

Endometriose: Do diagnóstico ao tratamento da doença feminina mais prevalente na sociedade

Endometriosis: From diagnosis to treatment of the most prevalent female disease in society

Endometriosis: Del diagnóstico al tratamiento de la enfermedad femenina más prevalente en la sociedad

Recebido: 18/07/2024 | Revisado: 02/08/2024 | Aceitado: 03/08/2024 | Publicado: 09/08/2024

Amanda Martins Fagundes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9532-219X>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: amanda.mfaggundes@gmail.com

Anne Karolyne Caldeira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9247-7708>
Faculdade Pitágoras de Eunápolis, Brasil
E-mail: karolynacle@hotmail.com

Maria Eduarda Ribeiro Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3908-4996>
Faculdade Pitágoras de Eunápolis, Brasil
Email: maria.med17@hotmail.com

Daniel Oliveira Mendes Ferraz

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1750-302X>
Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitória da Conquista, Brasil
E-mail: danieloliveiramferraz@gmail.com

Jennifer Favaretti Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3978-7966>
Universidade de Gurupi, Brasil
E-mail: jenniferfavaretti@gmail.com

Melina Kimberly Carvalho Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8882-4605>
Universidade de Gurupi, Brasil
E-mail: melinapereira@unirg.edu.br

Isabella de Oliveira Lourenço

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0449-7943>
Universidade de Gurupi, Brasil
E-mail: isabellaalourenco@gmail.com

Alice Brina Marques de Bessa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6776-7978>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: abmbessa@hotmail.com

Felipe Neiva Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3527-8980>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: felipe_neiva@hotmail.com

Luciana Drey Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9209-4547>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: lucianadrey@hotmail.com

Vitória Cristine Freitas Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6873-4447>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: vitoriacruzine080@gmail.com

Carla Gabriela Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4559-7686>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: carlagabriela.cgc@gmail.com

Resumo

A endometriose é uma afecção ginecológica de etiologia desconhecida que prejudica a qualidade de vida de muitas mulheres. É definida pela presença de tecido similar ao endométrio em locais fora da cavidade uterina, principalmente na pelve. Para elaboração do trabalho foi realizada uma revisão de literatura integrativa com pesquisas nas bases de

dados Pubmed, LILACS, BVS, SciELO e análise de livros sobre o tema. Foram utilizados os descritores: endometriose, diagnóstico, tratamento. O diagnóstico definitivo de endometriose acontece obrigatoriamente através de uma intervenção cirúrgica. Atualmente, a videolaparoscopia com biópsia é considerada padrão ouro, mas os sintomas e achados nos exames físico, de imagem e laboratorial podem prever com alto grau de segurança diagnóstica o quadro positivo da doença. O tratamento da endometriose deve ser feito de forma individualizada de acordo com as necessidades de cada paciente, podendo ser medicamentoso, cirúrgico ou através da associação de ambos os métodos. O objetivo desta revisão é fornecer uma ampla abordagem acerca da endometriose, uma doença ginecológica que afeta milhões de mulheres em idade reprodutiva e é uma importante causa de prejuízo na qualidade de vida e de infertilidade feminina.

Palavras-chave: Dismenorréia; Endometriose; Fertilidade; Dor.

Abstract

Endometriosis is a gynecological condition of unknown etiology that affects the quality of life of many women. It is defined by the presence of tissue similar to the endometrium in places outside the uterine cavity, mainly in the pelvis. To prepare the work, an integrative literature review was carried out with searches in the Pubmed, LILACS, VHL, SciELO databases and analysis of books on the topic. The following descriptors were used: endometriosis, diagnosis, treatment. The definitive diagnosis of endometriosis is mandatory through surgical intervention. Currently, videolaparoscopy with biopsy is considered the gold standard, but the symptoms and findings in physical, imaging and laboratory examinations can predict the positive picture of the disease with a high degree of diagnostic certainty. Endometriosis treatment must be carried out individually according to the needs of each patient, and can be medication, surgery or a combination of both methods. The aim of this review is to provide a broad approach to endometriosis, a gynecological disease that affects millions of women of reproductive age and is an important cause of impaired quality of life and female infertility.

