



Transtorno da Dor Gêrito-Pélvica/Penetração - Transtorno Sexual Doloroso Feminino

Dr Beth Shelly, PT, DPT, WCS, BCB PMD
www.bethshelly.com

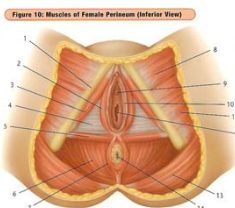
Pontos

- Avaliação de admissão e anamnese
- Palpação vaginal
- Eletromiografia (EMG)
- Tratamento



Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) Feminino

- **Músculos genitais superficiais**
 - Transverso superficial do períneo
 - Bulboesponjoso
 - Isquiocavernoso
- **Membrana perineal**
 - Compressor da uretra
 - Uretrovaginal
- **Esfíncter uretral**
- **Diafragma Pélvico**
 - Elevador (levantador) do ânus
 - Pubococcigeo (pubovisceral)
 - Puborretal
 - Iliococcigeo
 - Coccigeo (isquiococcigeo)



Definições da International Continence Society (ICS) (Rogers 2018)

- Relação sexual obstruída: Relações sexuais vaginais difíceis ou impossíveis devido a uma obstrução por prolapso genital, vagina reduzida ou condições patológicas como líquen plano ou esclerose líquenosa.
- Encurtamento vaginal: Percepção de uma vagina curta pela mulher ou seu parceiro
- Vagina estreita:
 - Estreitamento introital: a entrada na vagina é difícil ou impossível (pênis ou brinquedo sexual)
 - Estreitamento vaginal: diminuição do calibre vaginal

International Continence Society Definitions (ICS) (Rogers 2018)

- Vagina com cicatrizes: percepção do parceiro de uma vagina "rígida" ou de um corpo estranho na vagina (pontos, exposição da malha, encolhimento da malha).
- Dispareunia: queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa de penetração ou à penetração vaginal completa.
 - Dispareunia superficial (de Intróito): queixa de dor ou desconforto na entrada vaginal ou no intróito vaginal.
 - Dispareunia profunda: queixa de dor ou desconforto na penetração profunda (porção média ou superior da vagina)

International Continence Society Definitions (ICS) (Rogers 2018)

- Dispareunia por movimento peniano: dor causada e dependente do movimento peniano.
- Dor não-coital: dor induzida sem penetração
- Dor pós-coital: dor depois da penetração, como sensação de queimação vaginal ou dor pélvica.
- Vaginismo: espasmo recorrente ou persistente da musculatura vaginal que interfere na penetração vaginal

Transtorno da Dor Gênitopélvica/ Penetração (ICS)

- Dificuldades persistentes ou recorrentes em 1 ou mais dos seguintes pontos:
 - Penetração vaginal durante a relação sexual
 - Dor vulvovaginal ou pélvica acentuada durante tentativas de penetração ou penetração
 - Medo ou ansiedade acentuada com relação à dor vulvovaginal ou pélvica antes, durante ou depois da penetração vaginal
 - Tensão ou contração acentuada da musculatura do assoalho pélvico (MAP) durante tentativa de penetração vaginal.

5 dimensões do Transtorno da Dor Gênitopélvica/ Penetração (Binik 2010)

- Índice de sucesso de penetração vaginal
- Dor com a penetração vaginal
- Medo de penetração ou dor
- Disfunção dos MAP
- Comorbidades médicas

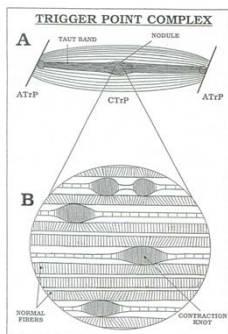


Disfunções dos MAP

- Hiperatividade – aumento de atividade eletromiográfica dos MAP em repouso ou quando deveriam estar relaxados
- Mialgia – dor à palpação dos MAP sem aumento da ativação muscular
- Mialgia por tensão – dor à palpação dos MAP com aumento da ativação muscular
- Dor miofascial / ponto gatilho – nódulo hiperirritável localizado dentro de uma banda tensa do músculo. (Spitznagle 2014)

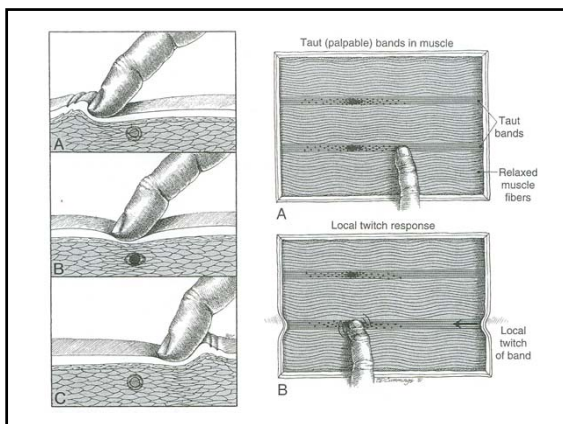
Disfunções dos MAP

- Dor miofascial / ponto gatilho
- nódulo hiperirritável
- localizado dentro de uma banda tensa do músculo.
- (Spitznagle 2014)



