

Dor Pelviperineal

Pelviperineal pain

Lin Tchia Yeng*, Manoel Jacobsen Teixeira**, Arthur Ungaretti Jr.***,
Helena H. Kaziyama****, Betty Boguchwal*****

Lin, T.Y., Teixeira, M.J., Ungaretti Jr., A., Kaziyama, H.H., Boguchwal, B. Dor pelviperineal. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):351-74, 2001.

RESUMO: Dor pelviperineal crônica é condição comum especialmente nos indivíduos do sexo feminino. Muito freqüentemente, anormalidades viscerais eventualmente identificadas aos exames complementares não justificam a sua ocorrência. Em grande número de enfermos, afecções músculo-esqueléticas, especialmente as síndromes dolorosas miofasciais do assoalho pélvico e da parede abdominal e neuropatias são a razão da ocorrência de dor pelviperineal crônica. O tratamento da dor pélvica crônica visa à remoção das causas possíveis e ao controle funcional da condição sintomática. Medicamentos analgésicos e adjuvantes, procedimentos de medicina física e de psicoterapia são freqüentemente indicados no tratamento das algias crônicas pelviperineais. As intervenções neuroanestésicas e neurocirúrgicas são indicadas em casos especiais.

DESCRITORES: Dor/diagnóstico. Dor/etiologia. Doença crônica. Dor pélvica/diagnóstico. Manifestações neurológicas. Síndromes da dor miofascial/diagnóstico. Vísceras/patologia. Diagnóstico diferencial.

INTRODUÇÃO

Dor pelviperineal é importante motivo de procura de assistência médica na prática urológica, ginecológica e proctológica^{5,7,34}. Pode ser localizada, generalizada na região pelviperineal ou referida na região anterior e posterior da

coxa, região glútea e abdominal e lombar, superficial ou profunda, de origem somática visceral, somática não visceral, somática neuropática ou psicogênica. Grande número de vísceras que compõem a pelve e o amplo arcabouço músculo-esquelético que as sustenta e constitui

* Médica Fisiatra do Centro de Dor e da Divisão de Medicina Física do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

** Neurocirurgião. Prof. Dr. do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

*** Neurocirurgião, pesquisador do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**** Médica Fisiatra da Divisão de Medicina Física do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

***** Psicóloga do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Oscar Freire, 1380. Apto. 74. Pinheiros. São Paulo, SP.

Edição Especial

seu envoltório pode também ser sede de afecções algicas, o que justificativa o fato de a dor pélvica apresentar expressões e etiologias variadas⁸⁹. A dor pelviperineal pode decorrer de afecções viscerais abdominais e ou pélvicas ou afecções sistêmicas, iatrogenias resultantes de intervenções terapêuticas ou procedimentos de investigação, condições secundárias ou relacionadas direta ou indiretamente às afecções pelviperineais primárias ou ao comportamento adotado como resposta à ocorrência de dor, ou pode não estar relacionada com condições aparentes^{5,17}. Apesar de a dor pélvica crônica (DPC) ser bastante comum, sua real incidência e prevalência não foram estabelecidas. Mulheres apresentam risco de 5% de desenvolvimento de DPC. Quando há antecedentes de doenças pélvicas inflamatórias, a possibilidade de ocorrência de DPC eleva-se para 20%⁷⁷. Estima-se que 30% a 50% das 45 milhões mulheres em idade fértil nos Estados Unidos da América (EUA) sofre dismenorréia ou dor cíclica⁸². No Brasil, 10% das consultas ginecológicas e 33% das laparoscopias são realizadas devido à DPC. Em um outro estudo, de 5263 mulheres com variando de 18 a 50 anos, verificou-se que 14,7% apresentou DPC. Dor pélvica é causa de absenteísmo no trabalho em 15% dos casos reduz a produtividade em 45%, limitação para as atividades no lar em 11% e para atividades sexuais em 11,9%. Implicava no uso de medicamentos analgésico 15,8% dos casos e resultava em pelo menos perda de um dia de trabalho em 3,9%⁵⁵. Vários procedimentos invasivos como laparoscopia e histerectomia são realizados para diagnóstico e ou tratamento da DPC. Aproximadamente 25% dos doentes com DPC são submetidas à histerectomia sem resolução do quadro doloroso⁶¹. Segundo outro estudo envolvendo 581 mulheres na idade fértil atendida em serviços de assistência primária, a dor (não dismenorréica, dispareunia ou intestinal) foi referida por 39,1% das doentes em algum período de suas vidas, em 11,7% dos indivíduos a dor durou mais que 5 dias ao mês ou mais de um dia⁸³.

Os custos do tratamento estimados da DPC em doentes de ambulatorios nos Estados Unidos da América são de US\$ 881,5 milhões por ano⁵⁵. Os custos psicossociais em termos de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e intervenções ineficientes são inestimáveis⁹⁶. Na Inglaterra, a incidência anual de DPC é cerca de 14.000 casos e a prevalência de 350 mil. O custo calculado pelo Serviço Nacional de Saúde no diagnóstico e tratamento das mulheres com DPC é de aproximadamente 158 milhões de libras esterlinas ao ano, ou seja, 0,6% do total gasto em 1990 e 1991⁸⁹.

A dor pode ser de origem visceral, somática não visceral, somática, neuropática ou psicogênica^{34,83}. Não raramente, a dor surge após procedimentos operatórios. Nestas eventualidades, neuropatias traumáticas dolorosas

podem somar-se à SDM^{78,81,86}. A intensidade e as características da dor pelviperineal podem modificar-se frente a numerosos estímulos ou influências externas e internas, como ovulação, menstruação, atividade física e ou sexual, defecação, micção, afecções sistêmicas e ou condições climáticas⁵⁹. Afecções sistêmicas podem também gerar dor perineal ou pélvica^{8,15,17,34,71,83}. Há evidências de que transtornos emocionais interagem com maior significado na expressão da dor pelviperineal que na dor oriunda de outras regiões do organismo. Em menos de 1% dos doentes, a causa é psicogênica; há, entretanto, grande influência de fatores psicocomportamentais na origem e/ou perpetuação do quadro doloroso^{94,95}. Frequentemente, causas concorrem para a sua ocorrência⁵. A qualidade de vida dos doentes com dor pelviperineal crônica é frequentemente bastante comprometida. As intervenções multi e interdisciplinares devem ser instituídas precocemente para proporcionar resultados satisfatórios^{24,26,41,61,83,96}.

ANATOMIA DA PELVE

A pelve é constituída pelos ossos ilíacos, ísquio e púbis que se reúnem na região do acetábulo. Apresenta conjunto de articulações e ligamentos e articula-se com a quinta vértebra lombar, através do ligamento iliolumbal e com o sacro e o cóccix através dos ligamentos sacrotuberoso e sacroespinhoso. Os ossos púbicos juntam-se na região anterior da linha média da pelve, onde formam a articulação cartilaginosa da sínfise púbica. A pelve é delimitada por linha imaginária entre as espinhas ilíacas ântero-superiores. O segmento maior é denominado de pelve falsa, enquanto o caudal, menor é denominado de pelve verdadeira. A pelve óssea e os ligamentos associados contribuem para a formação de forames através dos quais transitam nervos, músculos, vasos sanguíneos e vísceras. Externamente é revestida por tecidos moles. A superfície interna da pelve é revestida pelos músculos piriforme e obturador. Na parte inferior estão inseridos os músculos coccígeo e o elevador do ânus. O músculo elevador do ânus é constituído pelos ramos isquiococcígeo, puborretal e iliococcígeo. Os músculos e as aponeuroses fecham o estreito inferior da bacia e constituem internamente o diafragma pélvico e o diafragma urogenital que entram na constituição do assoalho pélvico. Os músculos elevadores do ânus delimitam a região pélvica e a perineal formando a quase totalidade do diafragma pélvico. A fásia visceral da pelve reveste e sustenta as vísceras pélvicas. Continua-se abaixo com a fásia que reveste a superfície dos músculos elevadores do ânus e coccígeo e, lateralmente, com a fásia parietal da pelve. No espaço pélvico encontramos estruturas tais como: parte do intestino delgado, sigmóide, reto, ureter, bexiga, útero e

anexos, nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. Os ligamentos uterinos (anterior, posterior, largo, redondo e cervical transverso) atuam como mecanismo de suporte para o útero, ajudando a manter estruturas em posição normal. A região do períneo é dividida em região anterior, o triângulo urogenital, e a região posterior denominada de triângulo anal. Os músculos perineais são o esfíncter anal externo, o esfíncter anal interno, o elevador do ânus, o superficial transverso do períneo, o bulbo-esponjoso (bulbocavernoso), o ísquio-cavernoso, o profundo transverso e o esfíncter uretral. Há diferença anatômica perineal entre o sexo feminino e masculino devido à disposição e volume da genitália externa⁸⁹.

ANATOMIA DA INERVAÇÃO DAS ESTRUTURAS PELVIPERITONIAIS

A representação sensitiva das vísceras e estruturas pelviperineais é muito ampla. As regiões caudais da parede abdominal e genitais externos são inervadas pelos nervos ílio-hipogástricos, ílio-inguinais e gênitico-femorais, que se projetam na medula espinal no segmento torácico (T) T₁₂

e lombares (L) L₁ e L₂. A sensibilidade do terço distal da vagina e do períneo é veiculada pelos nervos pudendos, que se projetam nos segmentos sacrais (S) S₂ a S₄. A porção distal dos ureteres, o trígono vesical, a uretra posterior, o reto, o cólon sigmóide e o tecido conjuntivo de sustentação e de revestimento adjacentes são inervados por elementos que compõem o plexo pélvico e que alcançam a medula espinal fazendo sinapses nos segmentos S₂, S₃ e S₄. O colo e fundo uterinos, a porção medial das trompas, ligamentos largos, o fundo da bexiga, intestino delgado distal, o ceco e a apêndice cecal são inervados pelos aferentes viscerais que acompanham os plexos simpáticos uterinos, plexo hipogástrico inferior, nervos hipogástricos, plexo hipogástrico superior, plexo mesentérico inferior, cadeia simpática lombar e torácica caudal que alcançam os segmentos T₁₀ a T₁₂ e L₁ da medula espinal. Os ovários e os dois terços laterais das trompas e o mesossalpinge são inervados pelos elementos que compõem o plexo ovariano e mesentérico inferior que se projetam nos segmentos T₁₀ a T₁₂ da medula espinal. A inervação vesical, uretral e das vísceras proctológicas é também densa e complexa (Quadro 1)^{6,80}.

Quadro 1 - Elementos nervosos relacionados à inervação das estruturas pélvicas^{17,75}

1. Plexo lombo-sacral (ramos anteriores de L ₁ a L ₅ e S ₁ a S ₄): a) Ramos musculares (m.) (m. quadrado lombar, m. psoas maior e menor); b) Nervo ílio-hipogástrico (m. transverso abdominal e oblíquo interno, peritônio, tegumento da porção lateral e rostral da crista ilíaca); c) Nervo ílio-inguinal (m. da parede abdominal, peritônio, tegumento da porção súpero-medial das coxas, região pudenda e grandes lábios); d) Nervo obturador (m. obturador e adutor, tegumento da face medial das coxas)
2. Plexo pélvico (ramos anteriores de L ₄ e L ₅ , S ₁ a S ₃): a) Ramos musculares (m. piriforme e m. obturador interno)
3. Plexo pudendo (ramos anteriores de S ₁ a S ₄): a) Ramos musculares (m. elevador do ânus e m. coccígeo); b) Ramos viscerais (nervos hemorroidários médios, nervo vesical inferior e vaginal; reto, vagina, bexiga)
4. Sistema nervoso neurovegetativo: a) Plexo pélvico (segmento inferior do colo do útero, ligamentos cérvico-sacrais, terço rostral da vagina trígono, vesical, uretra posterior, reto, cólon sigmóide); b) Plexo hipogástrico (fundo uterino, terço medial das trompas, mesossalpinge, ligamento largo, fundo vesical, ceco, apêndice); c) Plexo aórtico (ovários, 2/3 laterais das trompas, ureter pélvico).

ETIOLOGIAS DA DOR PELVIPERITONIAL

As síndromes dolorosas podem ser classificadas de acordo com a natureza das estruturas acometidas e de acordo com a duração do quadro algico⁵⁸. Quanto à estrutura que sedia o mecanismo primordial para a sua ocorrência, a dor pode ser classificada como somática ou psicogênica⁷⁹.

A dor somática pode ser resultado de mecanismos de ativação e sensibilização das unidades nociceptivas periféricas e centrais (dor por nocicepção) ou da desafereção das unidades supressoras (dor por desafereção). Habitualmente, ambos os fenômenos

coexistem⁸². A dor pelviperineal pode ser gerada por lesões ou disfunções de numerosos órgãos e estruturas localizadas na pelve, de natureza ginecológica, urológica, gastroenterológica, peritonal, vascular, neurológica, ligamentar, muscular, articular ou de estruturas distantes, representadas por afecções sistêmicas inflamatórias, metabólicas ou de transtornos psicológicos^{34,80}. Portanto, o exame clínico e complementar para identificar anormalidades viscerais, músculo-esqueléticas e neuropáticas regionais e à distância, primárias ou secundárias, focais ou sistêmicas, é necessário nestes casos. A intensidade e as características da dor pelviperineal podem modificar-se frente a numerosos

Edição Especial

estímulos ou influências externas e internas, como ovulação, menstruação, atividade física e ou sexual, defecação, micção, afecções sistêmicas e ou condições climáticas. Há evidências de que transtornos emocionais interagem com maior significado na expressão da dor pelviperineal que na dor oriunda de outras regiões do organismo⁹. Os estímulos nociceptivos oriundos das vísceras e a tensão emocional podem ocasionar, como reação reflexa víscero-somática, hiperatividade e tensão na musculatura da parede abdominal, região tóraco-lombar, glútea, períneo e ou membros inferiores, do que resulta a instalação das síndromes dolorosas miofasciais (SDM) regionais^{3,93}.

Visceropatias

Afecções viscerais gastrenterológicas, coloproctológicas, urológicas, ginecológicas, peritoniais e vasculares decorrentes de fenômenos mecânicos, discinéticos, infecciosos, químicos ou inflamatórios podem causar dor pelviperineal^{1,9,13,18,24,30,31,40,65,67,76}. A dor irradiada para a região superior do abdômen não é primariamente de causa ginecológica, a não ser que haja comprometimento

associado de outros órgãos (vísceras digestivas ou urológicas). Quando a dor é lombar, lombo-ílica ou lombossacral, deve-se investigar doença articular ou miofascial⁶. A dor irradiada para a face anterior das coxas pode ser de origem neurológica, visceral ou músculo-esquelética e a irradiada para a face posterior dos membros inferiores geralmente é decorrente de neuropatias ou de afecções músculo-esqueléticas⁴⁸. A dor de origem visceral ginecológica, proctológica e urológica geralmente é referida tanto na região ventral e ou dorsal da pelve⁵⁴. A área da dor referida usualmente não ultrapassa, ventralmente, o limite demarcado pelo plano que tangencia as espinhas ílicas ântero-superiores; dorsalmente, projeta-se na metade superior do sacro e nas regiões glúteas. Pode ser referida em regiões situadas a meio caminho entre a zona anterior e posterior. Quando o estímulo restringe-se às vísceras, peritônio visceral e ou tecido conjuntivo retroperitoneal, a dor é referida, vaga e difusa¹³. Quando há irritação das estruturas peritoneais parietais, a dor é localizada na região dos envoltórios que as cobrem⁸⁰. A dor de origem músculo-esquelética pode ser referida nas mesmas regiões de referência da dor visceral (Quadro 2)⁵⁴.

