



Endometriose profunda: evolução do diagnóstico e tratamento nos últimos 10 anos

Deep endometriosis: evolution of diagnosis and treatment in the last 10 years

Endometriosis profunda: evolución del diagnóstico y tratamiento en los últimos 10 años

Natália Tavares Cardoso¹, Vanessa Caroline dos Santos Dutra¹, Thiago Souza Nascimento¹, Daniela Abram Sarri¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar os dados bibliográficos acerca da evolução dos dados referentes ao diagnóstico e tratamento da endometriose profunda nos últimos 10 anos. **Métodos:** Uma revisão integrativa de literatura foi realizada para analisar a evolução do diagnóstico e tratamento da endometriose profunda nos últimos 10 anos, utilizando dados de PubMed, SciELO e BVS. Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não houve necessidade da aprovação do conselho de ética. **Resultados:** A pesquisa incluiu 11 artigos, que sugerem que a realização de ressonância magnética e ultrassonografia transvaginal são frequentemente utilizadas para o diagnóstico, permitindo uma visualização de imagem que contribui de forma significativa para o diagnóstico, sobre a ressonância. Quanto ao tratamento os dados apontam principalmente para a realização de cirurgia laparoscópica, apresentando resultados positivos na diminuição da dor, redução da infertilidade e outros sintomas. **Considerações finais:** De um modo geral, a pesquisas apontam para resultados significativos com a evolução do diagnóstico e tratamento, mas sugere-se a realização de novos estudos que incluam amostras maiores e mais diversificadas para validar os achados.

Palavras-chave: Endometriose, Endometrioma, Ginecologia, Diagnóstico clínico.

ABSTRACT

Objective: To identify bibliographic data regarding the evolution of diagnosis and treatment of deep endometriosis over the past 10 years. **Methods:** An integrative literature review was conducted to analyze the evolution of diagnosis and treatment of deep endometriosis over the last 10 years, using data from PubMed, SciELO, and BVS. The obtained data were analyzed descriptively. As this was a bibliographic study, ethics committee approval was not required. **Results:** The review included 11 articles, suggesting that magnetic resonance imaging (MRI) and transvaginal ultrasound are frequently used for diagnosis, providing significant imaging that contributes to the diagnosis. In terms of treatment, the data mainly point to laparoscopic surgery, which has shown positive results in reducing pain, infertility, and other symptoms. **Conclusion:** Overall, the studies indicate significant progress in the evolution of diagnosis and treatment, but further research with larger and more diverse samples is recommended to validate the findings.

Keywords: Endometriosis, Endometrioma, Gynecology, Clinical diagnosis.

¹ Faculdade de Ciências Médicas (AFYA), Palmas - TO.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los datos bibliográficos sobre la evolución del diagnóstico y tratamiento de la endometriosis profunda en los últimos 10 años. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura para analizar la evolución del diagnóstico y tratamiento de la endometriosis profunda en los últimos 10 años, utilizando datos de PubMed, SciELO y BVS. Los datos obtenidos fueron analizados de forma descriptiva. Al tratarse de una investigación bibliográfica, no fue necesaria la aprobación del comité de ética. **Resultados:** La revisión incluyó 11 artículos, que sugieren que la resonancia magnética (RM) y la ecografía transvaginal se utilizan frecuentemente para el diagnóstico, proporcionando imágenes significativas que contribuyen al diagnóstico. En cuanto al tratamiento, los datos apuntan principalmente a la cirugía laparoscópica, que ha mostrado resultados positivos en la reducción del dolor, la infertilidad y otros síntomas. **Conclusión:** En general, los estudios indican un progreso significativo en la evolución del diagnóstico y tratamiento, pero se recomienda realizar investigaciones adicionales con muestras más grandes y diversas para validar los hallazgos.

Palabras clave: Endometriosis, Endometrioma, Ginecología, Diagnóstico clínico.

INTRODUÇÃO

Em conformidade com a Federação Brasileira de Associação de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO (2021), a endometriose é uma condição ginecológica crônica, de caráter benigno e dependente de estrogênio, com causas multifatoriais, que afeta principalmente mulheres na idade reprodutiva. Essa condição é caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio, incluindo glândulas e estroma, fora da cavidade uterina, sendo mais frequente na região pélvica, embora não se restrinja exclusivamente a essa área (FEBRASGO, 2021).

Trata-se de um processo inflamatório, que, por se desenvolver fora do útero, pode se infiltrar e acometer outros órgãos, como a bexiga, o intestino, a vagina e outros. É uma condição crônica, de evolução contínua e de natureza complexa, afetando aproximadamente 10% das mulheres em período reprodutivo e mais de 50% das mulheres com dificuldades de concepção (PONTES CFR, et al., 2022).

Conforme a Febrasgo (2018), a condição é classificada em três subtipos: endometriose peritoneal, ovariana e profunda. Na peritoneal, as células endometriais são localizadas principalmente na superfície do útero, estendendo-se para órgãos adjacentes, como tubas uterinas, bexiga e intestinos. A ovariana manifesta-se externamente em cistos ovarianos conhecidos como endometriomas. O subtipo mais grave, a endometriose profunda, envolve uma penetração profunda nos órgãos subsequentes, causada em danos consequentes.

