



— GUIA PRÁTICO DA —
ENDOMETRIOSE:

TUDO O QUE VOCÊ DEVE SABER
SOBRE A DOENÇA

AUTOR:
DR. JOÃO DIAS



ORIGINARE

MEDICINA REPRODUTIVA

Vidas e sonhos



ORIGINARE

MEDICINA REPRODUTIVA

Vidas e sonhos

SUMÁRIO

GUIA PRÁTICO DA ENDOMETRIOSE: TUDO O QUE VOCÊ DEVE SABER SOBRE A DOENÇA

AUTOR: **DR. JOÃO DIAS**

03 - Introdução

04 - Classificação da endometriose

07 - Características da endometriose

11 - Sintomas provocados pela endometriose

14 - Como a endometriose é diagnosticada

16 - Tratamento da endometriose

22 - Sobre o especialista

INTRODUÇÃO

A [endometriose](#) é uma doença crônica e inflamatória complexa, caracterizada pelo crescimento de tecido semelhante ao endometrial fora da cavidade uterina. Apesar de ser reconhecida desde o século XIX – descrita pela primeira vez em 1860 –, sua etiologia ainda é desconhecida.

A teoria mais aceita para explicá-la foi proposta em 1927 pelo ginecologista americano John Albertson Sampson, conhecida como ‘teoria da implantação de Sampson’. De acordo com sua observação, o tecido endometrial liberado durante a menstruação pode sofrer refluxo pelas tubas uterinas, aderir-se e proliferar em locais ectópicos da cavidade peritoneal.

No entanto, outras teorias como a da metaplasia celômica, em que há uma transformação das células do epitélio celômico em tecido semelhante ao do endométrio.

Embora em alguns casos a endometriose seja assintomática, as portadoras, independentemente da idade, podem apresentar manifestações clínicas de intensidade variada.

Assim como em outras doenças crônicas, boa parte das mulheres com endometriose apresenta, ao mesmo tempo, uma redução na qualidade de vida, influenciada por aspectos físicos, sociais e psicológicos.

Na esfera psíquica, destacam-se condições como depressão e ansiedade fóbica, que tendem a ser correlacionados com o número de sinais físicos, localização da endometriose, estado civil e pelo receio de não poder mais engravidar.

O percentual de influência da doença na [qualidade de vida](#) das portadoras é de cerca de 67% em atividades físicas, mais de 64% em ações como estudo ou trabalho e quase 55% na autoestima.

Este e-book aborda detalhadamente a endometriose, desde a classificação e características da doença, até os sintomas, diagnóstico e tratamento. Boa leitura!





CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

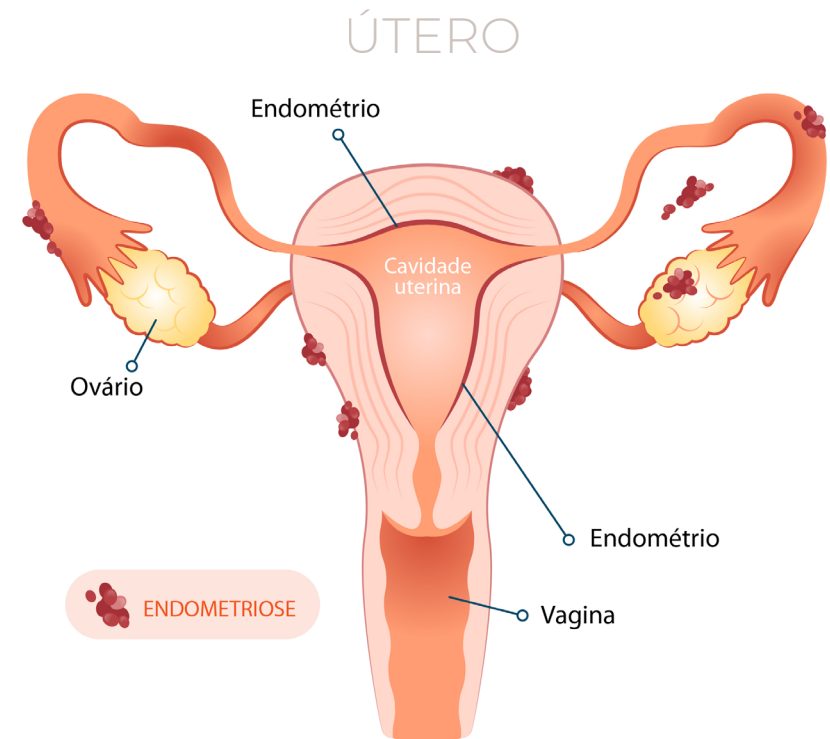
Os [sistemas de classificação](#) mais conhecidos para endometriose são o proposto pela Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) e o baseado em aspectos morfológicos macroscópicos: de acordo com a localização, quantidade e profundidade do tecido endometrial ectópico, grau de comprometimento dos órgãos, presença e número de endometriomas ovarianos. A Classificação da ASRM necessita de um procedimento cirúrgico (a laparoscopia) para conseguir ser realizada.