Quadro 2 - Território de distribuição da dor referida das estruturas pélvicas e abdominais

Órgão	Território de dor referida ou projetada
Corpo uterino	hipogástrico, região sacral e ou glútea, face medial e anterior das coxas
Trompas e ovários	abdômen superior e os pontos médio-inguinais, face anterior e medial das coxas
Colo uterino	fossas ílicas, região sacral e ou glútea
Paramétrio e peritônio pélvico	fossas ílicas
Ligamentos útero-sacros	região sacral inferior
Vesícula biliar, estômago, intestino delgado, ceco, apêndice e cólon sigmóide	região mediana subesternal, região umbilical, hipogástrico
Reto	região mediana infra-umbilical
Trígono vesical e uretra	região sacral inferior, coxas, períneo e ou face posterior dos membros inferiores
Fundo vesical	região inferior do abdômen
Ligamentos, ossos músculos, raramente estruturas viscerais pélvicas	região lombar, sacral e glútea
Raízes e plexos nervosos lombares e sacrais	face posterior das coxas, regiões glúteas e ou períneo posterior
Diafragma	ombros
Vasos pélvicos	hipogástrico, região sacral e glútea, face medial e ou anterior das coxas

Freqüentemente, apesar do tratamento adequado das afecções viscerais, a síndrome algica persiste. Não são raras as situações em que as mulheres com DPC acreditam que procedimentos operatórios ginecológicos possam curar a dor. Apesar de diversos tratamentos clínicos e mesmo operatórios, as dores persistem

cronicamente⁹⁰. Aproximadamente 60% das doentes submetidas à laparoscopia devido à dor pélvica não aprensam anormalidades que se relacionem à dor. Reiter e Gambone (1990)⁷⁵ avaliaram 183 mulheres com DPC em que a laparoscopia não revelou alterações anatômicas. Concluíram que a síndrome dolorosa miofascial (SDM)

era a causa mais comum de DPC, seguida de dor cíclica atípica, afecções gastrointestinais, urológicas, infecciosas e congestão vascular pélvica.

a. Lesões do peritônio

a.1. *Peritonites*. São causadas por agentes infecciosos, químicos ou inflamatórios. Como não há separação entre a cavidade abdominal e pélvica, lesões peritoneais de uma freqüentemente acometem a vizinha. Dentre as nosologias, citam-se a perfuração de vísceras digestivas, vias urinárias, hemorragias intra-abdominais, contaminação do peritônio por infecções de vísceras abdominais ou por disseminação de infecções sistêmicas. Clinicamente, manifestam-se como dor abdominal difusa que mantém os doentes imobilizados. O deslocamento das estruturas intra-abdominais ou da parede abdominal gera desconforto intenso e vômitos. Diarréia e disúria podem ocorrer quando a peritonite é causada por apendicite. Bloqueio ou alentecimento do trânsito digestivo pode estar associado a náuseas, vômitos, diarréia e gastroenterragia, fotofobia e cefaléia e sugerem quadros virais. Havendo bloqueio do sítio lesional, a dor, originalmente difusa, localiza-se sobre a estrutura inflamada. Dor nos ombros sugere irritação diafragmática ou peritônio. Febre moderada ou baixa é habitual e febre elevada, toxemia e choque são quadros graves. Febre, toxemia, taquicardia, sudorese e falência vasomotora, hipertonia e rigidez da parede abdominal, descompressão brusca dolorosa, distensão abdominal e abolição dos ruídos hidroaéreos são os achados habituais nestes casos. O hemograma pode apresentar padrão infeccioso. A radiografia do abdômem pode demonstrar coleções líquidas e aéreas no interior das vísceras digestivas ocas ou coleções livres na cavidade abdominal, edema de alças intestinais e distensão do cólon e do intestino delgado. O exame pelo ultrassom pode auxiliar o diagnóstico. O tratamento consiste da correção das anormalidades hidroeletrólíticas e hemodinâmicas; sondagem nasogástrica e eliminação do fator causal, o uso de antibióticos quando a etiologia for bacteriana e emprego de medicação analgésica⁶⁹.

a.2. *Aderências peritoneais*. As aderências peritoneais são comuns após quadros infecciosos, inflamatórios e traumáticos intra-abdominais. A correlação entre a ocorrência de aderências peritoneais e dor abdominal e pélvica é controversa; nem a localização específica nem a densidade das aderências correlacionam-se com a presença de sintomas dolorosos. Apesar de ter sido evidenciada a maior freqüência de aderências peritoneais em mulheres com dor pélvica, não existe correlação entre a presença de aderências pélvicas em mulheres com e sem dor, a não ser quando há obstrução

de vísceras ocas ou quando há acentuada distorção tecidual. Freqüentemente mulheres com aderências é submetida a procedimentos cirúrgicos desnecessários para o tratamento da dor. Às vezes, a laparoscopia evidencia redução da mobilidade de órgãos pélvicos ou aumento dos anexos. A laparoscopia diagnóstica é recomendada quando há dúvidas sobre fator somático responsável pela dor⁷⁰.

b. Afecções gastroenterológicas

b.1. *Gastroenterocolite aguda*. Caracteriza-se pela ocorrência de diarréia, náuseas e vômitos, febre baixa ou moderada e sinais de defesa da parede abdominal. A linfadenite mesentérica é mais freqüente em crianças e adultos jovens e está associada a infecções virais respiratórias. O quadro clínico pode ser superponível ao da apendicite. O hemograma pode ser normal ou revelar linfocitose.

b.2. *Apendicite aguda*. Manifesta-se como dor epigástrica, náuseas, vômitos, febre e anoxeria. Após algumas horas, a dor deloca-se para a fossa ilíaca direita, tornando-se localizada, acentuando-se à movimentação, à tosse e à deambulação. Freqüentemente há interrupção da atividade intestinal. Os sinais clínicos são menos evidentes nos idosos e obesos. Dor à palpação, hipertonia da parede abdominal e descompressão dolorosa da fossa ilíaca direita são achados habituais. Os ruídos hidroaéreos são normais ou reduzidos e o exame pelvi-retal pode ser normal. Diferença entre a temperatura axilar e retal costuma ser observada. Quando o apêndice é retrocecal, o exame clínico pode ser inexpressivo, quando pélvico, a dor abdominal é mal localizada e mas as náuseas e vômitos são proeminentes e há diarréia e disúria. O exame proctológico revela dor à palpação da parede retal com o passar do tempo, surgem sinais de peritonite, caracterizadas por rigidez abdominal, distensão abdominal e paralisia do trânsito intestinal e aumento da temperatura retal.

b.3. *Obstrução Intestinal*. Traduz-se pela ocorrência de interrupção do trânsito intestinal. Pode ser decorrente do bloqueio do trânsito intestinal por tumores, infecções, inflamações, aderências, hérnias da parede abdominal, infecções e inflamações peritoneais, carcinomatose e peritoneal, lesões peritoneais por radioterapia, endometriose, etc. Quando há estrangulamento das alças, surge febre, dor abdominal contínua, hipertermia e rigidez da parede abdominal. Os ruídos hidroaéreos inicialmente estão aumentados; quando a obstrução é colônica, os vômitos ocorrem tardiamente, e quando a oclusão ou sub-occlusão é proximal, precocemente. A radiografia revela distensão de alças e

Edição Especial

do estômago. Leucocitose pode estar presente, em caso de sofrimento de alças intestinais. Observação e manutenção de sonda nasogástrica aberta para aliviar a distensão abdominal habitualmente permitem a resolução do quadro clínico em casos de sub-oclusão. A cirurgia pode ser necessária para eliminação do agente obstrutivo ou para a ressecção de estruturas lesadas.

b.4. *Hérnias encarceradas ou estranguladas.* Caracterizam-se pela presença de massa dolorosa e tensa na região umbilical e, menos freqüentemente, em outras áreas da parede abdominal, região lombar ou glútea. Muitos doentes apresentam história de herniações dolorosas crônicas. O tratamento consiste na redução manual do tecido herniado e, quando clinicamente as condições clínicas o permitirem, da correção do defeito da parede abdominal em regime de cirurgia eletiva. Em casos de hérnia estrangulada, está indicada a cirurgia visando à correção do defeito da parede e à ressecção do tecido herniado desvitalizado.

b. 5. *Diverticulite.* A inflamação aguda de um ou vários divertículos colônicos causa dor abdominal, principalmente na fossa ilíaca esquerda, distensão do abdômen, náuseas, anorexia, e obstipação entremeada com evacuações freqüentes, às vezes de fezes sanguinolentas e febre. O exame clínico revela hipertonia da parede abdominal e massa dolorosa palpável geralmente na fossa ilíaca esquerda, na região suprapúbica ou em faixa transversal no abdômen. Disúria está presente quando o cólon é justaposto à bexiga. Fístula colo-vesical, abscesso paracolônico, peritonite e suboclusão do cólon ou do intestino delgado devida a aderências entre as alças podem ocorrer. Em jovens, a diverticulite do ceco pode originar quadro clínico superponível ao da apendicite. A diverticulite é assintomática em muitos indivíduos. O hemograma revela leucocitose e neutrofilia. A doença diverticular pode se assintomática ou causar dor crônica e intermitente na região inferior do abdômen, associadamente ou não a episódios de distensão abdominal. A perfuração ou a inflamação do divertículo de Meckel pode ser causa de dor na região infra-umbilical e de peritonite³².

b.6. *Síndrome do cólon irritável.* Ocorre geralmente em indivíduos poliqueixosos e deprimidos geralmente na terceira ou quarta décadas. Manifesta-se como mal-estar ou cólicas ou dor na fossa ilíaca esquerda ou região hipogástrica, alternância entre obstipação e diarreia, presença de muco sem sangue nas fezes, episódios de distensão abdominal por gases, náuseas, vômitos, dispepsia, lombalgia e exacerbação da dor com eventos que aumentam a motilidade gastrointestinal como

ansiedade, depressão, menstruação e dieta rica em gorduras. Às vezes pode haver urgência miccional, disúria, dismenorréia, dispareunia. A evolução é crônica e recorrente. Não há doença demonstrável ao exame proctológico. Transtornos ansiosos, depressões, histeria, agressividade e hipertonia da parede abdominal são comuns. O exame coprológico e os exames complementares são normais. O tratamento consiste do emprego de dieta contendo resíduos, uso de medicamentos que aumentem o volume do bolo fecal, adequação do uso de líquido na dieta e de antiespasmódicos e correção dos transtornos afetivos. É uma das causas mais comuns de dor abdominal no hipogástrico e parece estar presente em até 60% das avaliações ginecológicas para DPC.

b.7. *Doenças oncológicas proctológicas.* A sintomatologia depende da extensão e localização da lesão. A dor resulta da obstrução intestinal ou da invasão dos tecidos vizinhos ao cólon. Nos tumores de cólon esquerdo, a obstrução intestinal é mais freqüente que nos do cólon direito. Os do ceco e do cólon ascendente causam dor na fossa ilíaca direita e anemia. Os tumores do reto causam dor pélvica, quando invadem o tecido conjuntivo perivisceral, ossos, vasos e o tecido nervoso. A lesão actínica da bexiga e das fibras nervosas periféricas pélvicas pode contribuir para a ocorrência da dor nestas eventualidades. A dor é referida ao períneo e sacro^{2,31}.

b. 8. *Doença de Crohn.* Caracteriza-se pela ocorrência de febre, perda de peso, diarreia, distensão abdominal, hipertonia global ou localizada da parede abdominal e dor na região inferior do abdômen. Fístulas entre as alças intestinais acometidas e estruturas vizinhas como parede abdominal, bexiga e períneo podem ser observadas durante a evolução da doença. O exame clínico revela a massa abdominal, usualmente na fossa ilíaca direita, constituída de alças espessadas e aderentes ou de abscessos localizados. O diagnóstico é estabelecido pela história clínica, exame de trânsito intestinal, enema opaco, endoscopia, reto sigmoidoscopia, colonoscopia e ileoscopia, ultrassonografia e tomografia computadorizada (TC). O tratamento consiste no uso de sulfasalazina, corticosteróides e antibióticos. Procedimentos operatórios estão indicados para a correção das complicações da doença²⁸.

b.9. *Isquemia intestinal.* A dor é a queixa mais comum em doentes com isquemia intestinal. Manifesta-se geralmente na região periumbilical ou na região inferior do abdômen. É mais freqüente no intestino grosso que no delgado. A isquemia do intestino delgado agrava-se e torna-se sintomática após refeições abundantes. O diagnóstico é realizado pela angiografia mesentérica e pelo

o exame retossigmoidoscópico. O tratamento consiste do emprego de vasodilatadores, anticoagulantes, anti-espasmódicos, uso dietas de fácil digestão e em pequenas quantidades, na restauração cirúrgica da permeabilidade vascular, e ressecção segmentar do tecido desvitalizado, quando há diarreia, perda persistente de sangue nas fezes e síndromes obstrutivas.

b.10. *Retocolite ulcerativa inespecífica.* Caracteriza-se pelo aumento do número de evacuações contendo sangue e muco. Pode associar-se a sensação de mal-estar, sudorese, fadiga e artralgias. Cólicas intensas na região periumbilical ou hipogástrica, tenesmo, náuseas e vômitos são queixas comuns. A doença acomete de forma mais intensa as porções distais do cólon e do reto. O exame clínico revela comprometimento do estado geral e anemia. Toxemia e desidratação ocorrem quando a doença é grave. O abdômen é flácido nas formas benignas e abaulado nas formas graves. Sinais de irritação peritoneal podem ocorrer. O cólon pode apresentar-se espástico e doloroso à palpação. A retossigmoidoscopia e a colonoscopia possibilitam o diagnóstico.

b.11. *Proctalgia fugax.* Caracteriza-se pela ocorrência de paroxismos de dor e na ausência de lesões pélvicas identificáveis. Manifesta-se em 13% a 19% dos indivíduos, em cólica, câimbra, pontada ou peso na região ano-retal ou profundamente na pelve, na linha mediana e, eventualmente, em regiões paramedianas. Dura pouco segundos ou até 20 minutos, ocorrendo em média sete vezes ao ano. Costuma desaparecer subitamente, usualmente após a eliminação de flatos. A intensidade, duração e qualidade da dor pode variar entre os enfermos sendo, entretanto, uniforme no mesmo indivíduo. Pode ser precipitada pela defecação, coito, posturas inadequadas, fadiga, ansiedade e frio; pode acompanhar-se de síncope, náuseas e transpiração. Foi atribuída a espasmos do cólon sigmóide, espasmo das artérias hemorroidárias, engurgitamento venoso, espasmos dos músculos elevadores do ânus, síndromes comiciais, enxaqueca e anormalidades psicogênicas. Os doentes com esta síndrome são perfeccionistas, neuróticos, depressivos, ansiosos, histéricos e hiponcondríacos. O diagnóstico é baseado na história clínica e na ausência de anormalidades pélvicas ou ano-retais. Clorofórmio, fenobarbital, nitrato de amila, quinino, propantelina, enemas, banhos de assento, pressão manual do períneo, distensão retal com ar ou líquidos, anestesia pré-sacral, enemas com anestésicos locais, analgésicos antiinflamatórios e bloqueadores do canal de cálcio foram propostos para seu controle^{29,36,67}. Muitos doentes apresentam aumento de tonus e tensão muscular na musculatura pélvica.

b.12. *Fissura anal.* Localiza-se geralmente na linha mediana do quadrante posterior do ânus e se estende até a

linha pectínea. Resulta de infecção das criptas de Morgagni ou de traumatismos determinados por evacuações de fezes endurecidas. A dor é aguda, acentua-se à defecação e dura de segundos a horas. Pode associar-se a sangramento discreto. A inspeção revela a fissura e o plicoma sentinela. O toque pode demonstrar a presença de papila hipertrófica e a hipotonia esfinteriana. O tratamento consiste na aplicação de pomadas anestésicas, dietas laxativas, dilatações anais, esfincterectomia interna e fissurectomia.

b.13. *Abscesso anal, perianal, peri-retal, criptites e papilites.* Os abscessos podem ser perianais, ísquirretais, submucosos, pelvirretais e retrorretais. Podem ter volume variado e geralmente são unilobulados. Costumam aflorar na região do tegumento perianal. São causados por traumatismos e infecções das criptas e das glândulas anorretais. Caracterizam-se pela ocorrência de dor intensa e persistente na região perianal que é agravada à defecação, à deambulação e durante o ato de sentar. Nos abscessos pelvirretais, retrorretais e ísquirretais, a dor é vaga e menos intensa nas fases iniciais do quadro. Febre, toxemia e anorexia são concomitantes habituais; tenesmo é comum nos abscessos submucosos. O diagnóstico é realizado através do exame proctológico. O tratamento consiste do emprego de banhos de assento quando os abscessos são superficiais. A drenagem cirúrgica, preferentemente sob anestesia geral ou peridural, é o tratamento de escolha. A pesquisa do trajeto fistuloso deve ser realizada durante o ato operatório ou alguns dias após. A antibioticoterapia e a medicação analgésica antiinflamatória devem ser administradas associadamente ao tratamento descrito.

