Internato 2026

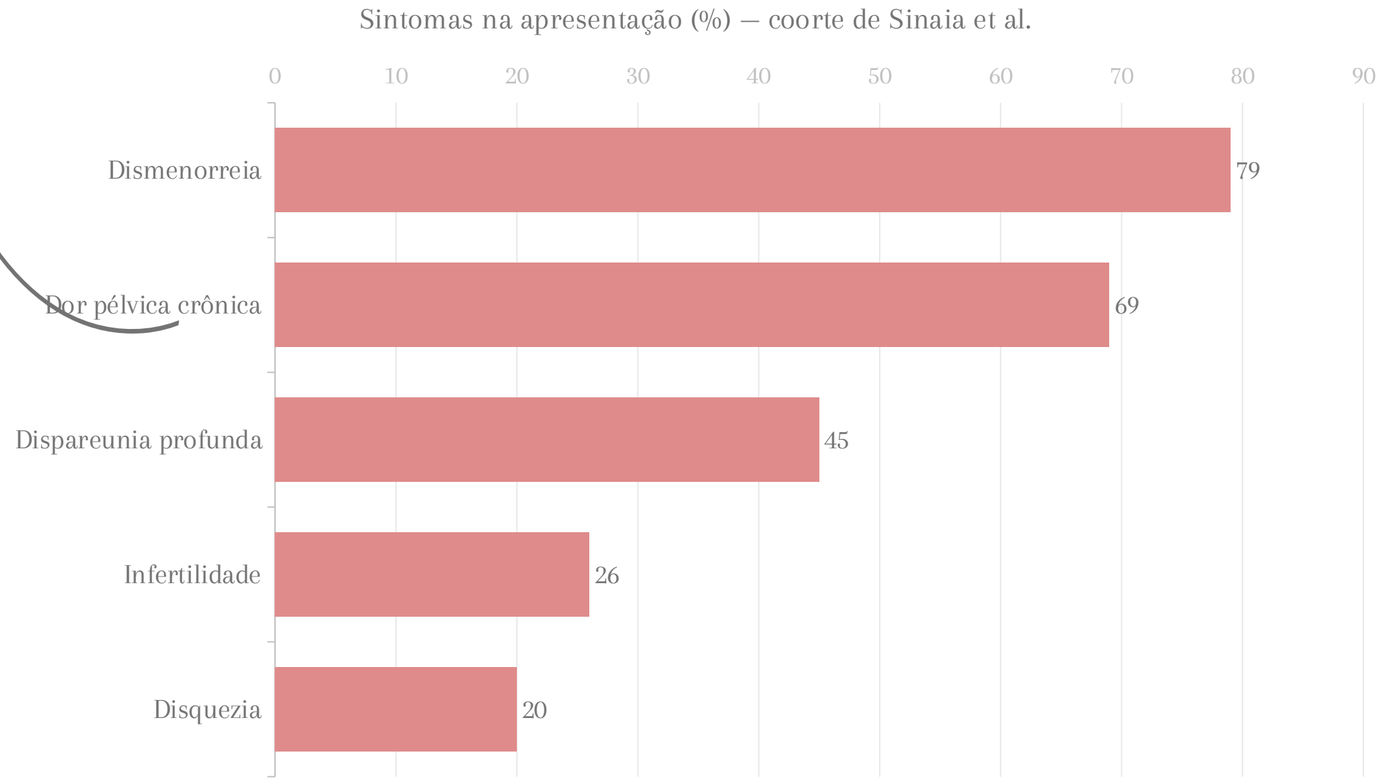
Endometriose e dor pélvica crônica

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Reconhecer a endometriose pela clínica — sem esperar a laparoscopia
2. Pedir e ler a imagem certa: USTV com preparo intestinal e RM
3. Tratar por objetivo: dor, fertilidade ou lesão de órgão
4. Saber quando operar e quando não operar um endometrioma
5. Abordar a dor pélvica crônica quando a laparoscopia vem branca

EPIDEMIOLOGIA | A DOENÇA QUE DEMORA



10%

das mulheres em idade reprodutiva têm endometriose — cerca de 190 milhões no mundo (OMS 2023)

7–10 anos

entre o início dos sintomas e o diagnóstico; metade das pacientes consulta mais de 5 médicos antes

30–50%

das mulheres com endometriose têm infertilidade; 1 em cada 2 inférteis investigadas tem a doença

Fontes: OMS, Endometriosis fact sheet 2023; Sinaii N et al., Fertil Steril 2008; Nnoaham KE et al., Fertil Steril 2011 (atraso diagnóstico); ESHRE Guideline Endometriosis 2022.

