



Síndrome dos Ovários Policísticos e Endometriose: um relato de caso de fertilização in vitro

Polycystic Ovarian Syndrome and Endometriosis: a case report of in vitro fertilization

Síndrome Ovario Poliquístico y Endometriosis: reporte de un caso de fertilización in vitro

Caroline Arend Birrer¹, Djenifer Letícia Ulrich Bick¹, Inez Antonia Barbieri¹, Rafaela Bianchin Mozzaquatro¹, Pedro Henrique Rodrigues Stamm¹, Francielle Liz Monteiro²

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, de 37 anos de idade, diagnosticada ainda na adolescência com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) e Endometriose – patologias de causas multifatoriais, frequentemente associadas à dificuldade em se obter uma gestação. **Detalhamentos de caso:** Após nove meses de tentativas naturais de engravidar, optou-se, inicialmente, por métodos de estimulação hormonal, controle da ovulação e coito programado. Contudo, devido à falha nas tentativas, procedeu-se para o procedimento de Fertilização In Vitro (FIV), sendo realizada uma hiperestimulação ovariana e a coleta de oócitos da paciente, bem como do material seminal de seu marido. 24 óvulos foram coletados, 15 possuíam boa qualidade e nove foram fertilizados, sendo o restante criopreservado. Apesar do sucesso na fertilização em laboratório, a transferência embrionária para o útero da paciente não foi eficaz. Outras duas tentativas foram realizadas em anos seguintes, sem êxito. A paciente relatou que, durante o processo, apesar de possuir uma rede de apoio sólida, passou por problemas psicológicos que afetaram diretamente sua qualidade de vida. **Considerações finais:** Foi possível concluir a importância do estudo da endometriose e da SOP associadas à infertilidade, bem como dos efeitos na saúde mental na vida da mulher e/ou do casal.

Palavras-chave: Infertilidade, Anovulação, Androgênios, Técnicas de reprodução assistida.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a 37-year-old female patient, diagnosed as a teenager with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and Endometriosis – pathologies with multifactorial causes, often associated with difficulty in obtaining a pregnancy. **Case details:** After nine months of natural attempts to get pregnant, she initially opted for methods of hormonal stimulation, ovulation control and scheduled intercourse. However, due to failed attempts, the In Vitro Fertilization (IVF) procedure was carried out, with ovarian hyperstimulation and the collection of the patient's oocytes, as well as her husband's seminal material. 24 eggs were collected, 15 were of good quality and nine were fertilized, the remainder being cryopreserved. Despite successful fertilization in the laboratory, embryo transfer to the patient's uterus was not effective. Two other attempts were made in the following years, without success. The patient reported that, during the process, despite having a solid support network, she experienced psychological problems that directly affected her quality of life. **Final considerations:** It was possible to conclude the importance of studying endometriosis and PCOS associated with infertility, as well as the effects on mental health in the life of the woman and/or couple.

Keywords: Infertility, Anovulation, Androgens, Assisted reproductive technology.

¹ Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria – RS.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente femenina de 37 años, diagnosticada en su adolescencia con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) y Endometriosis – patologías multifactoriales, a menudo asociadas a dificultad para obtener un embarazo. **Detalles del caso:** Después de nueve meses de intentos naturales de quedar embarazada, optamos por métodos de estimulación hormonal, control de la ovulación y relaciones sexuales programadas. Sin embargo, debido a intentos fallidos, se realizó el procedimiento de Fertilización In Vitro (FIV), con hiperestimulación ovárica y recolección de los ovocitos de la paciente y del material seminal de su marido. Se recolectaron 24 óvulos, 15 eran de buena calidad y nueve fueron fecundados, el resto criopreservados. A pesar de la exitosa fertilización en el laboratorio, la transferencia de embriones al útero de la paciente no fue efectiva. En los años siguientes se hicieron otros dos intentos, sin éxito. La paciente relató que, a pesar de contar con una sólida red de apoyo, experimentó problemas psicológicos que afectaron directamente su calidad de vida. **Consideraciones finales:** Se concluye la importancia de estudiar la endometriosis y el SOP asociados a la infertilidad y los efectos sobre la salud mental en la vida de la mujer y/o pareja.