As papilites e as criptites geram dor ou ardor anal agravados pela defecação. O diagnóstico é realizado através do exame proctológico. O tratamento consiste do uso de analgésicos antiinflamatórios, antibióticos, banhos de assento, medidas destinadas à redução da consistência das fezes e, da ressecção cirúrgica do tecido comprometido⁴⁵.

b.14. *Doença hemorroidária.* É responsável por 20% dos casos de dor de origem proctológica. Frequentemente, está associada com fissuras, trombose de mamilos hemorroidários, infecções e hematomas. Quando há lesões associadas ou complicações, a frequência de dor é muito elevada. As hemorroidas externas trombosadas causam dor intensa e contínua na região anal, que se acentua durante o ato de sentar ou à evacuação. A trombose dos mamilos hemorroidários internos resulta em prolapso das hemorroidas internas e em edema regional. Nódulo duro contendo um trombo e edema em um dos quadrantes do ânus podem ocorrer em alguns casos. Muitos trombos hemorroidários sofrem resolução espontânea. Quando a dor persiste, há necessidade da ressecção cirúrgica do coágulo. Quando o quadro é recidivante, a hemorroidectomia está indicada⁷⁹.

Edição Especial

b.15. *Tuberculose intestinal.* Acomete predominantemente o íleo terminal, o ceco ou o peritônio. Resulta em obstrução intestinal, peritonite aguda ou crônica, perda de peso, alteração do hábito intestinal e dor abdominal em peso ou em cólica na fossa ilíaca direita. Febre, anorexia, fístulas perianais, astenia, enterorragia, tosse e ascite podem ocorrer. Em mais de 50% dos casos, há focos extra-intestinais de tuberculose. O passado familiar, os contactantes e os antecedentes mórbidos dos doentes, a laparoscopia, a biópsia das lesões e os testes imunológicos permitem o diagnóstico. O tratamento medicamentoso da tuberculose deve ser instituído o mais precocemente possível. O tratamento operatório é indicado quando há hemorragias digestivas, estenoses intestinais e obstrução do trânsito digestivo.

b.16 *Hipolactasia.* A deficiência de lactase da mucosa intestinal resulta em diarreia e em cólicas abdominais e é mais comum em certas áreas. O diagnóstico é realizado através do teste de ingestão de lactose ou através da determinação da lactase da mucosa intestinal. O tratamento consiste na eliminação da lactose da dieta.

c. Afecções urológicas

c.1. *Infeções urinárias.* São causas comuns de dor de origem urológica especialmente nas mulheres. O coito é fator causal significativo. A frequência dos casos aumenta com o passar da idade. Bactérias da flora intestinal são os agentes etiológicos mais comuns. Disúria, poliúria, dor no abdômen caudal e dispareunia são sintomas habituais nestes doentes. O exame do sedimento urinário e o estudo bacteriológico da urina permitem o diagnóstico. O tratamento consiste do emprego de analgésicos e antissépticos das vias urinárias e da administração de antibióticos ou quimioterápicos. A infecção urinária crônica pode ser resultante de anomalias anatômicas das vias urinárias e resultar em trabeculação ou diverticulização da bexiga que contribui para a perpetuação do quadro²⁷.

c.2. *Cólica renal e uretral.* Caracteriza-se pela ocorrência de dor em cólica no ângulo costo-vertebral irradiada para os flancos, região suprapúbica, prega inguinal e grandes lábios, associada à agitação, sudorese, palidez, náuseas, vômitos e hematúria, com duração de minutos a horas ou dias. Ao exame clínico observa-se hipertonía da parede abdominal, desacompanhada de descompressão dolorosa. O exame de urina revela hematúria, proteinúria e às vezes leucocitúria. A radiografia simples, o ultrassom e a TC do abdômen elucidam o diagnóstico. Quando há suspeita de obstrução da via urinária, a pielografia pode ser necessário. A cólica

ureteral apresenta sintomatologia similar a da cólica nefrética. Quando a obstrução é distal, costumam ocorrer desconforto vesical, urgência miccional e polaciúria. Além das causas comuns da cólica nefrética, as cólicas ureterais podem ser devidas a oclusão do ureter por tumores pélvicos ou por traumatismos operatórios. O tratamento da litíase ureteral proximal rebelde é a litotripsia. Analgésicos antiinflamatórios, antiespasmódicos e antieméticos são necessários para proporcionar conforto aos enfermos. Os tumores primários do ureter raramente são causa de dor porque a obstrução é lenta. Quadros de obstrução aguda podem ocorrer quando fragmentos do tumor se destacam ou cálculos se formam sobre detritos tumorais. Os tumores proximais e do terço médio do ureter são tratados por nefro-ureterectomia total e os tumores distais pela remoção da lesão e reimplantação ureterovesical²².

c.3. *Dor uretral.* Caracteriza-se por manifestação de dor à micção e associar-se à polaciúria e à dor suprapúbica. Irradia-se para o meato urinário, mantém-se durante a micção por alguns segundos ou minutos após o seu término. É descrita como sendo em queimor, aperto ou pontadas. Geralmente é causada por uretrite. Na mulher, geralmente em menopausa, a síndrome de dor uretral não se associa freqüentemente a anormalidades do exame físico ou do exame da urina. Além das infecções urinárias, a dor uretral pode ser decorrente de afecções dos órgãos vizinhos, tais como litíase uretral distal, litíase vesical, tumor trigonal, trigonite membranosa, neoplasias invasivas genitais e colônicas, traumatismos trigonais por sondagens vesicais repetitivas etc. A cultura da urina, o exame do sedimento urinário, a cistoscopia, a urografia excretora e a cistografia permitem elucidar o diagnóstico, na maioria das vezes.

c.4. *Pielonefrite e abscesso peri-renal.* São causas de dor, algumas vezes com caráter semelhante à da apendicite, febre elevada, disúria, piúria, espasmo da musculatura paravertebral lombar e dor constante na região lombar irradiada para a genitália e hipogástrico. O sinal do Giordano geralmente é positivo. A infecção, ultrapassando a cápsula renal, resulta no aparecimento do abscesso perirrenal. Nestas eventualidades, pode ocorrer irritação do músculo íleo-psoas e dos nervos ílio-inguinal, ílio-hipogástrico e gênito-femoral que são fonte de dor na prega inguinal, região genital, coxa e quadril.

c.5. *Afecções vesicais.* A dor vesical é referida na região suprapúbica, dorso, região, face interna das coxas, panturrilhas e lateral dos pés. A sensibilidade da parede vesical pode estar aumentada em decorrência de processo inflamatório agudo ou crônico associado às afecções urinárias, cistite intersticial, cálculos vesicais, tumores,

lesões actínicas, divertículos, etc. Embora geralmente se aceite base auto-imune, a causa da cistite intersticial é desconhecida. É mais freqüente em mulheres, entre 40 e 60 anos de idade. Os sintomas incluem polaciúria e urgência miccional intensa, nictúria, disúria, hematúria, dor suprapúbica, uretral, vaginal ou perineal, parcialmente aliviada ao se esvaziar a bexiga. A inflamação do tecido perivesical pode, em casos especiais, acarretar sintomas intestinais. O exame pélvico revela dor à palpação da parede anterior da vagina e da região suprapúbica. O estudo do sedimento urinário, a cultura da urina, a cistoscopia, a urografia excretora, a uretrocistografia miccional, o exame ultrassografia pélvico e TC do abdômen possibilitam o diagnóstico. A biópsia das lesões vegetantes e da parede vesical é necessária para esclarecer e firmar o diagnóstico de doenças oncológicas ou de cistite intersticial. O tratamento depende do diagnóstico. Os antibióticos são necessários para o tratamento das infecções. A remoção de corpos estranhos pode ser necessária. A cistite intersticial não apresenta etiologia definida; a dor e a polaciúria podem ser tratadas com anti-histamínicos, anticolinérgicos e antiespasmódicos; quando a capacidade vesical está reduzida, a remoção da bexiga até o trígono e a realização de uma neobexiga pode ser necessária. A dor causada por neoplasias vesicais é tratada por métodos oncoterápicos, analgésicos, antipsicotrópicos ou por procedimentos neurocirúrgicos antálgicos.

c.6. Afecções uretrais. Caracteriza-se por dor em queimor, aperto ou pontada irradiada para o meato urinário, durante a micção ou durante alguns segundos ou minutos após o seu término associada a polaciúria e dor suprapúbica. Geralmente é causada por uretrite. Na mulher, geralmente menopausada, não se associa a anormalidades do exame físico ou do exame da urina e constitui complexo de sintomas que inclui disúria, polaciúria, urgência miccional, desconforto suprapúbico e dispareunia, na ausência de qualquer anormalidade da uretra ou bexiga. A causa da síndrome uretral é atribuída à infecção subclínica, obstrução uretral, fatores alérgicos e psicogênicos. Além das infecções urinárias, a dor uretral pode ser decorrente de afecções dos órgãos vizinhos, tais como litíase uretral distal, litíase vesical, tumor trigonal, trigonite membranosa, neoplasias invasivas genitais e colônicas, traumatismos trigonais por sondagens vesicais repetitivas etc. A cultura da urina, o exame do sedimento urinário, a cistoscopia, a urografia excretora e a cistografia permitem elucidar o diagnóstico. As infecções urinárias são tratadas com antibióticos. As mulheres com síndrome uretral, muitas vezes são beneficiadas com a administração de sulfa e nitrofurantoína, óvulos vaginais de estrogênios, dilatação uretral, injeção periuretral de corticosteróides e analgésicos de vias urinárias.

d. Afecções ginecológicas

A dor pélvica irradiada para a região superior do abdômen não é primariamente de causa ginecológica, a não ser que haja comprometimento associado de outros órgãos, (vísceras digestivas, urológicas)⁷.

d.1. Dismenorréia. A dismenorréia primária inicia-se com o estabelecimento de ciclos menstruais regulares após a menarca, de caráter cíclico. A dor é em cólica no hipogástrio e irradiada freqüentemente na região lombar e membros inferiores, manifestando-se durante o período peri-menstrual e menstrual. Pode ser observada na ausência de qualquer lesão pélvica. Habitualmente, inicia-se com ao instalação do período menstrual, tem natureza espasmódica e associa-se a náuseas, vômitos, diarreia, cefaléia, tontura, fadiga e ansiedade. Níveis elevados de prostaglandinas favorecem o aparecimento de dismenorréia e hiperfluxo menstrual. Tumores uterinos benignos (leiomioma, adenomiose) podem causar dismenorréia secundária que inicialmente apresenta-se como dor semelhante à dismenorréia primária. Doentes com tumores malignos geralmente não apresentam dor como sintoma significativo, mas metrorragias. O tratamento da dismenorréia consiste no uso de analgésicos anti-inflamatórios não hormonais, anticoncepcionais, condicionamento físico e psíquico e hábitos alimentares. A histerectomia é indicada em anormalidades com indicação cirúrgica¹¹.

d.2. Endometriose. É a presença de tecido endometrial funcionante fora da cavidade uterina incluindo os ovários, trompas, ligamentos, intestino, peritônio, bexiga, ureter e pulmão. Ocasionalmente a dor é periódica, como dismenorréia ou dispareunia e torna-se difícil distinguir de outras anormalidades pélvicas. Pode ser referida na região ilioinguinal ou lombossacral dependendo do local de implantação do foco de endometriose. Sintomas associados como infertilidade, hematúria e sangramentos podem ocorrer. O mecanismo da dor não está bem estabelecido, mas provavelmente envolve liberação de prostaglandinas pelo endométrio ectópico, irritação peritonial ou lesões nervosas. Parece não haver relação entre a incidência ou a intensidade da dor e o estágio das lesões. Lesões profundamente infiltrativas do septo retovaginal estão relacionadas à dor, provavelmente de origem neuropática. A ocorrência dos sintomas descritos associados com a infertilidade sugere endometriose. O diagnóstico definitivo é feito pela visualização das lesões através da laparoscopia. O tratamento depende da magnitude da dor, da extensão da lesão e do desejo de engravidar. A terapia medicamentosa pode ser feita com danazol, inibição da ovulação, acetato

Edição Especial

de medroxiprogesterona, gestrinona, análogos de GnRH e anticoncepcionais. O tratamento cirúrgico é indicado para doentes com endometriose moderada e intensa³³.

d.3. *Doença inflamatória pélvica.* A doença inflamatória pélvica crônica pode causar dor pélvica crônica. Pode suceder abortamentos, cirurgias ginecológicas e anexites. Gonococo e *chlamydia* são os agentes causais mais comuns. Geralmente as doentes apresentam sinais e sintomas de infecções recorrentes, irregularidade menstrual, dismenorréia, dispareunia, disúria e leucorreia. Febre, calafrios, leucocitose podem ocorrer durante reatizações. A dor é em cólica ou em queimor, espontânea ou em paroxismos tendo como fatores agravantes os esforços físicos, a micção e a evacuação. A dor pode ser irradiada para a face anterior da coxa, região lombossacral e anal. Dor à palpação abdominal, à mobilização cervical e à palpação bilateral dos anexos é freqüente nestes casos. O tratamento com antibióticos ou quimioterápicos e analgésicos antiinflamatórios não hormonais deve ser instituído precocemente. O tratamento cirúrgico pode ser necessário caso não haja melhora com a antibioticoterapia³⁹.

d.4. *Anomalias congênitas.* Malformações como imperfuração himenal, atresia cervical, útero bicorno e septo vaginal transversal podem ser responsáveis por dor associada à hematossalpinge, hematocolpo e peritonite. As doentes podem apresentar dismenorréia e dor cíclica; gradualmente os ciclos menstruais tornam-se mais dolorosos. Massa anexial unilateral e dor durante a menstruação sugerem malformação de corno uterino. O diagnóstico é baseado no estudo cromossômico, determinação de níveis hormonais, ultrassonografia e laparoscopia⁴³.

d.5. *Prolapso uterino.* Laceração ou estiramento dos ligamentos de suporte uterino podem permitir deslocamento do útero e tensão de estruturas neurais ou vasculares. Dor intensa pode ocorrer em casos de prolapso uterino intenso²².

d.6. *Espasmo muscular.* Dor crônica persistente associada com intenso espasmo local dos músculos elevadores do ânus que pode ocorrer durante relações sexuais ou exame ginecológico (vaginismo). A dor geralmente é referida no abdome inferior, pelve, vagina, região sacral ou retal. A palpação identifica o espasmo muscular e reproduz ou exacerba a dor⁴⁶.

