

Endometriose: aspectos diagnósticos e terapêuticos

Endometriosis: diagnostic and therapeutic aspects

Endometriosis: aspectos diagnostico y terapeutico

Haylane Nunes da Conceição¹, Hayla Nunes da Conceição^{2*}, Francielle Borba dos Santos², Ítalo Rafael Costa Silva¹, Leticia de Almeida da Silva², Vitor Emanuel Sousa da Silva², Francisca Chaves Moreno².

RESUMO

Objetivo: Analisar o diagnóstico e o tratamento da endometriose através de uma revisão de literatura. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório, descritivo, sobre o diagnóstico e tratamento da Endometriose. A busca ocorreu nas bases de dados LILACS, MEDLINE SCIELO e BVS. Os artigos selecionados foram agrupados em quatro categorias: a) Etiopatogenia; b) Sintomatologia; c) Diagnóstico; d) Tratamento. **Resultados:** A literatura aponta que existem diversas teorias que tentam explicar as causas da endometriose, entretanto a sua etiopatogenia ainda não está bem estabelecida. Em relação ao quadro clínico, os sintomas são muito variados, sendo que entre 3 a 22% dos casos, as pacientes são assintomáticas, favorecendo o diagnóstico tardio da endometriose. Em relação ao tratamento, os mais utilizados são os medicamentosos, os cirúrgicos ou a combinação de ambos. **Conclusão:** A endometriose caracteriza-se como uma doença enigmática, com quadro clínico variado e de etiologia ainda desconhecida, o que dificulta o processo de diagnóstico e torna os tratamentos pouco eficientes.

Palavras-chave: Endometriose, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To analyze the diagnosis and treatment of endometriosis through a literature review. **Methods:** This is an exploratory, descriptive, bibliographic review on the diagnosis and treatment of Endometriosis. The search occurred in the LILACS, MEDLINE SCIELO and VHL databases. The selected articles were grouped into four categories: a) Etiopathogeny; b) Symptomatology; c) Diagnosis; d) Treatment. **Results:** The literature indicates that there are several theories that try to explain the causes of endometriosis, however its etiopathogenesis is still not well established. In relation to the clinical picture, the symptoms are very varied, and between 3 and 22% of the cases, the patients are asymptomatic, favoring the late diagnosis of endometriosis. In relation to the treatment, the most used are the medicated ones, the surgical ones or the combination of both. **Conclusion:** Endometriosis is characterized as an enigmatic disease, with a varied clinical picture and still unknown etiology, which hinders the diagnosis process and makes the treatments inefficient.

Key words: Endometriosis, Diagnosis, Treatment.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el diagnóstico y el tratamiento de la endometriosis a través de una revisión de literatura. **Métodos:** Se trata de una revisión bibliográfica de carácter exploratorio, descriptivo, sobre el diagnóstico y tratamiento de la Endometriosis. La búsqueda ocurrió en las bases de datos LILACS, MEDLINE SCIELO y BVS. Los artículos seleccionados fueron agrupados en cuatro categorías: a) Etiopatogenia; b) Sintomatología; c) Diagnóstico; d) Tratamiento. **Resultados:** La literatura apunta que existen diversas teorías que intentan explicar las causas de la endometriosis, sin embargo, su etiopatogenia aún no está bien establecida. En

¹ Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão, Caxias - MA. *E-mail: haylanunes_cx@hotmail.com

² Universidade Estadual do Maranhão, Caxias - MA.

cuanto al cuadro clínico, los síntomas son muy variados, entre 3 y 22% de los casos, las pacientes son asintomáticas, favoreciendo el diagnóstico tardío de la endometriosis. En cuanto al tratamiento, los más utilizados son los medicamentos, los quirúrgicos o la combinación de ambos. **Conclusión:** La endometriosis se caracteriza como una enfermedad enigmática, con cuadro clínico variado y de etiología aún desconocida, lo que dificulta el proceso de diagnóstico y hace los tratamientos poco eficientes.