Mulheres que apresentam o quadro clínico clássico de endometriose profunda podem apresentar cólica menstrual progressiva, desconforto durante as evacuações menstruais, dor ao urinar durante o período menstrual, dor durante a relação sexual, além de dor pélvica crônica e problemas de fertilidade. Apesar disso, algumas mulheres não apresentam sintomas evidentes ou não são tão específicos, dificultando o diagnóstico (CHAPRON C, et al., 2019).

A endometriose profunda deve ser reconhecida como uma questão de afinidade para a saúde pública, visto que seus sintomas afetam a qualidade de vida, a função sexual, os relacionamentos pessoais, além de poder diminuir a produtividade no trabalho, levando a um impacto econômico (CHAPRON C, et al., 2019).

O diagnóstico preciso da endometriose é obtido por meio de procedimentos cirúrgicos seguidos de análises histopatológicas. Quando o diagnóstico é feito tardiamente, há uma maior probabilidade de identificação da doença em progressão avançada, tornando mais desafiadora reduzir as complicações associadas à condição, incluindo a infertilidade, que frequentemente indica a presença de um quadro clínico mais grave (BROSENS I, et al., 2017).

A endometriose pode permanecer sem sintomas em um intervalo que varia de 2% a 22% das mulheres, e quando há, pode apresentar dismenorreia, dispareunia, dor pélvica não relacionada ao ciclo menstrual,

disquesia, disúria, alterações nos hábitos intestinais e, com frequência, infertilidade. Vale ressaltar que a apresentação clínica da endometriose é altamente diversificada, e nenhum desses sintomas é exclusivo dessa condição, o que torna o diagnóstico desafiador (SILVA JCR, et al., 2021).

A dor durante o sexo é um sintoma crucial que pode afetar a vida conjugal e a qualidade de vida dos pacientes. Na avaliação clínica, é essencial investigar minuciosamente esse sintoma, abrangendo não apenas a dor durante a penetração profunda, mas também queixas de ardor e desconforto na entrada vaginal (YONG PJ, et al., 2015). A infertilidade é uma das condições frequentemente vinculadas à endometriose, embora os mecanismos subjacentes a essa conexão ainda não estejam plenamente compreendidos. Estima-se que entre 30% e 50% das pacientes enfrentem dificuldades para engravidar (BROI M, et al., 2019).

Em conformidade com Greene A, et al. (2016), embora desperte considerável interesse na comunidade médica e científica, a fisiopatologia dessa doença ainda não foi completamente elucidada, gerando diversas teorias para tentar explicar sua origem. A teoria da menstruação retrógrada é a explicação mais amplamente aceita, sustentada pela noção de que células epiteliais e estromais do útero são disseminadas e se fixam na cavidade peritoneal por meio das tubas uterinas (GREENE A, et al., 2016). No entanto, apesar de mais de 90% das mulheres apresentarem algum grau de menstruação retrógrada, a taxa de prevalência da endometriose nesse grupo varia entre 6% e 10%.

Essa disparidade entre as evidências sugere que, para as mulheres que desenvolvem endometriose, outros fatores genéticos, bioquímicos e fisiopatológicos devem contribuir para o desenvolvimento da condição (GREENE A, et al., 2016). Nos últimos anos, houve uma evolução do diagnóstico da doença. Na atualidade, o ultrassom pélvico e transvaginal com preparação intestinal, bem como a ressonância magnética com protocolos específicos, são os principais recursos de imagem utilizados para identificar e avaliar o estágio da endometriose. É fundamental que esses procedimentos sejam cuidados por profissionais especializados no diagnóstico da condição (FREBASGO, 2021).

Apesar disso, não é incomum que ginecologistas apresentem dificuldade na realização dos exames necessários ao diagnóstico, ou que utilizem métodos inadequados, levando ao atraso no mesmo, o que aponta para uma necessidade de equipe multidisciplinar para o acompanhamento (CHAPRON C, et al., 2019). Tem se observado uma alta incidência de endometriose nos últimos anos, e em contrapartida, há um desconhecimento sobre sua origem e métodos de tratamento, que muitas vezes incluem procedimentos cirúrgicos. O tratamento torna-se um desafio, variando conforme o nível e gravidade da doença (ARAÚJO MFN, et al., 2022).

Nessa perspectiva, é de extrema importância consultar a literatura em busca de práticas adequadas para o cuidado e tratamento eficaz de mulheres com endometriose, seja por abordagens clínicas, cirúrgicas ou clínico-cirúrgicas (ARAÚJO MFN, et al., 2022). Frente ao exposto, buscou-se realizar uma pesquisa cujo objetivo foi identificar os dados bibliográficos acerca da evolução dos dados referentes ao diagnóstico e tratamento da endometriose profunda nos últimos 10 anos.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa com o propósito de sintetizar os principais resultados de estudos sobre a evolução dos dados referente ao diagnóstico e tratamento de endometriose profunda nos últimos 10 anos. Foi conduzida uma revisão integrativa, cujo intuito é organizar e sintetizar estudos com diversas abordagens metodológicas, visando agregar e integrar informações teóricas e empíricas para aprofundar a compreensão do tema de estudo (WHITTEMORE R, et al., 2005; MENDES KDS, et al., 2008; SOUZA MT, et al., 2010).

