



ANO GLOBAL CONTRA Dor Visceral

Outubro 2012 – Outubro 2013

Fichas informativas

Síndrome da Dor Pélvica Crônica Masculina **Male Chronic Pelvic Pain Syndrome**

Definição

A síndrome da dor crônica pélvica masculina é definida como dor, pressão ou desconforto crônico localizado na pelve, períneo ou genitália de homens, com duração de mais de 3 meses e não provocada por causas facilmente explicáveis como infecção, neoplasia ou anomalia estrutural. Outros nomes para o distúrbio são prostatodinia e prostatite crônica não bacteriana, embora não esteja claro como os sintomas se relacionam com a próstata.

Achados Clínicos

Por definição, essa síndrome só ocorre em homens. Os sintomas mais comuns são dor ou desconforto no períneo, área suprapúbica, pênis e testículos, além de disuria e dor ejaculatória. Os pacientes também podem ter sintomas urinários obstrutivos com fluxo lento e intermitente e irritantes com aumento de frequência ou urgência. É comum a disfunção sexual. As opções sistêmicas são mialgia, artralgia e fadiga inexplicada. Alguns pacientes têm uma variante de cistite intersticial/síndrome da dor vesical com dor predominante na bexiga associada a problemas de micção.

Epidemiologia

Estudos de auto-relatório indicam diagnóstico em 0,5% dos homens. As avaliações baseadas em sintomas da população em geral sugerem incidência de sintomas variando de 2,7% a 6,3%. A síndrome costuma ser diagnosticada em homens jovens e de meia idade, mas é prevalente em todas as idades. Crises sintomáticas são comuns, com intensificação dos sintomas por horas, dias ou semanas. As comorbidades mais comuns são depressão, estresse e ansiedade.

Fisiopatologia

A fisiopatologia ainda não está completamente esclarecida e é provavelmente um processo complexo e multifatorial que acaba resultando em neuropatia crônica e/ou síndrome da dor muscular. Acredita-se que os fatores desencadeantes dessa condição sejam infecção, inclusive doenças sexualmente transmissíveis e talvez organismos e vírus não cultiváveis, trauma inclusive trauma perineal e uretral, up-regulação neurológica, inflamação não relacionada à infecção, autoimune ou neurogênica, micção disfuncional e disfunção do assoalho pélvico/espasmo muscular. Em homens genética ou anatomicamente suscetíveis, esses fatores desencadeantes podem resultar em dor crônica neuropática e neuromuscular.

Diagnóstico

Anamnese metódica, exame físico e laboratorial podem descartar diagnósticos confusos. Medidas úteis são o exame ou cultura de urina e, para pacientes selecionados, urodinâmica, citoscopia e estudos de imagens de trato urinário inferior/pélvico.

Opções de Tratamento

O tratamento costuma ser multimodal e deve ser personalizado de acordo com o fenótipo clínico do paciente. O impacto da dor e seu tratamento sobre a função sexual precisa ser avaliado e tratado. Medidas conservadoras são terapia com calor local, exercícios de baixo impacto como caminhada, natação, alongamento e ioga, mudanças alimentares e de estilo de vida, e fisioterapia. As terapias médicas podem incluir antibióticos, bloqueadores alfa-adrenérgicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e fitoterapia. O tratamento da dor inclui medicamentos para dor neuropática, como antidepressivos tricíclicos ou

gabapentinóides. Os opióides costumam ser a última opção médica. Procedimentos intervencionistas, como injeção dirigida de anestésico local, podem ser úteis para pacientes com sítios definidos e localizados da dor. A terapia dirigida à bexiga é adequada para pacientes com fenótipo de cistite intersticial/dor vesical. A psicoterapia, em particular terapia cognitivo-comportamental, pode ser útil para o ensino de técnicas benéficas de enfrentamento da dor. A cirurgia deve ser evitada, a menos que haja uma indicação específica, como (por ex., obstrução uretral ou do colo da bexiga).

Referências

- [1] Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, Thakkinstian A. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011;305:78–86.
- [2] Fall M, Baranowski AP, Elnéil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, Williams ACdeC. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010;57:35–48.
- [3] Nickel JC. Prostatitis. *Can Urol Assoc J* 2011;5:306–15.
- [4] Nickel JC, Shoskes D. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int* 2010;106:1252–63.
- [5] Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol* 2010;7:127–35.
- [6] Wagenlehner FM, Naber KG, Bschiepfer T, Brähler E, Weidner W. Prostatitis and male pelvic pain syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:175–83.

Tradução: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor-SBED
