Capítulo 20

ENDOMETRIOSE

MARIA FERNANDA PEREIRA DE ALMEIDA[1]
LARA NASCIMENTO DE MELO[1]
EMANUELA MATOS SILVA BRIGAGÃO[1]
FERNANDA GARROTE BRAGA[1]
ISABELLE ALVES DE PAULA[1]
INGRIDY MARIA OLIVEIRA FERREIRA[2]
GABRIELA QUEIROZ CAMPELO[2]
ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA[3]

1. Discente - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido do Santos (UNICEPLAC)
2. Discente - Centro Universitário de Brasília
3. Orientador

Palavras-chave: *Endometriose, Infertilidade, Dor Pélvica*

DOI 10.59290/978-65-6029-118-8.20

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença crônica ginecológica definida pela presença de tecido endometrial fora do útero, resultando em uma variedade de sintomas podendo ser dolorosos e potencialmente debilitantes: como dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, infertilidade e queixas intestinais e urinárias cíclicas[11,12]. Afeta entre 5% a 15% das mulheres em idade reprodutiva e cerca de 3% a 5% na fase pós-menopausa[12,16].

A etiologia ainda não está completamente esclarecida, porém estudos sugerem que a interação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos pode contribuir para a formação e progressão dos focos de endometriose[2,12,16]. Apesar de sua alta prevalência, é uma doença subdiagnosticada em muitas mulheres, o que pode resultar em atrasos no tratamento e impactos negativos na qualidade de vida[12,16]. Os sintomas incapacitantes, a infertilidade associada e os desafios no diagnóstico e tratamento contribuem para um quadro complexo e oneroso[10, 12].

QUADRO CLÍNICO

A endometriose possui sintomatologia variada, podendo envolver múltiplos sistemas e seus sintomas são frequentemente crônicos, afetando a produtividade no ambiente de trabalho, a vida social, relacionamentos interpessoais e a saúde mental, o que leva a impactos na construção do bem-estar da paciente. A intensidade dos sintomas não está diretamente relacionada com a extensão da doença[12, 14].

Grande parte das pacientes relata o início dos sintomas durante a adolescência e a sua melhora na menopausa, apesar de relatos de continuidade dos sintomas na pós-menopausa ainda serem usuais.

O quadro clínico é composto por dor pélvica crônica cíclica ou acíclica. Dismenorreia que pode ocorrer em 62,2% dos casos, dispareunia e disúria[13]. Comumente podem ocorrer, fadiga e depressão. A dispareunia de profundidade, sugere fortemente o acometimento da região retrocervical, e/ou da fáscia retrovaginal.

A variabilidade do quadro clínico desse acometimento, bem como a frequente associação de sintomas como a dor pélvica e a infertilidade com outros distúrbios, contribui para o frequente atraso no diagnóstico da endometriose e, consequentemente, de seu tratamento.

Sintomas do trato gastrointestinal, em especial as queixas intestinais cíclicas, como constipação, disquezia, hematoquezia cíclicas possuem valor preditivo positivo para a presença de endometriose. Em casos graves pode ocorrer estenose e oclusão intestina[13, 12].

Pacientes com endometriose apresentam mais infertilidade que a população geral, provavelmente em decorrência das alterações do ambiente peritoneal ou da distorção da anatomia pélvica14. Estudos mostram que entre 25% e 50% das mulheres inférteis são portadoras de endometriose e 30% a 50% das mulheres com endometriose apresentam infertilidade.

O acometimento vesical demonstra uma tendência ao aparecimento de sintomas urinários irritativos, como disúria, hematúria e até mesmo infecções urinárias de repetição. Já o acometimento ureteral apresenta quadro clínico inespecífico, podendo evoluir silenciosamente para a falência renal[12].

Quanto ao exame físico, o exame pélvico pode ser desconfortável para pacientes com sintomas de dor pélvica, com possibilidade de serem interrompidos em algumas

circunstâncias, de acordo com a tolerância da paciente.

