

PREVALÊNCIA DE ENDOMETRIOSE EM MULHERES COM QUEIXA DE INFERTILIDADE

Anna Carolina Cursino Facundes¹
Amanda Franco Martins²
Bárbara Franco Martins³
Adriano Luiz Possobom⁴

RESUMO: A endometriose é uma doença estrogênio-dependente, benigna, inflamatória e de natureza multifatorial que acomete aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva¹ e que pode se mostrar assintomática em 2 a 22% das mulheres². A fisiopatologia da endometriose é de natureza multifatorial e segue em discussão entre teorias baseadas em evidências clínicas e experimentais. O quadro clínico apresentado pela paciente pode variar de sintomas leves, até níveis altos de dor, sendo a infertilidade um dos sintomas que podem levar ao diagnóstico de endometriose. O tratamento da endometriose em mulheres com infertilidade deve ser considerado de forma individualizada e diagnóstico correto pode explicar os sintomas clínicos e ainda vir a possibilitar para a paciente uma maior chance de engravidar, além de melhorar os sintomas clínicos que a afetam.

Palavras-Chave: Endometriose. Infertilidade. Prevalência. Gestação. Cirurgia.

1. INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença estrogênio-dependente, benigna, inflamatória e de natureza multifatorial que acomete aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva¹ e que pode se mostrar assintomática em 2 a 22% das mulheres². A apresentação da doença ocorre pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina e do miométrio e pode ter repercussões sintomáticas como dismenorréia, dispareunia, dor pélvica, alterações nos hábitos intestinais, alterações urinárias e infertilidade². O quadro clínico desta patologia é variável e corrobora para a demora entre o início dos sintomas referidos e do diagnóstico definitivo, sendo esse cerca de 7 anos³.

A fisiopatologia da endometriose é multifatorial, envolve teorias baseadas em evidências clínicas e experimentais, mas ainda possui sintomatologias com a fisiologia não esclarecida, como é o caso da infertilidade⁴.

Acredita-se que 30-50% das mulheres com endometriose sejam afetadas pela infertilidade³, podendo existir uma subnotificação em casos iniciais ou em mulheres que sejam

¹ Acadêmica de medicina pela Fundação Assis Gurgacz- FAG.

² Acadêmica de medicina pela Fundação Assis Gurgacz- FAG.

³ Acadêmica de medicina pela Fundação Assis Gurgacz- FAG.

⁴ Orientador. Médico ginecologista e obstetra e docente da medicina. Fundação Assis Gurgacz- FAG.

assintomáticas ou oligossintomáticas², ressaltando a necessidade de um diagnóstico correto para assim prosseguir com o tratamento mais efetivo para a doença.

O quadro clínico apresentado pela paciente pode variar de sintomas leves, até níveis altos de dor, porém se sabe que a ocorrência e gravidade da dor não são proporcionais à extensão e distribuição da doença. Dessa forma, a infertilidade não está ligada necessariamente a um grande acometimento pela endometriose, visto que a doença em quantidade mínima com a pelve preservada pode trazer tal repercussão⁴. É estudado que as distorções anatômicas pélvicas estejam relacionadas à redução da fertilidade em portadoras de endometriose, além de alterações no folículo, ovócitos, citocinas, entre outros, porém os mecanismos ainda não são plenamente esclarecidos⁴.

A suspeita clínica de endometriose pode ser investigada com base na história clínica, nas principais queixas de manifestação da doença e pelo exame físico. O exame físico pode fornecer informações sobre nódulos ou rugosidades durante o exame especular, ao toque do útero e pela presença de massas anexiais que podem refletir a presença de endometriomas ovarianos³. Se faz necessário a realização de exames complementares como ferramenta auxiliar no diagnóstico, visto que a maioria das mulheres tem achados normais ou inespecíficos ao exame físico. A laparoscopia é o exame que concebe um diagnóstico definitivo, porém outros menos invasivos como ultrassonografia transvaginal com preparação intestinal, histerossalpingografia e ressonância magnética são indicados para auxílio diagnóstico.