São adotados os seguintes critérios para a classificação da endometriose pela ASRM:

- a quantidade de tecido ectópico;
- sua localização;
- sua profundidade (se ele se encontra na superfície ou afetou profundamente o órgão);
- a presença e o número de endometriomas e adesões.

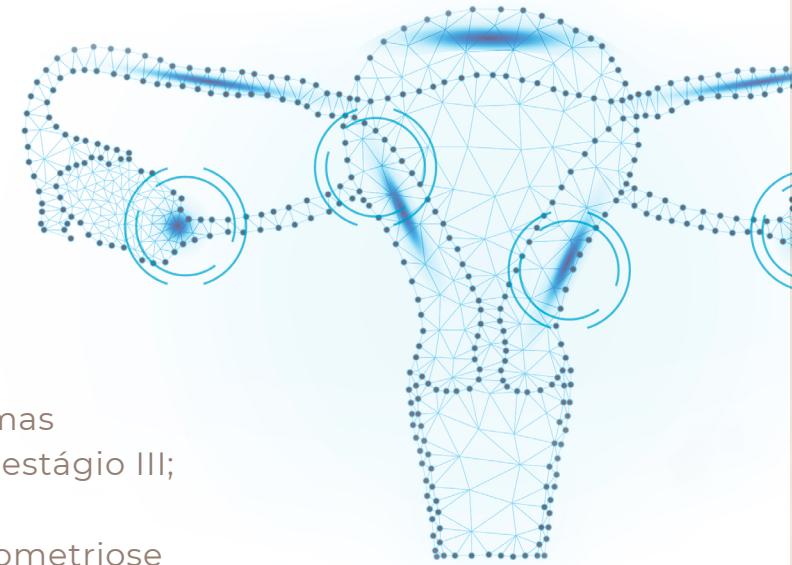
Segundo a ASRM, a endometriose é classificada em quatro tipos diferentes:

- mínima (estágio I);
- leve (estágio II);
- moderada (estágio III);
- grave (estágio IV).



Quanto à localização e profundidade das lesões de endometriose, também podemos classificá-la em:

- **Endometriose peritoneal superficial:** apresenta lesões pequenas, localizadas principalmente no peritônio, membrana que recobre as superfícies internas da cavidade pélvica. As lesões são planas e rasas e não invadem o espaço subjacente ao peritônio. Habitualmente classificada nos estágios I e II;
- **Endometriose ovariana:** caracteriza-se pela presença de endometriomas ovarianos, que podem apresentar tamanhos distintos. Classificada no estágio III;
- **Endometriose infiltrativa profunda:** é definida como profunda a endometriose que infiltrou pelo menos 5 mm do peritônio, afetando os espaços subjacentes a ele. Habitualmente classificada no estágio IV.



Embora o sistema proposto pela ASRM seja internacionalmente aceito e bastante útil na orientação do tratamento pós-cirúrgico, especialmente quando o problema da paciente é infertilidade, a classificação da endometriose permanece controversa, principalmente pela diversidade de suas manifestações.



