se você sente dor, ela geralmente é...		Leve	Moderada	Intensa		_____	
6. (b)	Sua dor o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
7.	Após ir ao banheiro, você ainda sente urgência para urinar?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre		_____	
8. (a)	Se você tem urgência para urinar, ela geralmente é...		Leve	Moderada	Intensa		_____	
8. (b)	Sua urgência para urinar o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
Escore dos sintomas (1, 2a, 4a, 5, 6a, 8a) – Subtotal							_____	
Escore de incômodo (2b, 4b, 6b, 8b) – Subtotal							_____	
Escore dos sintomas (1, 2a, 4a, 5, 6a, 8a) – Subtotal							_____	
Escore total (escore dos sintomas + escore de incômodo)							_____	

Questionário de dor pélvica e urgência miccional/polaciúria (PUF)
Interstitial Cystitis Foundation

Se o paciente estiver estável, um acompanhamento de 3 a 4 meses durante o primeiro ano é razoável. Pacientes que apresentam melhora apenas modesta precisarão ser acompanhados a cada 6 semanas enquanto seus medicamentos são ajustados ou alterados. Uma vez estáveis, podem seguir o intervalo de 3 a 4 meses descrito anteriormente, pelo menos durante o primeiro ano. Os pacientes devem ser questionados sobre os efeitos adversos, particularmente sobre quaisquer efeitos anticolinérgicos (por exemplo, xerostomia, constipação, midríase e retenção urinária). Os sintomas de dor devem ser medidos subjetiva ou objetivamente com uma escala visual analógica.

Testes adicionais no momento de uma exacerbação são muito úteis e podem garantir que nenhuma outra comorbidade tratável, como a infecção do trato urinário, um episódio de síndrome do intestino irritável ou endometriose, seja responsável pelos sintomas de dor pélvica ou disfunção miccional.

A indicação para clínicas de dor pode ser recomendada em alguns casos. Para os pacientes que apresentam uma história psiquiátrica estabelecida, aliar o tratamento a um psiquiatra pode ser benéfico para o médico e paciente.

A neuromodulação requer que se faça pelo menos uma verificação ao ano do funcionamento do dispositivo e da vida útil da bateria. Circunstâncias especiais requerem o explante do dispositivo (gravidez, necessidade de imagens de ressonância nuclear magnética exceto da cabeça).

Instruções ao paciente

Os pacientes precisam de suporte contínuo e devem entender que os sintomas dessa doença crônica aumentam e diminuem, e que há a possibilidade de que, mesmo com anos de inatividade, uma exacerbação possa ocorrer a qualquer momento. Se os pacientes apresentarem uma exacerbação de sintomas, serão encorajados a ligar para seu médico para pedir conselhos a uma enfermeira ou ao próprio médico, seja por telefone ou consulta. Os pacientes devem manter contato próximo com seu médico responsável e considerar um grupo de suporte se a doença e seus sintomas se tornarem insuportáveis. [\[Interstitial Cystitis Association\]](#)

Prognóstico

É uma doença crônica tipificada por exacerbações e remissões que apresentam graus de intensidade dos sintomas variáveis. Não há dados confiáveis que possam registrar a polaciúria e intensidade das exacerbações na população média de pacientes. Muitos pacientes apresentam dor constante por 5 anos ou mais. Às vezes, remissões prolongadas são possíveis, e a maioria dos pacientes se beneficia com a manutenção da terapia baseada nos sintomas primários (urgência miccional, dor, dispareunia). Pacientes de cistite intersticial (CI) ulcerativa podem ter remissão após a ressecção da úlcera e recidivas que exigem procedimentos de repetição. A imunossupressão de longa duração ainda está sendo investigada em alguns pacientes.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Chronic pelvic pain

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

América do Norte

Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome

Publicado por: American Urological Association

Última publicação em:
2014

Diretrizes de tratamento

Europa

Chronic pelvic pain

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

Management of bladder pain syndrome

Publicado por: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and the British Society of Urogynaecology

Última publicação em:
2016

América do Norte

Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome

Publicado por: Canadian Urological Association

Última publicação em:
2016

Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome

Publicado por: American Urological Association

Última publicação em:
2014

Asia

Japanese guideline for diagnosis and treatment of interstitial cystitis

Publicado por: Japanese Urological Association

Última publicação em:
2009

Recursos online

1. [National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases \(NIDDK\): your daily bladder diary](#) (*external link*)
2. [Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index \(ICSI-PI\)](#) (*external link*)
3. [Interstitial Cystitis Association](#) (*external link*)
4. [Safety, tolerability and efficacy study of LiRIS 400mg in women with interstitial cystitis](#) (*external link*)

