

## ARTIGO ORIGINAL

<https://doi.org/10.61910/ricm.v8i1.213>

# Avaliação do perfil clínico de pacientes portadoras de endometriose atendidas em um serviço de referência em Belo Horizonte

*Clinical evaluation of patients with endometriosis assisted at a private referral service in Belo Horizonte*

ESTHER MARCHISOTTI FERREIRA<sup>1</sup> , ANNA HELENA DA SILVEIRA SATHLER<sup>1</sup> , GABRIELA BRAGA MENEZES<sup>2</sup> , JOÃO OSCAR ALMEIDA FALCÃO JUNIOR<sup>2</sup> , KARLA DE CARVALHO SCHETTINO<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS – BELO HORIZONTE, MG-BRASIL-ORCID

<sup>2</sup>HOSPITAL FELÍCIO ROCHO – BELO HORIZONTE, MG- BRASIL-ORCID

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA: KARLA DE CARVALHO SCHETTINO. RUA UBERABA, 500, 5º ANDAR, NÚCLEO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL. CEP: 30.180-082. EMAIL: KARLASCHETTINO@GMAIL.COM

## RESUMO

**Introdução:** O espectro clínico da endometriose é amplo e os sintomas podem variar de mínimos a severamente debilitantes. A combinação de sintomas relatados durante a anamnese, sinais identificados ao exame físico e achados de exames de imagem podem ser utilizados para elaboração de um diagnóstico presuntivo e não cirúrgico de endometriose. **Objetivo:** Identificar o perfil clínico das pacientes atendidas no ambulatório do hospital privado de referência em endometriose e relacioná-lo aos achados do exame físico e aos dados imaginológicos. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, unicêntrico, transversal realizado a partir da análise dos prontuários das pacientes diagnosticadas com endometriose em um ambulatório hospitalar de referência, entre o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021. **Resultados:** Foram analisados os prontuários de 232 pacientes em que a média de idade foi de 37 anos (DP=7,59 anos), sendo que apenas uma mulher estava na menopausa. A maioria das entrevistadas possuía ensino superior completo e estava casada no momento da consulta. Os principais sintomas relatados foram dismenorreia (49%), dispareunia (38%) e dor pélvica crônica (34%) e os tratamentos mais utilizados foram por meio de pílula de progesterona, pílula combinada e DIU Mirena. **Conclusão:** O sintoma mais comum foi a dismenorreia e houve significância de 5% ao comparar os achados do exame físico com o que foi visto principalmente na ultrassonografia transvaginal, no ultrassom especializado e na ressonância magnética de pelve.

**Palavras-chave:** Endometriose; Perfil Clínico; Sintomas; Fatores de Risco.

## ABSTRACT

**Introduction:** The clinical spectrum of this endometriosis is wide and the symptoms can vary from minimal to severely debilitating. The combination of symptoms reported during the anamnesis, physical examination signs, and imaging findings can be used to make a presumptive, non-surgical diagnosis of endometriosis. **Objective:** To identify the clinical profile of patients assisted at the endometriosis clinic and relate it to physical examination findings and imaging data. **Method:** This is an observational, retrospective study, in which

ch the data was collected from the charts of patients who were diagnosed with endometriosis in a referral hospital, between January of 2018 and December of 2021. **Results:** The medical records of 232 patients were analyzed, in which the average age was 37 years (DP = 7,59), and only 1 woman was in menopause. Most of interviewees had completed higher education and were married at time of consultation. The main symptoms reported were dysmenorrhea (49%), dyspareunia (38%) and chronic pelvic pain (34%) and the most used treatments were the progesterone pill, combined pill and Mirena IUD. **Conclusion:** The most common symptom was dysmenorrhea and there was 5% significance when comparing the physical examination findings with what was seen mainly on transvaginal ultrasound, specialized ultrasound and magnetic resonance imaging of the pelvis.

**Keywords:** Endometriosis; Clinical Profile; Symptoms; Risk Factors.

## INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença inflamatória benigna, hormônio-dependente, que afeta mulheres principalmente durante o período da menacme. A patologia é caracterizada pela presença de glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina<sup>1</sup>. As lesões geralmente estão localizadas na pelve, mas podem ocorrer em vários locais, incluindo intestino, diafragma e vias urinárias. De modo geral, os sítios mais comuns de endometriose, em ordem decrescente de frequência, são os ovários, fundo de saco anterior e posterior, ligamentos largos posteriores, ligamentos uterossacros, útero, trompas, cólon sigmóide e apêndice, e ligamentos redondos<sup>2</sup>.