d.7. *Câncer ginecológico.* O câncer ginecológico pode ocorrer na vulva, vagina, colo uterino, endométrio, trompas e ovários. A dor pode decorrer da infiltração de

tecidos adjacentes. Pode-se manifestar na região pelviperineal e irradiar-se na região lombossacral e, ocasionalmente, nos membros inferiores. Em estágios avançados, ascite, massa palpável, metrorragia e sinais de plexopatia são achados freqüentes^{30,52}.

e. Afecções vasculares

As varizes e as varicoceles da vulva, plexo pélvico e ovariano estão presentes em 80% a 90% das mulheres com dor pélvica crônica sem causas aparentes. A dor é contínua e em peso, apresenta episódios de agravamento. É localizada em uma das fossas ilíacas, alternadamente. Acentua-se à marcha ao aumento da pressão intra-abdominal e quando há tensão emocional. Dismenorréia congestiva, leucorréia, dispareunia profunda, cefaléia, lombalgia e sintomas urinários são acompanhantes habituais. As doentes são geralmente ansiosas e deprimidas. Os transtornos afetivos parecem desencadear o agravamento dos sintomas. Habitualmente, a palpação da fossa ilíaca direita ou esquerda é dolorosa. A compressão do ponto ovariano resulta em dor na fossa ilíaca em mais de 2/3 dos casos. O exame ginecológico revela colo uterino erodido, apresentando cor violácea ou azulada e congestão vaginal. Durante as crises de agutização, há hipertonia e dor à palpação de toda a pelve. Na fase intercrítica, somente os ovários e o útero são tensos à palpação. O diagnóstico de certeza é realizado pela laparoscopia que revela ectasia da fase posterior do ligamento largo e do ligamento infundíbulo-pélvico, presença ou não de hiperemia pélvica e aumento de volume dos ovários. A flebografia pélvica demonstra a estase vascular, congestão e alentecimento circulatório principalmente das veias ovarianas. O exame ultrassonográfico pode revelar dilatação das veias pélvicas, aumento do volume uterino, espessamento do endométrio e ovários policísticos. A ausência de válvulas facilitando a estase venosa por ação da gravidade, a presença de numerosas conexões arteriovenosas, a fragilidade da parede das veias e das estruturas que as sustentam parecem ser os elementos responsáveis pela sua ocorrência. Durante o orgasmo e a gestação, ocorre estase venosa fisiológica. A estase resulta no acúmulo de substâncias algioogênicas. A dor piora na posição ortostática, durante a anteflexão do tronco e melhora com o repouso em decúbito dorsal. Há evidências de que flutuações dos níveis de estrógenos e progesterona estejam também envolvidas na sua gênese. Apesar de ter sido observada a ocorrência de anormalidades psicológicas nas mulheres com congestão venosa, há dúvida a respeito da correlação entre estas duas entidades. É possível que, devido à maior preocupação com questões de saúde, estas mulheres monitorem com mais atenção seu estado físico, do que resulta menor limiar

para a percepção da dor e maior possibilidade de interpretação da sensação da distensão venosa pélvica como dolorosa. O tratamento da congestão pélvica é controverso. Parece que substâncias vasoconstritoras como a diidroergotamina reduzem a congestão e a dor. O tratamento hormonal e os antiinflamatórios parecem desprovidos de eficácia. A ligadura cirúrgica das veias ectasiadas geralmente não beneficia os doentes, porque a anormalidade vascular pélvica é muito ampla. A histerectomia ou a ooforectomia foram recomendadas mas não são adequadas para mulheres na fase procriativa. Além disto, não é incomum que outros sintomas surjam após a histerectomia. A psicoterapia pode beneficiar estas doentes⁶⁶.

Dor decorrente de afecções do aparelho locomotor

Estas são mais freqüentes nos indivíduos do sexo feminino. As modificações anatômicas das estruturas ósteo-articulares e musculares em decorrência de vários fatores, representados principalmente pela degeneração estrutural própria do progredir da idade, as posturas viciosas, as sobrecargas mecânicas, a redução da potência funcional e da elasticidade tecidual, o aumento do tônus muscular, os múltiplos partos e as possíveis seqüelas de fraturas desencadeiam sobrecarga dos sistemas de sustentação^{25,83}. Fatores neurológicos, genéticos, inflamatórios, infecciosos e ocupacionais predis põem os indivíduos para degeneração destes sistemas. Além disto, a mulher apresenta menos capacidade para sustentar a carga que o homem⁸⁸. As dores cíclicas urogenitais que se agravam com a menstruação podem ser geradas por instabilidades cápsulo-ligamentares que se acentuam durante a fase luteal e durante a menstruação. Estas podem ser secundárias ao aumento da relaxina e de progesterona. Desnívelamento de membros inferiores e da bacia, alterações de alinhamento da coluna vertebral, traumatismos operatórios ou acidentais, padrões anormais da respiração e da dinâmica corporal e atividades laborativas como o sentar prolongado, esforços físicos e sedentarismo, entre outros, podem sobrecarregar estruturas músculo-ligamentares-articulares da região tóraco-lombar e da pelve e são fatores que geram e ou perpetuam a SDM. Condições sistêmicas como as alterações metabólicas (hipotireoidismo, a diabete mérito, a deficiência de estrogênio, as deficiências nutricionais principalmente das vitaminas B1, B6 e B12, do ácido fólico, cálcio, ferro e potássio), a fadiga, as alterações psicológicas como o estresse, o pânico, a ansiedade e as doenças sistêmicas podem agravar ou ocasionar a SDM²⁵. O reconhecimento da complexa interação dos vários fatores e mecanismos causais e perpetuantes do quadro doloroso miofascial é de extrema importância para a reabilitação dos doentes

com DPC, pois os espasmos musculares reflexos, os quadros inflamatórios e infecciosos podem persistir mesmo após resolução da afecção primária e contribui para a manutenção dos desconfortos e das disfunções^{47,80,93}.

a. Afecções da coluna vertebral

As disfunções ou alterações vertebrais, ligamentares e musculares da transição tóraco-lombar podem gerar desconforto na região inguinal, púbica, glútea, abdominal e membros inferiores. O quadro algico pode simular visceropatias abdominais e ou pélvicas e ou afecções ligamentares ou articulares dos quadris^{4,42,44,79}. Em doentes com lombalgia é freqüente SDM da musculatura paravertebral e do músculo quadrado lombar. Pode ser desencadeada por disfunção de estruturas de sustentação das vértebras lombares em decorrência da degeneração, instabilidade ósteo-articular, discoartrose, tumores, inflamações e infecções vertebrais, sobrecarga funcional, afecções viscerais retroperitoneais e ou tensões emocionais. As mudanças estática e dinâmica da coluna lombar durante a gestação, caracterizada por inclinação anterior da pelve, aumento da lordose lombar, hiperextensão dos joelhos, deslocamento anterior do centro da gravidade da pelve e encurtamento dos membros inferiores sobrecarregam os grupamentos musculares. O repouso prolongado após o parto ou convalescença de várias afecções gera fraqueza da musculatura paravertebral e abdominal. O exame clínico revela hipertonia da musculatura paravertebral lombar e ou dorsal ou músculo quadrado lombar, dor à movimentação lombar e, freqüentemente, hiperalgesia cutânea nos locais onde a dor é referida⁴². O diagnóstico da dor decorrente exclusivamente de SDMs deve ser firmado apenas quando outras causas de lombalgia forem descartadas^{25,47,79,80,93}.

A doença degenerativa da coluna vertebral caracteriza-se pela redução dos espaços intervertebrais, osteofitose dos corpos vertebrais, hipertrofia das facetas articulares e alterações da conformação do arcabouço da coluna vertebral e herniação do núcleo pulposo. A disfunção de transição tóraco-lombar pode produzir dor irradiada para região inguinal⁵¹. Quando há angustiamiento ou distorção das raízes nervosas, ocorrem síndromes irritativas e deficitárias radiculares. O diagnóstico é firmado pela associação de dor no membro inferior a anormalidades neurológicas incluindo déficits sensitivos e motores, anormalidades dos reflexos, ocorrência de dor à elevação do membro inferior e anormalidades dos exames de imagem (radiografia simples, perimielografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética da coluna vertebral) e eletroneuromiografia^{42,51}.

Lombalgia pode também ser decorrente do acometimento vertebral ou articular por traumatismos,

Edição Especial

doenças inflamatórias (espondilite anquilosante), afecções infecciosas (osteomielites, infecções discais, empiemas epidurais), doenças oncológicas (metástases)³¹, doenças metabólicas (osteoporose, osteomalácia) ou ter etiologia indefinida (doença da Paget). A osteopenia não causa dor. Pode, entretanto, resultar em fraturas ou microfraturas (osteoporose) e em colapso dos corpos vertebrais em dor aguda intensa⁴⁴. Os exames complementares, incluindo a radiografia simples, a tomografia computadorizada (TC), a ressonância nuclear magnética (RNM), a tomomielografia, a perimielografia da coluna vertebral, o mapeamento ósseo, o hemograma, as provas de atividade inflamatória, a eletroforese de proteínas séricas, a avaliação das enzimas séricas envolvidas no metabolismo ósseo e os marcadores tumorais permitem identificar a etiologia da maioria dos quadros de lombalgias desde que haja nexos com os dados semiológicos e da história⁴².

b. Afecções da articulação sacro-ilíaca

A articulação sacro-ilíaca é responsável pela estabilidade da pelve e sofre intensa sobrecarga mecânica⁴². As raízes L4 a S4 são responsáveis pela inervação da articulação sacro-ilíaca e justificam a ampla distribuição da dor referida (região sacral, pubiana e perineal, face posterior da coxa e da perna, face plantar do pé) e espasmo reflexo do m. periforme e m. glúteos. As afecções de articulação sacro-ilíaca pode decorrer de doenças degenerativas, inflamatórias, infecciosas, sobrecargas físicas ou emocionais, posturas inadequadas ou eventos traumáticos. Ao exame clínico, constata-se dor durante a compressão profunda da articulação sacro-ilíaca e à manobra de Patrick (dor à flexão, abdução e rotação externa da articulação coxo-femoral). A radiografia da articulação, as provas de atividade inflamatória, o mapeamento ósseo, a TC e a RNM possibilitam o diagnóstico diferencial entre as entidades nosológicas^{6,79}.

c. Coccigodínea

A coccigodínea é conceituada como dor no cóccix ou suas vizinhanças^{18,29}. Manifesta-se como sensação de desconforto, opressão contínua, câimbras, queimor ou dor em peso ou pontadas na região sacrococcígea, músculos adjacentes e em alguns casos, na região anal e genital, reto, face posterior das coxas e região lombossacral que se acentua durante o ato de sentar ou de levantar⁸. A dor pode acentuar-se ou ser aliviada durante a evacuação, coito e micção¹⁸. Manifesta-se predominantemente durante a 5ª e a 6ª décadas de vida e persiste durante anos. É 5,5 vezes mais comum na mulher que no homem⁹¹. A maior prevalência no sexo feminino pode ser devida às condições anatômicas da pelve feminina que tornam o cóccix mais

exposto e susceptível a traumatismos agudos ou crônicos^{42,79}. Traumatismo ou fratura do cóccix pode ocorrer durante o trabalho de parto quando da passagem do feto que desloca esta estrutura para trás lesando o ligamento longitudinal anterior. O cóccix sem fixação desloca-se em várias direções sob a solitação da musculatura que nele se insere, do que resulta a perpetuação do desconforto¹⁸. O traumatismo agudo do cóccix pode também decorrer de queda na posição sentada. Traumatismo crônico resultante da adoção da posição inadequada durante o ato de sentar, gerando pressão contínua sobre o cóccix, e facilitar o desenvolvimento da osteoartrose da articulação sacrococcígea⁹¹. Posturas inadequadas, infecções anorretais ou genitourinárias, microtraumatismos dos ligamentos na região sacrococcígea, procedimentos operatórios proctológicos, tumores, anormalidades psicológicas⁹¹, lesões do sistema nervoso periférico^{10,12} e especialmente as SDMs podem também ser as causas de dor coccígea^{47,98}. Na maioria dos casos, entretanto, a etiologia não é clara. Apesar da origem traumática da coccigodínea ser bastante enfatizada, as fraturas e as luxações do cóccix ocorrem em menos de 5% dos casos em grandes estatísticas¹⁸. Além disso, a dor localiza-se exclusivamente no cóccix em menos de 15% dos casos. Quando a origem da coccigodínea é traumática, a mobilização digital do cóccix é bastante dolorosa⁹¹. Há doentes que apresentam cóccix fantasma ou agravamento da dor após ressecção cirúrgica do cóccix, provavelmente devido a desaferentação ou ao agravamento da disfunção músculo-ligamentar^{79,85}.

d. Afecções das articulações coxofemorais

Freqüentemente, as afecções das articulações coxofemorais geram dor referida na região inguinal, glútea e coxa, que se acentua à marcha e melhora com o repouso. Há, freqüentemente, redução da amplitude da movimentação articular, principalmente da rotação interna do quadril, ocasionando encurtamento e tensão dos músculos rotatores externos dos quadris (m. piriforme e glúteo) que contribuem para o agravamento da dor em casos de SDM do assoalho pélvico. A bursa trocantéria e ílio-peptínea, a articulação ílio-peptínea e o m. ílio-psoas podem ser sede de inflamação e de dor ou causar espasmo no m. ílio-psoas e m. glúteos. O espasmo pode também ser secundário à sinovite da articulação do quadril e à artrose do quadril. Além das causas degenerativas, mais raramente, as infecções bacterianas, as doenças inflamatórias e as neoplasias podem acometer as articulações coxofemorais. A radiografia simples, o mapeamento ósseo, a TC, a RNM e as provas de atividade inflamatória possibilitam o diagnóstico nosológico^{42,79,85}.

e. Afecções da sínfise púbica

Caracterizam-se pela ocorrência de dor na região pubiana, irradiada para a face interna das coxas e hipogástrio, que se acentua à marcha, às manobras de Valsalva e à palpação local. Espasmo da musculatura abdominal regional e dos adutores da coxa podem estar a ela associados. Afecções degenerativas, traumáticas, inflamatórias e infecciosas são as causas mais comuns do comprometimento desta articulação¹⁴. A instabilidade da sínfise púbica pode ocorrer após o parto ou decorrer de excessiva atividade física. A sinfisite por estresse é comum em atletas e em bailarinas. Está relacionada ao excesso de atividade, microtraumatismos e, possivelmente, à carência estrogênica. A osteíte púbica também pode ser decorrente de processos inflamatórios secundários a traumatismos locais durante atos operatórios realizados no hipogástrio. A osteomielite é rara; resulta, geralmente, da contaminação local durante atos de infiltração de agentes farmacológicos, atos operatórios, disseminação de infecções pélvicas ou mais raramente, da disseminação hematogênica de infecções. As fraturas de estresse são identificadas pela radiografia simples¹⁴. O estudo radiológico é normal na fase inicial da osteomielite; rarefação óssea e osteólise surgem na região da articulação em 2 a 4 semanas. A sinfisite púbica caracteriza-se pela ocorrência de esclerose óssea à radiografia simples da pelve e pela concentração anormal de radioisótopos na região da sínfise púbica ao mapeamento ósseo^{14,42,85}.

e. Dor pelviperineal de origem miofascial

A SDM é uma das causas mais comuns de dor pelviperineal crônica de origem não visceral^{4,47,75}. As sobrecargas, mecânicas, as posturas viciosas, (deformidades esqueléticas, hipotonia da musculatura pélvica), mecânica corporal inadequada (ato de sentar prolongada e inadequadamente sobre a região sacrococcígea) e o descondicionamento físico predis põem à sua ocorrência²⁵. Visceropatias funcionais, infecciosas, inflamatórias, isquêmicas e ou neoplásicas (mecanismos víscero-somáticos), traumatismos das estruturas músculo-esqueléticas resultantes de procedimentos cirúrgicos (estiramento exagerado ou lesão muscular direta), partos (assistência obstétrica inadequada), uso de fórceps, feto de peso elevado, trabalho de parto prolongado, sobrecargas posturais (distribuição das linhas de força da musculatura do assoalho pélvico durante a marcha), descondicionamento físico decorrente de repouso durante períodos pós-operatórios, posturas antálgicas, aderências cicatriciais e anormalidades psíquicas (ansiedade, depressão, transtornos psicológicos centrados na esfera sexual) são fatores comuns desencadeantes de tais

quadros^{25,50,64,94,95,96}. Na mulher, a SDM do assoalho pélvico é mais comum porque as dimensões da pelve são maiores e a musculatura regional mais desenvolvida. Os músculos mais freqüentemente comprometidos são os m. elevador do ânus, o coccígeo, o glúteo médio, o mínimo, o piriforme, os adutores da coxa, o íleo-psoas e o pectíneo^{47,57}. A dor pode agravar-se na posição sentada, ortostática e ou supina, durante as relações sexuais, período pré-menstrual e menstrual, após as evacuações e ou durante o sono⁶³. O m. elevador do ânus compreende de 3 músculos: m. pubo-coccígeo, constituído por fibras localizadas na porção anterior da pelve (m. *pubo-vaginalis*, m. elevador de próstata), o m. ílio-coccígeo e o m. ísquio-coccígeo. Estes, em conjunto com o m. transverso do períneo (superficial e profundo) desempenham papel no suporte do assoalho pélvico^{57,80,81,85,93}.

