

Capítulo 10

ENDOMETRIOSE

CAROLYNE STEPHANY DE OLIVEIRA GOUVEA¹
IASMIM SILVA MENEZES¹
JÚLIA FIGUEIREDO JUNCAL¹
RENATA MOURA PIMENTA¹

1. *Discente - Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.*

Palavras Chave: Endometriose; Infertilidade; Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença que afeta, aproximadamente, 10% das mulheres brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Ela caracteriza-se pela modificação do funcionamento normal do organismo fazendo com que o endométrio, tecido que reveste o útero, cresça fora deste órgão, como nas tubas uterinas, nos ovários e, até mesmo, no intestino. A causa dessa anomalia ainda é desconhecida pelos pesquisadores, mas existem teorias que podem justificar o surgimento dessa doença, tais como a da menstruação retrógrada ou teoria de Sampson e predisposição genética. A endometriose possui diferentes tipos, sendo considerada a localização, profundidade e grau de comprometimento dos órgãos afetados (CAMBIAGHI, 2021). A endometriose pode se mostrar assintomática em 2% a 22% das mulheres, mas, na maioria dos casos, apresenta-se sintomática podendo ocorrer fluxo menstrual irregular e inflamações crônicas, além de estar, frequentemente, associada a infertilidade, sendo a causa mais comum de dores pélvicas em mulheres. Contudo, a apresentação clínica é variável e não possui sintomas específicos para a endometriose, ocasionando em um diagnóstico difícil de ser realizado (FEBRASGO, 2021)

Tipos de endometriose

A laparoscopia é uma técnica que possui a sensibilidade entre 94% e 97% e a especificidade de 77% a 85%, permitindo o reconhecimento e diferenciação das lesões do endométrio (PODGAEC, 2014), possibilitando então a sua classificação da endometriose em três tipos, sendo eles: peritoneal, ovariana e profunda.

Peritoneal ou superficial

É caracterizada por implantes superficiais no peritônio e/ou ovário que possuem o tamanho de até 5mm e com diferentes colorações, tradicionalmente, segundo a **Tabela 10.1**, como pretas, vermelhas ou brancas, **Figura 10.1** (PODGAEC, 2014).

A coloração enegrecida é reflexo da retenção de hemoglobina. É importante ressaltar que as lesões avermelhadas são histologicamente mais ativas por possuírem maior presença de glândulas endometriais e uma hipervascularização. Já na coloração branca é possível observar a presença de glândulas, fibrose e hemossiderina (PODGAEC, 2014).

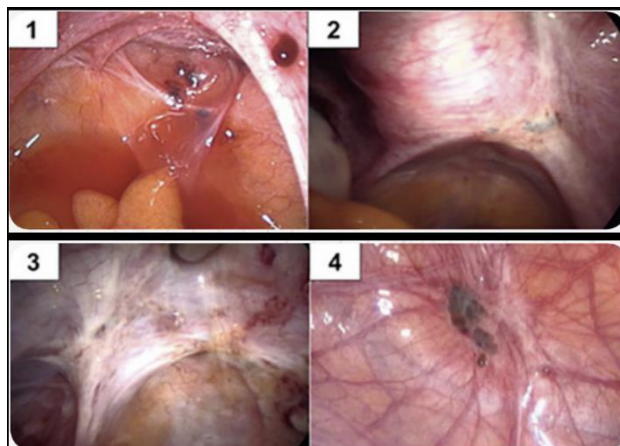
Os sintomas apresentados geralmente são cólicas, irregularidades no ciclo menstrual e infertilidade (CAMBIAGHI, 2021).

Tabela 10.1 Aspecto das lesões de endometriose peritoneal

Cor da lesão	Descrição
Preta	Lesões típicas em “pólvora” Puntiformes
Vermelha	“Chama de vela” Excrescências glandulares Petéquia peritoneal Áreas de hipervascularização
Branca	Opacificações brancas Aderências subovarianas Defeito, falha ou janela peritoneal Lesões amarronzadas (amareloamarronzadas), em “café com leite”

Fonte: Adaptado de PODGAEC, 2014.

Figura 10.1 Coloração da endometriose peritoneal via videolaparoscopia



Legenda: 1. Lesão vermelha; 2 e 4. Lesão preta; 3. Lesão branca.

