

Aspectos que englobam a síndrome da bexiga dolorosa

Aspects encompassing the painful bladder syndrome

DOI:10.34119/bjhrv5n5-004

Recebimento dos originais: 29/07/2022

Aceitação para publicação: 31/08/2022

Ingrid Oliveira Camargo

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: Rua Fortaleza, Q 22, Lote 3 ao 5, Bloco B, Apartamento 201, Aparecida de Goiânia - Goiás

E-mail: iocamargos@gmail.com

Sayro Louis Figuerêdo Fontes

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: Rua Fortaleza, Q 22, Lote 3 ao 5, Bloco B, Apartamento 201, Aparecida de Goiânia - Goiás

E-mail: sayroff@hotmail.com

Fernanda Porto de Almeida

Nefrologista

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: SQS 205 Bloco, A apartamento, 107, Asa Sul Brasília

E-mail: fernandaporto@gmail.com

Anderson Alves Brandão

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: Avenida Couto Magalhães, Q S28, Lotes 2/3, Número 769, Apartamento 404

E-mail: andersonbrandãomediz@gmail.com

Thayane Fogaça de Medeiros

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: Rua Cuiabá Q 40, Lote 24, Apartamento 06, Aparecida de Goiânia - Goiás

E-mail: thayyfogaca@gmail.com

Vinicius Morais de Sousa

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: Rua Cuiabá Q 40, Lote 24, Apartamento 06, Aparecida de Goiânia - Goiás

E-mail: vinimorais_sousa@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome da Bexiga Dolorosa (SBD) é uma doença inflamatória crônica, debilitante, que acomete principalmente as mulheres. Surge com sintomas moderados em alguns pacientes, porém, em outros, os efeitos na qualidade de vida podem ser avassaladores. Isso porque a dor pélvica é geralmente acompanhada de urgência miccional, noctúria e polaciúria. Além disso, muitos pacientes são diagnosticados de forma incorreta devido à similaridade de apresentação dessa doença com outras mais comuns, como a infecção do trato urinário, e por isso são tratadas de modo inadequado. **Objetivos:** Relacionar os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos que englobam a síndrome da bexiga dolorosa, bem como, elucidar acerca de sua prevalência e desenvolvimento. **Metodologia:** Foi realizado levantamento bibliográfico do período de 2012 até a data corrente, em periódicos indexados nas bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, abordando a síndrome da bexiga dolorosa. Os descritores utilizados foram: síndrome da bexiga dolorosa, cistite intersticial, dor crônica pélvica, sendo analisados vários artigos, dando ênfase à epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Resultados e discussões:** Compreende-se a SBD como uma patologia de caráter inflamatório que acomete o epitélio vesical, o qual apresenta uma deficiência na produção de muco protetor, assim, o tecido epitelial da bexiga passa a ser constantemente agredido pelo contato permanente com os agentes nocivos presentes na urina. A SBD é uma enfermidade comum a ambos os sexos, entretanto, mais prevalente entre as mulheres com idade superior a 40 anos. Dentre as manifestações clínicas mais frequentes, estão a dor em hipogástrio, sintomas urinários irritativos, alterações na frequência miccional estando esses sintomas presentes por um período equivalente ou superior a 6 semanas atrelado a interferência na qualidade de vida. Com a evolução da doença os sintomas em grande maioria apresentam-se de forma episódica com fases agudas e fases de remissão, tendo relação com a presença de transtornos psiquiátricos. O diagnóstico da SBD é baseado na avaliação clínica, exclusão com outras patologias que frequentemente acometem o trato urinário e a realização de citoscopia, um exame endoscópico geralmente associado a biópsia para identificação histológica de componentes positivos da SBD como infiltrado inflamatório, tecido de granulação, fibrose intrafascicular, contudo não há achados patognomônicos. Por fim, o tratamento inicial consiste na educação da doença, mudanças de hábitos alimentares e na exclusão de fatores estressantes, entretanto, em muitas das vezes se faz necessário o uso de medicações. A amitriptilina, um antidepressivo tricíclico com características analgésicas, anti-histamínicas, anticolinérgicas e sedativas, é utilizado como primeira linha. As outras vertentes terapêuticas são baseadas no uso de intervenções cirúrgicas e ressecção transuretral, eletrocauterização e uso de laser nas lesões sendo indicados para casos extremos onde não há eficácia ao tratamento clínico. **Conclusão:** O presente estudo identificou que o diagnóstico da SBD deve ser recordado quando os pacientes relatarem a presença de dor pélvica juntamente à sintomas urinários, onde estes não são melhor explicados por outras doenças. Tal patologia evidenciou importante impacto na redução da qualidade de vida do paciente, passível de redução dos danos e alívio dos sintomas quando diagnosticada e tratada de forma correta.

