

Artigo de Revisão / Review Article

Dor Pélvica Crónica de Origem Ginecológica

Gynecologic Chronic Pelvic Pain

Mariana Roque¹, Teresa Margarida Cunha²

¹Interna do internato complementar de Radiologia – Serviço de Imagiologia Geral, Hospital de Santa Maria, CHLN

Directora: Dra. Isabel Távora

²Assistente Hospitalar Graduada de Radiologia – Serviço de Radiologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Director: Dr. José Venâncio

Resumo

A dor pélvica crónica (DPC) é um problema comum, que se apresenta como um grande desafio para os clínicos que com ela têm que lidar, pela sua etiologia desconhecida, pela história natural complexa e pela má resposta terapêutica. São muitas e variadas as causas de DPC, devendo esta ser abordada numa perspectiva multidisciplinar. Afecta cerca de 1 em cada 7 mulheres nos EUA, com uma prevalência de cerca de 39% nas mulheres em idade fértil, sendo mais frequente nas mulheres entre os 26-30 anos de idade e nas mulheres de raça negra. As causas mais frequentes de DPC de origem ginecológica são: a endometriose, a adenomiose, os leiomiomas, o síndrome da congestão pélvica e a doença inflamatória pélvica crónica.

Palavras-chave

Dor Pélvica; Endometriose; Adenomiose; Leiomioma; Síndrome da Congestão Pélvica; Doença Inflamatória Pélvica.

Abstract

Chronic pelvic pain (CPP) is a common problem and presents a major challenge to health care providers because of its unclear etiology, complex natural history, and poor response to therapy. There are multiple and varied causes for CPP, and so this condition should be managed using a multidisciplinary approach. It affects approximately 1 in 7 women in the USA, with a prevalence of about 39% in reproductive-aged women especially those aged 26-30 years with a higher frequency in black women. The most frequent causes of CPP from gynecologic origin are: endometriosis, adenomyosis, leiomyomas, pelvic congestion syndrome and chronic pelvic inflammatory disease.

Key-words

Pelvic Pain; Endometriosis; Adenomyosis; Leiomyomas; Pelvic Congestion Syndrome; Pelvic Inflammatory Disease.

Introdução

A dor pélvica crónica (DPC) apresenta-se como um grande desafio para o médico que tem que lidar com ela, uma vez que a sua etiologia não é ainda bem conhecida, a sua história natural é complexa e a resposta à terapêutica é má. Sendo um problema comum, afecta cerca de 1 em cada 7 mulheres nos EUA, com uma prevalência de cerca de 39% nas mulheres em idade fértil. É mais frequente nas mulheres entre os 26-30 anos de idade e nas mulheres de raça negra [1].

A história clínica, o exame físico, a avaliação laboratorial e a avaliação radiológica ajudam na orientação diagnóstica, bem como na orientação da restante avaliação, com o objectivo de excluir outras patologias, nomeadamente neoplásicas ou sistémicas.

A definição de DPC varia, sendo a mais frequentemente utilizada a de:

- dor não cíclica há 6 meses ou mais;
- localizada à cavidade pélvica, parede abdominal anterior ao nível ou abaixo da cicatriz umbilical ou nádegas;
- de gravidade suficiente para causar disfunção funcional ou necessidade de procurar ajuda médica.

60-80% das pacientes com queixas de DPC que são submetidas a laparoscopia não têm qualquer patologia que

possa explicar essas queixas. Dados recentes sugerem que a exposição crônica a factores neuro-inflamatórios pode causar alterações no sistema nervoso central e periférico/ predispondo a alodínia e hiperalgesia [2].

Embora na maioria dos casos a causa da DPC não seja determinada [1], as doenças ginecológicas mais frequentemente associadas a DPC incluem: a endometriose, a adenomiose, os leiomiomas, o síndrome da congestão pélvica, doença inflamatória pélvica crônica, as aderências – quisto de inclusão peritoneal, o síndrome do remanescente ovárico e síndrome do ovário residual, a insuficiência do pavimento pélvico e a nevralgia do pudendo. Serão estas causas ginecológicas de DPC o objecto do presente artigo de revisão.

Endometriose

A endometriose é uma doença ginecológica crônica que se caracteriza pelo aparecimento de tecido endometrial (glândulas e estroma endometriais) ectópico, podendo variar desde a presença de focos microscópicos até grandes quistos endometrióticos (endometriomas) (Figs. 1 e 2). É importante recordar que endometriose e endometrioma são conceitos diferentes, já que o endometrioma é apenas uma parte do processo patológico, que inclui igualmente os implantes endometrióticos e as aderências [4].

A prevalência exacta da endometriose é desconhecida e difícil de determinar, já que é necessária a realização de cirurgia ou laparoscopia para a obtenção de um diagnóstico definitivo, sendo estimado que afecta aproximadamente 3-10% das mulheres em idade fértil e 25-35% das mulheres inférteis [4]. O risco de endometriose é 10 vezes maior em mulheres com familiares directas com esta patologia [5]. A patogénese da endometriose é complexa e não é ainda bem conhecida, tendo já sido colocadas várias hipóteses, nomeadamente 1) implantação de glândulas endometriais e estroma no peritoneu por menstruação retrógrada, 2) disseminação linfática e hematogénea, 3) metaplasia celómica, 4) migração de células tronco da medula óssea, 5) factores epigenéticos e 6) hereditariedade poligénica multifactorial [5].

Os sintomas mais comuns são: a dismenorria secundária, a dispareunia, dor lombar com a menstruação, diarreia perimenstrual, cólicas, disúria e hematuria. A dor associada à endometriose pode não estar em relação com o estágio da doença, mas antes com o grau de infiltração da endometriose profunda [5].



Fig. 1 - Endometrioma em RM. Mulher de 43 anos, nulípara, com endometrioma do ovário esquerdo em RM, com sequências ponderadas em T1 sem (A) e com saturação de gordura após administração de gadolínio (B) e T2 (C) no plano axial da pélvis. Observa-se lesão lobulada do ovário esquerdo, de parede espessa, com hipersinal em T1 e hiposinal em T2 (*shading*), sem captação de contraste e sem perda de sinal em T1 com saturação de gordura.

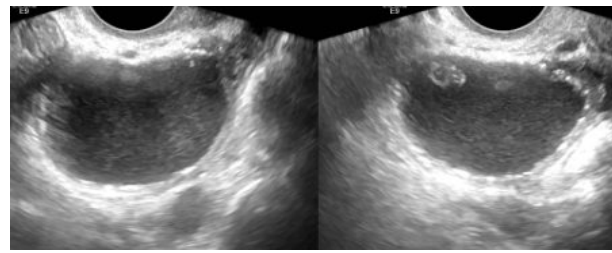


Fig. 2 - Endometrioma em US. Mulher de 43A, nulípara, com endometrioma do ovário direito. US transvaginal mostra quisto do ovário direito, com ecos internos de baixa ecogenicidade, difusos e com calcificações punctiformes parietais.