Palabras clave: Infertilidad, Anovulación, Andrógenos, Tecnología de reproducción asistida.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define infertilidade como uma doença do sistema reprodutor humano que impede a concepção. É considerada um problema de saúde global que afeta 15% de toda a população, o que corresponde a cerca de 186 milhões de pessoas no mundo (FIOCRUZ, 2022). A infertilidade feminina é definida pelo não estabelecimento de uma gravidez após 12 meses tendo relações sexuais regulares e desprotegidas. Estima-se que no mundo cerca de 8 a 12% dos casais em idade reprodutiva sejam afetados pela infertilidade (BORGHT M e WYNS C, 2018).

A infertilidade pode ser causada por diversos fatores, sendo as causas mais frequentes, a disfunção ovulatória, a infertilidade por fator masculino e a doença tubária (CARSON S e KALLEN A, 2021). A avaliação da infertilidade feminina é recomendada para mulheres que tenham até 35 anos e que não consigam engravidar em até 12 meses, e para mulheres com mais de 35 anos que não engravidam em até 6 meses. A avaliação também é indicada para mulheres com oligomenorreia ou amenorreia, doença uterina, tubária ou peritoneal conhecida ou suspeita (incluindo a endometriose) (CARSON S e KALLEN A, 2021).

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) e a endometriose são patologias que podem estar relacionadas a causas de infertilidade feminina. Sabe-se que 10% das mulheres em idade reprodutiva são afetadas pela endometriose, destas, cerca de 30 a 50% podem apresentar infertilidade (SMOLARZ B, et al., 2021). Já a prevalência de SOP na população feminina mundial é de 6 a 20%, sendo que a maioria apresenta infertilidade (KUMARIYA S, et al., 2021; MANIQUE M e FERREIRA A, 2022).

A endometriose é descrita como uma patologia ginecológica benigna, dependente de estrogênio. É caracterizada, principalmente, pela presença de focos ativos do endométrio (células glandulares e estroma) ou de tecido endometrial fora da cavidade uterina, seja na camada muscular uterina, em órgãos genitais ou até mesmo em regiões do corpo mais distantes, como bexiga, intestino e pulmões – sendo este mais raro.

A maioria dos casos ocorre entre a menarca e a menopausa, uma vez que, de acordo com Koninckx PR, et al. (2019), após a puberdade e o início da atividade sexual, o ambiente endócrino e o microbioma peritoneal sofrem uma modificação abrupta, favorecendo o desenvolvimento da doença. No período entre os 25 e 45 anos de idade da mulher, o pico da doença tende a cair progressivamente (SMOLARZ B, et al., 2021).

A endometriose é considerada um problema médico, social e econômico, devido à natureza crônica que possui e à relação com outras patologias. Entre as razões que explicam a associação entre a doença e a infertilidade, Smolarz B, et al. (2021) destacam a possível aderência e inflamação das tubas uterinas, a anatomia distorcida da pelve, as alterações hormonais e imunológicas, a cicatrização das tubas uterinas, a diminuição da qualidade do oócito e a implantação prejudicada do blastocisto em caso de gravidez.

A etiologia da endometriose é multifatorial, podendo estar associada a outras doenças inflamatórias crônicas associadas à dor, e se iniciando após alterações genéticas ou epigenéticas em uma célula endometrial, tronco ou da medula óssea. Esses erros são favorecidos por agentes mutagênicos, como radiação, poluição por dioxinas e estresse oxidativo decorrente da menstruação retrógrada (KONINCKX PR, et al., 2019). Em relação à fisiopatologia, a doença envolve a interação de processos endócrinos, imunológicos, pró-inflamatórios e pró-angiogênicos (ZONDERVAN KT, et al., 2019).

