



ENDOMETRIOSE E SEUS CUIDADOS CLÍNICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Brenda Alexia de Sousa Leal, Victor Hugo Júlio da Rosa, Sara dos Santos Silva, Maria Kéren Ribeiro Sousa, Jorge Igor Balduino Pereira, Anna Paula Mendes Marques de Lima Franco, Catharina Carvalho Santana, Cristiane Aparecida Muller Romanha, Victor Silva, Vitória Oliveira Diniz Kzam, Jamille Pedrosa Araújo, João Paulo Carvalho Costa, Mirielly Santos Maracaipe, Ana Gabriela Mascarenhas da Silva Teixeira

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Analisar as características da Endometriose. **Revisão bibliográfica:** A endometriose é uma condição inflamatória que depende dos níveis de estrogênio e é benigna, afetando cerca de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva. No momento atual, há cerca de 190 milhões de mulheres em todo o mundo que sofrem com endometriose. Embora seja uma condição comum e não cancerígena, o crescimento do tecido semelhante ao endométrio em locais fora do útero e a inflamação resultante podem levar a sintomas como cólica menstrual, dor pélvica não relacionada ao ciclo menstrual, dor durante a relação sexual, fluxo menstrual intenso, dificuldade para urinar, dificuldade para evacuar, dor crônica e infertilidade. **Considerações finais:** A endometriose é um problema de saúde global, afetando mulheres em idade fértil com dor crônica na região pélvica. Essa condição difícil de diagnosticar resulta em custos para o sistema de saúde, perda de trabalho e problemas psicológicos, principalmente relacionados à dor e à infertilidade. O tratamento pode ser tanto clínico quanto cirúrgico, com o objetivo de aliviar os sintomas e levando em consideração o desejo de engravidar ou não. Para aquelas que não desejam engravidar, a primeira opção de tratamento são os contraceptivos orais combinados. No entanto, para aquelas que desejam engravidar, a cirurgia parece ser uma opção viável.

Palavras-chave: Endometriose, Ginecologia, Infertilidade.

ENDOMETRIOSIS AND ITS CLINICAL CARE: LITERATURE REVIEW

SUMMARY

Objective: To analyze the characteristics of Endometriosis. Literature review: Endometriosis is an inflammatory condition that depends on estrogen levels and is benign, affecting approximately 5 to 10% of women of reproductive age. At the current time, there are around 190 million women around the world who suffer from endometriosis. Although a common, non-cancerous condition, the growth of endometrial-like tissue in locations outside the uterus and the resulting inflammation can lead to symptoms such as menstrual cramps, pelvic pain unrelated to the menstrual cycle, pain during sexual intercourse, heavy menstrual flow, difficulty urinating, difficulty evacuating, chronic pain and infertility. Final considerations: Endometriosis is a global health problem, affecting women of childbearing age with chronic pain in the pelvic region. This difficult-to-diagnose condition results in costs to the healthcare system, lost work and psychological problems, mainly related to pain and infertility. Treatment can be either clinical or surgical, with the aim of relieving symptoms and taking into account the desire to become pregnant or not. For those who do not wish to become pregnant, the first treatment option is combined oral contraceptives. However, for those who wish to become pregnant, surgery appears to be a viable option.

Keywords: Endometriosis, Gynecology, Infertility.

Dados da publicação: Artigo recebido em 21 de Dezembro e publicado em 01 de Fevereiro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p88-102>

Autor correspondente: Filipe Rezende Melo Dias Lima / filipelima16.1@bahiana.edu.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença inflamatória benigna dependente de estrogênio, sendo a causa mais comum de dor pélvica crônica em mulheres em idade reprodutiva (BULUN SE, et al., 2019). Atualmente, 190 milhões de mulheres em todo o mundo apresentam endometriose. A doença afeta 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, até 80% das mulheres com dor pélvica e 20 a 50% das mulheres com infertilidade (LIN YH, et al., 2018; BAFORT C, et al., 2020; FRANÇA PRC, et al., 2022).