O exame físico na endometriose é inespecífico. Empastamento localizado, ao longo dos ligamentos útero-sagrados e do fundo de saco posterior estão frequentemente presentes. Podem ser palpadas lesões recto-vaginais ou ligamentares e tumores ou empastamento anexiais, se existir envolvimento ovárico. Os órgãos pélvicos podem estar fixos pela existência de aderências, com o útero frequentemente imobilizado em posição de retroversão. O exame físico deve ser realizado durante o início da menstruação, pois os implantes estarão com maior probabilidade aumentados e endurecidos nesta altura do ciclo. No entanto, a maioria das mulheres com endometriose têm achados normais ou inespecíficos ao exame objectivo, sendo necessária a laparoscopia para um diagnóstico definitivo [4].

As técnicas radiológicas utilizadas no diagnóstico da endometriose são a ultrassonografia (US) e a ressonância magnética (RM). A US pélvica é o exame de primeira linha para a identificação e caracterização de lesões anexiais; a abordagem supra-púbica permite uma apreciação geral da cavidade pélvica e a avaliação transvaginal permite o estudo detalhado das diferentes estruturas anatómicas, nomeadamente os ovários, os ligamentos útero-sagrados, os recessos pélvicos e a parede rectal [4].

A avaliação por RM é efectuada em casos seleccionados, para esclarecimento ou complemento do estudo ecográfico, em pacientes com sintomatologia grave e quando se pretende uma avaliação pré-operatória global da cavidade pélvica, nos casos com indicação para terapêutica cirúrgica. É a técnica que permite identificar num só exame todos os possíveis locais de envolvimento pela doença [4] (Figs. 3 e 4).

Os dois principais objectivos a curto prazo no tratamento da endometriose, são o alívio sintomático e promoção da

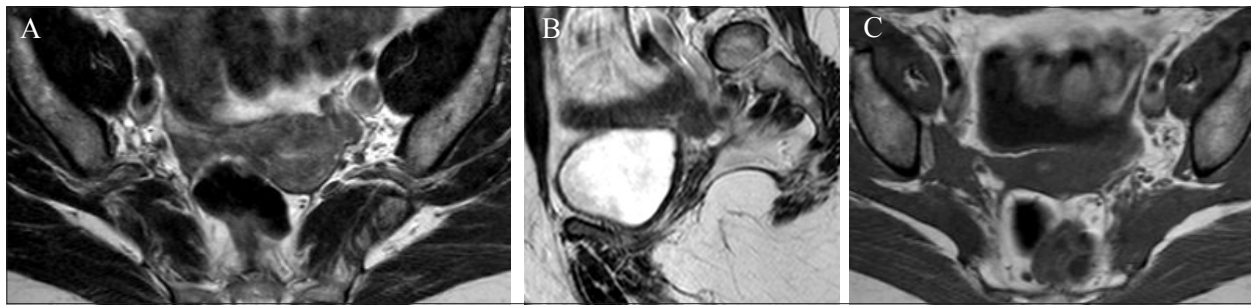


Fig. 3 - Endometriose em RM. Mulher de 49 anos, com endometriose do paramétrio direito. RM nas sequências ponderadas em T2 nos planos axial (A) e sagital (B) e T1 axial (C) da pélvis, que mostra faixa hipointensa posterior à metade direita do colo e que se prolonga para o paramétrio direito contactando o músculo obturador interno homolateral, traduzindo endometriose a este nível.

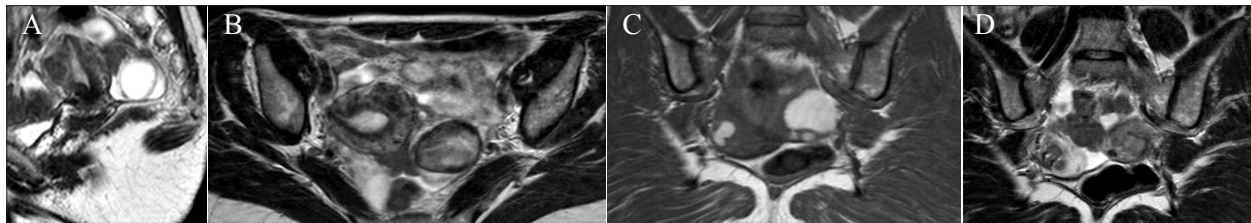


Fig. 4 - Endometriose em RM. Mulher de 44 anos, com endometriose profunda. RM com sequências ponderadas em T2 nos planos sagital (A) e axial (B) da pélvis e T1 (C) e T2 (D) no plano axial do corpo do útero, mostra faixa hipointensa em T1 e T2, com contorno irregular e aderente ao contorno posterior do útero, a ambos os ovários com endometriose que se encontram em topografia retro-uterina, e à parede esquerda da sigmóide, a qual repuxa e angula.

fertilidade. Já o principal objectivo a curto-prazo passa pela prevenção da progressão ou recidiva da doença. O tratamento da endometriose pode ser médico, cirúrgico ou uma combinação de ambos. A maioria dos esteroides sexuais, isolados ou em combinação, foram testados quanto à capacidade de evitar a progressão da endometriose. A regressão óptima apenas se verificou em endometriomas com menos de 1-2cm de diâmetro, sendo a resposta em grandes áreas de endometriose, mínima com a terapêutica médica [6].

A terapêutica cirúrgica divide-se em conservadora e definitiva. A cirurgia conservadora passa pela ressecção dos implantes endometriais, pela lise de adesões, e pela tentativa de repor a normal anatomia pélvica. A cirurgia definitiva envolve a remoção de ambos os ovários e do útero e ainda de todos os focos visíveis de endometriose [6].

Adenomióse

A adenomióse foi muitas vezes referida como endometriose interna, uma designação pouco correcta uma vez que a endometriose e a adenomióse, estão presentes na mesma paciente em menos de 20% dos casos. Para além disso a endometriose e a adenomióse são doenças clinicamente diferentes, que apenas têm em comum a presença de glândulas e estroma endometrial ectópico [6].

A adenomióse é assim uma doença ginecológica comum, não neoplásica, que se caracteriza pela presença de endométrio ectópico no interior do miométrio, com proliferação do músculo liso adjacente [7].

Afecta tipicamente mulheres múltiparas em idade pré-menopausa, manifestando-se por dismenorreia, menorragias e hemorragias uterinas anormais. Contudo estes sintomas são não específicos, estando também

presentes noutras situações, nomeadamente hemorragias uterinas disfuncionais, endometriose, leiomiomas e neoplasias uterinas [7].

A patogénese da adenomióse não é ainda conhecida mas pensa-se que está associada à disrupção da barreira entre o endométrio e o miométrio, como evento inicial [6].