A sintomatologia da doença é marcada por um aumento gradual da dor pré-menstrual aguda, dor pélvica, dismenorrea, ovulação dolorosa, dor durante a relação sexual, dor ao defecar, dor que irradia para a coluna, menstruação irregular, infertilidade e fadiga crônica (SMOLARZ B, et al., 2021). Os sintomas relacionados à endometriose, em muitos casos presentes por anos, levam a uma diminuição considerável da qualidade de vida da mulher e a maiores riscos de desenvolver ansiedade e depressão (BULUN SE, et al., 2019). Ainda, é válido salientar que o marcador tumoral CA125, frequentemente, utilizado no diagnóstico de câncer de ovário, em geral, encontra-se aumentado na endometriose, e apresenta redução após a cirurgia, sugerindo sua presença como consequência da doença (KONINCKX PR, et al., 2019).

O diagnóstico da endometriose é baseado nos sinais clínicos e em exames de imagem, como a ultrassonografia e a ressonância magnética. No entanto, a visualização laparoscópica, idealmente com verificação histológica, é o padrão para o diagnóstico da doença e se faz imprescindível em alguns casos (ZONDERVAN KT, et al., 2019). O tratamento varia conforme os sintomas e as preferências predominantes da paciente, mas, de forma geral, envolve o tratamento hormonal com pílula anticoncepcional oral (na maioria dos casos, apenas de progesterona) e a remoção cirúrgica do excesso de tecido endometrial – opção de escolha para mulheres que desejam engravidar.

Outra doença significativa no estudo da infertilidade é a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), caracterizada por ser um distúrbio metabólico e endócrino que afeta mulheres em idade reprodutiva. A SOP é identificada como um distúrbio heterogêneo, sendo caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas clínicos que incluem excesso de andrógeno, morfologia ovariana policística e disfunção ovulatória (KUMARIYA S, et al., 2021). A etiologia da SOP ainda é desconhecida, mas acredita-se em uma origem multifatorial envolvendo dieta, desenvolvimento de obesidade e fatores ambientais (ESCOBAR-MORREALE H, et al., 2018).

Mulheres diagnosticadas com SOP são mais propensas a desenvolver patologias associadas a deformidades metabólicas e reprodutivas (KUMARIYA S, et al., 2021). As comorbidades reprodutivas encontradas na SOP abrangem a anovulação crônica, infertilidade e complicações na gravidez. Comorbidades metabólicas também são descritas nesta patologia, incluindo a resistência à insulina, hiperinsulinemia, intolerância à glicose, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes gestacional, hipertensão, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), dislipidemias, síndrome metabólica e risco cardiovascular. Depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e disfunção sexual também podem estar presentes (MANIQUE M e FERREIRA A, 2022).

A fisiopatologia da SOP está associada ao aumento da frequência da pulsatilidade do hormônio luteinizante (LH) da hipófise resultante do aumento do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH). O padrão da GnRH é regulado por feedback negativo dos hormônios esteroides ovarianos estradiol e progesterona. Mulheres que apresentam a SOP possuem este sistema prejudicado, havendo assim, aumento do LH e diminuição do hormônio folículo estimulante (FSH) (STENER- VICTORIN E, et al., 2021).

Os sintomas percebidos e identificados na SOP incluem manifestações cutâneas como acne, alopecia e hirsutismo, resultante do hiperandrogenismo; infertilidade e hiperplasia e/ou carcinoma endometrial resultante das disfunções ovulatórias e da oligomenorrea crônica; e morfologia policística ovariana associada ao risco de síndrome de hiperestimulação ovariana durante a indução de ovulação (ESCOBAR-MORREALE H, et al., 2018). Segundo Escobar-Morreale H, et al. (2018), como regra geral, a gravidade do fenótipo específico da SOP está relacionada diretamente à quantidade de critérios atendidos pela paciente. A SOP pode ser diagnosticada pela classificação de Rotterdam e exames complementares. A classificação de Rotterdam é a

mais utilizada atualmente e apoiada pela maioria das sociedades científicas, bem como pelas autoridades da saúde (ESCOBAR-MORREALE H, et al., 2018). Esta síndrome pode ser identificada quando houver a presença de pelo menos dois dos três sintomas característicos: hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial, disfunção ovulatória e morfologia policística ovariana (FERRIANI RA, 2004).

