

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA: RELATO DE CASO

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN: A CASE REPORT

HEREK DUARTE ARAÚJO DA SILVA **SANTANA**<sup>1\*</sup>, NATALIA MARIA VALENZI **AMORIM**<sup>2</sup>, JOÃO OSCAR DE ALMEIDA FALCÃO **JUNIOR**<sup>3</sup>, JOAQUIM CARLOS DE BARCELOS **MARTINS**<sup>4</sup>, JUNIO JUNEI ROSEMBURGO **RIBEIRO**<sup>5</sup>, KARLA DE CARVALHO **SCHETTINO**<sup>6</sup>

1. Graduação - Faculdade de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior de Ipatinga, Residência - Ginecologia e Obstetrícia - Santa Casa de Belo Horizonte, Especialização - Cirurgia Ginecológica Avançada - Hospital Felício Rocho, Pós Graduação stricto sensu - Mestrando - Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte, Membro aspirante da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho. 2. Graduação - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João Del Rei, Residência - Ginecologia e Obstetrícia - Maternidade Odete Valadares, Especialização - Cirurgia Ginecológica Avançada - Hospital Felício Rocho, Membro aspirante da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho. 3. Graduação - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização - Ginecologia e Obstetrícia - Hospital MaterDei, Mestrado Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia UNESP, Doutorado Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia UNESP, Título Especialista Ginecologia e Obstetrícia - TEGO FEBRASGO, Título de Especialista em Endoscopia Ginecológica pela FEBRASGO, Certificado em Cirurgia Robótica pela Intuitive Surgical, Membro efetivo da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho. 4. Graduação - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Residência - Cirurgia Geral - Hospital Sarah Kubistchek, Ginecologia e Obstetrícia - Hospital Felício Rocho, Títulos Nacionais - Título Especialista Ginecologia e Obstetrícia - TEGO FEBRASGO, Certificado em Cirurgia Robótica pela Intuitive Surgical, Membro efetivo da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho. 5. Graduação - Faculdade de Medicina de Itajubá, Residência - Ginecologia e Obstetrícia - Hospital Felício Rocho, Títulos Nacionais - Título Especialista Ginecologia e Obstetrícia - TEGO FEBRASGO, Título Especialista Vídeo-Endoscópica (Histeroscopia) SMCV, Membro efetivo da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho. 6. Graduação - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Residência - Ginecologia e Obstetrícia - Santa Casa de Belo Horizonte, Especialização - Cirurgia Ginecológica Avançada - Hospital Felício Rocho, Pós Graduação stricto sensu - Mestrando - Fiocruz, Membro efetivo da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho

\* Rua dos Pampas, 538, Prado, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 30.411-030. [santanaherek@yahoo.com.br](mailto:santanaherek@yahoo.com.br)

Recebido em 18/02/2021. Aceito para publicação em 30/03/2021

## RESUMO

A dor pélvica crônica (DPC) é uma condição extremamente prevalente, correspondendo a 10% de todas as queixas em consultas ginecológicas. O diagnóstico da DPC é clínico, sendo caracterizado por qualquer dor incapacitante em região inferior do abdome ou pelve, por 6 meses ou mais. Apesar de ser uma patologia comum, a DPC é uma entidade complexa, que requer uma anamnese ampla e detalhada, exame físico minucioso e que, frequentemente, a propedêutica complementar não define a etiologia. Este estudo tem como objetivo mostrar a complexidade do diagnóstico etiológico e tratamento da DPC, com ênfase na abordagem cirúrgica em um caso de falência do tratamento clínico usual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor pélvica crônica, Endometriose, Laparoscopia, Cirurgia ginecológica.

## ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPD) is an extremely prevalent condition, accounting for 10% of all complaints gynecological consultations. The diagnosis of CPD is clinical, being detected by any disabling pain in the lower abdomen or pelvis for 6 months or more. Despite being a common pathology, a CPD is a complex entity that requires extensive and detailed anamnesis analysis, a thorough physical examination and often-complementary exams does not define an etiology. This study aims to show the complexity of the etiological diagnosis and treatment of CPD, with emphasis on the surgical approach in case of failure of the usual clinical treatment.

