

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

10,00  
DEZ  
Ricardo

**LAPAROSCOPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA DA MULHER.  
ESTUDO DE 30 CASOS**

**JULIANA ZIMMERMANN PROBST**

**Florianópolis, maio de 1996.**

**JULIANA ZIMMERMANN PROBST**

**LAPAROSCOPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA DA MULHER.  
ESTUDO DE 30 CASOS**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina, apresentado ao Departamento de  
Tocoginecologia do Centro de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal de Santa Catarina.**

**ORIENTADORES: Prof<sup>ª</sup>. Lígia C. de Andrada  
Prof. Ricardo Nascimento**

**Florianópolis, maio de 1996.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A autora agradece a participação indispensável dos professores Lúcia C. de Andrada e Ricardo Nascimento e a colaboração do professor Lúcio Botelho na superação das dificuldades que envolveram a elaboração deste trabalho.**

## SUMÁRIO

RESUMO.....	I
ABSTRACT.....	II
I - INTRODUÇÃO.....	01
II - PACIENTES E MÉTODOS.....	09
III- RESULTADOS.....	13
IV - DISCUSSÃO.....	19
V- CONCLUSÕES.....	28
ANEXO1.....	30
ANEXO 2.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	35

## RESUMO

Foi estudada uma série de trinta pacientes com algia pélvica crônica, submetidas à laparoscopia na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, no período de julho de 1995 a janeiro de 1996. Os dados descritos foram colhidos, prospectivamente, através de um questionário padrão, que destacava alguns aspectos importantes da dor pélvica crônica. O pico de incidência ocorreu na quarta década de vida. A maioria das pacientes era multipara (70%) e tinha cirurgia abdominal prévia (60%). A laparoscopia revelou patologias pélvicas em 80% das pacientes. Os principais achados laparoscópicos obtidos foram as aderências (33,3%) e a endometriose (33,3%), o que está de acordo com a literatura pesquisada.

### ABSTRACT

A group of thirty patients with chronic pelvic pain undergoing laparoscopy at "Maternidade Carmela Dutra", in Florianópolis, from July of 1995 to January of 1996, was reported. The data were obtained through a standard questionnaire stressing some important aspects of chronic pelvic pain. Peak incidence was in the fourth decade of life. Most of patients were multiparous (70%) and had previous abdominal surgeries (60%). Laparoscopy revealed pelvic pathologies in 80% of patients. The main laparoscopic findings were adhesions (33,3%) and endometriosis (33,3%), which agrees with the reviewed literature.

## INTRODUÇÃO

A dor pode ser definida como uma sensação desagradável, sensorial e emocional, associada com lesão tecidual real ou potencial ou algo descrito em função deste dano.<sup>4,9,10,13</sup> Dor pélvica crônica é esta sensação no andar inferior do abdomen com, no mínimo, seis meses de duração.<sup>4,7,9,20,22,25,35,36</sup> A dor pélvica, hipogástrica ou em baixo ventre é considerada a segunda queixa mais freqüente em ginecologia, perdendo, apenas, para as leucorréias.<sup>13,20,25</sup> Pode ser o motivo de 50% das consultas ginecológicas. Cerca de 40% das indicações de laparoscopia na mulher são por dor pélvica crônica.<sup>4,6,12</sup> Esta queixa pode significar tanto patologia orgânica, quanto a somatização de distúrbios psíquicos.<sup>30</sup> Afeta, geralmente, mulheres entre os 30 e 50 anos, casadas e com filhos.<sup>6,18</sup> Na maioria das vezes, a dor pélvica crônica é um enigma, mesmo para médicos com experiência no diagnóstico diferencial de dor abdominal.<sup>3,5,13,21,25,26</sup> Além disso, acarreta um grande custo para a sociedade, em termos de serviços hospitalares, perda de produtividade e sofrimento humano.<sup>25,36</sup> Muitas vezes, a frustração do profissional, devido à ineficácia do tratamento aplicado, resulta em cirurgias desnecessárias, que não eliminam a dor e, ainda, geram um ciclo vicioso de complicações, tais como, aderências, uso crônico de drogas, múltiplas intervenções e até mutilações desnecessárias.<sup>5,13,14,22,24</sup>

O primeiro passo, na avaliação da paciente com dor pélvica crônica, deve ser diferenciar as causas anatômicas das causas funcionais de dor.<sup>22</sup> A dor pélvica crônica pode ter causas ginecológicas, gastrointestinais, urológicas, osteomusculares, vasculares e psicogênicas.<sup>3,6,9,10,20,25,27,29</sup>

Entre as causas ginecológicas destacam-se a doença inflamatória pélvica crônica, a endometriose, a dor ovariana, as neoplasias de órgãos genitais, os pólipos e miomas, a adenomiose e as aderências pélvicas. A doença inflamatória pélvica crônica pode causar dor devido às exacerbações recorrentes, hidrossalpinge e aderências.<sup>25</sup> Geralmente, não há febre e a dor piora com a menstruação.<sup>9</sup> Associa-se com leucorréia, dismenorréia secundária e sensibilidade pélvica ao toque.<sup>37</sup> Alguns autores relatam que cerca de 23% das pacientes com doença inflamatória pélvica tem dor pélvica crônica.<sup>16</sup>

Nas mulheres com endometriose, a dor, geralmente piora com a menstruação e associa-se à dispareunia de profundidade, mas pode não ter relação com o ciclo menstrual.<sup>10,37</sup>

O sangramento uterino anormal ocorre em 11 a 34% das mulheres com endometriose e pode estar presente na forma de oligomenorréia, polimenorréia, menorragia, sangramento pós-coital ou sangramento intermenstrual. A dismenorréia congestiva ocorre em 25 a 90% das mulheres com endometriose.<sup>17,28</sup> Pode associar-se com dor à defecação.<sup>9,10,37</sup> A dor não é proporcional ao tamanho do endometrioma.<sup>4,9,10,25,26,35,37</sup> As pacientes com endometriose e aderências pélvicas reclamam bem mais freqüentemente de dispareunia de profundidade e dor após o coito do que as mulheres com uma pelve normal.<sup>17</sup> A ultrassonografia não faz o diagnóstico, o qual é feito, de maneira precisa, através da laparoscopia.<sup>37</sup>

Os cistos ovarianos, em geral assintomáticos, podem causar dor devido a uma rápida distensão da cápsula ovariana. Um ovário pode se tornar retroperitonal após uma inflamação ou cirurgia sendo, neste caso, dolorosa a formação de cistos.<sup>25</sup>

Na neoplasia de órgãos genitais, a dor surge geralmente, quando há infiltração dos tecidos adjacentes.<sup>10</sup> A dor é um sintoma tardio do câncer de ovário e do câncer de colo uterino.<sup>37</sup>



Os pólipos e miomas provocam dor quando sofrem degeneração, torção ou quando comprimem nervos pélvicos.<sup>10,25</sup> A dor, neste caso, é normalmente em cólica.<sup>10</sup>

A adenomiose ou endometriose interna, geralmente, provoca menorragia e dor em cólica semelhante a câimbra, que coincide com a menstruação.<sup>10,25</sup> Raramente causa dor intermenstrual. É mais freqüente na quarta e quinta décadas de vida.<sup>25</sup>