Palavras-chave: diagnóstico, síndrome da bexiga dolorosa, tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Painful Bladder Syndrome (BPS) is a chronic, debilitating inflammatory disease that affects mostly women. It appears with mild symptoms in some patients, but in others, the effects on quality of life can be overwhelming. This is because pelvic pain is usually accompanied by urinary urgency, nocturia, and polyuria. Moreover, many patients are misdiagnosed due to the similarity of presentation of this disease with other more common ones, such as urinary tract infection, and are therefore inadequately

treated. Objectives: To relate the clinical, diagnostic, and therapeutic aspects of painful bladder syndrome, as well as to elucidate its prevalence and development. Methodology: A bibliographical survey was conducted from 2012 to date, in journals indexed in the MedLine, Lilacs, and Scielo databases, addressing painful bladder syndrome. The descriptors used were: painful bladder syndrome, interstitial cystitis, chronic pelvic pain, being analyzed several articles, emphasizing the epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. Results and discussions: BPS is understood as a pathology of inflammatory nature that affects the bladder epithelium, which has a deficiency in the production of protective mucus, thus, the bladder epithelial tissue is constantly attacked by permanent contact with harmful agents present in urine. SBD is a disease common to both sexes, but more prevalent among women over the age of 40. Among the most frequent clinical manifestations are pain in the hypogastrium, irritative urinary symptoms, changes in micturition frequency, and these symptoms are present for a period equivalent to or longer than 6 weeks, together with interference in quality of life. With the evolution of the disease, most symptoms present themselves episodically, with acute phases and remission phases, and are related to the presence of psychiatric disorders. The diagnosis of SBD is based on clinical evaluation, exclusion with other pathologies that frequently affect the urinary tract and the performance of cystoscopy, an endoscopic exam generally associated with biopsy for histological identification of positive components of SBD such as inflammatory infiltrate, granulation tissue, intrafascicular fibrosis; however, there are no pathognomonic findings. Finally, the initial treatment consists of education about the disease, changes in eating habits, and the exclusion of stressful factors; however, the use of medications is often necessary. Amitriptyline, a tricyclic antidepressant with analgesic, antihistaminic, anticholinergic, and sedative features, is used as the first line. The other therapeutic approaches are based on the use of surgical interventions and transurethral resection, electrocauterization and laser use in lesions being indicated for extreme cases where there is no effectiveness to clinical treatment. Conclusion: The present study identified that the diagnosis of SBD should be remembered when patients report the presence of pelvic pain together with urinary symptoms, where these are not better explained by other diseases. Such pathology evidenced important impact in reducing the quality of life of the patient, susceptible to reduction of damage and relief of symptoms when diagnosed and treated correctly.

Keywords: diagnosis, painful bladder syndrome, treatment.

1 INTRODUÇÃO

A cistite intersticial (CI) ou Síndrome Dolorosa Vesical (SDV) é uma síndrome de etiologia obscura mas acredita-se que pode ter origem em diversos fatores, é uma enfermidade que oferece tratamentos paliativos visto que não há cura. Observada pela primeira vez pelo ginecologista de Boston, Guy Hunner em 1915, e permanece até os dias atuais como uma patologia de difícil compreensão, com alta predominância entre as mulheres resultando em sintomas no trato urinário inferior com importante alteração na qualidade de vida das pacientes (PALMA et al, 2010).

Estudos comparam a prevalência da SBD entre homens e mulheres, sendo determinado em torno de 197/100000 mulheres comparado a 41/100000homens, porém, em uma mesma amostra calculou-se o predomínio de sintomas compatíveis com o diagnóstico de CI/SDV verificou-se uma prevalência maior (6.2 a 11.2% nas mulheres e 2.3% a 4.6% nos homens) (CLEMENS et al, 2005).

Ao que se refere a sua patologia acredita-se que um conjunto de mecanismos colaborem para o surgimento dos sintomas a partir de um estímulo nocivo “obscuro” que pode resultar em dano no endotélio da bexiga, inflamação neurogênica e dor ocasionando a CI. Neste aspecto, é importante salientar sobre a pancistite, o tipo de bexiga dolorosa mais clássica, caracterizada pela presença de infiltrado inflamatório perineural com elevação de células mastocitárias (CLEMENS et al, 2005).