2918

O tratamento da infertilidade em mulheres com endometriose deve ser considerado de forma individualizada, levando em conta o quadro clínico, idade, tempo e outros fatores da mulher que não consegue gestar. A via de tratamento cirúrgica é recomendada nesses casos para a exérese dos focos de endometriose e existem estudos que corroboram para a reversão da infertilidade, além da melhora das taxas de sucesso da FIV, quando for precedida pela cirurgia³.

Por fim, a alta prevalência de infertilidade em pacientes diagnosticadas com endometriose corrobora para a importância do manejo correto em mulheres com esse quadro clínico, uma vez que a doença pode acometê-las em época reprodutiva e impedir uma gestação, caso seja de desejo dela. O diagnóstico correto pode explicar os sintomas clínicos e ainda vir a possibilitar para a paciente uma maior chance de engravidar, além de melhorar os sintomas clínicos que a afetam.

2. METODOLOGIA

Estudo retrospectivo analítico que avaliou pacientes diagnosticadas com infertilidade atendidas no centro especializado em Ginecologia e Obstetrícia Clínica Salus de Cascavel. Foram selecionados 118 prontuários para a análise de dados. Os critérios de inclusão foram mulheres com queixa de infertilidade, com história prévia de falha de engravidar pelo período de pelo menos 1 ano. Os critérios de exclusão foram homens, mulheres sem queixa de infertilidade, mulheres que conseguiram engravidar com menos de 1 ano de tentativa, pacientes de outras instituições além da Clínica Salus de Cascavel e pacientes que não foram submetidas à investigação devido a infertilidade.

Foram coletados os dados por meio da história clínica descrita nos prontuários eletrônicos das consultas e procedimentos realizados pela Clínica Salus. A organização das informações foi tabulada através do programa Microsoft Excel® 2016, a fim de posterior análise, estruturação e discussão dos dados. As referências teórico-científicas foram fundamentadas em artigos provenientes de bases de dados como Google Acadêmico, PubMed e Ministério da Saúde.

Os índices avaliados foram idade, queixa principal, diagnóstico, tipo de endometriose e tipo de abordagem cirúrgica. Também foram analisados os sintomas e quadro clínico concomitantes à infertilidade. Por último, analisou-se os diagnósticos diferenciais de endometriose após conduta de tratamento e diagnóstico.

A análise estatística dos dados foi desempenhada através de tabelas e técnicas matemáticas como cálculo de porcentagem, média e proporções nas fórmulas descritas por Shitsuka, et al., 2018¹²

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética Médica do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz e posteriormente foi aprovado pelo CAAEP, o número do protocolo de aprovação é 83270324.2.0000.5219

3. RESULTADOS

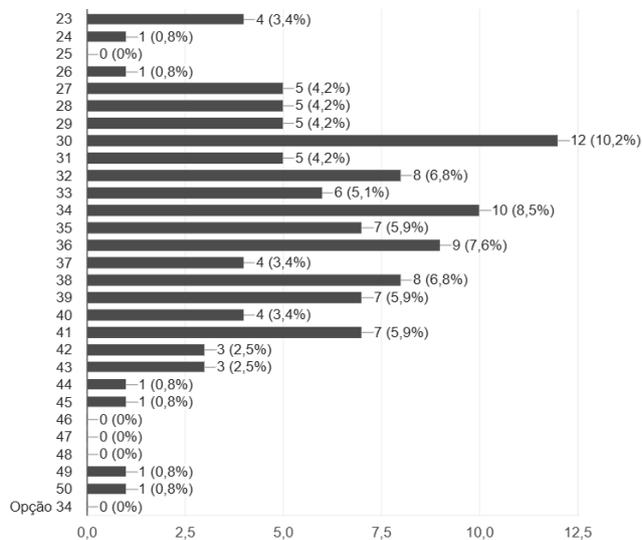
Esse estudo abrangeu 118 pacientes com quadro clínico de infertilidade, sendo 118 mulheres na menacme. Quanto à faixa etária, foram analisadas pacientes de 23 a 50 anos, sendo a média da idade de 35 anos, com mediana de 34 anos. As idades mais prevalentes foram de 30, 36 e 34 anos, respectivamente.

Quadro 1. Faixas etárias mais prevalente das pacientes com diagnóstico de infertilidade.

Faixa etária	N	%
30	11	9,24%
36	10	8,4%
34	8	7,65

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 2. Faixas etárias das pacientes com diagnóstico de infertilidade.

