

Diagnóstico tardio de endometriose: prevalente e negligenciada

Gabriel Marcos Leônidas¹, Kathiane Lustosa Augusto²

Endometriose é uma doença inflamatória caracterizada por lesões de tecido endometrial fora do útero, associada a dor pélvica e infertilidade¹. A prevalência da endometriose estimada foi de 176 milhões de mulheres por todo o mundo². Embora seja uma condição tão comum, estudos revelam uma taxa de 60% de casos sem diagnóstico³. Além da ausência de diagnóstico, existe um atraso no diagnóstico, que pode ser atrasado por 8 a 12 anos⁴. Acredita-se que o amplo espectro sintomático contribua para esse atraso diagnóstico, contribuindo para o intenso sofrimento de pacientes.

Essa patologia tem sido associada com atraso de diagnóstico, qualidade de vida reduzida, e perda de produtividade laboral. É estimado que 35,1% das mulheres submetidas à esterilização tinham endometriose, e mais da metade delas tinham doença moderada/severa. Um maior atraso é notado em mulheres que apresentam sintomas pélvicos (como dismenorrea e dispareunia), maior IMC, e em centros com predominância de sistemas de saúde financiados pelo poder público⁵. Essa informação elucidada quão séria a doença pode ser para pacientes, levando a danos econômicos, físicos e psicológicos a milhões de mulheres no globo. A ausência de diagnóstico e sintomas incapacitantes foram descritas como “nada menos que uma emergência de saúde pública”, demonstrando a necessidade de atenção médica⁶.

Várias regiões pélvicas podem apresentar um foco de tecido endometrial (incluindo útero, ovário, bexiga/ureter, peritônio, reto, cólon), assim como há possibilidade de implantação tecidual em áreas além da pelve (diafragma, intestino e cérebro⁷). Essa patologia permanece controversa e desafiadora devido ao grande espectro de manifestações do adoecimento, na qual o foco tem sido a anatomia, histologia, gravidade da doença para “estadiamento cirúrgico” e, mais recentemente, no valor prognóstico. Os esforços dos ginecologistas têm sido direcionados para produzir uma solução adequada para a evolução do manejo sintomático, das terapias, do prognóstico, da recorrência, da associação com outras condições, da qualidade de vida e de outras preocupações de pacientes afetadas pela endometriose⁸.

Os sintomas têm uma amplitude intrínseca, uma vez que o tecido endometrial pode implantar-se em diferentes regiões e causar disfunções distintas. A origem imprecisa da doença também ocorre devido sua complexidade e variedade, atributos que também contribuem para o difícil manejo do tratamento. A incerteza está aliada a severas sequelas na endometriose. A apresentação clínica inclui sintomas incapacitantes, como dor pélvica, dismenorrea e manifestações que poderiam mudar planos de vida de pacientes, como a infertilidade⁹. Portanto, há uma necessidade do reconhecimento de médicos sobre essa condição e reforço do diagnóstico.

Existem, entretanto, muitos desafios no diagnóstico da doença. O procedimento mais confiável para confirmação da endometriose é a laparoscopia, que explora a cavidade abdominal e permite o estudo histológico das lesões posteriormente. A cirurgia é invasiva e tem riscos, motivo pelo qual muitas alternativas são estudadas para aumentar a capacidade de diagnóstico da endometriose em diferentes localizações. Os recursos de imagem têm limitações, mas a ressonância magnética auxilia na localização de focos em diferentes anatomias, e a ultrassonografia transvaginal tem competência para lesões pélvicas. Além desses recursos, testes genéticos, biomarcadores, microRNAs têm sido avaliados em relação ao seu potencial de detectar o tecido endometrial de maneira menos invasiva⁴.

O principal foco de médicos da atenção primária, gineco-obstetras e médicos em geral deve ser reconhecer a endometriose e sua alta incidência, assim como a necessidade dos pacientes do diagnóstico para prevenir anos de patologia sintomática. Indicação para avaliação posterior ocorre quando há subfertilidade inexplicada ou dor pélvica severa refratária a uso de anticoncepcionais orais e anti-inflamatórios não esteroides¹⁰.

1. Pesquisador bolsista pela FUNCAP vinculado ao Instituto de Câncer do Ceará. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Benfca, Fortaleza - CE. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4607-5310> E-mail: leonidasgabriel@alu.ufc.br

2. Doutora e Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Fellowship em Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva da Rede D'or e Instituto Salvata. Presidente da SOBRACIL, Ceará. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9835-0778> E-mail: kathlustosa@gmail.com

Endereço para correspondência: E-mail: leonidasgabriel@alu.ufc.br

REFERÊNCIAS

1. Johnson NP, Hummelshoj L. The World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod* 2013;28:1552-68.
2. Adamson GD, Kennedy SH, Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *J Endometr* 2010;2:3-6.
3. Morassutto C, Monasta L, Ricci G, Barbone F, Ronfani L. Incidence and estimated prevalence of endometriosis and adenomyosis in northeast Italy: a data linkage study. *PLoS One* 2016;11:e0154227.
4. Kiesel L, Sourouni M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*. 2019;22(3):296-302. Doi: 10.1080/13697137.2019.1578743. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30905186.
5. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96(2):366-73.e8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.090. Epub 2011 Jun 30. PMID: 21718982; PMCID: PMC3679489.
6. Hatch O. This is nothing short of a public health emergency. *CNN*. March 28, 2018. <https://edition.cnn.com/2018/03/27/opinions/endometriosis-start-a-conversation-hatch-opinion/index.html>.
7. Sarma D, Iyengar P, Marotta TR, terBrugge KG, Gentili F, Halliday W. Cerebellar endometriosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;182(6):1543-6. Doi: 10.2214/ajr.182.6.1821543. PMID: 15150005.
8. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, Bush D, et al. World Endometriosis Society São Paulo Consortium. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32(2):315-24. Doi: 10.1093/humrep/dew293. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27920089.
9. de Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet*. 2010 Aug 28;376(9742):730-8. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)60490-4. PMID: 20801404.
10. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):557-71. Doi: 10.1097/AOG.0000000000002469. PMID: 29420391.

Recebido: 07.02.2024

Aceito: 09.05.2024