Clinicamente, estes pacientes irão predominantes apresentar sintomas como irritação, noctúria, frequência e urgência miccionais juntamente à dor vesical aliviada após a micção ou esporadicamente após uso de alguns analgésicos (SANTOS et al, 2018).

Diante o exposto, o diagnóstico é realizado em três etapas: 1. Seleção de pacientes com sintomas característicos; 2. Exclusão de outras doenças que podem mimetizar a SDV. 3. Trata-se da classificação da CI. Tendo a cistoscopia com biópsia, como o método diagnóstico com maior acurácia, pois, permite identificar alterações no urotélio e na camada de glicosaminoglicano (GAG) e glicoproteínas, que pode evidenciar receptores nervosos deste local a componentes nocivos da urina causando um efeito citotóxico (CARRERETTE; SALUSTIANO, 2019).

Frente ao diagnóstico, o tratamento será sintomatológico, ou seja, no alívio dos sintomas, pelo fato de ainda não ter causa bem definida, a abordagem será empírica e individualizada. O paciente, portanto, deve estar ciente de que o profissional manterá o foco no alívio dos sintomas, que não existe uma cura específica e que a doença poderá se tornar crônica na maioria das vezes, com períodos de exacerbações e remissões (PALMA et al, 2010).

Mediante a isto, o presente estudo tem por objetivo relacionar os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos que englobam a síndrome da bexiga dolorosa, bem como, elucidar acerca de sua prevalência e desenvolvimento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, que visa sintetizar os resultados objetivos ao longo de uma pesquisa sistemática, ordenada e abrangente, qual sob o ponto de vista teórico, utiliza-se de materiais já publicados sobre o tema da pesquisa,

mediante análise e interpretação da literatura de forma ampla com foco na descrição e discussão do tema proposto.

Realizou-se, portanto, uma série de etapas essenciais ao desenvolvimento deste estudo, sendo inicialmente elaborado a pergunta norteadora qual serviu como base fundamental a condução da pesquisa. Em seguida efetuou-se o levantamento bibliográfico nos bancos de dados virtuais como a MedLine, Lilacs, Scielo, utilizando-se como descritores: síndrome da bexiga dolorosa, cistite intersticial e dor crônica pélvica.

A partir do material teórico colhido, efetuou-se a análise dos dados colhidos previamente, sendo utilizados critérios de inclusão e exclusão com ênfase à epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Assim sendo, foram incluídos artigos com abordagem voltada a temática em estudo, metanálise, artigos publicados em língua inglesa e portuguesa. Do contrário, foram excluídos artigos não publicados na íntegra, casos clínicos, artigos de opinião, artigos com fuga temática e os com que requereram acesso mediante pagamento. Deste modo foram selecionados e utilizados o total de 18 artigos para a elaboração do presente trabalho.

Mediante a isto, foi possível dar seguimento a construção da discussão dos resultados obtidos através da comparação dos mesmos, assim sendo, finalizou-se o trabalho com a construção da síntese dos resultados obtidos durante a pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A síndrome da bexiga dolorosa (SBD), é uma doença crônica e debilitante que afeta principalmente mulheres. É caracterizada por dor pélvica associada à urgência miccional, frequência urinária, noctúria e exame cultural de urina negativo, com citologia normal. A cistite intersticial pode ser suficientemente severa para ter um efeito devastador na qualidade de vida, mas também pode estar associada a sintomas moderados e menos debilitante. (SANTOS, et al, 2008)

4 ETIOLOGIA

Existem diversas teorias sobre qual a etiologia da CI/SDV, embora nenhuma delas consiga reunir evidências para tornar-se a causa da patologia. Dessa forma, as teorias mais prováveis são os que sugerem a ativação dos mastócitos e a liberação subsequente de histamina, estimulados pela acetilcolina, pelo estresse e pelas flutuações hormonais, podem relacionar-se com os sintomas da SBD/CI (OFFIAH; MCMAHON; O' REILLY, 2013).

Deste modo, refere-se a uma patologia com etiologia multifatorial e progressiva, e entre as causas possíveis estão a disfunção do epitélio da bexiga por problemas na camada de glicosaminoglicano (GAG); a elevação do número e atividade dos mastócitos; aumento dos níveis de Fator Antiproliferativo (APF); Infecções não detectáveis; fatores genéticos; alterações vasculares; inflamação de origem neurológica e mecanismos endócrinos e autoimunes (OFFIAH; MCMAHON; O' REILLY, 2013).