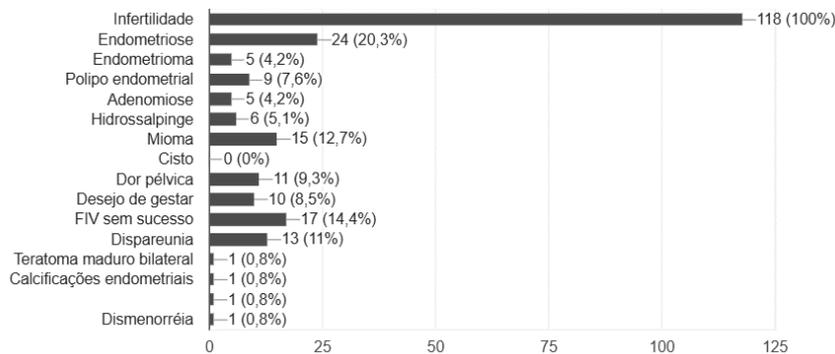


Fonte: elaborada pelos autores.

A análise do quadro clínico das pacientes incluía a queixa principal de infertilidade (100%), como também as doenças ginecológicas coexistentes ao quadro infértil. Dentre a amostra, 30 pacientes possuíam apenas a queixa de infertilidade durante a anamnese (25,4%), e 88 (74,6%) possuíam algum outro quadro ginecológico associado à infertilidade, que foi previamente diagnosticado.

Dentre os quadros associados apresentados durante a anamnese, foram relatados 24 casos de endometriose (20,3%), 17 casos de FIV sem sucesso (14,4%), 15 casos de mioma (12,7%), 13 casos de dispareunia (11%), 11 casos de dor pélvica (9,3%), 10 casos de desejo de gestar (8,5%), 9 casos de pólipos endometriais (7,6%), 6 casos de hidrossalpinge (5,1%), 5 casos de endometrioma (4,2%), 5 casos de adenomiose (4,2%), 1 caso de teratoma maduro bilateral (0,8%), 1 caso de calcificações endometriais (0,8%), 1 caso de dismenorreia (0,9%).

Gráfico 3: Distribuição das doenças ginecológicas associadas das pacientes com quadro clínico de infertilidade.

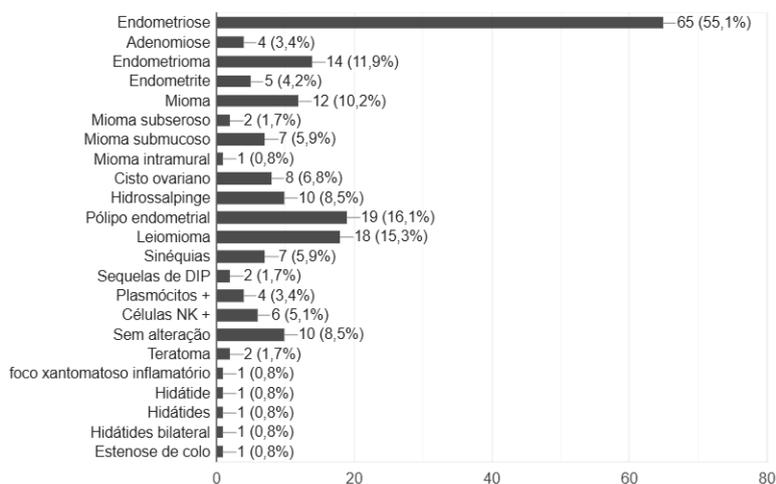


Fonte: elaborada pelos autores

Quanto ao diagnóstico, após abordagem cirúrgica, foi analisado a presença de endometriose em 65 casos- 55,1% das pacientes. Em ordem de prevalência, também foram encontrados: Pólipo endometrial - 19 casos (16,1%), Leiomioma- 18 casos (15,3%), Endometrioma- 14 casos (11,9%), Mioma- 12 casos (10,2%), Sem alteração- 10 casos (8,5%), Hidrossalpinge- 10 casos (8,5%), Cisto ovariano- 8 casos (6,8%), Mioma submucoso- 7 casos (5,9%), Sinéquias- 7 casos (5,9%), Células NK+- 6 casos (5,1%), Endometrite- 5 casos (4,2%), Adenomiase- 4 casos (3,4%), Plasmócitos +- 4 casos (3,4%), Hidátides- 3 casos (2,4%), Mioma subseroso- 2 casos (1,7%), Sequelas de DIP- 2 casos (1,7%), Teratoma- 2 casos (1,7%), Mioma intramural- 1 caso (0,8%), Foco xantomatoso inflamatório- 1 caso (0,8%), Estenose de colo- 1 caso (0,8%).

