

DIRETRIZES EM DOR PÉLVICA CRÔNICA

(Atualização completa em fevereiro 2012)

D. Engeler (chairman), A.P. Baranowski, S. Elneil, J. Hughes,
E.J. Messelink, A. van Ophoven, P. Oliveira, A.C. de C.
Williams

Eur Urol 2004;46(6):681-9

Eur Urol 2010;57(1):35-48

Esta versão de bolso tem como objetivo sintetizar as mensagens importantes descritas no texto integral e é apresentada como uma série de “graus” de ação, baseados em recomendações, de acordo com os níveis de evidência usados pela EAU (*European Association of Urology*).

Figura 1: Algoritmo para o diagnóstico e manejo da DPC

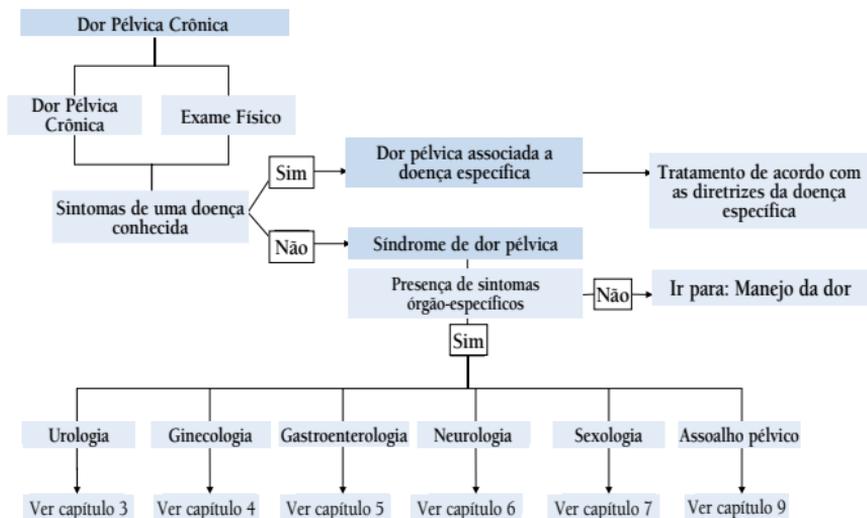
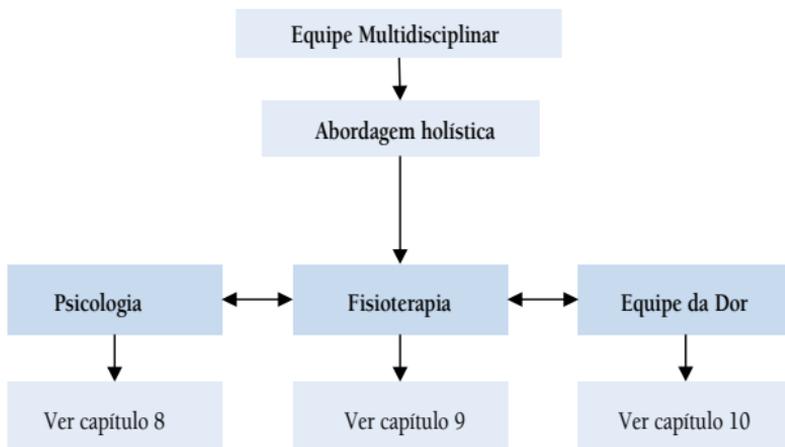


Figura 2: algoritmo para manejo da dor



EIXO I		EIXO II	EIXO III
Região		Sistema	Órgão ligado à síndrome dolorosa, identificado por história, exame físico e exames complementares
Dor pélvica crônica	Doenças específicas associadas com dor pélvica	Urológica	Próstata Bexiga Escrotal Testicular Epididimária Peniana / Uretral Pós-Vasectomia
	OU	Ginecológica	Vulvar Vestibular Clitoridiana Endometriose Síndrome da dor vaginal Dismenorreia
	Síndrome da dor Pélvica		
		Gastro intestinal	Cólon irritável Anal crônica Anal crônica intermitente Síndrome da dor pudenda
		Nervos periféricos	
		Sexológica	Dispareunia Dor pélvica com disfunção sexual
		Psicológica	Qualquer órgão pélvico Assoalho pélvico Músculos abdominais Espinhal Cóccix
	Músculo esquelética		