Existem duas formas distintas de apresentação da adenomióse. A mais comum manifesta-se por um envolvimento difuso da parede anterior e posterior do útero, sendo que a parede posterior está geralmente mais envolvida que a parede anterior e as áreas de adenomióse não estão encapsuladas. A segunda forma de apresentação é uma área focal ou adenomioma, que pode apresentar uma pseudocápsula, resultando num útero assimétrico [6] (Fig. 5).

Em 2/3 dos casos a adenomióse é difusa, apresentando-se o útero difusamente aumentado, cerca de duas a três vezes o normal, sendo difícil o diagnóstico diferencial ao exame físico com leiomiomas, contudo a aviação eográfica permite essa distinção [6].

Cerca de 50% das mulheres com adenomióse são assintomáticas ou têm sintomas *minor*, que não as leva a procurar ajuda médica. A adenomióse sintomática apresenta-se geralmente em mulheres entre os 35-50 anos, com a gravidade dos sintomas aumentando proporcionalmente ao grau de penetração e ao volume total de doença no miométrio [6].

Os sintomas clássicos de adenomióse são a dismenorreia e a menorragia secundárias, sendo que a dismenorreia se torna cada vez mais severa à medida que a doença progride. Ocasionalmente estas mulheres queixam-se de dispareunia, que se localiza à linha média e profundamente na cavidade pélvica [6].

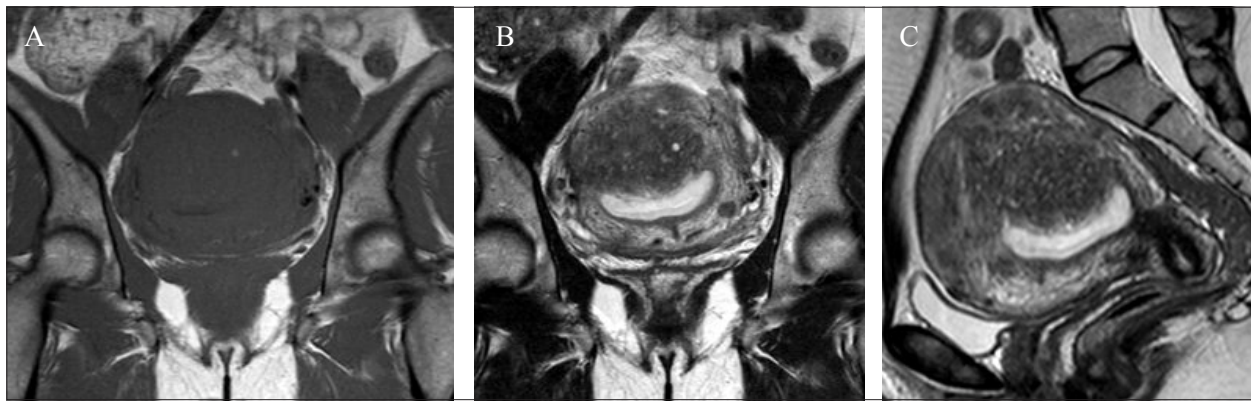


Fig. 5 - Adenomioma em RM. Mulher de 44 anos, com adeniose focal (adenomioma). RM com seqüências ponderadas em T1 (A) e T2 (B) no plano axial do corpo do útero e T2 sagital (C). Nas seqüências ponderadas em T2 visualiza-se área nodular hipointensa, de limites mal definidos, com focos hiperintensos punctiformes representando ilhéus de glândulas endometriais. Coexistem focos hiperintensos em T1 representando hemorragia focal.

Ao exame físico o útero está difusamente aumentado, geralmente duas a três vezes o tamanho normal, sendo doloroso antes e durante a menstruação [6].

As técnicas radiológicas utilizadas no diagnóstico da adeniose são a US e a RM. A US supra-púbica ou transvaginal é frequentemente o método radiológico inicial, contudo, a US supra-púbica não permite muitas vezes o diagnóstico de adeniose e o diagnóstico diferencial com leiomiomas, devido à limitada resolução espacial, o mesmo não se passa com a US transvaginal, embora apresente também limitações na caracterização tecidual [8] (Fig. 6). A RM é um método de imagem não invasivo e preciso para o diagnóstico de adeniose e mais útil do que a US transvaginal no diagnóstico diferencial com leiomioma, o mais importante dos diagnósticos diferenciais [8] (Fig. 7). Relativamente à terapêutica da adeniose, não existe uma terapêutica médica satisfatória provada. As pacientes com adeniose, têm sido tratadas com agonistas GnRH, progestagêneos e DIU's com progesterona, hormonas cíclicas ou inibidores da síntese das prostaglandinas para as dores e hemorragias. A histerectomia é o tratamento

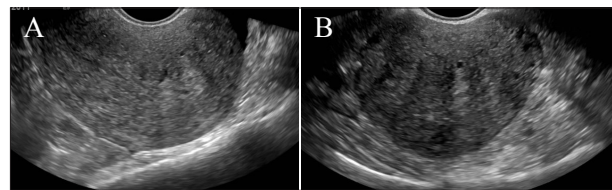


Fig. 6 - Adeniose difusa em US. Mulher de 43 anos, com queixas de menometrorragias desde há meio ano. A US transvaginal revelou um útero globoso, com heterogeneidade difusa do miométrio e quistos miometriais no limiar da visibilidade, envolvendo sobretudo a parede posterior do corpo do útero, aspectos a favor de adeniose difusa.

definitivo quando apropriado, tendo em conta a idade, paridade e desejo de manter a fertilidade no futuro. O tamanho do útero, grau de prolapso e a presença de patologia pélvica associada determinam a escolha da técnica cirúrgica adequada. Para mulheres no final da 5ª década de vida, a ooforectomia é muitas vezes realizada como forma de reduzir o risco de carcinoma do ovário [6].