Reconhecer

A endometriose é diagnóstico clínico — a laparoscopia deixou de ser o padrão-ouro



CASO 1| 'É CÓLICA NORMAL'

Bruna, 28 anos, arquiteta, GO.

Dismenorreia desde a adolescência, progressiva; hoje falta ao trabalho 2 dias por mês apesar de ibuprofeno 600 mg de 8/8 h. Dor começa 2 dias antes da menstruação.

Dor para evacuar durante a menstruação (disquezia) e dispareunia profunda há 1 ano. Tentando engravidar há 8 meses. Usou ACO dos 18 aos 25 anos 'e a cólica melhorava'.

Exame: útero retrovertido, pouco móvel; nodulação dolorosa no fundo de saco posterior ao toque; ligamento uterossacro esquerdo espessado. USG pélvico 'de rotina' há 3 meses: normal.



O ultrassom normal afasta endometriose? Que exame pedir? Já pode tratar?

FISIOPATOLOGIA E FENÓTIPOS

Como surge

Sampson (1927): menstruação retrógrada implanta endométrio no peritônio — ocorre em 90% das mulheres, adoece 10%

Metaplasia celômica e células-tronco: explicam lesões à distância (pleura, umbigo)

O que mantém: inflamação peritoneal, resistência à progesterona, aromatase local produzindo estrogênio na própria lesão, neuroangiogênese — por isso dói e por isso responde a progestagênio

Três fenótipos

Peritoneal superficial: lesões vermelhas, negras, brancas; a laparoscopia é o único exame que vê; dor desproporcional ao achado

Endometrioma: cisto ovariano de conteúdo achocolatado; USTV diagnostica com acurácia > 90%; marcador de doença profunda associada em 50%

Profunda (infiltrativa): nódulo que invade > 5 mm — uterossacros, retocervical, retossigmoide, bexiga, ureter; é a que obstrui e a que exige cirurgião treinado

Clínica: os 4 D + 1

Dismenorreia progressiva, que falha ao AINE, começa antes do fluxo

Dispareunia profunda, de fundo de saco

Disquezia dor evacuatória cíclica; hematoquezia cíclica = intestinal

Disúria cíclica, hematúria cíclica = bexiga

Infertilidade — e dor pélvica crônica acíclica, fadiga, dor lombar

Adolescente com dismenorreia que não melhora com ACO + AINE em 3–6 meses: endometriose até prova em contrário

Fontes: Zondervan KT et al., NEJM 2020;382:1244-56; ESHRE 2022; Taylor HS et al., Lancet 2021.

DIAGNÓSTICO | ESHRE 2022 E NICE

Dor pélvica cíclica / dispareunia / infertilidade com história sugestiva

EXAME FÍSICO: toque bimanual e retal, de preferência na menstruação — nódulo em fundo de saco, uterossacros espessados, útero fixo retrovertido, ovário aderido. Especular: lesão azulada em fórnice posterior

RM DE PELVE: USTV inconclusiva, doença extensa, planejamento cirúrgico, suspeita de ureter/nervo. Exame normal NÃO exclui doença superficial

