**PO24 ABORDAGEM DO PLEXO HIPOGÁSTRICO INFERIOR E DE RAIZES SAGRADAS EM DOR PÉLVICA CRÓNICA – CASO CLÍNICO**

Mariano Veiga(1); João Galacho(1); Lucindo Ormonde(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução:
A dor pélvica é uma dor com origem visceral ou somática, localizada à região pélvica, parede
abdominal anterior, região lombo-sagrada ou nádegas. 1
Os plexos hipogástricos contêm fibras eferentes simpáticas pré e pós ganglionares, fibras
parassimpáticas pré-ganglionares e fibras aferentes viscerais.
O plexo hipogástrico inferior é uma estrutura com dois componentes, um esquerdo e um
direito, interconectadas, na região anterior do sacro (ventral ao 2º, 3º e 4º forâmen) de cada
lado do reto. Este plexo é formado por fibras eferentes simpáticas, fibras pré-ganglionares
parassimpáticas dos nervos esplâncnicos e fibras aferentes viscerais. 2
A abordagem do plexo hipogástrico inferior parece ter particular interesse em doentes com
dor que envolva o pénis, vagina, reto, ânus, períneo e região pélvica baixa.
A radiofrequência pulsada do gânglio da 3ª raíz sagrada (S3), conjuntamente com o bloqueio
do plexo hipogástrico inferior parece produzir melhores resultados em doentes com
endometriose refratária e dor na região pélvica baixa. 3

Caso Clínico
Descrevemos o caso de um homem, de 62 anos, com história de três cirurgias transuretrais à
próstata em 2019, após as quais desenvolveu quadro de dor pélvica crónica.
Após a primeira avaliação, verificou-se que durante o processo de quadro álgico crónico, o
doente terá sido diagnosticado com prostatite crónica, tendo realizado múltiplos ciclos de
antibioterapia sem qualquer melhoria clínica.
À nossa avaliação, o doente apresentava queixas de peso pélvico, ardor miccional e alodínia
cutânea que impossibilitava uso de algum vestuário, com importante impacto na sua
qualidade de vida.
Na primeira abordagem, e depois de excluída patologia urológica que justificasse as queixas,
iniciou-se medicação oral (gabapentinóides, antidepressivo tricíclico, inibidor da recaptação de
noradrenalina e serotonina), sem resultados positivos.
Desta forma, foi decidido avanção para a realização de radiofrequência pulsada de gânglio da
raíz dorsal (DRG) de S3 bilateralmente e bloqueio de plexo hipogástrico inferior.
A técnica foi realizada sob controlo fluoroscópico e anestesia local, com confirmação
posicional sob administração de contraste iodado e estimulação sensitiva de DRG de S3
bilateralmente.

Foram administrados 6ml por lado de uma mistura de bupivacaína a 0.1%+8mg de
dexametasona.
Durante o follow up do doente, aos 2, 4 e 6 meses, o doente nega alodínia cutânea, ardor
miccional e melhoria da sensação de peso pélvico. Foi possível titular negativamente a
gabapentina (até à sua suspensão), mantendo apenas o antidepressivo tricíclico em baixa
dose.

Discussão
As técnicas de intervenção em dor pélvica são estratégias obrigatórias de figurar durante a
abordagem clínica destes doentes, com refratariedade ao tratamento conservador.

1 – Anesth Pain Med. 2021February; 11(1)
2 – Pain Physician 2007; 10:757-763
3 – J Pers Med. 2022 Jan 13;12(1):101