2921

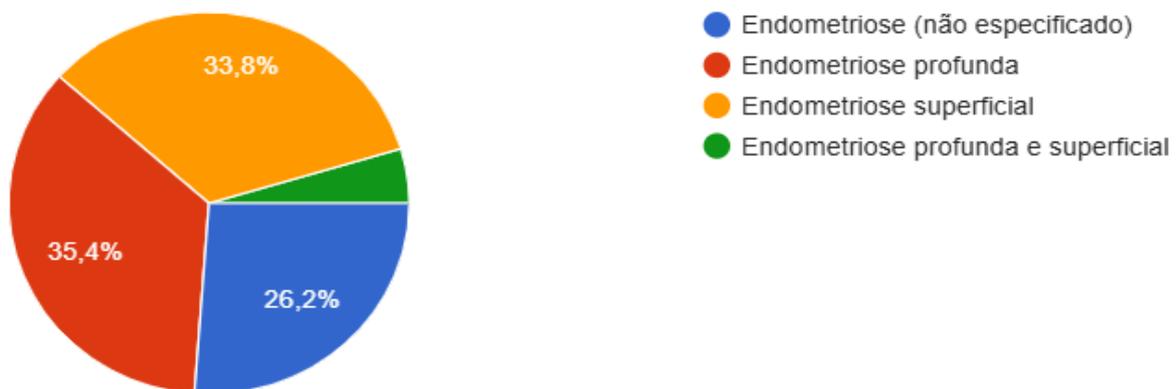
Gráfico 4: Distribuição das doenças ginecológicas associadas das pacientes com quadro clínico de infertilidade.



Fonte: elaborada pelos autores.

Entre os tipos de endometriose encontrados na análise diagnóstica, do total de 65 (100%), 17 (26,2%) dos casos foram descritos como endometriose sem especificação, 23 (35,4%) casos como endometriose profunda, 22 (33,8%) casos como endometriose superficial e 3 (4,6%) casos como endometriose superficial e profunda.

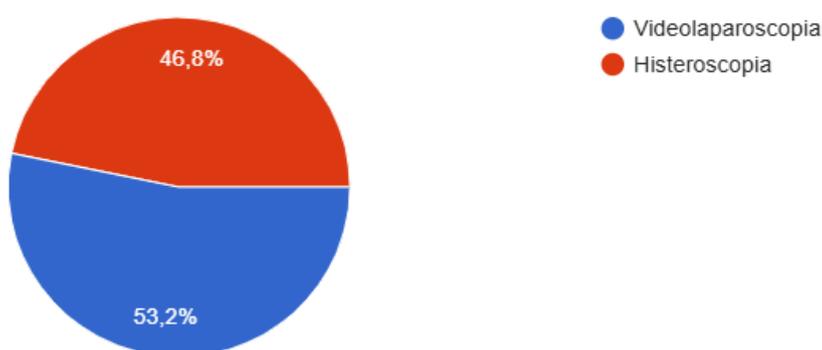
Gráfico 5: Distribuição dos tipos de endometriose encontrados nas pacientes com diagnóstico da mesma.



Fonte: elaborada pelos autores.

Por fim, os tipos de abordagem se distinguiram entre videolaparoscopia e histeroscopia, sendo 25 (53,2%) e 22 (46,8%), respectivamente

Gráfico 6: Abordagem das pacientes para diagnóstico e tratamento.



Fonte: elaborada pelos autores.