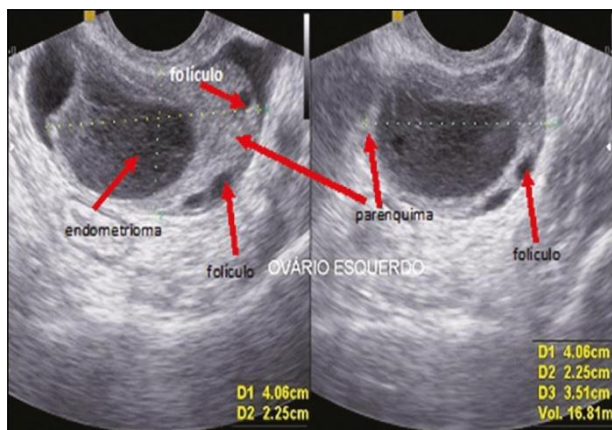
Fonte: CAMBIAGHI, 2021.

Ovariana

É caracterizada por implantes superficiais ao ovário que alteram o seu relevo formando cistos (endometriomas), há também a presença de um líquido castanho espesso, **Figura 10.2**. (PODGAEC, 2014)

As mulheres geralmente são assintomáticas e seu diagnóstico pode ser feito em exames ginecológicos de rotina e pelo ultrassom. (CAMBIAGHI, 2021)

Figura 10.2 Endometrioma no interior do ovário esquerdo. Pode-se observar o parênquima ovariano com folículos na periferia. As setas indicam os folículos ovarianos, o endometrioma e o parênquima



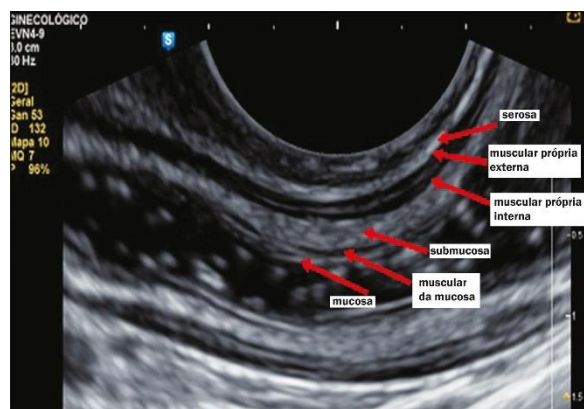
Fonte: Oliveira, 2019.

Endometriose profunda

Definida como uma lesão que penetra no peritônio ou na parede dos órgãos pélvicos, com profundidade de 5 mm ou mais, **Figura 10.3**.

São suspeitas as mulheres que apresentam dores pélvicas incapacitantes, dismenorreia, dispareunia de profundidade, dor pélvica crônica intensa, disúria e disquezia. Diante disso é recomendado a realização de ultrassons e ressonância magnética, para uma melhor análise e verificar a necessidade da realização cirúrgica. (CAMBIAGHI, 2021)

Figura 10.3 Imagem sagital de ultrassom transvaginal do reto normal obtida após a preparação do intestino mostra da camada externa para a camada interna



Fonte: Oliveira, 2019.

Exames para diagnóstico

A endometriose quando é alvo de suspeita clínica pode ser investigada com base na história clínica da paciente, questionando-se sobre sintomatologias e antecedentes pessoais e familiares, e no exame físico. Desse modo, a sintomatologia pode variar de acordo com a similaridade de sintomas entre as várias doenças ginecológicas existentes, a inexistência de um achado clínico patognomônico, a alta prevalência de endometriose assintomática e a fraca correlação com a gravidade da doença (BMC WOMENS HEALTH, 2015).

Um histórico bem detalhado com a identificação de sintomas sugestivos de endometriose, podem auxiliar a determinação de um grupo de alto risco para endometriose, conduzindo-o para procedimentos diagnósticos detalhados e específicos.

Dessa forma, para o diagnóstico da endometriose pode ser realizado uma ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética, exames menos invasivos que não apresentam alta sensibilidade e especificidade. Bem como, existe um biomarcador sérico que pode ser utilizado em pacientes com endometriose, sendo ele o CA-125, que possui capacidade para diagnosticar quadros de endometriose moderados a grave, mas apresenta uma baixa sensibilidade (BERKER & SEVAL, 2015).