EIXO IV	EIXO V	EIXO VI	EIXO VII	EIXO VIII
Características da dor referida	Características temporais	Caráter	Sintomas associados	Sintomas psicológicos
Suprapúbica Inguinal Uretral Peniana/clitoridiana Perineal Retal Dorso Nádegas Pernas	INÍCIO	Pruriginosa Queimação Pontada Elétrica Outras	UROLÓGICA	ANSIEDADE
	Aguda Crônica		Frequência Noctúria Hesitação Micção disfuncional Urgência Incontinência	Sobre a dor ou possível causa da dor Pensamento catastrófico sobre a dor
	CARACTERÍSTICA		GINECOLÓGICA	DEPRESSÃO
	Esporádica Cíclica Contínua		Menstrual Menopausa	Atribuída à dor ou ao impacto da dor Atribuída a outras causas Não atribuída
	TEMPO		GASTROINTESTINAL	SINTOMAS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
	Enchimento Esvaziamento Imediata Pós-miccional Tardio Pós-miccional		Constipação Diarreia Urgência Incontinência	
			NEUROLÓGICA	
			Disestesia Hiperestesia Alodínia Hiperalgesia	
	TRIGGER		SEXOLÓGICA	
	Provocada Espontânea		Satisfação Dispareunia Aversão sexual Disfunção erétil Medicação	
			MÚSCULO	
			Déficit funcional Fasciculação	
	CUTÂNEA			
	Mudanças tróficas Mudanças sensoriais			

Figura 3: Algoritmo fenotípico e de abordagem para DPC

Fenótipo	Abordagem
Urologia	Fluxo urinário, diário miccional, cistoscopia, ultrassom, urofluxometria
Psicologia	História de experiências negativas, perdas importantes, depressão
Órgão específico	Indagar por queixas ginecológicas, gastrointestinais, anorretais, sexuais. Exames ginecológico e retal
Infecção	Espermocultura, urocultura, culturais vaginais, coprocultura.
Neurológico	Questione sobre queixas neurológicas (déficit de sensibilidade, disestesias) Exame neurológico: problemas sensoriais, reflexos sacrais e função muscular.
Muscular	Palpação do assoalho pélvico, dos músculos abdominais e músculos glúteos.

ASPECTOS UROLÓGICOS DA DOR PÉLVICA CRÔNICA E DA SÍNDROME DA DOR PROSTÁTICA

Recomendações: abordagem e diagnóstico da Síndrome da Dor Prostática (SDP)	EN
Doenças específicas com sintomas similares devem ser excluídas. É recomendável adaptar procedimentos diagnósticos ao tipo de paciente para identificá-las.	A
Após exclusão de doenças específicas, os pacientes com sintomas condizentes com a definição acima, podem ser diagnosticados com SDP	A
Escore validados de sintomas e qualidade de vida, como o NIH-CPSI, devem ser considerados na abordagem inicial, bem como no follow-up.	B

É recomendado avaliar os sintomas relacionados com SDP do ponto de vista cognitivo, comportamental, sexual, bem como, avaliar sintomas do trato urinário inferior e possíveis disfunções sexuais.	B
---	---

Recomendações: tratamento da Síndrome da Dor Prostática (SDP)	EN
Considere opções de tratamento multimodal e fenotipicamente direcionada para SDP	B
Alfa-bloqueadores são recomendados para paciente com duração de SDP < 1 ano	A
Uso de terapia antimicrobiana (quinolonas ou tetraciclina) é recomendada em paciente virgens de tratamento por um período mínimo de 6 semanas com duração da SDP < 1 ano.	A
AINE são recomendadas para uso em SDP, mas seus parefeitos a longo prazo devem ser considerados.	B
Alopurinol não é recomendado para uso em SDP	B
Fitoterapia pode ser usado em pacientes com SDP.	B
Considere doses elevadas de PPS para melhorar os sintomas e a qualidade de vida	A
Pregabalina não é recomendável em SDP	A
A aplicação de Ondas de Choque extracorpóreas perineais pode ser considerada terapêutica em pacientes com SDP	B

Eletroacupuntura pode ser considerada no tratamento de SDP	B
Estimulação do nervo tibial posterior pode ser considerada no tratamento da SDP	B
Aplicação de TUNA na próstata não é recomendável para o tratamento da SDP.	A
Para SDP com estresse significativo, tratamento psicológico focado em SDP deve ser aplicado.	B