Artigos principais

- Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, et al. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. J Urol. 2015;193:1545-1553. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. J Urol. 2007;177:450-456. [Erratum in: J Urol. 2007;177:2402.] [Resumo](#)
- European Association of Urology. Chronic pelvic pain. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
- van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. Eur Urol. 2008;53:60-67. [Resumo](#)
- Porru D, Tinelli C, Gerardini M, et al. Evaluation of urinary and general symptoms and correlation with other clinical parameters in interstitial cystitis patients. Neurourol Urodyn. 2005;24:69-73. [Resumo](#)
- Erickson DR, Tomaszewski JE, Kunselman AR, et al. Do the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases cystoscopic criteria associate with other clinical and objective features of interstitial cystitis? J Urol. 2005;173:93-97. [Resumo](#)
- Alagiri M, Chottiner S, Ratner V, et al. Interstitial cystitis: unexplained associations with other chronic disease and pain syndromes. Urology. 1997;49(5A suppl):52-57. [Resumo](#)

Referências

- Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, et al. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. J Urol. 2015;193:1545-1553. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. J Urol. 2007;177:450-456. [Erratum in: J Urol. 2007;177:2402.] [Resumo](#)
- European Association of Urology. Chronic pelvic pain. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
- van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. Eur Urol. 2008;53:60-67. [Resumo](#)
- Han E, Nguyen L, Sirls L, et al. Current best practice management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Ther Adv Urol. 2018 Mar 19;10(7):197-211. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Hanno P, Lin A, Nordling J, et al; Bladder Pain Syndrome Committee of the International Consultation on Incontinence. Bladder pain syndrome international consultation on incontinence. Neurourol Urodyn. 2010;29:191-198. [Texto completo](#) [Resumo](#)

7. Porru D, Tinelli C, Gerardini M, et al. Evaluation of urinary and general symptoms and correlation with other clinical parameters in interstitial cystitis patients. *Neurourol Urodyn*. 2005;24:69-73. [Resumo](#)
8. Curhan GC, Speizer FE, Hunter DJ, et al. Epidemiology of interstitial cystitis: a population based study. *J Urol*. 1999;161:549-552. [Resumo](#)
9. Sant GR, Hanno PM. Interstitial cystitis: current issues and controversies in diagnosis. *Urology*. 2001;57(6 suppl 1):82-88. [Resumo](#)
10. Clemens JQ, Meenan RT, Rosetti MC, et al. Prevalence and incidence of interstitial cystitis in a managed care population. *J Urol*. 2005;173:98-102. [Resumo](#)
11. Hanno PM. Interstitial cystitis-epidemiology, diagnostic criteria, clinical markers. *Rev Urol*. 2002;4 Suppl 1:S3-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Lewi H. Medical therapy in interstitial cystitis: the Essex experience. *Urology*. 2001;57(6 suppl 1):120. [Resumo](#)
13. Close CE, Carr MC, Burns MW, et al. Interstitial cystitis in children. *J Urol*. 1996;156:860-862. [Resumo](#)
14. Erickson DR, Probert KJ. Pregnancy and interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urol Clin North Am*. 2007;34:61-69. [Resumo](#)
15. Peters KM, Carrico DJ, Diokno AC. Characterization of a clinical cohort of 87 women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology*. 2008;71:634-640. [Resumo](#)
16. Peters KM, Kalinowski SE, Carrico DJ, et al. Fact or fiction: is abuse prevalent in patients with interstitial cystitis? Results from a community survey and clinic population. *J Urol*. 2007;178:891-895. [Resumo](#)
17. Tirlapur SA, Birch JV, Carberry CL, et al., on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of bladder pain syndrome. *BJOG* 2016; 124:e46–e72. [Texto completo](#)
18. Bullones Rodríguez MÁ, Afari N, Buchwald DS; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Working Group on Urological Chronic Pelvic Pain. Evidence for overlap between urological and nonurological unexplained clinical conditions. *J Urol*. 2013;189(suppl 1):S66-S74. [Resumo](#)
19. Shorter B, Leser M, Moldwin RM, et al. Effect of comestibles on symptoms of interstitial cystitis. *J Urol*. 2007;178:145-152. [Resumo](#)
20. Killinger KA, Boura JA, Peters KM. Pain in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: do characteristics differ in ulcerative and non-ulcerative subtypes? *Int Urogynecol J*. 2013;24:1295-1301. [Resumo](#)
21. Hillelsohn JH, Rais-Bahrami S, Friedlander JI, et al. Fulguration for Hunner ulcers: long-term clinical outcomes. *J Urol*. 2012;188:2238-2241. [Resumo](#)