CARACTERÍSTICAS DA ENDOMETRIOSE

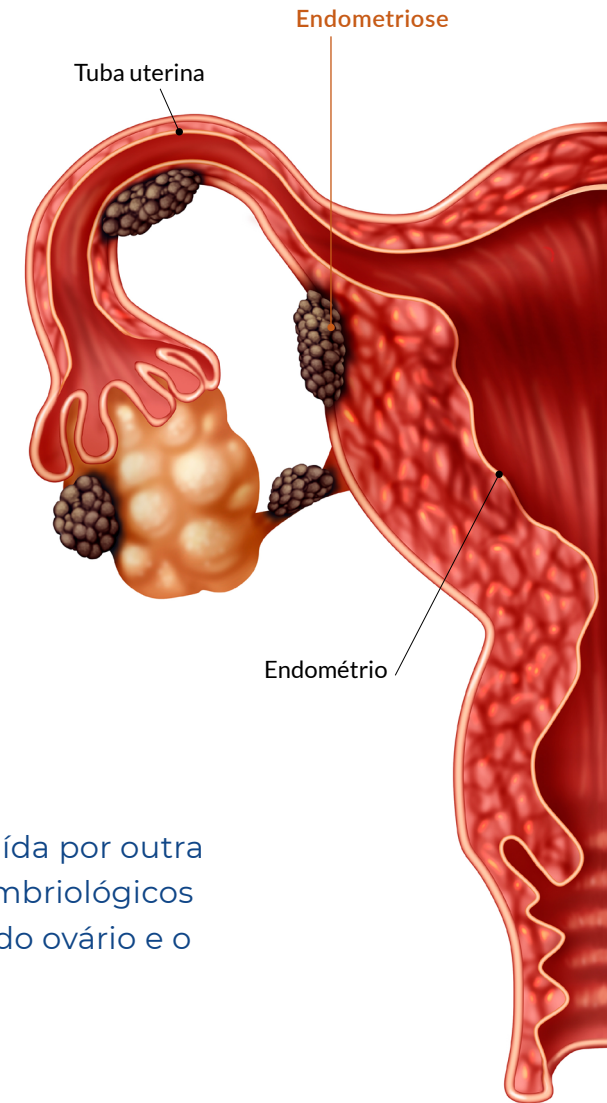
CARACTERÍSTICAS DA ENDOMETRIOSE

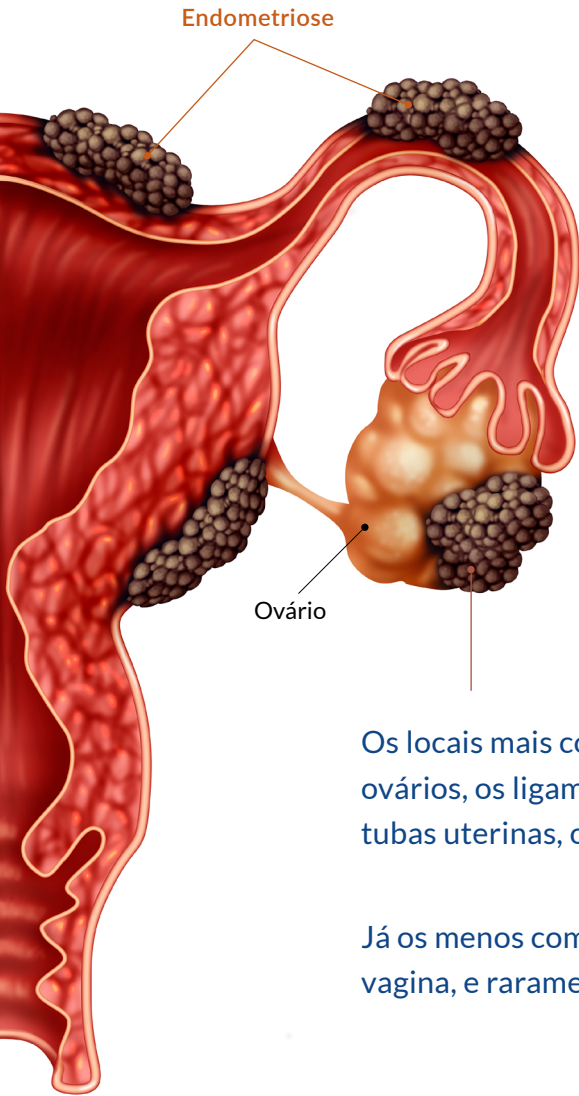
A [endometriose](#) acontece quando um tecido semelhante ao endométrio (tecido que reveste o útero) se desenvolve em outras regiões do corpo feminino e progressivamente ocasiona um processo inflamatório, provocando dores.