Evidências atuais apontam que a disfunção/lesão da camada de GAG que protege o urotélio, seja a causa determinante ao desenvolvimento da SBD. Compreende-se que, o urotélio vesical revestido GAGs e glicoproteínas apresentam múltiplas funções de proteção, podendo citar a antiaderência de bactérias e cristalóides e regulação do transporte de íons transepiteliais. Portanto, lesões/disfunções na camada GAG permite que as toxinas presentes na urina atinjam a mucosa e submucosa, causando ativação nervosa sensitiva, e diversos outros sintomas (PARSONS, 2007).

5 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

Um dos principais fatores de risco para a CI/SDV é ser do sexo feminino, a medida que a patologia é mais prevalente nas mulheres. Entre fatores que podem predispor ao aparecimento desta doença constata-se que cirurgias na região pélvica e as infecções urinárias podem corroborar ao desenvolvimento da SBD, visto que, 59% dos pacientes submetidos ou acometidos com estes fatores surgem com sintomas após um destes eventos (PETERS et al, 2008).

O acometimento de infecções no trato urinário durante os primeiros anos de vida também pode evidenciar eventos precoces relacionados com a patologia. Ou aspecto evidenciado é a alimentação, qual pode contribuir com o aparecimento/agravamento da patologia, alguns exemplos são: comidas apimentadas, uso do tabaco, bebidas cafeinadas, alcoólicas, cítricas e tomates (FREITAS, 2014).

A CI/SDV também pode ter resultado secundário a doenças psiquiátricas como transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade, anomalias relacionadas ao sono e ataques de pânico (CLEMENS; BROWN; CALHOUN, 2008).

6 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A clínica da SBD é muito ampla podendo ser associada a diferentes enfermidades. Clinicamente é caracterizada pela presença de dor pélvica crônica, período superior a seis meses associado a um sintoma urinário. Sendo os sintomas urinários como disúria, noctúria, frequência

miccional, urgência miccional, dor e/ou desconforto pélvico associado ao enchimento vesical com alívio após o esvaziamento (PYO JS & CHO WJ, 2016).

Geralmente, o quadro clínico apresenta-se de forma episódica com períodos de agudização e fases de remissão. A fase de exacerbação mais evidenciada entre as pacientes é durante o período pré-menstrual, e após além disto o consumo de alimentos ácidos como tomate, frutas cítricas comidasapimentadas entre outros (PYO & CHO, 2016).

7 DIAGNÓSTICO

A Sociedade Europeia para estudo da SBD/CI (ESSIC) em 2008 sugeriu um diagnóstico baseada em três etapas guias fundamentais ao êxito diagnóstico. Neste processo é necessário primeiramente a presença de sinais e sintomas clínicos como dor pélvica crônica (podendo ser referida como pressão, dor ou desconforto), presença de sintomas urinários irritativos (p.ex. noctúria, disúria, urgência e/ou frequência miccional), além de dispareunia e odor vaginal. Tendo em vista este aspecto, é fundamental nesta primeira fase, elaborar um diário miccional para melhor compreensão clínica (FOSTER et al., 2010).

Na segunda etapa diagnóstica, é de suma importância a exclusão de outras enfermidades que possam se manifestar de forma similar a SBD. Deste modo, deve-se investigar e excluir doenças como carcinoma vesical, doenças infecciosas (p.ex. cistite, clamídia, herpes vírus, papilomavírus humano – HPV), endometriose, divertículos, cânceres ginecológicos, retenção urinária, dor associada ao nervo pudendo ou a musculatura do assoalho pélvico. Para isto, a investigação pode se apoiar na anamnese, exame físico, exames laboratoriais como Elementos Anormais do Sedimento (EAS), urocultura, análise do volume residual pós-miccional, entre outros exames existentes, mas deve-se sempre atentar para o uso consciente e necessário a cada paciente, reduzindo a exposição desnecessária a exames (FOSTER et al., 2010).

