

# Mapeamento Consciente da Dor Pélvica Crônica

## *Pain Mapping In Chronic Pelvic Pain*

**Waldir Pereira Modotte, Rogério Dias, Daniel Spadoto Dias, Mauro Fernando Kürten Ihlenfeld, Ricardo Lasmar**

*Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – Programa de Pós-graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia*

**RESUMO** A dor pélvica crônica é um quadro sintomático complexo, com múltiplas etiologias que, mesmo nos dias atuais, confunde e aflige ginecologistas por sua impotência frente a esse sintoma. Historicamente, a laparoscopia convencional, sob anestesia geral é, ou foi, o padrão ouro no arsenal diagnóstico. Recentemente, a microlaparoscopia, sob anestesia local, tem sido empregada, substituindo com vantagens a técnica anterior. A esse arsenal, com o intuito de melhor entender esse quadro e melhorar os resultados nos tratamentos, foi incorporado o mapeamento consciente de dor. A paciente como membro ativo da equipe cirúrgica foi o principal ganho, onde informações importantes são obtidas com a ajuda da mesma. O objetivo desse trabalho é propor a padronização desse exame, como um método alternativo, para melhor comparar e analisar resultados da literatura, bem como discutir detalhes do método.

Palavras-chave: DOR PÉLVICA/ MAPEAMENTO CONSCIENTE DE DOR/ MICROLAPAROSCOPIA

**ABSTRACT** *Chronic pelvic pain is a complex symptomatic picture, with multiple aetiologies that, even in the nowadays, it confuses and it afflicts gynecologists for your impotence against this symptom. Historically, the conventional laparoscopy, under general anesthesia is, or it was, the gold standard in the arsenal diagnosis. Recently, the microlaparoscopy, under local anesthesia, has been used, substituting with advantages the previous technique. To that arsenal, with the best wish to understand that picture and to improve the out come treatments, it was incorporated the conscious pain mapping. The patient as active member of the surgical team was the principal earnings, where important information is obtained with the help of the same. The objective of that paper is to propose exam standardization, as an alternative method, for best compare and to analyze results from literature, as well as to discuss the details.*

Key words: PELVIC PAIN/ CONSCIOUS PAIN MAPPING / MICROLAPAROSCOPY

MODOTTE WP, DIAS R, DIAS DS, IHLENFELD MFK, LASMAR R. Mapeamento Consciente da Dor Pélvica Crônica. Rev bras videocir 2005;3(4): 220-225.

Recebido em 10/12/2005

Aceito em 24/12/2005

**D**or pélvica crônica (DPC) é definida como dor na região pélvica, fora do período menstrual, de duração superior a 6 meses, severa o suficiente para ocasionar limitações funcionais e requerendo tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico<sup>1,2</sup>.

A DPC é de elevada frequência nos consultórios ginecológicos. Afeta cerca de 12-33% das mulheres no período reprodutivo, porém é ainda um enigma para os clínicos, pelo desconhecimento da sua etiologia<sup>3</sup>. A DPC é responsável por 15-40%

das indicações para laparoscopias diagnósticas e 12% das indicações para histerectomias, nos Estados Unidos<sup>2,4</sup>.

O diagnóstico clínico da DPC é difícil, porque poucas vezes se encontram anormalidades orgânicas<sup>5</sup>. Pacientes com DPC são ansiosas e apresentam depressão associada, aumentando ainda mais a complexidade dessa síndrome. Elas apresentam graves rupturas em sua situação ocupacional, marital e social, com conseqüente impacto na qualidade de vida. São pacientes que

respondem mal à terapêutica ginecológica habitual e, não raramente, são submetidas às sucessivas abordagens cirúrgicas, sem sucesso<sup>6,7</sup>. O diagnóstico diferencial é complexo, o que, na maioria das vezes, obscurece o caminho do clínico na busca da etiologia e do sucesso terapêutico. Infelizmente, pacientes com DPC, na ansiedade pelo diagnóstico e tratamento, passam por contínuas consultas médicas, o que confunde, atrasa e complica o processo diagnóstico. Sucessivas consultas e procedimentos cirúrgicos são, na maioria das vezes, ineficientes e de elevado custo social e financeiro<sup>8</sup>.