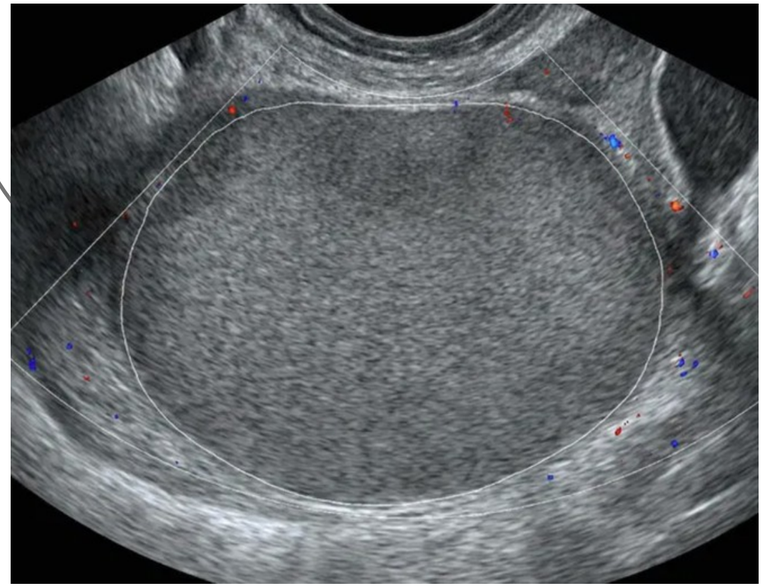
USTV COM PREPARO INTESTINAL (mapeamento): endometrioma em 'vidro fosco', nódulo retocervical/retossigmoide, sinal do deslizamento negativo, kissing ovaries, bexiga. Sensibilidade > 90% para doença profunda nas mãos certas

NÃO SERVEM: CA-125 (não pedir), laparoscopia 'diagnóstica' isolada, USG transabdominal de rotina, biomarcadores séricos

DIAGNÓSTICO CLÍNICO + IMAGEM = TRATAR. Laparoscopia só com indicação cirúrgica — e sempre com intenção de tratar

Fontes: ESHRE Guideline Endometriosis 2022; NICE NG73 (2017, atual. 2024); IDEA consensus — Guerriero S et al., UOG 2016 (USTV sistemática).

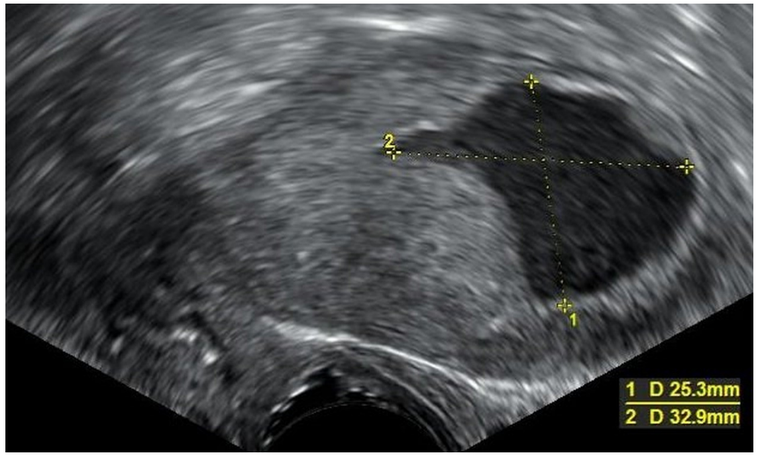
IMAGEM | O QUE PROCURAR



Endometrioma: conteúdo em 'vidro fosco'



Útero: procurar adenomiose associada



Fundo de saco: nódulo e sinal do deslizamento

Imagens: acervo da aula (USTV). Critérios IDEA 2016.

CASO 1 | RESOLUÇÃO

Endometriose profunda com acometimento de uterossacro e fundo de saco — diagnóstico clínico.

Dismenorreia que falha ao AINE, disquezia, dispareunia profunda, melhora prévia com ACO e nódulo doloroso ao toque: história e exame já fecham. O USG 'de rotina' não procura endometriose — é normal na maioria das pacientes.

O exame: USTV com preparo intestinal por examinador treinado (mapeamento). Se inconclusivo ou para planejar cirurgia, RM. CA-125: não pedir.

Já tratar? Ela quer engravidar — isso muda tudo. Hormônio bloqueia a ovulação, não trata infertilidade. Prioridade: avaliar o casal (espermograma, AMH, trompas) e encaminhar à reprodução assistida se doença profunda. Para a dor, AINE programado.

Se não quisesse engravidar: dienogeste 2 mg/dia ou ACO contínuo — o teste terapêutico de 3 meses é conduta aceita (NICE). Cirurgia não é o primeiro passo sem lesão de órgão.