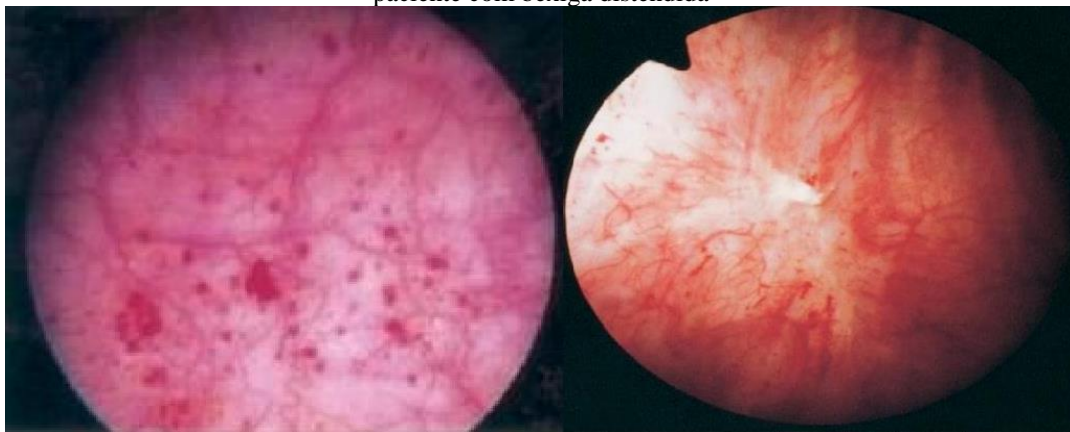
Dentro deste aspecto investigativo desenvolvido na segunda etapa diagnóstica, há dois exames laboratoriais bastante utilizados entre a classe médica, sendo o uso de marcadores urinários e o teste de sensibilidade ao potássio (TSP). Os marcadores urinários é um exame pouco invasivo feito pela análise da urina coletada e posteriormente centrifugada e analisada por microscopia, portanto, é útil no diagnóstico precoce da SBD mesmo não havendo marcador sensível e específico suficiente para seu uso como teste diagnóstico (FOSTER et al., 2010).

Entre marcadores mais prevalentes entre pacientes com esta enfermidade é a presença de Fator de Crescimento Epidérmico (EGF), Fator de Crescimento Ligado à Insulina 3 (IGF-3) e Interleucina 6 (IL-6). Existem outros em quantidades diminuídas: Fator de Crescimento Epidérmico Ligado a Heparina (HB-EGF) e monofosfato cíclico de guanosina. Já

o teste de sensibilidade ao potássio é um exame qual realiza a infusão intravesical de cloreto de potássio, seu uso é indicado pois a fisiopatologia associada a SBD está relacionado a perda da mucina urotelial e a penetração de potássio advindo da urina no endotélio vesical. Assim sendo, o TSP permite identificar o aumento da permeabilidade ao potássio, verificando a presença de dor ou urgência miccional durante o processo de instilação da solução (VAN DE MERWE et al, 2008).

A terceira e última etapa diagnóstico é baseada na investigação por citoscopia (uretrrocistoscopia). Um exame endoscópico que avalia as vias urinárias baixas, com visualização dos segmentos uretrais e da bexiga, além disto, este exame permite a realização da biópsia endoscópica. Durante a realização da citoscopia pode-se evidenciar úlceras de Hunner, e glomerulações após a hidrodistensão vesical, conforme ilustrados na imagem abaixo (VAN DE MERWE et al, 2008).

Figura 1—Imagens endoscópicas correspondendo respectivamente as glomerulações e asúlceras de Hunner em paciente com bexiga distendida



Fonte: Adaptado de Rossol (2007).

Ambos achados confirmam o diagnóstico citoscópico, porém, apresentam baixo valor prognóstico, visto que pode ser identificado em pacientes assintomáticos e por vezes ausentes em pacientes sintomáticos. Sendo necessário salientar que não há consenso quanto aos achadoscistoscópicos que fazem o diagnóstico da patologia, a não ser a presença de Úlceras de Hunner. Quanto as biópsias, os achados histológicos positivos apresentam: tecido com infiltrado inflamatório e/ou tecido de granulação e/ou a presença de mastócitos e /ou fibrose intrafascicular. Por fim, evidencia-se que citoscopia normal não exclui o diagnóstico de SBD (HANNO; DMOCHOWSKI, 2008).

8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A investigação da síndrome da bexiga dolorosa deve ser realizada de forma ampla e minuciosa, tendo em vista que esta apresenta sintomatologia comum a diferentes enfermidades além de poder se manifestar simultaneamente a outras patologias (FREITAS, 2014).