Na prática ginecológica moderna, quando o diagnóstico clínico está ausente, a laparoscopia é uma opção de grande valor, na abordagem desse sintoma<sup>9</sup>. Inúmeros autores recomendam a inclusão da laparoscopia no protocolo da investigação da dor pélvica, pelas vantagens que ela representa<sup>2,5,7,9</sup>. Esta opinião não é seguida por outros autores que entendem ser a laparoscopia de pouco valor para a elucidação diagnóstica<sup>1,10</sup>. A laparoscopia, possibilitando visão direta da cavidade pélvica e abdominal, é útil para estabelecer o diagnóstico definitivo, ou, pelo menos, para excluir a presença de patologias pélvicas. Baseado nos achados laparoscópicos, o clínico tem a orientação para o tratamento adequado. Mas, a grande contribuição do diagnóstico laparoscópico é o fato de se evitarem laparotomias, que representam tratamento de elevada morbidade e relativa mortalidade<sup>1,2,8</sup>.

Muitos questionamentos são levantados em relação à laparoscopia na DPC. A principal questão é a correlação entre os achados laparoscópicos e a fonte da dor. Infelizmente, as lesões visualizadas (ou não visualizadas) na laparoscopia apresentam pouca relação com os sintomas das pacientes<sup>11</sup>. Muitas aderências pélvicas e diversas formas de endometriose são indolores e assintomáticas<sup>12,13</sup>. Além disso, lesões profundas, como as de endometriose, não visíveis à laparoscopia, são perdidas, quando a paciente está sob anestesia geral. Esses questionamentos vêm incomodando laparoscopistas ginecológicos no mundo todo, há muito tempo. A alternativa possível foi incluir a paciente no “time cirúrgico”. Ao incluí-la, na equipe operatória, valiosas informações, qualitativas e

quantitativas são observadas em relação à dor. Essas informações são cruzadas com os achados laparoscópicos, através da exploração sistemática da pélvis, mapeando os órgãos pélvicos e/ou abdominais, guiados pela laparoscopia.

O mapeamento consciente da dor (MCD) trouxe aos ginecologistas uma nova dimensão diagnóstica na dor pélvica. Com a paciente acordada, durante todo o procedimento, ela pode oferecer informações cruciais ao entendimento da sua sintomatologia e patologia. Seu grande valor está em identificar e reproduzir a dor, na pélvis ou na cavidade abdominal, causadora de seu desconforto. Esses dados adicionais, obtidos pelo mapeamento, trazem informações valiosas e superiores às da laparoscopia convencional<sup>14</sup>.

A microlaparoscopia sob anestesia local é o mais recente avanço da cirurgia ginecológica, minimamente invasiva, e representa a intersecção de duas tecnologias: a microlaparoscopia, com uso de instrumentos ópticos, os fibroscópios, com diâmetro inferior a 5 mm, e instrumentação acessória de mesmo diâmetro além de anestesia local possibilita a realização de procedimentos diversos, como a laqueadura tubária, o mapeamento consciente de dor, etc., de modo ambulatorial, sem necessidade de utilizar os centros cirúrgicos convencionais<sup>15,16</sup>.

O MCD pela via endoscópica é um diagnóstico laparoscópico sob anestesia local, com ou sem sedação consciente, realizado com o fim de identificar a fonte da dor em mulheres com DPC. Tem sido sugerido que o MCD leve ao tratamento de lesões atípicas ou sub-clínicas que podem ser perdidas, quando o procedimento é realizado sob anestesia geral<sup>14</sup>.

O objetivo do MCD é detectar a fonte de dor, visceral ou somática, que mimetize a queixa clínica orientando o tratamento laparoscópico.

### **Técnica de Realização do Exame**

A seleção das pacientes deve ser criteriosa, sendo de fundamental importância. Deve-se excluir pacientes com obesidade elevada ou mórbida (índice de massa corpórea maior que 30), com risco

cirúrgico ASA classe maior que 2, com distúrbios psíquicos, com ansiedade severa, doenças psiquiátricas e conhecido ou suspeitado quadro de aderências severas<sup>17</sup>. A laparotomia prévia é sugerida como critério de exclusão por alguns autores<sup>13,14,16</sup>.

O aconselhamento e preparação da paciente são cruciais. Medicações pré anestésicas são comumente utilizadas, como atropina 0,2 mg, no intuito de prevenir reações para-simpaticomiméticas e anti eméticos para reduzir náuseas.

