

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVI

Capítulo 2

ENDOMETRIOSE

MARINA PORTO NASSIF¹
CESAR AUGUSTO WESCHENFELDER¹
LEONARDO LEIVAS¹
ANTÔNIA STUMPF MARTINS¹

¹Graduação em Medicina concluída pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Palavras-Chave: Endometriose; Infertilidade; Dor.

DOI

10.59290/5721209200

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma condição ginecológica crônica, inflamatória e estrogênio-dependente, que afeta aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva, representando uma das principais causas de dor pélvica crônica e infertilidade feminina. Caracteriza-se pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina, envolvendo predominantemente os ovários, ligamentos uterossacros, peritônio pélvico e, em casos avançados, órgãos extragenitais como bexiga, ureteres e trato gastrointestinal.

Apesar de ser uma entidade clínica reconhecida há mais de um século, a endometriose ainda impõe desafios diagnósticos e terapêuticos importantes. A doença exerce considerável impacto negativo sobre a qualidade de vida das pacientes, com repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas. Este capítulo revisa, com base em evidências científicas atualizadas, os principais aspectos da etiopatogenia, clínica, diagnóstico e abordagem terapêutica da endometriose.

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A etiologia da endometriose é multifatorial e ainda não completamente esclarecida. A teoria mais amplamente aceita é a da menstruação retrógrada (teoria de Sampson), segundo a qual o refluxo de sangue menstrual através das tubas uterinas leva à implantação de células endometriais viáveis na cavidade peritoneal. No entanto, essa hipótese não explica todos os casos, especialmente os de localização extrapélvica. Outros mecanismos propostos incluem:

1. Teoria da metaplasia celômica: Propõe a transformação de células peritoneais em tecido endometrial sob estímulo hormonal ou inflamatório.

2. Teoria da disseminação linfática e hematogênica: Explica casos de endometriose em locais distantes, como pulmões e sistema nervoso central.

3. Teoria imunológica: Propõe que disfunções no sistema imune permitem a sobrevivência e implantação de células endometriais ectópicas.

4. Teoria genética e epigenética: Estudos demonstram agregação familiar e polimorfismos associados à susceptibilidade à doença.

A fisiopatologia da endometriose envolve resposta inflamatória crônica, neoangiogênese, resistência à progesterona e aumento da produção local de estrogênio, perpetuando o processo inflamatório e a manutenção dos implantes.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A apresentação clínica da endometriose é variável e nem sempre correlaciona-se com a extensão anatômica da doença. Os sintomas mais comuns incluem:

1. Dismenorreia severa
2. Dor pélvica crônica
3. Dispareunia de profundidade
4. Disquesia ou disúria cíclica
5. Infertilidade inexplicada

Além dos sintomas físicos, há impacto significativo na saúde mental, com alta prevalência de ansiedade, depressão e disfunção sexual. Em adolescentes, a endometriose pode apresentar-se como dor pélvica resistente a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), sendo frequentemente subdiagnosticada nessa faixa etária.

Endometriose intestinal

Até 12% das pacientes com endometriose profunda têm focos ectópicos infiltrativos de endométrio no intestino, principalmente no reto e no sigmoide. Os sintomas da endometriose intestinal incluem disquesia (dor à evacuação),

constipação cíclica e tenesmo, podendo mimetizar doenças intestinais inflamatórias. O diagnóstico é sugerido por ultrassonografia com preparo intestinal e confirmado por ressonância magnética ou colonoscopia, que pode não identificar lesões superficiais.

O tratamento pode ser clínico nos casos leves e assintomáticos, mas frequentemente exige cirurgia ressectiva segmentar ou "*shaving*" do segmento intestinal.

Endometriose torácica

Os focos de endometriose no tórax configuram uma forma rara da doença, com implantes diafragmáticos, pleurais ou pulmonares, que podem se manifestar como pneumotórax catamenial, hemoptise cíclica e dor torácica associada ao ciclo menstrual.

A tomografia de tórax e a ressonância magnética são úteis, mas o diagnóstico muitas vezes é de exclusão. O tratamento inclui supressão hormonal e, em casos recorrentes, toracoscopia com ressecção dos implantes e pleurodese.

Endometriose em adolescentes

Frequentemente subdiagnosticada, a endometriose em adolescentes manifesta-se por dismenorrea severa e dor pélvica crônica resistente a AINEs, que inicia frequentemente após a menarca. A ultrassonografia pode ser normal nas fases iniciais, e o uso empírico de progestagênios pode ser tanto diagnóstico quanto terapêutico.

A laparoscopia é indicada quando há falha terapêutica e suspeita clínica persistente. Nessas pacientes, observa-se frequentemente doença superficial no peritônio.

DIAGNÓSTICO

Historicamente, o diagnóstico definitivo era estabelecido por laparoscopia com confirmação histológica. Contudo, atualmente recomenda-se uma abordagem baseada em critérios clínicos e

por imagem, especialmente para evitar atrasos no início do tratamento. As principais ferramentas diagnósticas incluem:

1. Ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, sendo muito útil na detecção de endometriomas e nódulos profundos.
2. Ressonância magnética pélvica com contraste: Indicada na suspeita de endometriose profunda, especialmente em compartimentos retrocervical, intestinal e vesical.

O atraso diagnóstico ainda é um problema relevante, com média de 7 a 10 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo, o que compromete o prognóstico e qualidade de vida das pacientes.

O **Fluxograma 2.1** demonstra o passo a passo para diagnóstico clínico e por imagem da endometriose.

Fluxograma 2.1 Diagnóstico clínico e por imagem da Endometriose

1. Paciente com dor pélvica crônica ou dismenorrea intensa.
2. Realização de anamnese detalhada e exame físico ginecológico.
3. Realização de USG transvaginal com preparo intestinal.
4. Se lesão identificada, deve-se confirmar com RNM.
5. Mapeamento de doença profunda e órgãos adjacentes
6. Tratamento clínico ou encaminhamento para laparoscopia diagnóstica.