Progressos ao longo das últimas duas décadas revelaram a endometriose como uma síndrome clínica complexa caracterizada por um processo inflamatório crônico que depende de estrogênio e afeta principalmente os tecidos pélvicos, incluindo os ovários. Embora a endometriose seja um processo comum e não cancerígeno, a presença de tecido ectópico semelhante ao endométrio e a inflamação resultante podem causar dor durante a menstruação, assim como dor pélvica persistente, dor durante a relação sexual, menstruações excessivamente intensas, problemas urinários, dificuldade de evacuação, dor crônica e infertilidade. Os sintomas podem variar de leves a extremamente debilitantes. (VANNUCCINI S, et al., 2022; BULUN SE, et al., 2019). Além disso, muitos estudos relatam a correlação entre ansiedade e depressão com sintomas de dor e perda de fertilidade, levando a uma taxa de quase 87% das mulheres com endometriose desenvolvendo algum tipo de transtorno psiquiátrico (FRANÇA PRC, et al., 2022).

Como esses sintomas não são específicos da endometriose e podem ser sinais de outras condições ginecológicas ou não ginecológicas, erros de diagnóstico ou atraso significativo na identificação da endometriose são frequentemente relatados. Além disso, seu diagnóstico só é considerado definitivo quando a presença de tecido semelhante ao endométrio (“lesões”) fora do útero é confirmada durante a cirurgia laparoscópica (SAUNDERS PTK e HORNE AW, 2021; VANNUCCINI S, et al., 2022).

Depósitos de endométrio são comumente encontrados na região pélvica, mas podem ocorrer em áreas distantes, como a região superior do abdômen. As mulheres afetadas sofrem com problemas na qualidade de vida devido à presença de dor pélvica crônica e outros sintomas clínicos. Além disso, a endometriose também está associada a um maior risco de certos tipos de câncer e outras doenças crônicas, incluindo câncer de ovário e endométrio, doenças cardiovasculares, doenças autoimunes e distúrbios alérgicos. (KONINCKX PR, et al., 2021; LIN YH, et al., 2018; SACHEDINA A e TODD N, 2020).

A fisiopatologia desta doença não é totalmente compreendida, mas os antecedentes endócrinos e inflamatórios estão bem caracterizados, reconhecendo uma dependência de estrogênio e uma resistência à progesterona. A localização ectópica das células endometriais é causada por

diferentes mecanismos, como a ocorrência da menstruação em sentido contrário, a expansão através dos vasos sanguíneos e linfáticos, ou a transformação das células-tronco. A teoria da menstruação retrógrada ainda é considerada a causa principal da endometriose. Além dessa teoria, outros fatores também estão associados ao desenvolvimento da doença, como problemas no sistema imunológico, predisposição genética, fatores ambientais (como a dioxina e o bifenil policlorado) e fatores de risco relacionados ao estilo de vida, como consumo de álcool e cafeína.(ANASTASIU CV, et al., 2020; VANNUCCINI S, et al., 2022; CORTE DL, et al., 2020).

A infertilidade é um sintoma relativamente comum em pacientes com endometriose. Até 30 a 50% das mulheres com endometriose podem apresentar infertilidade. A endometriose pode influenciar a fertilidade de várias maneiras: anatomia distorcida da pelve, aderências, trompas de falópio com cicatrizes, inflamação das estruturas pélvicas, funcionamento alterado do sistema imunológico, alterações no ambiente hormonal dos óvulos, implantação prejudicada de uma gravidez e qualidade alterada dos óvulos. Muitas vezes, essa infertilidade permanece sem explicação devido ao atraso no diagnóstico, causando níveis significativos de estresse (SMOLARZ B, et al., 2021).

A endometriose representa um desafio significativo para a saúde mundial, devido à sua alta incidência em mulheres em idade fértil. Além disso, essa condição é uma das principais causas de comprometimento da fertilidade e deterioração da qualidade de vida durante o período reprodutivo feminino. Diante desse contexto, torna-se imperativo a pesquisa dessa doença, visando garantir diagnóstico precoce e tratamento adequado. O presente estudo teve como objetivo analisar as características da endometriose.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e epidemiologia

A endometriose é uma doença inflamatória dependente de estrogênio caracterizada pela presença de glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina, em locais como os ovários (onde os óvulos são produzidos), as trompas de falópio (que ligam os ovários e o útero) e a pelve. O endométrio ectópico é funcionalmente semelhante ao endométrio eutópico (SMOLARZ B, et al., 2021; LIN YH, et al., 2018; BULUNSE, et al., 2019).