O procedimento é realizado sob anestesia local e sedação consciente<sup>18</sup>. Scammon et al (1985) definiram a sedação consciente como depressão mínima da consciência, com preservação da função respiratória, produzida por métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos, mantendo a capacidade de responder à estimulação física apropriada ou comando verbal<sup>19</sup>. Para esse fim utilizam-se drogas como midazolam ou benzodiazepínico associadas com agentes analgésicos como citrato de fentanyl.

Previamente ao exame, utiliza-se anestésico local (EMLA<sup>R</sup>) para diminuir a dor à infusão de agentes anestésicos locais, diminuindo a ansiedade da paciente, que pode inviabilizá-lo. Os anestésicos locais comumente utilizados são lidocaína ou marcaína. Utiliza-se preferencialmente lidocaína a 1%, com vaso-constrictor, associado à solução de bicarbonato de sódio na diluição de 10:1, para minimizar a dor no momento da infusão do anestésico. Nosso protocolo assemelha-se ao protocolo de ALMEIDA<sup>12</sup>, Tabela-1.

Quando em posição ginecológica, utilizamos pernas adaptadas para a vídeo laparoscopia, que

oferecem menor desconforto durante o exame. As ombreiras são colocadas e a paciente previamente informada da posição de Trendelenburg. Um manipulador uterino é inserido com o propósito habitual e o bloqueio para cervical é realizado de modo convencional, com injeção de lidocaína a 1%, nos quatro quadrantes.

A inserção a agulha de Verres segue os preceitos habituais de segurança. A paciente pode facilitar a inserção respondendo à solicitação de contrair a musculatura da parede abdominal, realizando resistência à introdução da agulha, permitindo um maior distanciamento dos vasos do retroperitônio. A infusão de CO<sub>2</sub> é lenta, de baixo volume, não ultrapassando 1-2 litros e a pressão intra-abdominal mantida no máximo de 10 mmHg. A utilização de gazes umedecidos e aquecidos, com insufladores apropriados, diminui substancialmente a agressão e o desconforto habitual do CO<sub>2</sub> no peritônio, facilitando sobremaneira a aceitação do exame.

O conjunto óptico, o sistema de visualização e iluminação são introduzidos, então, através da camisa da agulha de Verres (Figura-1). Um diagnóstico da cavidade abdominal é inicialmente realizado de modo convencional. A visualização dos órgãos pélvicos, bem como todos os seus espaços, deve ser efetuada para validar o exame. Uma segunda punção é realizada com a introdução de um trocar de 2 mm, para permitir a introdução das pinças acessórias.

**Tabela 1** - Protocolo de Almeida et al (2000) para MCD.

- atropina: 0,2 mg administradas no pré-operatório para reduzir o risco de reação vagal.
- cloridrato de odansetrona (Zofran<sup>R</sup>): 4 mg para prevenir náuseas e vômitos
- Cloridrato de midazolam: 1-2 mg, raramente 3 mg para pacientes obesas.
- Citrato de fentanyl: 250 ug administradas lentamente, acima de 10 minutos; doses adicionais de 50 ug se necessário.
- Lidocaína 1% com epinefrina 1:100.000; associado com bicarbonato de sódio 10:1
- Antibiótico profilático à escolha do serviço



**Figura 1** - Conjunto: óptica (micro-laparoscópico), fonte de luz e câmera.

O MCD é realizado pela palpação e tração dos órgãos pélvicos, utilizando-se um palpador e uma pinça laparoscópica de apreensão, verificando a presença ou ausência de dor à mobilização dos tecidos. Para avaliar quantitativamente a dor provocada pelas manobras de palpação e apreensão, uma escala analógica que varia de “0” a “10” é utilizada. O valor “0” corresponde à ausência de dor e o valor “10” à dor de maior intensidade. Previamente à palpação sistemática, realiza-se a apreensão de alça de intestino e porções do peritônio de aparência normal, para definir um padrão de base ou padrão controle da dor para cada paciente.

Além do valor quantitativo, uma avaliação qualitativa da dor, experimentada pela paciente, é realizada, solicitando-lhe que informe a característica da dor, bem como se a mesma reproduz a sintomatologia que motivou o exame. Os achados comumente encontrados são: ausência de dor, dor focal associada ou não à lesão, mimetização ou não da dor clínica e hipersensibilidade visceral generalizada.