Após a anuência do Projeto de Pesquisa, iniciou-se a coleta de dados, uma vez que não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme determinações da Resolução 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A revisão envolveu as seguintes etapas: 1. Estabelecimento do problema (definição do tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária); 2. Seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3. Caracterização dos estudos (definição das características ou informações a serem coletadas dos estudos, por meio de critérios claros). 4. Análise dos resultados (identificação de similaridades e conflitos); 5. Apresentação e discussão dos achados (MENDES KDS, et al., 2008; SOUZA MT, et al., 2010).

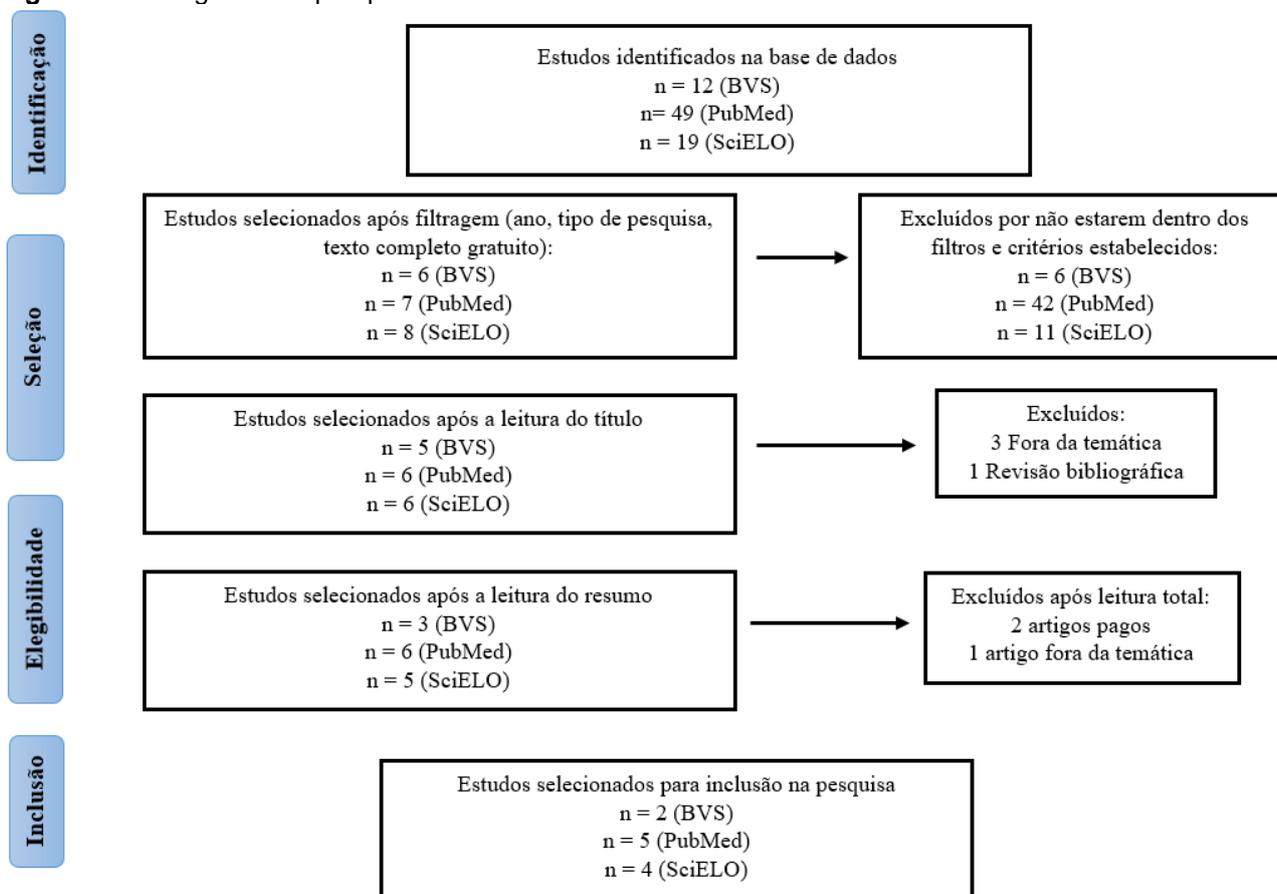
A realização da pesquisa seguiu o proposto pela Prática Baseada em Evidência (PBE), definindo que os problemas clínicos, sejam eles da prática assistencial ou de ensino ou pesquisa, devem utilizar a estratégia PICO, um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho em português) (SANTOS CMC, et al., 2007). Para a busca dos artigos, foi formulado o seguinte problema de pesquisa: qual a evolução do diagnóstico e tratamento da endometriose nos últimos 10 anos e o que se sabe da doença?

Visando uma redução de vieses, o estudo foi realizado por meio de uma busca direto nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Onlin – SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando que inclui publicações nacionais e internacionais, onde esta última ainda inclui dados da Lilacs, Ibecs e Medline. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, as seleções dos artigos para compor os dados da mesma obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: I. Estudos sobre endometriose profunda que apresentem dados referentes ao diagnóstico e tratamento da doença; II. Artigos primários disponíveis na íntegra; III. Artigos disponíveis gratuitamente; IV. Estudos publicados entre 2014 e 2024.