**KEYWORDS:** Chronic pelvic pain, Endometriosis, Laparoscopy, Gynecological surgery.

## 1. INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) traduz-se como uma síndrome compreendida por experiência sensorial e emocional desagradável associada à possível dano tecidual na região entre a cicatriz umbilical e o ligamento inguinal, de duração igual ou superior a 6 meses e que não é relacionada à gestação. Entre suas causas podem estar fatores emocionais, osteomusculares, entre outros. Sua manifestação pode ser cíclica, acíclica ou durante o coito e corresponde por aproximadamente 10% das queixas em consultas ginecológicas<sup>1,2,3</sup>.

A dor abdominal geralmente se sobrepõe à DPC, mas pode ser diferenciada da dor pélvica por sua localização, uma vez que a dor abdominal é definida como a queixa algica localizada acima da cicatriz umbilical. Algumas condições que causam dor abdominal também podem causar dor pélvica e algumas condições que causam dor pélvica podem causar dor abdominal<sup>2,3</sup>.

As causas da DPC podem ser divididas entre ginecológicas e não ginecológicas. Nas primeiras, enquadram-se: endometriose, varizes pélvicas, aderências e miomas uterinos. As não ginecológicas podem ser divididas em urológicas: cistite intersticial; gastrointestinais: síndrome do intestino irritável e constipação crônica; e osteomusculares. É importante salientar, no entanto, que tais causas são ainda influenciadas por fatores emocionais, tanto primários quanto secundários e são relacionadas entre si<sup>1</sup>.

O diagnóstico depende de uma anamnese minuciosa. O uso de questionários padrões, como o da sociedade

Internacional de Dor Pélvica Crônica, podem ser de grande valia. Deve-se sempre avaliar: localização, padrão, associação, fatores de piora ou melhora, qualidade, irradiação, configuração e aspectos temporais; além de pesquisar sintomas urinários, gastrointestinais, ginecológicos, musculoesqueléticos, sexuais e psicossociais relacionados<sup>1,4</sup>.

Depende também de um exame físico detalhado com a busca de pontos dolorosos e avaliação de cicatrizes, fibroses, nódulos e pontos de gatilho. Por tal complexidade, pode ser doloroso e emocionalmente estressante para a paciente, portanto é necessário explicar e proceder lentamente, começando pelas áreas menos dolorosas. Avaliar o estado geral, por meio de sinais vitais, humor, estabilidade emocional, postura e marcha. Avaliar o dorso, focando na curvatura espinhal. No abdome, atentar à distribuição corporal, cicatrizes, visceromegalias, hérnias e pontos de gatilho. Partir então para a avaliação das extremidades e da pelve em si<sup>1,2,3</sup>.

Os exames complementares tanto de laboratório como de imagem são para a exclusão de outras afecções associadas e programação terapêutica. Podem ser usados a dosagem de beta-hCG, a análise urinária, teste para gonorreia, clamídia e trichomonas e teste para infecção intestinal. Na imagem, estão disponíveis a ultrassonografia pélvica para mulheres com massa anexial, anormalidades estruturais no exame físico e sangramento uterino anormal como queixa associada; a ressonância nuclear magnética (RNM) quando há suspeita de endometriose profunda pela história ou exame físico; e a tomografia computadorizada se há evidências de colite ou enterite aguda<sup>1,3,5</sup>.

O tratamento é baseado na experiência clínica e em estudos avaliando tratamentos para outros tipos de síndromes de dor crônica. Ele pode ser tanto medicamentoso quanto cirúrgico<sup>1,2</sup>.

Como opções medicamentosas temos os analgésicos: paracetamol oral ou antiinflamatórios não esteroidais (AINES), analgésicos tópicos, opióides leves (codeína, propoxifeno ou hidrocodona), opióides mais potentes (morfina, metadona, fentanil, oxicodona e hidromorfona) e tramadol; a supressão hormonal com anticoncepcionais combinados orais (ACO), progestágenos isolados, agonistas do GnRh e andrógenos; e o uso de antidepressivos e anticonvulsivantes: antidepressivos tricíclicos (amitriptilina ou nortriptilina) e anticonvulsivantes (gabapentina ou carbamazepina)<sup>1,2,3</sup>.

O tratamento cirúrgico aparece como uma opção ou como uma complementação ao tratamento medicamentoso, sendo necessário individualizar em cada caso. A laparoscopia pode ser útil no diagnóstico e tratamento em alguns casos, como endometriose ou aderências, mas também está associada a risco de complicações. Para mulheres que não apresentem achados altamente sugestivos de processos cirurgicamente tratáveis, como endometriose profunda, leiomioma, hidrossalpinge ou endometrioma, sugere-se oferecer manejo inicial por 2 a 3 meses com

medicamento, fisioterapia e terapia cognitiva comportamental (TCC)<sup>1,2,6</sup>.