Diagnóstico é clínico

USTV com preparo > USG de rotina

Quer engravidar: sem hormônio

CA-125 não serve

Fontes: ESHRE 2022; NICE NG73; FEBRASGO, Endometriose (2021).

Tratar

Por objetivo: dor, fertilidade ou órgão em risco



TRATAMENTO CLÍNICO DA DOR

Opção	Como	Observações
AINE	Ibuprofeno 400–600 mg 8/8 h ou naproxeno 500 mg 12/12 h, iniciar 1–2 dias antes do fluxo	Evidência fraca isolado; sempre associado. Não usar se tentando engravidar na janela ovulatória.
Progestagênios (1ª linha)	Dienogeste 2 mg/dia contínuo Desogestrel 75 µg, noretisterona 5–10 mg, medroxiprogesterona	Reduz dor em 70–80%; sangramento irregular é o efeito adverso que mais faz abandonar — avisar antes. Pode usar por anos.
Contraceptivo combinado contínuo	ACO 20–30 µg EE sem pausa (ou anel/adesivo)	Eficaz na dismenorreia; menos na dor profunda; contraindicações habituais do estrogênio. Também 1ª linha (ESHRE).
SIU-LNG 52 mg	Inserção única, 8 anos	Dismenorreia e dor pós-operatória; reduz recorrência após cirurgia; menos efeito sistêmico.
Análogos de GnRH	Gosserrelina 3,6 mg/mês ou leuprorrelina 3,75 mg/mês + add-back (estradiol 1 mg + noretisterona)	2ª linha; perda óssea limita a 6 meses sem add-back; fogachos. Pré-FIV em casos selecionados.
Antagonistas orais de GnRH	Elagolix, relugolix combinado (relugolix + E2 + NETA 1x/dia)	Aprovados na Anvisa (relugolix combinado 2024); custo; alternativa aos injetáveis.

Fontes: ESHRE 2022; Brown J, Cochrane 2018 (progestagênios); Taylor HS et al., NEJM 2017 (elagolix); Giudice LC et al., Lancet 2022 (relugolix — SPIRIT).

CIRURGIA | QUANDO E COMO

Indicações

· Falha ou intolerância ao tratamento clínico
· Endometrioma > 4 cm sintomático, crescimento ou dúvida diagnóstica
· Doença profunda com lesão de órgão: estenose intestinal, hidronefrose (ureter!), bexiga
· Infertilidade selecionada: estádios I–II (ablação aumenta gravidez espontânea — Marcoux), ou profunda com dor antes da FIV

Sempre laparoscopia; excisão (não só ablação) para profunda; ressecção intestinal só com equipe multidisciplinar.

Endometrioma: cuidado com o ovário

Cistectomia reduz a reserva ovariana (AMH cai 30–40%), mais ainda bilateral ou reoperação.
Antes de FIV: endometrioma ≤ 4 cm assintomático NÃO se opera (ESHRE); punção não resolve, recorre.
Técnica: stripping cuidadoso, hemostasia com sutura, evitar coagulação do hilo; alternativa: vaporização/CO2 na parede.
Recorrência em 5 anos: 40–50% sem supressão; SIU-LNG ou ACO contínuo pós-operatório reduzem.