4. DISCUSSÃO

A endometriose é uma doença que atinge principalmente mulheres em idade reprodutiva devido a sua dependência estrogênica¹, e esse estudo mostrou uma média de idade das pacientes de 35 anos, com uma mediana de 34, sendo as mais prevalentes entre 30 e 36 anos, sendo

compatível com o momento da vida feminina em que a endometriose costuma ser diagnosticada. Esse dado reforça o desafio do diagnóstico precoce da doença, dado que há um intervalo médio de 7 anos entre o início dos sintomas e diagnóstico definitivo e há uma queda da fertilidade da mulher conforme o aumento da idade⁹, sendo considerado um tempo longo para aquelas que desejam gestar e que possuem quadro clínico de infertilidade que ainda necessite de intervenção e tratamento. O dado corresponde ao encontrado também no estudos¹⁰ que colocam a idade de 34 anos como uma média encontrada no diagnóstico.

A anamnese das pacientes englobou a queixa de infertilidade e também outros sintomas ginecológicos associados. A definição de infertilidade estabelecida se baseia na não concepção após 1 ano de relações sexuais regulares sem o uso de contraceptivos¹². A amostra englobou 100% de pacientes com dificuldade para engravidar por mais de 12 meses, na qual apenas 26,4% delas não relatavam uma associação sintomática com outra patologia e 74,6% delas possuíam queixas além da infertilidade, mostrando a complexidade e sobreposição de sintomas na mulher com esse quadro clínico. Dentre os quadros associados, os três de maiores destaques foram endometriose (20,3%), FIV sem sucesso (14,4%), e mioma (12,7%).

Em relação à endometriose, estudos indicam que a prevalência geral da endometriose em mulheres na menacme é de 10%, sendo que entre 30%-50% dessas podem apresentar infertilidade associada³. O presente estudo analisou que, antes da abordagem diagnóstica, em relação ao grupo que possuía outra associação patológica, cerca de 20,3% delas relatavam endometriose e após abordagem diagnóstica, a prevalência foi para 55,1% das pacientes, porcentagem compatível e mais alta que a previamente estabelecida no grupo estudado e na literatura, fato que reforça a forte associação entre a patologia e a dificuldade de concepção. Esse achado reforça a literatura que indica que muitas pacientes com infertilidade podem estar sendo acometidas por formas pouco sintomáticas da doença, com diagnóstico tardio e subestimado pelos médicos, o que prejudica o correto diagnóstico e seguimento da patologia. Além disso, a sobreposição de quadros clínicos e sintomas descrito por 74,6% das pacientes avaliadas mostra a complexidade do casos que englobam as mulheres com dificuldade para engravidar, fato que pode corroborar para o diagnóstico tardio da endometriose.

Outro dado relevante encontrado foi a variação dos tipos de endometriose, a de forma profunda foi a mais prevalente (35,4%), em seguida a superficial (33,8%) e cerca de 26,2% não foram especificadas. Em adição, sabe-se que a ocorrência e gravidade da dor não são proporcionais à extensão e distribuição da doença⁴, além de ser estudado a relação das distorções

anatômicas pélvicas e a redução da fertilidade em portadoras de endometriose. Foi visto uma prevalência da forma profunda, porcentagem que pode estar relacionado ao quadro de infertilidade dessas pacientes, devido a capacidade dessa forma de causar mais alterações anatômicas, além de inflamação crônica e alterações imunológicas no ambiente reprodutivo⁴. A forma superficial também teve grande relevância, corroborando para a ocorrência de correspondências clínicas mesmo em formas menos avançadas da endometriose.

No que diz respeito à abordagem cirúrgica, os dados mostram abordagens via videolaparoscopia e histeroscopia. A histeroscopia se faz útil para abordagens dos diagnósticos diferenciais mais encontrados, como pólipos (16,1%), Leiomioma- 18 casos (15,3%), Mioma- 12 casos (10,2%), Mioma submucoso- 7 casos (5,9%), Sinéquias- 7 casos (5,9%), Endometrite- 5 casos (4,2%), Sequelas de DIP- 2 casos (1,7%), sendo essa via de alta prevalência no estudo (46,8%). No que tange à endometriose, a videolaparoscopia é considerada padrão ouro para diagnóstico e tratamento cirúrgico da endometriose, por permitir a visualização direta dos focos da doença³.