Portanto, o padrão-ouro de acordo com a Organização Mundial da Saúde para o diagnóstico de endometriose consiste na videolaparoscopia com biópsia das lesões para análise anatomopatológica, podendo classificar a doença de acordo com o tipo histológico, localização anatômica, como: peritônio, ovário ou septo retovaginal e extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. Dessa forma, por ser um diagnóstico invasivo, possui muitas desvantagens, quando comparado com a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética, como os riscos do procedimento de dano ao órgão, hemorragia, infecções e formação de aderência, complicações anestésicas, alto custo financeiro associado ao paciente e ao sistema de saúde, bem como, submeter à um procedimento invasivo desnecessário, caso o resultado do diagnóstico não seja endometriose (FASSBENDER *et al.*, 2015).

Ademais, o tempo para que seja diagnosticada a doença pode variar em consequência do início dos sintomas e diagnóstico clínico e cirúrgico, agravando assim, o quadro clínico. Uma vez que ocorre atraso no diagnóstico e tratamento, ocorrem consequências significativas

para a progressão da doença, impedindo o tratamento precoce, que é importante para a melhora dos níveis de dor, bem como para o funcionamento físico e psicológico (RIAZI *et al.*, 2015).

Tratamento

Deve ser ressaltado que cada organismo possui suas particularidades, reagindo a um mesmo tratamento de diferentes formas, devendo ser individualizado para cada indivíduo, analisando de acordo com os sintomas e o melhor tratamento e o impacto que a doença terá sobre a sua qualidade de vida da paciente. Dessa forma, é necessário dispor de uma equipe multidisciplinar especializada para fornecer um tratamento capaz de abranger todos os aspectos biopsicossociais e econômicos da paciente. Pode ser observado que a patologia prevalece em mulheres inférteis e portadoras de dor pélvica crônica, embora haja uma heterogeneidade grande nas manifestações clínicas relacionadas à endometriose.

O uso de terapias medicamentosas para endometriose é baseado no fato da doença ser responsiva aos hormônios. Sendo assim, os fármacos que tratam essa patologia são os progestagênicos e os contraceptivos orais combinados (COCs), que levam a condições hormonais semelhantes à observada durante a gravidez, e os androgênicos e agonistas do GnRH (GnRHa), que promovem a supressão do estrogênio endógeno. Ademais, quando administrados progestagênicos isolados, anticoncepcionais orais combinados, gestrinona, danazol e GnRHa, mostram-se efetivos no alívio e controle da dor. Contudo, os efeitos adversos apresentados e os custos devem ser levados em consideração quando da escolha terapêutica, ressaltando a importância do acompanhamento da evolução do quadro clínico (CHAUDHURY & CHAKRAVARTY, 2012).

Para os quadros de endometriose leve, pode ser feita uma supressão da função ovariana que não é efetiva para melhorar a fertilidade, mas a ablação das lesões associadas à adesiólise mostra-se mais efetiva do que a realização exclusiva da laparoscopia diagnóstica. Em pacientes com a doença moderada a severa é mais indicado a fertilização *in vitro*, principalmente em casos de coexistência de fatores de infertilidade e falha de outras abordagens terapêuticas, levando-se em conta a avaliação do uso de agonistas do GnRH por 3 a 6 meses, previamente à realização de fertilização *in vitro*. Em questão do alívio da dor, pode ser feita a supressão da função ovariana por 3 a 6 meses em pacientes com a confirmação da doença (NAVARRO *et al.*, 2006).

Um dos métodos para controle dos endometriomas é a realização da exérese daqueles que tiverem o diâmetro maior do que 4 cm, melhorando a taxa de fecundidade natural, procedimentos de reprodução assistida e auxilia na redução da dor e dos riscos de recidiva (NAVARRO *et al.*, 2006).

Ademais, o tratamento clínico medicamentoso pode ser realizado por acetato de medroxiprogesterona (AMP), gestrinona, COC, danazol ou GnRH α que mostram-se efetivas no alívio da dor. Desse modo, o tratamento é baseado no fato de que a endometriose responder a hormônios, assim, os análogos farmacológicos destas condições são os progestágenos e contraceptivos orais combinados, que levam a condições hormonais semelhantes à vista durante a gravidez, e os androgênios e GNRH α , que promovem supressão do estrogênio endógeno (NAVARRO *et al.*, 2006).

