

ENDOMETRIOSE



Especialistas do Curso

Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

Médico Ginecologista formado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição na qual também recebeu o título de Mestre e Doutor em Tocoginecologia. Ao longo de sua carreira, logrou tornar-se um profissional com ampla experiência (prática e científica) no tratamento de endometriose, miomatose uterina e sangramento uterino anormal.

Atualmente, é Presidente da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica, Professor Adjunto do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Chefe da Clínica de Endoscopia Ginecológica e Endometriose da mesma instituição.

Prof. Dr. Fábio Ohara

Médico Ginecologista formado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Especialista em Endoscopia Ginecológica e Endometriose pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Atualmente, é Médico assistente do setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose da Santa Casa de São Paulo, dedicando-se especialmente à cirurgia minimamente invasiva, voltada principalmente para o tratamento da Endometriose; é também Membro da Comissão Nacional Especializada de Endoscopia Ginecológica da FEBRASCO e da diretoria da Sociedade Brasileira de Endometriose.

Prof^a. M^a. Anna Luiza Lobão

Médica Ginecologista formada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição na qual também realizou o curso de aperfeiçoamento na Clínica de Endoscopia Ginecológica e Endometriose, obteve o título de Mestra em Pesquisa em Cirurgia e onde, atualmente, cursa o seu doutorado em Ciências da Saúde.

Lobão atua principalmente na área de Ginecologia e Obstetrícia, com ênfase em Endometriose e Endoscopia Ginecológica.

Especialistas do Curso

Prof^a. Dr^a. Helizabet Salomão

Médica formada pela Universidade do Oeste Paulista e Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição pela qual também se tornou Mestre em Tocoginecologia e Doutora em Medicina. Ao longo de sua carreira, logrou consolidar uma larga experiência em Ginecologia e Obstetrícia, com ênfase em Serviço de Emergência e Endoscopia Ginecológica e Endometriose.

Atualmente, dentre outras atividades, é Médica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de São Paulo, exercendo atividades de Chefia no setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose.

Prof^a. M^a. Beatriz da Costa Porto

Médica formada pela Universidade de Marília e Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e em Laparoscopia e Endometriose pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição pela qual também obteve o título de Mestre na área de Endometriose e onde, atualmente, cursa o seu doutorado na mesma área.

Porto é Sócia e Médica da MIS - Minimal Invasive Surgery e faz parte do corpo clínico do Hospital Israelita Albert Einstein, atuando em Ginecologia Minimamente Invasiva e realizando cirurgias laparoscópica e histeroscópica.

Conteúdo Programático

Módulo 1: Saúde Pública

Impacto da Endometriose na Saúde da Mulher

Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

- Definição e visão geral
- História e evolução do entendimento da doença
- Importância do tema para médicos de família e ginecologistas

Incidência e Impacto

Prof. Dr. Fábio Ohara

- Dados estatísticos sobre a incidência global e regional
- Impacto na saúde reprodutiva e na qualidade de vida
- Aspectos socioeconômicos e psicológicos

Módulo 2: Fisiopatologia

Fisiopatologia e Diagnóstico Clínico da Endometriose

Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

- Teorias sobre a origem da endometriose
- Aspectos fisiopatológicos
- Fatores de risco e epidemiologia

Classificação da Endometriose

Prof^a. M^a. Anna Luisa Lobão

- Critérios de classificação
- Endometriose superficial, ovariana e profunda
- Implicações das diferentes classificações no tratamento

Módulo 3: Diagnóstico e Tratamento

Endometriose em Adolescentes

Prof^a. Dr^a. Helizabet Salomão

- Sinais e sintomas-chave
- Anamnese e exame físico
- Diferenciação de outras condições ginecológicas

Diagnóstico por Imagem

Prof^a. Dr^a. Helizabet Salomão

- Ultrassonografia transvaginal
- Ressonância magnética
- Outros métodos de imagem relevantes

Tratamento Hormonal

Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

- Princípios do tratamento hormonal
- Opções de tratamento disponíveis
- Monitoramento e manejo de efeitos colaterais

Abordagens Integrativas e Futuras

Prof^a. M^a. Beatriz da Costa
Porto

- Terapias complementares
- Novidades em pesquisa e tratamento
- Discussão e estudo de caso

Ebook do Curso

Este material apresenta uma linha do tempo, demarcada pelos recursos editoriais abaixo. Para uma compreensão adequada, recomenda-se que a sua leitura siga a ordem dos ícones das editorias.



