Figura 1.
A endometriose tem sido considerada um problema de saúde pública, tanto por seu impacto na saúde física e psicológica, como pelo impacto socioeconômico decorrente dos custos para o seu diagnóstico, tratamento e monitoramento.
Foto: Adobe Stock

ENDOMETRIOSE

POR · **THAYNÁ MORAIS DE JESUS** - MÉDICA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA - FESF/SUS.

O QUE É A ENDOMETRIOSE / DEFINIÇÃO

A endometriose é uma doença crônica que consiste na **presença de tecido similar à glândula e/ou ao estroma endometrial fora de sua localização habitual** - o útero. Apresenta caráter benigno, com desenrolar principalmente estrogênio-dependente e por isso acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Seu desenvolvimento é multifatorial e as manifestações clínicas variam de paciente para paciente.

É possível classificar a endometriose em três grupos distintos, a partir do sítio de implantação atípica e grau de acometimento tecidual, sendo eles representados pela **doença peritoneal, ovariana e endometriose profunda**.

A endometriose peritoneal caracteriza-se pela presença de implantes superficiais no peritônio; a ovariana, por implantes superficiais no ovário ou cistos (endometriomas); e endometriose profunda, que é definida pela presença de uma ou mais lesões que penetram no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos, com uma profundidade de 5 mm ou mais.

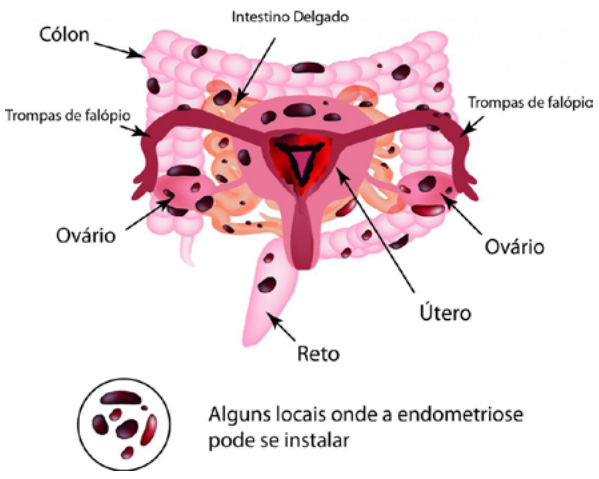
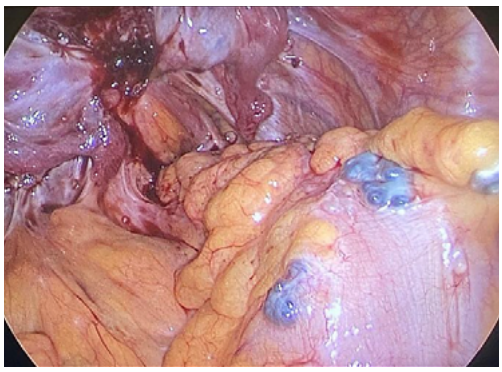


Imagem disponível em https://institutocrispi.com.br/endometriose-profunda-saiba-diferenciar-os-niveis-da-doenca/



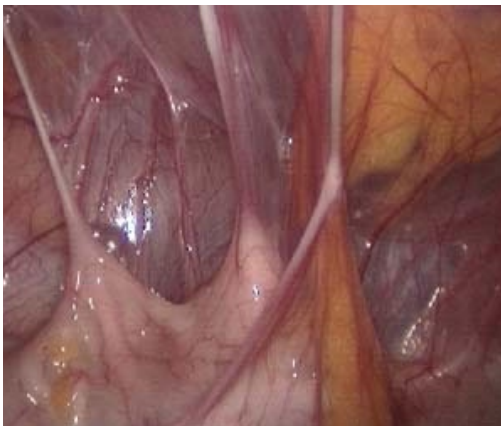


Imagem 1: focos de endometriose

Imagem 2: aderências

Disponíveis em: https://lapufpel.wordpress.com/2012/05/28/aderencias-intussuscepcao-e-volvulo/

FISIOPATOLOGIA

Existem algumas teorias fisiopatológicas acerca da endometriose, baseadas em evidências clínicas e experimentais. Os mecanismos mais descritos são os de transplantação; metaplasia celômica; e o de indução metaplásica devida a fatores bioquímicos e endógenos da cavidade peritoneal. Contudo, nenhuma dessas teorias isoladamente consegue justificar a localização de lesões em todos os casos descritos na literatura.

A teoria mais tradicional - Teoria de Sampson ou da menstruação retrógrada - consiste no fato de que cerca de 90% das mulheres apresentam líquido livre na pelve em época menstrual, sugerindo, assim, que certo grau de refluxo tubário ocorra. Partindo dessa teoria, células endometriais poderiam se implantar no peritônio e nos demais órgãos pélvicos, iniciando a doença. É uma teoria, entretanto, que não engloba todas as manifestações de endometriose.