O objetivo deste estudo é através de um caso clínico atípico evidenciar as dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica desta condição clínica, enfatizando a necessidade frequente de uma abordagem multidisciplinar para adequada assistência à paciente acometida

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, casada, G2Pc1A1, refere quadro de dor pélvica intermitente, de intensidade moderada ou forte, desde a adolescência, com piora nos últimos dias. Refere piora do quadro álgico durante movimentação e após alimentação. Relata que há cerca de dois meses começou a apresentar constipação intestinal, que melhora no período menstrual. Nega hematoquezia e disquezia. Relata dismenorreia crônica, desde a menarca, associada a episódios de síncope e dores intensas, que diversas vezes levaram a paciente a procurar o serviço de pronto atendimento.

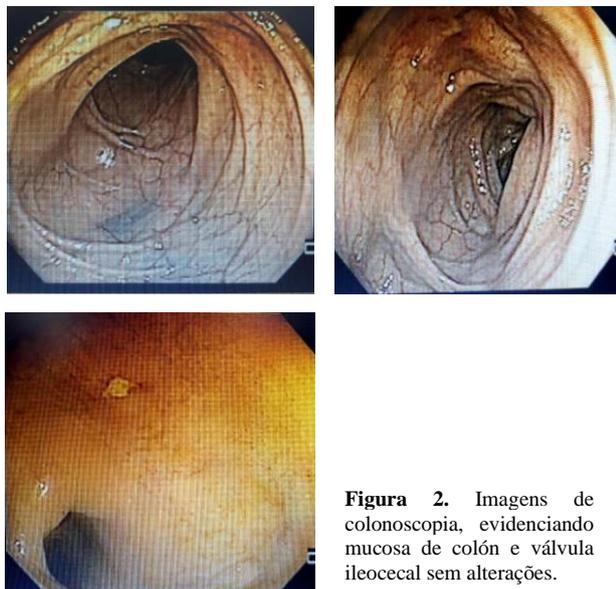
Em umas das avaliações em 2002 devido ao quadro álgico, necessitou de transfusão de hemocomponentes, que motivou avaliação ginecológica e suspeita de endometriose, sendo submetida à videolaparoscopia (VLP) na ocasião. Em 2003, foi submetida à segunda VLP e realizou outras sete intervenções. Apendicectomia em 2006 (refere que na ocasião apresentou dor abdominal aguda e foi submetida à videolaparoscopia, porém o apêndice cecal estava normal e etiologia provável era endometriose).

Ao exame de RNM de pelve (Figura 1), foi evidenciado lesões sugestivas em cúpula vesical, em região paracervical e paravesical direita, aderindo e retraindo o ovário direito e pequena retração do reto alto. Ovário direito de dimensões levemente aumentadas, à custa de provável endometrioma.



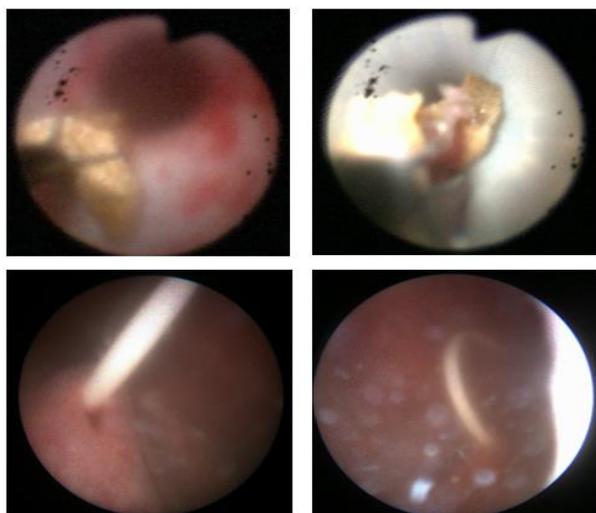
**Figura 1.** Imagem de RNM de pelve evidenciado espessamento inespecífico parietal da cúpula vesical, tecido com características fibroadenocarcinomas em região paracervical e paravesical (destacado na imagem).