Em pacientes com endometriose profunda, podem ser encontrados o útero retrovertido ou um nódulo firme no fórnice vaginal posterior; assim como ao exame especular pode ser visualizado o nódulo com coloração azulada. Sensibilidade na parte posterior ou laterais do fórnice vaginal também podem ocorrer. Além disso, a execução adequada da avaliação física pode ajudar a detectar outras causas para a dor pélvica.

No entanto, o exame clínico tem baixa acurácia para essa condição, visto que a ausência dessas alterações não exclui a presença do acometimento e de outros sintomas[14].

DIAGNÓSTICO

A suspeita da doença é estabelecida com base na anamnese, no exame físico e em exames complementares[2].

A ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, também conhecida como mapeamento de endometriose, é ferramenta importante no diagnóstico. Este exame pode evidenciar cistos ovarianos com conteúdo espesso homogêneo, características típicas do endometrioma. Podem identificar o comprometimento da parede intestinal, incluindo as camadas afetadas, a extensão da alça intestinal envolvida, bloqueio pélvico, nódulos retro uterinos e outros implantes endometrióticos. Ela é a preferida, pois possibilita a visualização dos focos ginecológicos e extra-ginecológicos, o que facilita o planejamento cirúrgico[8].

A ressonância magnética pode ser utilizada em conjunto com a ultrassonografia com preparo intestinal para avaliação da endometriose pélvica. A ressonância magnética também apresenta alta sensibilidade e especificidade[5].

A ecocolonoscopia ou ultrassonografia transretal também permite a avaliação do envolvimento intestinal, incluindo a profundidade das lesões em relação às camadas da parede serosa, muscular, submucosa e mucosa[1].

O diagnóstico da endometriose deve ser considerado em casos de dor pélvica, dispareunia e infertilidade. Outras condições que apresentam sintomas semelhantes devem ser consideradas no diagnóstico diferencial incluindo miomatose, adenomiose, doença inflamatória pélvica crônica, torção ovariana, neoplasias ovarianas, gravidez ectópica e infecção do trato urinário. Além disso, a dor pélvica pode ser causada por síndrome da congestão pélvica, aderências e dismenorreia primária, entre outras condições ginecológicas. Também é importante considerar diagnósticos extra ginecológicos, como síndrome da bexiga dolorosa, síndrome do intestino irritável, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, fibromialgia, osteíte púbica, e mesmo causas neuropsicológicas, como violência física e sexual, depressão, dependência de opioides e somatização[9].

TRATAMENTO

O tratamento da endometriose deve ser personalizado, uma vez que os sintomas e a gravidade da condição podem variar significativamente. A abordagem mais indicada geralmente envolve uma combinação de cirurgia e tratamentos farmacológicos.

Quando há dismenorreia, dor pélvica e dispareunia, o tratamento recomendado inclui o uso de anticoncepcionais orais que contêm combinações de estroprogestogênicos, progestogênicos isolados e análogos do GnRH1. Esses hormônios ajudam a aliviar a dor

ao interromper a produção de hormônios ovarianos, podendo reduzir o crescimento do tecido endometrial ou induzir a atrofia do endométrio. Além disso, podem regular o ciclo menstrual, reduzindo o fluxo menstrual e minimizando as flutuações hormonais que contribuem para a dor pélvica em casos de endometriose, porém os tratamentos hormonais não tratam a doença, apenas os sintomas.

Até o presente momento, não há evidências suficientes para sustentar que o tratamento hormonal isolado possa ter um impacto significativo no aumento da taxa de gravidez em casos de infertilidade relacionada à endometriose. O enfoque preferencial para casos centrados exclusivamente na infertilidade costuma ser as Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), com destaque para a fertilização in vitro[10]. Esse procedimento envolve a coleta de óvulos, fertilização em ambiente laboratorial e posterior transferência do embrião para o útero. Essa abordagem mais abrangente busca otimizar as chances de concepção, especialmente em situações mais complexas relacionadas à endometriose e infertilidade.

O tratamento cirúrgico passa a ser uma opção em casos em que há sintomas - como dismenorréia, dispareunia, disquezia cíclica, diarreia cíclica e hematoquezia, infertilidade, causada pelas próprias lesões endometrióticas ou por endometriomas e, por fim, risco à órgãos. As lesões são eletrocauterizadas, vaporizadas a laser ou excisadas[17].