22. Erickson DR, Tomaszewski JE, Kunselman AR, et al. Do the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases cystoscopic criteria associate with other clinical and objective features of interstitial cystitis? J Urol. 2005;173:93-97. [Resumo](#)
23. Ottem DP, Teichman JM. What is the value of cystoscopy with hydrodistension for interstitial cystitis? Urology. 2005;66:494-499. [Resumo](#)
24. Keay S. Cell signaling in interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Cell Signal. 2008;20:2174-2179. [Resumo](#)
25. Seth JH, Sahai A, Khan MS, et al. Nerve growth factor (NGF): a potential urinary biomarker for overactive bladder syndrome (OAB)? BJU Int. 2013;111:372-380. [Resumo](#)
26. Payne C, Allee T. Goal achievement provides new insights into interstitial cystitis/painful bladder syndrome symptoms and outcomes. Neurourol Urodyn. 2009;28:13-17. [Resumo](#)
27. Alagiri M, Chottiner S, Ratner V, et al. Interstitial cystitis: unexplained associations with other chronic disease and pain syndromes. Urology. 1997;49(5A suppl):52-57. [Resumo](#)
28. Clemens JQ, Meenan RT, O'Keeffe Rosetti MC, et al. Case-control study of medical comorbidities in women with interstitial cystitis. J Urol. 2008;179:2222-2225. [Resumo](#)
29. Peters K, Girdler B, Carrico D, et al. Painful bladder syndrome/interstitial cystitis and vulvodynia: a clinical correlation. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;19:665-669. [Resumo](#)
30. Yamada T, Sakai N, Murayama T, et al. Two cases of interstitial cystitis complicated with migraine [in Japanese]. Hinyokika Kiyo. 1999;45:61-64. [Resumo](#)
31. van de Merwe JP. Interstitial cystitis and systemic autoimmune diseases. Nat Clin Pract Urol. 2007;4:484-491. [Resumo](#)
32. Lee J, Doggweiler-Wiygul R, Kim S, et al. Is interstitial cystitis an allergic disorder? A case of interstitial cystitis treated successfully with anti-IgE. Int J Urol. 2006;13:631-634. [Resumo](#)
33. Kushner L, Moldwin RM. Efficiency of questionnaires used to screen for interstitial cystitis. J Urol. 2006;176:587-592. [Resumo](#)
34. Clemens JQ, Brown SO, Kozloff L, et al. Predictors of symptom severity in patients with chronic prostatitis and interstitial cystitis. J Urol. 2006;175:963-966. [Resumo](#)
35. Paulson JD, Delgado M. The relationship between interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain. JSLS. 2007;11:175-181. [Resumo](#)
36. Warren JW, Howard FM, Cross RK, et al. Antecedent nonbladder syndromes in case-control study of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Urology. 2009;73:52-57. [Resumo](#)
37. American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. December 2014. <https://www.auanet.org> (last accessed 22 May 2017). [Texto completo](#)