Além disso, obedeceu-se aos seguintes critérios de exclusão: I. Estudos de revisão bibliográfica; II. Resumos; III. Artigos incompletos. A estratégia de busca foi construída a partir dos descritores em ciências da saúde (DeCS) em língua portuguesa e inglesa “endometriose profunda/deep endometriosis” e “ginecologia/gynecology”, uma vez que ao utilizar outros termos não se obteve resultados satisfatórios.

A partir da pesquisa realizada utilizando os descritores em saúde, foram selecionados alguns critérios disponibilizados pelas bases de dados no que se refere ao ano de publicação, tipo de estudo e outros para uma pré-seleção. Posteriormente buscou-se realizar a leitura do resumo dos artigos pré-selecionados, seguido de uma leitura integral para a seleção final. Ao total, 11 estudos foram incluídos na presente pesquisa, conforme o fluxograma apresentado na (Figura 1). Estes foram analisados de forma descritiva e qualitativa.

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa.



Fonte: Cardoso NT, et al., 2024.

RESULTADOS

Ao total, foram incluídos 11 artigos na pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da mesma. Embora as três bases de dados apresentem filtros quanto ao ano, gratuidade do arquivo, tipo de estudo e outros, ainda se obteve estudos fora dos critérios estabelecidos e foram posteriormente excluídos na leitura. Os principais resultados encontrados a partir dos 11 estudos estão descritos no (**Quadro 1**).

Quadro 1 - Síntese dos principais achados sobre endometriose profunda.

Base	Autor e Data	Principais Resultados
PubMed	Carvalho N, et al. (2018)	O uso do implante contraceptivo de etonogestrel e do sistema intrauterino de levonorgestrel resultou em melhora significativa na dor pélvica e dismenorreia, além de melhorias na qualidade de vida relacionada à saúde, conforme o questionário Endometriosis Health Profile-30. Não houve diferenças significativas entre os dois grupos de tratamento, indicando que ambos os implantes são eficazes no tratamento da endometriose.
PubMed	Lazzeri L, et al. (2015)	O estudo avaliou 98 mulheres com dor relacionada à endometriose e encontrou que pacientes com endometriose profunda apresentaram os maiores níveis de estresse, que diminuíram significativamente após a cirurgia. A gravidade da dor, incluindo dismenorreia, dispareunia e dor pélvica, correlacionou-se diretamente com os níveis de estresse. Concluiu-se que o tratamento cirúrgico reduziu de forma significativa o estresse nas pacientes.
PubMed	Roman H, et al. (2018)	O estudo revelou que as taxas de gravidez após 24 meses foram semelhantes entre os grupos de cirurgia conservadora e radical para endometriose colorretal, com a maioria das gestações sendo espontâneas. Não houve recorrência da endometriose durante o período de acompanhamento, mas o estudo não foi projetado para avaliar recorrências, sugerindo a necessidade de um seguimento mais longo. A ressecção radical teve maior incidência de estenose intestinal, necessitando de procedimentos adicionais. Embora a cirurgia conservadora não tenha mostrado vantagens funcionais significativas sobre a ressecção radical, os resultados podem orientar futuros estudos e meta-análises.
PubMed	Roman H, et al. (2018)	O estudo analisou os efeitos da cirurgia para endometriose profunda do reto em mulheres jovens, com foco na taxa de gravidez pós-operatória. Constatou-se uma alta taxa de concepção natural após a cirurgia, especialmente quando os pacientes foram orientados a tentar engravidar naturalmente. Isso sublinha o papel restaurador da cirurgia na fertilidade e a importância da expertise cirúrgica e de uma abordagem multidisciplinar para mulheres com endometriose profunda que desejam engravidar, em comparação com alternativas como a FIV.
PubMed	Roman H, et al. (2019)	Os resultados mostraram que tanto as técnicas cirúrgicas radicais quanto as conservadoras para endometriose infiltrativa profunda do reto são eficazes, proporcionando melhorias duradouras na qualidade de vida dos pacientes. Benefícios significativos foram observados a partir de 6 meses após a cirurgia e mantidos por 5 anos, com melhorias na dor pélvica, queixas gastrointestinais e qualidade de vida, além de uma taxa de recorrência negligenciável. A cirurgia laparoscópica é recomendada para pacientes sintomáticos, pois oferece uma excisão completa da endometriose com o menor grau de invasividade possível.
BVS	Ferreira EF, et al. (2022)	A análise de 181 pacientes revelou que a média de idade para o diagnóstico de endometriose é de 34,18 anos, diminuindo para 34,14 anos em pacientes sintomáticas. A ultrassonografia transvaginal, com ou sem preparo, é a técnica mais utilizada no diagnóstico, junto com ultrassonografia abdominal e colonoscopia. A terapia clínica é crucial para otimizar o tratamento e suprimir o crescimento das lesões, incluindo intervenções medicamentosas. Embora a ultrassonografia transvaginal seja comum para avaliar a endometriose, sua precisão pode variar, e a combinação com ressonância magnética (RNM) pode aumentar a detecção de lesões endometrióticas para até 95%.