Pilares do conhecimento

Momentos importantes das videoaulas.



Chaves para a compreensão

Termos relevantes, notas complementares, especialistas mencionados, leituras indicadas e análises de casos.



Aprendizado interativo

Dinâmicas, exercícios interativos e infográficos para auxiliar na memorização dos conteúdos.

MÓDULO 1:
SAÚDE PÚBLICA

Impacto da Endometriose na Saúde da Mulher

com Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

Incidência e Impacto

com Prof. Dr. Fábio Ohara

MÓDULO 1: PARTE 1

Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

01:11

Definição

A endometriose é uma afecção progressiva e inflamatória que, se não tratada adequadamente, acomete uma série de impactos para as pessoas com útero. É conceituada como a presença de tecido semelhante ao endométrio — podendo conter estroma e/ou glândulas — em uma localização **ectópica**.

Sempre que nos depararmos com tecido histologicamente semelhante ao endométrio **fora do útero**, o termo aplicado a essa condição será **ENDOMETRIOSE**.

O professor apresenta um estudo que indica uma prevalência de **7% da população feminina** com endometriose, porém, complementa afirmando que dados da literatura sugerem uma taxa de **15%**. Em pacientes **inférteis**, a doença acomete cerca de **30%**, enquanto em mulheres **assintomáticas**, a taxa é de aproximadamente **16%**. A relevância da endometriose consiste na sua incidência e no grande impacto que causa na qualidade de vida.



02:25

Histórico e desenvolvimento clínico

Um dos primeiros marcos no reconhecimento clínico da endometriose ocorreu em **1896**, quando **Von Recklinghausen** descreveu a patologia. Em **1927**, pela primeira vez, uma teoria foi proposta para explicar sua etiologia, formulada pelo ginecologista estadunidense **John Sampson**. Atualmente, o conceito abrange diversas teorias: **mecanismos etiológicos incertos e imprecisos** (Cornillie et al, 1990); **contínua e progressiva** (Fedele et al, 1990); **implantação ectópica** (Sampson, 1927); **embrionárias** (Gruenwald, 1942); **disseminação vascular e linfática** (Javert, 1949); e **imunológica sistêmica** (Weed, 1980 e Oosterlynch, 1991).

É fundamental compreender os efeitos da endometriose para além da dor pélvica e da infertilidade, pois este é o passo inicial para oferecer o suporte necessário ao paciente.

Ectópico

Termo que se refere ao que está fora do lugar próprio, em uma **posição anormal**.

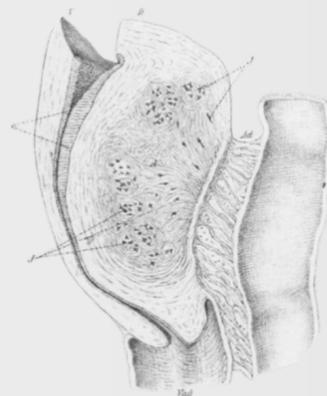
Linha do tempo

Clique em cada bolinha na linha do tempo abaixo para visualizar as informações sobre cada importante marco no estudo da endometriose:

Von Recklinghausen

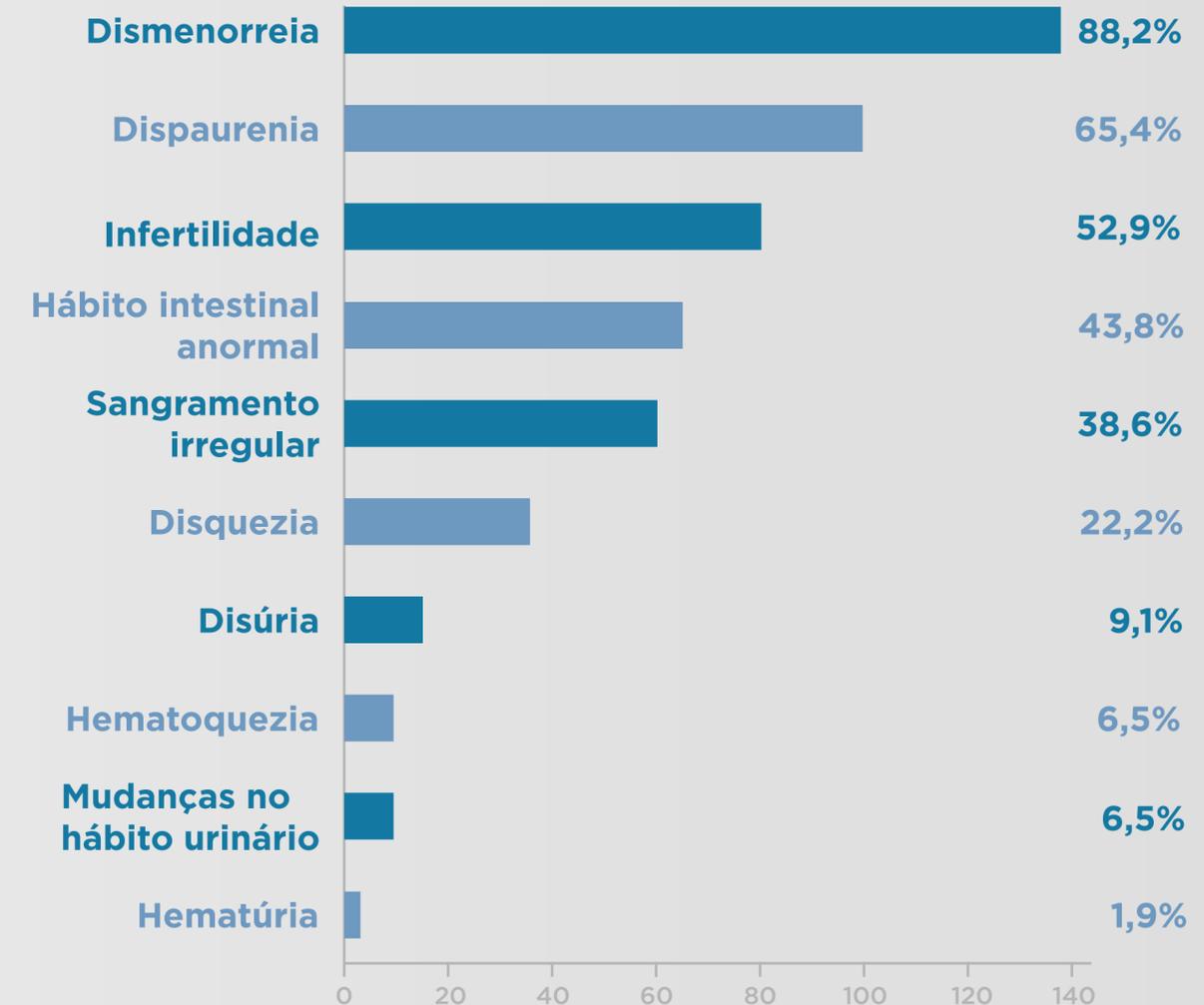


Von Recklinghausen fez o registro da doença e sugeriu sua origem como sendo proveniente de células remanescentes dos ductos mesonéfricos ou de Wolff.



Sintomas característicos da endometriose

O estudo transversal retrospectivo que incluiu prontuários médicos de 153 pacientes com endometriose pode ser lido **[clique neste link](#)**. Nele, foram reunidos os seguintes sintomas característicos da endometriose:



MÓDULO 2:
FISIOPATOLOGIA

**Fisiopatologia e Diagnóstico Clínico da
Endometriose**

com Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

Classificação da Endometriose

com Prof^a. M^a. Anna Luiza Lobão

MÓDULO 2: PARTE 1

Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

02:23

Teorias e fisiopatologia

Atualmente, há uma clara compreensão de que o **refluxo menstrual** desempenha um papel predominante na gênese da endometriose, embora outros mecanismos sejam considerados, incluindo **aspectos imunológicos** e a **metaplasia celômica**. Idealmente, as **células endometriais com sangue menstrual** devem ser **eliminadas** da cavidade peritoneal pelo sistema imunológico; em pessoas com endometriose, esse **processo** pode estar **ausente** ou **comprometido**, permitindo que as células endometriais sobrevivam, adiram ao peritônio e proliferem.