Em mulheres com dor pélvica crônica, a presença de uma cicatriz no andar inferior do abdomen sugere cicatrizes e aderências pélvicas.<sup>9</sup> Estas aparecem como seqüelas de cirurgias, endometriose ou doença inflamatória pélvica.<sup>10,16</sup> O exame físico mostra diminuição da motilidade do útero, trompas e ovário, com dor à mobilização.<sup>10</sup> Extensas aderências são também encontradas em pacientes sem dor, portanto, não se pode garantir que as aderências sejam as responsáveis pela dor pélvica crônica da paciente.<sup>16</sup>

As causas gastrointestinais são responsáveis por 7 a 60% dos casos de dor pélvica crônica atendidos pelos ginecologistas.<sup>27</sup> São elas: Síndrome do Cólon Irritável, doença inflamatória intestinal, enterocolite infecciosa, diverticulite, obstrução intestinal, neoplasias intestinais, hérnia, angina abdominal e a endometriose intestinal.<sup>4,10,27</sup>

Muitas vezes, é difícil descobrir se a dor abdominal baixa é de origem ginecológica ou enterocólica, pois a cérvix, útero e anexos tem a mesma inervação visceral que o íleo distal, cólon e reto-sigmóide. A dor gastrointestinal é, geralmente, difusa, pouco localizada, profunda e, freqüentemente, associada com reflexos autônomos como náuseas e vômitos. Qualquer processo neoplásico que distenda o peritônio parietal ou tracione o mesentério causará dor localizada. A dor contínua pode ser causada por distensão, inflamação ou isquemia intestinal. A dor intestinal, geralmente, é em cólica e irradia-se para a região periumbilical. A dor cíclica, que precede a menstruação ou é concomitante à mesma ou à ovulação, é, provavelmente, de origem ginecológica. No entanto, a dor da Síndrome do

Cólon Irritável pode exacerbar-se no período pré-menstrual. Nesta síndrome, geralmente, há períodos de diarreia intercalados com períodos de constipação, a dor piora com a alimentação e com o *stress*, alivia após a evacuação e associa-se com tenesmo retal.<sup>9,20,27</sup> Geralmente, a dor do trato gastrointestinal tem alguma relação com a ingestão, defecação, mudança do hábito intestinal e presença de muco, pus ou sangue nas fezes.<sup>20,27</sup> A dor pélvica, que alivia com a eliminação de gases ou fezes ou associa-se à hematoquezia, sugere uma desordem do cólon distal ou reto. A dor pélvica associada à dispareunia é, mais provavelmente, de origem ginecológica, embora este sintoma também ocorra em alta porcentagem das pacientes com Síndrome do Cólon Irritável.<sup>27</sup>

Muitas desordens que afetam o trato urinário podem se manifestar como dor pélvica crônica, associada a sintomas como dispareunia e dor vulvar, devido à inervação e localização do trato urinário inferior. Sintomas como urgência miccional, polaciúria e disúria, quando presentes por tempo prolongado, significam que há uma afecção crônica do trato urinário inferior. São consideradas causas urinárias de dor pélvica crônica : cistite intersticial, trigonite, síndrome uretral, discinergia do detrusor, divertículo uretral, urolitíase e as neoplasias do trato urinário.<sup>10,25,33</sup>

A frequência das afecções urinárias descrita nas mulheres com dor pélvica crônica varia de 5 a 20%.<sup>4,33</sup> As causas urinárias mais comuns de dor pélvica crônica são a síndrome uretral crônica e a cistite intersticial. Na síndrome uretral crônica, há uma série de sintomas associados, tais como, urgência miccional, polaciúria, disúria, tenesmo vesical, incontinência urinária, irritação vulvar, dispareunia, sensibilidade supra-púbica e dor vaginal ou pélvica, que podem ser devidos a uma inflamação ou infecção uretral, espasmo uretral, traumatismo durante o ato sexual, alergias, deficiências vitamínicas ou a desordens psicológicas e neurológicas. O diagnóstico desta síndrome é de exclusão. O exame físico

deve concentrar-se na musculatura do assoalho pélvico e na parede anterior da vagina, abaixo da bexiga e uretra, verificando sensibilidade à palpação.<sup>33</sup>

Na cistite intersticial, uma condição inflamatória crônica da parede da bexiga, é comum haver polaciúria, urgência miccional, noctúria e dor supra-púbica que, geralmente, alivia com a micção, sem evidências de outras doenças e com aspecto característico à cistoscopia.<sup>9,33</sup> O exame físico pode revelar sensibilidade na base da bexiga e a paciente pode ter dispareunia. O diagnóstico confirma-se pela cistoscopia, sendo, também, um diagnóstico de exclusão.<sup>33</sup>

Afecções vasculares, tais como a dilatação das veias ováricas e as varizes pélvicas, podem ser responsáveis pela dor pélvica crônica de muitas mulheres. A varicocele feminina, a síndrome da veia ovárica, a síndrome da congestão pélvica, a síndrome da dor pélvica crônica, as varizes pélvicas, as varizes vulvares e uma porcentagem das varizes de membros inferiores podem corresponder a uma mesma entidade. A sintomatologia é muito variável e, geralmente, inespecífica. Aparece, geralmente, depois da primeira gravidez, mas pode ocorrer também em nulíparas.<sup>6</sup> A dor pélvica é igual à dor por insuficiência venosa crônica, melhora com o decúbito, piora com o ortostatismo, movimentação, mudanças posturais, após o coito, na fase pré-menstrual e nos processos que cursam com aumento do fluxo sanguíneo pélvico ( ovulação, contraceptivos orais, infecções e inflamações ginecológicas).<sup>6,8,25</sup> Frequentemente, a dor irradia-se para a região lombar e o lado direito é o mais acometido.<sup>6</sup> Pode haver dispareunia e desordens menstruais associadas (dismenorréia e menorragia). Geralmente, são mulheres de média idade, com antecedentes de múltiplos partos.<sup>6,8,25</sup> No exame físico, o útero estaria aumentado e amolecido, o colo violáceo, as trompas edematosas, podendo haver líquido seroso no fundo de saco de

Douglas, dor à mobilização do útero e varizes de membros inferiores, vulva e ânus associadas.<sup>10,25</sup>

A dor pélvica crônica pode ter ainda causas osteomusculares, tais como bursites, miosites, artrites, neoplasias ósseas, seqüelas de trauma, neurites intercostais, fascíte, osteíte, espondilolistese, desvios da coluna e má postura.<sup>10</sup> A dor de origem neuromuscular aumenta com a atividade e com o esforço.<sup>25</sup> Na degeneração das articulações da cintura pélvica, a dor é, geralmente, intermitente e a paciente tem dificuldade para localizá-la. Há limitação da movimentação, pode haver hipersensibilidade local e uma marcha instável. Uma história de aumento da dor após exercícios, possível evidência radiológica de degeneração e uma resposta favorável ao uso de anti-inflamatórios sugerem o diagnóstico.<sup>9</sup>

A osteíte púbica (condição inflamatória da sínfise púbica) ocorre, geralmente, no puerpério ou após cirurgia pélvica. Clinicamente, há hipersensibilidade local, com possível espasmo muscular. Radiologicamente, é vista uma irregularidade subcondral do osso, com reabsorção.<sup>9</sup>

Quando não se encontra nenhuma afecção que justifique a dor pélvica crônica de uma mulher, pensa-se em dor psicogênica. A dor psicogênica é, geralmente, mal definida, sentida em várias áreas do organismo, é de difícil localização, sem irradiação, associa-se a sintomas desconexos, tendo relação com eventos emocionais, dificuldades sociais e pessoais. Algumas situações que podem relacionar-se com dor pélvica crônica são: esquizofrenia, distúrbios da personalidade, depressão, simulação, história de abuso sexual, hipocondria e distúrbio de somatização.<sup>4,9,28,29</sup>