No entanto, a quantidade de tecido presente e a rapidez com que a endometriose progride pode variar muito. O tecido pode permanecer na superfície das estruturas ou penetrar profundamente (infiltrar) e provocar a formação de nódulos.

As causas desse deslocamento até o momento são desconhecidas. Além da teoria proposta pelo ginecologista americano John Albertson Sampson, outras também especulam sobre o crescimento do tecido endometrial fora da cavidade uterina.

Entre elas está a [teoria da metaplasia celômica](#). Ela sugere que as células do epitélio celomático, que originaram o epitélio germinativo ovariano e o endométrio, permaneceriam no peritônio pélvico, transformando-se, por metaplasia (quando uma célula adulta é substituída por outra de um tipo celular diferente), em tecido semelhante ao endométrio. Baseia-se em estudos embriológicos que demonstraram uma origem comum para os canais mullerianos, o epitélio de superfície do ovário e o peritônio pélvico.

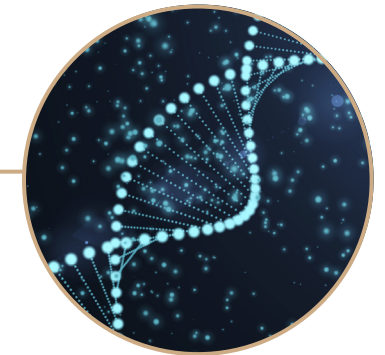




De acordo com essa teoria, fatores hormonais ou imunológicos estimulam a transformação das células embrionárias residuais, ainda presentes no tecido peritoneal normal, em tecido endometrial ectópico, o que explicaria a ocorrência de endometriose em qualquer local da cavidade abdominal, como, por exemplo, a região torácica, ou mesmo o desenvolvimento da doença em meninas na pré-puberdade.

Em meninas na pré-puberdade, entretanto, como ainda não há produção de estrogênio, hormônio responsável pelo crescimento endometrial, a condição pode ser diferente do tecido ectópico encontrado nas mulheres em idade reprodutiva. Estudos recentes têm sugerido que a variante adolescente provocada pela metaplasia celômica pode ser a origem da forma grave e progressiva da doença.

Algumas evidências também indicam que a endometriose pode ser provocada por fatores genéticos, uma vez que é significativo o registro em parentes de primeiro grau das mulheres.



Os locais mais comuns em que o tecido endometrial ectópico costuma se desenvolver são os ovários, os ligamentos que sustentam o útero, o espaço entre o reto e a vagina, o colo do útero ou as tubas uterinas, o que pode provocar a infertilidade.

Já os menos comuns incluem a superfície exterior dos intestinos delgado e grosso, os ureteres, a bexiga e a vagina, e raramente as membranas que revestem os pulmões e o coração ou a região abdominal.

A endometriose registra os percentuais mais expressivos entre os fatores que provocam infertilidade. Estudos apontam uma prevalência da doença entre 10% e 15% de mulheres em idade reprodutiva. Até 50% delas podem ter infertilidade.

Pode ocorrer com maior frequência em mulheres com as seguintes características:

- Tiveram o primeiro bebê após os 30 anos de idade;
- Nunca tiveram um bebê (nulíparas);
- Têm ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias), abundantes e de longa duração;
- Menstruação precoce;
- Menopausa tardia;
- Anomalias uterinas.

Por outro lado, também demonstra menor incidência em mulheres com as seguintes características:

- Tiveram várias gestações (múltiparas);
- Menstruaram tardiamente;
- Amamentaram por muito tempo;
- Usaram contraceptivo oral de baixa dose;
- Praticaram atividade física regularmente (especialmente se iniciaram antes dos 15 anos de idade, exercitando-se mais de quatro horas por semana ou ambos).