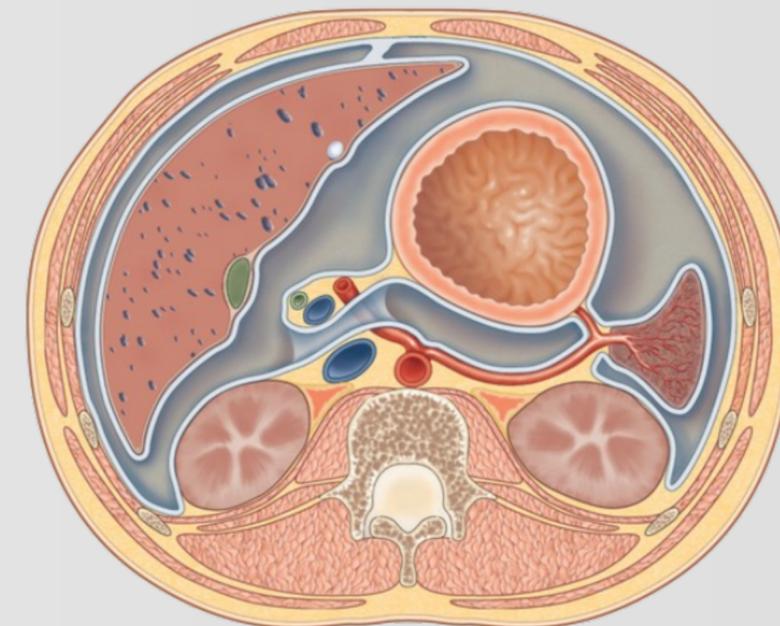
Há três **fenótipos** para a endometriose: **peritônio**, **ovário** e **profunda**. Todos advêm da menstruação retrógrada? Em todas há uma disfunção imunológica significativa? Será que a doença peritoneal evolui para a doença profunda? Ou são duas formas de apresentação diferente? A ciência ainda tenta responder esses questionamentos. O **quadro clínico principal** é a **dor pélvica** e a **infertilidade**.

Na **endometriose profunda**, o ligamento uterossacro é a estrutura comprometida com maior frequência, podendo se estender para várias outras regiões anatômicas, como a víscera e o reto.



Cavidade peritoneal

Espaço encontrado entre as camadas parietal e visceral do peritônio, preenchido por uma pequena quantidade de fluido peritoneal seroso secretado pelas células mesoteliais. O líquido peritoneal permite que as camadas do peritônio deslizem uma sobre a outra com pequeno atrito, enquanto se movimentam junto com os órgãos abdominopélvicos.



Macrofragos

Células especializadas do sistema imune, que se diferenciam a partir dos monócitos, um tipo de leucócito que se origina na medula óssea. Sua principal função é o **processo de fagocitose**, através do qual essas células protegem os tecidos de infecções e lesões ao ingerir e destruir os patógenos, células mortas ou detritos celulares. Além disso, os macrófagos também são importantes para a **cicatrização, ativação celular no processo inflamatório, metabolismo do ferro, homeostase** etc. (*Passe o mouse* acima da imagem abaixo para vê-la de forma diferente.)



Teoria da Metaplasia Celômica

Propõe que as células que originaram o endométrio e o tecido germinativo ovariano permanecem no peritônio e são transformadas em tecido ectópico por metaplasia, quando uma célula adulta é transformada em uma de outro tipo celular.



Resumo da endometriose

O professor resume a endometriose da seguinte forma: células endometriais que caem dentro da cavidade peritoneal com células que se aderem à superfície do peritônio, causam proliferação vascular e continuam com a proliferação celular. Esse mecanismo gera **lesões**, que inicialmente são avermelhadas. Posteriormente, há uma invasão com neoformação vascular e a doença pode evoluir para uma fase de atrofia ou para uma reação inflamatória, formando lesões profundas.



Cisto chocolate

Nomeação da **literatura inglesa** para **endometrioma**.

MÓDULO 3:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Endometriose em Adolescentes

com Prof^a. Dr^a. Helizabet Salomão

Tratamento Hormonal

com Prof. Dr. Paulo Ayroza Ribeiro

Diagnóstico por Imagem

com Prof^a. Dr^a. Helizabet Salomão

Abordagens Integrativas e Futuras

com Prof^a. M^a. Beatriz da Costa Porto

MÓDULO 3: PARTE 1

Prof^a. Dr^a. Helizabet Salomão

00:25

Endometriose na adolescência

A endometriose é a causa mais comum de dismenorrea secundária e é encontrada em **62-75% de adolescentes submetidas à laparoscopia** por causa de dor pélvica crônica e/ou dismenorrea incapacitante. Alguns dos **fatores de risco** que devem ser ponderados são: a menarca antes dos 14 anos; os ciclos curtos e o sangramento menstrual aumentado; a obesidade; o início precoce da dismenorrea; o histórico familiar (mãe, irmã e filha); a má formação congênita; e o histórico de asma. Além disso, a **Anomalia Mulleriana Obstrutiva** aumenta o risco de endometriose devido a menstruação retrógrada.