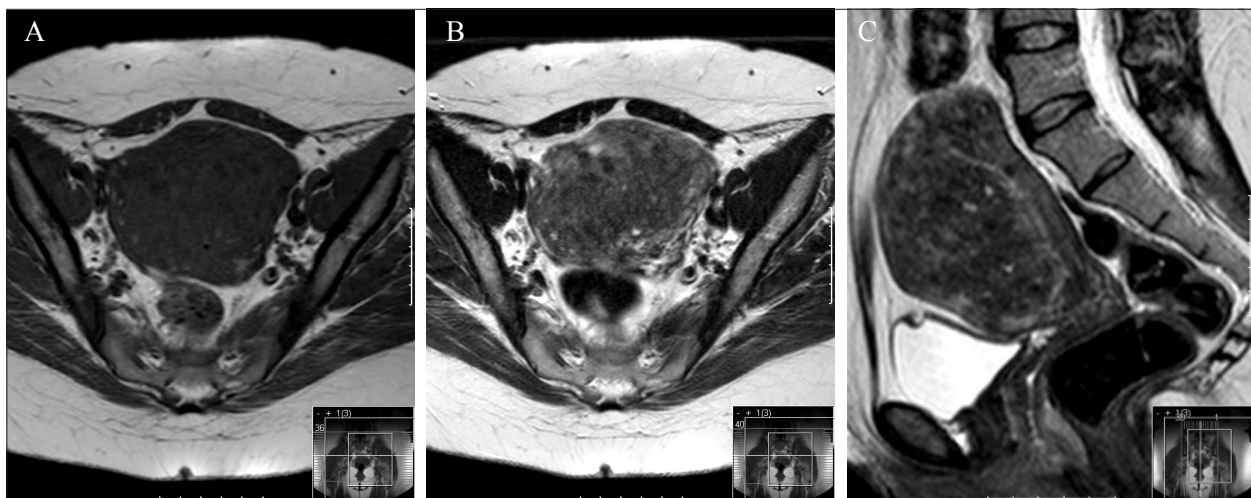


Fig. 7 - Adeniose difusa em RM. Mulher de 40 anos com adeniose difusa. RM com seqüências ponderadas em T1 (A) e T2 (B) no plano axial da pélvis e T2 sagital (C), mostra útero de dimensões aumentadas, à custa de adeniose difusa envolvendo a parede anterior do corpo do útero, com ilhotas de endométrio com focos hemorrágicos determinados por hipsinal em T1 e T2. Existe também aspecto de adeniose envolvendo posteriormente o fundo uterino.

A adenomiose está ainda associada a um maior risco de complicações na gravidez, nomeadamente parto prematuro, baixo peso à nascença e ruptura prematura de membranas [6].

Leiomioma

Os leiomiomas são os tumores uterinos mais comuns, estando presentes em 40% das mulheres em idade fértil. São geralmente múltiplos e classificam-se tendo em conta a sua localização em subserosos, intramurais ou submucosos. A sintomatologia causada pode dever-se à localização e/ou ao efeito de massa causado [9].

A US é habitualmente o método de imagem inicial na avaliação destes pacientes, enquanto a RM está indicada para aquelas pacientes em que as ecografias são inconclusivas ou naquelas que serão submetidas a miomectomia, embolização uterina ou ablação por ultrassons guiada por RM [9].

A US na maioria dos casos detecta de forma precisa os leiomiomas e permite distingui-los de patologia extrauterina, embora 20% dos leiomiomas pequenos possam não ser visíveis na US. Um útero leiomiomatoso é tipicamente grande e de contornos irregulares ou bosselados. O aspecto mais comum de um leiomioma é o de um tumor redondo ou oval, hipocogéneo e de limites bem definidos no corpo do útero. Dependendo da proporção de músculo liso, fibrose e degenerescência que o leiomioma apresente, o seu aspecto pode variar de hipocogéneo a ecogéneo e de homogéneo a heterogéneo podendo apresentar ou não cone de sombra [9] (Fig. 8).

A RM está indicada quando a US é inconclusiva ou limitada, permitindo a determinação precisa do tamanho, da localização e do número de leiomiomas, sendo também muito útil na diferenciação de um leiomioma subseroso pediculado de um tumor anexial. A RM auxilia ainda na selecção dos pacientes para tratamento invasivo, na monitorização pós-embolização uterina e na monitorização dos efeitos da terapêutica hormonal nos leiomiomas. Para além disso é o método radiológico não invasivo mais preciso na diferenciação de um leiomioma de adenomiose, com o conseqüente impacto clínico, nomeadamente no que diz respeito à terapêutica [9] (Fig. 9).

A histerectomia tem sido o tratamento tradicional primário para leiomiomas que se associam a sintomas severos. Enquanto a histerectomia é curativa, procedimentos conservadores alternativos podem ser apropriados em casos seleccionados, como por exemplo a miomectomia e a embolização arterial uterina. Mais recentemente a ablação por ultrassons de alta intensidade guiada por RM é também uma forma de tratamento minimamente invasivo para o tratamento de leiomiomas sintomáticos [9].

Síndrome da Congestão Pélvica

O síndrome da congestão pélvica (SCP) é uma causa comum de dor pélvica crónica, tendo sido descrito a primeira vez por Richet em 1857. Os sintomas, nomeadamente a dor e a sensação de peso e de pressão na região pélvica são o resultado da congestão venosa secundária ao fluxo retrógrado em veias ováricas com válvulas incompetentes. A sua prevalência, relaciona-se

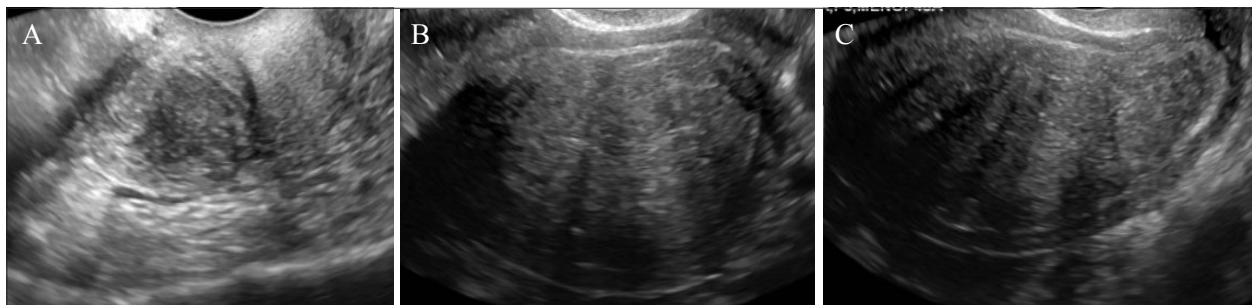


Fig. 8 - Leiomioma em US. A: Mulher de 59 anos. US transvaginal revelou leiomioma subseroso anterior. B e C: Mulher de 67 anos. US transvaginal revelou leiomioma intramural posterior.