A endometriose pélvica, que pode envolver superfícies peritoneais pélvicas, gordura subperitoneal, espaço retovaginal ou ovários, ocorre principalmente por meio de menstruação retrógrada e compreende a grande maioria de todos os casos de endometriose. A doença também pode afetar a bexiga, intestino (mais comumente o reto e o apêndice), nervos pélvicos profundos, ureteres e parede abdominal anterior. Além disso, localizações extraperitoneais também são descritas, tais quais pleura, diafragma pulmões, pericárdio e cérebro e 30% dos

casos de endometriose estão associados a adenomiose (infiltração por estroma endometrial e glândulas no miométrio) (SACHEDINA A e TODD N, 2020; VANNUCCINI S, et al., 2022).

A endometriose afeta mais de 170 milhões de mulheres em todo o mundo. A grande maioria dos casos ocorre em mulheres entre a menarca e a menopausa. Esta doença é caracterizada por uma prevalência estimada em 5%, com pico entre 25 e 35 anos, e uma incidência anual entre mulheres de 15 a 49 anos, avaliada em 0,1%, gerando assim custos de saúde significativos aos sistemas de saúde (FILIP L, et al., 2020; SMOLARZ B, et al., 2021; CORTE DL, et al., 2020). Estudos epidemiológicos relatam que mulheres com lesões de endometriose correm maior risco de desenvolver câncer de ovário e mama, melanoma, asma, artrite reumatoide e doenças cardiovasculares (SAUNDERS PTK e HORNE AW, 2021).

Fatores de risco

Apesar de ter havido avanços significativos na compreensão da doença por meio de pesquisas nos últimos anos, ainda não se sabe com exatidão a causa da endometriose. É amplamente aceito que fatores como o perfil genético, atividade hormonal, inflamação e sistema imunológico desempenham um papel importante no desenvolvimento e progredimento da doença. Do ponto de vista epidemiológico, acredita-se atualmente que uma combinação complexa de questões socioeconômicas, histórico familiar, características individuais, hábitos pessoais, saúde reprodutiva e ginecológica, assim como fatores ambientais, são fatores determinantes para o surgimento da endometriose.(SAUNDERS PTK e HORNE AW, 2021; FILIP L, et al.,2020). Com relação aos fatores ambientais, foi sugerido que a exposição a níveis elevados de bifenilos policlorados, dioxina, ésteres de ftalato, bisfenol A ou poluentes organoclorados e perfluoroquímicos podem desempenhar um papel no desenvolvimento da endometriose. Quanto aos traços comportamentais, a relação entre preferências alimentares, ingestão de álcool e cafeína, tabagismo e atividade física estão associados à patogênese da síndrome. A ingestão de cafeína e álcool pode desempenhar um papel na patogênese da endometriose, alterando os hormônios reprodutivos por meio da ativação da aromatase, que aumenta a conversão de testosterona em estrogênio (AGARWAL SK, et al., 2019).

Em relação aos aspectos reprodutivos e ginecológicos, a maioria dos elementos de perigo ligados à endometriose estão relacionados à idade em que se inicia a menstruação, à duração do ciclo menstrual, ao fluxo menstrual e à paridade. O início precoce da menstruação e o prolongamento e intensidade dos ciclos menstruais têm sido associados a um maior risco devido à presença de níveis mais elevados de estradiol e estrona. Por outro lado, a paridade e o uso de contraceptivos orais têm sido relacionados a um efeito protetor.(ANASTASIU CV, et al., 2020; FILIP L, et al., 2020).

Fisiopatologia

Atualmente existem três teorias que explicam a fisiopatologia da doença. A primeira delas é a teoria da implantação. Esta propõe um fluxo retrógrado da mistura menstrual de sangue e tecido endometrial completo através das trompas de Falópio para a cavidade peritoneal como o primeiro passo no desenvolvimento da doença. O primeiro sangramento retrógrado ocorre ao nascimento, quando a menina recém-nascida apresenta drástica privação hormonal. Colo uterino interno apertado, muco cervical espesso ou malformações impedem a drenagem externa normal dessa mistura, o que resulta na passagem desse conteúdo para a cavidade abdominal. Esses primeiros implantes permanecerão dormentes devido à falta de estrogênios na infância. Eles devem crescer rapidamente após a puberdade, quando os ovários começam a produzir hormônios sexuais (WANG PH, et al., 2022; BROI MGD, et al., 2019; LAGANÀ AS, et al., 2019).