Keywords: Dysmenorrhea; Endometriosis; Fertility; Pain.

Resumen

La endometriosis es una condición ginecológica de etiología desconocida que afecta la calidad de vida de muchas mujeres. Se define por la presencia de tejido similar al endometrio en lugares fuera de la cavidad uterina, principalmente en la pelvis. Para la elaboración del trabajo se realizó una revisión integradora de la literatura con búsquedas en las bases de datos Pubmed, LILACS, BVS, SciELO y análisis de libros sobre el tema. Se utilizaron los siguientes descriptores: endometriosis, diagnóstico, tratamiento. El diagnóstico definitivo de endometriosis es obligatorio mediante intervención quirúrgica. Actualmente, la videolaparoscopia con biopsia se considera el estándar de oro, pero los síntomas y hallazgos en los exámenes físicos, de imagen y de laboratorio pueden predecir el cuadro positivo de la enfermedad con un alto grado de certeza diagnóstica. El tratamiento de la endometriosis debe realizarse de forma individualizada según las necesidades de cada paciente, pudiendo ser medicación, cirugía o una combinación de ambos métodos. El objetivo de esta revisión es proporcionar un enfoque amplio de la endometriosis, una enfermedad ginecológica que afecta a millones de mujeres en edad reproductiva y es una causa importante de deterioro de la calidad de vida e infertilidad femenina.

Palabras clave: Dismenorrea; Endometriosis; Fertilidad; Dolor.

1. Introdução

A endometriose é uma afecção ginecológica inflamatória, benigna, crônica e estrogênio-dependente que afeta cerca de 10% de mulheres em idade reprodutiva e gera diminuição na qualidade de vida de muitas mulheres. (Moretto et al., 2021)

Apresenta etiologia desconhecida, sendo definida pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina, principalmente na pelve. A endometriose é caracterizada por quadros de dismenorreia, dispareunia, alterações urinárias e intestinais e, principalmente, dor pélvica e infertilidade, que afeta de 30 a 50% das mulheres com endometriose. (Kovacs et al., 2021; Polak et al., 2021; Tennfjord et al., 2021; Nacul & Spritzer, 2010).

Atualmente, a endometriose é dividida de três formas: peritoneal, ovariana e profunda. A peritoneal é caracterizada pela presença de implantes superficiais no peritônio. A ovariana apresenta implantes superficiais no ovário ou cistos. Já a endometriose profunda, é caracterizada por uma lesão que penetra o espaço peritoneal ou a parede de órgãos pélvicos, apresentando profundidade de 5mm ou mais. (Podgaec et al., 2018; Moretto et al., 2021; Nisolle & Donnez, 1997).

O objetivo desta revisão é fornecer uma ampla abordagem acerca da endometriose, uma doença ginecológica que afeta milhões de mulheres em idade reprodutiva e é uma importante causa de prejuízo na qualidade de vida e de infertilidade feminina.

2. Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura integrativa. Foi realizada a ordenação e análise dos mais relevantes artigos publicados sobre o tema através desse método de pesquisa com o objetivo de aumentar o conhecimento a respeito do assunto (Neto et al., 2016).

Através da metodologia integrativa é possível realizar um resumo dos trabalhos publicados nas bases de dados com objetivo de proporcionar a aplicabilidade em resultados para estudos futuros (Souza, et al. 2010).

O trabalho foi elaborado com base no referencial de realização em seis etapas proposto por Bardin em 1977. As etapas são: 1. Identificar o tema e selecionar a questão da pesquisa; 2. Definir critérios para incluir e excluir estudos; 3. Definir as informações e categorizar os estudos; 4. Avaliar os estudos escolhidos; 5. Interpretar os resultados; 6. Apresentar a revisão e resumir o conhecimento (Souza et al., 2010).