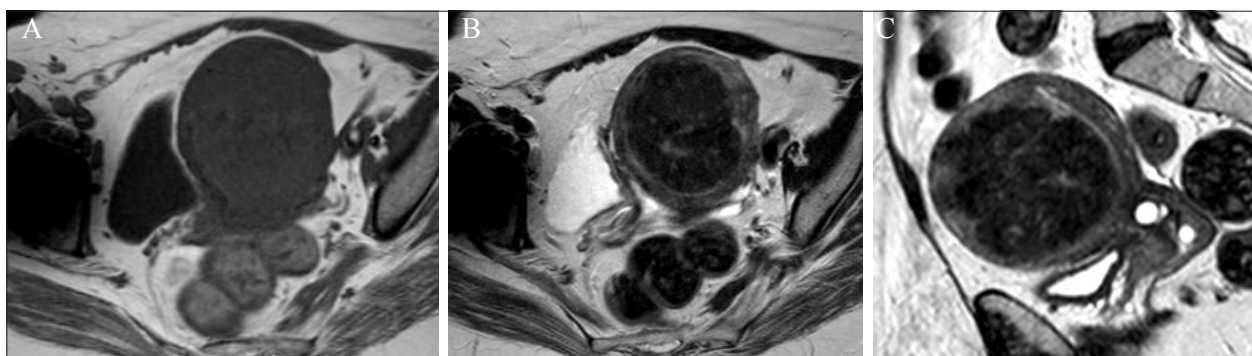


Fig. 9 - Leiomioma em RM. Mulher de 50 anos. RM com seqüências ponderadas em T1 (A) e T2 (B) axial e T2 sagital (C), mostra útero de dimensões aumentadas, com leiomioma intramural anterior, com o habitual hipossinal em T1 e T2. Quistos de retenção do colo do útero são identificados na imagem em T2 sagital.

com a existência de varizes ováricas as quais estão presentes em 10% das mulheres, sendo que destas, 60% vão desenvolver o síndrome da congestão pélvica. É uma causa de dor pélvica crônica frequentemente sub-diagnosticada, devido à pouca especificidade dos achados nos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente radiológicos [10].

A patogênese do SCP é multifactorial, podendo resultar de anomalias anatómicas obstrutivas, como é o caso da veia renal esquerda retro-aórtica, da congestão da veia ovárica esquerda secundária à compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior (síndrome *nutcracker*), ou da compressão da veia ilíaca primitiva direita. Já a congestão secundária, pode estar presente em várias outras situações, como é o caso da incompetência valvular, da hipertensão portal ou do síndrome adquirido da veia cava inferior. Relativamente aos factores de risco para o desenvolvimento da SCP, eles incluem factores hereditários e hormonais, cirurgias pélvicas anteriores, útero retrovertido, antecedentes de varizes e multiparidade. Em 50% dos casos estão ainda associados ao síndrome dos ovários poliquísticos [10].

As pacientes com SCP referem sobretudo uma dor profunda, incomodativa, muitas vezes associada ao movimento, à postura e a actividades que aumentam a pressão abdominal. A dor pode ser uni ou bilateral e muitas vezes assimétrica; é uma dor crônica, sem uma origem completamente definida, não óbvia, podendo associar-se a dispareunia (71%), dismenorreia (66%) e dor após coito (65%). Por vezes pode também estar presente desconforto rectal e um aumento da frequência urinária. Ao exame físico, os achados sugestivos desta patologia, são as varizes (da vulva, nádegas e membros inferiores) e a dor à palpação dos pontos ováricos [10].

A radiologia tem um papel preponderante na avaliação das varizes pélvicas. A venografia é considerada o método *standard* no diagnóstico desta patologia e consiste na visualização de veias ováricas dilatadas e tortuosas. Contudo este método, dado ser invasivo, foi actualmente praticamente substituído por métodos radiológicos como a US, a TC e a RM no diagnóstico de varizes pélvicas [10].

As varizes pélvicas podem ser identificadas utilizando a US transvaginal com color Doppler e o Doppler pulsado (Fig. 10). O diagnóstico de varizes pélvicas e/ou ováricas, é feito pela identificação de múltiplas estruturas tubulares dilatadas em topografia peri-ovárica e peri-uterina, com

fluxo venoso na avaliação com Doppler. Existem três critérios para estabelecer o diagnóstico de SCP: a) veias pélvicas tortuosas, com um diâmetro superior a 4mm; b) fluxo venoso lento (cerca de 3cm/s) e c) veia arcuata dilatada no miométrio, que faz a comunicação entre as veias pélvicas varicosas bilaterais [10].

A hiperestimulação estrogénica leva frequentemente à presença de pequenos quistos ováricos ou até mesmo ao desenvolvimento do síndrome dos ovários poliquísticos nestas mulheres [10].

A TC e a RM, são também métodos não invasivos que poderão ser utilizados no diagnóstico de varizes pélvicas. Como anteriormente referido, as varizes pélvicas são estruturas tubulares, tortuosas e dilatadas, peri-ováricas e peri-uterinas, que podem estender-se ao ligamento largo, à parede pélvica e ao plexo venoso para-vaginal, e que opacificam após a administração endovenosa de contraste na TC. Na RM, as sequências T1 3D eco de gradiente, após administração de gadolínio, são as sequências mais úteis para fazer o diagnóstico de varizes pélvicas, as quais apresentam hipersinal nesta sequência [10].

As terapêuticas disponíveis para as varizes pélvicas são múltiplas, variando entre os tratamentos médicos, hormonais, ou cirúrgicos, como por exemplo a laqueação das veias ováricas, a embolização percutânea das varizes e a colocação de stents, nas anomalias anatómicas [10].

Doença Inflamatória Pélvica Crónica

A doença inflamatória pélvica crónica (DIPC), embora seja uma patologia menos frequente que a DIP aguda, pode também ser uma das causas de DPC [2].

A dor à palpação abdominal e anexial bilateral, bem como à mobilização do colo uterino, são sintomas típicos de infecção pélvica. Contudo, infecções atípicas ou parcialmente tratadas podem não se associar a febre ou sinais peritoneais [2].

A salpingo-ooforite sub-aguda ou atípica é muitas vezes secundária a infecção por *Chlamydia* ou *Mycoplasma* [2]. Já a actinomicose pélvica, associa-se ao uso a “longo-prazo” de dispositivos intra-uterinos.

A TC é útil na determinação da extensão da doença, na identificação das complicações associadas e na avaliação dos pacientes com má resposta à terapêutica antibiótica.

Com a progressão para um abscesso tubo-ovárico, os achados na TC incluem tumor anexial bilateral hipodenso de parede espessada e com septos espessos no interior, e



Fig. 10 - Mulher de 45 anos, com síndrome da congestão pélvica. Ecografia transvaginal em modo B (A), color Doppler (B) e Doppler pulsado (C), revela veias pélvicas dilatadas e tortuosas, com inversão do fluxo (cortesia do Dr. Jorge Ferreira).

que frequentemente se associa a estrutura serpiginosa, em relação com trompa de Falópio dilatada e preenchida por pús. É também frequente a presença de espessamento dos ligamentos útero-sagrados, com edema da gordura pré-sagrada e indefinição da parede das ansas intestinais adjacentes (Fig.11).

A presença de ligamentos largos espessados e deslocados anteriormente, que se associam a perda da definição dos contornos uterinos, são aspectos sugestivos de processo inflamatório de origem anexial. Estes achados permitem assim fazer o diagnóstico diferencial entre abscesso tubo-ovárico e outras causas de abscesso pélvico, nomeadamente diverticulite.

Como já anteriormente referido, a TC é útil na avaliação das complicações associadas, nomeadamente hidronefrose, endometrite ou o envolvimento do apêndice, cólon ou grande omento pelo processo inflamatório (Fig.12).