Palabras clave: Endometriosis, Diagnóstico, Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional (glândula e/ou estroma) fora da cavidade uterina, podendo comprometer diversos locais, entre eles os ovários, peritônio, ligamentos úteros-sacos, região retrocervical, septo retovaginal, além de bexiga, reto, sigmóide e outras porções do tubo digestivo. Ela é uma das afecções benignas mais comuns durante o período de vida reprodutiva da mulher, atingindo de 5% a 15% dessa população. Estima-se que no mundo 70 milhões de mulheres são acometidas em idade reprodutiva, entretanto, o diagnóstico tardio ou a ausência de tratamento faz com que essas mulheres experimentem por anos sintomas como a dor crônica e a infertilidade, que interferem diretamente na sua qualidade de vida, reduzindo suas atividades profissionais, afetivas, sociais e sexuais (BELLELIS P, et al., 2010; JUNIOR ACC, et al., 2008; BARBOSA DAS, OLIVEIRA AM, 2015; MARQUES A, 2004).

A doença foi relatada pela primeira vez em 1860, por Carl Von Rokitansky, na Alemanha, que enquanto analisava material de necropsia, percebeu a presença de tecido ectópico semelhante ao do endométrio. Porém, o termo endometriose, fazendo referência ao tecido funcional semelhante ao endométrio fora do útero, só foi introduzido em 1927, por Sampson (ARRUDA MS, 2002; ABRÃO MS, et al. 2009; MACHADO T et al., 2001).

Atualmente essa patologia é conhecida como a doença da mulher moderna, por apresentar fatores comuns ao padrão de vida atual da mulher, como menarca precoce, gestações tardias e uma grande diferença entre o tempo da menarca e primeira gravidez (BARBOSA DAS, OLIVEIRA AM, 2015; OLIVEIRA LM, 2006).

A endometriose pode causar inúmeras manifestações clínicas, apresentando quadros assintomáticos ou sintomáticos, com intensidade e localização variando de acordo com o grau de acometimento da doença (SILVA ADRL, 2012). Os principais sintomas envolvem dismenorreia, alterações intestinais durante o período menstrual, infertilidade, dispáurenia, disúria e dores abdominais contínuas, independente do período menstrual (NÁCUL AP, SPRITZER PM, 2010).

O diagnóstico da endometriose baseia-se no quadro clínico da paciente, através de exame físico e exames complementares, sendo que o diagnóstico final é feito através da biopsia de material coletado por meio de laparoscopia ou laparotomia, onde a vídeolaparoscopia é considerada padrão ouro no diagnóstico dessa doença (SCHMITZ CR, 2011; MOURA MD, et al., 1999; VILA ACD, et al., 2010).

A intervenção terapêutica dessa doença, é feita através de medicamentos e/ou cirurgia, que serão escolhidos levando em consideração os principais sintomas, intensidade, gravidade da doença, localização, idade e desejo de fertilidade (SCHENKEN RS, 2016).

Tendo em vista a grande incidência dessa patologia na atualidade, o presente estudo tem o objetivo de analisar os estudos publicados que abordem o diagnóstico e o tratamento da endometriose nas pacientes.

METODOLOGIA

O estudo trata de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório, descritivo, realizado por meio de buscas nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line - MEDLINE, e Scientific Electronic Library Online- SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos descritores: Endometriose; Diagnóstico; Tratamento, de forma única ou combinada.

A seleção dos estudos a serem analisados foi realizada com base nos seguintes critérios de inclusão: 1) Texto na íntegra e disponível gratuitamente; 2) Artigos na língua portuguesa e inglesa; 3) Pesquisas realizadas no período de 2002 a 2018.