Figura 4: Algoritmo de abordagem e tratamento para SDP

Abordagem	Tratamento	
Urocultura	Grau A recomendação	Alfabloqueadores quando duração < 1 ano
Urofluxometria		Antibióticos (6 semanas) quando duração é < 1 ano
US transretal da Próstata	Grau B recomendação	Altas doses de Polissulfato de Pentosan para melhorar QoL sintomas
NIH-CPSI escore		AINE. Cuidado efeitos colaterais a longo prazo.
Fentótipos		Fitoterapia
Teste assoalho pélvico		Ondas de choque extracorpóreas perineais
		Eletroacupuntura
		Estimulação Percutânea do Nervo Tibial
	Tratamento psicológico focado na dor	
	Não recomendado	Alopurinol [B]
		Pregabalina [A]
		Ablação transuretral por agulha (TUNA)

SÍNDROME DA BEXIGA DOLOROSA

Tabela 2: Classificação de ESSIC dos tipos de SBD, de acordo com os resultados da cistoscopia com hidrodilatação e biópsias.

	Não feito	Normal	Glomerulações ^a	Úlcera de Hunner ^b
Biópsia				A
Não feita	XX	1X	2X	3X
Normal	XA	1A	2A	3A
Inconclusiva	XB	1B	2B	3B
Positiva ^c	XC	1C	2C	3C

^aCistoscopia: glomerulações grau 2–3

^bLesão conforme definição de Fall com/sem glomerulações

^cHistologia demonstrando infiltrado inflamatório e/ou mastocitose no detrusor e/ou tecido de granulação ou fibrose intrafascicular

Recomendações: abordagem e diagnóstico da Síndrome da Bexiga Dolorosa (SBD)	GR
Doenças específicas com sintomas similares devem ser excluídas. É, portanto, recomendada adaptação dos instrumentos diagnósticos de acordo com cada paciente.	A
Após exclusão primária de doenças específicas, os pacientes com sintomas, de acordo com a definição acima, devem ser diagnosticados com SBD por sub-tipo e fenótipo.	A

Um escore validado para avaliação dos sintomas e qualidade de vida. O instrumento deve ser considerado para avaliação inicial, bem como para o follow-up.	B
SBD associada com outras doenças não vesicais deve ser avaliada sistematicamente.	A
SBD associada com consequências negativas emocionais, cognitivas, sexuais e comportamentais, devem ser avaliadas.	A

Recomendações	GR
Classificar em subtipo ou realizar terapia baseada no fenótipo para SBD é recomendado.	A
Técnicas multimodais comportamentais, físicas e psicológicas devem ser sempre consideradas paralelamente com tratamentos orais ou invasivos para SBD.	A
Opioides podem ser utilizados em SBD nas exacerbações da doença. Tratamento a longo prazo somente se todos os outros tratamentos falharam.	C
Corticosteroides não são recomendáveis como tratamento a longo prazo.	C
Hydroxizina é recomendável para uso em SBD	A
Considerar uso de cimetidina como uma terapêutica oral válida antes de tratamentos invasivos.	B
Amitriptilina é recomendável para uso em SBD	A
Oral PPS é recomendável em SBD	A

Tratamento com PPS oral mais heparina subcutânea é recomendável especialmente em baixo respondedores de PPS sozinho.	A
Antibióticos podem ser oferecidos quando infecção é presente ou altamente suspeita.	C
Prostaglandinas não são recomendáveis. Dados insuficientes para uso em SBD. Reações adversas consideráveis.	C
Ciclosporina Pode ser utilizado em SBD mas reações adversas devem ser cuidadosamente consideradas.	B
Duloxetine não é recomendável em SBD.	C
Oxibutinina pode ser considerada para o tratamento SBD	C
Gabapentina pode ser consideradas no tratamento oral da SBC	C
Considerar lidocaína intravesical com bicarbonato de sódio antes de métodos mais invasivos	A
Considerar intravesical PPS antes de tratamentos mais invasivos sozinho ou combinado com PPS oral.	A
Considerar heparina intravesical antes de métodos mais invasivos sozinho ou em combinação	C
Considerar ácido hialurônico intravesical antes de métodos mais invasivos.	B
Considerar sulfato de condroitina intravesical antes de medidas mais invasivas	B
Considerar DMSO intravesical DMSO antes de terapias mais invasivas	A