Para nortear esse trabalho foram realizadas pesquisas nas bases de dados Pubmed, LILACS, BVS, SciELO e análise de livros sobre a temática da endometriose. Foram utilizados os descritores: endometriose, epidemiologia, diagnóstico, tratamento.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2000 a 2022, disponíveis de forma gratuita e que abordavam as temáticas propostas. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Em seguida, os artigos e trabalhos acadêmicos encontrados foram analisados por estudantes de medicina.

Os resultados foram divididos em categorias abordando: epidemiologia, fatores de risco, etiopatogenia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

3. Resultados e Discussão

3.1 Epidemiologia

Atualmente, estima-se que sete milhões de brasileiras possuem endometriose. Apesar da doença apresentar alta incidência no Brasil, acredita-se que os dados epidemiológicos são subnotificados. Isso ocorre devido à dificuldade de acesso ao diagnóstico definitivo e à banalização dos sintomas femininos pela sociedade, assim como pelos profissionais de saúde (Lubianca, 2021; Silva, et al., 2021). Apesar da dificuldade na coleta de dados e da diferença entre os estudos, os trabalhos revelam que há grande prevalência em mulheres em idade reprodutiva e de etnia branca (Salome et al., 2020). A prevalência de endometriose é a mesma em mulheres de diferentes classes econômicas e sociais (Febrasgo, 2015).

3.2 Etiologia

Segundo Podgaec et al. (2018), a etiopatologia da endometriose ainda é desconhecida. Apesar disso, diversas teses relatam que o surgimento dos focos ectópicos da doença estão associados a diversos fatores, podendo ser citados os fatores hormonais, os genéticos e os imunológicos, existindo assim uma doença multifatorial (Moreira, et al., 2021; Parra et al., 2022; Brown et al., 2018).

3.3 Fatores de risco

São considerados altos fatores de risco para endometriose: história familiar, longo tempo de exposição ao estrogênio, menarca precoce e ciclos menstruais curtos. Além disso, baixos índices de massa corporal, consumo exagerado de álcool e cafeína. (Febrasgo, 2018). Malformações müllerianas, agnesia de colo, hímen imperfurado, estenoses iatrogênicas de colo uterino e fluxo aumentado são outros fatores de risco, visto que estão associado com o aumento do refluxo menstrual ao provocar dificuldade de escoamento do sangramento e conseqüentemente leva ao refluxo do sangue. (Campos et al., 2008)

3.4 Quadro clínico

O quadro clínico da endometriose é bastante variável, podendo ser assintomático em 2% a 22% das pacientes. Apesar disso, os principais sintomas são dismenorreia, dor pélvica crônica ou acíclica, dispareunia profunda, alterações nos hábitos intestinais de maneira cíclica, sendo elas: distensão abdominal, hematoquezia, constipação, disquezia e dor anal no período menstruação, além da alteração no hábito urinário de forma cíclica e da infertilidade (Podgaec et al., 2018; Silva, et al., 2021; Torres et al., 2010; De Mendonça et al., 2021).

A realização do exame físico de maneira correta é fundamental na suspeita clínica de endometriose (Podgaec et al., 2018). O exame ginecológico da paciente pode apresentar-se sem alterações, mas a dor à mobilização uterina, a retroversão uterina ou aumento do volume ovariano é sugestiva de endometriose, embora não seja específica (Nacul et al, 2010 & Spritzer; 2010).

A presença de nódulos ou rugosidades enegrecidas no fundo de saco posterior ao exame especular são sugestivos de endometriose, principalmente endometriose profunda (Podgaec et al., 2018; Nacul et al., 2010). Ao toque, o útero apresentando baixa mobilidade sugere aderências pélvicas. Nódulos geralmente dolorosos também 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, bem como surgimento de massas anexiais, geralmente estão relacionados com casos de endometriomas ovarianos (Santos et al., 2012; Podgaec et al., 2018).

3.5 Diagnóstico

De acordo com American Society of Reproductive Medicine, a endometriose apresenta 4 estágios: I (doença mínima), II (leve), III (moderada) e IV (severa)

Em média, o diagnóstico de endometriose é atingido tarde, próximo a 4ª década de vida das pacientes. (CONCEIÇÃO et al., 2019).