O Consenso realizado em 2014 também sugeriu que uma caracterização contemporânea abrangente da endometriose deve incluir outros elementos essenciais: incidência, patogênese, etiologia multifatorial, inclusive fatores genéticos com possíveis influências epigenéticas, possíveis efeitos de exposições ambientais, elementos da síndrome da dor, natureza proliferativa, responsividade hormonal (dependência de estrogênio e resistência à progesterona), sobreposição com outras condições caracterizadas por dor pélvico-abdominal e infertilidade (fraca).





SINTOMAS

— PROVOCADOS PELA —
ENDOMETRIOSE

SINTOMAS PROVOCADOS PELA ENDOMETRIOSE



Os [sintomas](#) provocados pela endometriose também são bastante variados e não existem relações claras entre a quantidade e localização dos focos de endometriose e os sintomas das pacientes.

Costumamos ensinar os alunos de medicina e residentes de ginecologia que as portadoras de endometriose podem apresentar os “6Ds” de sintomas:

- 1) Dismenorreia (cólicas menstruais);
- 2) Dispareunia de profundidade (dor para ter relação sexual, no fundo da vagina);
- 3) Dor acíclica (dor abdominal ou pélvica sem relação com a data do ciclo menstrual);
- 4) Distúrbios intestinais cíclicos (dor ou dificuldades ou sangramento intestinal durante a menstruação);
- 5) Distúrbios urinários cíclicos (dor ou dificuldades ou sangramento na urina durante a menstruação);
- 6) Dificuldade para engravidar (infertilidade).

O principal sintoma é dor na região inferior do abdômen e na região pélvica, com variação de intensidade durante o ciclo menstrual, ficando mais forte antes e durante os períodos menstruais. As irregularidades menstruais devem ainda ser observadas, como sangramento menstrual intenso e manchas antes da menstruação.



Isso acontece porque, assim como o tecido endometrial normal que reveste a cavidade uterina, o tecido endometrial ectópico reage aos mesmos hormônios produzidos pelos ovários (estrogênio e progesterona) e, conseqüentemente, também pode sangrar durante a menstruação, provocando cólicas e/ou dores intensas.

As dores abdominais pélvicas costumam ser súbitas e agudas. Algumas pacientes sentem dores todos os dias, cronicamente.

Quando as lesões estão localizadas no intestino grosso, provocam inchaço abdominal, dor durante a evacuação, diarreia ou constipação e sangramento retal durante o período de menstruação.

Já quando localizadas na bexiga, provocam dor ao urinar, além da necessidade frequente e urgente de esvaziar a bexiga. É muito comum também a presença de sangue na urina.

A gravidade dos sintomas da endometriose não depende da quantidade de tecido endometrial ectópico. Algumas mulheres com alto volume não apresentam os sintomas, enquanto outras, mesmo com uma pequena quantidade, sentem dores intensas. Em alguns casos, a relação sexual antes ou durante a menstruação também pode ser dolorosa.



COMO A ENDOMETRIOSE É DIAGNOSTICADA



COMO A ENDOMETRIOSE É DIAGNOSTICADA

Inicialmente, devemos dar muita atenção aos sintomas citados. Além disso, o exame clínico, exame ginecológico é determinante. Podemos perceber a presença de cistos nos ovários, assim como perceber nódulos dolorosos no fundo da vagina, que são característicos de endometriose profunda.

Se houver suspeita de endometriose, serão realizados exames de imagem, tais como ultrassonografia transvaginal ou abdominal e ressonância magnética pélvica, que poderão determinar a localização das lesões.

Atualmente, o diagnóstico definitivo da endometriose pode ser realizado por métodos de imagem, desde que efetuados em aparelhos de alta qualidade e por profissionais experientes e treinados para esse tipo de diagnóstico.



Utilizamos o ultrassom pélvico e transvaginal com preparo intestinal para realizar o diagnóstico, assim como a ressonância magnética de abdome total e pelve.

Sabemos que esses métodos diagnósticos, se efetuados por profissionais experientes e treinados podem nos dar uma acurácia no diagnóstico de 97% a 98%. Por isso, atualmente não concordamos em realizar uma laparoscopia para simplesmente se fazer o diagnóstico. Esse procedimento é uma cirurgia e deve ser indicada para tratar cirurgicamente os casos selecionados.



