

- Doença inflamatória pélvica
- Cistite intersticial
- Câncer de ovário
- Câncer de intestino

4.2. Diagnóstico

O diagnóstico da endometriose deverá ser dado por meio da avaliação clínica detalhada, histórico médico e exame físico (avaliação clínica é a primeira linha para o diagnóstico), sendo indicado iniciar o tratamento devido à presença dos sintomas, mesmo sem exames de imagem.

O diagnóstico da endometriose necessita de abordagem individualizada. Nem sempre todas as etapas mencionadas abaixo são utilizadas em todos os casos de suspeitas de endometriose.

Exame físico: É o primeiro passo para o diagnóstico. É importante uma ampla abordagem, procurando pontos dolorosos abdominais e pélvicos. O toque vaginal e/ou retal, determina a presença de qualquer anormalidade palpável, como cistos no ovário, nódulos no fundo vaginal, desconforto e aderências, mas não é suficiente para confirmação diagnóstica de endometriose.

4.2.1. Exame abdominal e ginecológico

I. Exame abdominal: deve-se afastar diagnósticos de massas pélvicas ou síndrome miofascial. Tal avaliação é feita pela palpação abdominal e uso de técnicas semiológicas - como Sinal de Carnet (pressão de ponto doloroso com exacerbação após dorsiflexão do tronco).

II. Manobra pélvica bimanual (toque bimanual): é necessário somente em situações especiais. Muitas pessoas acometidas ainda não tiveram atividade sexual ou apresentam importante sequela de vaginismo, o que torna o exame genital complexo e por vezes proibitivo. Avalia-se presença de nódulos palpáveis, anatomia pélvica, processos aderenciais, sensibilidade e mobilidade entre a parede uterina posterior e anterior do reto, útero retrovertido e acometimento por focos de endometriose. Útero com pouca mobilidade sugere aderências pélvicas, nódulos dolorosos também em fundo de saco posterior podem estar associados a lesões retrocervicais nos ligamentos uterossacros, no fundo de saco vaginal posterior ou intestinais (Filip et al., 2020). Anexos fixos e dolorosos, assim como a presença de massas anexiais, podem estar relacionados a endometriomas ovarianos (Febrasgo, 2018).

III. Exame especular: presença de nodulações hipertróficas e hemorrágicas vermelhas ou azuis, geralmente, no fórnice posterior. Nódulos ou rugosidades enegrecidas no fundo de saco posterior. Dessa forma, presença de nódulos ou rugosidades no exame especular, bem como a mobilidade reduzida do útero e anexos fixos e dolorosos à palpação, podem indicar alterações típicas da endometriose. Outros diagnósticos que devem ser afastados são as aderências pós-cirúrgicas e doenças intestinais, entre outras.

4.2.2. Exames complementares

Os exames de imagem como ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética não são necessários para iniciar o tratamento clínico e/ou multidisciplinar, uma vez que tenhamos bem caracterizados os sinais e sintomas da doença na avaliação clínica inicial. Esses exames, entretanto, são úteis para identificar lesões e avaliar a extensão da doença e indispensáveis somente quando se programa uma intervenção cirúrgica, para tratamento de sintomas refratários de dor ou infertilidade. Devem ser realizados também para aqueles pacientes que após tratamento clínico inicial, apresentam persistência da sintomatologia, agravamento ou mudança significativa do padrão dos sintomas.

Os métodos diagnósticos não invasivos (clínico e de imagem) são fundamentais para a decisão de como e quando deve-se indicar o procedimento cirúrgico. Entretanto, não se deve esperar a realização de exames de imagem para se conduzir terapeuticamente a endometriose, uma vez que haja refratariedade ao tratamento e indicação de terapêutica cirúrgica, os exames de imagens são fundamentais.

Ultrassonografia: É uma técnica de imagem não invasiva para avaliar a endometriose. É a mais utilizada na avaliação de cistos ovarianos endometrióticos, que se apresentam em espectro ultrassonográfico variado. Diante disso, devido suas variações na ultrassonografia, podem se assemelhar a outras doenças (como cistos hemorrágicos ou de corpo lúteo). Logo, é necessário a realização de diagnósticos diferenciais (Filip et al., 2020; Kido et al., 2022).

Nem toda endometriose será visualizada por imagem, e a imagem não pode ser usada para descartar a endometriose.

4.2.2.1 - Ultrassonografia Transvaginal (USTV)

É a técnica de imagem padrão de identificação de endometriomas ovarianos, pois tem alta sensibilidade e especificidade. Pode ser complementar às medidas de diagnóstico clínico e melhorar a precisão quando usada em conjunto com sintomas, histórico do paciente e/ou achados físicos.

Principais indicações com preparo intestinal:

- Pacientes com quadro clínico e exame físico com evidências de endometriose que apresentem refratariedade ao tratamento clínico multidisciplinar, com potencial indicação de terapêutica cirúrgica (ausência de melhora dos sintomas após 3 a 6 meses);
- No pré-operatório, caso o exame anterior não seja congruente com sintomas atuais ou apresentar mais de 1 ano;
- No pós-operatório com recidiva de sintomas.

