

Capítulo 3

ENDOMETRIOSE

ALLAN DALPIAZ DE ALMEIDA¹
ANTONIO CARLOS SCAPINI³
ARTHUR NEDEL SILVEIRA MALDANER¹
AUGUSTO ASTOLFI BASILE²
CAROLINA CARLESSO DE FREITAS¹
EMILIO KEIDANN NETO¹
FLÁVIA PENSO BERGAMASCHI¹
GUILHERME JENSEN PRADO²
LUCAS ENDERLE DE MOURA²
LUCAS NEVES DE OLIVEIRA²
LUIZ EDUARDO DE COSTA GOES¹
MILENE GONÇALVES CONTE⁴
PEDRO AUGUSTO VAN DER SAND GERMANI¹
PEDRO HENRIQUE SILVEIRA DA COSTA²
VALENTINA BRATTI DE NADAL¹

1. Discente -Medicina em Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
2. Discente – Medicina em Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
3. Discente – Medicina em Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)
4. Discente- Medicina em Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS)

Palavras Chave Ginecologia; Estrogênio; Infertilidade.

Doi 10.59290/978-65-6029-130-0.3

EPIDEMIOLOGIA

A endometriose está entre as doenças ginecológicas benignas mais comuns. Globalmente, estima-se que cerca de 10% da população feminina em idade reprodutiva tenha a doença, entretanto, é necessário destacar que essa estimativa pode não ser realista, uma vez que muitas portadoras são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico.

Dentre os fatores de risco, destacam-se: história familiar, nuliparidade e exposição prolongada ao estrogênio endógeno, como na menarca precoce ou menopausa tardia.

FISIOPATOLOGIA

A endometriose é uma doença estrogênio dependente e seus mecanismos ainda não são bem esclarecidos. Dessa forma, existem teorias que buscam explicar sua fisiopatologia. A teoria da menstruação retrógrada aborda que as células tronco endometriais desenvolveriam tecido endometrial na cavidade peritoneal e chegariam através da menstruação retrógrada. Ademais, a teoria da metaplasia celômica afirma que as células totipotentes transformam-se em tecido endometriótico, o que explicaria a presença de endometriose em órgãos distantes. Em contraponto, a teoria da metástase linfovascular explica a endometriose como sendo um envio de células endometriais a locais distantes, desenvolvendo pontos de endometriose. Por fim, a teoria dos restos embrionários propõe que remanescentes dos ductos de Muller transformam-se em tecido endometriótico por meio de uma reação inflamatória. Essas lesões da endometriose são mais comumente encontradas em ovários, peritônio pélvico e ligamentos uterossacros, mas podem ocorrer em qualquer tecido.

CLÍNICA

A doença endometrial está associada a duas situações clínicas principais: dor pélvica crônica e infertilidade. Os sintomas mais comuns incluem dor e/ou pressão abdominal/pélvica, dismenorreia grave, dispareunia e sangramento menstrual intenso. Pacientes com endometriose podem ser assintomáticas e são frequentemente diagnosticadas no momento de cirurgias por outra indicação. Se a endometriose afeta o reto, podem surgir sintomas como tenesmo e disquezia; quando afeta a bexiga, disúria e urgência miccional são comuns. Ademais, a intensidade da dor tem sido correlacionada com a profundidade das lesões de endometriose, sendo que lesões com uma profundidade superior a 6 mm estão associadas a uma dor mais aguda. Outras localizações da endometriose podem provocar dor pleurítica, hemotórax e cefaleia. O número de áreas peritoneais afetadas pela endometriose parece aumentar durante a adolescência até o início dos 20 anos, no entanto, nem todas as doenças progridem.

Os fatores que fazem com que a endometriose progrida, regrida ou permaneça estável ainda não são conhecidos. Além dos sintomas dolorosos, a infertilidade é uma ocorrência comum entre pacientes diagnosticadas com endometriose e está frequentemente associada aos estágios mais avançados da doença devido à formação de aderências pélvicas. Essas alterações resultam em uma significativa distorção da anatomia pélvica e comprometem a função tubária.