A avaliação dos órgãos envolvidos, bem como seus espaços, variam pouco entre os serviços de laparoscopia que o efetuam. Adotamos a avaliação sistemática proposta por ALMEIDA et al, que inclui: bexiga, útero, fundo de saco posterior, ligamentos útero-sacros, ovários, trompas, parede pélvica e apêndice<sup>12</sup>.

## DISCUSSÃO

O MCD tornou-se, nos dias atuais, uma ferramenta adicional de grande valor no diagnóstico, nas possibilidades terapêuticas e na evolução das pacientes com DPC. Excluir a paciente do “time cirúrgico” abrindo mão de suas valiosas informações é um grande equívoco, mantendo um elevado custo social e econômico do insucesso da terapêutica, nesse quadro.

Cabe considerar que o MCD ainda carece de uniformidade de protocolo para a realização do mesmo, bem como para a interpretação de seus achados, o que leva a resultados conflitantes na literatura<sup>13,14,16</sup>. Apesar das diferenças nos resultados,

ficaram bem estabelecidos, nos trabalhos publicados, que muitas lesões endometrióticas são indolores, ao contrário do que se previa anteriormente ao MCD, onde estas lesões eram todas exisadas, com o propósito de aliviar a dor. HAWARD e EL-MINAWI demonstraram que apenas 25% das lesões endometrióticas são doloridas e reproduzem os sintomas que indicaram o exame de MCD<sup>20,21</sup>.

DEMCO, numa série de 50 pacientes, observou que as lesões endometrióticas peritoniais são mais doloridas à palpação, bem como até 3 cm de peritônio ao redor da lesão, sugerindo haver um comprometimento microscópico, não visível, ao redor da mesma ou uma irritação química, gerado pelo foco encontrado. Observou ainda que lesões vasculares vermelhas apresentaram maior presença de dor quando palpadas (84%), enquanto as tradicionais lesões negras apresentaram menor incidência (apenas 12%)<sup>13</sup>.

ALMEIDA & VAL-GALLAS foram os únicos autores a incluir no MCD a palpação e apreensão do apêndice<sup>14</sup>. Em 50 pacientes avaliadas, foram encontradas 13 com presença de dor no apêndice, durante o exame. Os autores advogam a possibilidade terapêutica de apendicectomia para esses casos. Em estudos preliminares, foi demonstrado que pacientes submetidas à apendicectomia, após diagnóstico pelo MCD apresentaram 70% de anormalidades anatomo-patológicas, contra apenas 24% das pacientes submetidas à apendicectomia incidental (sem MCD), pelo diagnóstico clínico-laboratorial<sup>12</sup>.

Vislumbra-se ainda, com o MCD, a avaliação do sucesso terapêutico de procedimentos laparoscópicos outrora questionados, como a ablação do ligamento útero sacro e a neurectomia pré-sacral. Para esse fim, realiza-se o bloqueio anestésico do ligamento útero sacro e/ou do bloqueio do nervo hipogástrio superior, com posterior re-mapeamento da pélvis. A eliminação da dor, após o bloqueio anestésico, sugere uma boa resposta terapêutica para as técnicas mencionadas. O bloqueio da fonte geradora da dor, com eliminação da sintomatologia, sugere também que a ablação do foco pode ser acompanhada da eliminação do quadro de dor.

Resta lembrar que a palpação e/ou apreensão dos tecidos, com conseqüente geração de dor, são decorrentes de um estímulo mecânico sobre os tecidos lesados ou não, enquanto a resposta fisiológica que gera dor é derivada de fenômenos neuro-químicos. Os agentes anestésicos e sedativos podem ainda interferir na resposta, dificultando sobremaneira a interpretação dos achados. Esses argumentos diminuem a credibilidade do método, porém, estudos adicionais devem ser realizados para equacionar essas dúvidas.

## CONCLUSÃO

A microlaparoscopia sob anestesia local e sedação consciente é uma ferramenta segura, efetiva e de menor custo para a evolução das pacientes com dor pélvica crônica, quando comparada com a laparoscopia convencional, sob anestesia geral, realizada em centros cirúrgicos habituais<sup>16,18</sup>. O MCD oferece informações adicionais em relação à fonte da dor, bem como pode identificar o padrão de resposta para essas pacientes.

