

Capítulo 7 - Cistite Intersticial

Maurício J. Bruschini Rodrigues Netto

Cistite intersticial, atualmente também conhecida como Síndrome da Bexiga Dolorosa, é uma doença de definição e diagnóstico difícil. A definição mais usada é a da SUFU (the *Society for Urodynamics and Female Urology*): “Uma sensação desagradável (dor, pressão, desconforto) relacionada com a bexiga, associada com sintomas do trato urinário inferior com mais de seis semanas de duração, na ausência de infecção ou outras causas identificáveis”. Ocorre com frequência nove vezes maior em mulheres do que em homens. A caracterização da doença se baseia na sintomatologia clínica, não existem marcadores específicos. Por isso devemos realizar uma história detalhada sobre os sintomas que mais comumente se apresentam como frequência aumentada (diurna e noturna), urgência e dor suprapúbica ou perineal geralmente relacionada com enchimento vesical. Caracterizar com detalhes início, duração, periodicidade das crises, tentar associar o aparecimento da dor com algum alimento, bebida ou atividade específica. Fazer exame físico detalhado, além dos exames laboratoriais de urina e citologia urinária, descartando infecção urinária e tumor de bexiga.

A cistoscopia e a urodinâmica devem ser utilizadas apenas nos casos mais complexos e não são necessárias nas apresentações mais simples.

A quantificação inicial dos sintomas urinários e níveis de dor devem ser anotados para podermos acompanhar o resultado dos tratamentos realizados.

Diagnóstico diferencial

Entre os principais diagnósticos diferenciais precisamos excluir: infecção urinária, tumor de bexiga, hiperatividade do detrusor, tuberculose urinária, cálculo vesical e divertículo uretral.

Conduta

Existem vários tratamentos que podem ser oferecidos, divididos em grupos considerando o balanço entre os potenciais riscos e benefícios para o paciente, severidade dos efeitos colaterais e reversibilidade do tratamento. A escolha do tratamento depende do nível de sintomas, julgamento do médico assistente e preferências do paciente.

Primeira linha – explicar o funcionamento normal da bexiga, a doença com suas possíveis causas e sua apresentação insidiosa e crônica. Orientar sobre a possibilidade de que vários tratamentos precisam ser realizados antes de se conseguir o controle adequado do problema. Na medida do possível, tentar reduzir o *stress* que costuma piorar os sintomas, além da modificação de hábitos e comportamentos que podem melhorar o quadro clínico.

Segunda linha – evitar exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, como Kegel. Usar medicamentos sistêmicos como: 1) amitriptilina em doses de 25 mg a 100 mg ao dia preferencialmente a noite, pois os principais efeitos colaterais são sonolência e náuseas; 2) cimetidina na dose de 400 mg duas vezes ao dia com poucos efeitos colaterais; 3) hidroxizina na dose de 10 mg a 75 mg uma vez ao dia com poucos efeitos colaterais como fraqueza e discreta sonolência; 4) pentosan polissulfato na dose de 100 mg três vezes ao dia com baixa incidência de efeitos colaterais.

Usar medicamentos intravesicais como: 1) DMSO (RIMSO) o esquema mais usado é a instilação vesical quinzenal de 50 ml na concentração de 50% com retenção na bexiga por 15 minutos. Depois de quatro aplicações, espaçar o tratamento; 2) Heparina com alguns esquemas descritos variando de 10 mil a 40 mil UI diluídos em 10 ml de água destilada até três vezes por semana; 3) Lidocaína vários esquemas utilizados inclusive associado com heparina e triancinolona.

Terceira linha – cistoscopia sob anestesia realizando hidrodistensão de curta duração (10 minutos) e com baixa pressão (60 cm a 80 cm de H₂O). Se for encontrada úlcera de Hunner, realizar a cauterização do local (laser ou eletrocautério) ou injeção de triancinolona.

Quarta linha – neuromodulação realizar o teste de neuroestimulação, se houver melhora, implante definitivo do estimulador.

Quinta linha – ciclossporina A ou toxina botulínica tipo A, podem ser administradas se outros tratamentos não foram eficientes e o paciente aceitar, lembrando a possibilidade do paciente precisar de cateterismo intermitente após injeção da toxina.

Sexta linha – tratamento cirúrgico como cistoplastia ou derivação urinária.

Tratamentos que não devem ser utilizados: antibioticoterapia de longa duração, BCG intravesical, hidrodistensão de longa duração com alta pressão e resinferatoxina, corticoide oral de longa duração.

Leitura recomendada

1. Philip M. Hanno e cols. *Diagnosis and treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome, American Urological Association (AUA) Guidelines 2011.*