Assim, a SOP e a endometriose são doenças que acometem frequentemente o aparelho reprodutor feminino e estão relacionadas com alterações no funcionamento do eixo do hipotálamo-hipófise-gonadal (HPG) (DINSDALE N e CRESPI B, 2021). Essas patologias causam distúrbios reprodutivos que resultam em uma elevada taxa de morbidade, uma vez que afetam significativamente a fertilidade e a qualidade de vida (SCHÜLER-TOPRAK S, et al., 2022). É de grande relevância ressaltar que, embora ambas as patologias sejam resultantes das mesmas alterações, ainda não são consideradas associadas ou relacionadas entre si (DINSDALE N e CRESPI B, 2021).

Com base na busca realizada na literatura para o presente estudo, não foram encontrados dados recentes que relatam o percentual de mulheres descritas com ambas as patologias. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com suspeita de infertilidade, diagnosticada com endometriose e síndrome dos ovários policísticos, que optou por técnicas de reprodução assistida para tentar engravidar. Além disso, visa disseminar o conhecimento acerca da infertilidade e suas possíveis causas, uma vez que o assunto é pouco discutido no âmbito social e afeta uma grande parcela da população mundial.

DETALHAMENTOS DE CASO

Este é um estudo de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer 6.824.466 e CAAE 78028824.5.0000.5306), tendo a concordância do paciente com a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o responsável assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização do Uso de Imagem.

Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, diagnosticada aos 15 anos com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) – desordem endócrina que provoca alterações relacionadas ao excesso de hormônios androgênicos – e, aos 19, com endometriose – distúrbio em que o tecido endometrial que reveste a cavidade uterina cresce em regiões além do útero, como ovários e tubas uterinas. Em seu relato, a paciente mencionou a ocorrência da menarca aos 11 anos de idade, momento em que se iniciaram dores abdominais intensas no período menstrual.

Além das dores, a paciente também relatou apresentar hirsutismo – aumento da quantidade de pelos no corpo da mulher em locais comuns ao homem –, acne e ciclo menstrual irregular. Ao investigar, a paciente realizou uma ultrassonografia, em que foram observados pela médica ginecologista, cistos foliculares em seus ovários, o que, em conjunto com seus sinais clínicos, permitiu o diagnóstico de SOP. O tratamento foi realizado com pílula anticoncepcional, o que a paciente relata ter sido suficiente para o controle da doença.

Anos mais tarde, a paciente menciona um aumento das dores abdominais durante o período menstrual, sendo necessário em muitas vezes uma interrupção completa em sua rotina para ir ao hospital. Ao buscar ajuda profissional, em busca de um diagnóstico e/ou tratamento, foi relatada uma descredibilização inicial por parte dos médicos em relação aos seus sintomas, visto que estes consideravam “normal” a presença de cólica menstrual. Foram realizadas algumas ultrassonografias e outros exames, que demonstraram normalidade e não tiveram impacto para um possível diagnóstico. Tais fatos tiveram, por consequência, um adiamento do diagnóstico e, conseqüentemente, do tratamento.

Em uma das consultas ginecológicas, ainda na investigação da dor, a médica observou um cisto no ovário esquerdo da paciente, o que poderia ser apenas resíduo de sua última menstruação, de acordo com a profissional. Para confirmar, no mês seguinte, a médica solicitou um Ultrassom Doppler, que permite analisar a circulação dos vasos sanguíneos e o fluxo sanguíneo corporal.