Fatores associados a um risco aumentado de endometriose são vários e incluem exposição prolongada ao estrogênio endógeno (menarca precoce ou menopausa

tardia), nuliparidade e obstrução do fluxo menstrual (por exemplo, anomalias müllerianas)<sup>3</sup>.

Pode-se afirmar que o espectro clínico é amplo e os sintomas podem variar de mínimos a severamente debilitantes. Por este motivo, determinar a prevalência de endometriose na população geral é um desafio, principalmente se considerarmos que algumas são assintomáticas. Estima-se que aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo têm endometriose com um pico de prevalência entre 25 a 35 anos de idade<sup>4,5</sup>.

Uma vez sendo dependente da ação do estrogênio, a endometriose surge durante a fase reprodutiva da mulher, mas se manifesta em diferentes momentos, sendo de difícil diagnóstico e tratamento. Embora seja um processo comum e não maligno, o tecido endometrial ectópico e a inflamação resultante podem causar dismenorreia, dispareunia, dor crônica, infertilidade e comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres afetadas. Sintomas adicionais incluem distensão abdominal, dispareunia profunda, disfunção intestinal e vesical, sangramento uterino anormal, dor lombar ou fadiga crônica, embora esses sintomas sejam menos comuns<sup>6,7,8</sup>.

Os achados ao exame físico em mulheres com endometriose são diversos e dependem da localização e tamanho dos implantes. Alguns sinais sugestivos incluem sensibilidade ao exame vaginal, identificação de nódulos durante a palpação do fundo de saco posterior e região de paramétrios, massas anexiais e diminuição da mobilidade uterina<sup>10</sup>.

Achados de imagem sugestivos de endometriose pélvica incluem cistos ovarianos (endometriomas), nódulos do septo retovaginal e nódulos da bexiga. Os mesmos podem ser identificados durante a ultrassonografia transvaginal como também através da ressonância magnética<sup>11</sup>.

Embora apenas a confirmação histológica dê o diagnóstico definitivo desta patologia, a combinação de sintomas relatados durante a anamnese, sinais identificados ao exame físico e achados de exames de imagem podem ser utilizados para elaboração de um diagnóstico presuntivo e não cirúrgico de endometriose. O valor preditivo positivo destes achados é maior quando identificados por profissionais experientes no atendimento de pacientes portadoras de endometriose dentro de um serviço especializado<sup>9,12,13</sup>.

Considerando o exponencial crescimento do número de mulheres diagnosticadas com endometriose nos últimos anos, o objetivo do presente estudo consiste em traçar o perfil clínico de pacientes atendidas em um ambulatório de referência no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021 através da coleta de dados de prontuários digitais, de modo a relacionar tal perfil aos achados do exame físico e aos dados imaginológicos.

## MÉTODO

### Delineamento do estudo

Este é um estudo retrospectivo, unicêntrico, transversal, realizado em um hospital de referência em tratamento de endometriose localizado em Belo Horizonte, MG–Brasil.

### Amostra

A amostra incluiu pacientes diagnosticadas com endometriose atendidas no ambulatório do referido hospital, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021. Foram aplicados como critérios de exclusão pacientes gestantes e pacientes menores de 18 anos.

### Instrumentos

Os dados foram coletados a partir da análise de prontuários médicos presentes no sistema eletrônico de informação do hospital onde foi realizada esta pesquisa. É importante ressaltar que o acesso aos prontuários eletrônicos foi feito somente pelos pesquisadores, não sendo permitido fotografar os prontuários.

### Procedimentos

A análise dos documentos e a coleta de dados ocorreram de setembro de 2022 a janeiro de 2023 abrangendo dados como data da consulta, idade da paciente, queixas principais, evolução dos sintomas, paridade e via do parto, desejo reprodutivo, uso de métodos contraceptivos (hormonais ou não), cirurgias prévias, exames de imagem já realizados para detectar endometriose, história familiar de endometriose associada ao grau de parentesco e o exame físico (caso tenha sido realizado) detalhado. Finalmente, a conduta pós primeira consulta foi registrada conforme as descrições no prontuário.

### Análise estatística

As informações foram organizadas na plataforma RedCap e transferidas para uma tabela após análise estatística. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas, como mediana (1º quartil – 3º quartil). As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado e pelo teste de Fisher, sendo o p valor < 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 60686322.9.0000.5125).