Portanto, os diagnósticos diferenciais da SBD são:

- Carcinoma/carcinoma in situ
- Infecções (cistite bacteriana aguda, crónica ou recorrente, infecção por clamídia, ureaplasma, mycoplasma, corynebacterium, cândida, mycobacteriumtuberculosis, herpes simplex, papiloma vírus humano)
- Cistite por radiação ou quimioterapia
- Obstrução do colo da bexiga
- Litíase vesical
- Divertículo uretral
- Prolapso urogenital
- Carcinoma da próstata, útero ou ovários
- Esvaziamento vesical incompleto
- Síndrome de bexiga hiperativa
- Endometriose

Tabela 1–Aspectos diferenciais e/ou comuns entre outras enfermidades a SBD
Diagnóstico diferencial e sua associação a SBD

<i>Endometriose</i>	Pode manifestar com dor pélvica, sintomas urinários, dispareunia e dismenorreia.
<i>Síndrome da Bexiga Hiperativa</i>	Clinicamente muito comum, a imperiosidade é o desejo miccional súbito e de difícil controle, por vezes associado a perda urinária involuntária.
<i>Infecções do Trato Urinário (ITU)</i>	Sintomas muitos semelhantes, por vezes a recorrência dos sintomas pode confundir aSBD com ITU.
<i>Carcinoma Urotelial da Bexiga</i>	Hematúria, sintomas urinários irritativos, citoscopia por com glomerulações.
<i>Vulvodínia</i>	Dor vulvar e dispareunia. Diferencia-se da SBD devido à ausência de emergência e frequência miccional.

Fonte: Adaptado de Freitas (2014).

9 TRATAMENTO

Frente ao diagnóstico de síndrome da bexiga dolorosa, é fundamental ao médico iniciar o quanto antes as medidas educativas que compõem a primeira linha de tratamento da SBD

conforme o indicado pelas diretrizes brasileiras, para isto é necessário o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (ROSAMILIA, 2005).

Dentre estas estão incluídas modificações na dieta visando o baixoconsumo em café, chá, frutas cítricas, bebidas gaseificadas, bebidas alcoólicas, bananas, tomates, comidas apimentadas, adoçantes artificiais, vitamina C e produtos derivados do trigo. Sendo recomendado o acompanhamento com nutricionista quanto possível. Outro aspecto a ser transformado são os hábitos de vida, sendo importante a cessação do tabagismo, drogas ilícitas e sedentarismo (ROSAMILIA, 2005).

Atualmente, vem se abordando e crescendo muito a abordagem fisioterápica do assoalho pélvico para pacientes com disfunção do assoalho da musculatura do assoalho pélvico a fim de aumento o tônus muscular e garantir alívio dos sintomas urinários e das dores pélvicas. Ademais, é de extrema importância o suporte psicológico e/ou psiquiátrico aos pacientes portadores da síndrome da bexiga dolorosa, tendo em vista que a doença é responsável por um impacto negativo na qualidade de vida destes pacientes devido a dores crônicas por vezes incapacitantes (FONSECA et al, 2011).

10 FÁRMACOS

Conforme a necessidade do paciente o uso de medicações é indispensável tendo em vista a redução da qualidade de vida promovida em muito das vezes pela dor crônica. Atualmente a primeira linha de medicamento indicado no Brasil é o uso de amitriptilina, fármaco da classe dos antidepressivos tricíclicos com propriedades analgésicas, anti-histamínicas, anticolinérgicas e sedativas, além do uso no tratamento da depressão. Seu uso é orientado pelas diretrizes brasileiras na dosagem de 50 a 75 mg (FONSECA et al, 2011).

Além deste, ainda pode-se utilizar a cimetidina, um bloqueador H1 que atua na estabilização dos mastócitos com ação anti-inflamatória. Recomenda-se uma dose de 800mg por dia, dividida em duas tomadas de 400mg. Contudo, seu uso é pouco comum visto seu potencial de interação com outros fármacos (reduzindo o metabolismo hepático) (FONSECA et al, 2011).

11 MEDICAÇÕES INTRAVESICAIS

Dentre as medidas terapêuticas se tem a opção de realizar procedimentos mais invasivos, os quais são indicados para casos mais graves e/ou que não corresponderam as intervenções anteriores. Um dos procedimentos comumente realizados é o uso de medicações intravesical, podendo ser utilizados fármacos como o dimetilsulfóxido, heparina, ácido

hialurônico ou lidocaína conforme os sintomas do paciente. Contudo, ambos os fármacos apresentam propriedade analgésica e/ou anti-inflamatório visando o alívio dos sintomas a curto e/ou médio prazo (FREITAS, 2014).