No entanto, a própria paciente com dor pélvica crônica de causa orgânica apresenta uma complexa e debilitante resposta psicológica. As pacientes com dor pélvica crônica, com ou sem patologia, tendem a se sentir deprimidas e desamparadas.<sup>25</sup>

Cerca de 80% das mulheres com dor pélvica crônica tem doenças orgânicas e/ou estados funcionais alterados, enquanto que 1/3 das pacientes não tem doença orgânica<sup>25</sup>. É essencial que todos os meios racionais sejam dispendidos na busca de uma doença orgânica. Deve-se realizar um exame físico e exames complementares apropriados, de acordo com a história da paciente. Caso não se encontre a causa da dor, a laparoscopia está indicada.<sup>13,25</sup>

A laparoscopia, também chamada celioscopia ou peritonioscopia, é um método diagnóstico que, atualmente, consolida-se também como recurso terapêutico e que consiste na visão endoscópica dos órgãos intra-peritoniais pélvicos e abdominais, mediante prévia distensão por pneumoperitônio artificial.<sup>1,11,12,13</sup> A laparoscopia está se tornando uma rotina na investigação da dor pélvica crônica, uma vez que a história clínica, exame físico e provas complementares não invasivas são quase sempre inconclusivos.<sup>1,3,4,7,12,18,21,30,31,32,49</sup> Via de regra, o exame ginecológico e as provas subsidiárias apresentam-se normais, rotulando-se a sintomatologia como de origem “psicogênica”.<sup>7,18,32</sup> Graças ao emprego criterioso da laparoscopia, o médico dispõe de mais um recurso para distinguir causas psíquicas das orgânicas, particularmente em certas ginecopatias, nas quais a propedêutica não invasiva deixa de fornecer subsídios esclarecedores.<sup>18,21,32</sup>

Muitas das mutilações e cirurgias, feitas sem necessidade, poderiam ser evitadas através da laparoscopia, um procedimento pouco invasivo, com taxas de mortalidade e morbidade extremamente baixas e que permite o diagnóstico de alterações anatômicas, tais como, endometriose, varizes pélvicas, aderências, salpingite, entre outras, que podem ser responsáveis pela queixa de dor.<sup>2,11,13,14,15,21,30,32</sup> A importância da laparoscopia não reside apenas no diagnóstico mas, sobretudo, no estabelecimento da conduta terapêutica adequada.<sup>14,15,18,21,34</sup> As alterações encontradas nas laparoscopias variam muito, de acordo

com o grupo estudado. A endometriose e as aderências pélvicas (pós-operatórias ou resultantes de doença inflamatória pélvica) são as afecções orgânicas mais diagnosticadas nas laparoscopias para estudo de dor pélvica crônica.<sup>31</sup> Outras alterações, tais como cistos ovarianos, retroversão uterina, anomalias uterinas e fibrose uterina também são descritas, embora questionem-se seus papéis na gênese da dor.<sup>31</sup>

O objetivo primordial deste trabalho é descrever os achados laparoscópicos nas mulheres portadoras de algia pélvica crônica, que foram submetidas à laparoscopia diagnóstica, na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, no período de julho de 1995 a janeiro de 1996.

## PACIENTES E MÉTODOS

Foi elaborado um questionário contendo como principais itens: idade da paciente, tempo de dor, localização da dor, tipo de dor, número de gestações, paridade, número de cesáreas, número de abortos, métodos anticoncepcionais, número de cirurgias prévias na cavidade abdominal, alterações no exame físico e achados laparoscópicos (anexo 1).

A anamnese, o exame físico pré-laparoscópico, as laparoscopias e o preenchimento dos questionários foram todos realizados pelo mesmo profissional.

Os critérios de inclusão utilizados para o presente estudo foram: mulheres em idade reprodutiva, portadoras de dor constante ou intermitente, cíclica ou acíclica, na região abdominal inferior (incluindo mesogástrio, flancos, hipogástrio e fossas ilíacas), com duração de seis meses ou mais, incluindo dismenorréia e dor intermenstrual, nas quais o exame clínico e os exames complementares não elucidaram o diagnóstico. Foram excluídas as gestantes, as menopausadas e as puérperas.

Assim, no período de julho de 1995 a janeiro de 1996, foram estudadas 30 pacientes portadoras de algia pélvica crônica, com idade variando de 16 a 49 anos (média etária de 32 anos, com desvio padrão de 7,09), submetidas à laparoscopia diagnóstica na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis.

Dezoito pacientes (60%) tinham cirurgias prévias na cavidade abdominal, incluindo cesareanas.

O principal achado no exame físico pré-laparoscópico foi dor ao toque vaginal, observado em seis pacientes (20%), seguido por dor à palpação abdominal, encontrada em quatro pacientes (13,3%) e útero aumentado de tamanho, presente em duas pacientes

(6,6%). Em dezoito pacientes (60%) o exame físico não mostrava alterações específicas. O número de gestações variou de 0 a 6 (média de 2,5, com desvio padrão de 1,60). Vinte e uma pacientes (70%) tinham história de 2 ou mais gestações, quatro pacientes (13,3%) tiveram 1 gestação e cinco pacientes (16,6%) eram nuligestas.

Doze pacientes (40%) referiam dor pélvica com duração de 6 meses a 1 ano, enquanto que dezoito pacientes (60%) apresentavam dor pélvica com mais de um ano de duração. A duração média da dor encontrada foi de 2 anos (com desvio padrão de 1,96).

As pacientes estudadas já haviam realizado provas subsidiárias não invasivas (radiografias simples de tórax e abdomen, ultrassonografia pélvica) e exames laboratoriais (colpocitologia oncótica, hemograma, parcial de urina, VDRL, parasitológico de fezes), todos dentro dos padrões de normalidade.

As pacientes foram orientadas a fazer 12 horas de jejum previamente à laparoscopia. Como o propósito das laparoscopias era diagnóstico e não terapêutico, o preparo do cólon não foi realizado. Todas as laparoscopias foram feitas sob anestesia geral com intubação endotraqueal.

### **TÉCNICA DA LAPAROSCOPIA**

Uma vez anestesiada, a paciente é colocada em posição semi-ginecológica, em trendelemburg, com as pernas afastadas e em ângulo de 45 graus. Em seguida, é realizada a antissepsia, com povidine, das regiões abdominal, vulvar e vaginal e são colocados os campos estéreis. A bexiga é esvaziada com sonda. Através do espéculo vaginal, realiza-se o pinçamento do lábio anterior do colo uterino e introduz-se o manipulador para a



mobilização, facilitando o acesso aos recessos pélvicos. Em seguida, faz-se uma incisão infra-umbilical, de aproximadamente 1 cm de extensão e introduz-se, através da mesma, a agulha de Verres até atingir a cavidade peritoneal, para a realização do pneumoperitônio. Confirmada a localização da agulha de Verres, inicia-se, com o aparelho CO<sub>2</sub> PNEU H LAUTERBACH, a insuflação de dióxido de carbono, com pressão não excedendo 15 mmHg e velocidade de 1 litro por minuto, até atingir-se o volume total de 2,5 litros.