Histerectomia e definitivo

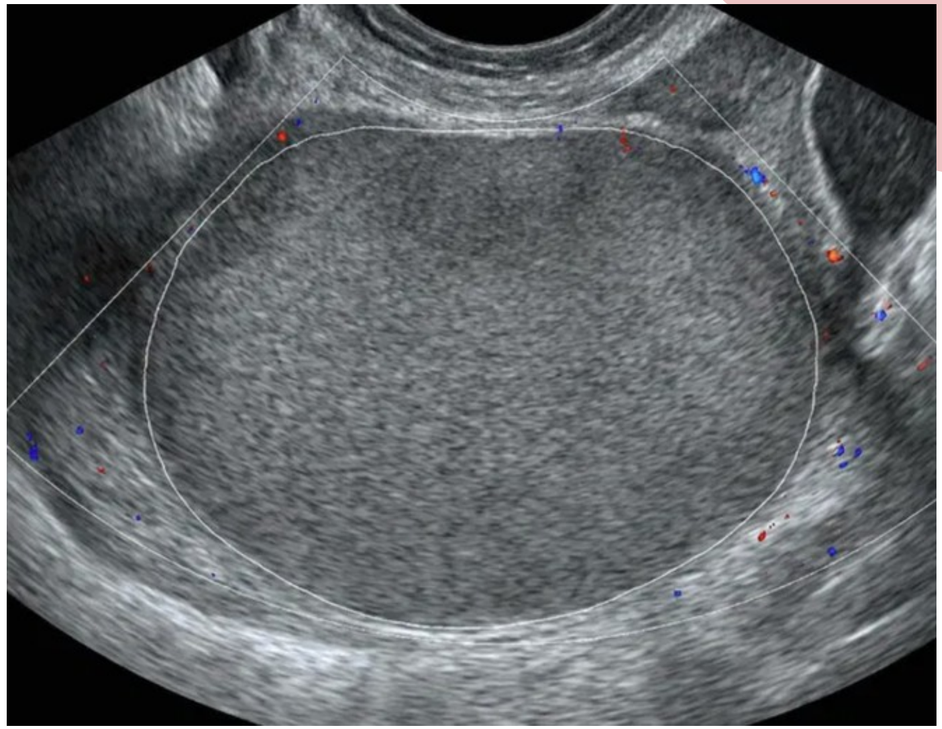
Histerectomia com ou sem ooforectomia só para prole completa com falha de tudo — e retirar as lesões peritoneais junto, senão a dor persiste.
Ooforectomia bilateral: menopausa cirúrgica; TH depois é possível (preferir combinada, mesmo sem útero, pelo risco teórico de reativação).
Não existe 'cura': 20–40% têm dor recorrente após cirurgia; manter supressão hormonal quando possível.

Fontes: ESHRE 2022; Marcoux S et al., NEJM 1997; Raffi F et al., JCEM 2012 (AMH após cistectomia); Vercellini P et al., Hum Reprod Update 2009.

CASO 2 | O ENDOMETRIOMA E O BEBÊ

Patrícia, 34 anos, G0, bancária.

Tentando engravidar há 18 meses. Dismenorreia moderada controlada com naproxeno. Sem dispareunia importante.
USTV: endometrioma de 5,2 cm à esquerda, ovário direito normal com 6 folículos antrais; útero normal. AMH 0,9 ng/mL. Histerossalpingografia: trompas pérvias. Espermograma do parceiro normal.
Pergunta se precisa operar o cisto antes de 'tentar de novo' e se a cirurgia aumenta a chance de engravidar.



USTV: cisto unilocular com ecos homogêneos de baixa amplitude — endometrioma

Opera antes? O que a cirurgia faz com a reserva ovariana dela? Qual o caminho mais curto para a gravidez?

Imagem: acervo da aula.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Infertilidade por endometriose com reserva ovariana já reduzida (AMH 0,9): o caminho é a reprodução assistida, não a cirurgia.

Por que não operar: cistectomia de um endometrioma de 5 cm cairia ainda mais o AMH; a cirurgia não aumenta as taxas de gravidez por FIV (ESHRE 2022, Cochrane). Opera-se antes da FIV só se dor incapacitante, cisto > 4 cm que impede a punção, crescimento rápido ou dúvida de malignidade.

O caminho: 34 anos, 18 meses tentando, AMH baixo, endometrioma: FIV direto (não vale esperar mais nem indução simples). Supressão com análogo de GnRH 3 meses antes da transferência tem evidência fraca — não é rotina.

Se o endometrioma fosse 3 cm e ela 26 anos: tentativa natural ou coito programado por 6–12 meses; cirurgia só com dor.

Para a dor enquanto espera: AINE fora da janela fértil; sem hormônio.

Depois do bebê: supressão (SIU-LNG ou dienogeste) para proteger o ovário remanescente e evitar recidiva.

Mensagem: endometrioma + infertilidade = preservar ovário, acelerar a gravidez. Operar 'para limpar' é o erro mais comum.