A teoria celômica propõe que a metaplasia celômica envolve a conversão de tecido peritoneal saudável em tecido endometrial fora de seu local usual. Os disruptores endócrinos químicos podem desempenhar um papel significativo nessa transformação. Em relação à teoria dos resquícios müllerianos, essa teoria sustenta que as células remanescentes da migração embrionária do ducto mülleriano ainda possuem a capacidade de se desenvolver em lesões endometrióticas quando influenciadas por estrogênio. Além do contexto do background genético, é importante considerar as células endócrinas, imunes e estaminais/progenitoras, assim como as modificações epigenéticas e a reprogramação causada pelos estímulos do trato reprodutivo feminino.(AGARWAL SK, et al., 2019; KAPOOR R, et al., 2021; FILIP L, et al., 2020; ANASTASIU CV, et al., 2020).

A teoria de doença inflamatória sugere que há evidências de que a endometriose é, de fato, uma condição inflamatória pélvica. Uma peritonite sem germes. O líquido peritoneal apresenta concentração aumentada de macrófagos ativados e perfil inflamatório no eixo citocina/quimiocina. Também é descrito aumento da produção de interleucina-6 (IL-6), fator inibidor da migração de macrófagos, fator de necrose tumoral-alfa, alterações de IL-1b, IL-6 e IL-8 (ANASTASIU CV, et al., 2020; SMOLARZ B, et al., 2021; FILIP L, et al., 2020).

Quadro clínico e diagnóstico

Os sintomas relacionados à endometriose podem afetar a saúde geral da mulher e o bem-estar mental e social. Causa uma deterioração significativa na qualidade de vida. Em 66% das mulheres com endometriose, os primeiros sintomas da doença aparecem antes dos 20 anos. O sintoma onipresente é a dor: dor pélvica cíclica, dismenorréia, dor periovulatória, dor pélvica crônica não cíclica, dispareunia (posicional ou permanente), disquezia e disúria, dor na região sacral da coluna, dor irradiada para as costas, menstruação irregular

abundante, sangue nas fezes, diarreia ou constipação, infertilidade e fadiga crônica (SMOLARZ B, et al., 2021; LAGANÀ AS, et al., 2019). estágios da endometriose. A dor pode variar em intensidade e frequência, podendo ser constante ou intermitente. Além disso, a dor pode estar associada a outros sintomas, como cólicas menstruais intensas, dor durante as relações sexuais e dificuldade de urinar. O diagnóstico da endometriose é feito por meio de exames clínicos, como a palpação do abdômen, e exames de imagem, como ultrassonografia e ressonância magnética. O tratamento da endometriose pode ser feito com medicamentos para aliviar a dor e controlar o crescimento do tecido endometrial fora do útero, ou por meio de intervenção cirúrgica, como a laparoscopia, para remover os focos de endometriose. É importante buscar acompanhamento médico para o diagnóstico e tratamento adequados da endometriose em 20 cm (AMRO B, et al., 2022).

As investigações diagnósticas de primeira linha para endometriose são o exame físico e a ultrassonografia pélvica. As investigações de segunda linha são: exame pélvico direcionado realizado por um clínico especialista, ultrassonografia transvaginal realizada por um ultrassonografista especialista (radiologista ou ginecologista) e ressonância magnética pélvica (COLLINNET P, et al., 2018).

O exame vaginal pode ser útil para pesquisar endurecimento doloroso da vagina, ligamentos útero- sacros e/ou toro uterino (local de inserção dos ligamentos útero-sacros na face posterior do útero), bem como dor na mobilização uterina. O exame de toque retal também é essencial na avaliação de nódulos do septo retovaginal ou nódulos que infiltram a parede retal. A ultrassonografia transvaginal tem a maior sensibilidade e especificidade na identificação de endometriomas ovarianos. As características ultrassonográficas clássicas são um cisto unilocular com ecogenicidade líquida homogênea de baixo nível (aparência de vidro fosco) e fluxo vascular fraco ou leve. A ultrassonografia pélvica para endometriose profundamente infiltrada é mais exigente e menos sensível. A ressonância magnética também demonstrou ter alta precisão diagnóstica, sobretudo no diagnóstico da endometriose dos ligamentos útero-sacrais, endometriose vaginal e endometriose colorretal (CORTE DL, et al., 2020).