## RESULTADOS

No presente estudo, foi avaliado o prontuário eletrônico de 232 pacientes, admitidas no serviço ambulatorial hospitalar de Belo Horizonte.

A média de idade das participantes foi de 37 anos com o primeiro quartil igual a 32 anos e o terceiro quartil igual a 41 anos. 74% delas possuía ensino superior completo e 63% declarou estar casada.

A média de idade que se refere à menarca das pacientes foi de 12 anos com o primeiro quartil igual a 12 anos e o terceiro quartil igual a 13 anos. Os principais

sintomas queixados pelas pacientes foram dismenorrea (49%), dispareunia (38%) e dor pélvica crônica (34%). (Tabela 1). No que diz respeito à evolução dos sintomas, 41% declararam que seus sintomas estavam estáveis, enquanto 39% declararam que estes estavam em caráter de progressão.

Tabela 1. Sintomas referidos entre participantes (n=232)

Sintomas Referidos	Estatística
<b>Ausência de Sintomas</b>	
Sim	12 (5.2%)
Não	220 (95%)
<b>Aborto de Repetição</b>	
Sim	0
Não	232 (100%)
<b>Dismenorreia</b>	
Sim	113 (49%)
Não	119 (51%)
<b>Dispareunia</b>	
Sim	89 (38%)
Não	143 (62%)
<b>Distensão Abdominal</b>	
Sim	33 (14%)
Não	199 (86%)
<b>Disúria</b>	
Sim	10 (4.3%)
Não	222 (96%)
<b>Dor após relação sexual</b>	
Sim	6 (2.6%)
Não	226 (97%)
<b>Dor ao evacuar</b>	
Sim	27 (12%)
Não	205 (88%)
<b>Dor cíclica</b>	
Sim	9 (3.9%)
Não	223 (96%)

<b>Dor pélvica crônica</b>	
Sim	78 (34%)
Não	154 (66%)
<b>Dor abdominal</b>	
Sim	11 (4.7%)
Não	221 (95%)
<b>Fluxo menstrual aumentado</b>	
Sim	232 (100%)
Não	0
<b>Infertilidade</b>	
Sim	11 (4.7%)
Não	221 (95%)
<b>Hematúria</b>	
Sim	1 (0.4%)
Não	231 (100%)
<b>Presença de sangue nas fezes</b>	
Sim	3 (1.3%)
Não	229 (99%)
<b>Sangramento uterino anormal</b>	
Sim	3 (1.3%)
Não	229 (99%)
<b>Tenesmo Retal</b>	
Sim	1 (0.4%)
Não	231 (100%)
<b>Tenesmo Vesical</b>	
Sim	2 (0.9%)
Não	230 (99%)
<b>Urgência urinária</b>	
Sim	0
Não	232 (100%)
<b>Outro</b>	
Sim	62 (27%)
Não	170 (73%)

Dentre as pacientes analisadas, 154 (66%) eram nulíparas e 100 mulheres apresentavam desejo reprodutivo naquele momento. A média de gestações foi de 0,53; considerando apenas o grupo de mulheres que

gestaram e pariram, a média foi de 1,35 parto normal por mulher que obteve essa via de parto, ao passo que, dentre as mulheres que tiveram parto cesárea, a média correspondeu a 1,38 por mulher. Apenas 1 paciente estava na menopausa.

No que concerne aos exames solicitados para a investigação, prevaleceram a ressonância magnética (44%) e a ultrassonografia transvaginal (19%) como sendo as opções imaginológicas mais comumente realizadas. (Tabela 2)

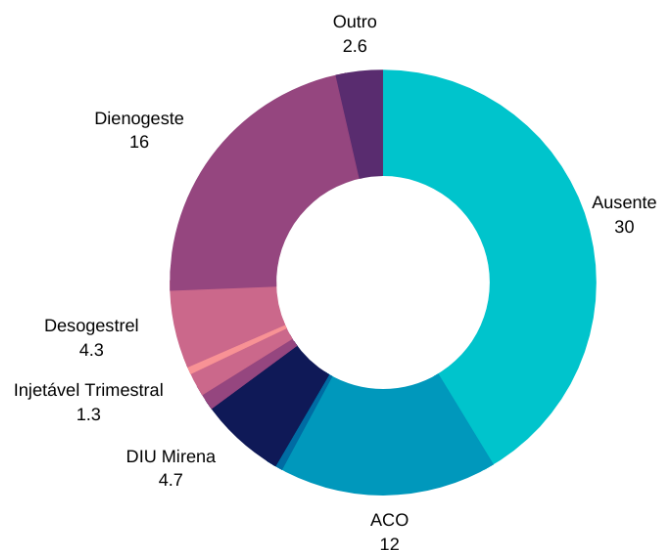
Tabela 2. Exames de imagem realizados (n=232)