O MCD, após mais bem padronizado, poderá, em futuro próximo, oferecer subsídios importantes para o diagnóstico da DPC, bem como orientar as possibilidades terapêuticas, oferecendo ao cirurgião as chances de cura mais reais, em relação ao arsenal terapêutico disponível.

Os dados na literatura não esclarecem se há diferença significativa entre a laparoscopia convencional isolada e a laparoscopia convencional associada com o MCD prévio<sup>22</sup>. Porém, se o MCD não melhora os resultados de pacientes com DPC, ao menos reduz intervenções cirúrgicas desnecessárias, bem como alivia a dor, baseado em tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico, induzido por dados obtidos em colaboração com a paciente.

As avaliações dos resultados merecem maiores estudos, bem como padronização universal, para que os estudos possam ser comparados sem viés. Estudos futuros podem trazer novos horizontes a esse quadro que incomoda sobremaneira os ginecologistas, devido à sua impotência no tratamento efetivo da DPC.

## Referências Bibliográficas

1. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstetric and Gynecology Clinics of North America* 1993; 20:643-61.
2. Howard FM. Laparoscopic evaluation and treatment of women with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994; 1(4):325-31.
3. Steeg J, Metzger DA, Levy B. Scope of the problem in chronic pelvic pain: An integrated approach. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia (NY): Saunders; 1998. p.1-4.
4. Wilcox LS, Koonin LM, Podras R, Strauss LT, Zhisen M, Peterson HB. Hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol* 1994; 83:549-55.
5. Hurt WG. Outpatient gynecologic procedures. *Surgical Clinics of North America* 1991; 71 (5): 94-109.
6. Kerns RD, Jacob MC. Assessment of the psychosocial context of the experience of chronic pain. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): Guilford; 1992. p.235.
7. Carter JE. Diagnosis and treatment of the causes of chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 81(1):137-41.
8. Reiter R. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:130-136
9. Suleiman A. Laparoscopy in the management of women with chronic pelvic pain. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1991; 31:1-23
10. Levitan Z, Eibschitz I, de Vries K, Hakim M, Sharf M. The value of laparoscopy in women with chronic pelvic pain and a "normal pelvis". *Int J Gynecol Obstet* 1985;21(1):71-4
11. Palter FP. Microlaparoscopy under local anesthesia and conscious pain mapping for the diagnosis and management of pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1999;11(4):387-93
12. Almeida OD. Microlaparoscopy. In: Conscious pain mapping. 1st. ed. New York: Wiley-Liss; 2000. p.39-47.
13. Denco L. Mapping the source and character of pain due to endometriosis by patient-assisted laparoscopy. *Journal of the American Association of Gynecology and Laparoscopy* 1998; 5:241.
14. Almeida OD, Val-Gallas JM. Conscious pain mapping. *Journal of the American Association of Gynecology and Laparoscopy* 1997; 4:587.
15. Metha PV. Laparoscopic sterilization with the Falope ring: experience with 10 100 womens in rural camps. *Obstet Gynecol* 1981; 57:345-50.
16. Palter S, Olive D. Office microlaparoscopy under local anesthesia for chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1966; 3:359-64.
17. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynecology* 2000; 14 (3): 467-94.

18. Modotte WP, Dias R. Utilização da minilaparoscopia em pacientes com algia pélvica. *Rev Br Ginecol Obst* 2000; 22(2): 95-100.
19. Scammon FL, Klein SL, Chol WN. Conscious sedations for procedures under local or topical anesthesia. *An Otol Rhino Laryngol* 1985; 94:21-25.
20. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *Journal of the American Association of Gynecology and Laparoscopy* 1996; 4:85-94.
21. El-Minawi MF, El-Minawi AM. Laparoscopy in chronic pelvic pain: 25 years experience. Presented at the International Congress of Gynecologic Endoscopy, AAGL 26<sup>th</sup> Annual Meeting. Seattle, Washington, 23-28 September, 1977.
22. Howard FM, Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101(3):594-611.

### **Endereço para correspondência**

#### **WALDIR PEREIRA MODOTTE**

Av. Otto Ribeiro – 500 (Jd. Europa)

19814-570 – ASSIS/SP

Telefone: (18) 33241615

[www.iamulher.com.br](http://www.iamulher.com.br)

E-mail: [waldirmodotti@yahoo.com.br](mailto:waldirmodotti@yahoo.com.br)