Ao exame de TC de abdome e pelve, foi evidenciado nefrolitíase bilateral e espessamento da válvula ileocecal, sem características inflamatórias. Colonoscopia sem alterações (Figura 2).



**Figura 2.** Imagens de colonoscopia, evidenciando mucosa de cólon e válvula ileocecal sem alterações.

Após a avaliação pré-anestésica, foi realizada a abordagem cirúrgica conjunta multidisciplinar, pela equipe da urologia, cirurgia ginecológica e coloproctologia. No tempo urológico (Figura 3), a equipe procedeu com a ureteroscopia dilatadora e introdução do aparelho flexível. Foi identificado cálculo de 8mm na JUP direita. A equipe prosseguiu com a fragmentação a laser dos cálculos e remoção dos fragmentos, além de inserção de cateter “duplo J” bilateral.



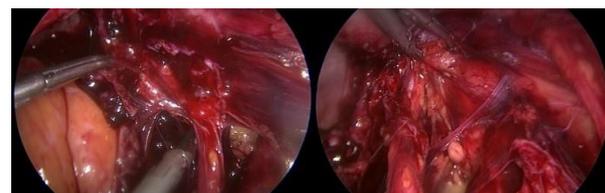
**Figura 3.** Ureterocistoscopia dilatadora, na qual é possível visualizar cálculos impactados e seus fragmentos

No tempo ginecológico, foram visualizados endometrioma em ovário direito (Figura 4 – esquerda), além de focos endometriais e espessamentos em todo leito do ureter direito, ligamento uterossacro bilateralmente e septo retovaginal. Foi dado continuidade no procedimento, realizando ooforoplastia

à direita (Figura 4 - direita), ureterólise bilateral (Figura 5), ressecção de ligamentos uterossacos bilateralmente e de septo retovaginal, ao final foi realizada a colporrafia.



**Figura 4.** Lesão em ovário direito sugestiva de endometrioma e ooforoplastia direita.



**Figura 5.** Ureterólise bilateral.

No tempo coloproctológico do procedimento, foi visualizada lesão fibrosa em reto alto, a equipe procedeu com abaixamento de cólon com técnica discoide, com necessidade de duplo grampeamento (Figura 6), além de retalho de omento para proteção da anastomose.

O tempo cirúrgico total foi de 05 horas e 52 minutos. A paciente se manteve estável durante todo o procedimento e foi encaminhada à enfermaria após o mesmo. Boa evolução em pós-operatório, com hábitos intestinais e urinários preservados. Retirada do “duplo J”. Alta hospitalar sete dias após o procedimento.



**Figura 6.** Abaixamento do cólon com técnica discoide e duplo grampeamento.

No 10º dia pós operatório (DPO), a paciente retornou sem queixas significativas. Ao exame anatomopatológico, evidenciou-se lesão de ovário direito, ligamento uterossacro bilateral, septo vaginal e peritônio pélvico: Parênquima endometrial ectópico. Produto de abaixamento sem sinais de endometriose.

### 3. DISCUSSÃO

Percebe-se, por meio do caso clínico descrito, a complexidade da DPC, que necessita de uma anamnese ampla e detalhada, além de um exame físico meticuloso para a sua correta descrição. Além disso, a investigação

mais profunda da entidade pode ser frustrante, pois a propedêutica geralmente não sugere as etiologias e os pacientes têm dificuldade em aceitar a associação de etiologias e relativa resistência em aceitar a demanda de duas ou mais intervenções, o que leva a um desgaste da relação médico-paciente e dificulta o correto tratamento<sup>1,2,7</sup>.

Outro empecilho encontrado é que a queixa, que pode ter caráter subjetivo, seja por disfunções emocionais ou benefícios secundários (muitas vezes inconscientes)<sup>7</sup>.

Como alternativas, para solucionar tais problemas, temos a associação de métodos de imagem, que beneficiam a identificação da etiologia e o planejamento terapêutico, além do atendimento com uma equipe multidisciplinar, que facilita o diagnóstico correto e o tratamento em todos os aspectos necessários.<sup>1,5</sup>

A DPC é um sintoma que pode representar afecções em uma estrutura somática ou visceral, sensibilização central da dor ou ambas. Depois de completar uma avaliação, as causas potenciais identificadas de DPC devem ser tratadas com terapia direcionada à causa específica<sup>1,2,8</sup>.