Já a metaplasia de células da linhagem peritoneal explica a endometriose em homens, em pré-púberes e em mulheres que nunca menstruaram, além da presença de lesões em sítios atípicos, como cavidade pleural e meninges.

Uma outra teoria parte da presença de células endometriais viáveis na luz de vasos sanguíneos e linfáticos, o que sugere que focos endometrióticos podem surgir em decorrência da disseminação hematogênica e linfática, explicando, assim, lesões na pleura, cicatriz umbilical, espaço retroperitoneal, vagina e colo do útero. Esta teoria se relaciona ainda a fatores imunológicos, já que não haveria eliminação dessas células implantadas em locais impróprios.

A predisposição genética, associada ou não a alterações epigenéticas, vêm sendo estudadas extensivamente. Parece que a predisposição associada a fatores inflamatórios, imunológicos, hormonais e estresse oxidativo pode iniciar a doença nas suas diversas formas.

EPIDEMIOLOGIA

Embora seja considerada uma doença do século XX, é uma entidade reconhecida desde o século XVII, tendo sido detalhadamente descrita pela primeira vez por Von Rokitansky, em 1860, porém sua visão moderna surgiu com Sampson, em 1927.

As limitações impostas pelo desconhecimento e custo das estratégias diagnósticas levam a crer que esses valores estejam subestimados.

Ainda assim, a endometriose tem sido considerada um problema de saúde pública, tanto por seu impacto na saúde física e psicológica, como pelo impacto socioeconômico decorrente dos custos para o seu diagnóstico, tratamento e monitoramento. Em 2021, mais de 26,4 mil atendimentos foram feitos no Sistema Único de Saúde (SUS), quando também foram registradas oito mil internações na rede pública de saúde.

QUADRO CLÍNICO

A apresentação clínica da doença varia consideravelmente, sem características clínicas patognomônicas, fato que dificulta o seu diagnóstico.

Os principais sintomas associados são: dismenorreia, dor pélvica crônica ou dor acíclica, dispareunia de profundidade, alterações intestinais cíclicas (distensão abdominal, sangramento nas fezes, constipação, disquezia e dor anal no período menstrual), alterações urinárias cíclicas (disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional no período menstrual) e infertilidade. A endometriose pode se mostrar assintomática em até 20% das mulheres.

Existem diversas maneiras de estimar o grau de complexidade da doença. Com base na apresentação clínica, a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (SAMR) propõe um modelo de estadiamento em quatro estágios, considerando a localização, extensão e profundidade da doença nas estruturas pélvicas e adjacentes.

ESTÁGIO 1 - (1 a 5 pontos)

Indica doença mínima envolve pequenos pontos de adesões superficiais e isoladas.

ESTÁGIO 2 - (6-15 PONTOS)

Diz respeito à doença leve, com adesões superficiais e algumas profundas (até 5 mm).

ESTÁGIO 3 - (DOENÇA MODERADA, 16-40 PONTOS)

Inclui frequentemente a presença de endometrioma isolado ou com outras adesões, superficiais ou densas.

ESTÁGIO 4 - (DOENÇA SEVERA, ACIMA DE 40 PONTOS)

Há, usualmente, a soma das manifestações anteriores com envolvimento de outras estruturas pélvicas e abdominais, causando dano tecidual significativo.

SOCIEDADE AMERICANA DE MEDICINA REPRODUTIVA
CLASSIFICAÇÃO REVISADA DE ENDOMETRIOSE

2006

Nome do paciente _____ Data _____
Nível I (mínimo) 1-5
Nível II (suave) 6-15 Laparoscopia — Laparotomia — Fotografia —
Nível III (moderado) 16-40 Tratamento recomendado _____
Nível IV (grave) > 40 _____
Total _____ Prognóstico _____

PERITÔNIO	ENDOMETRIOSE	< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
OVÁRIO	D Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	E Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	OBLITERAÇÃO POSTERIOR	Parcial		Completa
		4		40
OVÁRIO	ADERÊNCIAS	< 1/3 cercado	1/3-2/3 cercado	> 2/3 cercado
	D Tênue/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16
	E Tênue/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16
TUBO	D Tênue/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16
	E Tênue/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16

É importante enfatizar que esta classificação não se relaciona obrigatoriamente à severidade da sintomatologia, ao prognóstico, à resposta ao tratamento ou à recorrência da doença.

REPERCUSSÃO NA FERTILIDADE

Existe grande associação entre endometriose e infertilidade, sendo que alguns estudos mostram que entre 25 a 50% das mulheres inférteis são portadoras de endometriose; e que 30 a 50% das mulheres com endometriose expressiva apresentam infertilidade.