O diagnóstico definitivo de endometriose acontece necessariamente através de uma intervenção cirúrgica. Atualmente, a videolaparoscopia com biópsia é considerada padrão ouro. No entanto, a presença de diversos sintomas, achados nos exames físico, de imagem e laboratorial podem predizer quadro positivo da doença com alto grau de confiabilidade diagnóstica.

A ultrassonografia pélvica transvaginal com preparo intestinal é o exame mais utilizado atualmente e deve ser o primeiro exame complementar a ser solicitado (De Mendonça et al., 2021; Bazot & Daraï, 2017; Dunselman & Vermeulen, et al., 2014.). O exame é capaz de detectar pequenas lesões intestinais e nódulos vesicais. (Fernandez et al., 2022). Possui alta acurácia, apresentando sensibilidade de 94% e especificidade de 98% em casos de identificação de focos de endometriose profunda (Febrasgo, 2018; Nacul & Spritzer, 2010).

O segundo exame solicitado é a ressonância magnética nuclear (De Mendonça et al., 2021). Apresenta alguns benefícios em casos específicos quando comparada à ultrassonografia: identificação de lesões ovarianas menores, na

diferenciação de endometriomas e outras lesões anexiais como cistos hemorrágicos ou neoplasias, na determinação e mapeamento de lesões de endometriose profunda que acomete a parede pélvica e raízes nervosas do plexo sacral (Fernandez et al., 2022).

Os marcadores bioquímicos não podem ser considerados como de eleição para o diagnóstico de endometriose. Apesar disso, dosagem de Ca125 acima de 100 UI/mL, quando coletado no primeiro ou segundo dia do ciclo menstrual, pode ser útil para o diagnóstico em estágio avançado. É importante ressaltar que concentrações normais não excluem a doença (Albert Einstein, 2020).

3.6 Tratamento

O tratamento da endometriose deve ser feito de forma individualizada de acordo com as necessidades de cada paciente, é importante levar em conta as particularidades de cada doença e os sintomas apresentados, como infertilidade, dor pélvica crônica e dismenorreia, bem como analisar o impacto da endometriose na qualidade de vida da paciente.

O tratamento pode ser medicamentoso, cirúrgico ou os dois métodos podem ser associados. O tratamento medicamentoso apresenta como objetivo o alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida. É importante ressaltar que nesse caso não é esperado a diminuição das lesões e/ou cura da doença, mas sim o controle do quadro. (Ministério da Saúde, 2016). No tratamento de primeira linha são usados progestagênios isolados ou anticoncepcionais combinados de estrogênio e progesterona. O medicamento produz uma “pseudogravidez” ou “pseudomenopausa” ao causar um bloqueio ovulatório persistente, diminuindo o quadro de dor pélvica e aliviando a dispareunia, dismenorreia e dor não menstruação em casos de uso da pílula combinada (ESHRE, 2022; Febrasgo, 2021).

Os progestagênicos mais utilizados são o acetato de medroxiprogesterona e a gestrinona. Fármacos como levonorgestrel e desogestrel também podem ser utilizados. Atualmente, os dados da literatura são considerados controversos, sendo necessário mais estudos para avaliar a eficácia e efeitos colaterais dos medicamentos (Silva et al., 2021). GnRH apresenta bons resultados clínicos, pois causa amenorreia e anovulação, apresentando alívio dos sintomas e prolongamento do tempo de recidiva. Apesar disso, não têm sido utilizados na prática clínica devido aos efeitos colaterais, como ondas de calor, ressecamento vaginal, tontura, irritabilidade, cefaleia, perda mineral óssea e outros (Febrasgo, 2021; Costa et al., 2018; Silva et al., 2021).

No tratamento cirúrgico o objetivo é a ressecção dos implantes de endometriose nos órgãos atingidos e/ou no peritônio, para que conseqüentemente haja a diminuição das dimensões dos focos de endometriose. Dois métodos são utilizados no tratamento cirúrgico, método conservador, em que na abordagem há a preservação da fertilidade da mulher ou o método radical, onde é realizada a histerectomia e salpingooforectomia bilateral.