Tal exame gerou a suspeita da presença de um teratoma – tumor constituído de tecidos, como cabelo, músculo e osso, que ocorrem com mais frequência nos ovários e podem ser benignos ou malignos. Em função

da suspeita, foi realizada uma videolaparoscopia – que descartou a presença de teratoma e permitiu a visualização de um endometrioma no ovário esquerdo, caracterizando um grau avançado de endometriose, e permitindo, finalmente, o diagnóstico. Havia presença de tecido endometrial em toda a cavidade pélvica, com focos maiores no peritônio e no fundo do saco de Douglas (espaço anatômico localizado entre o útero e o reto), onde foi encontrada grande quantidade de líquido e sangue, além de ovários aderidos ao útero e aderência no intestino – o que explicava a extrema dor abdominal da paciente.

Durante o procedimento, foi realizada a remoção de uma parte do ovário esquerdo e a retirada de todos os focos da endometriose, bem como as aderências tubárias e intestinais foram desfeitas, diminuindo a dor e melhorando a qualidade de vida da paciente. Após o diagnóstico, a paciente iniciou um tratamento específico para a endometriose utilizando Zoladex® (acetato de Gosserrelina) que controla a endometriose por meio da inibição da secreção de LH pela hipófise, gerando uma queda nas concentrações séricas de estradiol nas mulheres. Com isso, a dor e as lesões endometriais foram reduzidas.

Após o diagnóstico, a paciente passou a realizar exames regulares de 6 em 6 meses, como o marcador tumoral CA125, que, em geral, apresenta-se elevado na endometriose e pode indicar câncer de ovário. Idealmente, espera-se que os valores sejam inferiores a 35,0 U/mL. Felizmente, os níveis séricos deste marcador na paciente mantiveram-se dentro da normalidade. Além disso, prosseguiu com a utilização contínua de pílulas anticoncepcionais de progesterona, que controlam o espessamento do endométrio e, indiretamente, reduzem a liberação de estrogênio, hormônio que promove o crescimento do tecido endometrial.

Aos 27 anos, a paciente desejou ter filhos e, mesmo sabendo dos empecilhos que enfrentaria, ainda possuía o ovário direito normal, bem como o ovário esquerdo funcional e a cavidade uterina íntegra – o que tornava possível as chances de uma gestação. Após nove meses de tentativas naturais, marcados por uma desregulação do ciclo menstrual e da ovulação (devido à interrupção do anticoncepcional que tratava a SOP), procedeu-se para uma estimulação por três meses com o fármaco Clomid® (a base de citrato de clomifeno, utilizado para aumentar os níveis de FSH e LH, estimulando os folículos ovarianos e a ocorrência da ovulação, além de regular o ciclo menstrual).

Após estas tentativas sem êxito, e um tempo sem a realização de nenhum tratamento, procedeu-se para uma nova cirurgia para limpeza dos focos da endometriose e outra estimulação hormonal, com acompanhamento da ovulação por meio de ultrassonografias e a tentativa de coito programado – também sem êxito. Em 2013, a paciente já com 28 anos realizou a primeira tentativa de fertilização in vitro (FIV). Para a preparação do procedimento, a paciente foi submetida à administração de hormônios injetáveis em baixa dose, como forma de hiperestimulação ovariana. Em seu primeiro ciclo, houve uma produção ovariana exacerbada, sendo possível a coleta de 24 óvulos.

Tal protocolo demandou um maior cuidado, uma vez que seus ovários aumentaram muito de tamanho, e havia grandes chances de desenvolvimento da Síndrome da Hiperestimulação Ovariana. Por esse motivo, foram realizados ultrassons periódicos para avaliar se os ovários iriam diminuir, bem como recomendado o consumo de clara de ovo crua, para aumentar os níveis de albumina. Após o tamanho dos ovários retornarem ao normal, foi realizada a fertilização.