Os focos de endometriose podem ser encontrados via exames menos invasivos como a ultrassonografia transvaginal com preparo de intestino, tomografia e ressonância magnética, destacando suas utilidades na investigação da patologia. No entanto, a prevalência de achados cirúrgicos superiores a 50% de endometriose entre as pacientes inférteis mostra a importância da abordagem cirúrgica, sendo ela uma aliada na via do tratamento e diagnóstico definitivo, pois permite acesso às estruturas que possam ter sido acometidas mas que não são devidamente visualizadas em exames menos invasivos ou até mesmo não encontradas, fato que corrobora para a necessidade dessa intervenção, principalmente em casos refratários a tratamentos conservadores, de dificuldade de diagnóstico e de estadio avançado da doença.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou uma forte relação entre a endometriose em mulheres e a queixa de infertilidade, assim como relatada em literatura anteriores. A taxa de 55,1% de endometriose diagnosticada via cirurgia é superior à média estimada, o que revela a importância da investigação sistemática desse quadro, principalmente naquelas em que o histórico reprodutivo é desfavorável.

A análise dos dados demonstrou que, assim como há a endometriose, existem outras patologias ginecológicas concomitantes à infertilidade, o que reforça a necessidade de uma avaliação abrangente e multidisciplinar, visando o correto seguimento para tratamento da doença existente. Além disso, a predominância de endometriose profunda entre os casos identificados, associada a alterações anatômicas e inflamatórias, pode corroborar para a teoria do impacto direto da doença na fertilidade, mesmo na ausência de sintomas tão extensos quanto a doença em sí.

O valor diagnóstico e terapêutico da videolaparoscopia também foi evidenciado, visto que foi o método de escolha em mais da metade dos casos estudados. Esse achado ressalta a importância do procedimento cirúrgico, não apenas como estratégia de tratamento, mas também como ferramenta disponível e decisiva para o diagnóstico definitivo da endometriose, principalmente em casos com exames menos invasivos inconclusivos.

Dessa forma, os resultados desse estudo sustentam a necessidade de diagnóstico precoce, rastreamento adequado e manejo individualizado em mulheres com infertilidade. A identificação precoce pode contribuir não apenas para o sucesso reprodutivo dessas pacientes, em tempo hábil de fertilidade, mas também para a melhoria de sua qualidade de vida. É visto que e deve ser reforçado a incorporação de manejos que detectem e tratem a endometriose em contextos de infertilidade na mulher em período fértil.

REFERÊNCIAS

1. Robert S Schenken, MD (2024). **Endometriosis in adults: Pathogenesis, epidemiology, and clinical impact.** UpToDate. Retrieved May 11, 2024, from https://www.uptodate.com/contents/endometriosisinadultspathogenesisepidemiologyandclinicalact?search=endometriose&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H124052392.
2. ROSA E SILVA, JC et al;. **Endometriose - Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento.** *Femina*. 2021;49(3):134-41.
3. PODGAEC, S et al; **Endometriose.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 32/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
4. Cláudia Campos; Márcio Navalho; Teresa Margarida Cunha. **Endometriosis – Epidemiology, Fisiopathology and Review of the Clinical and Imagiological Features,** *Acta Radiológica Portuguesa*, 20, 80, 67-77, 2008

5. Cacciatori F; Medeiros J. **Endometriose: uma revisão da literatura**. Revista iniciação científica, Criciúma, V. 13, n.1, 2015.
6. KONINCKX, PR et al; **Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis**. Front Endocrinol (Lausanne). 2021 Nov 25;12:745548. doi: 10.3389/fendo.2021.745548. PMID: 34899597; PMCID: PMC8656967.
7. GIL, AC. **Técnicas de Pesquisa em Economia**. 2. ed. São Paulo: Atlas S.A, 1991.
8. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Censo Brasileiro de 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2024
9. Owen A, Carlson K, Sparzak PB. **Age-Related Fertility Decline**. [Updated 2024 Feb 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576440/>
10. OLIVEIRA, R. et al. **Perfil epidemiológico das pacientes inférteis com endometriose**. *Reprodução & Climatério*, v. 30, n. 1, p. 5-10, 2015. DOI: 10.1016/j.recli.2015.03.005.
11. BECKER, C. M. et al. **ESHRE guideline: endometriosis**. *Human Reproduction Open*, v. 2022, n. 2, hoaco09, 2022. DOI: 10.1093/hropen/hoaco09.
12. SHITSUKA, D. M. et al. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2018. 129 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Computação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_MetodologiaPesquis — 2926