Anomalia Mulleriana

A Anomalia Mulleriana se refere a uma **malformação uterina**, marcada pela ausência de fusão dos ductos de Müller, resultando na presença de dois hemiúteros, colo duplo, bem como uma vagina dupla, em grande parte dos casos.



A genética e a endometriose

- Existe um **padrão de herança multifatorial poligênico**.
- Foi demonstrada hereditariedade com **gemelar 51-75%**.
- Mulheres jovens com **parente de primeiro grau** afetado têm de **7 a 10 vezes maior risco**.
- **Trocas epigenéticas** também podem ter um papel no desenvolvimento da endometriose.

04:24

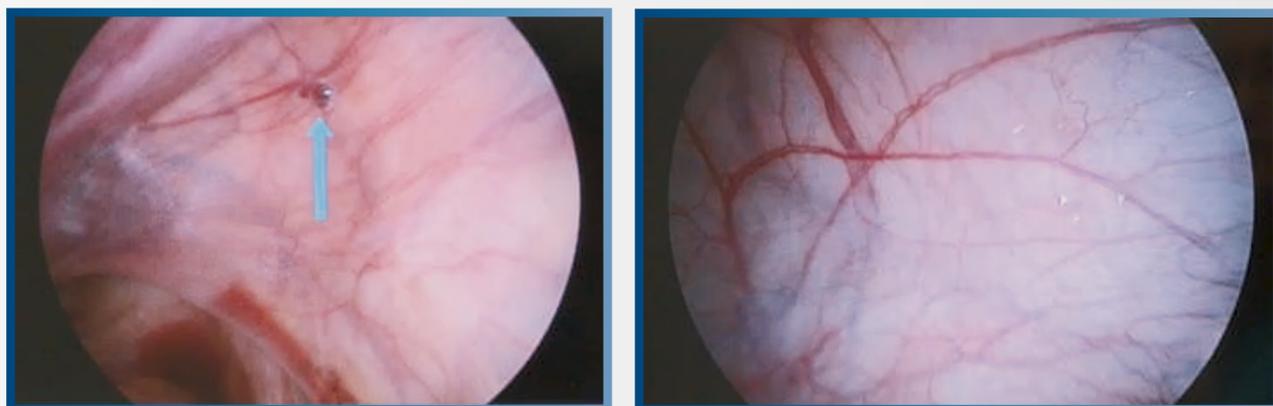
Sintomas em adolescentes

O sintoma de dor na relação sexual pode não ser avaliável em adolescentes, uma vez que muitas ainda não tiveram essa experiência. Além disso, algumas **não apresentam os sintomas clássicos**, como a dispareunia, a disquezia, os endometriomas e a infertilidade.



É comum serem relatados: **dor pélvica crônica acíclica**, **sangramento uterino alterado**, **alterações gastrointestinais**, **queixa urinária**. A **dismenorreia** é o sintoma menstrual mais comum em adolescentes, tendo uma prevalência que chega a **90%**.

Na adolescente, as lesões endometrióticas diferem das lesões da mulher adulta; são geralmente **lesões típicas vermelhas ou vesiculares claras**, mais difíceis de identificar. Se outros tratamentos não apresentarem resultados desejados, é indicada a cirurgia conservadora combinada com terapias supressivas, a fim de evitar a proliferação da doença.



Fator de suspeita: Dismenorreia intensa, sem melhora com o uso de anti-inflamatórios não hormonais e tratamentos hormonais sem outras causas identificadas ao exame físico e ultrassonografia.

Precisamos perder o **tabu** de que a endometriose não pode ser tratada com cirurgia em paciente jovem.



Sintomas relacionados à dismenorreia em adolescentes

- Náuseas e vômitos.
- Diarreia.
- Cefaleia.
- Distúrbios do sono.
- Queda do rendimento escolar.
- Transtorno disfórico pré-menstrual.
- Depressão e transtorno de ansiedade.

12% perdem dias escolares devido a dismenorreia



Recomendações da ACOG

A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) faz algumas considerações sobre a endometriose em adolescentes.

- A **dismenorreia primária** é o sintoma menstrual mais comum em adolescentes e mulheres jovens.
- A maioria das pacientes com dismenorreia primária responde bem ao tratamento empírico com **anti-inflamatórios** não hormonais, **bloqueio hormonal** ou ambos.
- **Dismenorreia secundária:** presença de doença pélvica conhecida.