Após a execução do pneumoperitônio, retira-se a agulha de Verres e realiza-se a primeira punção, através da incisão, introduzindo-se um trocater de 7 mm e a cânula do laparoscópio. Retira-se o trocater e, através da cânula, é introduzido o laparoscópio (STORZ), com óptica diagnóstica oblíqua de 30 graus. A sala é, então, escurecida.

O próximo passo é a inspeção geral da cavidade abdominal e pélvica para exclusão de lesões de punção. Em seguida, parte-se para o exame da pelve, observando-se, minuciosamente:

- 1- Parede anterior do abdomen
- 2- Fundo de saco anterior
- 3- Ligamentos redondos
- 4- Útero
- 5- Ovários
- 6- Ligamentos largos
- 7- Ligamentos útero-sacros
- 8- Fundo de saco posterior
- 9- Paredes laterais da pelve

A segunda punção é feita com trocater de 5 mm, na linha média infra-umbilical, 2 a 3 cm acima da sínfise púbica, evitando-se as artérias hipogástricas. Esta segunda punção tem

o intuito de introduzir instrumental para manuseio e coleta de amostras de material, quando necessário.

Terminado o exame laparoscópico, procede-se a inspeção de todas as regiões manipuladas em busca de possíveis lesões ou pontos de sangramento ativo. Retira-se, inicialmente, o último trocater que foi colocado. Em seguida, retira-se a óptica da cânula e deixa-se fluir o gás, de maneira lenta e contínua, com a paciente em posição horizontal. Retira-se, então, a cânula do trocater e completa-se o ato, com a sutura das incisões e confecção dos curativos.

Não houve qualquer tipo de complicação trans ou pós-operatória imediata e todas as pacientes receberam alta hospitalar no dia subsequente ao exame.

## RESULTADOS

Foi estudado um total de 30 pacientes, todas provenientes de Santa Catarina, com idade variando de 16 a 49 anos e média etária de 32 anos (com desvio padrão de 7,09). Encontrou-se maior incidência de pacientes na faixa etária de 31 a 40 anos (50%) e de 21 a 30 anos (36,6%). A distribuição das pacientes segundo a idade está representada na tabela 1.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA, QUANTO À IDADE.

Idade	Número de pacientes	%
≤ 20	01	03,33
21 - 30	11	33,67
31 - 40	15	50,00
41 - 50	03	10,00
Total	30	100,00

Desvio padrão : 7,09776

Média : 32 anos

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

Doze pacientes (40%) referiam dor pélvica com duração de 6 meses a 1 ano, enquanto que dezoito pacientes (60%) apresentavam dor pélvica com mais de 1 ano de

duração. A duração média da dor encontrada foi de 2 anos, com desvio padrão de 1,96 (Tabela 2).

**TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA, QUANTO À DURAÇÃO DA DOR.**

<b>Duração (em anos)</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
< 1	12	40,00
1   2	07	23,33
2   3	01	03,33
3   4	02	06,67
4   5	03	10,00
> 5	05	16,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Desvio padrão : 1,96404

Média : 2 anos

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

A tabela 3 representa a distribuição das pacientes de acordo com o tipo de dor. O tipo de dor predominante foi a dor tipo cólica, observada em 46,6% das pacientes, seguida pela dor contínua, em 26,6% e pela dor tipo fisgada, presente em 20% das pacientes.

**TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA, QUANTO AO TIPO DE DOR.**

<b>Tipo de dor</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Cólica	14	46,67
Contínua	08	26,67
Fisgada	06	20,00
Pontada	01	03,33
Inespecífica	01	03,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

A região de maior prevalência da dor foi a fossa ilíaca direita (33,3), seguida pelo hipogástrio (26,6%) e ambas as fossas ilíacas (26,6%). A distribuição das pacientes de acordo com a localização da dor está representada na tabela 4.

**TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA, QUANTO À LOCALIZAÇÃO DA DOR.**

<b>Localização da dor</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Fossa ilíaca direita	10	33,33
Hipogástrio	08	26,66
Ambas as fossas ilíacas	08	26,66
Fossa ilíaca esquerda	03	10,00
Mesogástrio	01	03,33
Total	30	100,00

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

Vinte e uma pacientes (70%) tinham história de duas ou mais gestações, quatro pacientes (13,3%) tiveram uma gestação e cinco pacientes (16,6%) eram nuligestas. A média de gestações obtida foi 2,5, com desvio padrão de 1,60 (Tabela 5).

A maioria das pacientes (73,3%) não apresentava história de aborto (Tabela 6).

Dezoito pacientes (60%) tinham cirurgias abdominais prévias (Tabela 7). Destas, 30% eram cesareanas, 20% anexectomias e 10% outras cirurgias. (Tabela 8).

Dezesseis pacientes (53%) faziam uso de métodos comportamentais para o planejamento familiar, seis pacientes (20%) usavam anticoncepcionais hormonais orais,

cinco pacientes (16,7%) haviam sido submetidas a laqueadura tubária e três pacientes (10%) usavam Dispositivo Intra-Uterino (DIU) (Tabela 9).

**TABELA 5 - NÚMERO DE GESTAÇÕES DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA.**

<b>Número de gestações</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
00	05	16,67
01	04	13,33
02	06	20,00
03	09	30,00
04	03	10,00
05	02	06,67
06	01	03,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Desvio padrão: 1,60781

Média: 2,5

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

**TABELA 6 - NÚMERO DE ABORTOS DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA.**

<b>Número de abortos</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
00	22	73,33
01	03	10,00
02	03	10,00
03	01	03,33
04	01	03,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Desvio padrão : 1,04166

Média : 0

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

**TABELA 7 - NÚMERO DE CIRURGIAS ABDOMINAIS PRÉVIAS DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA.**

<b>Número de cirurgias</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
00	12	40,00
01	09	30,00
02	05	16,70
03	04	13,30
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Desvio padrão : 1,0662

Média : 1 cirurgia

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

TABELA 8 - TIPOS DE CIRURGIAS ABDOMINAIS DAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA.

<b>Tipo de cirurgia</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Nenhuma	12	40,00
Cesareana	09	30,00
Anexectomia	06	20,00
Histerectomia	01	03,33
Laqueadura tubária	01	03,33
Colecistectomia	01	03,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

TABELA 9 - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS PELAS PACIENTES SUBMETIDAS À LAPAROSCOPIA PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA.

<b>Método anticoncepcional</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Métodos comportamentais	16	53,00
Anticoncepcional oral	06	20,00
Laqueadura tubária	05	16,70
Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	03	10,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

O principal achado no exame físico pré-laparoscópico foi dor ao toque vaginal, observado em seis pacientes (20%), seguido por dor à palpação abdominal, encontrada em quatro pacientes (13,3%) e útero aumentado de tamanho, presente em duas pacientes (6,6%). Em dezoito pacientes (60%), o exame físico não mostrava alterações específicas (Tabela 10).

Os achados laparoscópicos encontrados no presente estudo estão resumidos na tabela 11. Em seis pacientes (20%) o achado foi de pelve normal, enquanto que em vinte e quatro

pacientes (80%) foram detectadas alterações ao exame laparoscópico. As alterações mais encontradas nas laparoscopias foram as aderências, em dez pacientes (33,3%) e a endometriose, também em dez pacientes (33,3%), sendo endometriose isolada em seis pacientes (20%) e associada a aderências em quatro pacientes (13,3%).

**TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DE ACORDO COM AS ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO PRÉ-LAPAROSCÓPICO.**

<b>Alterações</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Sem alterações específicas	18	60,00
Dor ao toque vaginal	06	20,00
Dor à palpação abdominal	04	13,33
Útero aumentado de tamanho	02	06,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.

**TABELA 11 - ACHADOS EM 30 LAPAROSCOPIAS PARA ESTUDO DE DOR PÉLVICA CRÔNICA.**

<b>Achados</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Aderências	10	33,32
Endometriose	10	33,32
Pelve normal	06	20,00
Cistos ovarianos	02	06,00
Hidrossalpinge	02	06,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Laparoscopias realizadas na Maternidade Carmela Dutra de julho de 1995 a janeiro de 1996.



## DISCUSSÃO

Além das ginecopatias propriamente ditas, as enfermidades digestivas, urinárias, vasculares, músculo-esqueléticas e psicológicas podem ser responsáveis pela dor pélvica crônica.<sup>5, 18, 21, 30, 36</sup> Por isto, na abordagem propedêutica, é imprescindível que se tenha o cuidado de pesquisar as causas extra-genitais para esta dor.<sup>30</sup> Trata-se de uma situação difícil e problemática, em razão do exame físico e provas complementares não apresentarem alterações que confirmem um diagnóstico preciso.<sup>18, 21, 36</sup> Um grande número de autores defende a laparoscopia como o método ideal para esta investigação, devido ao seu baixo custo, baixa morbidade e à excelente abordagem dos órgãos pélvicos.<sup>30, 32, 36</sup> A disponibilidade da laparoscopia ajuda a diferenciar mais claramente entre as causas orgânicas e as causas psicossomáticas de dor pélvica crônica.<sup>32</sup>

No presente estudo, um esforço foi feito para elucidar a possível etiologia da dor nas pacientes submetidas à laparoscopia. A média etária do grupo estudado foi 32 anos, a qual equivale-se àquela encontrada por Silva *et al*<sup>30</sup>, Levitan *et al*<sup>15</sup> e Maluf *et al*<sup>18</sup>, superando, entretanto, outras séries, onde a média etária relatada varia de 18,7 a 30 anos.<sup>5, 19, 21, 32, 35, 36</sup>

Silva *et al*<sup>30</sup>, em 1988, ao analisar os resultados de 93 laparoscopias realizadas para estudo de dor pélvica crônica, obteve, como principais achados, as aderências pélvicas (40,9%), a endometriose isolada (17,2%) e a associação entre endometriose e aderências (10,4%). Estes dados são bastante semelhantes aos do presente estudo, no qual as

aderências pélvicas foram encontradas em 33,3% das pacientes e a endometriose também em 33,3% dos casos, sendo endometriose isolada em 20% e associada às aderências em 13,3% dos casos.

Outros autores, entre eles Maluf *et al*<sup>18</sup> (1985) e Marana *et al*<sup>19</sup> (1993) apresentam as aderências e a endometriose como seus principais achados. Moriya *et al*<sup>21</sup> (1987) descreveram as aderências como principal achado (39,1%), seguido, entretanto, pela policistose ovariana associada (23,9%).

Num grupo de 25 pacientes submetidas à laparoscopia por dor pélvica crônica, em 1993, Onvural *et al*<sup>23</sup> encontraram anexite crônica em 28% das pacientes, aderências pélvicas em 16% e doença inflamatória pélvica em 16% dos casos.

Vários autores<sup>5, 11, 25, 35, 36</sup>, entre eles Carranza-Lira *et al*<sup>5</sup> (1994), Rapkin *et al*<sup>25</sup> (1986) e Vercellini *et al*<sup>36</sup> (1990) apontam a endometriose como o achado mais freqüente em suas laparoscopias por dor pélvica crônica. Vercellini *et al*<sup>35</sup>, em 1989, realizaram um estudo em 47 adolescentes do sexo feminino portadoras de algia pélvica crônica, obtendo, como principal achado laparoscópico, a endometriose, presente em 38,3% das pacientes.

Hamid *et al*<sup>11</sup> (1994), num estudo de 5 anos, realizando 509 laparoscopias em mulheres do Paquistão com dor pélvica crônica, encontrou endometriose em 17,1%, obstrução tubária em 13% e ovários policísticos em 9,2% dos casos.

Suleiman<sup>32</sup> (1991), num estudo de 246 pacientes, apresenta como a alteração mais encontrada em suas laparoscopias, a doença inflamatória pélvica (24,1%), seguida pelas aderências pélvicas (21,6%).

Outro achado bastante encontrado no presente estudo foi o de pelve normal, ou seja, sem nenhuma patologia orgânica que justificasse a dor. Este achado apresenta índices variados nos trabalhos da literatura (anexo 2).

Num grupo de 186 pacientes com algia pélvica crônica e exame pré-laparoscópico normal, Levitan *et al*<sup>15</sup> (1985) observaram pelve normal em 168 casos (91,8%). Diante de tais resultados, os autores concluíram que, se o diagnóstico não pode ser realizado clinicamente, raramente o será através da laparoscopia e que muitas das laparoscopias realizadas hoje são desnecessárias. Argumentaram ainda que, economizando despesas deixando-se de realizar um procedimento com 3% de complicações, poder-se-ia investir em um tratamento psicológico para muitas pacientes.

Por outro lado, autores como Moriya *et al*<sup>21</sup> (1987), encontraram pelve normal em apenas 6,5% das laparoscopias realizadas e obtiveram o resultado etiológico em 93,48% dos casos. Convém destacar ainda, que o diagnóstico de pelve normal ao exame laparoscópico reveste-se de grande importância para as pacientes, uma vez que, a mulher portadora de dor pélvica crônica, comumente apresenta longa história de propedêutica e tratamento, a fim de obter alívio de seus sintomas. A laparoscopia revelando pelve normal, exerce um efeito tranquilizador para algumas pacientes, podendo provocar uma melhora significativa das queixas de origem psicossomática.<sup>30</sup>

Além disso, Suleiman<sup>32</sup> (1992) observou que o erro no diagnóstico ao exame ginecológico pré-operatório variou de 21% a 61%. Porcentagens de erro semelhantes a esta foram descritas por outros autores, tais como Cunanan *et al* (*apud* 18 e 21).

Na casuística em discussão, 20% das laparoscopias realizadas mostraram pelve normal, achado semelhante ao de Silva *et al*<sup>30</sup> (1988), que observaram 19,3% de pelves normais em suas laparoscopias.

No presente trabalho, das 12 enfermas com exame pré-laparoscópico alterado, 4 (33,3%) apresentaram achados laparoscópicos normais. Em contraste, das 18 pacientes com exame pré-laparoscópico normal, apenas 2 (11,1%) apresentaram exame

laparoscópico normal, enquanto que 16 pacientes (88,8%) apresentaram ginecopatias à laparoscopia. Estes dados evidenciam a pobre correlação existente entre o exame físico e os achados laparoscópicos, o que está de acordo com a literatura.<sup>18, 21, 32</sup>

Assim sendo, o presente estudo indica que a laparoscopia é uma arma propedêutica complementar de grande valor em pacientes com algia pélvica crônica, fornecendo o provável diagnóstico etiológico em 80% dos casos. Dentre as 30 pacientes estudadas, 24 (79,9%) apresentaram processo patológico envolvendo os órgãos reprodutivos, ao passo que, em 6 pacientes (20%) não havia anormalidades na pelve.