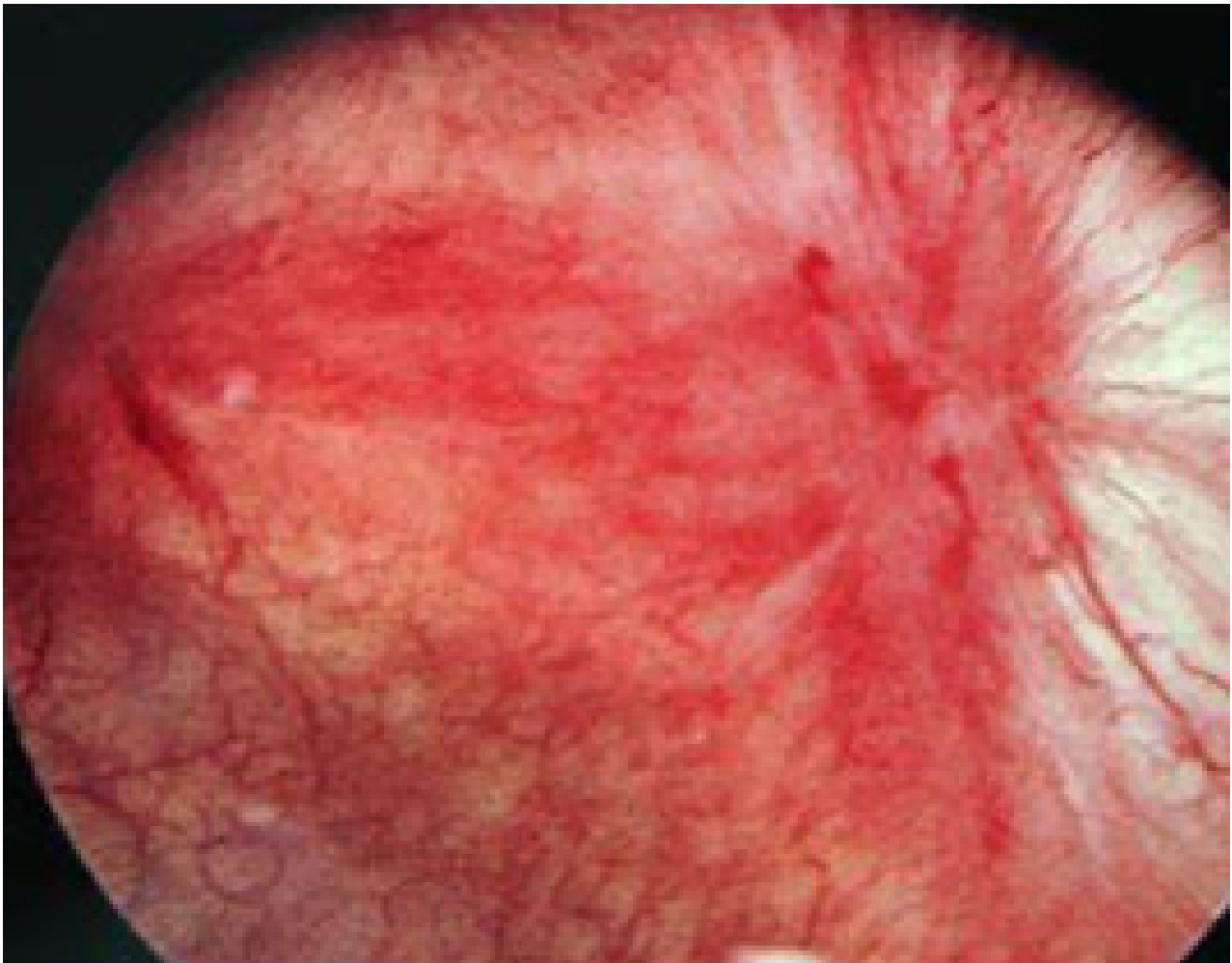
38. Cox A, Golda N, Nadeau G, et al. CUA guideline: diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Can Urol Assoc J*. 2016;10:E136-E155. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, et al. Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynaecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity. *Urology*. 2002;60:573-578. [Resumo](#)
40. O'Leary MP, Sant GR, Fowler FJ Jr, et al. The interstitial cystitis symptom index and problem index. *Urology*. 1997;49(suppl):58-63. [Resumo](#)
41. Probert KJ, Mayer RD, Wang Y, et al. Responsiveness of symptom scales for interstitial cystitis. *Urology*. 2006;67:55-59. [Resumo](#)
42. Geirsson G, Wang YH, Lindstrom S, et al. Traditional acupuncture and electrical stimulation of the posterior tibial nerve: a trial in chronic interstitial cystitis. *Scand J Urol Nephrol*. 1993;27:67-70. [Resumo](#)
43. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, et al; Interstitial Cystitis Database Study Group. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database study. *J Urol*. 1999;161:553-557. [Resumo](#)
44. Nickel JC, Barkin J, Forrest J, et al; Elmiron study group. Randomized, double blind, dose-ranging study of pentosan polysulfate sodium for interstitial cystitis. *Urology*. 2005;65:654-658. [Resumo](#)
45. Nickel JC, Herschorn S, Whitmore KE, et al. Pentosan polysulfate sodium for treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: insights from a randomized, double-blind, placebo controlled study. *J Urol*. 2015;193:857-862. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Amrute KV, Moldwin RM. Pharmacotherapy of interstitial cystitis in women. *Womens Health (Lond Engl)*. 2007;3:63-72.
47. Theoharides TC, Sant GR. Hydroxyzine therapy for interstitial cystitis. *Urology*. 1997;49(5A suppl):108-110. [Resumo](#)
48. Sant GR, Probert KJ, Hanno PM, et al. A pilot clinical trial of oral pentosan polysulfate and oral hydroxyzine in patients with interstitial cystitis. *J Urol*. 2003;170:810-815. [Resumo](#)
49. Pranikoff K, Constantino G. The use of amitriptyline in patients with urinary frequency and pain. *Urology*. 1998;51(suppl 5A):179-181. [Resumo](#)
50. van Ophoven A, Pokupic S, Heinecke A, et al. A prospective, randomized, placebo controlled, double-blind study of amitriptyline for the treatment of interstitial cystitis. *J Urol*. 2004;172:533-536. [Resumo](#)
51. van Ophoven A, Hertle L. Long term results of amitriptyline treatment for interstitial cystitis. *J Urol*. 2005;174:1837-1840. [Resumo](#)
52. Hansen HC. Interstitial cystitis and the potential role of gabapentin. *South Med J*. 2000;93:238-242. [Resumo](#)

53. Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, et al. Gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women (GaPP1): a pilot randomised controlled trial. PLoS One. 2016;11:e0153037. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
54. Sairanen J, Forsell T, Ruutu M. Long-term outcome of patients with interstitial cystitis treated with low dose cyclosporine A. J Urol. 2004;171:2138-2141. [Resumo](#)
55. Forrest JB, Payne CK, Erickson DR. Cyclosporine A for refractory interstitial cystitis/bladder pain syndrome: experience of 3 tertiary centers. J Urol. 2012;188:1186-1191. [Resumo](#)
56. Faculty of Pain Medicine; British Pain Society; Royal College of Nurses; et al. Core standards for pain management services in the UK. October 2015. <http://www.britishpainsociety.org/> (last accessed 22 May 2017). [Texto completo](#)
57. Nickel JC, Moldwin R, Lee S, et al. Intravesical alkalized lidocaine (PSD597) offers sustained relief from symptoms of interstitial cystitis and painful bladder syndrome. BJU Int. 2009;103:910-918.
[Resumo](#)
58. Nomiya A, Naruse T, Niimi A, et al. On- and post-treatment symptom relief by repeated instillations of heparin and alkalized lidocaine in interstitial cystitis. Int J Urol. 2013;20:1118-1122. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
59. Barua JM, Arance I, Angulo JC, et al. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of intravesical therapy for bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Int Urogynecol J. 2016;27:1137-1147. [Texto completo](#) [Resumo](#)
60. Smith CP, Radziszewski P, Borkowski A, et al. Botulinum toxin a has antinociceptive effects in treating interstitial cystitis. Urology. 2004;64:871-875. [Resumo](#)
61. Giannantoni A, Costantini E, Di Stasi SM, et al. Botulinum A toxin intravesical injections in the treatment of painful bladder syndrome: a pilot study. Eur Urol. 2006;49:704-709. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
62. Kuo HC, Jiang YH, Tsai YC, et al. Intravesical botulinum toxin-A injections reduce bladder pain of interstitial cystitis/bladder pain syndrome refractory to conventional treatment: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Neurourol Urodyn. 2016;35:609-614. [Resumo](#)
63. Bhide AA, Puccini F, Khullar V, et al. Botulinum neurotoxin type A injection of the pelvic floor muscle in pain due to spasticity: a review of the current literature. Int Urogynecol J. 2013;24:1429-1434. [Resumo](#)
64. Peters KM, Konstant D. Sacral neuromodulation decreases narcotic requirements in refractory interstitial cystitis. BJU Int. 2004;93:777-779. [Resumo](#)
65. Peters K, Killinger K, Boguslawski BM, et al. Chronic pudendal neuromodulation: expanding available treatment options for refractory urologic symptoms. Neurourol Urodyn. 2010;29:1267-1271. [Resumo](#)
66. Fariello JY, Whitmore K. Sacral neuromodulation stimulation for IC/PBS, chronic pelvic pain, and sexual dysfunction. Int Urogynecol J. 2010;21:1553-1558. [Resumo](#)