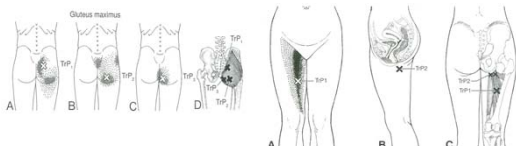
Disfunções dos MAP

- Dor miofascial / ponto gatilho
 - Compressão do ponto gatilho – dor local significativa. Sinal de ressalte (“pulo”). Maior confiabilidade.
 - Resposta local de contração muscular: rotação do dedo na banda muscular = contração local. Menor confiabilidade.



Disfunções dos MAP

- Dor miofascial / ponto gatilho
 - Dor referida, MAP = sacro, OI = sacro e coxa posterior
 - A identificação geral de ponto gatilho não é confiável (Lucas 2009)



Etiologia do Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração

- Fatores biológicos
 - Tônus muscular aumentado
 - Pele
 - Dor em órgãos



- Fatores psicossociais

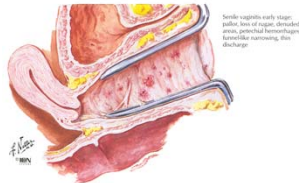


Fatores biológicos

- Tônus muscular aumentado – tensão aumentada no tecido à palpação (Haefner 2005, Reissing 2004)
 - Contrátil – hiperatividade dos MAP
 - Atividade (EMG) elevada em repouso – medo, dor neurogênica
 - Contração excessiva antes ou no início da penetração
 - Não contrátil
 - EMG normal
 - Contratura do tecido conjuntivo – radiação, cicatrização cirúrgica, patologia

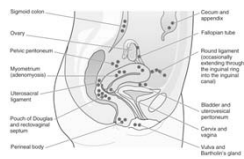
Fatores biológicos

- **Pele**
 - Sensibilidade aumentada - local ou global
 - Atrofia



Fatores biológicos

- **Dor em órgãos**
 - Prolapso de órgão pélvico
 - Adesões – endometriose, cirurgia
 - Síndrome da bexiga dolorosa / cistite intersticial
- **Pode ter desejo sexual normal (Lue 2004, Bason 2004)**



Fatores psicossociais

(Simon 2018; Frederick 2016)

- **Fadiga**
- **Estresse**
- **Auto-estima**
- **Problemas de relacionamento**
- **Comorbidades**
- **Crenças religiosas, culturais ou pessoais sobre sexualidade**
- **Baixa libido**



Fatores psicossociais

(Simon 2018; Frederick 2016)

- Resposta geral ao estresse – contração dos MAP em resposta a situações ameaçadoras (van der Velde 2001)
- Medo da dor e penetração – evitação fóbica (Lue 2004, Haefner 2005, Bason 2004, Binik 2010, Reissing 2004, Silverstein 1989; Lieblum 1989)



Ocorrência

- Sobreviventes de câncer ginecológico – dispareunia após cirurgia e / ou radiação (White 2006)
 - 67% relataram dispareunia
 - 55% relataram dor superficial
 - 40% relataram dor profunda
 - 36% relataram tanto dores superficiais quanto profundas

Ocorrência

- Prevalência em clínicas especializadas em disfunção sexual
 - 5-17% (Harish 2012)
 - Motivos pelos quais as pacientes pediram transferência de embriões sob sedação (Souza 2018 Rio)
 - Ansiedade (27%)
 - Medo (27%)
 - Reação exagerada (23%)



Ocorrência

- Dor miofascial em MAP (Bassaly 2011)
 - Reportada por 78.3% das pacientes com CI
 - 67.9% das pacientes apresentaram várias áreas com pontos-gatilho



Avaliação do Transtorno da Dor Gênero-Pélvica/Penetração

- Um estudo investigou o diagnóstico de vaginismo feito por fisioterapeutas, médicos e por psicológicos (Reissing 2004)
 - Má concordância diagnóstica. Incapacidade de diferenciar o vaginismo da vestibulodinia provocada (vestibulite vulvar)
 - Mulheres com vaginismo apresentaram tônus mais elevado nos MAP e maior ocorrência de comportamentos de angústia e de esquivas defensivas
- Validade preditiva do vaginismo - aumento significativo de pensamentos catastróficos sobre dor (Borg 2011)

Psicossocial / Família / Trabalho

- Nível de atividade e exercícios regulares
- Relacionamento estável com boa comunicação
- Reação ao estresse