A DPC pode ter caráter cíclico, acíclico ou durante o coito e pode ser de origem ginecológica ou não. Dentre as etiologias, endometriose, varizes pélvicas, aderências e miomas uterinos estão entre os diagnósticos diferenciados das causas ginecológicas. Cistite intersticial, Síndrome do intestino irritável, constipação intestinal crônica e fatores osteomusculares estão entre as causas não ginecológicas. No entanto, algumas mulheres não terão a causa identificada da dor e outras terão dor persistente, apesar do tratamento de etiologias presumidas<sup>1,2,3,5</sup>.

A endometriose é definida como a presença de células endometriais extrauterinas, reagindo ao estímulo cíclico dos estrógenos. Trata-se de uma doença progressiva, que pode provocar lesões no aparelho reprodutor, urológico e digestivo, gerando uma série de sinais e sintomas. Estima-se que a endometriose seja responsável por 40% das queixas de dor pélvica crônica e por 35% dos casos de infertilidade feminina. A prevalência é bastante discutível, mas atualmente atinge cerca de 5 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. Sabe-se que o processo fisiopatológico da endometriose resulta de atividade inflamatória, mediada principalmente por macrófagos no tecido endometrial devido às alterações no receptor de estrogênio. Esse processo, cronicamente pode gerar danos irreversíveis, comprometendo a funcionalidade do tecido acometido. Dentre os locais de acometimento, os mais frequentes são a parede lateral pélvica (53,2%) e ligamentos uterossacros (41,8%). Esse mecanismo gera uma série de repercussões físicas, como infertilidade, dor pélvica, dismenorreia e dispareunia. Segundo Nicolaus e colaboradores (2020)<sup>4</sup>, em um estudo com casais inférteis, de causa não masculina, 67% das pacientes tiveram diagnóstico de endometriose. Com o avanço da cirurgia minimamente invasiva a via laparoscópica adquiriu importante papel diagnóstico, principalmente

em pacientes com infertilidade primária, dismenorreia e ciclos menstruais curtos. Essa mesma mostra-se hoje superior em casos refratários ao tratamento clínico de dor pélvica crônica, principalmente se associado à agonistas do GnRH nos seis primeiros meses do pós-operatório<sup>4,8,9,10</sup>.

A doença inflamatória pélvica (DIP) pode cursar com DPC em até 30% dos casos, com maior risco nas pacientes fumantes, com mais de um episódio de DIP, persistência de espessamento dos órgãos após 30 dias do tratamento, gravidade das aderências e extensão da lesão tubária. Os mecanismos ainda não são bem esclarecidos, mas acredita-se que as aderências e fibrose tecidual resultante do processo inflamatório seja a causa de DPC nessas pacientes<sup>1,11,12</sup>.

Menor mobilidade das estruturas, limitação do peristaltismo intestinal, tração entre órgãos e estímulos de fibras aferentes são os fatores responsáveis pela DPC em pacientes com aderências pélvicas. Além da DIP, outros processos infecciosos abdominais, sangramentos, traumas mecânicos e cirurgias prévias estão entre as causas de aderências<sup>1,5,13</sup>.

A presença de varizes pélvicas é caracterizada pela dilatação e tortuosidade do plexo venoso pélvico, associado à diminuição do retorno venoso. Sabe-se que é uma condição mais frequente em pacientes multíparas e é descrita por alguns autores como uma das causas ginecológicas de DPC. É frequente a associação com dispareunia de profundidade, dor após o coito e exacerbação da dor após longo período em ortostatismo. O diagnóstico, embora muitas vezes ocasional durante laparoscopia, pode ser sugerido por exames de imagem, principalmente por ultrassonografia endovaginal com Doppler, ressonância magnética e flebografia ovariana retrógrada ou transuterina<sup>12,13</sup>.

Adenomiomiose é causa frequente de sangramento uterino anormal, mas pode cursar também com dor pélvica e dismenorreia. Essa condição está presente em 20 a 35% das mulheres. Em termos de idade de início e progressão da doença, a adenomiomiose foi encontrada em adolescentes em estudos que usam imagens pélvicas em vez de histerectomia para o diagnóstico. Sangramento menstrual intenso e dismenorreia são os sintomas típicos da adenomiomiose, ocorrendo em cerca de 60 e 25% das pacientes, respectivamente. O mecanismo responsável pela queixa algica seria a descamação das ilhas de endométrio no interior do miométrio<sup>14,15</sup>.