Efeitos na gestação também têm sido demonstrados como aumento de perda fetal, parto pré-termo, pré-eclâmpsia e crescimento intrauterino restrito. Ainda sim, muitos estudos estão sendo desenvolvidos em busca de respostas em relação à associação de infertilidade e endometriose.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de endometriose tem sido feito de duas maneiras: o diagnóstico clínico e o diagnóstico cirúrgico. Nesse caso, é possível afirmar que, usualmente, o diagnóstico cirúrgico é considerado padrão ouro na descoberta da endometriose, entretanto, há uma série de fatores que podem destacar o diagnóstico clínico em detrimento do cirúrgico, como a possibilidade de uma descoberta de baixo custo e baixo risco baseado nos sintomas clínicos, exames laboratoriais e de imagem. Nesse âmbito, algumas referências podem levar a possibilidade de um diagnóstico clínico, ou, dependendo dos sintomas e do quadro da paciente, a necessidade de intervenção para um diagnóstico cirúrgico, onde aporta-se o diagnóstico definitivo da endometriose. Nesse sentido, embora o diagnóstico cirúrgico, mais especificamente por videolaparoscopia, apresente, de fato, o diagnóstico definitivo, exames físicos, laboratoriais e de imagem podem trazer um alto grau de confiabilidade nesse diagnóstico. O primeiro exame de imagem para ser solicitado deve ser a ultrassonografia transvaginal. A ressonância magnética pode ajudar a identificar a doença profunda com invasão do trato intestinal. Nenhum marcador químico pode ser considerado como de eleição para o diagnóstico, porém o Ca-125, quando coletado no primeiro ou segundo dia do ciclo menstrual pode ser útil para o diagnóstico no estado mais avançado.

TRATAMENTO

O tratamento da endometriose visa controlar os sintomas e evitar que a doença progrida. Pode ser realizado de forma medicamentosa ou cirúrgica, dependendo de alguns fatores, como comprometimento patológico, quadro clínico, desejo de gestar e aceitação dos possíveis efeitos colaterais de cada abordagem. Assim, é

importante particularizar cada caso, para oferecer o melhor tratamento possível para cada paciente.

Como os sintomas da endometriose melhoram nos períodos de gestação e de menopausa (devido ao efeito responsivo do endométrio aos hormônios), o tratamento medicamentoso para esta patologia envolve mimetizar essas condições, pausando a menstruação. Para isso, pode-se utilizar anticoncepcionais orais, progestágenos, análogos do GnRH, gestrinona ou danazol, os quais possuem eficácia semelhante, porém podem não ser úteis para mulheres que desejam engravidar. A dor pélvica pode também ser tratada com AINEs, como ibuprofeno e ácido mefenâmico.

O tratamento cirúrgico é indicado para as pacientes que não responderam ao tratamento medicamentoso, ou em caso de impossibilidade de iniciar ou manter a abordagem conservadora. O objetivo do tratamento cirúrgico é remover os focos endometrióticos, restaurar a anatomia da pelve e a função reprodutiva, a fim de controlar os sintomas e oferecer uma melhor qualidade de vida para a paciente. A técnica preferencialmente utilizada é a videolaparoscopia, visando cauterizar os focos de endometriose e desfazer as aderências. Em caso de endometrioma, a abordagem cirúrgica envolve drenagem do cisto e cauterização da cápsula do endometrioma, ou cistectomia nos casos mais graves. Além disso, algumas lesões profundas de endometriose podem afetar ligamentos uterossacros, fundo de saco de Douglas, septo retovaginal, bexiga e intestino, e por isso é importante discutir com a paciente a possibilidade de haver uma abordagem cirúrgica mais radical do que a planejada inicialmente, a depender do comprometimento das estruturas adjacentes.

Algumas pacientes, entretanto, são completamente assintomáticas, e descobrem a endometriose de forma acidental durante algum exa-

me de rotina. Nesses casos, quando confirmado o diagnóstico, não é necessário e nem recomendado tratamento medicamentoso ou cirúrgico como prevenção de sintomas e progressão

da doença, uma vez que não há comprovação científica e estudos suficientes que ratifiquem melhoria de futuros desfechos com o manejo precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CZYZYK A, Podfigurna A, Szeliga A, Meczekalski B. Update on endometriosis pathogenesis. *Minerva Ginecol.* 2017;69(5):447-461. doi:10.23736/S0026-4784.17.04048-5

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

FREITAS F, MENKE, C, Passos, E, Rivoire, W. Rotinas em Ginecologia. 6 edição. Porto Alegre: Artmed, 2011
Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. *J Med Life.* 2014 Sep 15;7(3):349-57. Epub 2014 Sep 25. PMID: 25408753; PMCID: PMC4233437.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 6, p. 298–307, 2010

PASSOS, E. P. et al. (org.). Rotinas em ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

Shafir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, Missmer SA. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Aug;51:1-15. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001. Epub 2018 Jul 3. PMID: 30017581.

UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=diagnóstico%20de%20endometriose&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 17 mar. 2024.