AMH antes de decidir

FIV direto, sem cistectomia

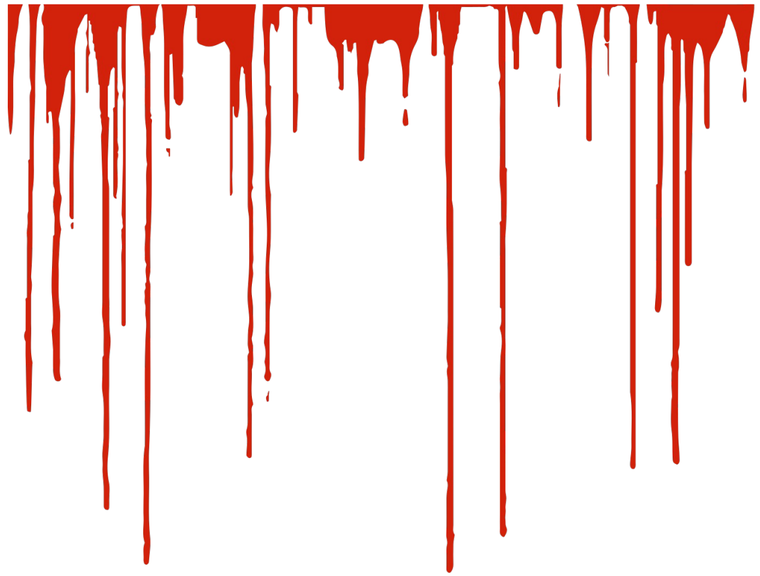
Operar só se dor/>4 cm/dúvida

Supressão depois da gravidez

Fontes: ESHRE 2022; Benschop L, Cochrane 2010; Hamdan M et al., Hum Reprod Update 2015.

Quando a laparoscopia vem branca

Adenomiose e dor pélvica crônica



ADENOMIOSE

O que é endométrio dentro do miométrio; coexiste com endometriose em 30–60%; mais comum após os 35 anos e na multípara, mas cada vez mais diagnosticada em jovens pela USTV.

Clínica sangramento uterino aumentado + dismenorreia progressiva + útero aumentado, globoso e amolecido; dispareunia; infertilidade e falha de implantação.

USTV (MUSA) miométrio heterogêneo, assimetria das paredes, cistos miometriais, estrias lineares subendometriais, zona juncional mal definida, 'sombras em leque'. RM: zona juncional > 12 mm.

Tratamento SIU-LNG é a 1ª escolha (reduz sangramento e dor); dienogeste; ACO contínuo; análogo de GnRH pré-FIV; histerectomia no definitivo. Adenomiomectomia só em centros.

Prova mulher de 40 anos, multípara, com menorragia e dismenorreia e útero globoso de 12 cm sem nódulos: adenomiose — não é mioma.



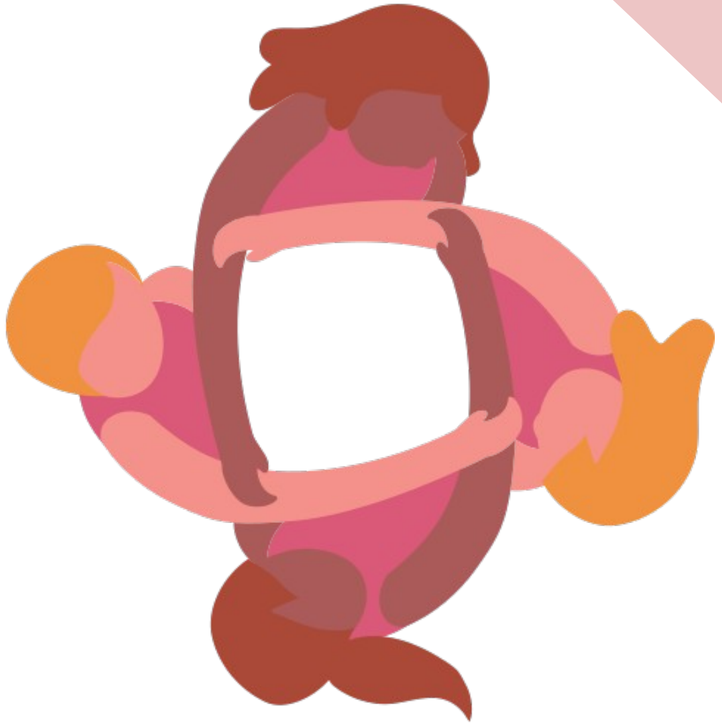
USTV: miométrio heterogêneo e assimetria de paredes — critérios MUSA

Fontes: Van den Bosch T et al., UOG 2015 (MUSA); Chapron C et al., Hum Reprod Update 2020; FEBRASGO 2021.