Com relação à localização da dor e o achado laparoscópico, notou-se que, das 6 pacientes com exame laparoscópico normal, 3 (50%) apresentavam dor pélvica bilateral, isto é, atingindo as duas fossas ilíacas. Em contraste, das 24 pacientes com exame laparoscópico anormal, 18 (75%) eram portadoras de dor pélvica unilateral, principalmente em fossa ilíaca direita e hipogástrio, o que está de acordo com o trabalho desenvolvido por Maluf *et al*<sup>18</sup>. Deste modo, a localização pode tornar-se útil no diagnóstico diferencial entre algia pélvica crônica de causa orgânica e psicossomática.

Na presente casuística, o achado laparoscópico mais encontrado foram as aderências, presentes em 10 pacientes (33,3%) e a endometriose, observada também em 10 pacientes (33,3%). A maior porcentagem de cirurgias prévias relacionadas a aderências se atribui às cesareanas. Nosso estudo, realizado prospectivamente, cobriu um grupo relativamente pequeno e não teve um grupo controle, o que, sem dúvida, limitou o valor dos achados. A prevalência das aderências e da endometriose, observada neste estudo é semelhante à encontrada na literatura, tais como, nos trabalhos de Maluf *et al*<sup>18</sup> e Silva *et al*<sup>30</sup>. É incerto se as aderências pélvicas contribuem significativamente para a dor pélvica crônica. Vários autores indicam as aderências como a causa da dor.<sup>11, 18, 21, 30, 32</sup> Kresch *et al* (1984)

observaram que as aderências que restringem a motilidade ou a expansão de órgãos pélvicos, particularmente aquelas envolvendo o peritônio parietal ou o intestino, podem causar dor (*apud* 36). Rapkin<sup>26</sup>, entretanto, não observou diferenças significativas na frequência, localização e densidade das aderências entre mulheres com e sem dor pélvica crônica. Portanto, não se pode garantir que as aderências, encontradas na pelve de uma paciente, sejam responsáveis pela sintomatologia dolorosa da mesma.<sup>26,35</sup> De acordo com Rapkin<sup>26</sup>, outros estudos prospectivos são necessários para demonstrar a redução ou o desaparecimento da dor após a lise de aderências, comparando com um grupo controle, e a ausência de recidiva das aderências, observada pelo *follow-up* da paciente.

Kresch *et al* (1984), na avaliação de 100 mulheres com dor pélvica crônica, encontraram, como principal achado laparoscópico as aderências pélvicas, em 51% dos casos, seguido pela endometriose, em 32% dos casos. Em comparação, no grupo controle, formado por 50 mulheres assintomáticas, submetidas a laparoscopia para laqueadura tubária, encontrou aderências e endometriose em apenas 12% e 15% das pacientes, respectivamente (*apud* 28).

Cunanan *et al* (1983) estudaram 1194 pacientes com dor pélvica crônica, cuja média etária era 29 anos. O achado mais frequente foi pelve normal (30%). Evidência de doença inflamatória pélvica foi encontrada em 22% das pacientes e de aderências pélvicas em 19%, enquanto que 3,6% tinham endometriose. Das 749 mulheres com exame pélvico pré-laparoscópico normal, 63% tinham anormalidades na laparoscopia (*apud* 28).

Na revisão feita por Howard *et al*<sup>12</sup>, a laparoscopia revelou patologia, incluindo endometriose, aderências pélvicas, doença inflamatória pélvica e cistos ovarianos não endometrióticos em 61% das mulheres com algia pélvica crônica. No entanto, esta pesquisa também encontrou anormalidades em 28% das mulheres assintomáticas apresentando

queixa de infertilidade, levando os autores a enfatizar que a laparoscopia não é a última investigação na dor pélvica crônica.

Stout *et al* (1991) notaram que as aderências eram mais freqüentes nas mulheres com dor, comparando com o grupo assintomático, mas que a intensidade da dor não era proporcional à quantidade de aderências presentes (*apud* 31). Steege *et al*<sup>31</sup> também falharam em correlacionar a quantidade de aderências à intensidade da dor.

Outros estudos descrevem prevalências variadas de aderências em mulheres submetidas à laparoscopia por qualquer razão (Cunanan *et al* 19,2%, Stoval *et al* 48%, Lundberg *et al* 30,5%), embora prevalências semelhantes tenham sido descritas nos grupos-controle de Rapkin<sup>26</sup>, 39% e de Walker, 34% (*apud* 31). Entretanto, ambos os estudos incluíam, como “controle”, mulheres submetidas à laparoscopia por infertilidade, o que pode selecionar mulheres com aderências pélvicas que desprezam seu desconforto pélvico e concentram a atenção em sua infertilidade.<sup>31</sup>

A endometriose foi o outro achado mais freqüente em nosso trabalho, também observado em 10 pacientes (33,3%). Este achado é interessante pois, a prevalência da doença na população feminina em geral é cerca de 2%<sup>6</sup>, o que indica a endometriose como provável causa da dor nas pacientes estudadas. A prevalência da endometriose na literatura varia de 3% a 47%, com média de 15%.<sup>31</sup> A extensão da doença não é proporcional à intensidade da dor pélvica crônica.<sup>4, 9, 10, 25, 26, 31, 35, 37</sup> Antes da introdução da laparoscopia na prática ginecológica, estes casos provavelmente não seriam diagnosticados.<sup>35</sup> De acordo com Brosens *et al* (1986), o laparoscopista pode não identificar implantes de endometriose *per si*, mas apenas seqüelas, tais como hemorragia, fibrose, aderências, pseudocistos, endometriomas ou defeitos peritoniais (*apud* 36).

Em 6 pacientes (20%), não detectamos anormalidades ao exame laparoscópico. Alguns autores argumentam que, nestes casos, a origem da dor é psicossomática e responsiva à psicoterapia.<sup>4, 5, 9, 28, 29</sup> Segundo Vercellini *et al*<sup>36</sup> este ponto de vista falha em reconhecer nossa limitação diagnóstica. Estudos recentes demonstram que está histologicamente provado que a endometriose pode aparecer como lesões pretas, brancas, vermelhas, marrons, branco-amareladas ou claras. Frequentemente, estas lesões podem não ser reconhecidas.<sup>28</sup>

Murphy *et al* (1986) detectaram implantes endometrióticos, através da microscopia eletrônica, em 25% das amostras de peritônio aparentemente normal, colhidas em cirurgia conservadora (*apud* 36). Da mesma forma, Vasquez *et al* e Brosens *et al* detectaram microlesões endometrióticas subperitoniais (*apud* 36). Lesões atípicas, microscópicas ou subperitoniais passam facilmente despercebidas na laparoscopia e podem, realmente, ser a causa da dor.<sup>36</sup>

Métodos não invasivos para o diagnóstico da dor pélvica crônica não estão disponíveis.<sup>36</sup> As limitações técnicas dos métodos diagnósticos atuais podem explicar, parcialmente, a ausência de anormalidades em 20% das mulheres estudadas. A presença de endometriose microscópica em áreas de peritônio visualmente normal e a demonstração de lesões subperitoniais sugerem que a endometriose pode estar sendo subdiagnosticada e a dor, considerada de origem indeterminada ou psicogênica.<sup>28,36</sup>

É de se esperar que os resultados encontrados pelos diversos autores diverjam entre si, principalmente, no que diz respeito à porcentagem de aderências e endometriose encontradas em pacientes assintomáticas, submetidas à laparoscopia por outra razão. Isto se deve ao fato de as populações estudadas serem distintas umas das outras, pois os critérios de inclusão e certos conceitos, variam de autor para autor, a começar pela própria

definição de dor pélvica crônica. Vercellini *et al*<sup>36</sup> usaram a definição que incluía a dor constante e a intermitente, a cíclica e a acíclica, com mais de seis meses de duração, incluindo, portanto, a dismenorréia, a dispareunia de profundidade e a dor intermenstrual.