Atualmente, a laparoscopia é considerada o método mais preciso para diagnosticar a endometriose. Durante esse procedimento, é feita uma inspeção minuciosa da cavidade abdominal e a confirmação das lesões suspeitas é feita através da análise histológica. Esse tipo de diagnóstico é especialmente útil para identificar lesões microscópicas que podem estar presentes tanto em mulheres com endometriose visível quanto naquelas sem sintomas aparentes. No entanto, é importante ressaltar que esse método é bastante dispendioso e

invasivo, e apresenta alguns riscos para a paciente, como sangramentos e infecções.(FRANÇA PRC, et al., 2022).

A endometriose pode ter um impacto profundo na vida das mulheres, incluindo dor associada, infertilidade, diminuição da qualidade de vida e interferência na vida diária, relacionamentos e meios de subsistência. Embora os profissionais de saúde façam diagnósticos provisórios com base nos sintomas, exames físicos, imagem e resposta ao tratamento, a avaliação cirúrgica com revisão histológica adjunta continua sendo o padrão-ouro de diagnóstico. A exigência de um diagnóstico cirúrgico tem sido questionada por suas limitações e riscos. Este padrão atua como uma barreira, compondo obstáculos ao diagnóstico para pacientes, provedores e sistemas de saúde (CROMEENS MG, et al., 2021).

Para muitas mulheres, a jornada para o diagnóstico de endometriose é longa e repleta de barreiras e erros de diagnóstico. Os desafios inerentes incluem um padrão-ouro baseado em um procedimento cirúrgico invasivo (laparoscopia) e sintomatologia diversificada, contribuindo para o atraso bem estabelecido de 4 a 11 anos desde o início dos primeiros sintomas até o diagnóstico cirúrgico (AGARWAL SK, et al., 2019).

O atraso na identificação do problema pode acarretar consequências potencialmente prejudiciais para o funcionamento do sistema nervoso central, já que as pessoas que não recebem um diagnóstico adequado podem experimentar um aumento persistente da dor ao longo do tempo. A ausência de tratamento para a dor crônica de qualquer origem, incluindo a endometriose, pode gerar um desequilíbrio tanto no sistema nervoso periférico quanto no central. Com o passar do tempo, as alterações no processamento da dor aumentam a probabilidade de desenvolvimento de padrões de resposta à dor anormais, resultando em uma manifestação de dor crônica.(LAGANÀ AS, et al., 2019; CROMEENS MG, et al., 2021).

Paralelamente, indivíduos com endometriose incorrem em custos significativos na forma de perda de produtividade no trabalho e despesas com saúde. Prolongar a busca por um diagnóstico e atrasar o tratamento pode significar longos períodos de agravamento das perdas financeiras. Vários estudos descobriram que indivíduos sintomáticos relatam perda de produtividade no trabalho (absenteísmo e presenteísmo), estando fora do trabalho até 10 ou mais horas por semana (CROMEENS MG, et al., 2021).

Além disso, as pessoas que sofrem de endometriose enfrentam despesas significativas, tanto financeiramente (como emergências médicas, internações, cirurgias e tratamentos) quanto indiretamente (como ausências no trabalho e incapacidades de curto e longo prazo). A relevância da endometriose como um grave problema de saúde com impacto socioeconômico é destacada pelo estudo EndoCost, o qual evidenciou que os gastos decorrentes da endometriose são comparáveis aos de outros problemas de saúde crônicos,

como o diabetes mellitus.(KALAITZOPOULOS DR, et al., 2021; CROMEENS MG, et al., 2021). A endometriose não tem apenas efeitos físicos, mas também psicológicos, causando depressão, ansiedade, e comprometer as relações sociais. Além disso, a endometriose afeta negativamente a vida sexual e as relações sociais(CORTE DL, et al., 2020).