Considerar injeção intravesical na parede vesical ou no trígono de Toxina Botulínica tipo A (BTX-A), se instilações vesicais falharem	C
Considerar injeção submucosa de BTX-A mais hidrodistensão intravesical, se terapias de instilação falharem	A
Terapia intravesical com BCG não é recomendável em SBD	A
Terapia intravesical com Clorpectina não é recomendável em SBD	A
Terapia intravesical com vaniloides não é recomendável em SBD	C
Hidrodistensão vesical não é recomendável como tratamento para SBD	C
Uso de drogas eletromotivas pode ser considerado antes de métodos mais invasivos	C
Considerar ressecção transuretral (ou coagulação ou laser) das lesões vesicais, mas somente em SBD tipo 3-C.	B
Neuromodulação pode ser considerada antes de métodos mais invasivos	B
Considerar treinamento vesical em pacientes com dores discretas	B
Considerar terapia manual e física como primeira abordagem	B
Considerar orientação alimentar para evitar substâncias desencadeadoras	C
Acupuntura não é recomendável	C

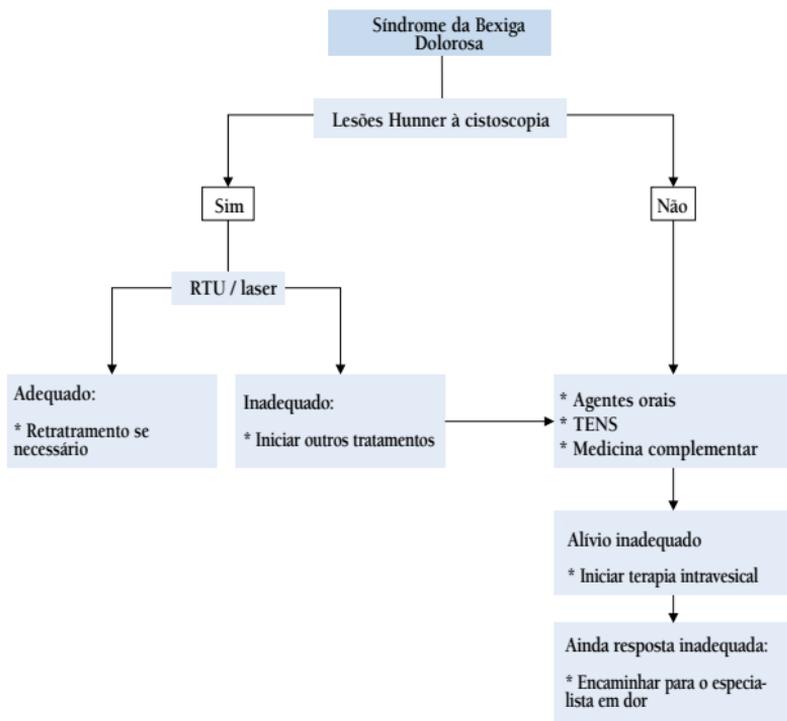
Considerar psicoterapia em abordagem multimodal	B
Todas as cirurgias ablativas de órgãos devem ser ultimo recurso para experientes cirurgiões, conhecedores de SBD	A

PPS = pentosanpolysulphate sodium; DMSO = dimethyl sulphoxide.

Figura 5: diagnóstico e tratamento da SBD

Abordagem	Tratamento	
Urocultura	Grau A recomendação	Padrão: Hidroxizine, amitriptilina, PPS
Urofluxometria		Intravesical: PPS, DMSO, Hidrodistensão vesical e toxina botulínica tipo A
Cistoscopia e hidrodistensão	Grau B recomendação	Oral: Cimetidina . Ciclosporina A
Biópsia de bexiga		Intravesical: Ácido hialurônico / Sulfato de condroitina
Diário Miccional		Administração de drogas eletromotivas intravesicais
Avaliação do treinamento vesical		Neuromodulação, treinamento vesical, fisioterapia
Avaliação fenotípica		Psicoterapia
Escore ICS	Não recomendável	BCG
		Clorpactina intravesical
	Outros comentários	Dados sobre tratamento cirúrgicos são amplamente variáveis Coagulação e laser apenas para úlceras de Hunner

Figura 6: algoritmos para SBD Tipo 3 C



SÍNDROME DA DOR GENITAL

Recomendações: tratamento da Síndrome da dor genital	GR
Recomendamos iniciar com tratamento geral para dor crônica (capítulo 10)	A
Recomendamos informar acerca dos riscos de dor pós-vasectomia em casais em aconselhamento para o procedimento	A