TRATAMENTO DA
ENDOMETRIOSE

TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

O tratamento pode ser cirúrgico ou farmacológico para controle dos sintomas, de maneira individualizada. As pacientes com suspeitas clínicas devem procurar um especialista, que vai realizar um exame físico para detectar se há alteração do volume dos ovários e outros sinais sugestivos de endometriose infiltrativa profunda, tais como nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior ou septo retovaginal, espessamento dos ligamentos uterossacos ou lesões violáceas na vagina.

Se forem percebidas alterações, deverão ser feitos exames de imagem específicos, tais como ultrassonografia transvaginal ou abdominal e ressonância magnética pélvica, que irão apontar os locais de acometimento da doença.

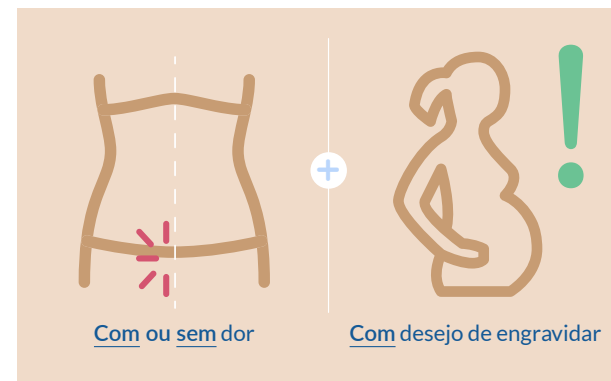
A partir dessa definição, é indicado o tratamento.

De maneira resumida, classificamos as portadoras de endometriose para escolhermos seu tratamento em:

Grupo 1



Grupo 2





Nas pacientes do **primeiro grupo** (dor e sem desejo reprodutivo), costumamos iniciar o tratamento com analgésicos, anti-inflamatórios e medicamentos hormonais que bloqueiam a função dos ovários e assim melhoram os sintomas de dor das portadoras de endometriose. Além dessas medidas médicas, é muito importante tratar globalmente essas mulheres com medidas de fisioterapia, psicoterapia, nutricionistas além de estimular atividades físicas aeróbicas.

Infelizmente, muitas pacientes não irão melhorar seus sintomas e precisaremos indicar a videolaparoscopia para erradicar todos os focos de endometriose. Muitas vezes, essa cirurgia deve ser realizada por equipes multidisciplinares para maior segurança das pacientes e maior precisão nas cirurgias realizadas. Depois da cirurgia, normalmente também indicaremos tratamentos hormonais, medicamentosos, fisioterápicos etc.

Vale lembrar que a videolaparoscopia ou a cirurgia robótica são cirurgias minimamente invasivas. São técnicas realizadas com o auxílio de uma microcâmera, que é introduzida no abdômen com outros instrumentos específicos que possibilitam a retirada do tecido endometrial ectópico sem afetar os órgãos envolvidos.

Nas pacientes do **Grupo 2** (com desejo de engravidar, tendo ou não dor), não podemos indicar tratamentos hormonais, como pílulas, pois qualquer tratamento hormonal acaba inibindo a ovulação e impedindo o casal de engravidar, ou seja, vai contra o desejo do casal.



Nesse **grupo 2**, precisaremos indicar a videolaparoscopia para a ressecção dos focos de endometriose, o que pode melhorar as dores e restituir a fertilidade natural das pacientes. Em casos de insucesso do tratamento laparoscópico ou em situações específicas, deveremos partir diretamente para técnicas de reprodução assistida e essa indicação depende de alguns fatores, como:

- grau de severidade da endometriose (qual é a sua fase);
- idade da mulher;
- tempo de infertilidade da mulher;
- se a mulher já esteve grávida;
- funcionamento do órgão reprodutor feminino.
- reserva ovariana da paciente;
- se o marido tem qualidade ruim dos espermatozoides.