CASO 3 | DOR QUE NÃO APARECE NO EXAME

Vanessa, 36 anos, G2P2, professora.

Dor pélvica contínua há 2 anos, piora ao sentar e no fim do dia, não cíclica; dispareunia de penetração; urgência miccional e dor ao encher a bexiga; constipação alternando com diarreia.
Laparoscopia há 1 ano: 'sem endometriose, aderências finas lisadas'. Histerectomia foi sugerida por outro serviço.
Exame: dor intensa à palpação do levantador do ânus e do obturador interno à esquerda, reproduz a queixa; útero e anexos normais; teste do cotonete positivo no vestíbulo. USTV normal.



Isso é ginecológico? O que o exame físico já diagnosticou? A histerectomia resolveria?

DOR PÉLVICA CRÔNICA | OS DIFERENCIAIS

O que é

Dor abaixo do umbigo por ≥ 6 meses, não exclusivamente cíclica, que limita a função.
15% das mulheres em idade reprodutiva; 10% das consultas ginecológicas; 40% das laparoscopias.
Em metade dos casos há mais de uma fonte; sensibilização central é a regra na dor longa.
Pensar em sistemas: ginecológico, urinário, intestinal, musculoesquelético, neuropático, psicossocial.

Onde procurar

Musculoesquelética (muito comum): síndrome miofascial do assoalho pélvico — pontos-gatilho no levantador/obturador; piora sentada; dispareunia de entrada
Bexiga dolorosa / cistite intersticial: dor ao encher, urgência, noctúria, urocultura negativa
Intestino irritável: Roma IV — dor que muda com evacuação, alterna hábito
Vestibulodinia: teste do cotonete; dispareunia superficial
Neuropatia do pudendo, aderências, congestão pélvica, hérnia, dor de origem lombar

Como tratar

Multidisciplinar e sem cirurgia como reflexo: fisioterapia pélvica (liberação miofascial, biofeedback), amitriptilina 10–25 mg à noite ou duloxetina, gabapentinoides para componente neuropático, bloqueios e toxina botulínica em pontos-gatilho.
Bexiga dolorosa: dieta, amitriptilina, pentosan, instilações.
Tratar insônia, ansiedade e depressão — não como 'causa', mas como amplificadores.
Histerectomia não trata dor miofascial nem bexiga dolorosa: 20–40% mantêm dor.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 218 (2020); Lamvu G et al., JAMA 2021;325:2381-91; FEBRASGO, Dor pélvica crônica (2018).

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Síndrome miofascial do assoalho pélvico + vestibulodinia + provável bexiga dolorosa / intestino irritável. Nada que o bisturi resolva.

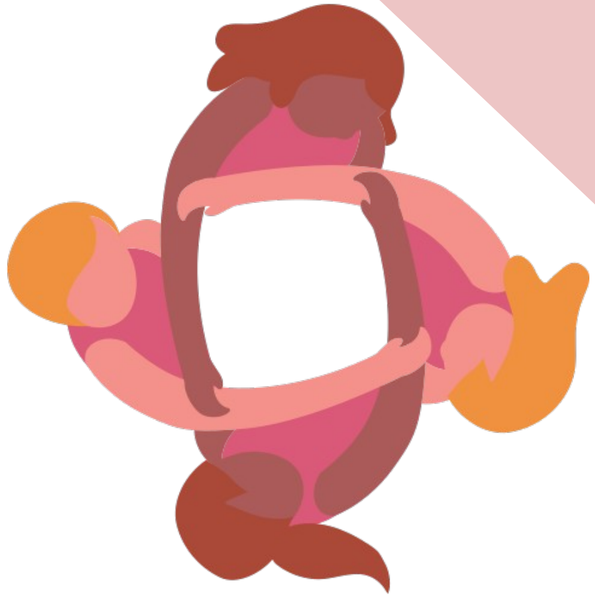
A palpação do levantador do ânus que reproduz a dor é o diagnóstico; o cotonete positivo explica a dispareunia de entrada; dor ao encher a bexiga com urocultura negativa e hábito intestinal alternante completam o quadro de sensibilização central.