A laparoscopia diagnóstica deve ser evitada pois, na atualidade, os exames de estadiamento oferecem as informações necessárias para o planejamento cirúrgico.

No entendimento atual do tratamento cirúrgico, a excisão de todos os focos deve ser o objetivo, mesmo que haja necessidade da atuação em vários órgãos e sistemas[18]. Partindo-se dessa premissa, se faz extremamente importante a criação de uma equipe multidisciplinar, contendo, idealmente, ginecologista, proctologista, urologista, fisioterapeuta e nutricionista.

As lesões extra-ginecológicas mais comuns são as do aparelho digestivo, sendo o reto, cólon sigmóide e apêndice os sítios mais comuns. Assim, pode ser necessário, além das técnicas cirúrgicas habituais, realizar shaving ou ressecção dessas lesões, além da retirada do apêndice[18].

Lesões também podem ocorrer na bexiga e ureteres, sendo essas de indicações cirúrgicas mesmo que pequenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, P. P. e col. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ENDOMETRIOSE. Revista Científica FAEMA, v. 9, n. edesp, p. 532–539, 15 jun. 2018.

2. NÁCUL, A. P. e col. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 6, p. 298–307, 1 jun. 2010.

3. DIAS, M. e col. Avaliação do Tratamento Clínico da Endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 21, n. 2, 1 mar. 1999.

4. MENDONÇA, M. F. M. DE e col. Endometriose: manifestações clínicas e diagnóstico – revisão bibliográfica / Endometriosis: clinical manifestations and diagnosis - bibliographic review. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 3584–3592, 2021.

5. COUTINHO JUNIOR, A. C. e col. Ressonância magnética na endometriose pélvica profunda: ensaio iconográfico. Radiologia Brasileira, v. 41, n. 42, p. 129–134, 1 abr. 2008.

6. DE ALMEIDA RM e col. Does endorectal tridimensional ultrasound can identify lesions suggestive of deep infiltrating endometriosis with rectal involvement? Journal of Minimally invasive Gynecology v21 pS38, 2014.

7. ALMEIDA FILHO, D. P. DE. Estudo da eficácia da videolaparoscopia na avaliação de pacientes com endometriose pélvica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 28, n. 6, p. 374–374, jun. 2006.

8. OLIVEIRA, J. G. A. DE e col. Transvaginal ultrasound in deep endometriosis: pictorial essay. Radiologia Brasileira, v. 52, n. 5, p. 337–341, out. 2019.

9. ALDRIGHI, J. M. e col. Endometriose pode ser diagnóstico diferencial em tumoração de parede abdominal após cesárea ou dermolipectomia estética? Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2007May;53(3):200–1.

10. CROSERA, A. M. L. V. e col. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura, Biblioteca responsável: BR1365.1, 5 de maio de 2010, http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a005.pdf

11. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Endometriose. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z-Z3.pdf>.

12. BELLELIS, P. e col. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista Da Associação Médica Brasileira, 56(4), 467–471, 9 de maio de 2010, https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000400022

13. SAUNDERS, P. T. K., & HORNE, A. W. (2021). Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. Cell, 184(11), 2807–2824, 27 de maio de 2021, https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.04.041

14. ALLAIRE, C. e col. Diagnosis and management of endometriosis. CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 195(10), 14 de março de 2023, https://doi.org/10.1503/cmaj.220637

15. MEHEDINTU, C. et al. Endometriosis still a challenge. J Med Life, v. 7, n. 3, p. 349-357, 15 set. 2014. Publicação online: 25 set. 2014. PMID: 25408753. PMCID: PMC4233437.

16. BROWN, J. e col. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10 mar. 2014, doi:10.1002/14651858.CD009590.pub.

17. ROLLA, E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. F1000Research, v. 8, n. 1, p. 1-28, 2019.

18. DE ALMEIDA, J. P. P. e col. A posição anatômica do apêndice influência em seu acometimento por endometriose intestinal? Journal of Coloproctology, v. 43, n. S01, p. s1-s270, fev 2024.