Os critérios de exclusão foram: 1) Repetição de um mesmo artigo, encontrado em mais de um banco de dados; 2) Serem publicados em ano inferior a 2002; 3) Falta de associação com o tema da pesquisa; 4) Não constar de texto completo apresentando-se sob a forma de resumo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiopatogenia

A gênese da endometriose ainda não está bem consolidada na literatura. Entre as diversas teorias existentes para explicar a etiologia da doença, a teoria de Sampson proposta em 1927 apresenta a explicação mais aceita na comunidade científica, essa teoria denominada como menstruação retrógrada explica o surgimento da patologia a partir do refluxo da menstruação com posterior implantação no ovário ou peritônio (BARBOSAS, OLIVEIRA AM, 2015).

Entretanto, evidências indicam que a endometriose seria uma doença de origem multifatorial, uma vez que a combinação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos poderia contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos de endometriose (RAMPINELLI H, 2014; NOGUEIRA ACR, et al., 2012).

Sintomatologia

A endometriose é uma condição crônica estrogênio-dependente caracterizada pela presença de tecido endometrial, composto por glândulas e estroma de localização extrauterina. Cerca de 70 milhões de mulheres no mundo sejam acometidas com endometriose, atingindo de 5% a 15% das mulheres no período reprodutivo e até 3% a 5% na fase pós-menopausa. Nos Estados Unidos, aproximadamente sete milhões das mulheres apresenta essa patologia (JUNIOR ACC, et al., 2008; BARBOSA DAS, OLIVEIRA AM, 2015).

O quadro clínico das pacientes com endometriose é bastante variável, alguns pacientes são assintomáticos (3-22%), mas na maioria das vezes apresentam sintomas, sendo os principais dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade. Outros sintomas podem aparecer de acordo com a localização do implante (NACUL AP, SPRITZER PM 2010; FEBRASGO, 2010).

Oliveira R et al. (2015), em seu estudo retrospectivo que avaliou o perfil epidemiológico de 450 pacientes inférteis com endometriose, observou que a dismenorreia foi o mais prevalente (84,2%), principalmente o grau grave, seguido de alterações intestinais (54,4%) e dispareunia (36,9%). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, sendo consenso na literatura que a dismenorreia é comumente o sintoma mais prevalente nas mulheres com endometriose (SANTOS TMV, et al., 2012; BELLELIS P, 2010).

Diagnóstico

A endometriose é diagnosticada geralmente na quarta década de vida e acomete pacientes inférteis ou com queixas algicas, principalmente na faixa de 30 a 33 anos. Oliveira R et al. (2015), em seu estudo transversal encontrou uma média de idade no diagnóstico de endometriose de 34 anos, indo ao encontro de um estudo também de caráter transversal realizado em Criciúma, no período de 2009 a 2011, com os prontuários de 35 pacientes diagnosticadas com endometriose, onde a média de idade também foi prevalente nessa faixa etária (RAMPINELLI H, 2013).

O atraso no diagnóstico da endometriose pode ser justificado por diversos fatores entre eles a inespecificidade do quadro clínico, podendo seus sintomas ser confundidos com os de outras enfermidades tais como infecções pélvicas, miomatose uterina, afecções urológicas e gastrointestinais (BEREK JS, 2008; RICHARDSON WS, 2009). Em casos de infertilidade o atraso é de cerca de três anos, porém nos casos de dor pélvica pode chegar a 12 anos, podendo ser, ainda maior, quando os sintomas começam na adolescência (RAMPINELLI H, 2013).

O diagnóstico se baseia na história clínica do paciente, no exame físico, nos exames complementares, como a ultrassonografia e a ressonância magnética, sendo que para a confirmação do diagnóstico é fundamental o exame histológico, por meio da laparoscopia ou da laparotomia, onde a videolaparoscopia é considerada padrão ouro para o diagnóstico ao possibilitar a inspeção direta de amplas áreas de superfície de órgãos intra-abdominais, além da realização de biópsias dirigidas (VILA ACD, et al, 2010).

