

TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

TREATMENT OF PELVIC ENDOMETRIOSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Ariane Costa ^{1a}
 Marcelo Torres ¹
 Camila Bahia ¹
 Heloísa Henriques ¹

¹ *Discente do curso de Medicina da FAGOC*

RESUMO

Introdução: Define-se endometriose como uma doença crônica, inflamatória, que ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, caracterizando-se pela presença de tecido endometrial, fora da cavidade uterina. As apresentações clínicas mais comuns são infertilidade, dor pélvica, dismenorrea e dispareunia. O diagnóstico definitivo da endometriose se obtém através da realização de laparotomia ou laparoscopia. O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico, ou ainda a combinação desses. No entanto, existe uma lacuna na literatura quanto ao tratamento mais adequado, uma vez que todos oferecem riscos e benefícios. **Objetivo:** A fim de esclarecer os tratamentos usados atualmente, o presente estudo aborda a endometriose pélvica com ênfase nessas práticas. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa de artigos científicos entre os meses fevereiro e junho de 2018, quando trabalhos científicos foram selecionados na base de dados SciELO. **Discussão:** O tratamento cirúrgico pode ser radical e conservador. Atualmente, o uso da laparoscopia tem demonstrado boa eficácia, porque permite uma excelente observação da

pelve e da destruição das lesões. **Conclusão:** O tratamento da endometriose pélvica é factível, e pode ser tanto medicamentoso, quanto cirúrgico, ou ainda a associação de ambos, antes ou após a cirurgia. Entretanto, é fundamental levar em consideração fatores como a gravidade dos sintomas, o desejo de gestar, a extensão e localização da doença, a idade da paciente, os efeitos adversos dos medicamentos, as taxas de complicações cirúrgicas e seus custos.

Palavras-chave: Endometriose. Endometriose pélvica. Tratamento da endometriose pélvica.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a chronic and inflammatory disease that occurs during the woman's reproductive lifetime, it is characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. The most common clinical presentations are infertility, pelvic pain, dysmenorrhea and dyspareunia. However, a definitive diagnosis is possible through laparotomy or laparoscopy. The treatment can be medicated or surgical, or the combination of these. In this study we focused on pelvic endometriosis with emphasis on these practices. **Objective:** In order to shed lights on currently used treatments, the present study approaches pelvic endometriosis with emphasis on these practices. **Method:** This is an integrative review in which the search for



* E-mail: ariane_rivelli@hotmail.com

scientific articles occurred between February and June 2018, and the scientific papers were selected in the database: SciELO. **Discussion:** Surgical treatment may be radical and conservative. According to the literature review, the use of laparoscopy has demonstrated good efficacy because it allows an excellent observation of the pelvis and destruction of the lesions. **Conclusion:** The treatment of pelvic endometriosis is feasible, and can be both medicated and surgical, and the association of both before or after surgery. However, it is essential to consider factors such as the severity of symptoms, the desire to develop, the extent and location of the disease, the age of the patient, the adverse effects of the medications, the rates of surgical complications and their costs.

Keywords: Endometriosis. Pelvic endometriosis. Treatment of pelvic endometriosis.

INTRODUÇÃO

Define-se endometriose como uma doença crônica, inflamatória, que ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, caracterizando-se pela presença de tecido endometrial, fora da cavidade uterina (Podgaec, 2014). As localizações mais comumente envolvidas são os ovários, fundo de saco posterior e anterior (saco de Douglas), folheto posterior do ligamento largo, ligamentos uterossacos, útero, tubas uterinas, cólon sigmoide, apêndice e ligamentos redondos (BRASIL, 2016).

As apresentações clínicas mais comuns são infertilidade, dor pélvica, dismenorreia e dispareunia. Sintomas relacionados a localização atípica do tecido endometrial presentes apenas no período menstrual (dor pleurítica, hemoptise, cefaleias ou convulsões) são suspeitas de endometriose não ginecológica e requerem avaliação de outros especialistas (SOGIMIG, 2012).