BVS	Mordojevich E, et al. (2019).	A análise de 25 pacientes com endometriose profunda revelou que o diagnóstico exige uma abordagem multidisciplinar, incluindo história clínica, exame físico e estudos de imagem como ressonância magnética e colonoscopia. A escolha entre técnicas cirúrgicas conservadoras (como shaving retal e ressecção discoide) e radicais (como sigmoidectomia) depende da extensão das lesões e dos achados pré e intraoperatórios. Complicações pós-operatórias, como sangramento, foram tratadas conservadoramente com sucesso. A maioria das pacientes apresentou melhora significativa dos sintomas após a cirurgia, com bons resultados a longo prazo no acompanhamento.
SciELO	Parra RS, et al. (2022).	O estudo realizado com 150 mulheres com endometriose infiltrativa profunda e envolvimento intestinal demonstrou que a realização de cirurgia laparoscópica para tratamento é segura e recomendada, apresentando baixas taxas de conversão para cirurgia aberta e sem uso rotineiro de estoma na cirurgia inicial. As taxas de complicações pós-operatórias graves foram baixas, assim como a necessidade de segunda laparoscopia.
SciELO	Bray-Beraldo F, et al. (2018).	O estudo avaliou três técnicas para o tratamento da endometriose: shaving, ressecção discoide e ressecção segmentar. A escolha da técnica depende do tamanho e profundidade da lesão: lesões menores e superficiais são tratadas com shaving por ser menos invasivo, lesões intermediárias com ressecção discoide, e lesões maiores com ressecção segmentar. A abordagem menos invasiva é preferida para minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida das pacientes.
SciELO	Carneiro MM, et al. (2018)	O relato de caso de uma paciente de 33 anos com endometriose descreveu tratamento inicial com laparoscopia para dores associadas à doença, uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e, posteriormente, inserção de um sistema intrauterino de levonorgestrel. Após a remoção do dispositivo, a paciente engravidou naturalmente, mas teve um parto prematuro e uma infecção peritoneal, resultando em colostomia. Após a colostomia ser removida, um novo sistema intrauterino de levonorgestrel foi colocado e a paciente recebeu tratamento multidisciplinar. Devido a lesões intestinais, foi submetida a excisão laparoscópica, que teve bons resultados, com ausência de lesões endometrióticas após seis meses.
SciELO	Porto BTC, et al. (2015).	Foram avaliadas biópsias de 40 pacientes com endometriose profunda, diagnosticadas por ressonância magnética pélvica, ecoendoscopia baixa e critérios histológicos. Todas as pacientes foram submetidas a cirurgia laparoscópica, com ressecção segmentar para lesões intestinais. As biópsias histologicamente classificadas como mistas mostraram melhora na qualidade de vida social e emocional em até 6 meses após a cirurgia, enquanto as biópsias indiferenciadas apresentaram melhora no estado geral de saúde em até 12 meses. A melhora na qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico está diretamente relacionada ao grau de diferenciação histológica das lesões.

Fonte: Cardoso NT, et al., 2024.

DISCUSSÃO

Carvalho N, et al. (2018) avaliaram o controle da dor na endometriose usando implantes anticoncepcionais liberadores de etonogestrel e sistemas intrauterinos de levonorgestrel em 103 mulheres. O diagnóstico foi feito por ultrassonografia vaginal e ressonância magnética. Ambos os tratamentos mostraram-se igualmente eficazes na redução significativa da dor pélvica e dismenorrea durante os primeiros seis meses, sem diferenças estatísticas entre os grupos. A escolha do método pode ser feita com base nas preferências individuais, necessidades clínicas ou questões anatômicas, como a estenose cervical, onde o implante de etonogestrel é uma alternativa viável.

Nesse mesmo quesito, Genazzani AR, et al. (2020) destacam o uso do implante de etonogestrel e do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) como importantes alternativas para o manejo dos sintomas de dor na endometriose. Os implantes de etonogestrel são apreciados pela sua ação contínua e

eficaz na supressão hormonal, oferecendo uma opção para quem prefere um método de longa duração sem intervenção uterina. Já o SIU-LNG é elogiado pela sua capacidade de liberar hormônios diretamente no útero, o que ajuda a reduzir a atividade endometrial e a produção de prostaglandinas, aliviando a dismenorrea. Os autores consideram ambos métodos eficazes na melhoria da qualidade de vida das pacientes, permitindo que a escolha entre eles seja baseada em preferências pessoais, necessidades clínicas e tolerância individual ao tratamento.

No que tange à realização de cirurgias para tratamento da endometriose, Lazzeri L, et al. (2014) avaliaram o estresse a partir da realização desta. Os autores ressaltam que a cirurgia laparoscópica é um procedimento padrão-ouro para tratar a doença, sendo fundamental não apenas para o diagnóstico e manejo da dor, mas também para reduzir o estresse emocional associado à condição. As pacientes do estudo relataram níveis elevados de estresse antes da cirurgia, que diminuíram significativamente após o procedimento.

Assim, os autores argumentam que a cirurgia, ao aliviar os sintomas físicos, também oferece uma nova perspectiva emocional, reduzindo a carga psicológica que muitas mulheres enfrentam devido à dor crônica. Essa correlação entre a redução da dor e a diminuição do estresse sugere que a abordagem cirúrgica proporciona benefícios físicos e psicológicos, enfatizando a importância de um tratamento abrangente que considere as necessidades emocionais das pacientes. Essa perspectiva integral pode ser fundamental para melhorar a qualidade de vida das pacientes, destacando a importância de um suporte psicológico durante e após o tratamento cirúrgico.