• Medicamentos usados para tratar a endometriose

Para aliviar a dor, geralmente são administrados medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

Contraceptivos orais combinados (estrogênio e progesterona) são utilizados para inibir a atividade dos ovários e retardar o crescimento do tecido endometrial ectópico, reduzindo o sangramento e a dor. São prescritos principalmente para mulheres que não pretendem engravidar no momento do tratamento.

Além dos contraceptivos orais, outros medicamentos são recomendados para bloquear a atividade ovariana. Entre eles estão as progestinas, os agonistas de GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) e os que têm como princípio ativo o danazol (hormônio masculino de origem sintética).

Embora esses medicamentos apenas aliviem sintomas de dor e controlem o crescimento da endometriose, após o tratamento, os medicamentos não ajudarão essas pacientes a engravidar.

• Tratamento cirúrgico

Realizado pela videolaparoscopia ou cirurgia robótica, objetiva erradicar todos os focos de endometriose, devolvendo a anatomia normal à pelve da paciente. Ao retirar os focos, ocorre melhora da inflamação local e com isso a possibilidade de melhorar sintomas, como dores e infertilidade.

• Técnicas de reprodução assistida

Uma boa parte das mulheres consegue engravidar naturalmente após a remoção do tecido. Quando isso não acontece, é possível recorrer a técnicas de reprodução assistida (TRA).

A relação sexual programada (RSP) e a [inseminação intrauterina \(IIU\)](#) com indução da ovulação são um tratamento eficaz para pacientes com as seguintes características:

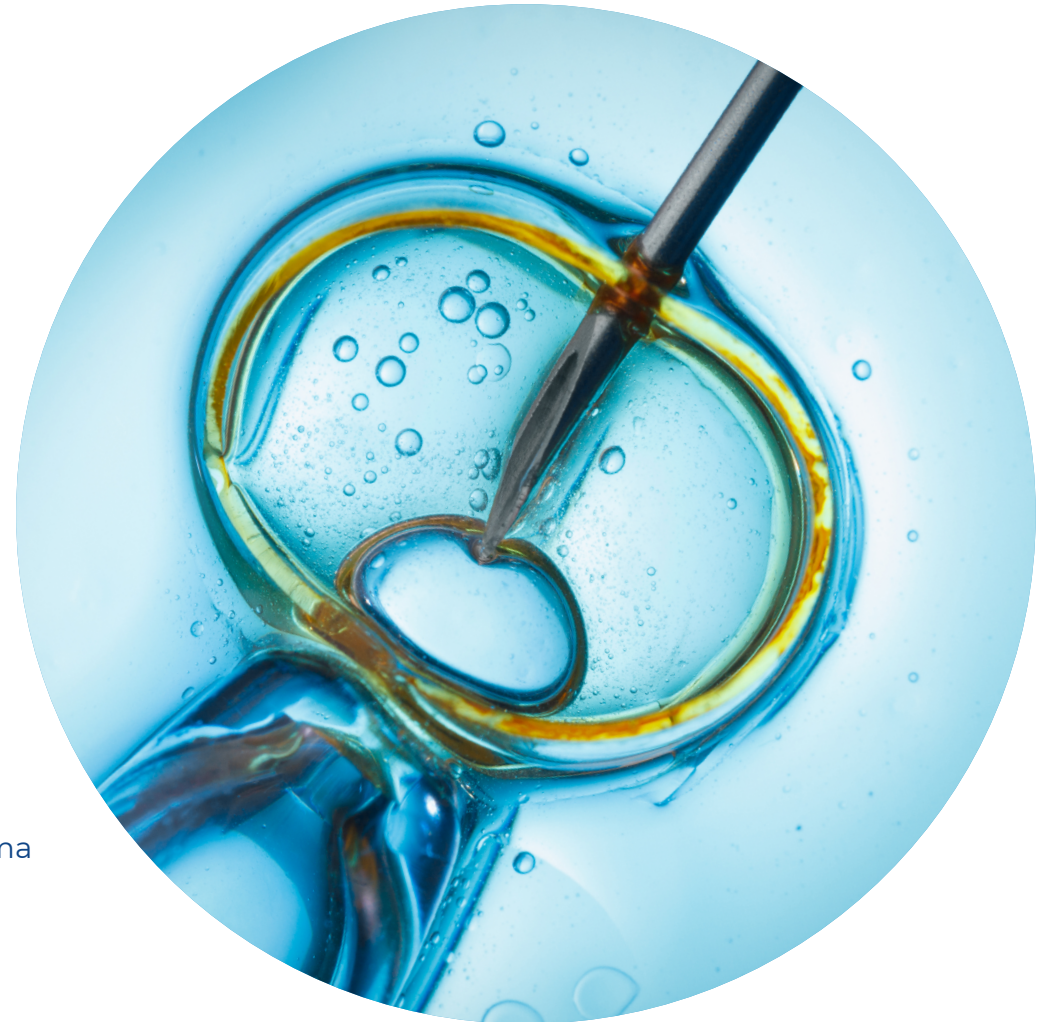
- 1) mulheres com menos de 35 anos;
- 2) casos de endometriose mínima ou leve ou endometriose peritoneal superficial;
- 3) com boa reserva ovariana;
- 4) com anatomia das tubas normal;
- 5) mulheres cujo marido não tenha graves alterações da qualidade dos espermatozoides.