Sensibilização Central

- Preditor mais forte – dor desproporcional e não mecânica. Padrão imprevisível de provocação da dor.
- Regressão logística - agrupamento de 3 sintomas e 1 sinal preditivo de SC (Smart 2012)
 - Dor desproporcional, não mecânica e padrão imprevisível de provocação da dor
 - Dor desproporcional ao tipo de lesão ou patologia – baixa tolerância à dor
 - Forte associação com fatores psicossociais desadaptativos (emoções negativas, baixa auto-eficácia, comportamentos dolorosos)
 - A dor responde ao estresse e à ansiedade
 - Áreas difusas e não anatómicas de dor e dor à palpação, “disseminação” da dor

Sensibilização Central

- Dor que persiste por mais de 12 semanas
- Dor aumentada por pequenos ou sem movimentos
- Queimação, esmagamento, alodinia ou hiperalgesia
- Vários sistemas envolvidos – sono, bexiga, intestino, músculos, articulações, sistema imunológico
- Depressão, prevenção do medo, catastrofização
- Falha em tratamentos anteriores – baixa adesão ao tratamento atual
- “Questionário da Sensibilização Central” - Central sensitization questionnaire (Mayer 2012) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248986/>

Instrumentos de medida

- Vulvar questionnaire
- PISQ-IR - Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (Constantine 2017)
- FSFI – Female Sexual Function Index



Perguntas sobre Dispareunia

- Frequência de interação sexual
 - Varia amplamente entre a população em geral
 - Não existe uma frequência considerada “normal” de relações sexuais
 - “Você consegue ter relações sexuais sempre que quiser?”
- Falta de desejo e excitação limitada
 - Problemas comuns em pacientes com dor pélvica
 - Pode exigir a intervenção de um terapeuta sexual
 - Durante a excitação, a lubrificação e ingurgitamento dos tecidos vaginais prepara a vagina para a penetração

Você sente dor na penetração inicial ou com penetração profunda?

- A dor de entrada / início da penetração geralmente está associada a
 - Cicatrizes introitais aderidas (episiotomia, cirurgia vaginal)
 - Lesões dermatológicas (líquen escleroso, vaginismo)
 - Vulvodinia
- A dor profunda pode estar associada a
 - Espamos de MAP
 - Disfunção de órgãos, aderências abdominais

Quanta dor você tem e quanto tempo ela dura?

- A dor é geralmente quantificada com uma escala visual ou numérica
- A duração da dor após a relação sexual pode indicar grau de irritabilidade tecidual
- Dor que aumenta durante a relação sexual pode estar relacionada a fricção ou irritabilidade
- Dor que melhora à medida que a relação sexual avança pode ser tensão

Escalas complexas podem ser usadas para determinar função sexual

- 0 – sem dor ou limitação de relação sexual
- 1 – alguma dor na relação sexual, mas sem limitação na frequência de atividade sexual
- 2 – dor significativa com relação sexual e limitação na frequência de atividade sexual
 - O nível 2 pode ser esclarecido com informações sobre a porcentagem de relações sexuais bem-sucedidas
- 3 – dor intensa e incapacidade de tolerar qualquer penetração – número de meses

A posição sexual afeta a dor?

- Que posição torna o ato menos doloroso?
- Mais doloroso?
- Diferenças na dor são encontradas em posições variadas
- A discussão sobre posições sexuais pode ser simples ou muito complexa, exigindo encaminhamento para outros profissionais
- Algumas possíveis preocupações com posições comuns incluem:
 - “homem em cima”: maior pressão nas estruturas posteriores da vagina
 - “mulher por cima”: mais penetrante; as mulheres tem mais controle sobre a profundidade
 - “de quatro” (quadrúpede com entrada traseira): menos movimento / trauma de órgãos
 - “conchinha” (de lado, com o homem por trás): menos penetração

Você consegue alcançar o orgasmo?

- Há aumento de dor com o orgasmo?
- O orgasmo é um processo complexo e raramente é facilmente interpretado
- O orgasmo é parassimpático
- Dor com orgasmo pode indicar espasmo dos MAP



Avaliação músculo-esquelética do tronco, pelve, quadril

- Amplitude de movimento do quadril para posições sexuais – adutores, glúteos, piriformes
- Relaxamento da parede abdominal
- Disfunção articular



Referências

- [Constantine ML, Pauls RN, Rogers RB, Rockwood TH.](#) Validation of a single summary score for the Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2017 Dec;28(12):1901-1907.
- [Harish T, Krishna Prasad M, Murthy P.](#) Successful management of vaginismus: An eclectic approach. *Indian J Psychiatry.* 2012 Oct-Dec; 54(4): 391-392.
- [Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Hee Choi Y, et al.](#) The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory (CSI). *Pain Pract.* 2012 Apr; 12(4): 276-285.
- [Rogers RG, et al.](#) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction, Neurourology and Urodynamics. 2018;37:1220-1240.
- [Spitznagle TM, Robinson CM.](#) Myofascial pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014 Sep;41(3):409-32
- [Van der Velde J, Laan E, Everaerd W.](#) Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *Int Urogynecol J* 2001;12:328-331.



Perguntas?

www.bethshelly.com