Aderências - Quisto de Inclusão Peritoneal

O quisto de inclusão peritoneal, também designado quisto de inclusão multilocular ou pseudoquisto peritoneal, é um tumor de etiologia benigna, que resulta da proliferação mesotelial de células peritoneais em resposta a um “insulto” peritoneal, mais frequentemente endometriose, DIPC ou cirurgia abdominal ou pélvica prévia. Ocorre quase exclusivamente em mulheres pré-menopausa com actividade folicular, aderências pélvicas e absorção diminuída do líquido peritoneal, resultando na formação de estruturas quísticas, cujos limites obedecem às reflexões peritoneais adjacentes, podendo recidivar. Os ovários surgem habitualmente no interior destas estruturas mas claramente separados delas. Embora os quistos de inclusão peritoneal possam causar dor pélvica ou edema, são frequentemente encontrados de forma ocasional sendo provavelmente subdiagnosticados na população em geral [11].

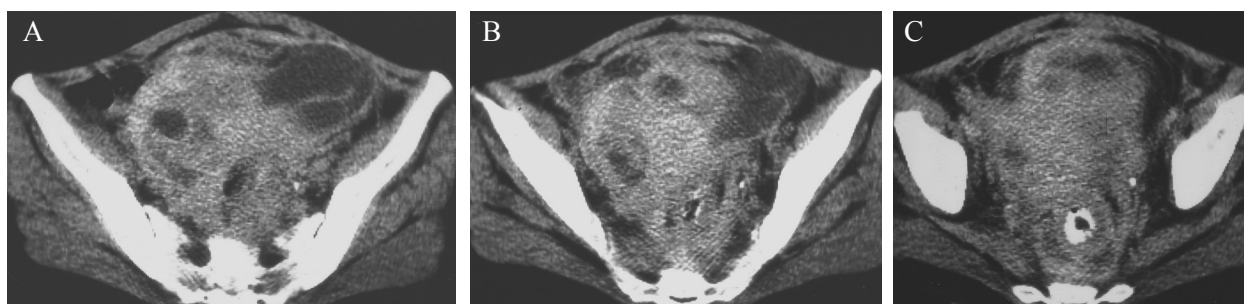


Fig. 11 - Mulher de 30 anos com DIPC pélvica a *Actinomyces*. TC pélvica com contraste ev., mostra tumor anexial bilateral hipodenso de parede espessa com septos espessos e uma estrutura serpiginosa associada, correspondendo à trompa de Falópio com pús e dilatada. Coexiste espessamento dos ligamentos útero-sagrados e da gordura pré-sagrada, com perda da definição do contorno uterino, e margens indistintas das ansas intestinais adjacentes.

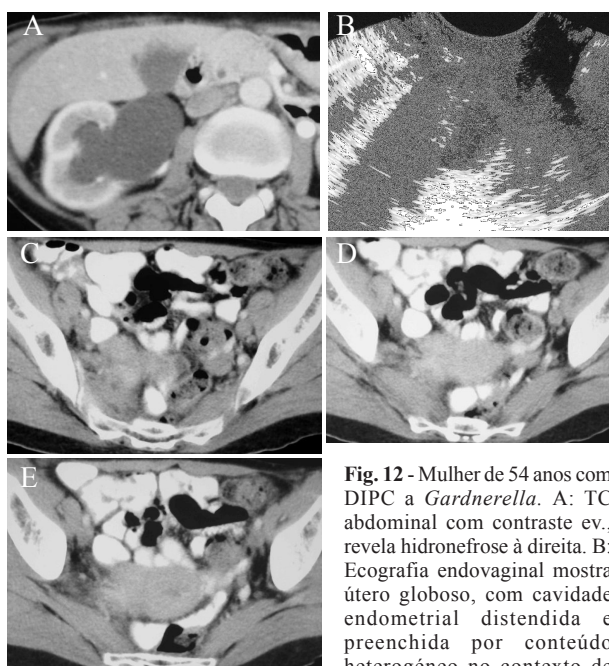


Fig. 12 - Mulher de 54 anos com DIPC a *Gardnerella*. A: TC abdominal com contraste ev., revela hidronefrose à direita. B: Ecografia endovaginal mostra útero globoso, com cavidade endometrial distendida e preenchida por conteúdo heterogêneo no contexto de endometrite. C: TC pélvica com contraste ev., mostra útero globoso, com indefinição dos contornos e densificação da gordura da cavidade pélvica.

A US é o método radiológico de escolha no diagnóstico dos quistos de inclusão peritoneal sendo também utilizada, quando o tratamento destes quistos passa pela sua aspiração guiada. Na US, os quistos de inclusão peritoneal, são tumores quísticos, de conteúdo anecogêneo, podendo apresentar fluxo de baixa resistência no interior dos septos, resultado da presença de vasos no tecido mesotelial [11]. A TC e a RM, revelam tumor quístico uni ou bilateral, com densidade ou intensidade de sinal líquido, sem componente sólido e sem relação com o ovário (Fig. 13). Ocasionalmente pode haver hemorragia intra-quística e neste caso, o quisto vai apresentar uma densidade maior do que a de um quisto simples, bem como hipersinal em T1 e hiposinal em T2 [11]. A terapêutica é habitualmente conservadora, a não ser que haja dor ou distensão abdominal.

Síndrome do Remanescente Ovário e Síndrome do Ovário Residual

O síndrome do remanescente ovário (SRO) define-se como a persistência de tecido ovário funcional após ooforectomia bilateral com ou sem histerectomia. Este síndrome, descrito pela primeira vez por Shemwell e Weed em 1970, manifesta-se como dor pélvica crónica,

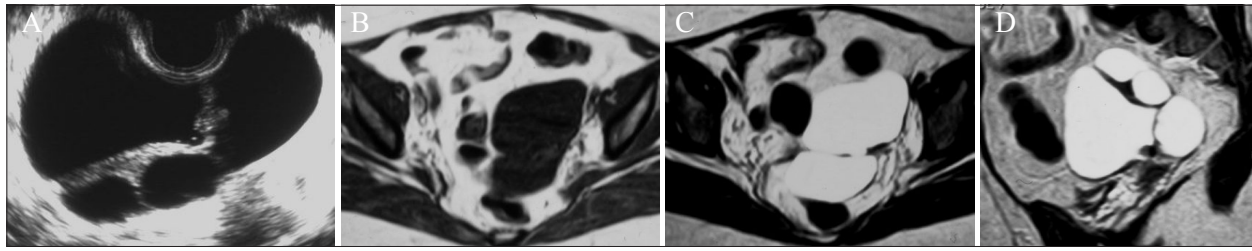


Fig. 13 - US endovaginal (A) e RM nas seqüências ponderadas em T1 axial da pélvis (B) e T2 axial (C) e sagital da pélvis (D), revela formação quística multiloculada anexial esquerda, sendo a configuração da parede do quisto delineada pela parede pélvica, órgãos pélvicos, e ansas intestinais. O ovário normal encontra-se no interior da lesão.

dispareunia ou tumor pélvico numa paciente submetida a ooforectomia bilateral [12]. Estes tumores são geralmente pequenos (cerca 3cm de diâmetro) e são frequentemente retroperitoneais, adjacentes aos ureteres [6]. Embora as séries de SRO existentes sejam pequenas, acredita-se que o síndrome tenha uma maior incidência do que a que se pensava no passado, sobretudo entre pacientes com história de endometriose [12].