Segundo Hudelist G et al. (2009), a maioria dos casos de endometriose pode ser clinicamente diagnosticada por meio de anamnese detalhada, exame pélvico com toque bimanual e ultrassonografia. Reforçando essa concepção, um estudo realizado com 200 mulheres com endometriose, antes da confirmação do diagnóstico, já apresentavam sintomas sugestivos da doença e uma alta sensibilidade durante o exame ginecológico (GAMBONE JC, et al., 2002).

O primeiro exame de imagem a ser solicitado na paciente com história e exame físico sugestivo de endometriose é a ultrassonografia pélvica transvaginal (Moore J, et al., 2002). Entretanto, quando a endometriose pélvica é profunda esse exame não é tal eficaz, sendo mais indicado a ressonância magnética (BAZOT M, DARAÏ, 2005).

Tratamento

O Tratamento da endometriose tem se apresentado como um desafio para os profissionais da saúde, pois como não se sabe ao certo a sua causa, torna-se mais difícil escolher a melhor intervenção terapêutica (GAMA MCS, et al 2015). Portanto, o tratamento deve ser individualizado e levar em consideração qual é o objetivo do tratamento: aliviar a dor e outros sintomas relacionados à endometriose; bloquear a progressão da doença; restaurar a fertilidade nas pacientes que desejam gestar ou preservar a função reprodutiva nas que ainda não querem engravidar (AMARAL PP, 2017). Os tratamentos mais difundidos, atualmente são os medicamentosos, os cirúrgicos ou a combinação de ambos (NACUL AP, SPRITZERPM., 2010).

O tratamento farmacológico, tem como objetivo leva a uma estabilização ou regressão das lesões, incluindo o uso de progestágenos, os anticoncepcionais orais combinados, os análogos do Hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e o danazol. Entretanto, como mostram diversos estudos os dados relacionados à sua eficácia ainda são bastante conflitantes (VERCELLINI P, et al, 2009). Segundo Kondo W et al. (2013), a taxa de recorrência dos sintomas é alta após a parada do tratamento clínico e o manejo mais definitivo dessa doença normalmente necessita de um tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico pode ser feito com laparotomia ou laparoscopia (ou videolaparoscopia). Os implantes de endometriose são destruídos por coagulação a laser, vaporização de alta frequência ou bisturi elétrico. O tratamento cirúrgico pode ser conservador ou radical, sendo que o conservador é que resguarda a fertilidade e o radical é aquele que realiza histerectomia e salpingo-óoforectomia bilateral (SILVA ABC, 2017). Estudos evidenciam um redução da sintomatologia da doença após o tratamento conservador em até 80% dos casos (VERCELLINI P, et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados dessa revisão permitiu a caracteriza a endometriose como uma doença enigmática, com quadro clínico variado e de etiologia ainda desconhecida, o que torna dificulta o processo de diagnóstico e torna os tratamentos pouco eficientes. Tendo em vista, que é uma doença sem cura e que causa sérios danos na vida da mulher, torna-se necessário mais estudos relacionados ao tema, bem como o conhecimento e a atenção da mesma pelos profissionais de saúde e pela comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

1. ABRÃO MS, et al. Endometriose intestinal: Uma doença benigna? Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(5): 611-6.
2. AMARAL PP. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ENDOMETRIOSE. 2017.
3. ARRUDA MS. Avaliação do tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Universidade Estadual de Campinas, 2002.