Atualmente, a técnica mais utilizada é a laparoscopia. Esse método apresenta vantagem a melhor visualização das lesões, melhor acesso a pelve, menor risco de infecção da cicatriz operatória, como menor tempo de recuperação e internação, menor perda de sangue, menos desconforto no período pós-operatório e incisões e cicatrizes menos visíveis (Costa et al, 2018; Febrasgo, 2021).

Em casos que há o objetivo de tratar a infertilidade associada à endometriose, o uso de terapia hormonal para supressão ovariana é contra indicado, uma vez que não há evidências comprovando o benefício (ESHRE, 2022).

4. Conclusão

Após a realização dessa revisão, conclui-se que a endometriose ainda é uma doença pouco conhecida em bases etiológicas, apresentando diagnóstico tardio e piora na qualidade de vida das pacientes.

Dessa maneira, é importante ressaltar a importância de se dominar os conhecimentos já existentes para avaliação correta da paciente e conseqüentemente o estudo de forma individualizada para indicar a melhor abordagem do tratamento da doença.

Em relação às limitações encontradas ao se realizar esta revisão, podem ser citadas as dificuldades em lidar com trabalhos duplicados, a pouca quantidade de trabalhos que abordem o tema e, principalmente, dificuldade para encontrar artigos completos disponibilizados de forma gratuita. É necessário que futuros pesquisadores se atentem a essas limitações com o objetivo de aumentar a busca em base de dados.

Referências

- Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, n° 32. FEBRASGO, 2018, 17.
- Bazot, M. & Daraï, E. (2017). Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertil Steril*, 108(6), 886-94.
- Brown, J., et al (2018). Contraceptivos orais para dor associada à endometriose. *Cochrane Database Syst Ver*; 5(5), CD001019
- De Mendonça, M. G. M, et al. (2021). Endometriose: manifestações clínicas e diagnóstico – revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3584-3592.
- Dunselman, G.A, Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz, J. C., D’Hooghe T., De Bie, B., et al.; European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29(3), 400-12.
- FEBRASGO, São Paulo, n° 4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina. 1-15, 2018.
- Gestrinone versus a gonadotropinreleasing hormone agonist for the treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a multicenter, randomized, double-blind study. *Fertil Steril*. 1996;66(6), 911-9. 10.1016/s0015-0282(16)58682-8
- Luciano, A. A., Turksoy, R. N., & Carleo, J. (1988). Evaluation of oral medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis. *Obstet Gynecol.*;72(3 Pt 1), 323-7
- Moreira, M. R, et al (2021). Endometriose e adolescência: atraso diagnóstico e o papel da enfermagem. *Global Academic Nursing Journal*; 2(4), e204
- Nácul, A. P. & Spritzer, P. M. (2010). Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 32, 298-307.
- Neto, J. M. R., & Marques, D. K. A., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2016) Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (1), 162-168
- Nieto, A., Tacuri, C., Serra, M., Keller, J., & Cortés, P. J. (1996). Long-term followup of endometriosis after two different therapies (gestrinone and buserelin). *Clin Exp Obstet Gynecol.*, 23(4), 198-204. 37. Gestrinone Italian Study Group.
- Nisolle, M., & Donnez, J. (1997) Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril*. 1997;68(4), 585-96.
- Orientações e recomendações FEBRASGO, (4), 1-103. Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina. 2018
- Parra, R. S., et al (2022). Complicações pós-operatórias e taxas de estomia após ressecção laparoscópica de endometriose infiltrativa profunda com envolvimento intestinal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*; 44(11) 1040-1046.
- Podgaec, S (2014). Endometriose. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).
- Podgaec, S. et al. (2020). Endometriose. *Femina*. 48(4), 233-237.
- Podgaec, S. et al. (2020). Endometriose. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Síndrome dos ovários policísticos.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*, 8 (1),102-106