Classificação da endometriose pélvica

Três entidades principais da endometriose pélvica foram identificadas com base em sua histopatologia e localizações anatômicas: cistos endometrióticos ovarianos ou endometriomas ovarianos, endometriose peritoneal superficial e endometriose infiltrativa profunda (DIE). A endometriose superficial geralmente aparece na superfície ou nos tecidos moles subserosos do peritônio ou órgãos viscerais e é a forma mais branda da doença. Nesse tipo, o tecido semelhante ao endométrio se liga ao peritônio. A maioria dos casos é oculta nos exames de imagem (KIDO A, et al., 2022; FRANÇA PRC, et al., 2022).

Os ovários são o local mais frequente de tecido endometrial ectópico e ocorrem cistos endometrióticos ovarianos, o tipo de endometriose mais comum caracterizada por cistos chocolate típicos. A DIE é definida histologicamente como endometriose infiltrando o peritônio a uma profundidade > 5 mm. Aproximadamente 80% das mulheres com endometriose apresentam lesões superficiais, enquanto 20% apresentam endometriose infiltrativa profunda (PIESSENS S e EDWARDS A, 2020; FRANÇA PRC, et al., 2022; KIDO A, et al., 2022).

Endometriose e infertilidade

A associação entre endometriose e infertilidade é bem fundamentada na literatura. Em mulheres inférteis, a prevalência de endometriose varia de 20 a 50%, e 35 a 50% das mulheres com endometriose são inférteis (COCCIA ME, et al., 2022; LAGANÀ AS, et al., 2019).

Apesar de a endometriose ser frequentemente relacionada à infertilidade, os mecanismos subjacentes a essa condição ainda não são completamente compreendidos. Muitos estudos foram realizados para esclarecer essa questão, e diferentes autores têm proposto diversos mecanismos que poderiam estar envolvidos na diminuição da capacidade reprodutiva, como alterações anatômicas e microambientais que poderiam prejudicar a maturação do óvulo, a fertilização, o transporte do embrião pela trompa e a implantação embrionária.(BROI MGD, et al., 2019; BONAVINA G e TAYLOR HS, 2022).

Nos casos de doença avançada, alterações anatômicas do trato reprodutivo, como aderências peritubárias e periovarianas e distorções pélvicas, são apontadas como fatores limitantes, o que poderia prejudicar a captação do oócito pelas fimbrias, sua passagem pela tuba, bem como a interação gamética e o trajeto embrionário até a cavidade. Também tem sido sugerido uma menor reserva ovariana em mulheres com endometriose

avançada, especialmente em casos de endometrioma (COCCIA ME, et al., 2022; BROI MGD, et al., 2019; HODGSON RM, et al., 2020; GRUBER TM e MECHSNER S, 2021).

Até o momento, o tratamento da infertilidade causada pela endometriose concentra-se na remoção ou redução dos implantes endometriais ectópicos e na restauração da anatomia pélvica normal, seja por meios clínicos, cirúrgicos ou de reprodução assistida. A abordagem médica visa a função ovariana, bloqueando-a com várias drogas, como agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas e contraceptivos orais. As tecnologias de reprodução assistida (ART), como a fertilização in vitro (FIV), entram em jogo quando nem as tentativas médicas nem cirúrgicas atendem ao resultado necessário (BONAVINA G e TAYLOR HS, 2022; FILIP L, et al., 2020).

Demonstrou-se que a fertilização in vitro representa uma das principais opções de tratamento para pacientes que sofrem de infertilidade associada à endometriose, especialmente quando envolve uma função tubária comprometida, anatomia peritoneal aberrante ou falha de outros métodos de tratamento (HODGSON RM, et al., 2020; FILIP L, et al., 2020; COCCIA ME, et al., 2022).

Tratamento

As opções de tratamento são adaptadas de acordo com cada paciente, levando em consideração os sintomas apresentados (como dor, infertilidade, presença de massa), a gravidade dos sintomas, a localização e extensão da doença, os desejos reprodutivos, a idade do paciente, os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, as taxas de complicações cirúrgicas e o custo. A endometriose deve ser encarada como uma condição crônica que requer um plano de manejo contínuo, visando maximizar o uso de tratamentos medicamentosos e evitar cirurgias repetidas.(BRICHANT G, et al., 2021; VANNUCCINI S, et al., 2022).