Genazzani AR, et al. (2020) destacam que a cirurgia laparoscópica é o padrão-ouro no tratamento da endometriose. Este método minimamente invasivo não só permite a remoção de lesões, mas também fornece um diagnóstico definitivo e alívio significativo da dor, além de preservar a fertilidade ao minimizar danos aos tecidos circundantes. A laparoscopia oferece visualização clara dos órgãos afetados, facilitando intervenções precisas e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pacientes.

Roman H, et al. (2018a) abordam um dilema clínico ao comparar a cirurgia conservadora e a ressecção colorretal radical em pacientes com endometriose profunda infiltrativa no reto. Enquanto a ressecção radical pode aumentar o risco de complicações, como estenose intestinal, a cirurgia conservadora não demonstrou melhora nos resultados funcionais digestivos e urinários. Esses resultados sugerem que, em muitos casos, a cirurgia conservadora pode ser preferível, especialmente para preservar a qualidade de vida.

No entanto, a decisão deve ser individualizada, considerando as condições clínicas e os desejos reprodutivos de cada paciente. Além disso, os dados indicam que a cirurgia para endometriose colorretal pode ser realizada de forma segura em mulheres jovens que planejam engravidar, com taxas satisfatórias de gravidez após 24 meses. Essa perspectiva oferece uma abordagem mais balanceada e centrada nas necessidades da paciente no tratamento da endometriose.

Anis AMP, et al. (2018) discutem a importância da escolha entre cirurgia conservadora e ressecção colorretal radical para o tratamento da endometriose. Ele destaca que a escolha do método cirúrgico deve ser individualizada, levando em consideração a gravidade da endometriose, as intenções reprodutivas e a qualidade de vida da paciente. Embora a ressecção radical possa ser necessária em casos severos, a cirurgia conservadora é frequentemente preferida, pois apresenta menor risco de complicações e pode ajudar a preservar a fertilidade, sendo assim uma abordagem eficaz e segura em muitos casos.

As discussões sobre cirurgia para endometriose de Roman H, et al. (2018a) e Anis AMP, et al. (2018) abordam a questão sob diferentes perspectivas. Roman H, et al. (2018a) enfatizam a comparação entre a cirurgia conservadora e a ressecção colorretal radical, ressaltando o uso da ressonância magnética e as implicações da estenose intestinal associada à ressecção. Em contraste, Anis AMP, et al. (2018) oferece uma visão mais ampla das indicações cirúrgicas e suas repercussões, destacando a preservação da fertilidade e a importância da individualização do tratamento com foco na qualidade de vida das pacientes.

Roman H, et al. (2018b) analisam a taxa de fecundidade após cirurgia para endometriose colorretal, comparando técnicas conservadoras e radicais. O estudo revela que o manejo cirúrgico da endometriose colorretal pode ser eficaz na restauração da fertilidade, especialmente em mulheres jovens, apresentando

47% de concepção natural quatro anos após a operação. A alta taxa de gestações naturais após a cirurgia sugere que intervenções qualificadas, como a raspa ou excisão de disco, podem não apenas aliviar os sintomas, mas também melhorar as chances de concepção.

A orientação de cirurgiões experientes se mostrou fundamental para acelerar a concepção pós-operatória, destacando a necessidade de uma abordagem colaborativa entre cirurgiões e especialistas em fertilidade para otimizar os resultados. Isso sublinha a relevância de um tratamento integral na endometriose, visando tanto a saúde reprodutiva quanto o bem-estar geral da paciente.

Roman H, et al. (2019) verificou a excisão versus ressecção colorretal em endometriose profunda infiltrando-se no reto, com uma avaliação por 5 anos. Os dados demonstram que os desfechos funcionais pós-operatórios de longo prazo, melhora da dor e as taxas de recorrência são comparáveis entre as técnicas radicais e conservadoras empregadas para tratar. Os benefícios da cirurgia em pacientes sintomáticos com endometriose profunda colorretal, tornaram-se significativos 6 meses após a cirurgia e permaneceram constantes por 5 anos. A taxa de remissão foi de apenas 1,8%, demonstrando que a remoção cirúrgica é um procedimento válido com excelente remissão a longo prazo.

Genazzani AR, et al. (2020) também apontam para a importância da cirurgia no tratamento da endometriose, ressaltando como técnicas cirúrgicas adequadas podem restaurar a fertilidade em mulheres afetadas. Os autores analisam os resultados pós-operatórios, enfatizando que a cirurgia não apenas alivia os sintomas, mas também melhora as chances de concepção natural. Também destacam a necessidade de uma abordagem colaborativa entre diferentes especialidades médicas para garantir o melhor manejo possível da condição e otimizar os resultados reprodutivos.

Nessa mesma temática de endometriose com envolvimento colorretal, Mordojovich E, et al. (2019) também realizaram uma pesquisa visando identificar os benefícios do tratamento cirúrgico. Os autores argumentam que o diagnóstico, por definição é histológico, devendo ser coletado em 3 etapas diferentes: história clínica, exame físico e imagem (ressonância magnética, ultrassonografia transvaginal e fotografia computada), devido ao caráter multifocalitário da doença. A abordagem cirúrgica da endometriose colorretal deve ser baseada em uma análise cuidadosa da gravidade e extensão da doença, considerando as preferências da paciente.