67. van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2003;43:158-163. [Resumo](#)
68. Lee CL, Kuo HC. Intravesical botulinum toxin A injections do not benefit patients with ulcer type interstitial cystitis. *Pain Physician.* 2013;16:109-116. [Resumo](#)
69. Peters KM, Jaeger C, Killinger KA, et al. Cystectomy for ulcerative interstitial cystitis: sequelae and patients' perceptions of improvement. *Urology.* 2013;82:829-833. [Resumo](#)
70. Yang TX, Luo DY, Li H, et al. Is urethrectomy necessary during cystectomy in patients with interstitial cystitis or bladder pain syndrome? *Urology.* 2016;97:73-79. [Resumo](#)
71. Nickel JC, Egerdie B, Davis E, et al. A phase II study of the efficacy and safety of the novel oral SHIP1 activator AQX-1125 in subjects with moderate to severe interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *J Urol.* 2016;196:747-754. [Resumo](#)

Imagens

IMAGES



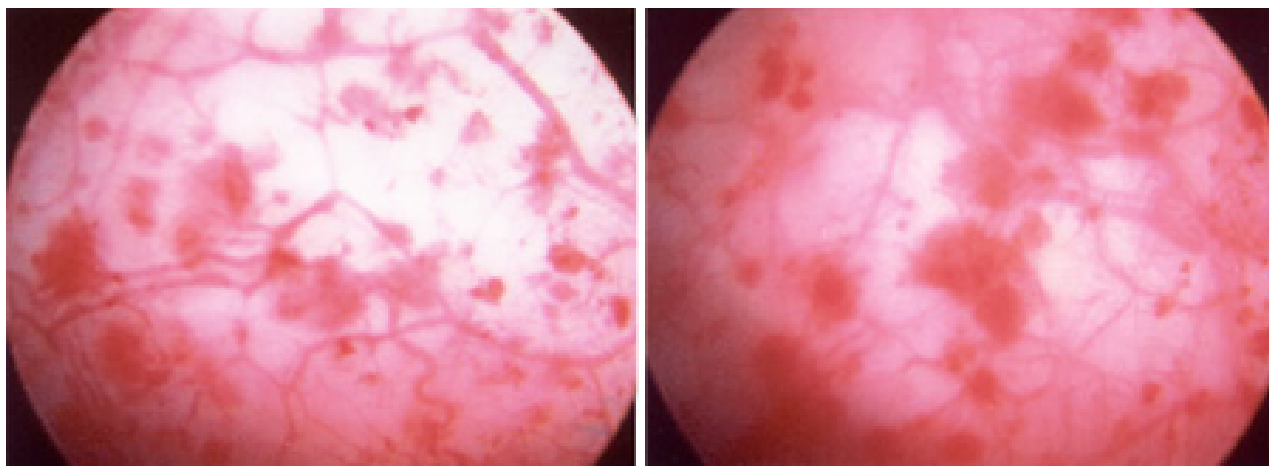


Figura 2: Glomerulações: hemorragias observadas após hidrodistensão cistoscópica diagnóstica

Do acervo pessoal de Serge P. Marinkovic, MD

		Pontos					Escore dos sintomas	Escore de incômodo
		0	1	2	3	4		
1.	Quantas vezes você vai ao banheiro durante o dia?	3 – 6	7 – 10	11 – 14	15 – 19	20+	_____	
2. (a)	Quantas vezes você vai ao banheiro à noite?	0	1	2	3	4+	_____	
2. (b)	Se você acordar para ir ao banheiro à noite, isso o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
3.	Você é sexualmente ativo(a) atualmente?							
	Sim _____ Não _____							
4. (a)	Se você for sexualmente ativo(a), você tem ou já teve dor ou sintomas durante ou depois da relação sexual?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre		_____	
4. (b)	Se você sente dor, isso o(a) faz evitar as relações sexuais?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
5.	Você sente dor associada a sua bexiga ou na pelve (vagina, vulva, abdome inferior, uretra, períneo, testículos ou escroto)?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre		_____	
6. (a)	Se você sente dor, ela geralmente é...		Leve	Moderada	Intensa		_____	
6. (b)	Sua dor o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
7.	Após ir ao banheiro, você ainda sente urgência para urinar?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre		_____	
8. (a)	Se você tem urgência para urinar, ela geralmente é...		Leve	Moderada	Intensa		_____	
8. (b)	Sua urgência para urinar o(a) incomoda?	Nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre			_____
Escore dos sintomas (1, 2a, 4a, 5, 6a, 8a) – Subtotal							_____	
Escore de incômodo (2b, 4b, 6b, 8b) – Subtotal							_____	
Escore dos sintomas (1, 2a, 4a, 5, 6a, 8a) – Subtotal							_____	
Escore total (escore dos sintomas + escore de incômodo)							_____	