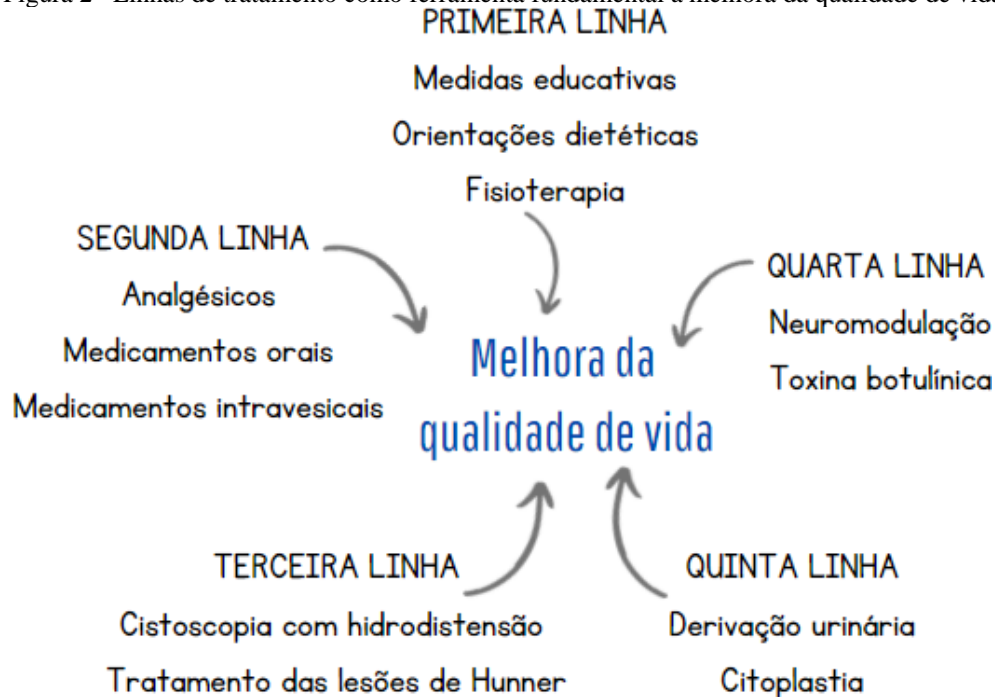
12 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

São considerados a quarta linha de tratamento as SBD, dentre eles estão inclusos a hidrodistensão, tratamento endoscópico da lesão de Hunner uso de toxina botulínica A (BTX-A), neuromodulação sacral e o uso de procedimentos radicais como a derivação urinária com ou sem cistectomia (FREITAS, 2014).

Ao que se refere a hidrodistensão, este é um procedimento com benefícios de curta duração (variando entre 1 a 3 meses), sendo bastante utilizado. A terapia endoscópica das lesões de Hunner é realizado por secção ou ablação com resultados benéficos, contudo, seu uso é pouco disseminado visto que as lesões têm formação recorrentes requerendo novas abordagens. Já a utilização da toxina botulínica A (BTX-A) é uma opção para pacientes refratários, seus benefícios apresentam-se por períodos moderados (entre 9 a 10 meses) e para maiores resultados se faz necessário uso de injeções repetidas (SANTOS, 2018).

Quanto a neuromodulação sacral, pode-se destacá-la como uma boa opção terapêutica após falha terapêutica a diferentes tratamentos, contudo, seu alto custo faz com que este não seja um procedimento amplamente disponível, mesmo com estudos evidenciando melhora entre 42% a 95% dos pacientes que submeteram a neuromodulação sacral. Por fim, os procedimentos radicais englobam a realização de derivações urinárias, exclusivas as exceções que não corresponderam a nenhuma forma de tratamento, e indicado a pacientes com sintomatológica incapacitante (SANTOS, 2018).

Figura 2 –Linhas de tratamento como ferramenta fundamental a melhora da qualidade de vida



Fonte: Adaptado de Fonseca (2011).

13 CONCLUSÃO

Apesar da etiologia da Síndrome da Bexiga Dolorosa (SBD) ainda não ser completamente conhecida, percebe-se avanços notáveis no conhecimento da fisiopatologia desta doença. O presente estudo destaca a importância de uma história clínica detalhada e exame físico minucioso para a investigação da SBD.

Esta patologia possui uma ampla apresentação clínica e os achados são compatíveis com diversas enfermidades, portanto, o diagnóstico da SBD deve ser recordado quando os pacientes relatarem a presença de dor pélvica juntamente a sintomas urinários, onde estes não são melhor explicados por doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial. Apesar da etiologia ainda não ser completamente conhecida, percebe-se avanços notáveis no conhecimento da fisiopatologia desta doença.