A SDM geralmente ocorre secundariamente a algum evento precipitante, quer seja disfunção visceral (por mecanismos reflexos víscero-somático), traumatismos localizados, operações, assimetrias e desequilíbrios posturais (reflexo somato-somático) e ou disfunções psicossomáticas²³, entre outros. Se os fatores precipitantes não são corrigidos, a dor perpetua-se^{80,93}.

O assoalho pélvico é particularmente vulnerável a microtraumatismos por sua localização no eixo do corpo, proximidade com o centro de gravidade (na região do S2) e atividade intensas (de suporte, esfinteriana, sexual), que implica em constantes contrações excêntricas. A SDM resulta da somação de eventos variados de sobrecarga crônica e traumática; quando é excedido o limiar de tolerância aos estresses, ocorre tensão e dor localizada nos músculos pélvicos. É comum acometimento concomitante da musculatura lombossacral e dos membros inferiores^{80,81,83,93}.

As posturas tipicamente observadas em doentes com DPC são: desvio anterior da pelve devido à sua inclinação anterior, em decorrência da rotação anterior do inominato e da nutação aumentada do sacro, aumento da lordose lombar, hiperextensão dos joelhos e deslocamento anterior da centro de gravidade, em relação aos membros inferiores e à própria pelve. Freqüentemente, há fraqueza, desbalanço ou desequilíbrio muscular, tensionamento e encurtamento de cadeias musculares (anteriores, posteriores e cruzadas), agravando a báscula da bacia, retropulsão do sacro e da bacia e SDM com PGs ativos e latentes do m. ílio-psoas, m. quadrado lombar e m. rotatores externos e m. adutores do quadril. A disfunção muscular é observada nos m. abdominais, m. glúteo máximo e médio, m. quadríceps, m. isquiotibiais, m. tensor da fáscia lata e m. tríceps sural.

O toque retal e vaginal possibilita identificação das bandas de tensão muscular dos PGs que desencadeiam padrão de dor local e ou referida. Na grande maioria dos

Edição Especial

casos, o doente nota similitude entre a dor provocada por digitopressão da musculatura pélvica e a sua dor. Os PGs dos músculos acometidos são mais facilmente evidenciáveis na região situada no períneo entre 4 e 8 horas, estando os doentes em posição de decúbito dorsal horizontal ou ginecológica^{47,83}.

A diástase dos músculos retos abdominais é um fenômeno comum durante o segundo e o terceiro trimestres da gravidez ou durante o período pós-parto. Por mecanismo de dor referida, esta condição pode gerar ou agravar a dor pelvi-perineal durante a gravidez. Não está esclarecido se há verdadeiro afastamento ou apenas relaxamento tecidual; a separação geralmente é na região umbilical. Comumente associa-se a flacidez e a fraqueza da parede abdominal e da musculatura da parede pélvica que trabalham em sincronismo. Quando a separação é superior a 5 cm, a função muscular abdominal torna-se significativamente comprometida⁸⁵. O aumento de tensão da musculatura da parede abdominal durante o exame manual auxilia o diagnóstico diferencial entre a dor resultante dos PGs e a resultante de anormalidades viscerais. O teste consiste manter o doente em decúbito dorsal horizontal e em solicitar-lhe contrair a musculatura abdominal durante a elevação do tronco ou dos membros inferiores; durante esta manobra é realizado o exame manual dos PGs abdominais. A dor proveniente de SDM da parede abdominal agrava-se durante o exame; reduzir-se durante a manobra, é provável que tenha origem visceral^{47,80}. Músculos tensos e em espasmo interferem com a nutrição, sofrem modificação do seu metabolismo e da remoção de catabólitos⁸⁵.

As tendinites dos m. retos abdominais, adutores da coxa e fliopsoas podem gerar dor nos locais de sua inserção muscular na sínfise púbica e no fêmur. A SDM dos m. adutores das coxas pode causar dor perineal, inguinal e abdominal caudal, a do m. fliopsoas, dor nas fossas ilíacas e a dos m. retos abdominais, dor no hipogástrico. A SDM do m. piriforme caracteriza-se pela ocorrência de dor irradiada na face posterior da coxa. A SDM da parede abdominal pode mimetizar afecções viscerais; durante as crises, pode ocorrer diarreia, disúria, vômito, cólica, entre outras manifestações⁸⁰.

Há necessidade da avaliação das funções dos músculos agonistas, antagonistas, sinergistas e estabilizadores da cintura pélvica, assim como os das posturas durante o repouso e dinâmica, pesquisa de encurtamentos musculares e nos membros inferiores, dos apoios plantares, para que o tratamento das disfunções miofasciais seja eficaz e persistente. Alguns doentes apresentam experiências de vida traumatizantes, antecedentes de abusos físicos e/ou sexuais na infância ou adulta^{23,72,94,95} e contraem a musculatura pelvipérineal. As alterações principalmente da fase 4 do sono não REM

podem induzir disfunções músculo-esqueléticas características da fibromialgia. Estas anormalidades do sono também devem ser corrigidas.

f. Síndrome da transição tóraco-lombar

Caracteriza-se por dor referida na região ântero-lateral do quadril e inguinal⁵¹. É decorrente de SDM regional, hiper mobilidade, lesões estruturadas, artroses, fraturas, neoplasias e infecções vertebrais do segmento tóraco-lombar. A hiper motilidade da região lombar ocasiona manutenção da postura ortostática inadequada e o uso de calçado inapropriado reduz o interespaço da articulação facetária lombar. A compressão do nervo flioringuinal na região da crista ilíaca anterior e superior, o aumento da amplitude de movimentação do quadril e da angulação pélvica contribuem para agravar a dor⁵¹.

g. Síndromes ligamentares

O ligamento sacroilíaco anterior, o sacroisquiático e o sacrotuberoso podem sofrer alterações estruturais, do que resulta a redução da sua elasticidade e flexibilidade; as forças de cisalhamento e de tração nos locais de fixação óssea geram microfraturas localizadas⁶. Nestes locais podem ocorrer calcificações que são evidenciadas radiologicamente. O comprometimento dos ligamentos posteriores da pelve gera dor lombar e, a dos laterais, dor na fossa ilíaca, região abdominal inferior e raiz da coxa. A palpação dos ligamentos e da face anterior das articulações sacroilíacas e durante o toque vaginal reproduz a dor^{42,79,85}.

h. Disfunção cicatricial pós-cirúrgica

A cicatrização tecidual pós atos cirúrgicos pode ocasionar dor crônica devido ao encarceramento de troncos nervosos, à formação de neuromas de amputação ou a distorções músculo-esqueléticas. Especialmente em doentes obesos, cuidados especiais devem ser adotados em relação à cicatrização abdominal durante o período pós-operatório. Exercícios de contração isométricas suaves são excelentes para melhorar o mecanismo fisiológicos da cicatrização da musculatura abdominal e pélvica. As neuropatias compressivas melhoram com o calor e com a manipulação miofascial⁷³.

i. Síndrome do descenso perineal

Caracteriza-se pela ocorrência de dor na região perineal posterior devida ao deslocamento anormal do períneo durante a defecação. Pode estar associada a prolapso da mucosa da face anterior do reto após trabalhos

de parto ou microlesões dos ligamentos pélvicos ou da musculatura do assoalho pélvico. A dor costuma persistir durante minutos ou horas após a defecação. Acentua-se durante adoção da posição ortostática e melhora durante o decúbito horizontal. O exame clínico revela que o períneo desloca-se, durante a evacuação distalmente em relação ao plano que tangencial às tuberosidades isquiáticas. A normalização do hábito intestinal e, em casos especiais, a aproximação cirúrgica dos músculos puborretais possibilita a correção do ângulo anorretal⁵⁷.

j. Fibrose do assoalho pélvico

Caracteriza-se pela ocorrência de dor à defecação. Resulta da hipertrofia e fibrose do músculo transverso profundo da pelve. Ao toque retal e vaginal, a manipulação do músculo transverso profundo pode gerar dor pélvica intensa. O tratamento consiste do emprego de medidas fisiátricas e da correção cirúrgica da fibrose⁹.

Dor pelviperineal decorrente de neuropatias

As lesões das estruturas do SNP e SNC podem ser causa de dor pelviperineal^{10,21,35,47,60,71,81,85}.

a. Neuropatias periféricas

As neuropatias periféricas radiculares, plexulares ou tronculares sensitivas de natureza inflamatória, infecciosa, metabólica, vascular, traumática, neoplásica, degenerativa, tóxica, carenciais, imunoalérgica mas freqüentemente, não tem nosologia conhecida^{21,78,85}.

a.1. *Radiculopatias*. A dor radicular manifesta-se em faixa transversal no tronco ou ao longo dos membros. Em caso de radiculopatia compressiva, a dor acentua-se durante a tosse, espirros, durante o ato de urinar ou durante a realização da manobra de Valsalva. As lesões das raízes T10 a T12 geram dor anormalidades sensitivas e motoras tipo neurônio motor inferior na fossa ilíaca e na prega inguinal. O comprometimento radicular sacral geralmente é amplo e bilateral porque há acometimento de várias raízes que se condensam neste estojo de dimensões limitadas e causa dor perineal e nos membros inferiores, síndrome do neurônio motor inferior, incontinência anal, obstipação, bexiga atônica, incontinência fecal e abolição do reflexo anal^{47,78,85}.

A neuralgia pós-herpética é uma causa de dor, especialmente em indivíduos idosos com possível radiculopatia abdominal e perineal. Origina dor intensa e persistente com instalação súbita, precedendo ou sendo concomitante com a erupção cutânea. A aracnoidite espinal ou a fibrose lombossacral resultantes da irritação meníngea por sangue, agentes de contraste de mielografia,

anestésicos locais, traumatismos operatórios no tratamento de hérnias discais e deformidades da coluna vertebral são causas comuns de neuropatia multirradicular. A compressão da raízes por osteófitos e hérnias discais, deformidades ósseas traumáticas ou malformadas, neoplasias benignas (neurinomas, meningiomas, lipomas, cordomas) ou malignas (metástases) podem também causar radiculopatias lombosacrais e torácicas. As hérnias discais são causas incomuns de síndrome radicular dorsal ou sacral^{21,47,78,85}.

a.2. *Lesões plexulares*. As lesões plexulares são causadas principalmente por neoplasias do retroperitoniais ou pélvicas, lesões actínicas, diabete, afecções imunoalérgicas, hematomas retroperitoneais e, raramente, por traumatismos fechados e geram anormalidades sensitivas motoras, neurovegetativas e tróficas em amplas áreas do corpo, geralmente unilaterais. As lesões do plexo toracolombar inferior são causas de dor na parede abdominal caudal e porções proximais dos membros inferiores. As lesões do plexo sacral geram dor e déficit funcional sensitivo e motor perineal unilateral e anormalidades esfinterianas. As lesões do plexo lombossacral resultam em déficit funcional distal nos membros inferiores e no períneo^{47,78,85}.

a.3. *Lesões tronculares*. Frequentemente são causadas por cicatrizes e traumatismos durante procedimentos operatórios ou por tumores. A cicatrização tecidual pode ocasionar dor devido ao encarceramento de troncos nervosos, à formação de neuromas de amputação ou a distorções de elementos músculo-esqueléticos, especialmente em doentes obesos⁸⁵. As lesões tronculares caracterizam-se por anormalidades sensitivas, motoras, neurovegetativas ou tróficas com distribuição focal, geralmente em ilhas⁷⁹. A neuropatia gêmio-femoral caracteriza-se pela ocorrência de dor na região inguinal, grande lábio e triângulo femoral⁸⁶. A neuralgia do nervo ílio-inguinal, caracteriza-se por dor e flacidez muscular localizados na fossa ilíaca. A neuralgia do pudendo causa dor localizada na região genital e anal associada ou não a anormalidades esfinterianas⁷⁸. A neuralgia do nervo ciático menor caracteriza-se pela ocorrência de dor na região isquiática irradiada para a face pósteromedial das coxas^{78,85,97}.

a.4. *Polineuropatias periféricas*. As lesões polineuropáticas causam anormalidades sensitivas em distribuição topográfica nas extremidades, geralmente em bota ou luva e, raramente, exclusivamente na pelve ou no períneo. A polineuropatia diabética é mais comum nos doentes com diabete tipo 2. Pode manifestar-se mesmo quando a glicemia é normal ou no diabético pré-clínico^{21,85}.

a.5. *Dor no órgão amputado*. A amputação de uma

Edição Especial

estrutura ou de um órgão (amputação do reto) pode gerar dor no coto de amputação e ou dor no membro fantasma. O fenômeno fantasma caracteriza-se pela sensação da imagem, geralmente distorcida, quanto às dimensões e conformações (macroscopia, microscopia, telescopia) do órgão amputado. O fenômeno pode ser estático ou dinâmico (cinético, cinestésico). A dor no órgão fantasma caracteriza-se pelo acoplamento das sensações de queimor, formigamento, choques ou latejamento com a imagem do órgão fantasma. A dor no coto de amputação manifesta-se como choque, pontada ou agulhada na extremidade do órgão amputado (neuroma de amputação). Quando expressada pode gerar ou agravar a dor fantasma⁸⁵.

b. Lesões do SNC

Lesões vasculares, isquêmicas, neoplásicas e congênitas podem acarretar comprometimento das vias ou centros sensitivos discriminativos no SNC que podem ser causa de dor pélvica ou perineal⁸⁵.

b.1. *Mielopatias*. As lesões do cone medular resultam em dor e déficit sensitivo-motor em sela (períneo e face posterior dos membros inferiores). As lesões medulares causam dor e transtornos sensitivos uni ou bilaterais em amplas áreas do organismo e déficits motores coincidentes com a síndrome do neurônio motor superior, incontinência fecal e bexiga automática ou reflexa. Em casos de lesão de uma hemimedula espinal (síndrome de Brown-Séquard) ocorre dor e comprometimento da sensibilidade superficial (hipoalgesia ou analgesia e hipoestesia térmica) contralaterais e déficit da sensibilidade profunda (anartrestesia, apalaestesia) e motor ipsolaterais à lesão. As lesões sediadas na porção central da medula espinal acometem as vias sensitivas superficiais que decussam na comissura branca anterior (síndrome siringomiélica), resultando em faixa transversa suspensa de termoanalgesia, muitas vezes dolorosas. A secção transversa da medula espinal causa para ou tetraparesia motora espástica, déficit sensitivo superficial e profundo, distais, comprometimento esfinteriano e da função sexual, dor paroxística ou em queimor em faixa transversal no tronco ou ao longo dos membros (dor segmentar) e dor fantasma constante, em formigamento ou queimor, em áreas caudais ao segmento da lesão, especialmente no períneo e nos membros inferiores. Na faixa de transição entre o tegumento em que a sensibilidade é normal e aquele em que a sensibilidade está acometida, ocorre hiperpatia e, distalmente, anestesia ou hipoestesia. Em casos de mielopatias, a dor costuma ser mais intensa nas extremidades dos membros e no períneo e na pelve⁸⁵.

b.2. *Encefalopatias*. As lesões do tronco encefálico,

tálamo, cápsula interna e ou córtex encefálico geram déficits sensitivos, dor e síndrome do neurônio motor superior contralaterais à lesão. A região abdominal e o períneo não são geralmente sede significativa da síndrome álgica nestas eventualidades⁸⁵.