Para reduzir o risco de dor escrotal, recomenda-se herniorrafia aberta em vez da abordagem laparoscópica	A
Recomendamos que durante a herniorrafia todos os nervos do cordão espermáticos sejam identificados	A
Para pacientes que são tratados cirurgicamente, recomendamos denervação microcirúrgica do cordão espermático	A
Para pacientes que não se beneficiaram da denervação, recomendamos epididimectomia	B
Recomendamos que a orquiectomia seja reservada como última opção se todos os outros tratamentos falharem	C

Figura 7: Algoritmo de abordagem e tratamento para Síndrome da Dor Escrotal

Abordagem	Tratamento
Espermocultura	Grau A recomendação
Urofluxometria	Opções gerais de tratamento para dor pélvica crônica (capítulo 10)
Escrotal (ver texto)	Denervação microcirúrgica do cordão espermático
Avaliação do músculo do assoalho pélvico	Informar pacientes a serem submetidos à vasectomia acerca do risco de dor
Fenótipo	Para cirurgições: herniorrafia aberta ligada a menor incidência de dor escrotal
	Para cirurgições: identificar todos os nervos do cordão espermático durante herniorrafia
	Grau B recomendado
	Epididimectomia, em caso de não benefício com denervação
	Outros comentários
	Orquiectomia: último recurso quando tudo falhou
	Ultrassom não tem implicação clínica no tratamento futuro, embora a maioria dos médicos tendam a solicitar ultrassom para reassurar o paciente

SÍNDROME DA DOR URETRAL

Recomendações: tratamento da Síndrome da Dor Uretral	GR
Recomendamos iniciar com tratamento geral para dor pélvica crônica (capítulo 10)	A
Recomendamos que pacientes com Síndrome da Dor Uretral sejam tratados com programa multidisciplinar e multimodal	B
Quando os pacientes estão estressados, recomenda-se encaminhamento para tratamento psicológico focado na dor, melhorando a função e a qualidade de vida	B

Figura 8: abordagem e tratamento da Síndrome da Dor Uretral

Abordagem	Tratamento	
Urofluxometria	Grau A recomendação	Tratamento geral para dor pélvica crônica – <i>capítulo 10</i>
Diário Miccional		
Teste assoalho pélvico	Grau B recomendação	Tratar em um programa multidisciplinar e multimodal : Tratamento psicológico focado na dor para melhora da QoL e função
Avaliação fenotípica	Outros comentários	Dados sobre dor uretral são muito esparsos e de qualidade limitada

ASPECTOS GINECOLÓGICOS DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Recomendações: aspectos ginecológicos da Dor Pélvica Crônica	GR
Todas as mulheres com dor pélvica crônica devem ter história e avaliação ginecológicas completas. Laparoscopia é recomendada para excluir outras causas tratáveis de dor (ex: endometriose)	A
Disponha de opções terapêuticas como terapia hormonal ou cirurgia em casos bem definidos	B
Disponha de abordagem multidisciplinar em casos persistentes	B
Recomenda-se tratamento psicológico para casos refratários de dor vulvar crônica	B
Uso de terapias alternativas no tratamento de dor pélvica crônica ginecológica	C

Figura 9: Algoritmo de abordagem e tratamento dos aspectos ginecológicos em Dor Pélvica Crônica

Abordagem	Tratamento	
Exame Ginecológico	Grau A recomendação	Laparoscopia para excluir causas tratáveis
Ultrassom	Grau B recomendação	Terapia hormonal em casos selecionados
Laparoscopia (ver texto)		Abordagem multidisciplinar em estados persistentes de doença
		Tratamento psicológico em casos de dor vulvar crônica refratária