Contudo, deve ser levado em conta que cada organismo responde de uma maneira diferente, sendo necessário acompanhamento médico para certificar que houve melhora clínica dos sintomas ou manifestação de algum efeito adverso apresentado na literatura, bem como, deve ser

levando em conta os custos financeiros que devem ser adequados a condição financeira das pacientes, dessa forma, devem ser levados em consideração na hora da escolha terapêutica (NAVARRO *et al.*, 2006).

Considerações finais

Portanto, compreende-se que a Endometriose é uma patologia caracterizada pela presença do endométrio fora do útero, causando inúmeros sintomas, a exemplo da infertilidade e do fluxo menstrual irregular. Além disso, essa doença pode ser classificada em três tipos, sendo eles a forma superficial, ovariana e profunda. O tipo superficial ou peritoneal é caracterizado por implantes superficiais no peritônio e/ou ovário que possuem o tamanho de até 5mm e com diferentes colorações, já a forma ovariana é caracterizada por implantes superficiais no ovário. Por fim, a Endometriose profunda é caracterizada por uma lesão que penetra no peritônio ou na parede dos órgãos pélvicos, com profundidade de 5 mm ou mais e nesses casos queixas como dores pélvicas incapacitantes, dismenorreia e dispareunia de profundidade devem ser compreendidas como sintomas de alerta.

Para a classificação da endometriose em um desses três tipos, é considerado padrão-ouro a videolaparoscopia com biópsia das lesões para análise anatomopatológica, podendo classificar a doença de acordo com o tipo histológico, localização anatômica, como: peritônio, ovário ou septo retovaginal e extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. No entanto, não é o primeiro exame a ser realizado no diagnóstico, já que se trata de um exame invasivo, tendo como opções disponíveis a Ressonância Magnética e a Ultrassonografia Transvaginal.

A partir da suspeita diagnóstica de Endometriose que é baseada na história clínica da paciente e nos antecedentes pessoais e familiares,

podem ser realizadas a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética, além da dosagem do biomarcador sérico CA-125 capaz de diagnosticar quadros de endometriose moderados a grave.

Ademais, o estudo observou que o diagnóstico precoce da Endometriose é fundamental, uma vez que possibilita a melhora dos níveis de

dor, bem como contribui para o funcionamento físico e psicológico. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento precoces devem ser o foco de políticas públicas de saúde, a fim de oferecer uma adequada qualidade de vida para as pacientes que possuem essa doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERKER, B. & SEVAL, M. Problems with the diagnosis of endometriosis. *Women's Health* (London, England), 2015 Aug;11(5):597-601. doi: 10.2217/whe.15.44.

CAMBIAGHI, A.S. Guia Endometriose II. São Paulo. IPGO, 2021. *E-book*.

CHAUDHURY, K. & CHAKRAVARTY, B. Endometriosis: basic concepts and current research trends. Rijeka, Croatia: Intech, 2012. doi: 10.5772/1193.

FASSBENDER, A. *et al.* Update on Biomarkers for the Detection of Endometriosis. *BioMed Research International*, 2015;2015:130854. doi: 10.1155/2015/130854.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Endometriose. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

OLIVEIRA, J.G.A. *et al.* Transvaginal ultrasound in deep endometriosis: pictorial essay. *Radiologia Brasileira*, 52 (5) Sep-Oct 2019. doi: 10.1590/0100-3984.2018.0019

PODGAEC, S. Manual de endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

QUEIROZ, L. Será que tenho endometriose? Saiba como diagnosticar e tratar a doença pelo SUS. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/sera-que-eu-tenho-endometriose-saiba-como-diagnosticar-e-tratar-a-doenca-pelo-sus>>. Acesso em: 28 jul. 2023.

RIAZI, H. *et al.* Clinical diagnosis of pelvic endometriosis: a scoping review. *BMC Women's Health*, 2015 May 8;15:39. doi: 10.1186/s12905-015-0196-z.

FEBRASGO - Manual de Endometriose. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf>>.

NAVARRO, P.A.A.S. *et al.* Tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (10) • Out 2006. doi: 10.1590/S0100-72032006001000008.