A etiologia das neuropatias dependendo do quadro clínico e achados de anormalidades em exames complementares como eletroneuromiografia, estudo do potencial evocado sensitivo, provas de atividade metabólica e inflamatória, radiografias, TC, RNM e angiografia do encéfalo, do canal raquidiano e da pelve, exame do líquido cefalorraquidiano, biópsia dos nervos periféricos e de estruturas do SNC ou seus envoltórios⁸⁵.

Dor pelviperineal causadas por doenças sistêmicas

a. Discrasias sangüíneas

Doentes com anormalidades da coagulação (hemofilia, hepatopias, uso de anticoagulantes) podem apresentar sangramentos espontâneos após mínimos traumatismos. O hematoma pode distender ou infiltrar estruturas viscerais, somáticas ou troncos nervosos e gerar dor, muitas vezes intensa. Hematomas retroperitoneais sobre o músculo íleo-psoas acarretam dor pélvica inguinal e perineal unilateral e impotência funcional desta estrutura muscular. Quando muito volumosos, causam compressão do plexo lombossacral, nervo ílio-inguinal e gêmito-femoral, resultando em dor na região inguinal, grandes lábios, face medial e anterior das coxas. A dor é aliviada quando as coxas são fletidas e acentuada quando estendidas. O diagnóstico é realizado pela demonstração da discrasia sangüínea e identificação do hematoma com o uso do ultrassom, TC ou RNM do abdômen e do retroperitônio. O tratamento consiste na reposição dos fatores de coagulação, administração de analgésicos e aplicação de ultra-som com a finalidade de minimizar a fibrose retroperitoneal e as seqüelas neurológicas dela decorrentes³⁴.

b. Anemia falciforme

Pode ser causa de dor aguda na pelve. A hipóxia, a desidratação e as infecções, falcização das hemácias no interior dos vasos resulta em trombose e isquemia tecidual. Dor abdominal, dor torácica e dor nos membros inferiores, são comumente observada. O diagnóstico é realizado pela demonstração da falcização das hemácias³⁴.

c. Doenças do colágeno

Dor abdominal ocorre freqüentemente em doentes portadores de artrite reumatóide juvenil e é desacompanhada de complicações. Nos doentes portadores de periartrose nodosa, pode ocorrer dor abdominal associada à peritonite, infarto intestinal e perfuração de vísceras³⁴.

d. Diabete

Os doentes diabéticos podem apresentar dor abdominal, principalmente quando a doença não está controlada. Hiperamilasemia geralmente está presente nestas eventualidades. Em muitos casos, há neuropatias autonômicas³⁴.

e. Porfirias

As porfirias hepáticas que incluem a porfíria aguda intermitente, porfíria *variegata* e a coproporfíria hereditária, são transmitidas de modo dominante autossômico e caracterizam-se por sintomas e sinais abdominais, neuropsiquiátricos e dermatológicos. São resultantes de distúrbios do metabolismo das porfirinas, que são precursoras da síntese do heme, enzimas celulares e pigmentos. Durante as crises de porfíria, os doentes apresentam dor epigástrica em cólica intensa e na região lombar irradiada para região genital, associada à hipertonia da parede abdominal, vômitos e obstipação. Quadros neuropáticos periféricos caracterizados por déficits sensitivos e motores, distúrbios psíquicos, lesões cutâneas e escurecimento da urina estão geralmente associados à síndrome algica. As crises são desencadeadas pela ingestão de barbitúricos, álcool, sulfas, codeína, estrógenos, diuréticos mercuriais, infecções, entre outros, e são mais freqüentes durante a menstruação e durante a gestação. O diagnóstico é realizado através da dosagem das porfirinas e seus precursores na urina e nas fezes³⁴.

f. Outras causas de dor pelviperineal

Dentre as causas menos freqüentes de dor pélvica e perineal citam-se abstinência de narcóticos, intoxicação por chumbo, enxaqueca abdominal, síndromes convulsivas sensitivas, enterocolite por quimioterápicos, etc³⁴.

Dor pelviperineal sem causa aparente

A ocorrência de dor pelviperineal sem causa evidente é um dos problemas de solução difícil em ginecologia. Estas doentes são geralmente pré-menopausadas, jovens ou adolescentes que apresentam dor contínua ou intermitente na região suprapúbica, fossas ilíacas e face interna das coxas, de moderada ou pequena intensidade, embora se acentua durante as menstruações. Dispareunia, corrimento vaginal e disúria são habituais. O exame clínico é normal, podendo evidenciar dor e hipertonia muscular à palpação do abdômen distal ou das fossas ilíacas. Os exames complementares, incluindo a laparoscopia, nada revelam ou demonstram a presença de modificações pouco significativas. Vários trabalhos

permitiram determinar que muitas destas doentes apresentam dor pélvica e perineal em decorrência de transtornos psíquicos. A dor de origem psicogênica é mal definida, de localização difícil, é relacionada a eventos emocionais, a sintomatologia é desconexa, o curso é imprevisível, e é associada a anormalidades sociais e pessoais⁵.

Diferindo do que ocorre em outras regiões do organismo, as mulheres aprendem desde tenra idade que muitas funções dos órgãos sexuais femininos podem estar associados à dor e desconforto, tais como a menstruação, ovulação, parto e relações sexuais. As atribuições, expectativas e as atitudes frente a estas situações podem interagir com transtornos afetivos, sociais, profissionais e modificar o padrão de percepção dos estímulos nociceptivos⁷⁶. Em muitas mulheres, os exames clínicos e subsidiários nada revelam de anormal; em outras, as anormalidades demonstradas podem ser removidas sem que ocorra alívio do desconforto. A dor pode ser a razão para a manipulação de situações pessoais por muitos doentes. Os distúrbios afetivos e da personalidade são muito comuns nas mulheres com dor sem causa aparente. Entretanto, a associação entre a queixa de dor e os transtornos emocionais não justifica a ocorrência da dor em muitos casos. Do mesmo modo, a presença de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos não indica que a dor seja imaginária³⁷.

Foi observado que em 10% a 60% das laparoscopias em que a intensidade das queixas justificavam a sua realização, não havia afecção pélvica que pudesse estar correlacionada com as queixas das enfermas³.

Beard et al. (1984)⁷ notaram que de 18 mulheres com DPC e com laparoscopia normal, cinco se tornaram livres de sintomas após serem informadas sobre a normalidade do exame. A freqüência da normalidade chega a 90% quando aderências, congestão vascular e distopias não são consideradas.

A natureza das anormalidades emocionais que se associam à dor pélvica não foi ainda totalmente esclarecida. De toda maneira, estas mulheres são mais ansiosas, deprimidas, introvertidas, apresentam traços neuróticos, histéricos e hipocondríacos, tendências suicidas, frigidez sexual, carência afetiva, dificuldade para relações sociais, desajustamentos conjugais e familiares, pertencem a famílias mais numerosas e têm maior freqüência de vários casamentos que a população geral. Raskin (1984)⁷³ avaliou 52 mulheres portadoras de dor pélvica crônica e observou que apenas cinco apresentavam enfermidades orgânicas que a justificassem; nas demais, havia quadro de desorganização social, múltiplos divórcios, ingestão de álcool, uso de drogas e história de incesto. Em 66% dos casos havia quadro de somatização,

Edição Especial

freqüência esta que se elevava a 80% quando a história de dor era superior a cinco anos. Estas doentes são geralmente deprimidas, procuram mais freqüentemente assistência médica e apresentam queixas vagas e múltiplas mais freqüentes que aquelas com lesões demonstráveis.

Observou-se haver relação entre estados mórbidos psiquiátricos e sintomas ginecológicos incluindo a dismenorréia, tensão pré-mestrua, etc. e que as anormalidades afetivas freqüentemente precedem a instalação da dor pélvica crônica. O que é interessante é o fato de as mulheres colocarem o sistema reprodutivo como sede da expressão de seus sofrimentos. Considera-se que a dor seja um transtorno psicossomático, causada por disfunção das vias neurovegetativas que acarreta venocongestão pélvica, alteração da motricidade do miométrio e hipersecreção cervical. Demonstrou-se, ainda, que durante a abordagem de assuntos íntimos e pessoais, estas enfermas apresentam elevação do fluxo sanguíneo vaginal, o que enfatiza a correlação entre transtornos afetivos e congestão pélvica. A perpetuação dos distúrbios funcionais gera edema do tecido conectivo e aumento do volume uterino. A congestão uterina causa transtornos menstruais, e a ovariana, transtornos hormonais.

Alguns autores, entretanto, não observaram diferenças entre o perfil do comportamento entre mulheres com dor pélvica, com ou sem doença demonstrável. É possível que a ansiedade e depressão, observadas em muitas dessas mulheres, sejam a consequência e não a causa da dor pélvica; é provável quando o distúrbio emocional das doentes direcionem o local da dor para a pelve e não para outras regiões⁸⁴.

Essas mulheres geralmente recusam-se a aceitar que transtornos psicológicos estão envolvidos na gênese da dor. Os indivíduos são educados para considerar como sendo orgânica a origem de todos os desconfortos. Desse modo, afirmar a doentes que a dor é de fundo psíquico pode constituir uma afronta. A melhor tática consiste em informar-lhes que os órgãos pélvicos estão normais e que vários outros fenômenos e sistemas podem contribuir para a gênese de dor para reduzir a ansiedade⁸⁵.

FATORES PSICOSSOCIAIS EM DOENTES COM DPC

Há evidências de que doentes com DPC apresentam alterações psicológicas mais evidentes que população controle. A prevalência de depressão em mulheres com DPC é de 28%, comparado com 3% de mulheres com afecções ginecológicas em geral. A prevalência de abuso físico e sexual em estudos norte-americanos envolvendo mulheres com DPC é controversa e varia de 20% a 82%. A grande discrepância varia em decorrência dos critérios e naturezas dos estudos utilizados. Em alguns estudos, a prevalência

foi de 58%, comparada com 30% da população controle (doentes com afecções ginecológicas ou com dor não pélvica)⁵.

Alguns estudos examinaram relação entre abuso físico e DPC. Walling et al. (1993)⁹⁵ descreveram que mulheres com DPC apresentavam prevalência maior de abuso físico em alguma fase da vida comparados com mulheres que não apresentavam dor (50% versus 30%), mas sem diferenças significativas entre doentes com DPC e cefaléia crônica. Rapkin et al. (1984)⁷³ acharam prevalência maior de abuso físico em população com dor crônica, quando comparados com população com DPC, das 52 mulheres com DPC, apenas 5 apresentavam enfermidades orgânicas que a justificassem e observaram que nas demais havia histórico de desorganização social, incesto, vários divórcios, ingestão de álcool e uso de drogas. Em 66% dos casos, havia somatização, freqüência esta que se elevou para 80% quando a história de dor foi superior a 5 anos. As doentes eram geralmente deprimidas, procuravam maior número de vezes assistência médica e apresentavam queixas vagas e numerosas mais freqüentemente que aquelas com lesões demonstráveis. O encontro de anormalidades psicológicas ou psiquiátricas não indica que a dor seja imaginária; a associação de queixa de dor com transtornos emocionais não justifica a ocorrência da dor em muitos casos. Alguns autores não observaram diferenças entre o perfil comportamental em mulheres com dor pélvica com ou sem doença demonstrável²³. É possível que a ansiedade e a depressão, observadas em muitas dessas mulheres, sejam a consequência e não a causa da dor pélvica; é provável que quando ocorrem anormalidades emocionais, os doentes direcionem a sede da dor para a pelve e não para outras regiões^{73,94,95}.

AVALIAÇÃO

Deve-se obter uma história completa da dor, incluindo a natureza, início, localização, intensidade, padrão de irradiação, sintomatologia associada, fatores agravantes e de alívio, uso de medicamentos, relação com o trabalho, estresse, ciclos menstruais, anticoncepção, atividade sexual, relação com micção, evacuação e postura, antecedentes cirúrgicos e obstétricos, bem como efeito social e ocupacional da dor, pois a dor pelviperineal pode ter origem nos órgãos genitais, em alterações musculoesqueléticas, ligamentares, urológicas, gastrintestinais, vasculares e nervosas. O exame clínico e complementar é necessário para se identificar anormalidades viscerais e músculo-esqueléticas regionais e à distância, e outras afecções primárias ou secundárias, focais ou sistêmicas. A avaliação visceral, do aparelho locomotor, do sistema nervoso e do psiquismo deve ser

realizada sistematicamente nestes casos. O exame físico deve avaliar ocorrência de pontos dolorosos ou PGs na região tóraco-lombar, glútea, pélvica e de MMII, a presença de massas à palpação superficial e profunda, o exame da genitália e proctológico. A palpação bimanual uterina e de seus anexos avalia posição, tamanho, consistência, contornos e mobilidade destas estruturas. Aspectos propedêuticos podem auxiliar no diagnóstico, como exames laboratoriais, ultrassonografia, flebografia, laparoscopia, sigmoidoscopia, urografia excretora, tomografia computadorizada, eletroneuromiografia e ressonância magnética^{84,85,88,89}.

O diagnóstico clínico preciso fundamentado na anamnese e exame físico são mais importantes para tal mister que os exames complementares em muitos casos. Quando a dor é lombar, lombo-ílica ou lombo-sacral, deve-se investigar doença ortopédica, reumatológica ou dor miofascial. A dor irradiada para as faces anteriores das coxas pode ser de origem neurológica, visceral ou músculo-esquelética, e a irradiada para a face posterior dos membros inferiores geralmente é decorrente de neuropatias ou de afecções músculo-esqueléticas. Os exames complementares devem ser interpretados; os seus achados devem ser validados apenas em casos de congruência entre seus achados e os dados semiológicos clínicos e de anamnese^{15,37,38,47,74,83}.