O SRO deve ser diferenciado do síndrome do ovário residual, em que parte do ovário é deliberadamente preservado na cirurgia e desenvolve posteriormente aderências ou um processo patológico que se associa a dor pélvica [12]. Estima-se que pelo menos 5% das mulheres desenvolvem o síndrome do ovário residual, após histerectomia, com necessidade de cirurgia, posteriormente (Fig. 14) [12].

O SRO, resulta de ooforectomia incompleta não intencional por várias causas, sendo mais frequente à esquerda, uma vez que o ligamento infundíbulo-pélvico deste lado é mais curto, devido à sua relação com a sigmóideia. Os factores de risco incluem: aderências extensas associadas a adeniose, doença inflamatória pélvica, apendicite ou apendectomia, cirurgias pélvicas anteriores, lesões neoplásicas e técnicas cirúrgicas impróprias. O auto-transplante de tecido ovárico pode também ser responsável por este síndrome [12].

A maioria das mulheres com SRO apresenta-se com dor pélvica crónica, que pode ser constante, cíclica ou constante com exacerbação cíclica, podendo ter início meses ou anos após a ooforectomia bilateral, levando muitas vezes a um diagnóstico tardio. Os sintomas associados incluem dispareunia e dor pós-coito. De

salientar, que muitas destas mulheres têm antecedentes de endometriose sintomática [12].

O aspecto na US varia podendo manifestar-se por tumores quísticos ou multisseptados, de pequenas ou grandes dimensões e com halo de tecido ovárico vascularizado. Os remanescentes ováricos podem diferenciar-se dos quistos de inclusão peritoneal pela presença de tecido ovárico na parede tumoral [12].

Níveis baixos ou *borderline* de FSH em pacientes com ooforectomia bilateral documentada, são a favor da presença de tecido ovárico activo [12].

O tratamento médico sem diagnóstico tecidual, tem sido advogado em pacientes com alto risco cirúrgico. Contudo, a terapêutica que tem sido melhor aceite é a excisão cirúrgica do tecido ovárico remanescente [12].

Insuficiência do Pavimento Pélvico

As alterações funcionais do pavimento pélvico, como o prolapso dos órgãos pélvicos e as disfunções da defecação, representam um problema de saúde comum, sobretudo nas mulheres, estimando-se que mais de 15% das mulheres múltiparas têm alguma disfunção pélvica [13].

Os sinais e sintomas estão presentes em cerca de 10-20% das mulheres múltiparas com mais de 50 anos e manifestam-se mais frequentemente por pressão pélvica, protrusão de órgão no pavimento pélvico e incontinência urinária. Para além da idade, a multiparidade, a menopausa e a obesidade, são factores de risco para insuficiência do pavimento pélvico [14].

O pavimento pélvico na mulher divide-se em 3 compartimentos: o anterior (bexiga e uretra), o médio (vagina e útero) e o posterior ou anorectal. O espectro de

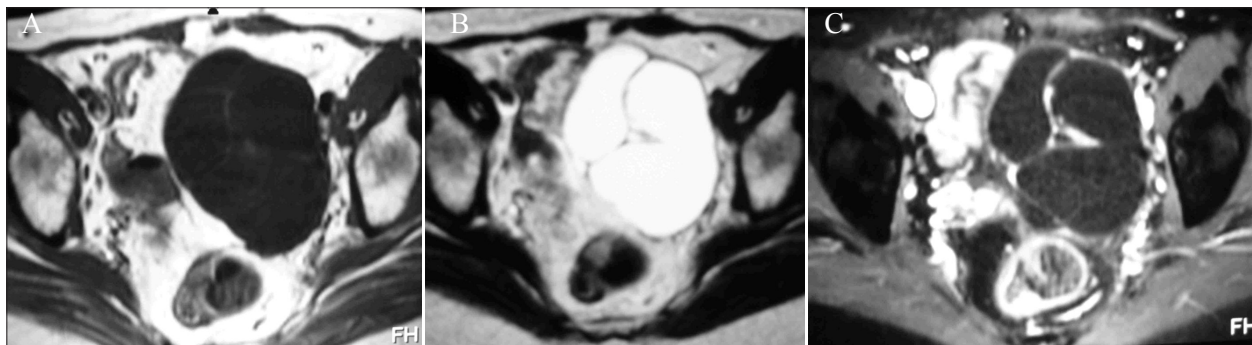


Fig. 14 - Mulher de 44 anos, histerectomizada por carcinoma do colo do útero. RM pélvica, com seqüências ponderadas em T1 (A), T2 (B) e T1 com saturação da gordura após contraste (C) no plano axial da pélvis, revela lesão quística septada do ovário esquerdo, em relação com cistadenoma seroso.

disfunção do pavimento pélvico depende do compartimento envolvido e inclui incontinência, prolapso e obstipação [13].

Em 45-90% dos casos, o exame físico subestima ou simplesmente não diagnostica o local do prolapso. Para além disso a insuficiência do pavimento pélvico é geralmente generalizada, devendo avaliar-se os vários compartimentos pélvicos simultaneamente. Assim a imagem dinâmica (obtida em repouso, em esforço e durante a defecação), tem um papel central no diagnóstico da disfunção pélvica e é crucial na decisão terapêutica, nomeadamente na decisão entre tratamento conservador vs cirúrgico [13].

Embora a cistoproctografia dinâmica seja ainda o método de imagem de referência na avaliação do pavimento pélvico, implica o uso de radiação ionizante e não permite a avaliação da musculatura do pavimento pélvico. Assim, a RM desempenha um papel cada vez mais importante neste campo, devido à sua capacidade multiplanar, à enorme capacidade de resolução e à não utilização de radiação ionizante (Fig. 15) [13].