TRATAMENTO

A escolha terapêutica deve considerar a intensidade dos sintomas, o desejo reprodutivo e a extensão da doença. As opções incluem tratamento clínico, cirúrgico e técnicas de reprodução assistida.

O tratamento clínico tem como objetivo principal o controle da dor e a supressão da atividade estrogênio-dependente dos implantes. Algumas opções de medicamentos incluem anticoncepcionais hormonais combinados (de uso contínuo, sem pausa), progestagênios isolados (como o dienogeste), análogos do GnRH com

terapia de adição (“*add-back*”) e inibidores da aromatase (em casos refratários).

O tratamento cirúrgico está indicado em casos de falha terapêutica medicamentosa, dor refratária, endometriomas volumosos, comprometimento de órgãos adjacentes ou infertilidade. A abordagem preferencial é a laparoscopia com excisão completa dos implantes. A cirurgia conservadora melhora a dor e pode aumentar as taxas de gestação espontânea.

O tratamento da infertilidade é fundamental em mulheres com desejo reprodutivo e dificuldade de engravidar, pois a endometriose está associada a alterações inflamatórias no ambiente peritoneal e alterações anatômicas pélvicas que comprometem a fertilidade. A fertilização *in vitro* (FIV) é indicada especialmente em casos de endometriose avançada, falha de outras abordagens ou idade materna avançada.

IMPACTOS PSICOSSOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA

A endometriose impacta negativamente diversos domínios da vida da mulher, como o desempenho profissional, os relacionamentos afetivos, a saúde mental e a sexualidade. A dor crô-

nica e o atraso no diagnóstico agravam a angústia psíquica e a percepção de negligência no cuidado.

O manejo da endometriose deve ser multidisciplinar, com abordagem centrada na paciente e suporte psicológico, além do cuidado ginecológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose é uma condição complexa, de etiologia multifatorial, com grande impacto na saúde da mulher. O avanço das técnicas diagnósticas por imagem e a maior conscientização clínica têm permitido diagnósticos mais precoces e individualização terapêutica.

O tratamento ideal requer abordagem integrada, envolvendo controle hormonal, técnicas cirúrgicas especializadas e, quando necessário, suporte para fertilidade e saúde mental. Investimentos em pesquisa, educação médica continuada e políticas de saúde pública são fundamentais para o enfrentamento eficaz da doença.

A **Tabela 2.1** contém um comparativo entre os tratamentos para a endometriose.

Tabela 2.1 Comparação entre os tratamentos para Endometriose

| Classe | Exemplos | Mecanismo de ação | Indicações |
|------------------------------------|--|--|---|
| Anticoncepcionais combinados (P+E) | Pílula de etinilestradiol + levonorgestrel | Supressão do eixo HHO (hipotálamo-hipófise-ovário) | Casos leves a moderados |
| Progestágenos isolados | Dienogeste VO Medroxiprogesterona IM | Antagonismo estrogênico local | Primeira linha de tratamento da dor pélvica crônica |
| Análogos de GnRH | Leuprorelina Goserrelina | Supressão hipofisária da produção de estrogênio | Casos refratários |
| Inibidores da aromatase | Letrozol Anastrozol | Redução da produção periférica de estrogênio | Endometriose profunda |
| Cirurgia laparoscópica | Ressecção de implantes e aderências pélvicas | Remoção física do tecido ectópico causados de sintomas | Dor refratária ao tratamento clínico Infertilidade |
| Reprodução assistida | FIV ICSI | Superação de fatores mecânicos (aderências pélvicas) | Infertilidade |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, C. M. *et al.* Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. *Human Reproduction Open*, Oxford, v. 2022, n. 2, p. hoac009, 26 fev. 2022. DOI: 10.1093/hropen/hoac009.

CHAPRON, C. *et al.* Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews Endocrinology*, London, v. 15, n. 11, p. 666–682, nov. 2019. DOI: 10.1038/s41574-019-0245-z.

CHRONIC Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstetrics & Gynecology*, Philadelphia, v. 135, n. 3, p. e98–e109, mar. 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003716.

DONNEZ, J.; DOLMANS, M. M. Endometriosis and medical therapy: from progestogens to progesterone resistance to GnRH antagonists: a review. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 10, n. 5, p. 1085, 5 mar. 2021. DOI: 10.3390/jcm10051085..

DUNSELMAN, G. A. *et al.*; European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, Oxford, v. 29, n. 3, p. 400–412, mar. 2014. DOI: 10.1093/humrep/det457.

GIUDICE, L. C. *et al.* Endometriosis: science and practice. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2012. Disponível em: <https://www.wiley.com/en-us/Endometriosis%3A+Science+and+Practice-p-9780470643191>. Acesso em: 08 out. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para endometriose. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_endometriose.pdf. Acesso em: 08 out. 2025.

NISOLI, A.; FERRERO, S. (org.). Endometriosis: a comprehensive update. Cham: Springer, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-95122-4>. Acesso em: 08 out. 2025.

PASSOS, E. P. *et al.* (org.). Rotinas em ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. Disponível em: <https://www.artmededitora.com.br/livro/rotinas-em-ginecologia/>. Acesso em: 08 out. 2025.

VERCELLINI, P.; VIGANÒ, P. *et al.* Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, London, v. 10, n. 5, p. 261–275, maio 2014. DOI: 10.1038/nrendo.2013.255.

ZONDERVAN, K. T. *et al.* Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 382, n. 13, p. 1244–1256, 26 mar. 2020. DOI: 10.1056/NEJMra1810764.