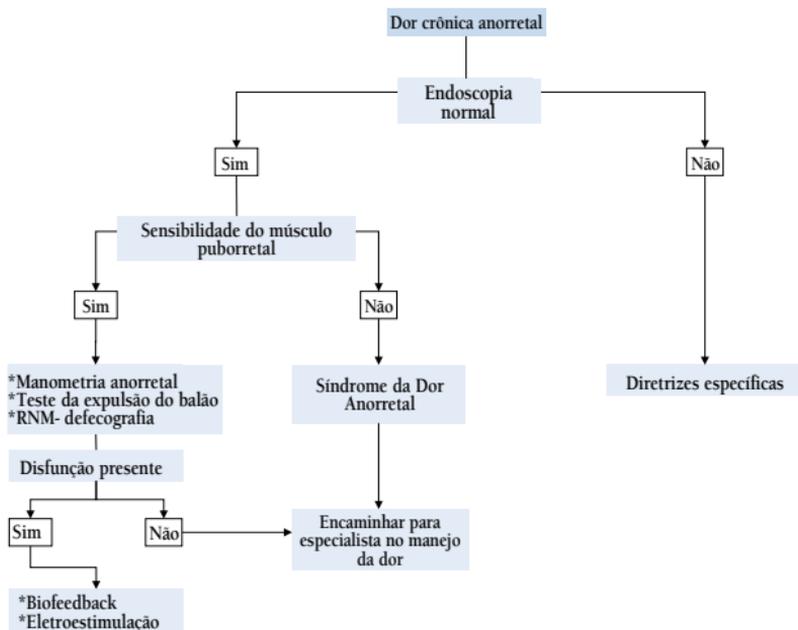
ASPECTOS GASTROINTESTINAIS EM DOR PÉLVICA CRÔNICA

Recomendações para dor anorretal funcional	GR
Teste funcional é recomendado em pacientes com dor anorretal	A
Tratamento com <i>Biofeedback</i> é recomendável em pacientes com dor pélvica e evacuação dissinérgica	A
Toxina botulínica e estimulação eletrogalvânica podem ser consideradas no tratamento da Síndrome da Dor Anal Crônica	B
Neuromodulação sacral é recomendável no tratamento da Síndrome da Dor Anal Crônica	C
Diltiazem é recomendado no tratamento da Síndrome da Dor Anal Crônica Intermitente	C

Figura 10: Algoritmo para abordagem e tratamento da Síndrome da Dor Anorretal

Abordagem	Tratamento	
Endoscopia	Grau A recomendação	Tratamento <i>Biofeedback</i>
Avaliação dos músculos do assoalho pélvico		
Manometria anorretal	Grau B recomendação	Toxina botulínica A em mulheres com dor pélvica
Teste de eliminação do balão retal		Estimulação eletrogalvânica
Defecografia por ressonância magnética	Outros comentários	Neuromodulação sacral deve ser considerada
		Diltiazem deve ser considerado na Síndrome de Dor Anal Intermitente

Figura 11: Algoritmo para diagnóstico da Dor Anorretal Crônica



SÍNDROME DE DOR DOS NERVOS PERIFÉRICOS

Recomendações: neuralgia do pudendo	GR
Importante excluir outras doenças.	A
Se há suspeita de Síndrome da Dor do Nervo Periférico, o paciente deve ser encaminhado precocemente a um especialista no assunto, que trabalhe, preferencialmente em equipe multidisciplinar.	B
Exames de imagem e neurofisiológicos podem auxiliar no diagnóstico, mas o padrão ouro é a investigação de imagem com localização do nervo (sob anestesia local).	B
Diretrizes em dor neuropática são bem estabelecidas. Abordagem padrão para o manejo da dor neuropática deve ser utilizada.	A

Figura 12: Algoritmo de abordagem e tratamento para a Síndrome da Dor do Nervo Periférico

Abordagem	Tratamento
Testes neurológicos detalhados	Grau A recomendação
Detalhada história sobre a natureza da dor	Grau B recomendação
Questionários estandarizados	

Encaminhar a um especialista quando problema em nervo periférico é suspeitado
Imagem pode auxiliar
Neurofisiologia pode auxiliar
Tratamento é como para qualquer dano nervoso

ASPECTOS GASTROINTESTINAIS EM DOR PÉLVICA CRÔNICA

Recomendações: aspectos sexológicos da Dor Pélvica Crônica	GR
Médicos devem estar atentos para as causas psicogênicas em pacientes com sintomas sugestivos de síndrome da dor prostática, mas não devem assumir que a dor seja psicogênica em todos os casos.	B
O modelo biopsicossocial deve ser aplicado na avaliação do efeito da Síndrome da Dor Prostática na função sexual do paciente	B
O modelo biopsicossocial deve ser incorporado na pesquisa no papel da disfunção sexual na Dor Pélvica Crônica.	B
Estratégias comportamentais devem ser oferecidas ao paciente e seu (sua) parceiro (a) no tratamento das disfunções sexuais	B
Recomendamos o treinamento da musculatura do assoalho pélvico para melhorar qualidade de vida e a função sexual.	B