Figura 3: Questionário de dor pélvica e urgência miccional/polaciúria (PUF)

Interstitial Cystitis Foundation

Alimentos	Evitar	Pode tentar
Carne e peixe	Peixe e carne envelhecida, curada, enlatada ou defumada. Carnes/peixe que contêm nitratos ou nitritos.	Frango e carnes/peixe não processados.
Frutas	Maçãs, damascos, abacates, bananas, melões cantaloupe, frutas cítricas, cranberries, uvas, nectarinas, pêssegos, abacaxis, ameixas, romãs, ruibarbo e morangos.	Melões, mirtilos e peras.
Vegetais	Limão, fava ou soja; tofu, cebolas e tomates.	Tomates cultivados em casa e outros vegetais.
Bebidas	Álcool e bebidas gaseificadas, café, chá e sucos de fruta (frutas cítricas e cranberries).	Água sem gás e café/chá descafeinado.
Nozes	Maioria das nozes.	Amêndoas e castanhas de caju.
Carboidratos	Massa com fermentação e pães de centeio.	Outros pães, massas, batatas e arroz.
Temperos	Catchup, maionese, mostarda e molhos picantes; comidas chinesa, indiana, mexicana e tailandesa; molho de soja, vinagre e todos os molhos de salada.	Alho e manjeriço.
Conservantes	Glutamato monossódico (GMS), aspartame (NutraSweet), sacarina, álcool benzílico, ácido cítrico e corantes artificiais.	
Outros	Cigarro, cafeína, pílulas para emagrecer, junk food (alimento rico em calorias de baixo valor nutritivo) e medicamentos para alergia ou resfriado com efedrina ou pseudoefedrina, além de drogas recreativas.	

Figura 4: Alimentos e bebidas que os pacientes com cistite intersticial (CI) devem tentar consumir ou devem evitar

Do acervo pessoal de Serge P. Marinkovic, MD

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

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Kenneth M. Peters, MD

Professor and Chairman

Department of Urology, Oakland University William Beaumont School of Medicine, Chair, Department of Urology, Beaumont Health System, Royal Oak, MI

DIVULGAÇÕES: KMP declares that he has worked as a consultant for Taris, Inc and Amphora Medical, and as a consultant and equity owner for StimGuard.

Lauren Tennyson, MD

Urology Fellow

Department of Urology, Beaumont Health, Royal Oak, MI

DIVULGAÇÕES: LT declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Kenneth M. Peters and Dr Lauren Tennyson would like to gratefully acknowledge Dr Natalie Gaines, Dr Serge P. Marinkovic, Dr Robert Moldwin, Dr Stuart L. Stanton, Dr Lisa M. Gillen, Dr Christina Marinkovic, and Dr Michael Ehlert, the previous contributors to this topic. NG, SPM, RM, SLS, LMG, CM, and ME declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Nissrine Nakib, MD

Assistant Professor

Director of Female Urology and Urodynamics, University of Minnesota, Minneapolis, MN

DIVULGAÇÕES: NN declares that she has no competing interests.

Neil Baum, MD

Urologist

Touro Medical Office, New Orleans, LA

DIVULGAÇÕES: NB declares that he has no competing interests.

James Malone-Lee, MD, FRCP

Professor of Medicine

Department of Clinical Physiology, Division of Medicine, Whittington Campus, University College London Medical School, London, UK

DIVULGAÇÕES: JML declares that he has no competing interests.

Charles Butrick, MD

Director

The Urogynecology Center, Overland Park, KS

DIVULGAÇÕES: CB declares that he has no competing interests.