Mediante o exposto, a SBD possui um grande impacto na qualidade de vida do paciente, passível de redução dos danos e alívio dos sintomas quando diagnosticada de forma precoce e tratada de forma correta.

REFERÊNCIAS

- CARRERETTE, F.B.; SALUSTIANO, P.R.; **Síndrome da dor pélvica crônica.** Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Disponível em: <<https://www.urologiauerj.com.br/livro-uro/capitulo-19.pdf>> Acesso em 10 de agosto de 2021.
- CLEMENS JQ, BROWN SO, CALHOUN EA. **Mental health diagnoses in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a case/control study.** J Urol 2008; 180(4):1378-82.
- CLEMENS, J.Q. et al. **Prevalence and incidence of interstitial cystitis in a managed care population.** J Urol. 2005 Jan;173(1):98-102; discussion 102. doi: 10.1097/01.ju.0000146114.53828.82. PMID: 15592041. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/143393058.pdf>>. Acesso em 01 de agosto de 2021.
- FONSECA, Andrea Moura Rodrigues Maciel da et al. **Síndrome da dor vesical/cistite intersticial: aspectos atuais.** Femina, p. 365-372, 2011.
- FOSTER HE Jr et al. **Interstitial Cystitis Collaborative Research Network. Effect of amitriptyline on symptoms in treatment-naïve patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome.** J Urol. 2010 May;183(5):1853-8. doi: 10.1016/j.juro.2009.12.106. Epub 2010 Mar 29. PMID: 20303115; PMCID: PMC2861998.
- FREITAS, Lúcia Sofia Machado de. **Diagnósticos diferenciais da cistite intersticial/síndrome doloroso vesical.** 2014. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, FMUP. Março, 2014. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/143393058.pdf>>. Acesso em 01 de agosto de 2021.
- HANNO P, DMOCHOWSKI R. **Status of international consensus on interstitial cystitis/bladder pain syndrome/painful bladder syndrome: 2008 snapshot.** Neurourol Urodyn. 2009;28(4):274-286. doi:10.1002/nau.20687
- OFFIAH I, MCMAHON SB, O'REILLY BA. **Interstitial cystitis/ bladder pain syndrome: diagnosis and management.** Int Urogynecol J 2013;24(8):1243 – 56.
- PALMA, Paulo et al. **Cistite Intersticial: Novas Perspectivas Terapêuticas.** Divisão de Urologia Feminina, Unicamp. Prática Hospitalar, Ano XII, Nº 67, Jan-Fev/2010.
- PARSONS CL. **The role of the urinary epithelium in the pathogenesis of interstitial cystitis/prostatitis/urethritis.** Urology 2007; 69(4):9-16
- PETERS KM, CARRICO DJ, IBRAHIM IA, DIOKNO AC. **Characterization of a clinical cohort of 87 women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome.** Urology 2008; 71(4):634-40
- PYO JS, CHO WJ. **Systematic Review and Meta-Analysis of Intravesical Hyaluronic Acid and Hyaluronic Acid/Chondroitin Sulfate Instillation for**

InterstitialCystitis/PainfulBladderSyndrome.CellPhysiolBiochem. 2016;39(4):1618-25. doi: 10.1159/000447863. Epub 2016Sep 15. PMID: 27627755.

ROSAMILIA A. **Painfulbladdersyndrome/interstitialcystitis. Best Pract Res ClinObstetGynaecol.** 2005 Dec;19(6):843-59. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2005.08.004. Epub 2005 Sep 19. PMID: 16176886.

ROSSOL, Alessandro. **Cistite Crônica.** Disponível em:<<http://www.alessandrorossol.com.br/blog/cistite-crônica/>>. Acesso em 01 de agosto de 2021.

SANTOS, T.G. **Síndrome da bexiga dolorosa: diagnóstico e terapêutica inicial.** Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/382-sindrome-da-bexiga-dolorosa-diagnostico-e-terapeutica-inicial>> Acesso em 10 de agosto de 2021.

SANTOS, Thaís Guimarães et al. **Revisão sistemática sobre terapia oral para tratamento dos sintomas da síndrome da bexiga dolorosa: as diretrizes brasileiras.** Rev Bras Ginecol Obstet 2018; 40(02): 096-102 DOI: 10.1055/s-0037-1609049.

Van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. **Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal.** Eur Urol.2008;53(1):60-67. doi:10.1016/j.eururo.2007.09.019