O tratamento da dor pode ser feito com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Embora os AINEs sejam comumente combinados com uma terapia hormonal contraceptiva, as mulheres que desejam engravidar podem usar apenas os AINEs. Para mulheres que estão tentando engravidar, evitam-se os inibidores seletivos de COX-2 ([celecoxib](#), rofecoxib e valdecoxib), pois alguns estudos indicam que esses medicamentos podem prevenir ou retardar a ovulação (FRANÇA PRC, et al., 2022).

A terapia farmacológica para a endometriose visa melhorar os sintomas ou prevenir a recorrência da doença pós-cirúrgica. Os tratamentos hormonais agem suprimindo as flutuações nos hormônios gonadotrópicos e ovarianos, resultando na inibição da ovulação, da menstruação e na redução do processo inflamatório. Diante disso, algumas drogas criam ambientes como a terapia hiperprogesterônica (contraceptivos orais combinados e progestágenos).

Essas drogas são a primeira escolha; agem inibindo a ovulação, a decidualização e resultando na diminuição do tamanho das lesões. Além disso, eles estão disponíveis em uma variedade de formas de dosagem, melhoram os sintomas de dor na maioria dos pacientes, são bem tolerados e baratos. No entanto, 25% das pacientes não respondem ao tratamento, além de apresentarem efeitos adversos como: sangramento súbito, mastalgia, náuseas, dores de cabeça, alterações de humor, entre outros (BONAVINA G e TAYLOR HS, 2022; FRANÇA PRC, et al., 2022; VANNUCCINI S, et al., 2022).

A terapia hipoestrogênica (hormônio liberador de gonadotropina — agonistas do GnRH) representa a segunda linha de tratamento para essa doença. É um medicamento eficaz no tratamento de mulheres que não respondem a contraceptivos orais combinados ou progestágenos. Os agonistas de GnRH fornecem mecanismos de feedback negativo na hipófise, inibição da secreção de gonadotropina e subsequente regulação negativa da esteroidogênese ovariana. Uma das principais desvantagens destas substâncias é que não podem ser ingeridas por via oral, já que são decompostas durante o processo digestório. Por esse motivo, a indicação para utilização ocorre por via parenteral, subcutânea, intramuscular, pelo uso do spray nasal ou intravaginal. O emprego dessas substâncias está relacionado aos efeitos colaterais mal tolerados, como sintomas vasomotores, atrofia genital e alterações de humor. (FRANÇA PRC, et al., 2022; CORTE DL, et al., 2020).

A laparoscopia é o padrão-ouro tanto para o diagnóstico definitivo quanto para o tratamento: o objetivo é a ablação ou excisão de todas as lesões visíveis para obter o efeito máximo no alívio da dor e aumentar a fertilidade. A intervenção cirúrgica pode ser conservadora (mantém o útero e o tecido ovariano) ou definitiva (remoção do útero e possivelmente dos ovários em mulheres que completaram a gravidez), dependendo dos planos de gravidez e da idade da mulher. Após a cirurgia, a supressão hormonal (geralmente com contraceptivos orais contínuos) é iniciada para prevenir a recorrência dos sintomas (CORTE DL, et al., 2020; SINGH SS, et al., 2020).

Entretanto, a operação pode estar ligada a complicações durante e após o processo cirúrgico, com a possibilidade de ocorrência de complicações urológicas, intestinais, vasculares e neurológicas. Além disso, a dor pode voltar ou persistir caso as lesões de endometriose não sejam completamente removidas, além de aumentar o risco de recorrência da doença, mesmo em pacientes com remoção ideal das lesões. (CORTE DL, et al., 2020; SINGH SS, et al., 2020; VANNUCCINI S, et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A endometriose é um problema de saúde que afeta mulheres em idade reprodutiva e causa dor pélvica crônica. É um desafio diagnosticá-la e acarreta custos para o sistema de saúde, perda de trabalho e problemas psicológicos, principalmente relacionados à dor e à infertilidade. O tratamento pode ser