Leiomioma uterino, bem frequente na prática clínica e muitas vezes atribuídos como causa de dor pelas pacientes, raramente são os responsáveis por esse sintoma, exceto quando cursa com compressão, degeneração, torção e expulsão da lesão miomatosa. São achados comuns em mulheres em idade reprodutivas e existem variedades de opções terapêuticas disponíveis para tratar seus sintomas. O desejo gestacional sempre deve levado em conta quanto à escolha do método terapêutico. Em pacientes com esse desejo, a miomectomia por via histeroscópica ou laparoscópica, além de auxiliar no tratamento sintomáticos, também pode melhorar o futuro reprodutivo da paciente.

Entretanto, na maioria dos casos, a terapia hormonal é o tratamento mais utilizado, uma vez que o sangramento uterino anormal é o sintoma mais comum apresentado<sup>1,13</sup>.

Cistite intersticial é uma condição inflamatória crônica da bexiga que causa disfunção vesical, cujos pacientes acometidos são representados em 90% dos casos por mulheres. A idade média está por volta de 40 anos de idade e 94% são leucoderma. Trata-se de um diagnóstico de exclusão e o tratamento é complexo. Não existe tratamento curativo e o objetivo do manejo é proporcional alívio dos sintomas para alcançar uma qualidade de vida adequada. Existem muitas abordagens para pacientes com esse diagnóstico, mas nenhuma provou ser útil para todos os pacientes, podendo-se fazer uso de fisioterapia do assoalho pélvico, tricíclicos, cimetidina, dentre outros. A abordagem é baseada nas características individuais do paciente, incluindo gravidade e progressão dos sintomas, tratamentos anteriores e preferência do paciente<sup>1,2,13</sup>.

O carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo de bexiga podem apresentar sintomas semelhantes aos da cistite intersticial e devem ser aventados principalmente em pacientes tabagistas, com idade superior à 60 anos de idade e associação com hematúria<sup>1</sup>.

Síndrome do intestino irritável pode representar a causa de dor gastrointestinal crônica ou intermitente que está associada à função intestinal, na ausência de qualquer causa orgânica. Acomete cerca de 35% das mulheres com DPC e é duas vezes mais frequentes em mulheres<sup>1,3</sup>.

Doença inflamatória intestinal, representado pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RU), apesar de menos frequentes, também são afecções que devem fazer parte do diagnóstico diferencial da DPC. A RU geralmente cursa com sangramento retal associado, já a DC apresenta sintomas mais sistêmicos, com fadiga, diarreia, febre, perda de peso e cólica abdominal<sup>1,2,3</sup>.

Caracterização da dor, sintomas relacionados, rastreamento de pontos dolorosos, exame físico minucioso e exclusão de outras afecções fazem parte da assistência à paciente com DPC, auxiliando não só na elucidação diagnóstica, mas também na programação terapêutica<sup>1,5,7</sup>.

A escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolvida para orientar o tratamento da dor oncológica em adultos, sugere o tratamento inicial da dor crônica com medicamentos não opioides. Essa abordagem também pode ser usada em pacientes com DPC, uma vez que esses medicamentos não geralmente bem tolerados, apresentam poucos efeitos colaterais e boa segurança, além de baixo custo<sup>2,3,10,11</sup>.

Os antiinflamatórios não esteroidais (AINE) são uma ótima terapia inicial, principalmente em casos de endometriose, quadro em que seu uso é bem estabelecido. Muitos pacientes apresentam resposta insuficiente a essa medicação, mas pensando em tratamento a longo prazo, o teste inicial com AINE é indicado<sup>4,6,10</sup>.

Pacientes com causa não identificada ou que não responderam à terapia direcionada, deve-se oferecer tratamento farmacológico e não farmacológico simultaneamente. Podemos empregá-los antes de oferecer um tratamento cirúrgico, ou depois, com base na resposta<sup>6,16,17</sup>.

Com o advento da cirurgia minimamente invasiva a laparoscopia adquiriu importante papel na abordagem da DPC, não só diagnóstica, mas também terapêutica. Para mulheres que não apresentem achados sugestivos de processos cirurgicamente tratáveis, sugere-se oferecer manejo inicial por 2 a 3 meses com medicamento, fisioterapia e terapia cognitivo-comportamental<sup>1,5,17</sup>.