A identificação dos fatores concorrentes para a expressão da dor é necessária, pois estes estão intimamente relacionados às atitudes, ao psiquismo, ao estilo de vida, ao ambiente físico e social dos doentes^{25,26,41,85,90}. A qualidade da avaliação e a precisão dos diagnósticos são elementos determinantes para os resultados dos programas de reabilitação. Hábitos alimentares, tendências, atitudes, hábitos de vida, atitudes durante execução do trabalho, atividades domiciliares, sociais, modo de dormir, condições ambientais, ergonômicas e posturais, atividades de vida diária e de vida prática e desempenho sexual atual e pregressos, transtornos psíquicos, padrões de relacionamento na família e na sociedade devem ser detalhadamente revistos. Os possíveis elementos causais, desencadeantes ou perpetuantes das disfunções e da dor devem ser corrigidos ou eliminados. É essencial explorar de modo convincente a etiologia da dor. A identificação da natureza nociceptiva ou por desferentação da dor é importante para a implementação das diretrizes do tratamento sintomático^{4,56,90}. O exame físico geral, o exame do aparelho locomotor, do sistema nervoso, gênito-urinário, o exame proctológico e das vísceras abdominais e a avaliação psiquiátrica é necessária em todos os casos⁸⁹.

TRATAMENTO DA DOR

O modelo integrado de tratamento multiprofissional

deve adaptar-se ao conceito da natureza complexa da dor e pressupõe a formulação individualizada de planos diagnósticos e terapêuticos que, freqüentemente, exigem a adoção de várias modalidades de intervenções concomitantes ou seqüenciais⁹⁰ para resgatar a normal interação bio-psico-social das doentes (dor total). Não apenas o alívio da dor, mas a normalização das funções psíquicas e operacionais dos diferentes sistemas e aparelhos e a correção dos desajustamentos familiares e sociais que contribuem para o sofrimento devem ser alvos da assistência^{24,41,56,61,90}.

A remoção, quando possível das causas, os medicamentos analgésicos e adjuvantes, os procedimentos de medicina física e de terapia ocupacional, a psicoterapia e os procedimentos anestésicos e neurocirúrgicos, quando aplicados de modo racional, proporcionam melhora da qualidade de vida e da sintomatologia em muitos doentes com DPC^{12,19,20,24,25,40,41,47,53,56,62,65,68,82,83,90}.

Os antiinflamatórios não hormonais e os opióides são os medicamentos analgésicos mais utilizados no tratamento da dor por nocicepção aguda e crônica¹⁸. Em doentes com DCP, o uso isolado destes medicamentos não proporciona alívio significativo a longo prazo. Os analgésicos devem ser associados aos medicamentos adjuvantes como os antidepressivos e/ou neurolépticos^{16,54,62}. Em casos de SDM ou fibromialgia, miorrelaxantes (ciclobenzaprina) podem ser também prescritos⁹². Em casos de neuropatias, recomenda-se o uso de psicotrópicos e ou anticonvulsivantes. Os corticosteróides, os anestésicos locais, os fármacos que modulam as unidades adrenérgicas, os ansiolíticos e opióides são indicados em casos especiais^{40,53,65}. A administração deve ser realizada regularmente e, não apenas quando necessário. Estes cuidados reduzem o sofrimento, a ansiedade do doente e a sensibilização das vias nociceptivas⁹⁰.

As medidas fisiátricas visam ao alívio da dor, à melhora do desempenho físico, à prevenção, ao tratamento e à minimização das anormalidades primárias e das repercussões tegumentares, viscerais e neuropáticas geradas pela dor e pelo imobilismo²⁵. A avaliação da postura e da função músculo-esquelética e da mecânica corporal durante a realização das atividades de vida diária e vida prática e no trabalho e durante o repouso são importantes para a reeducação de postura, para quebrar o ciclo vicioso dor-espasmo-dor e para direcionar a seleção dos exercícios específicos^{57,64}. Os doentes traumatizados pela dor e pela incapacidade tornam-se apreensivos e dependentes. Comumente adotam posturas passivas frente à dor, utilizam medicamentos anarquicamente e negligenciam as propostas de reeducação. O desuso e a perda da função dos segmentos acometidos pela dor exercem papel significativo na gênese da dor^{25,83}. O retorno

Edição Especial

precoce às atividades domiciliares e profissionais, orientações sobre ergonomia, relaxamento, distração, imaginação dirigida e sobre adoção de posturas apropriadas e da necessidade do aproveitamento dos segmentos do corpo incapacitados para a execução das funções, induzem o indivíduo a readquirir suas funções com menor sofrimento, previnem a progressão e a instalação de lesões estruturais e reforçam a importância das regiões acometidas pela dor como parte atuante do corpo. Técnicas destinadas à dessensibilização, à reeducação proprio e exteroceptiva, à manutenção do tônus, da potência e do trofismo muscular e da amplitude articular são as mais empregadas no tratamento da dor⁹⁰. Correção das posturas, meios físicos, cinesioterapia, agulhamentos e infiltrações dos pontos gatilhos⁴⁸ são os procedimentos de medicina física mais utilizadas para a reabilitação e analgesia. Os meios físicos promovem relaxamento muscular, modificam a vasoatividade, restauram as propriedades viscoelásticas dos tecidos, aceleram a absorção das substâncias algio gênicas e o edema tecidual e ativam o sistema supressor de dor. A termoterapia pelo calor superficial e profundo, a crioterapia, a eletroterapia, a massoterapia e a cinesioterapia normalizam as funções neurovegetativas, controlam a inflamação, restauram as propriedades viscolásticas dos tecidos, relaxam a musculatura, previnem e revertem as distrofias e exercem efeito analgésico. As infiltrações e o agulhamento seco (acupuntura) dos PGs e o agulhamento de áreas estratégicas do corpo proporcionam alívio da dor, especialmente da SDM.

As diversas formas de reeducação e reestruturação corporal, o realinhamento das cadeias musculares, a biodança, entre outras técnicas, permitem o relaxamento, o alongamento e a correção de posturas viciosas. O condicionamento do aparelho cardiovascular e respiratório também é importante para evitar a recorrência da dor. A orientação vocacional é parte das estratégias do tratamento. Não havendo condições para retorno para as funções originais, a readaptação para a execução de outras atividades deve ser realizada⁸⁸.

A correção do desbalanço de forças gerado pela fraqueza muscular, a eliminação da hipertonia muscular e dos espasmos e a melhora do sentido de propriocepção em relação à pelve e o tronco são necessários antes do início do programa de exercícios. A reeducação postural e o relaxamento da musculatura pélvica são realizados por meio de vários procedimentos. Os exercícios para relaxamento geral e de contração isométrica sustentada seguidos de relaxamento associados à respiração são muito eficazes. Estes procedimentos facilitam o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico permitindo que o doente controle melhor a contração, o relaxamento e o tônus muscular e, como consequência, a dor. Os aparelhos de

biofeedback podem ser utilizados naqueles doentes com dificuldade de aprendizado dos exercícios de relaxamento. Os eletródios podem ser aplicados externamente ou por via intravaginal ou intrarretal, para monitorar a contração do m. elevador do ânus^{25,47,57,85}.

A boa postura é compatível com movimentos mais harmoniosos com menor gasto energético. Os exercícios aeróbicos são recomendados para melhorar o condicionamento global, reduzir os fatores estressantes diários e para a prevenção das SDMs. Quando o objetivo é a melhora do condicionamento, os esforços são dirigidos para a musculatura abdominal, lombossacral, glútea e dos membros inferiores. Os exercícios aumentam a atividade endorfinérgica e encefalinérgica, resultando em diminuição da dor e da depressão^{25,47}. Segundo Rosen, menos de 5% dos doentes realiza exercícios conicamente de modo rotineiro. A sobrecarga de estruturas músculo-tendíneo-ligamentares em doentes com dor deve ser minimizada com orientação para melhorar a distribuição e corrigir as distribuição das cargas, ou seja, com orientações sobre posturas, ergonômias, exercícios analíticos, isométricos, posturais e de respiração, de alongamento, relaxamento e de fortalecimento muscular⁸⁹.

O massagem profundo pode ser realizado nos músculos da região lombossacral e glútea e no m. elevador do ânus (manobra intravaginal ou intrarretal). A massagem alivia a dor por mecanismo reflexo e reduz as aderências do tecido cicatricial, principalmente em locais de episiotomias que, em conjunto com SDM de região pélvica, ocasionalmente, podem ser sede de dispareunia⁵⁷.

A termoterapia profunda com o ultrassom pode ser utilizada na musculatura pélvica através da aplicação perianal, e hipogástrica com o objetivo de relaxamento, para facilitar a cinesioterapia. Pode ser empregada após as massagens profundas para liberar aderências entre os elementos miofasciais²⁵. A crioterapia com gelo pode ser também utilizada após o massagem dos PGs. As agulhas de acupuntura acopladas a eletródios decorrente farádica ou de eletroacupuntura, propiciam contração involuntária dos músculos e facilitam o relaxamento após as contrações. A reeducação do tônus com infiltração muscular com anestésicos locais ou outros tipos de corrente elétrica (galvânica de alta voltagem, dinâmicas, interferenciais, *TENS*), podem produzir alívio sintomático.

Quando não há melhora após a adoção de programas convencionais de reabilitação física, a inativação dos PGs e pontos dolorosos com agulhamento seco e ou infiltração com anestésicos locais é necessária preceder as manobras destinadas à restauração do comprimento do músculo. Além de aliviar a dor, este procedimento pode reduzir a compressão nervosa em casos de neuropatias compressivas⁴⁸. As agulhas devem ser longas (de 5 a 7 cm), o suficiente para inativar os pontos localizados na musculatura do assoalho pélvico⁸⁷. Os

aparelhos de estimulação elétrica transcutânea e o *spray* refrigerante de cloreto de etila podem também ser utilizados para dessensibilização dos PGs^{25,47,93}, mas não usar sobre área de mucosas ou lesões cruentas.

Os procedimentos psicocomportamentais visam à eliminação dos comportamentos doentios e de evitação, à melhor aceitação da doença, à melhora da funcionalidade e à indução do uso de estratégias de enfrentamento mais adequadas⁹⁰. Os procedimentos neurocirúrgicos são utilizados para o tratamento da dor quando as medidas menos invasivas não proporcionam resultados satisfatórios ou se associam a adversidades⁸². A seleção dos instrumentos terapêuticos deve seguir escala crescente quanto à natureza, magnitude, complexidade e custos e respeitar a necessidade e a tolerância de cada indivíduo^{90,98}.

A completa eliminação sensação dolorosa não é a única razão das intervenções realizadas em doentes com DPC. O tratamento objetiva a melhora da qualidade de vida, não apenas o alívio da dor. Apesar de o alívio da dor permitir a melhora da qualidade de vida em significativa parcela dos indivíduos, nem sempre há correlação entre ambas as condições. Componentes biológicos, emocionais e sociais podem estar muito comprometido devido à dor ou à concorrência de outras situações, que apenas o controle da dor não é suficiente para normalizá-los^{23,26,74,81,90}.

Psicoterapia

O melhor método de tratamento do componente psicogênico da dor é a psicoterapia e as terapias cognitivo-comportamentais, quando são introduzidas técnicas de relaxamento que visam elucidar as fontes de ansiedade, desajustamentos e descontentamentos. O encaminhamento aos psiquiatras ou psicólogos geralmente não é bem aceito pelas doentes, que interpretam esta medida como rejeição pelos profissionais de saúde. O tratamento deve se iniciar o mais precocemente possível, antes que alterações estruturais e a memória do sofrimento crônico sejam concretizados. O quadro agrava-se por cirurgias desnecessárias que podem transformar situações funcionais em estruturais. O uso criterioso de analgésicos, antiespasmódicos, psicotrópicos antidepressivos, tranquilizantes e neurolépticos contribuem para minorar a dor.

Tratamento neurocirúrgico funcional da dor pelviperineal

Os procedimentos operatórios visando o tratamento sintomático da dor estão indicados apenas quando as medidas clínicas não beneficiarem os doentes. O tratamento operatório visa à interrupção das vias

nociceptivas centrais ou periféricas, em casos de dor por nocicepção, principalmente quando ocasionadas por doença oncológica maligna ou à estimulação das vias supressoras de dor em doentes com dor por desaferentação.

Interrupção das vias nociceptivas

Interrupção das vias do sistema nervoso neurovegetativo simpático. A simpatectomia pré-sacral é indicada para o tratamento da dor visceral pélvica funcional ou oncopática.

Neurotomias. Estão indicadas para o tratamento da neuralgia gêmeo-femoral, neuralgia do nervo ciático menor, neuralgia fêmuro-cutânea e neuralgia do nervo pudendo.

Rizotomias. A rizotomia percutânea por radiofrequência das raízes sacrais está indicada no tratamento da dor resultante de câncer que acomete o tegumento perineal.

Lesão do trato de Lissauer e do corno posterior da medula espinal. Está indicada no tratamento da dor da síndrome fantasma, dor de coto de amputação, dor associada às neuropatias periféricas, tais como em casos de neuralgia pós-herpética e em casos de dor mielopática.

Cordotomias ântero-laterais percutâneas por radiofrequência. Estão indicadas no tratamento da dor decorrente do câncer e situada na pelve, membros inferiores, abdômen ou tórax.

Mielotomias

Estão indicadas no tratamento da dor pelviperineal bilateral e ou nos membros inferiores resultante de câncer. A mielotomia extralemniscal esterotáxica cérvico-bulbar é a mais empregada.

Talamotomias e mesencefalotomias

Estão indicadas no tratamento da dor oncológica ou por desaferentação localizada em amplos territórios do organismo.

Cirurgias do comportamento

A cingulotomia e a hipotálamotomia pósteromedial são indicadas para o tratamento de doentes com dor e intenso desconforto afetivo.

Hipofisectomia

Está indicada para o tratamento da dor resultante de metástases ósseas de neoplasia de mama, próstata e

Edição Especial

endométrio. Pode ser realizada por via transcraniana, transesfenoidal microcirúrgica ou por radiofrequência.

Muito frequentemente, as doentes com dor pélvica crônica não aceitam os diagnósticos e as terapêuticas, devido ao fato de terem sido avaliados por numerosas equipes de saúde e terem recebido orientações conflitantes. Além da adequação dos esquemas terapêuticos, a orientação dos doentes e dos seus familiares e seus cuidadores sobre as razões e mecanismos da ocorrência de dor e sobre os méritos e riscos dos procedimentos propostos para seu controle contribui para melhorar o resultado final do tratamento. A adoção de atitudes encorajadoras e a exposição clara das situações clínicas, das propostas terapêuticas, dos riscos e das possibilidades, evitando-se informações contraditórias, ou nebulosas, o uso de expressões verbais não acessíveis ao padrão cultural e étnico dos doentes são recomendados. O esclarecimento das situações e das razões das intervenções analgésicas e da reabilitação reduz as incertezas e permite melhor aderência ao tratamento e maior confiança nas atitudes terapêuticas^{23,90}.

CONCLUSÃO

A dor pélvica crônica é uma queixa freqüente nos ambulatórios de ginecologia, urologia e proctologia. A variedade de estruturas contidas na pelve torna difícil, muitas vezes, identificar a origem da dor pélvica. A dor pélvica não é um fenômeno isolado, mas deve ser vista de modo mais abrangente. A avaliação de doentes com dor pélvica crônica deve ser cuidadosa e considerar fatores orgânicos e anormalidades funcionais. A identificação das etiologias, fatores desencadeantes e perpetuantes são importantes no tratamento das dores pelviperineais de natureza não visceral. Portanto, são necessária as avaliações globais e integrativas das áreas de competência de diversas especialidades médicas e não médicas. Os tratamentos interdisciplinares resultam em alívio significativo da dor e do sofrimento, sendo de fundamental importância a educação cognitivo-comportamental, enfatizando os métodos ativos de enfrentamento.

Lin, T.Y., Teixeira, M.J., Ungaretti, Jr., A., Kaziyama, H.H., Boguchwal, B. Pelviperineal pain. *Rev. Med.* (São Paulo), 80(ed. esp. pt.2):351-74, 2001.