Eles discutem que a ressecção radical pode ser necessária em casos mais severos, mas isso pode aumentar o risco de complicações, como estenose intestinal e vazamentos. Por outro lado, a cirurgia conservadora tende a oferecer resultados funcionais melhores em termos digestivos, enfatizando a necessidade de uma comunicação clara sobre os riscos e benefícios de cada opção durante o processo de tomada de decisão. Além disso, o estudo reforça que o manejo cirúrgico bem planejado pode levar a uma significativa redução dos sintomas e melhoria na qualidade de vida das pacientes, sugerindo que o tratamento deve ser adaptado às necessidades individuais de cada mulher.

Ainda se tratando de ressecção laparoscópica, Parra RS, et al. (2022) avaliaram as complicações pós-operatórias e taxas de estoma após ressecção laparoscópica de endometriose infiltrativa profunda com envolvimento intestinal, onde o retossigmoide foi o órgão mais afetado pelas 150 mulheres incluídas no estudo. O estudo ressalta a ressecção laparoscópica como uma abordagem eficaz para a endometriose infiltrativa profunda, especialmente em casos que envolvem o intestino. Embora tenham sido relatadas complicações, como danos térmicos e infecções, a taxa de complicações foi considerada baixa em relação ao número total de procedimentos.

O uso de estoma protetor deve ser cuidadosamente avaliado, pois não é necessário em todos os casos e depende do perfil de risco da paciente. Assim, a ressecção laparoscópica é vista como uma opção viável, proporcionando benefícios significativos para o tratamento e qualidade de vida das mulheres afetadas. Nesse mesmo quesito de endometriose com comprometimento intestinal, Bray-Beraldo F, et al. (2018) buscaram identificar os resultados de três técnicas diferentes para o tratamento cirúrgico de endometriose intestinal. O estudo com 32 pacientes em uso de análogo do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) durante o tratamento clínico pré-operatório, apontou que em 44% dos casos, as lesões foram removidas por "shaving" devido à sua restrição à camada muscular superficial do intestino. Para lesões que ultrapassavam a camada

muscular e tinham até 30 mm, a ressecção discoide do reto foi realizada em 19% dos casos. Lesões maiores que 30 mm exigiram ressecção segmentar do reto ou retossigmoidectomia em 37% dos casos. A análise indicou que lesões maiores necessitam de ressecções mais amplas, sugerindo que diagnósticos precoces de lesões menores poderiam permitir técnicas menos invasivas e reduzir complicações.

Após a realização de cirurgia, os resultados se mostraram positivos. Também tratando de endometriose com comprometimento intestinal, Carneiro MM, et al. (2018) realizaram o relato de caso de uma perfuração intestinal por endometriose infiltrante profunda durante a gravidez de uma mulher de 33 anos. Esta realizou quatro laparoscopias para o tratamento das dores, no entanto estas não foram efetivas e a dor voltou mesmo com o uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e da inserção de um sistema intrauterino de levonorgestrel. Posteriormente realizou uma colonoscopia que revelou estenose retossigmóide provavelmente por compressão extrínseca, e a paciente foi orientada a engravidar antes de realizar a lesão intestinal.

Após a gravidez espontânea e nascimento prematuro, a paciente foi acompanhada por equipe multidisciplinar, foi revelado a presença de lesões intestinais com compressão extrínseca do reto. Em decorrência, a paciente foi submetida a uma excisão laparoscópica das lesões endometrióticas, incluindo um endometrioma ovariano, adesiólise e colectomia segmentar, o que levou a dados positivos, onde após seis meses não foram identificadas lesões endometrióticas.

Ferreira EF, et al. (2022) avaliaram o perfil clínico de pacientes com suspeita de endometriose em Santa Catarina, encontrando uma média de idade de 34,18 anos. Todos apresentaram alterações no exame físico e sintomas como dor pélvica, queixas gastrointestinais e infertilidade. A ultrassonografia transvaginal foi o principal método de diagnóstico, seguida por ressonância magnética e colonoscopia.

Os autores destacam a importância da ressonância magnética para identificar patologias concomitantes e enfatizam a necessidade de terapia clínica prolongada para o manejo da endometriose. Anis AMP, et al. (2018) destacam a importância da ressonância magnética (RM) como uma ferramenta de diagnóstico para endometriose. A RM é enfatizada por sua capacidade de proporcionar imagens detalhadas das lesões e da anatomia pélvica, permitindo uma avaliação precisa da extensão da doença.

Auxilia na identificação de condições associadas, como adenomiose e miomas, além de ajudar na definição do tratamento adequado, considerando a gravidade e a localização das lesões endometrióticas. Essa abordagem melhora a qualidade do manejo clínico e cirúrgico da endometriose. Porto BTC, et al. (2014) realizaram um estudo sobre classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose, através da investigação de 32 biópsias de intestino, peritônio e ligamento uterossacro.