O diagnóstico definitivo da endometriose se obtém por meio da realização de laparotomia

ou laparoscopia, dificultando determinar sua prevalência, considerando em torno de 3-10% das mulheres em idade reprodutiva e 25-35% nas mulheres inférteis. Além disso, é observada em 1-2% das mulheres submetidas à laqueação tubária, em 10% das peças de histerectomia, em 16-31% das laparoscopias e em 53% das adolescentes com dor pélvica (Campos, Navalho, Cunha, 2008). A incidência da endometriose no mundo é de 5% a 10% em mulheres em idade fértil, podendo chegar a aproximadamente 50% naquelas com dor pélvica. No Brasil, o custo da doença chega a 10,4 milhões de reais por ano (Podgaec, 2014).

Sua etiologia ou etiopatogenia ainda não está bem estabelecida, porém as evidências indicam que a combinação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos poderia contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos de endometriose (Nácul, Spritzer, 2010). O aumento da prevalência intrafamiliar sugere a existência de um componente genético na sua patogênese, que é uma situação complexa, cuja causa é provavelmente multifatorial. Foram propostas três teorias de histogênese: (a) teoria metastática (implantação menstrual retrógrada, disseminação linfática e vascular, e implantação intraoperatória), (b) teoria metaplástica e (c) teoria de indução. Estão igualmente a ser investigados o papel de fatores de crescimento, imunidade e outros mecanismos que podem contribuir para o desenvolvimento da patologia (Campos, Navalho, Cunha, 2008).

Já se sabe que a endometriose é uma doença estrogênio-dependente; a partir disso, observa-se um maior risco de aparecimento dessa enfermidade em condições que a exposição a esse hormônio seja frequentemente aumentada. Portanto, há uma prevalência maior em mulheres com menarca precoce, gestações tardias e um espaçamento grande entre a menarca e a primeira gestação (Bellelis et al., 2010). Além disso, outros fatores de risco foram analisados, como o grau de instrução das mulheres (maior frequência de mulheres portadoras de endometriose com 2º e 3º graus completos); mulheres de classe socioeconômica superior; mulheres nulíparas

apresentam maior incidência; mulheres expostas a poluentes ambientais (Dioxinas) e agentes químicos semelhantes. Entretanto, há ainda fatores que protegem as mulheres da doença: obesidade, prática de exercícios físicos e tabagismo (Podgaec, 2014).

O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico, ou ainda a combinação desses, e deve levar em consideração a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gestar, a idade da paciente, os efeitos adversos dos medicamentos, as taxas de complicações cirúrgicas e os custos (BRASIL, 2016).

A endometriose pode se manifestar em várias regiões do organismo, porém, no presente trabalho, será abordada a endometriose pélvica, com ênfase nos tratamentos utilizados, já que existe uma lacuna na literatura sobre o tratamento mais adequado, uma vez que todos oferecem riscos e benefícios para a paciente. O objetivo do presente artigo foi realizar uma revisão de literatura sobre as formas de tratamento para a endometriose pélvica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa elaborada a partir dos seguintes passos: seleção do tema; estabelecimento de critérios de inclusão; seleção dos estudos; análise; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão.

A busca dos artigos científicos ocorreu entre os meses fevereiro e junho de 2018, e os trabalhos científicos foram selecionados na base de dados SciELO, utilizando as seguintes estruturas: “endometriose”, “endometriose pélvica”, “tratamento da endometriose pélvica”.

A busca no SciELO foi realizada com o descritor “endometriose”, utilizando-se os filtros, a fim de obedecer aos seguintes critérios de inclusão: coleções Brasil e Saúde Pública; todos os periódicos; texto completo; idiomas inglês e português; ano de publicação de 2013 a 2018; áreas temáticas: obstetrícia/ginecologia e medicina geral/interna; tipo de literatura: artigos originais; cruzando com os descritores “endometriose

pélvica” e “tratamento endometriose pélvica”.

A pesquisa foi norteada pela seguinte pergunta: “quais as formas de tratamento para endometriose pélvica?”.