4.2.2.2. Ressonância Magnética (RM) da Pelve

A ressonância magnética é uma opção não invasiva de exame de imagem; deve estar disponível somente para casos específicos, indicado pelo ginecologista. É uma ferramenta importante para planejamento pré-cirúrgico, principalmente quando temos outras afecções como leiomiomas, por exemplo. A sua alta resolução de contraste e a possibilidade de combinar várias sequências, facilita o fornecimento de informações detalhadas das localizações e características histológicas da endometriose (Filip et al., 2020; Pirtea et al., 2022).

Locais mais frequentes da doença a serem avaliados: útero, região retro e paracervical, ligamentos redondos e os uterossacros, o fórnice vaginal posterior, o septo retovaginal, o retossigmoide, o apêndice, o ceco, o íleo terminal, a bexiga, os ureteres, os ovários, as tubas e as paredes pélvicas. A complementação com a avaliação dos rins e do diafragma direito é desejável, principalmente, quando há suspeita clínica ou no exame radiológico da pelve.

De acordo com a localização dos implantes endometriais ectópicos, há uma variabilidade de sintomas que vão desde o quadro típico à manifestações urinárias e intestinais, ou, até mesmo, mulheres assintomáticas que só diagnosticaram endometriose ao investigar infertilidade.

4.3. Tratamento

O tratamento deve ser precoce, prioritariamente, iniciado na Atenção Primária à Saúde (APS) baseado na história clínica e exames físicos, uma vez que a endometriose não tratada impacta diretamente na qualidade de vida da mulher, relacionamentos, trabalho, educação e saúde geral.

A complexidade do quadro requer cuidado integral e multidisciplinar, levando em conta os principais preditores de risco, etiologia e eficácia da terapêutica, considerando os seguintes fatores:

- Plano Terapêutico Singular (PTS): Deve ser elaborado pela equipe multiprofissional envolvida, incluindo todos os tratamentos adequados às necessidades de cada mulher, buscando o alívio dos sintomas, supressão da progressão da doença e proteção da fertilidade.
- Opções terapêuticas: Devem ser elencadas de acordo com indicações específicas, efeitos secundários, efeitos colaterais, eficácia, tolerabilidade, custo, disponibilidade do método e as peculiaridades da paciente.
- Tratamento individualizado: Considerar a escolha da paciente, idade e desejo reprodutivo, a intensidade e gravidade dos sintomas, extensão e localização das lesões, bem como o impacto da doença e de seu tratamento na sua qualidade de vida, possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, além de aconselhar sobre as opções de tratamento (ACOG, 2018).
- Tratamento multidisciplinar: A endometriose é uma enfermidade multifatorial, portanto, recomenda-se que o Plano Terapêutico contemple o cuidado integral com a Equipe multidisciplinar em todos os momentos e durante todo o ciclo de vida reprodutiva da mulher, abrangendo os aspectos biopsicossociais (Rosa e Silva et al, 2021).
- Hormonioterapia (anticoncepcional oral, injetável ou implante): Associada ao uso de analgésicos, é a primeira opção para tratar os efeitos da endometriose. Lembrando que essa terapêutica é fundamentalmente de suporte, não tem efeito citorredutor para os focos de endometriose, portanto, não elimina a doença nem bloqueia sua progressão histológica. Traz, entretanto, significativa melhora na qualidade de vida por remissão de sintomas e redução de potenciais complicações associadas e consequentes.

4.3.1. Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso da endometriose é frequentemente a primeira linha de abordagem para aliviar os sintomas, reduzir o crescimento do tecido endometrial fora do útero e melhorar a qualidade de vida das pacientes.

O tratamento empírico com bloqueio hormonal é comumente iniciado visando o gerenciamento dos sintomas sem confirmação propedêutica prévia da doença, apenas com a suspeita clínica, e possui como objetivo reduzir a dor através de uma variedade de mecanismos, incluindo: minimização da inflamação, interrupção ou supressão da produção de hormônio cíclico ovariano, inibição da ação, síntese do estradiol e redução ou interrupção da menstruação.

4.3.2. Tratamento Não Hormonal

Comumente utilizado para aliviar a dismenorréia e reduzir a inflamação associada à endometriose, no entanto, esses medicamentos não tratam a causa subjacente da doença e são geralmente mais eficazes no alívio temporário da dor.

Esses medicamentos podem incluir analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Tem como vantagem a utilização apenas no período de dismenorréia. Pacientes com quadro de dismenorréia primária, tendem a responder com melhora parcial ou total das dores com esses fármacos. Para dor pélvica crônica com refratariedade aos tratamentos hormonais e com AINES, recomenda-se o uso de neuromoduladores com o intuito de controlar a dor neuropática, destacando-se pregabalina, fluoxetina e amitriptilina.

Quadro 5: Terapia Medicamentosa não hormonal.