clínico ou cirúrgico, com o objetivo de aliviar os sintomas e depende da vontade da paciente de engravidar ou não. Para aquelas que não pretendem engravidar, a opção de primeira escolha são os anticoncepcionais orais combinados. Para aquelas que desejam ter filhos e enfrentam problemas de fertilidade, a cirurgia pode ser considerada uma opção viável.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL SK, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol*, 2019; 220(4): 1-12.
- AMRO B, et al. New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(11): 6725.
- ANASTASIU CV, et al. Biomarkers for the Noninvasive Diagnosis of Endometriosis: State of the Art and Future Perspectives. *Int J Mol Sci*, 2020; 21(5): 1750.
- BAFORT C, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Data Rev*, 2020; 10(10): 11031.
- BONAVINA G, TAYLOR HS. Endometriosis-associated infertility: From pathophysiology to tailored treatment. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2022; 13: 1020827.
- BRICHANT G, et al. New Therapeutics in Endometriosis: A Review of Hormonal, Non-Hormonal, and Non-Coding RNA Treatments. *Int J Mol Sci*, 2021; 22(19): 10498.
- BROI MGD, et al. Etiopathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. *JBRA Assist Reprod*, 2019; 23(3): 273-280.
- BULUN SE, et al. Endometriosis. *Endocr Rev*, 2019; 40(4): 1048-1079.
- COCCIA ME, et al. Endometriosis and Infertility: A Long-Life Approach to Preserve Reproductive Integrity. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(10): 6162.
- COLLINET P, et al. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 2018; 47(7): 265-274.
- CORTE DL, et al. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17(13): 4683.
- CROMEENS MG, et al. Timing, delays and pathways to diagnosis of endometriosis: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 2021; 11(6): e049390.
- FILIP L, et al. Endometriosis Associated Infertility: A Critical Review and Analysis on Etiopathogenesis and Therapeutic Approaches. *Medicina (Kaunas)*, 2020; 56(9): 460.
- FRANÇA PRC, et al. Endometriosis: A Disease with Few Direct Treatment Options. *Molecules*, 2022; 27(13): 4034.
- GRUBER TM e MECHSNER S. Pathogenesis of Endometriosis: The Origin of Pain and Subfertility. *Cells*, 2021; 10(6): 1381.

- HODGSON RM, et al. Interventions for endometriosis-related infertility: a systematic review and network meta-analysis. *Fertil Steril*, 2020; 113(2): 374-382.
- KALAITZOPOULOS DR, et al. Treatment of endometriosis: a review with comparison of 8 guidelines. *BMC Womens Health*, 2021; 21(1): 397.
- KAPOOR R, et al. Pathogenesis of Endometriosis: New Insights into Prospective Therapies. *Int J Mol Sci*, 2021;22(21): 11700.
- KIDO A, et al. MRI in the Diagnosis of Endometriosis and Related Diseases. *Korean J Radiol*, 2022; 23(4): 426-445.
- KONINCKX PR, et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol(Lausanne)*, 2021; 12: 745548.
- LAGANÀ AS, et al. The Pathogenesis of Endometriosis: Molecular and Cell Biology Insights. *Int J Mol Sci*, 2019;20(22): 5615.
- LIN YH, et al. Chronic Niche Inflammation in Endometriosis-Associated Infertility: Current Understanding and Future Therapeutic Strategies. *Int J Mol Sci*, 2018; 19(8): 2385.
- PIESSENS S, EDWARDS A. Sonographic Evaluation for Endometriosis in Routine Pelvic Ultrasound. *J Minim Invasive Gynecol*, 2020; 27(2): 265-266.
- SACHEDINA A e TODD N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 2020; 12(1): 7-17.
- SAUNDERS PTK e HORNE AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*, 2021;184(11): 2807-2824.
- SINGH SS, et al. Surgical Outcomes in Patients With Endometriosis: A Systematic Review. *J Obstet Gynaecol Can*, 2020; 42(7): 881-888.
- SMOLARZ B, et al. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *Int J Mol Sci*, 2021; 22(19): 10554.
- VANNUCCINI S, et al. Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. *Rev Endocr Metab Disord*, 2022; 23(3): 333-355.
- WANG PH, et al. Endometriosis: Part I. Basic Concept. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2022; 61(6): 927-934.