Os artigos foram selecionados utilizando os seguintes critérios de inclusão: publicações a partir do ano de 2013 disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, que apresentassem como tema de estudo o tratamento da endometriose pélvica. Todos os achados foram comparados, com a finalidade de encontrar duplicidade de artigos. Em seguida, foram realizadas leituras dos títulos e resumos, excluindo-se os que não se enquadravam no tema ou que apresentassem erro metodológico.

O processo de busca foi apresentado resumidamente na Figura 1.

DESENVOLVIMENTO

Conforme os diversos estudos analisados, não existe prevalência de um único tratamento. De acordo com Yela et al., Donatti et al. e Porto et al., o mais adequado para endometriose pélvica depende das queixas da paciente e da sintomatologia apresentada, como dor pélvica crônica, infertilidade, dismenorreia progressiva, dispneúria profunda, dor ovulatória, sintomas urinários ou evacuatórios perimestruais, fadiga crônica e desejo de gestar.

A American Society for Reproductive Medicine (ASRM) classifica a endometriose em: estágio I (mínima), estágio II (leve), estágio III (moderada) e estágio IV (severa), considerando a profundidade dos implantes e os tipos de aderências no tubo ovariano (Nácul, Spritzer, 2010).

O padrão ouro para diagnosticar a endometriose é a videolaparoscopia pela grande acurácia na determinação da patologia em adolescentes e adultos. Entretanto, deve ser feita sob orientações e critérios determinados pelo médico, pelo fato de ser uma forma invasiva. Mediante a utilização desse método, as lesões podem ser vistas em seus aspectos, evoluções e diferentes estágios. Nos ovários, na superfície do