Os mecanismos envolvidos ainda não foram plenamente esclarecidos. Hipóteses disponíveis são: alterações no microambiente folicular ou no oócito; falência na implantação; disfunção ovulatória; defeitos imunológicos; hiperativação de macrófagos peritoniais; alteração das citocinas no fluido folicular e na circulação sanguínea; síndrome do folículo luteinizado não roto; alterações no desenvolvimento embrionário precoce; aumento da apoptose celular em células da granulosa; além de alterações endócrinas como fase lútea inadequada e hiperprolactinemia. Além das alterações citadas, é plausível que distorções anatômicas pélvicas estejam relacionadas à redução da fertilidade.

A abordagem da paciente com endometriose e infertilidade é controversa e limitada, tendo em vista que existem poucos ensaios clínicos randomizados disponíveis. Portanto, deve ser considerado o quadro clínico da paciente, sua idade, sintomas, tempo de infertilidade e presença de outros fatores que possam gerar infertilidade.

DIAGNÓSTICO

Ainda hoje, a média estimada do tempo entre o início dos sintomas referidos pelas pacientes até o diagnóstico definitivo varia de cinco a dez anos.

Anamnese e exames físicos minuciosos são fundamentais na suspeita clínica da endometriose. Dor pélvica ou demais sintomas citados anteriormente associados a nódulos ou rugosidades enegrecidas em fundo de saco posterior ao exame especular sugerem a doença. Ao toque, útero com pouca mobilidade sugere aderências pélvicas; nódulos dolorosos em fundo de saco posterior podem estar associados a lesões retrocervicais, nos ligamentos uterossacros, no fundo de saco vaginal posterior ou intestinais. Anexos fixos e dolorosos, assim como a presença de massas anexiais, podem estar relacionados a endometriomas ovarianos.

O ultrassom pélvico e transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética com protocolos especializados são os principais métodos por imagem para detecção e estadiamento da endometriose e deverão ser realizados por profissionais com experiência nesse diagnóstico.

A ultrassonografia tem como principais limitações a identificação de lesões em região de abdome superior, ser operador dependente e a dificuldade de treinamento de ultrassonografistas para a investigação de lesões, com curva de aprendizado lenta para a realização de exame especializado.

Já a ressonância magnética é superior à ultrassonografia transvaginal na interpretação de imagens, porém tem como barreiras o alto custo e a impossibilidade de realização da avaliação dinâmica de sinais indiretos de acometimento pélvico, como aderências.

A videolaparoscopia com biópsia e estudo anátomo-patológico dos tecidos continua sendo considerada o método diagnóstico definitivo. Porém, atualmente, com o avanço dos métodos por imagem, ela é indicada apenas em pacientes que apresentam exames normais e falha no tratamento clínico e/ou pacientes que demandam abordagem cirúrgica terapêutica.

O biomarcador sérico mais utilizado na investigação da endometriose é o CA-125, que não apresenta sensibilidade (70%-75%) suficiente para sua indicação na prática clínica, nem parece modificar condutas.

TRATAMENTO

a) Clínico

O principal objetivo do tratamento clínico é o alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida, não se esperando diminuição das lesões ou cura da doença.

É frequente o relato de melhora dos sintomas durante a gravidez e após a menopausa. Partindo do mesmo racional, é possível considerar como primeira linha e tratamento os análogos farmacológicos dessas condições. Os progestagênios e os contraceptivos orais combinados (COCs) levam a mulher a condições hormonais semelhantes à observada durante a gravidez; já os androgênios e agonistas do GnRH (GNRHa) promovem a supressão do estrogênio endógeno, o que também melhora os sintomas.

Nenhuma combinação hormonal específica mostrou-se superior no tratamento clínico da en-

dometriose e **ainda não há consenso se a administração deve ser contínua ou cíclica, ou sobre a forma de apresentação** (oral, injetável, adesivo ou anel vaginal).

Existem medicações adjuvantes para controle da dor, que, apesar de apresentarem bons resultados em estudos clínicos, não têm sido amplamente utilizadas na prática clínica em função dos efeitos colaterais, como o danazol, os agonistas do GnRH e os inibidores da aromatase.

Para a dor aguda, cíclica e limitada, o uso de AINES auxilia no enfrentamento da doença, mas deve ser feito com moderação. Acupuntura, fisioterapia do assoalho pélvico, psicoterapia e uso de fármacos como gabapentina e amitriptilina são opções para otimizar a analgesia, sobretudo em quadros mais exuberantes.

É fundamental revisar e avaliar outras causas de dor em mulheres já diagnosticadas com endometriose que não responderam ao tratamento clínico. Uma equipe multidisciplinar especializada deve ser, sempre que possível, envolvida.