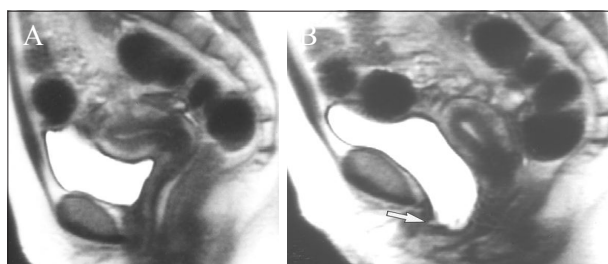


Fig. 15 - Mulher de 55 anos, com incontinência de stress e esvaziamento vesical incompleto. RM efectuada nas sequências ponderadas em T2 da cavidade pélvica. A: em repouso mostra o normal aspecto dos órgãos pélvicos e do pavimento pélvico. B: em esforço revelando a existência de um cistocele e a rotação da uretra para um plano horizontal (seta), indicando lesão do esfíncter interno.

Nevralgia do Pudendo

As neuropatias por encarceramento, são um problema comum, com um profundo impacto físico, psicológico e económico, e resultam da lesão por pressão de um nervo periférico num segmento do seu trajecto, devido a estruturas anatómicas ou processos patológicos [15].

A etiologia destas lesões é múltipla, variando desde o estreitamento congénito de um canal ósseo ou espessamento de um retináculo, a inflamação ou edema de estruturas adjacentes, com conseqüente compressão, que através da isquémia e do edema causados, vai resultar em disrupção da barreira hemato-nervosa e disfunção da circulação intra-neural [15].

Nos estádios precoces as alterações morfométricas podem ser imperceptíveis, mas à medida que a isquémia persiste, ocorre desmielinização segmentar, sendo que nesta altura a lesão é geralmente irreversível com o tratamento. A lesão da bainha de mielina e a disrupção axonal, são estádios terminais da compressão crónica resultando em lesão nervosa irreversível. Nem todas as fibras nervosas são igualmente susceptíveis à pressão: as fibras maiores são mais susceptíveis que as pequenas, sendo que a localização

fascicular dentro do nervo pode também afectar a maior ou menor vulnerabilidade, dependendo dos vectores de força aplicados [15].

A neuropatia do pudendo manifesta-se tipicamente por dor no períneo, podendo associar-se a incontinência urinário e/ou fecal. Não é habitualmente uma lesão isolada, ocorrendo como um espectro de lesões do plexo sagrado, em relação com uma lesão iatrogénica (por exemplo na correcção cirúrgica de um prolapso de órgão pélvico) ou por estiramento/compressão (por exemplo nos partos vaginais) [15].

Uma vez que a dor perineal se pode dever a inúmeras causas, como por exemplo a vulvodinia e o síndrome da dor pélvica crónica, a neuropatia do pudendo deve ser distinguida tendo em conta os sintomas clínicos específicos a que se associa: dor perineal crónica debilitante, que se intensifica na posição sentada (aliviando contudo quando a posição de sentada é semelhante à posição do WC) e que não responde aos analgésicos convencionais [15].

O bloqueio nervoso tem utilidade diagnóstica e terapêutica na nevralgia do pudendo, sendo que nos casos em que não há resposta, a terapêutica cirúrgica pode ser a solução [15].

Conclusão

A etiologia da dor pélvica crónica na mulher não é totalmente compreendida. Embora não seja feito um diagnóstico específico na maioria dos casos, existem tal como referido algumas patologias que se associam mais frequentemente a este síndrome. A história clínica e o exame físico podem ajudar a direccionar o diagnóstico e guiar a subsequente avaliação, de forma a excluir neoplasias ou doenças sistémicas. Quando esta 1ª abordagem é inespecífica ou insuficiente, os exames radiológicos, surgem como uma grande mais valia na avaliação destes doentes, podendo alertar para o diagnóstico e mesmo esclarecer alguns dos casos clínicos.

Bibliografia

1. Singh, M. K.; Puscheck, E.; Patel, J.; Trupin, S.; Talavera, F.; Barnes, A. D. et al. - *Chronic Pelvic Pain*. Medscape, 2010.
2. Berek; Jonathan S. - *Berek and Novak's Gynecology*. 14th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
3. Forstner, R. - *Pelvic Pain: Contribution of CT and MRI*. Acta Radiológica Portuguesa, Abr.-Jun. 2010, 22(86):83-84.
4. Campos, C.; Navalho, M.; Cunha, T. M. - *Endometriose – Epidemiologia, Fisiopatologia e Revisão Clínica e Radiológica*. Acta Radiológica Portuguesa, Out.-Dez. 2008, 20(80):67-77.
5. Chamié, L.; Blasbalg, R.; Alves Pereira, R. M.; Warmbrand, G.; Serafini, P. C. - *Findings of Pelvic Endometriosis at Transvaginal US, MR Imaging, and Laparoscopy*. RadioGraphics, 2011, 31:E77-E100.
6. Lentz, G.; Lobo, R.; Gershenson, K. V. - *Comprehensive Gynecology*. 6th Edition, Mosby, 2012.
7. Takeuchi, M.; Matsuzaki, K.; - *Adenomyosis: Usual and Unusual Imaging Manifestations, Pitfalls, and Problem-solving MR Imaging Techniques*. RadioGraphics, 2011, 31:99-115.
8. Tamai, K.; Togashi, K.; Ito, T.; Morisawa, N.; Fujiwara, T.; Koyama, T. - *MR Imaging Findings of Adenomyosis: Correlation with*

Histopathologic Features and Diagnostic Pitfalls. RadioGraphics, 2005, 25:21-40.

9. Adam, A.; Dixon, A.; Grainger, R.; Allison, D. - *Adam: Grainger & Allison's Diagnostic Radiology*, 5th Edition, Elsevier, 2008.

10. Kuligowska, E.; Deeds, L.; Lu, K. - *Pelvic Pain: Overlooked and Underdiagnosed Gynecologic Conditions*. RadioGraphics, 2005, 25:3-20.

11. Moyle, P.; Kataoka, M.; Nakai, A.; Takahata, A.; Reinhold, C.; Sala, E. - *Nonovarian Cystic Lesions of the Pelvis*. RadioGraphics, 2010, 30:921-938.

12. Mahdavi, A.; Berker, B.; Nezhat, C.; Nezhat, F.; Nezhat, C. - *Laparoscopic management of ovarian remnant*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 2004, 31:593-597.

13. Colaiacomo, M. C.; Masselli, G.; Polettini, E.; Lanciotti, S.; Casciani, E.; Bertini, L. et al. - *Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review*. RadioGraphics, 2009, 10:1148/rg.e35.

14. Fielding, J. - *Practical MR Imaging of Female Pelvic Floor Weakness*. RadioGraphics, 2002, 22:295-304.

15. Toussaint, C. P.; Perry III, E. C.; Pisansky, M. T.; Anderson, D. E. - *What's New in the Diagnosis and Treatment of Peripheral Nerve Entrapment Neuropathies*. Neurologic Clinics of North America, 2010, 28:979-1004.

Correspondência

Mariana Vilhena Roque Barbedo Garcia
Serviço de Imagiologia Geral
Hospital de Santa Maria, CHLN
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 Lisboa
email: mianaroque@gmail.com