A laparoscopia branca não foi em vão: excluiu endometriose e massas. Mas 'aderências finas' não explicam dor dessa magnitude.

Conduta: fisioterapia do assoalho pélvico 2x/semana por 3 meses; amitriptilina 10 mg à noite, subindo até 25–50 mg; lidocaína tópica no vestíbulo antes da relação; diário miccional e dieta para a bexiga; avaliação de sono e humor; retorno em 8 semanas.

Histerectomia: não. Útero normal, dor extrauterina — operar troca uma dor crônica por outra com cicatriz.

O que dizer a ela: 'sua dor é real, tem nome e tem tratamento; não está na sua cabeça e não está no seu útero.'



Palpe o levantador do ânus

Teste do cotonete

Fisioterapia + amitriptilina

Histerectomia não

Fontes: ACOG 218; Lamvu G et al., JAMA 2021.

QUESTÃO | ENDOMETRIOSE

Mulher de 31 anos, nuligesta, refere dismenorreia progressiva há 5 anos, dispareunia profunda e dor à evacuação durante a menstruação. Ao toque, nodulação dolorosa em fundo de saco posterior. Ultrassonografia transvaginal convencional sem alterações. Deseja gestar em 2 anos. A conduta mais adequada é:

A Solicitar CA-125 e, se elevado, indicar laparoscopia diagnóstica.

B Iniciar progestagênio contínuo (dienogeste) e solicitar ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal para mapeamento.

C Indicar laparoscopia diagnóstica, pois o diagnóstico de endometriose exige confirmação histológica.

D Prescrever análogo de GnRH por 6 meses como primeira linha.

E Tranquilizar, já que o ultrassom normal afasta endometriose.

QUESTÃO | ENDOMETRIOSE

Mulher de 31 anos, nuligesta, refere dismenorreia progressiva há 5 anos, dispareunia profunda e dor à evacuação durante a menstruação. Ao toque, nodulação dolorosa em fundo de saco posterior. Ultrassonografia transvaginal convencional sem alterações. Deseja gestar em 2 anos. A conduta mais adequada é:

A Solicitar CA-125 e, se elevado, indicar laparoscopia diagnóstica.

B Iniciar progestagênio contínuo (dienogeste) e solicitar ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal para mapeamento.

C Indicar laparoscopia diagnóstica, pois o diagnóstico de endometriose exige confirmação histológica.

D Prescrever análogo de GnRH por 6 meses como primeira linha.

E Tranquilizar, já que o ultrassom normal afasta endometriose.

MENSAGENS

1

Endometriose é diagnóstico clínico: 4 D + infertilidade + exame na menstruação. USG 'de rotina' normal não afasta nada; CA-125 não serve.

2

Imagem certa: USTV com preparo intestinal por quem sabe mapear; RM para planejar. Laparoscopia só com intenção de tratar.

3

Dor: progestagênio (dienogeste) ou ACO contínuo em 1ª linha; SIU-LNG; análogo com add-back em 2ª linha. Teste terapêutico de 3 meses é conduta.

4

Infertilidade: hormônio não engravida ninguém. Reserva ovariana (AMH) antes de qualquer cirurgia; endometrioma ≤ 4 cm antes da FIV não se opera.

5

Cirurgia: falha clínica, endometrioma > 4 cm sintomático, lesão de órgão (ureter, intestino). Excisão, por equipe, preservando ovário.

6

Dor pélvica crônica: palpe o assoalho pélvico, pergunte da bexiga e do intestino. Fisioterapia e neuromoduladores; histerectomia não é analgésico.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