4. BARBOSA DAS, OLIVEIRA AM. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. Rev. Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. 2015, vol. 01, nº 01.
5. BARBOSA DAS, OLIVEIRA, AM. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO, v. 1, n. 1, p. 43-56, 2016.
6. BAZOT M, DARAI E. Sonography and MR imaging for the assessment of deep pelvic endometriosis. J MinimInvasive Gynecol. 2005;12(2):178-85.
7. BELLELIS P, et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.
8. BEREK JS. Tratado de ginecologia. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
9. CLAYTON RD, et al. Recurrent pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for endometriosis: evaluation of laparoscopic excision of residual endometriosis. Br J ObstetGynaecol. 1999; 106(7):740-4.
10. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação de endometriose. 2010. Disponível em site: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.
11. GAMA MCS, et al. Avaliação de duas formulações para o diagnóstico por imagem da endometriose utilizando anticorpo anti VEGF-A (Bevacizumabe) radiomarcado. 2015.
12. GAMBONE JC, et al. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert panel consensus process. FertilSteril. 2002;78(5):961-72.
13. HUDELIST G, et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. Hum Reprod. 2009; 24(5):1018-24.
14. JUNIOR ACC et al. Ressonância magnética na endometriose pélvica profunda: ensaio iconográfico. Radiologia Brasileira, v. 41, n. 2, p. 129-134, 2008.
15. KONDO W, et al. Vivian Ferreira do. Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. Femina, v. 39, n. 3, 2011.
16. MACHADO T, et al. Endometriose vesical: Aspectos diagnósticos e terapêuticos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2001; 47(1): 37-40.
17. MARQUES A, et al. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. J Reprod Med. 2004;49(2):115-20.
18. MOORE J, et al. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. UltrasoundObstetGynecol. 2002;20(6):630-4.
19. MOURA MD, et al. Avaliação do tratamento clínico da endometriose. RBGO, v. 21, n. 2, p. 85, 1999.
20. NACUL AP, SPRITZER PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia. Rio de Janeiro. Vol. 32, n. 6 (jun. 2010), p. 298-307, 2010.
21. NOGUEIRA ACR, et al. Tratamento da endometriose pélvica: uma revisão sistemática. Revista Científica FAGOC-Saúde, v. 3, n. 2, p. 38-43, 2018.
22. OLIVEIRA R, et al. Perfil epidemiológico das pacientes inférteis com endometriose. Reprodução & Climatério, v. 30, n. 1, p. 5-10, 2015.
23. OLIVEIRA, LM. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica. (Mestre em Medicina), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
24. RAMPINELLI H. Perfil epidemiológico das pacientes atendidas em um consultório privado e submetidas à videolaparoscopia para tratamento de endometriose na região de Criciúma. ACM arq. catarin. med, v. 42, n. 2, p. 09-14, 2013.
25. RICHARDSON WS, et al. The role of diagnostic laparoscopy for chronic abdominal conditions: an evidence-based review. Surg Endosc 2009; 23:2073-7.
26. SANTOS TMV, et al. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. Einstein (16794508), v. 10, n. 1, 2012.
27. SCHENKEN RS. Endometriosis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. 2016. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 23 mai. 2018
28. SCHMITZ CR. Estudo dos polimorfismos do gene do hormônio luteinizante (LH) em mulheres com endometriose e infertilidade: Análise da prevalência gênica. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
29. SILVA ADRL. Endometriose e infertilidade: o papel do tratamento cirúrgico prévio a ciclos de procriação medicamente assistida (Mestrado em Medicina) Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2012.
30. SILVA MPC, et al. Depressão e Ansiedade em Mulheres com Endometriose: Uma Revisão Crítica da Literatura. InteraçãoemPsicologia, v. 20, n. 2, 2016.
31. SILVA, ABC. Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. Ciência et Praxis, v. 4, n. 08, p. 53-58, 2017.
32. VERCELLINI P, et al, "You can't always get what you want": from doctrine to practicability of study designs for clinical investigation in endometriosis. Women's Health, 15(89), 1-9, 2015.
33. VERCELLINI P, et al. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence? Hum Reprod. 2009;24(10):2504-14.
34. VILA ACD, et al. A. A vivência de infertilidade e endometriose: Pontos de atenção para profissionais de saúde. Psicologia, Saúde & Doenças, 2010, 11 (2), 219 – 228.