Alguns medicamentos especializados estão disponíveis na rede pública do Estado da Bahia, além de diversas opções de primeira linha, normalmente facilmente acessadas na Atenção Básica.

b) Cirúrgico

O objetivo da cirurgia é a remoção completa de todos os focos de endometriose, restaurando a anatomia e preservando a função reprodutiva, sendo realizada preferencialmente por videolaparoscopia. É consenso que se deve realizar a excisão completa dos focos utilizando pontos de referência e dissecção de espaços avasculares da pelve como etapas fundamentais para se desfazer a obliteração do fundo de saco e individualizar os órgãos da pelve.

Contudo, na prática médica, observa-se que os tecidos encontram-se mais friáveis e o risco de sangramento intra-abdominal no pós operatório é real. Por isso o tratamento sempre deve ser individualizado, levando em consideração não apenas as evidências existentes em relação à eficácia dos diferentes regimes terapêuticos, mas também todas as demais variáveis determinantes do sucesso terapêutico, visando, em última instância, à promoção da melhoria global da qualidade de vida das pacientes.

A EXPERIÊNCIA DA MULHER COM ENDOMETRIOSE

A endometriose se apresenta em um cenário que muitas vezes implica em sintomas precoces e diagnóstico tardio. Dentro deste espaço de tempo, passando pela busca por tratamentos eficazes que melhorem a qualidade de vida, mulheres com endometriose sofrem.

Do primeiro sintoma à busca por atendimento médico, estima-se que decorram de 12 a 18 meses. A partir desse momento, somam-se até 6 a 8 anos para o diagnóstico definitivo.

A demora quanto ao diagnóstico deve ser tratada como um ponto de intensa preocupação, uma vez que pode resultar em um tratamento tardio ou inadequado, bem como desenvolver desfechos mais graves, como um maior risco de infertilidade e lesões em órgãos subjacentes.

A literatura registra que o convívio com a dor e com a ideia da infertilidade implica em enorme prejuízo à qualidade de vida das mulheres afetadas. Além disso, a descredibilização das queixas da mulher por parte dos profissionais de saúde potencializa o sofrimento e atrasa o diagnóstico.

ENDOMETRIOSE NA ATENÇÃO BÁSICA

Os profissionais da atenção básica, sobretudo enfermeiros e médicos, podem e devem suspeitar de endometriose, bem como prosseguir investigação visando encurtar o tempo de diagnóstico. As consultas de rotina, coletas citopatológicas do colo do útero e momentos de Planejamento Familiar se apresentam como excelentes oportunidades para rastreio da endometriose.

Durante a anamnese, o profissional de saúde deverá praticar a escuta ativa das queixas da paciente, dispor de empatia e prestar o efetivo acolhimento para compreender e obter importantes informações sobre os sintomas da paciente.

O exame físico é o principal recurso disponível e inclui exame especular para avaliação da vagina e do colo do útero, toque bimanual e toque retal, ambos para identificar a forma, mobilização, nódulos e dor.

ENDOMETRIOSE BRASIL

O projeto Endometriose Brasil, parceria entre o Ministério da Saúde e a Beneficência Portuguesa de

São Paulo, visa oferecer capacitação dos profissionais atuantes na saúde pública de modo a qualificá-los para o diagnóstico e tratamento, assim como para a oferta de cuidado especializado, apoiando as estruturas de saúde locais.

Para isso, agentes de saúde, enfermeiros e médicos da atenção básica serão capacitados para a educação, diagnóstico e tratamento clínico da doença.

O Hospital da Mulher, localizado na capital (Salvador), vem realizando cirurgias para endometriose e participa das capacitações oferecidas pelo projeto Endometriose Brasil.

REFERÊNCIA

1. PODGAEC, CS. et al. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 32/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
2. ROSA E SILVA, JC. et al. Endometriose – Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. Femina. 2021;49(3):134-41.
3. Promoção e Proteção da Saúde da Mulher - ATM 2023/2 Endometriose. UFRGS. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/223077>. Acesso em 23 de maio de 2023.
4. SILVA, CM. et al. Experiências das mulheres quanto às suas trajetórias até o diagnóstico de endometriose. Escola Anna Nery Rev de enfermagem. Vol 25. 2021.
5. SAO BENTO, PAS; MOREIRA, MCN. Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280309, 2018.
6. COSTA, A. et al. TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. Revista Científica Fagoc Saúde. Volume III. 2018.
7. ARAUJO, WFC; SCHMIDT, D.B. Endometriose um problema de saúde pública: revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento. Vol 18. 2020.
8. SILVA, AKC. et al. O Cuidado Multiprofissional e Biopsicossocial no contexto da Saúde da Mulher com Endometriose. Revista Espaço Ciência & Saúde. vol 10. 2022.
9. Endometriose Brasil - Programa de Aprimoramento Profissional para Diagnóstico e Tratamento da Doença. Disponível em <https://proadi.bp.org.br/mod/page/view.php?id=243>. Acesso em 23 de maio de 2023.