Figura 13: Algoritmo para avaliação e tratamento dos aspectos sexológicos da Dor Pélvica Crônica

Abordagem	Tratamento	
História da função sexual	Grau A recomendação	Encaminhar à sexologista quando disfunção ou trauma estiverem presentes
História de experiências negativas	Grau B recomendação	Avaliar a possibilidade de abuso sexual
Questionar sobre abuso		Usar o modelo biopsicossocial para tratar dor
História psiquiátrica		Oferecer estratégias comportamentais para tratamento das disfunções sexuais
História de relacionamentos		Oferecer tratamento ao parceiro
		Encaminhar para fisioterapeuta especialista em assoalho pélvico

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Recomendações: aspectos psicológicos da dor pélvica crônica	GR
Estresse psicológico é comum em dor pélvica em mulheres, mas deve ser interpretado no contexto da dor.	A
Recomendamos questionar a paciente sobre pensamentos errôneos acerca de dor, e reassegurar pensamentos adequados.	B
Recomendamos treinamentos psicológicos em combinação com medicamentos e cirurgia, se necessário.	A

Figura 14: Algoritmo de avaliação e tratamento para aspectos psicogênicos em Dor Pélvica Crônica

Abordagem	Tratamento	
História psicológica	Grau A recomendação	Interpretar estresses psicogênicos no contexto da dor
Investigar crenças e comportamentos ligados à dor	Grau B recomendação	Intervenções psicogênicas como adjuvantes a outras modalidades
		Discutir com o paciente sobre suas crenças que podem ser causa da dor.

FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E DOR PÉLVICA CRÔNICA

Recomendações: função do assoalho pélvico	GR
Nós recomendamos o uso da classificação da ICS na função e disfunção do assoalho pélvico	A
Em pacientes com síndrome da dor pélvica crônica, sugere-se procurar ativamente trigger points miofasciais.	B

Em pacientes com síndrome da dor pélvica crônica sugere-se aplicar tratamento sobre a musculatura do assoalho pélvico como primeira linha de tratamento	B
Em pacientes com assoalho pélvico hiperativo recomenda-se <i>biofeedback</i> como adjuvante no treinamento da musculatura do assoalho pélvico	A
Quando trigger points miofasciais são encontrados, recomenda-se tratamento por pressão ou agulhamento.	A

Figura 15: abordagem e tratamento da função do assoalho pélvico

Abordagem	Tratamento
Palpação dos Músculos	Grau A recomendação
Testes da função da musculatura do assoalho pélvico	
EMG da musculatura do assoalho pélvico	Grau B recomendação
Teste para trigger-points miofasciais	
História de todos os órgãos envolvidos	
Questionários Validados	Outros comentários

Use a classificação da International Continence Society para a disfunção
Use o <i>biofeedback</i> em combinação com exercícios musculares
Trate <i>triggerpoints</i> miofasciais usando pressão ou agulhas
Procure ativamente a presença de triggerpoints miofasciais.
Aplique terapia sobre o assoalho pélvico como primeira linha de tratamento
O papel e as opções do fisioterapeuta podem variar nos diferentes países

TRATAMENTO GERAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Recomendação: tratamento geral da dor pélvica crônica	GR
Todos os outros tratamentos devem ter sido tentados e falharam	
A decisão de indicar um tratamento com opioides de longa duração deve ser feita por um especialista treinado em acordo com outro médico (incluindo paciente e o médico de família)	A

<p>O paciente deve ser advertido (e possivelmente deve assinar um termo de consentimento):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que opioides são medicações potentes, associadas com adição e dependência. • Que opioides devem ser prescritos por um só médico (ex, médico de família) • As medicações serão prescritas por períodos fixos de tempo e uma nova prescrição não será dada até o término daquele período. • O paciente pode estar sujeito a testes na urina e no sangue para comprovação de que a droga está sendo tomada da maneira como foi prescrita. E também para comprovação de que outras drogas não prescritas não estejam sendo administradas. • Comportamento agressivo e inapropriado, associado à demanda pela droga, não será aceito. • A visita a um especialista, em nível hospitalar, ocorre normalmente uma vez ao ano. • O paciente deve ser orientado a ter acompanhamento psiquiátrico ou psicológico • A falha no acompanhamento (acima descrito) resulta no encaminhamento do paciente a um especialista em dependência em drogas. Neste caso, o uso de analgésicos opioides será interrompido. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Morfina é a droga de primeira linha, a menos que haja contraindicações ou indicações especiais para outras drogas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • A droga prescrita deve ser a de liberação lenta. • Preparações de efeito rápido são indesejáveis e devem ser evitadas sempre que possível 	A