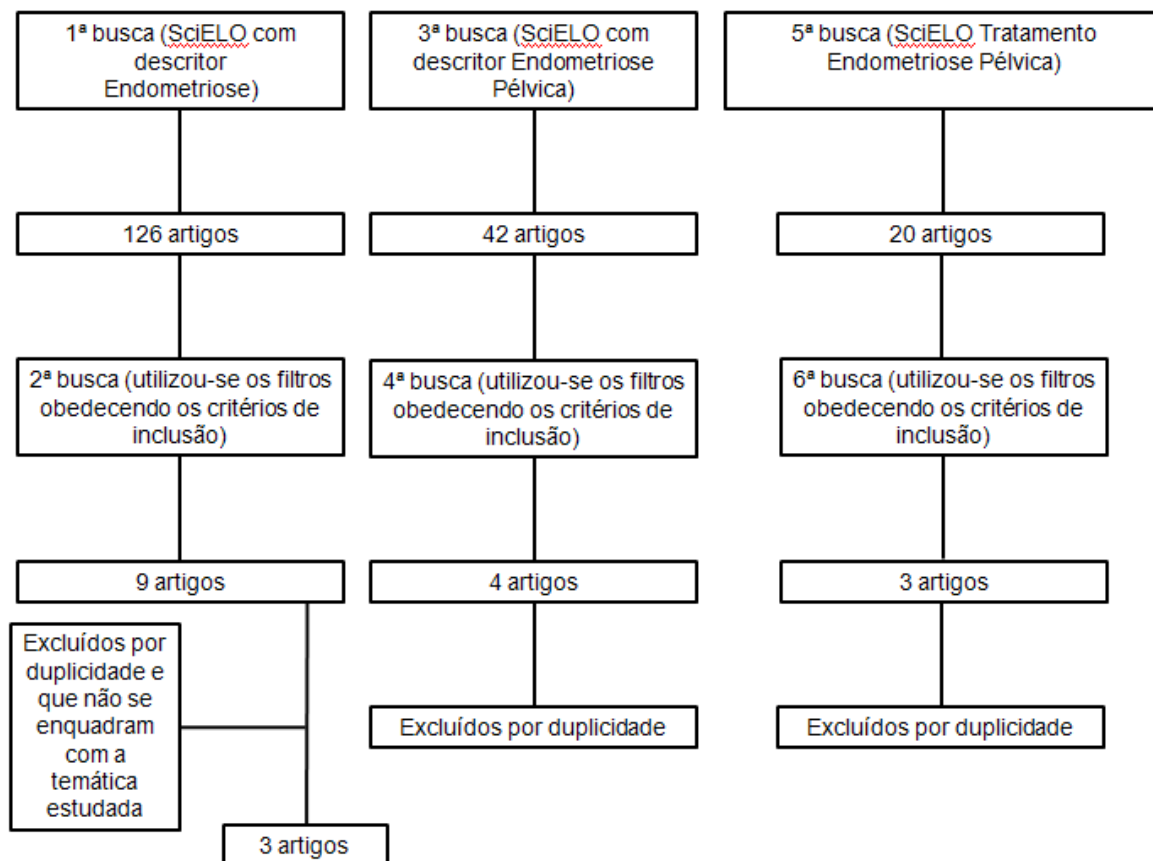


Figura 1: Fluxograma apresentando como foram realizadas as buscas

peritônio, na bexiga e nos ligamentos uterinos, é encontrada a lesão típica de coloração azul escura (powder-burn). Não existe um marcador sérico específico para endometriose, sendo o objetivo de pesquisadores que buscam métodos diagnósticos não invasivos a fim de preservar a fertilidade (Cardoso et al., 2011).

O objetivo do tratamento medicamentoso é a manipulação hormonal utilizando progestinas ou uma gonadotropina análogo do hormônio de liberação (GnRH) com intenção de produzir uma pseudogravidez, pseudomenopausa ou anovulação crônica, desfavorecendo o crescimento e manutenção dos focos da endometriose (Cardoso et al., 2011; Souza et al., 2016).

Os tratamentos farmacológicos disponíveis para a dor associada com a endometriose têm efeito contraceptivo, já que as combinações estroprogestogênicas, progestogênios isolados

e análogos do GnRH inibem o crescimento dos implantes por decidualização e atrofia do endométrio ou através da supressão dos hormônios esteroides ovarianos e estimulação de um estado de hipoestrogenismo (Nácul, Spritzer, 2010).

Os anticoncepcionais combinados (ACs) são considerados primeira linha no tratamento da endometriose em mulheres com sintomas mínimos ou leves, e apresentam como vantagem a possibilidade de uso por períodos prolongados, a boa tolerabilidade e a fácil administração. Progestágenos são eficazes no tratamento da dor relacionada à endometriose, com melhora de até 80% nas escalas da dor (BRASIL, 2016).

Outro medicamento utilizado é o danazol, que também é um fármaco de escolha por ser um androgênio que estimula a amenorreia por inibição do pico de hormônio luteinizante (LH), inibição das enzimas esteroidogênicas e

aumento da testosterona livre. Promove melhora dos sintomas apresentados, gerando impacto positivo sobre a qualidade de vida. Os principais efeitos adversos relatados são: ganho de peso, edema, redução no tamanho das mamas, acne, hirsutismo, oleosidade na pele e alterações no timbre da voz. A incidência dos efeitos colaterais atinge aproximadamente 85% das pacientes (Navarro, Barcelos, Silva, 2006).

Os análogos do GnRH promovem mecanismo de feedback negativo na hipófise, gerando um hipogonadismo hipogonadotrófico, levando a amenorreia e anovulação; com isso, favorecem seu efeito terapêutico e inibitório reversível. Podem ser administrados diariamente através de spray nasal ou por injeção subcutânea por períodos de três a seis meses, resultando em alívio importante da dor. Os efeitos colaterais são decorrentes do estado de “pseudomenopausa” e incluem fogachos, vagina seca, diminuição da libido, depressão, irritabilidade, fadiga e perda mineral óssea (Nácul, Spritzer, 2010).

Comotratamento cirúrgico, temos a divisão em duas categorias: conservador (preservando a fertilidade da paciente) ou radical (levando à histerectomia). A ressecção cirúrgica com margens livres deve ser realizada, já que pode haver uma taxa de recorrência de 1,5 a 9,1% (Cardoso et al., 2011; Souza et al., 2016). Na abordagem da endometriose associada à dor pélvica, é preciso ter uma avaliação adequada da eficácia das diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas, como cauterização de focos superficiais e liberação de aderências velamentosas, até intervenções complexas nos ovários, intestino, fundo de saco de Douglas, bexiga e ureteres, necessitando, às vezes, de uma equipe multidisciplinar. (Navarro, Barcelos, Silva, 2006; Nácul, Spritzer, 2010).