Dentre os 24 óvulos coletados, apenas 15 possuíam uma boa qualidade, sendo 9 fertilizados e o restante criopreservado. Após a fertilização, não foi possível realizar a transferência dos embriões, pois a paciente teve uma resposta ovariana muito elevada. Então, foi aguardado 30 dias e, após esse período, foi realizada a transferência dos embriões. A transferência não foi eficaz, sendo que um dos fatores, provavelmente interferentes, foi a exposição ao estresse que a paciente vivenciou, devido a problemas familiares, fator fortemente contraindicado pelos médicos.

Em 2016, com 31 anos, a paciente optou por realizar uma nova tentativa de transferência dos embriões que estavam criopreservados, entretanto, não houve evolução. Com o insucesso da transferência, a paciente relatou descrença na gravidez por vias naturais, tendo em vista que utilizava medicamentos para controlar a endometriose pelo medo de que a doença avançasse para outros órgãos, como o intestino. Como alternativa

para o desejo de ser mãe, junto ao marido, decidiram tentar pela via adotiva, sendo realizado todo o trâmite no conselho e no fórum, aguardando na fila do Cadastro Nacional de Adoção. No início do ano de 2022, a paciente, agora com 37 anos, optou por iniciar outro tratamento, na tentativa de realizar uma nova fertilização, utilizando os óvulos que haviam sido criopreservados aos 28 anos.

Durante o processo, a paciente positivou para a COVID-19, precisando interromper os procedimentos por um determinado período. Em abril do mesmo ano, a paciente iniciou a medicação para preparação endometrial para uma nova fertilização, entretanto, o endométrio não atingia espessuras suficientes, visto que o mínimo de espessura endometrial para implantação é de 7 mm e o da paciente não ultrapassava 6,4 mm. Em junho, quando o endométrio atingiu a espessura necessária para a implantação, a transferência precisou ser adiada devido a um escape e sangramento.

Devido a intercorrência, foi necessário a realização de biópsia endometrial, a qual consiste em uma coleta de amostra de tecido do revestimento do útero, a fim de buscar possíveis tecidos cancerígenos. Felizmente, não houve nenhuma alteração. Em setembro, após a realização de novos exames para avaliar a espessura endometrial, o endométrio apresentou 18 mm de espessamento, mesmo sem a utilização de medicamentos. Assim, foi realizada uma nova coleta de sêmen do marido e a descriopreservação dos oócitos – dos seis oócitos criopreservados e restantes, somente três sobreviveram e estavam viáveis.

Após novos exames para verificar o resultado da transferência e implantação do embrião, a paciente descobriu que a fertilização não obteve sucesso e que, novamente, ela não estava gestante. Além disso, em decisão conjunta com o marido, o processo de adoção foi interrompido por ora. Durante o processo, a paciente relatou ter passado por diversos problemas conjugais e familiares durante o período de tentativas de engravidar, o que desencadeou sintomas psicológicos que estavam alterando a qualidade de vida.

Apesar de possuir uma rede de apoio composta pelo marido, amigos, família e terapeuta, a paciente citou que diversas vezes teve que alterar os focos de pensamento da vida e deixar de lado a gestação como forma de preservar a saúde mental, para não desenvolver um quadro depressivo. A cada procedimento realizado com resultados negativos, um sentimento de luto consumia seus dias e via como necessidade focar em outros objetivos, como carreira, trabalho e viagens.

DISCUSSÃO

A queixa clínica da endometriose pode se apresentar por múltiplos sintomas ginecológicos e/ou urológicos. Entretanto, a maioria dos sintomas não são específicos, o que acarretam uma demora no diagnóstico e em um agravamento dos sintomas. Além disso, sabe-se que o principal achado clínico da endometriose é a dor – muito relatada pela paciente –, às vezes extrema no período de menstruação, decorrente do espessamento do endométrio (no útero, e em outras regiões de crescimento do tecido endometrial). Infelizmente, durante a busca por auxílio médico, muitas mulheres têm sua dor (dentre outros sintomas) descredibilizada, uma vez que os médicos consideram a presença de cólicas um fator “normal” durante o período menstrual.