• Aplicação parenteral é indesejável e deve ser evitada tanto quanto possível	A
---	---

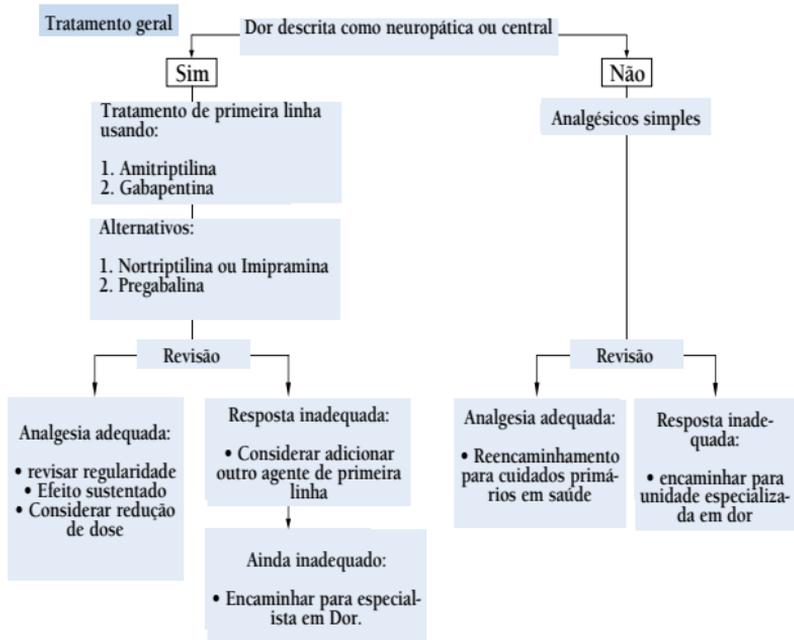
Recomendações: tratamento clínico para dor pélvica				
Agente	Tipo de dor	NE	GR	Comentário
Paracetamol	Dor somática	1a	A	Em dor por artrite apresenta boas evidências de benefícios
AINE	Dor pélvica com processos inflamatórios (ex. dismenorreia)	1a	A	Boa evidência para o seu uso
	Mecanismo central (ex: endometriose)	1a	A	Não há boa evidência para seu uso
Antidepressivos incluindo antidepressivos tricíclicos e outros como venlafaxina e duloxetine	Dor neuropática	1a	A	Efetivo. Sem evidência específica para dor pélvica crônica

Anticonvulsantes gabapentina, pré-gabalina	Dor neuropática fibromialgia	1a	A	Efetivo
Gabapentina	Mulher com dor pélvica crônica	2b	B	Efetivo
Capsaicina tópica	Dor neuropática	1a	A	Algumas evidências sobre o benefício
Opioides	Dor crônica Não maligna	1a	A	Benéfico em um número pequeno de pacientes
Bloqueios nervosos		3	C	Apresenta um papel como parte de um planejamento amplo
TENS		1a	A	Não há boa Evidência de benefício
Neuromodulação	Dor pélvica	3	C	Pesquisas em evolução sobre o papel

Figura 16: Algoritmo para uso de analgésicos neuropáticos

Abordagem	Tratamento	
História	Grau A recomendação	Paracetamol em dor somática
Medicação utilizada		AINE quando inflamação é presente
Reações alérgicas		Antidepressivos (incluindo TCA) em dor neu-
Uso de álcool		Anticonvulsantes em dor neuropática
Atividades diárias que serão efetivas		Capsaicina em dor neuropática
		Opioides em dor crônica não maligna
	Grau B recomendação	Gabapentina em mulheres com DPC
	Outros comentários	Bloqueio nervoso como parte do plano global de manejo [C]
		Neuromodulação talvez se torne opção, pesquisas sugerem [C]

Figura 17: algoritmo para tratamento geral



Tradução autorizada para língua portuguesa:

Dr^a Karin M. Jaeger Anzolch

MSc, PhD, TiSBU

Revisão:

Dr. Márcio Augusto Averbek - TiSBU

O processo de tradução para Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este texto resumido está baseado nas recomendações da EAU (ISBN 978-90-79754-96-0), disponíveis aos membros da Associação Européia de Urologia no seu website, <http://www.uroweb.org>.