Por outro lado, Reiter & Gambone (*apud* 12) usaram o conceito de “dor acíclica que persiste por mais de seis meses”, um conceito que não inclui pacientes com dismenorréia como única manifestação da dor. De acordo com este conceito, portanto, pacientes com dismenorréia poderiam pertencer ao grupo-controle, de pacientes assintomáticas. Tal grupo-controle, provavelmente, apresentaria um número significativo de achados tais como aderências e endometriose, o que pode levar alguém a concluir que, se tais achados estão presentes em pacientes assintomáticas, eles não deveriam ser responsabilizados pela sintomatologia das pacientes com dor.

Outra definição que varia muito nos diversos trabalhos é a da localização da dor. Enquanto alguns autores consideram dor pélvica somente aquela dentro da pelve verdadeira, outros incluem, como pélvica, qualquer dor abdominal com irradiação para flancos, abdomen superior ou parte superior das coxas.<sup>12</sup>

A preocupação sobre as inconsistências na definição da dor pélvica crônica não é pedante, mas tem relevância clínica. Nosso entendimento das doenças somáticas, consideradas causas de dor pélvica crônica, estará incompleto e se usarmos definições tão distintas nas várias avaliações de mulheres com algia pélvica crônica, acabaremos, provavelmente, comparando distribuições diferentes das mesmas doenças.<sup>12</sup>

O exame laparoscópico é um método diagnóstico básico e necessário para se obter uma real noção do estado dos órgãos genitais internos, além de ser seguro e pouco invasivo.<sup>11</sup> Deve ser usado antes que a dor seja considerada psicogênica.<sup>32</sup> O ginecologista deve considerar a laparoscopia como etapa anterior à laparotomia na avaliação da paciente,



principalmente quando o exame pélvico revelar-se normal.<sup>18</sup> A laparoscopia, na maioria das vezes, permite ao médico estabelecer um diagnóstico, evitando o uso indiscriminado de antibióticos onerosos e a realização de cirurgias desnecessárias.<sup>14</sup>

A dor pélvica crônica é um sintoma que não deve ser menosprezado ou ignorado, tendo em vista que, com muita frequência, representa a existência de afecção orgânica, tal como foi evidenciado nesta série.

## CONCLUSÕES

O estudo de 30 mulheres portadoras de algia pélvica crônica, submetidas à laparoscopia diagnóstica na Maternidade Carmela Dutra , de julho de 1995 a janeiro de 1996, nos permite aferir as seguintes conclusões:

- 1- A dor pélvica crônica foi observada com maior frequência em mulheres dos 31 aos 40 anos.
- 2- Na maioria dos casos, a dor apresentava mais de 1 ano de duração.
- 3- Houve um predomínio da dor tipo cólica.
- 4- A região de maior prevalência da dor foi a fossa ilíaca direita, seguida pelo hipogástrio.
- 5- A maior parte das pacientes com dor pélvica crônica era multigesta e negava história de aborto.
- 6- A maioria das pacientes com algia pélvica crônica tinha cirurgia abdominal prévia.
- 7- Os métodos anticoncepcionais comportamentais eram os mais usados pelas pacientes com enfermidade dolorosa pélvica.
- 8- O exame físico pré-laparoscópico, em sua maioria, não mostrou alterações específicas.
- 9- Os principais achados laparoscópicos foram as aderências e a endometriose, concordando com a literatura consultada.
- 10- A laparoscopia revelou anormalidades nos órgãos pélvicos de 80% das pacientes estudadas, indicando, portanto, que tal exame:

- Fornece o diagnóstico etiológico na grande maioria das vezes.
- Deve ser realizado antes que a dor seja considerada psicogênica.
- Deve ser considerado como etapa anterior à laparotomia.

11- Tendo em vista a alta porcentagem de afecções orgânicas, obtida nesta série, a dor pélvica crônica é um sintoma que não deve ser ignorado ou menosprezado.

**ANEXO 1- QUESTIONÁRIO PARA ESTUDO LAPAROSCÓPICO EM  
MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA**

Nome : Registro :  
Idade : Raça : Estado Civil : Profissão :  
Endereço : Telefone :

**Características da dor :**

Início : Tipo :  
Localização : Irradiação :

**História Obstétrica :**

Gesta ( ) Para ( )  
Parto normal ( ) Cesárea ( )  
Aborto ( )

**Métodos anticoncepcionais :**

Contraceção hormonal oral ( ) Métodos comportamentais ( )  
Dispositivo intra-uterino (DIU) ( ) Laqueadura tubária ( )  
Métodos de barreira ( )

**Cirurgias Prévias :**

Número de cirurgias :  
Tipo de cirurgia :

**Exame Físico Pré-Laparoscópico :**

Abdomen :

Toque vaginal :

**Achados laparoscópicos/diagnóstico :**

**Observações :**

**Crítérios de exclusão :**

- gestantes
- menopausadas
- puérperas

**ANEXO 2 - PORCENTAGEM DE PELVES NORMAIS E DE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS EM LAPAROSCOPIAS POR DOR PÉLVICA CRÔNICA.**

<b>Autor</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%Alterações</b>	<b>%Pelves normais</b>
Moriya <i>et al</i> <sup>21</sup>	46	93,4	6,5
Carranza-Lira <i>et al</i> <sup>5</sup>	49	89,8	10,2
Silva <i>et al</i> <sup>30</sup>	93	80,6	19,3
Marana <i>et al</i> <sup>19</sup>	127	80,0	20,0
Onvural <i>et al</i> <sup>23</sup>	25	72,0	28,0
Suleiman <sup>32</sup>	246	68,1	31,8
Maluf <i>et al</i> <sup>18</sup>	61	65,6	43,4
Rapkin <sup>26</sup>	100	64,0	36,0
Vercellini <i>et al</i> <sup>35</sup>	126	62,7	37,3
Kasule <sup>14</sup>	360	35,0	65,0
Presente estudo	30	80,0	20,0