Um estudo qualitativo realizado por Brilhante A, et al. (2019) objetivou compreender os significados que caracterizam a endometriose na vida das mulheres, na busca por compreender as estruturas de processos pessoais e sociais de sofrimento durante a busca pelo diagnóstico. As narrativas das mulheres observadas pelo autor permitiram perceber a desvalorização dos sintomas por grande parte dos profissionais da saúde. Devido a isso, muitas pacientes buscam por diferentes profissionais (em média seis médicos até conseguir o diagnóstico), visando alcançar o diagnóstico e um possível tratamento que permita uma melhora na qualidade de vida.

Em se tratando dos exames diagnósticos para a endometriose, os mais utilizados são os métodos por imagem não invasivos: ultrassonografia transvaginal e transretal (são capazes de identificar lesões intestinais e das proximidades) e a ressonância magnética da pelve para facilitar possíveis intervenções cirúrgicas (ROSA E SILVA JC, et al., 2021). Apesar do grande uso desses métodos, a busca e rastreamento das lesões, muitas vezes são mal interpretados e subnotificados. Nesse sentido, em 2016, foi proposta em um consenso de especialistas a realização do International Deep Endometriosis Analysis (IDEA), com o intuito de padronizar

os passos técnicos para rastrear os principais tópicos dos endometriomas – e, assim, facilitar o diagnóstico. Além disso, estudos realizados por Souza LG, et al. (2020) demonstram que, em geral, mulheres com endometriose apresentam níveis mais elevados de CA125 no meio do ciclo, quando comparadas a mulheres sem a doença. Assim, quando o marcador CA125 apresentar um valor elevado durante o ciclo menstrual, há uma alta probabilidade de endometriose, sendo ideal investigar.

Deste modo, a mensuração do CA125 em mulheres que apresentam este marcador em dosagens anormais é muito útil para um diagnóstico precoce. Além disso, a dosagem deste marcador serve para o acompanhamento e controle da endometriose – como realizado semestralmente pela paciente. Já em relação à SOP, conforme as diretrizes de classificação da SOP pelos critérios de Rotterdam, a paciente precisa apresentar dois dos três critérios: oligomenorreia ou oligoovulação, hiperandrogenismo clínico ou bioquímico e/ou ovários policísticos ao ultrassom.

Todavia, apesar dos critérios de diagnóstico serem comuns em todas as mulheres e, conforme Rão P e Bhide P (2020), em que cerca de três quartos das mulheres atenderem claramente aos critérios descritos anteriormente, é necessária uma atenção maior em alguns casos. Uma dificuldade particular é encontrada quando a SOP for diagnosticada em pacientes adolescentes (MARCONDES JAM, et al., 2011). A identificação do hiperandrogenismo clínico pode se revelar através de sintomas como hirsutismo e/ou virilismo, mas a definição bioquímica se dá por meio de dosagens de testosterona livre, androstenediona e sulfato de dehidroepiandrosterona (SANTOS RM e ÁLVARES ACM, 2018).

É válido salientar que o diagnóstico de endometriose e da síndrome dos ovários policísticos, especialmente quando associados à infertilidade, gera inúmeros impactos na vida da mulher, bem como na do casal. Além dos sinais e sintomas físicos e desagradáveis provocados, a situação pode afetar a saúde mental e, conseqüentemente, a qualidade de vida. De acordo com Hanson B, et al. (2016), as mulheres com infertilidade apresentam taxas mais altas de transtornos psiquiátricos, quando comparadas à população geral. Por esse motivo, é essencial que as mulheres passando por este processo tenham uma rede de apoio de qualidade e realizem acompanhamento psicológico, visando lidar com as frustrações e não deixar que a situação se agrave a ponto de prejudicar outras áreas da vida.