O tratamento cirúrgico pode ser radical, levando à histerectomia e à salpingooforectomia bilateral; já o conservador resguarda a fertilidade da paciente. Atualmente, o uso da laparoscopia tem demonstrado boa eficácia, porque permite uma excelente observação da pelve e destruição das lesões por fulguração, coagulação ou vaporização ou a exérese das lesões superficiais. Porém, ainda não há evidência sobre qual técnica

(laparoscópica ou laparotômica) é mais eficaz em relação ao tratamento da dor e da endometriose. A laparoscopia apresenta algumas vantagens, como tempo de recuperação pós-cirúrgico mais curto, menor perda sanguínea, menor dor pós-operatória e permanência no hospital (Navarro, Barcelos, Silva, 2006).

Pode-se associar o tratamento clínico ao cirúrgico antes ou após a cirurgia. Ao usar uma supressão hormonal prévia à cirurgia, consegue-se uma diminuição do tamanho dos implantes de endometriose; contudo, não são claras as evidências de diminuição da extensão da dissecação cirúrgica (Lebovic, 2014). Um estudo de meta-análise publicado em 2014 avaliou o uso benéfico de anticoncepcionais após cirurgia conservadora, observando-se uma redução significativa de recorrência, uma taxa maior de remissão quando comparado à cirurgia, e menores efeitos adversos em relação a tratamentos com hormônios (Yap, Furness, Farquhar, 2004).

CONCLUSÃO

O tratamento da endometriose pélvica é factível e pode ser tanto medicamentoso, quanto cirúrgico, ou ainda a associação de ambos, antes ou após a cirurgia. Entretanto, é fundamental levar em consideração fatores como a gravidade dos sintomas, o desejo de gestar, a extensão e localização da doença, a idade da paciente, os efeitos adversos dos medicamentos, as taxas de complicações cirúrgicas e seus custos.

No presente estudo, verificamos limitação na pesquisa científica pelo número reduzido de publicações atuais sobre o tema. Em vista dos estudos disponíveis na literatura, concluiu-se que não apresenta o melhor tratamento para endometriose, já que não se aplica a todas as pacientes em consequência dos diversos fatores citados e da particularidade de cada indivíduo, que deve ser considerada.

REFERÊNCIAS

Bellelis P, Dias Jr JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. Rev Associação Médica Brasileira. 2010; 56(4): 467-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016 aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de julho de 2016. Seção 1, p.53.

Campos C, Navalho M, Cunha T M. Endometriose – Epidemiologia, Fisiopatologia e Revisão Clínica e Radiológica. Acta Radiológica Portuguesa. out-dez 2008; XX(80): 67-77.

Cardoso EPS, Anselmo NM, Miguel KJ, Silva ABC. Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. Ciência et Praxis, 2011; 4(8).

Donatti L, Ramos DG, Andres MP, Passman LJ, Podgaec S. Pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam menos depressão, estresse e dor pélvica. Einstein. 2017;15(1):65-70.

Lebovic DI. Surgical management of pelvic pain [Internet]. UpToDate; 2018 [acesso em 10/05/2018]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/endometriosis-surgical-management-of-pelvic-pain>.

Nácul AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. 2010; 32(6):298-307.

Navarro PAAS, Barcelos IDS, Silva JCR. Tratamento da endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(10): 612-23.

Podgaec, S. Manual de endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2014.

Porto BT, Ribeiro HS, Galvão MA, Sekula VG, Aldrigui JM, Ribeiro PA. Classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(2):87-93.

SOGIMIG – Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG. 5ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2012.

Souza GKT, Costa JRG, Oliveira LL, Lima LR. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC). Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016.

Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2004(3).

Yela DA, Trigo L, Benetti-Pinto CL. Evaluation of Cases of

AWE at Unicamp in 404 a period of 10 Years. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017; 39(8).