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARQUEZ, M.B.D. La laparoscopia en las algias pelvicas. **Rev. Hosp. Psiq. La Hab.**, **38(2)**: 275-84, abr-jun.1989.
- 2 BAHARY, C.M. & GORODESKI, I.G. The diagnostic value of laparoscopy in women with chronic pelvic pain. **Am. Surg.**, **53(11)**: 672-4, Nov.1987.
- 3 BARBOSA, C.P. *et al.* Algia pélvica crônica. **Fem.**, **17(1)**: 38-40, jan.1989.
- 4 CAMPBELL, F. & COLLET, B.J. Chronic pelvic pain. **Br. J. Anaesth.**, **73(5)**: 571-3, Nov.1994.
- 5 CARRANZA-LIRA, S. *et al.*. Hallazgos laparoscopicos en pacientes con dolor pelvico cronico y dismenorrea. **Gynecol. Obstet. Mex.**, **62**: 82-4, mar.1994.
- 6 FERNANDEZ-SAMOS, R. *et al.* Insuficiencia venosa gonadal femenina. **Angiol.**, **45(6)**: 203-9, nov-dic.1993.
- 7 GAUL, J.N. Evaluation of chronic pelvic pain. **Minn. Med.**, **71(9)**: 546-8, Sep.1988.
- 8 GUPTA, A. & MCCARTHY, S. Pelvic varices as a cause for pelvic pain: MRI appearance. **Magn. Reson. Imaging.**, **12(4)**: 679-81, Apr.1994.
- 9 GUZINSKI, G.M. Dor pélvica crônica. In: PECKHAM, B.M. & SHAPIRO, S.S. **Sinais e Sintomas em Ginecologia**, São Paulo, Harper & How do Brasil, 1986. p.217-5.
- 10 HALBE, H.W. & NOGUEIRA, C.W.M. Dor abdominal e/ou pélvica em ginecologia. In: HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**, São Paulo, Roca, 1994. v.1, p.471-84.
- 11 HAMID, R. *et al.* Laparoscopic appraisal of infertility and pelvic pain in pakistani women: a 5 years audit. **J. Pak. Med. Assoc.**, **44 (2)**: 40-2, Feb.1994.
- 12 HOWARD, R. *et al.* The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promises and pitfalls. **Obstet. Gynecol. Surv.**, **48 (6)**: 357-87, June.1993.
- 13 IANNETA, O. Dor pélvica crônica. In: HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**, São Paulo, Roca, 1994. v.1, p.485-94.
- 14 KASULE, J. Laparoscopic evaluation of chronic pelvic pain in zimbabwean women. **East. Afr. Med. J.**, **68(10)**: 807-11, Oct.1991.

- 15 LEVITAN, Z. *et al.* The value of laparoscopy in women with chronic pelvic pain and a "normal pelvis." **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **23**(1): 71-4, Feb.1985.
- 16 LIPSCOMB, G.H. Relationship of pelvic infection and chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 699-708, Dec.1993.
- 17 MAHMOOD, T.A. *et al.* Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, **98**: 558-63, June.1991.
- 18 MALUF, M. *et al.* Laparoscopia no diagnostico da algia pélvica crônica. **Gin. Obst. Bras.**, **8**(3): 157-59, mar.1985.
- 19 MARANA, R. *et al.* Il ruolo della laparoscopia nella valutazione del dolore pelvico cronico. **Min. Gin.**, **45**(6): 281-6, giug. 1993.
- 20 MILBUM, A. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 643-61, Dec.1993.
- 21 MORIYA, C.M. *et al.* Algia pélvica-estudo laparoscópico. **Rev. Med.**, **2**(2): 52-4, jan-jun.1987.
- 22 NOLAN, T.E. & ELKINS, T.E. Chronic pelvic pain: differentiating anatomic from functional causes. **Postgrad. Med.**, **94**(8): 125-34, Dec.1993.
- 23 ONVURAL, A. *et al.* A propos de 25 patientes ayant subi une coelioscopie pour douleurs pelviennes. **Rev. Fr. Gynecol. Obstet.**, **88**(1): 1-6, jan.1993.
- 24 PETERS, A.A.W. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol.**, **77**(5): 740-4, May.1991.
- 25 RAPKIN, A.J., Dor pélvica crônica. In: HACKER, N.F. & MOORE, J.G. **Fundamentos de Ginecologia e Obstetrícia.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. p.302-6.
- 26 RAPKIN, A.J. Adhesions and pelvic pain: A retrospective study. **Obstet. Gynecol.**, **68**(1): 13-15, July.1986.
- 27 RAPKIN, A.J. & MAYER, E.A. Gastroenterologic causes of chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 663-83, Dec.1993.
- 28 ROSEFF, S.J. & MURPHY, A.A. Laparoscopy in the diagnosis and therapy of chronic pelvic pain. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **33**(1): 137-44, Mar.1990.
- 29 ROSENTHAL, S. *et al.* Psychology of chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 627-42, Dec.1993.
- 30 SILVA, H.M.S. *et al.* Laparoscopia em dor pélvica crônica. Estudo retrospectivo de 93 casos. **J. Bras. Gin.**, **98**(1-2): 49-52, jan-fev.1988.

- 31 STEEGE, J.F. *et al.* Chronic pelvic pain in women: Toward an integrative model. **Obstet. Gynecol. Surv.**, **48**(2): 95-110, Feb.1993.
- 32 SULEIMAN, A. Laparoscopy in the management of women with chronic pelvic pain. **Aust. N. Z. Obstet.Gynecol.**, **31**(1): 63-5, Feb.1991.
- 33 SUMMIT, R.L. Urogynecologic causes of chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 685-98, Dec.1993.
- 34 TERSOGLIO, A.E. *et al.* La celioscopia en la enfermedad pelviana inflamatoria:Nuestra experiencia. **Obst. Gin. Lat. Am.**, **41**(5-6):245-49, feb.1983.
- 35 VERCELLINI, P. *et al.* Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain in adolescent women. **J. Reprod. Med.**, **34**(10): 827-30, Oct.1989.
- 36 VERCELLINI, P. *et al.* Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **32**(3): 261-5, July.1990.
- 37 WIENER, J. Chronic pelvic pain. **Pract.**, **238**: 352-57, May.1994.



## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1 AULT, K.A. & FARO, S. Pelvic inflammatory disease: Current diagnostic criteria and treatment guidelines. **Postgrad. Med.**, **93**(2): 85-91, Feb.1993.
- 2 BAKER, P.K. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain: Diagnosis and treatment. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 719-43, Dec.1993.
- 3 FARQUHAR, C.M. *et al.* Pelvic pain: Pelvic congestion or the irritable bowel syndrome? **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, **37**(1): 71-5, Oct.1990.
- 4 GUZINSKI, G.M. Advances in the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. **Adv. Psych. Med.**, **12**: 124-35, 1985.
- 5 JEFFCOATE, S.N. Endometriose e estados afins. In: JEFFCOATE, S.N. **Princípios de Ginecologia**. Quarta edição. São Paulo, Manole, 1979. p.433-50.
- 6 LONGSTRETH, G.F. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Surv.**, **49**(7): 505-7, July.1994.
- 7 QUAN, M. Chronic pelvic pain. **J. Fam. Pract.**, **25**(3): 283-8, Sep.1987.
- 8 REITER, R.C. & GAMBONE, J.C. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. **J. Reprod. Med.**, **36**(4): 253-9, Apr.1991.
- 9 REITER, R.C. Chronic pelvic pain. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **33**(1): 117-212, Mar.1990.
- 10 RIPPS, B.A. & MARTIN, D.C. Endometriosis and chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **20**(4): 709-17, Dec.1993.
- 11 SAFRIN, S. *et al.* Longterm sequelae of acute pelvic inflammatory disease: A retrospective cohort study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **166**(4): 1300-5, Apr.1992.
- 12 SANCHES, L.R. *et al.* A flebografia pélvica e a laparoscopia no estudo da congestão pélvica crônica. **Rev. Bras. Gin. Obst.**, **5**(2): 55-61, mar-abr.1983.
- 13 SMITH, R.P. Cyclic pelvic pain and dysmenorrhea. **Obstet. Gynecol. North Am.**, **20**(4): 753-64, Dec.1993.

TCC  
UFSC  
TO  
0076

N.Cham. TCC UFSC TO 0076  
Autor: Probst, Juliana Zi  
Titulo: Laparoscopia na dor pélvica crôn



972800723

Ac. 254219

Ex.1

Ex.1 UFSC\_BSCCSM