ABSTRACTS: Pelviperineal pain is very common, specially in women. Very often the occurrence of visceral disturbances is not the reason for chronic pelvic pain. In many patients, pain is the result of musculoskeletal abnormalities or neuropathies. The removal of the possible causes, and the prescription of analgesics and adjuvants agents, physical medicine and psychotherapy are the usual procedures for treatment of this condition. Anaesthetic blocks and neurosurgical procedures seldom are necessary for treatment of these patients.

KEYWORDS: Pain/diagnosis. Pain/etiology. Chronic disease. Pelvic pain/diagnosis. Neurologic manifestations. Myofascial pain syndromes/diagnosis. Viscera/pathology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen, W.M. Chronic pelvic congestion and pelvic pain. *Am. J. Obst. Gynecol.*, 109:198, 1971.
2. Andrade, N.A. Doenças ano-retais. In: Dani, R., Castro, L.P., ed. *Gastrenterologia clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988. Cap.72.
3. Bahary, C.M., Gorodesky, I.G. The diagnostic value of laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Am. Surg.*, 11:672, 1987.
4. Baker, P.K. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain: diagnosis and treatment. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 20:719-42, 1993.
5. Basu, H.K. Chronic pelvic pain. *Br. J. Hosp. Med.*, 26:150, 1981.
6. Beal, M.C. The sacroiliac problem: review of anatomy, mechanisms and diagnosis. *JAMA*, 81:667, 1982.
7. Beard, R.W., Gangar, K., Pearce, S. Chronic gynaecological pain. In: Wall, P.D., Melzack, R., ed. *Textbook of pain*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984. p.597-614.
8. Beard, R.W., Reginald, O.W., Wadsworth, J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br. J. Obst. Gynaecol.*, 95: 153, 1988.
9. Beernaerts, A., Hirsch, F. Fibrose dy plancher pelvien. *Acta Chir. Belg.*, 84:83, 1984.
10. Benson, J.T. Neuropathic Pain. In: Steege, J.F., Metzger, D.A., Levy, B.S., ed. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1998. p.241-50.
11. Berek, J.S., Adashi, E.Y., Hillard, P.A. *Novak's gynecology*. 12.ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996. Cap. 14, p.399-428.
12. Blau, W.S., Von Kaenel, W.E. Pain medicine and the role of neurologic blockade in evaluation. In: Steege, J.F., Metzger, D.A., Levy, B.S., ed. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1998. p.303-21.

13. Blendis, L.M. Abdominal pain. In: Wall, P.D., Melzack, R., ed. *Textbook of pain*. 2.ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989. Cap.32.
14. Boeyens, L. Une variante clinique inhabituelle de la pubalgie chez la femme: le cas d'une sportive. *J. Ginecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 16:339, 1989.
15. Bonica, J.J. General considerations of pain in the pelvic and perineum. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Philadelphia, Lea and Febiger, 1990. p.1283-312.
16. Budd, K. Psychotropic drugs in the treatment of chronic pain. *Anaesthesia*, 33:531-4, 1978.
17. Campbell, F., Collett, B.J. Chronic pelvic pain. *Br. J. Anaesth.*, 73:571-3, 1994.
18. Cooper, W.L. Coccygodynia: an analysis of 100 cases. *J. Int. Col. Surg.*, 33:306, 1960.
19. Correa, C.F., Teixeira, M.J., Oliveira, J.R.J.O., Pimenta, C.A.M. Sistemas implantáveis de infusão de drogas em doentes com dor oncológica de difícil controle. *Arq. Bras. Neurocirurg.*, 13:123-8, 1994.
20. Cossermelli, W., Pastor, E.H. Antiinflamatórios não esteróides e doenças reumatológicas. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo*, 50:115-24, 1995.
21. Dyck, P.J., Thomas, P.K., Lambert, E.H., Bunge, R. *Peripheral neuropathy*. New York, Saunders, 1984.
22. Elhilali, M.M., Winfield, H.N. Genitourinary pain. In: Wall, P.D., Melzack, R., ed. *Textbook of pain*. 2.ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989. Cap. 35.
23. Figueiró, J.A.B., Teixeira, M.J. Reações comportamentais desencadeadas pela dor. *Rev. Med.* (São Paulo), 73:67-8, 1995.
24. Flor, H., Fydrich, T., Turk, D.C. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49:221-30, 1992.
25. Gal, P.L., Kaziyama, H.H.S., Lin, T.Y., Teixeira, M.J., Corrêa, C. Síndrome miofascial: abordagem fisiátrica. *Arq. Bras. Neurocirurg.*, 10:4, 1991.
26. Gambone, J.C., Reiter, R.C. Nonsurgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 33:205-11, 1990.
27. Gee, W.F., Ansell, J.S., Bonica, J.J. Pelvic and perineal pain of urologic origin. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Philadelphia, Lea and Febiger, 1990. v.2, Cap. 68. p.1368-82.
28. Goligher, J.C., Duthie, H.L., Nixon, H.H. *Surgery of the anus rectum and colon*. 3.ed. London, Balliere Tindal, 1975.
29. Granet, E. Proctalgias and allied non-inflammatory perianal dyscrasias: coccygodynia, proctalgia fugax, neurogenic pruritus ani. *Am. J. Diag. Dis.*, 15:330, 1946.
30. Guerriero, W.F., Guerriero, C.P., Eward, R.D., Stwart, J.A. Pelvic pain gynecologic and nongynecologic, interpretation and management. *South. Med. J.*, 64:1043, 1971.
31. Habr-Gama, A., Alves, P.R.A., Rodrigues, J.J.G. Tumores malignos. In: Dani, R., Castro, L.P., ed. *Gastrenterologia clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988. Cap. 64.
32. Habr-Gama, A., Teixeira, M.G. Doença diverticular do cólon. In: Dani, R., Castro, L.P., ed. *Gastrenterologia clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988. Cap. 68.
33. Halbe, H.W. *Tratado de ginecologia*. 2.ed. São Paulo, Roca, 1994. Cap. 51, v.1, p.485-94.
34. Hamid, M.A., Levi, A.J. Medical causes of pain in the lower abdomen. *Clin. Obst. Gynecol.*, 8:15, 1981.
35. Harms, B.A., Dehaas, D.R., Starling, J.R. Diagnosis and management of genitofemoral neuralgia. *Neurosurgery*, 102:583-6, 1987.
36. Helderdoorn-Smith, M., Overweg-Van, L. Perianal pain: a case report. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 14:197, 1988.
37. Henker, F.O. Diagnosis and treatment of non-organic pelvic pain. *South. Med. J.*, 72:1132, 1979.
38. Howard, F.M. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 48:357-87, 1993.
39. Howard, W., Wentz, A.C., Burnett, L.S. *Tratado de ginecologia*. 11.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.
40. Jaffe, J.H., Martin, W.R. Opioid analgesics and antagonists. In: Gilman, A.F., Rall, T.W., Nies, A.S., Taylor, P., ed. *The pharmacological basis of therapeutics*. 8.ed. New York, Pergamon Press, 1990. p.485-521.
41. Kames, L.D., Rapkin, A.J., Naliboff, B.D. et al. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain*, 41:41-6, 1990.
42. Klenerman, L. The orthopaedic viewpoint. *Clin. Obstet. Gynaecol.*, 8:27, 1981.
43. Lanneta, O. Dor pélvica. In: Halbe, H.W., ed. *Tratado de ginecologia*. 2.ed. São Paulo, Roca, 1994. Cap. 51. p.485-94.
44. Levy, B.S. Miscellaneous causes of pelvic pain. In: Steege, J.F., Metzger, D.A., Levy, B.S., ed. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1998. p.145-60.
45. Lieberman, D.A. Anorectal disorders. *Ann. Intern. Med.*, 101:837, 1984.
46. Lilius, H.G., Voltoman, E.J. Diaphragma pelvis spastica. *Doudecim*, 88:399, 1972.
47. Lin, T.Y., Teixeira, M.J., Lin, E., Kaziyama, H., Imamura, S. Non visceral chronic abdominal pain: the role of myofascial and neuropathic pain syndromes. In: Satoshi, U., Ryuichi, N., Shigenobu, I., ed. Bologna, Monduzzi, 1997. p.1355-9.
48. Ling, F.W., Slocumb, J.C. Use of trigger point injections in chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 20:809-15, 1993.
49. Lyog, P.F., Lewis, J.D. The surgical viewpoint. *Clin. Obstet. Gynaecol.*, 8:7, 1981.
50. Magni, G. On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion. *Pain*, 31:1-21, 1987.
51. Maigne, R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. *Sem. Hosp. (Paris)*, 57:545, 1981.
52. Malinek, L.R. Operative management of pelvic pain. *Clin. Obstet. Gynaecol.*, 23:191, 1980.
53. Mandaus, L., Blonberg, R., Hammer, E. Long term epidural morphine analgesia. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 74(Suppl.):149, 1982.
54. Marder, S.R., Putten, T.V. Antipsychotic medications. In: Schatzberg, A.F., Nemeroff, C.B., ed. Washington, American Psychiatric Press of Psychopharmacology, 1995. p. 247-61.
55. Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F. et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet. Gynecol.*, 87:321-7, 1996.

Edição Especial

56. McDonald, J.S. Management of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 20:817-38, 1993.
57. McGivney, J.Q., Cleveland, R.R. The elevator syndrome and its treatment. *South. Med. J.*, 58:505, 1965.
58. Merskey, H., Bogduk, N. *Classification of chronic pain*. 2.ed. Seattle, IASP Press, 1994.
59. Metzger, D.A. An integrated approach to the management of endometriosis. In: Steege, J.F., Metzger, D.A., Levy, B.S., ed. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia, WB Saunders, 1988. p.126-34.
60. Metzger, D.A. Nerve cutting procedures for pelvic pain. In: Steege, J.F., Metzger, D.A., Levy, B.S., ed. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia, WB Saunders, 1998. p.161-71.
61. Milburn, A., Reiter, R.C., Rhomberg, A.T. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 20:643-61, 1993.
62. Monks, R., Merskey, H. Psychotropic drugs. In: Wall, P.D., Melzack, R., ed. *Textbook of pain*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989. p.702-21.
63. Mozes, M., Papa, M.Z., Zugaib, A. et al. Iliopsoas injury in soccer players. *Br. J. Sports Med.*, 3:168, 1985.
64. O'Neill, D. Tension pain in gynecological practice. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Emp.*, 65:106, 1958.
65. Omoigui, S. *The pain drugs handbook*. St. Louis, Mosby, 1995. 603p.
66. Pace, J.B. Pelvic surgery and chronic pain. *J. Fam. Pract.*, 9:130, 1979.
67. Peery, W.H. Proctalgia fugax: a clinical enigma. *South. Med. J.*, 81:621, 1988.
68. Peters, A.A., Van Drost, E., Jellis, B. et al. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 77:740-4, 1991.
69. Raia, A.A., Macedo, A.L.V. Peritonites. In: Raia, A.A., Zerbini, E.J., ed. *Clínica cirúrgica Alípio Correa Neto*. São Paulo, Sarvier, 1988. Cap 4, v.4.
70. Rapkin, A.J. Adhesions and pelvic pain. A retrospective study. *Obstet. Gynecol.*, 68:13, 1986.
71. Rapkin, A.J. Neuroanatomy, neurophysiology, and neuropharmacology of pelvic pain. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 33:119-29, 1990.
72. Rapkin, A.J., Kames, L.D., Darke, L.L. et al. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 76:92-6, 1990.
73. Raskin, D.E. Diagnosis in patients with chronic pelvic pain. *Am. J. Psychiatry*, 141:6, 1984.
74. Reiter, R.C. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 33:130-6, 1990.
75. Reiter, R.C., Gambone, H.C. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obst. Gynecol.*, 75:428-32.
76. Renaer, M., Mijs, P., Van Assche, A., Vertonnan, H. Chronic pelvic pain without obvious pathology. Personal observations and review of the problem. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 10:415, 1980.
77. Ryder, R.M. Chronic pelvic pain. *Am. Fam. Phys.*, 54:2225-32, 1996.
78. Scadding, J.W. Peripheral neuropathies. In: Wall, P.D., Melzack, R., ed. *Textbook of pain*. 2.ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989. Cap. 37.
79. Shapiro, S. Low back and rectal pain from an orthopedic and proctologic viewpoint, with review of 180 cases. *Am. J. Surg.*, 66:117, 1950.
80. Simons, D.C., Travell, J., Simons, L. *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Upper half of body*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999.
81. Slocumb, J.C. Neurological factors in chronic pelvic pain: trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 149:536-43, 1984.
82. Smith, R.P. Cyclic pelvic and dysmenorrhea. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 20:753-64, 1993.
83. Steege, J.F., Metzger, D.A., Levy, B.S. Chronic pelvic pain. An Integrated Approach. Philadelphia, W. B. Saunders, 1998.
84. Teixeira, M.J. Tratamento cirúrgico da dor. In: Raia, A.A., Zerbini, E.J. *Clínica cirúrgica Alípio Correa Neto*. 4.ed. São Paulo, Sarvier, 1988. v.2, Cap.20.
85. Teixeira, M.J. Fatores extragenitais da algia pélvica. In: Pinotti, J.A.A., Bastos, A.C., Peixoto, S., Tomioka, E., ed. *Urgências em ginecologia - procedimentos diagnósticos e condutas terapêuticas*. São Paulo, Atheneu, 1994. p.193-225.
86. Teixeira, M.J., Cescato, W.A., Correa, C., Lin, T.Y., Kaziyama, H.H.S. Neuralgia gêmito-femoral. *Arq. Bras. Neurocirurg.*, 10:127-33, 1992.
87. Teixeira, M.J., Lin, T.Y. Acupuntura e dor - conceitos atuais. *Consultório Médico*, 15:16-8, 1993.
88. Teixeira, M.J., Lin, T.Y. Dor pelviperineal: aspectos fisiátricos. In: *Arquivos 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor*. São Paulo, Lemos Editorial, 1999.
89. Teixeira, M.J., Lin, T.Y., Neves, A.T.A. Dor e endometriose: modalidades de tratamento sintomático. In: Abrão, M.S., ed. *Endometriose uma visão contemporânea*. São Paulo, Revinter, 2000. p.177-238.
90. Teixeira, M.J., Pimenta, C.A.M., Lin, T.Y., Figueiró, J.B. Assistência ao doente com dor. *Médicos HC/FMUSP*, 1:104-10, 1998.
91. Thele, G.H. Coccigodynia: cause and treatment. *Dis. Colon Rectum*, 6:422, 1963.
92. Tonnenssen, T.I. Pharmacology of drugs used in the treatment of fibromyalgia and myofascial pain. In: Vaeroy, H., Merskey, H., ed. *Progress in fibromyalgia and myofascial pain*. Amsterdam, Elsevier, 1993. p.173-88.
93. Travell, J.G., Simons, D.G. *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. The lower extremities*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992.
94. Walker, E.A., Stenchever, M.A. Sexual victimization and chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 20:795-807, 1993.
95. Walling, M., O'Hara, M.W., Reiter, R.C. Sexual abuse as a specific risk factor for chronic pelvic pain. In: *XXI Annual Meeting of the American Society of Psychosomatic Obstetric Gynecology*. Charleston, SC, 1993. [Abstract].
96. Wesselmann, U. Management of chronic pelvic pain. In: Aronoff, G.M., ed. *Evaluation treatment of chronic pain*. 3.ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999. p.269-79.
97. Ziegler, D.K., Batnizky, S. Coccigodynia caused by perineural cyst. *Neurology*, 34:829, 1984.
98. Zoltie, N., Cust, M.O. Analgesia and the acute abdomen. *Ann. R. Coll. Surg.*, 68:209-10, 1986.