Com base nas pesquisas e no caso clínico abordado, foi possível compreender a relação existente entre as patologias endometriose e SOP com a infertilidade, além das inúmeras conseqüências psicológicas causadas nas mulheres acometidas, bem como em suas famílias como um todo. Entende-se, por meio do estudo, a importância de uma avaliação integral da paciente com o desejo de engravidar, marcada por diferentes exames laboratoriais e de imagem, para que se possa determinar a conduta mais adequada visando alcançar a gestação. Além disso, o caso reportado também exemplifica a importância de uma rede de apoio e suporte à paciente durante os procedimentos de reprodução assistida, uma vez que o processo causa altas expectativas em se obter uma gestação, as quais podem ser quebradas devido a diferentes falhas – sejam elas laboratoriais ou após a implantação do embrião.

REFERÊNCIAS

1. BORGHT M e WYNS C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*. 2018; 62: 2-10.
2. BRILHANTE A, et al. Autobiographic narratives of women with endometriosis: which phenomena permeate the delays in diagnosis? *Revista de Saúde Coletiva*, 2019; 29: 290307.
3. BULUN SE, et al. Endometriosis. *Endocrine Reviews*, 2019; 40: 1048–1079.
4. CARSON SA e KALLEN AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *The Journal of the American Medical Association*, 2021; 6: 65-76.
5. DINSDALE N e CRESPI B. Endometriosis and polycystic ovary syndrome are diametric disorders. *Evolutionary applications*, 20??; 14:1693-19715.
6. ESCOBAR-MORREALE HFP. Polycystic ovary syndrome: definition, etiology, diagnosis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, 2018; 14: 270-284.

7. FERRIANI RA. Novo consenso para a síndrome dos ovários policísticos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2004; 50(10).
8. FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Infertilidade Feminina: o que pode ser feito? Disponível em: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php?view=article&id=112:infertilidade-o-que-pode-ser-feito&catid=8>. Acessado em: 12 de setembro de 2022.
9. HANSON B, et al. Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2017; 34: 167–177.
10. KONINCKX PR, et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Frontiers in Endocrinology*, 2021; 12: 745548.
11. KUMARIYA S, et al. Autophagy in ovary and polycystic ovary syndrome: role, dispute and future perspective. *Autophagy*, 2021; 17: 2706-2733.
12. MANIQUE MES e FERREIRA AMAP. Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence: Challenges in Diagnosis and Management. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 2022; 44: 425- 433.
13. MARCONDES JAM, et al. Dificuldades e armadilhas no diagnóstico da síndrome dos ovários policísticos. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*, 2011; 55: 6-15.
14. RÃO P e BHIDE P. Controversies in the diagnosis of polycystic ovary syndrome. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 2020; 12: 249-260.
15. ROSA E SILVA JC, et al. Endometriose – Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. *Femina*, 2021; 49: 134-41.
16. SANTOS RM e ÁLVARES ACM. Revisão de literatura sobre a síndrome dos ovários policísticos. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2018; 1: 261-265.
17. SCHÜLER-TOPRAK S, et al. The complex roles of adipokines in polycystic ovary syndrome and endometriosis. *Biomedicines*, 2022; 10(10): 2503.
18. SMOLARZ B, et al. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *International Journal of Molecular Sciences*, 2021; 22: 10554.
19. SOUZA LG, et al. A importância do CA-125 para o diagnóstico precoce da endometriose. *Revista de Patologia do Tocantins*, 2020; 7: 66-70.
20. STENER-VICTORIN E, et al. Animal Models to Understand the Etiology and Pathophysiology of Polycystic Ovary Syndrome. *Endocrine Reviews*, 2021; 41: 1-39.
21. ZONDERVAN KT, et al. Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 2020; 382: 1244–1256.