A fertilização *in vitro* (FIV) é adequada para:

- 1)** os casos de insucesso após 3 meses de relação sexual programada ou inseminação intrauterina (IIU);
- 2)** mulheres com mais de 35 anos;
- 3)** endometriose de terceiro ou quarto grau, em que há comprometimento tubário, endometriose ovariana (endometriomas) e infiltrativa profunda;
- 4)** mulheres com baixa reserva ovariana;
- 5)** casais cuja qualidade dos espermatozoides é ruim.

A endometriose é uma doença complexa que requer acompanhamento médico contínuo. Busque auxílio de um especialista se identificar algum sintoma da doença para uma avaliação mais profunda.





SOBRE O
ESPECIALISTA

DR. JOÃO DIAS

Dr. João Dias, um dos diretores da Originare – Medicina Reprodutiva, dedica-se há 20 anos ao atendimento de casais com dificuldades para engravidar.

Fundador e coordenador clínico do Centro de reprodução Humana do Hospital Sírio Libanês e da Clínica inVida entre os anos de 2009 e 2019, decidiu juntar-se aos médicos e sócios da ORIGINARE – Medicina Reprodutiva (Drs. Carlos Roberto Izzo, Georges Fassolas e Luiz Fernando Henrique) para construir um novo conceito em atendimento na área de medicina reprodutiva.

- Formado pela Faculdade de Ciências Médicas da Puc São Paulo (Sorocaba) em 1996;
- Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP entre 1997 e 1999;
- Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) em 1999;
- Certificado de Atuação em Endoscopia Ginecológica pela AMB e FEBRASGO em 2007;
- Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia pela FMUSP em 2010;
- Especialista em Reprodução Assistida pela FEBRASGO em 2017.

Membro das seguintes sociedades científicas:

- ASRM (American Society for Reproductive Medicine)
- ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology)

Autor de várias publicações em renomados jornais científicos e capítulos de livros.





ORIGINARE

MEDICINA REPRODUTIVA

Vidas e sonhos

© 2020 Dr. João Dias.

Todos os direitos reservados. O conteúdo deste e-book foi elaborado pela equipe do Dr. João Dias e as informações aqui contidas têm caráter meramente informativo e educacional. Não deve ser utilizado para realizar autodiagnóstico ou automedicação. Em caso de dúvidas, consulte seu médico. Somente ele está habilitado a praticar o ato médico, conforme recomendação do Conselho Federal de Medicina. Todas as imagens contidas no e-book são meramente ilustrativas e foram compradas em banco de imagens, portanto não utilizam imagens de pacientes

Diretor Técnico: Dr. João Antonio Dias Júnior
CRM 89.292.

+55 (11) 94446-8227

+55 (11) 4750-1101

contato@drjoaodias.com.br

Rua Joaquim Floriano, 413 - 7º e 8º andares
Ed. Result Corporate Plaza
CEP 04534-011 - Itaim Bibi - São Paulo/SP

Dr_Joao_Dias

Dr. João Dias

João Dias

www.drjoaodias.com.br