A partir do exposto, fica evidente a necessidade de realizar o diagnóstico e tratamento adequado dos pacientes com DPC e pensar na dor pélvica não somente como uma afecção ginecológica, mas sistêmica. Como no caso relatado, uma mesma paciente com DPC pode apresentar alterações no sistema reprodutor, no sistema urinário, no sistema digestivo, entre outros, sendo que dificilmente é possível identificar apenas uma causa anatômica responsável pelos sintomas e realizar o tratamento sem uma equipe multidisciplinar. Nota-se também a relevância do diagnóstico certo da DPC ao abordar as diversas etiologias como quadros possíveis de complicações e geradores de importantes comorbidades. No caso estudado, a paciente em questão tinha acometimento de diversos tecidos. A não completa elucidação diagnóstica poderia ter exposto à paciente à um tratamento incompleto, sendo necessário à submissão à procedimento futuros<sup>1,2,3,16</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

Para o correto manejo da DPC a equipe médica deve estar comprometida e integrada, sensível às queixas e demandas da paciente, capaz de fazer uma escuta ampla das queixas da paciente. As diversas opções diagnósticas e terapêuticas devem ser discutidas com a paciente e escolhidas criteriosamente para evitar intervenções desnecessárias, remetendo aos riscos, às limitações reprodutivas e a possibilidade de agravar a síndrome.

Dessa forma, vale destacar que o conhecimento e o zelo médico e de toda a equipe permanecem soberanos nas mulheres com DPC.

#### 5. AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe do Hospital Felício Rocho pelo estímulo para realização do presente trabalho.

#### 6. REFERÊNCIAS

- [1] Crispi CP, Vieira MA. Técnicas e táticas cirúrgicas em ginecologia minimamente invasiva. 1ªed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações. 2019.
- [2] Baranoski AP, Elneil S, Engeler D, *et al.* Guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2009; 57(1): 35-48.
- [3] American College of obstetricians and Gynecologists. Frequently asked questions: Gynecologic problems.

[Acesso em 02 de dezembro de 2020] Disponível em: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Chronic-Pelvic-Pain>.

- [4] Nicolaus K, *et al.* A two-third majority of infertile women exhibit endometriosis in pre-ART diagnostic hysteroscopy and laparoscopic chromopertubation: only one-third have a tubal obstruction. *Arch Gynecol Obstet.* 2020; 301(14): 1081-88.
- [5] Crispi CP, *et al.* Tratado de endoscopia ginecológica: cirurgia minimamente invasiva. 3ªed. Rio de Janeiro: Revinter. 2012.
- [6] Montgomery GW, Giudice LC. New Lessons about endometriosis – Somatic mutations and disease heterogeneity. *New England Journal of Medicine.* 2017; 376:1881-82.
- [7] Lorençatto C, *et al.* Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Revista da Associação Médica Brasileira;* 2002; 48(3): 217-21.
- [8] Rahmioglu N, *et al.* Genome-wide enrichment analysis between endometriosis and obesity: related traits reveals novel susceptibility loci. *Human Molecular Genetics.* 2015; 24(4): 1185-199.
- [9] Brosens I, *et al.* Risks of adverse pregnancy outcome in endometriosis. *Fertility and Sterility – American Society for Reproductive Medicina.* 2012; 98(1): 30-35.
- [10] Bulun SE. Mechanisms of disease: Endometriosis. *New England Journal of Medicine* 2009, 360: 268-279.
- [11] Finan PH, Garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. *Clin J Pain.* 2015; 31(2):177-187.
- [12] Louw A, *et al.* The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract.* 2016; 32(5): 385-95.
- [13] Ryan GL, *et al.* Na unusual cause of adolescent dysmenorrhea. *Obstet Gynecology.* 2006; 108(4):1017-22.
- [14] Dietrich JE. An update on adenomyosis in the adolescent. *Curr Opin Obstet Gynecology.* 2010; 22(5):338-92.
- [15] Abbott JÁ. Adenomyosis and Abnormal Uterine Bleeding-Pathogenesis, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017, 40: 68-81.
- [16] Ghant MS, *et al.* An Altered Perception of Normal: Understanding Causes for Treatment Delay in Women with Symptomatic Uterine Fibroids. *J Womens Health.* 2016; 25(8):846-52.
- [17] Lethaby A, Puscasiu L, Vollenhoven B. Preoperative medical therapy before surgery for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 11(11):1-185.