Ao serem submetidas ao tratamento cirúrgico, os dados da pesquisa demonstraram que as mulheres apresentaram resultados positivos, com uma melhoria na qualidade de vida, no entanto isso foi mais fortemente identificado em pacientes com endometriose classificada como indiferenciada e com lesões no peritônio, o que aponta para a necessidade de classificação histológica para definição do tipo de tratamento a ser definido.

Em suma, a combinação de diagnósticos precisos, tratamentos clínicos prolongados e intervenções cirúrgicas adequadas é crucial para o manejo eficaz da endometriose, proporcionando alívio da dor, melhoria da qualidade de vida e potencial restauração da fertilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que tanto o implante anticoncepcional de etonogestrel quanto o sistema intrauterino de levonorgestrel são eficazes na redução da dor associada à endometriose, incluindo dor pélvica e dismenorrea, com a laparoscopia sendo fundamental para o diagnóstico e tratamento. A escolha entre cirurgias conservadoras e radicais deve ser personalizada, com seguimento a longo prazo mostrando resultados semelhantes e baixas taxas de recorrência. Contudo, variações nos critérios de diagnóstico e a heterogeneidade das amostras entre estudos limitam a comparabilidade dos resultados, destacando a necessidade de futuras pesquisas com amostras mais homogêneas e estudos longitudinais para entender melhor os efeitos duradouros e desenvolver terapias mais personalizadas.

REFERÊNCIAS

1. ANIS AMP, et al. Endometriosis: diagnosis and management. 1st ed. New York: Springer, 2018; 212.
2. ARAÚJO MFN, et al. Endometriose e seus desafios no diagnóstico e tratamento: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(9).
3. BRAY-BERALDO F, et al. Surgical Treatment of Intestinal Endometriosis: Outcomes of Three Different Techniques. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2018; 40(7).
4. BROI M, et al. Ethio-pathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. *JBRA Assisted Reproduction*, 2019; 23(3): 273–280.
5. BROSENS I, et al. Endometriosis and obstetric syndromes: early diagnosis must become a priority. *Fertil Steril*, 2017; 107(1): 66-67.
6. CARNEIRO MM, et al. Intestinal Perforation due to Deep Infiltrating Endometriosis during Pregnancy: Case Report. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2018; 40(4).
7. CARVALHO N, et al. Control of endometriosis-associated pain with etonogestrel-releasing contraceptive implant and 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system: randomized clinical trial. *Fertil Steril*, 2018; 110(6): 1129-1136.
8. CHAPRON C, et al. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews Endocrinology*, 2019; 15(11): 666-682.
9. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Endometriose. *Ginecologia*, nº 78, 2021. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Endometriose-2021.pdf>. Acessado em: 28 de julho de 2024.
10. EBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Endometriose. *Ginecologia*, nº 32, 2018. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/Protocolo-Endometriose.pdf>. Acessado em: 15 de julho de 2024.
11. FERREIRA EF, et al. Avaliação do perfil clínico e aspectos da ressonância nuclear magnética de pacientes com suspeita de endometriose no sul de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*, 2022; 66(1): 226-233.
12. GENAZZANI AR, et al. Endometriosis: pathogenesis, clinical impact and management. Cham: Springer International Publishing, 2020; 112: 9.
13. GREENE A, et al. “Endometriosis: Where are We and Where are We Going?” *Reproduction* (Cambridge, England), 2016; 152(3): 63–78.
14. LAZZERI L, et al. Surgical treatment affects perceived stress differently in women with endometriosis: correlation with severity of pain. *Fertil Steril*, 2015; 103(2): 443-448.
15. MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*, 2008; 17: 758-764.
16. MORDOJOVICH E, et al. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis pélvica profunda con compromiso colorrectal. *Revista de cirugía*, 2019; 71(3).
17. PARRA RS, et al. Postoperative Complications and Stoma Rates After Laparoscopic Resection of Deep Infiltrating Endometriosis with Bowel Involvement. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2022; 44(11).
18. PONTES CFR, et al. Endometriose profunda: achados clínicos e epidemiológicos de mulheres diagnosticadas segundo critérios do International Deep Endometriosis Analysis Group (IDEA). *J Hum Growth Dev*, 2022, 32(2): 223-231.
19. PORTO BTDC, et al. Classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2015; 37(2): 87-93.
20. ROMAN H, et al. Conservative surgery versus colorectal resection in deep endometriosis infiltrating the rectum: a randomized trial. *Hum Reprod*, 2018; 33(1): 47-57.
21. ROMAN H, et al. High postoperative fertility rate following surgical management of colorectal endometriosis. *Hum Reprod*. 2018; 33(9): 1669-1676.
22. ROMAN H, et al. Excision versus colorectal resection in deep endometriosis infiltrating the rectum: 5-year follow-up of patients enrolled in a randomized controlled trial. *Hum Reprod*, 2019; 34(12): 2362-2371.
23. SANTOS CMC, et al. A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007; 15(3).
24. SILVA JCR, et al. Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. *Femina*, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021; 49(3).

25. SOUZA MT, et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 2010; 8(1): 102-106.
26. WHITTEMORE R, et al. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs., 2005; 52(5): 46-53.
27. YONG PJ, et al. Concurrent deep-superficial dyspareunia: Prevalence, associations and outcomes in a multidisciplinary vulvodynia program. The Journal of Sexual Medicine, 2015; 12(1): 219–227.