Exames de imagem realizados	Estatística
<b>RM de pelve</b>	
Sim	104 (45%)
Não	128 (55%)
<b>TC de pelve</b>	
Sim	0
Não	232 (100%)
<b>USTV</b>	
Sim	43 (19%)
Não	189 (81%)
<b>US direcionado para endometriose</b>	
Sim	19 (8.2%)
Não	213 (92%)
<b>Outro</b>	
Sim	3 (1.3%)
Não	229 (99%)
<b>Não consta no prontuário</b>	
Sim	17 (7.3%)
Não	215 (93%)

Dentre os métodos anticoncepcionais hormonais utilizados pelas pacientes naquele momento, 47 mulheres utilizavam pílula de progesterona (Dienogeste ou Desogestrel), 29 optaram por pílula combinada e 11

pelo dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU Mirena). (Gráfico 1)

Gráfico 1. Métodos contraceptivos hormonais mais utilizados, em % (n=232)



## DISCUSSÃO

### Perfil clínico

Neste estudo, a totalidade de pacientes avaliadas obteve mediana de idade de 37 anos. Considerando-se que a endometriose é uma patologia hormônio-dependente e, dessa forma, a idade é um fator determinante para o desenvolvimento dos sintomas, o presente estudo demonstrou que a mediana de idade das pacientes avaliadas é semelhante à de outros estudos, cujo objetivo também visava analisar a prevalência de endometriose na população feminina. É importante ressaltar que apenas 1 paciente estava na menopausa-momento em que as lesões deixam de ser alimentadas pelos hormônios ovarianos e geralmente regredem<sup>14</sup>.

No que tange ao estado civil e escolaridade, a grande maioria possuía ensino superior completo (74%) e eram casadas (63%). A mediana referente a menarca das pacientes foi de 12 anos. 66% delas possuíam desejo reprodutivo, informação importante a ser con-

siderada no momento da elaboração de condutas futuras. Dentre as 232 pacientes avaliadas, 154 eram nulíparas, condição constantemente retratada como tendo forte associação com a endometriose<sup>15</sup>.

Os principais sintomas identificados foram dismenorrea (49%), dispareunia (38%) e dor pélvica crônica (34%)—estando a maioria deles (41%) evoluindo de forma estável. As queixas e suas evoluções relatadas estão de acordo com o que é comumente descrito na literatura atual, haja vista a possibilidade de realização de tratamentos não-cirúrgicos que auxiliam no impedimento da progressão desses sintomas.

Os exames de imagem mais utilizados para confirmação diagnóstica nas pacientes com suspeita de endometriose são a ressonância magnética da pelve e a ultrassonografia transvaginal, dados que são compatíveis com o que foi realizado pelas pacientes deste estudo. A sensibilidade e especificidade desses métodos variam de 80% a 94%, não existindo até o momento superioridade de um método sobre outro<sup>16,17</sup>. Contudo, apesar da grande aplicabilidade de métodos radiológicos no auxílio do diagnóstico e da programação cirúrgica de pacientes com endometriose, estudos recentes demonstram que o rastreamento das lesões é frequentemente realizado de maneira inadequada. Além disso, quando feitos adequadamente, muitas vezes as descrições são feitas de forma incompleta ou incorreta, comprometendo o seguimento clínico e o planejamento de eventuais procedimentos cirúrgicos<sup>17</sup>.

No que diz respeito ao exame físico e às pacientes do presente estudo que optaram por realizá-lo, os achados mais comuns foram abdome sem alterações, mobilidade uterina com amplitude preservada e indolor ao toque. O teste qui-quadro e o teste de Fisher indicaram haver associação significativa (5% de significância) entre as mulheres que não apresentavam pontos de gatilho ao exame físico e aos achados (ou, nesse caso, a ausência deles) nos exames USTV e US es-

pecializado para endometriose. Ademais, os testes de associação também demonstraram haver significância de 5% entre as mulheres que apresentavam ponto de gatilho doloroso ao fundo de saco anterior com os achados observados na ressonância magnética de pelve e ao US especializado para endometriose.

Estudos atuais recomendam a prescrição de um sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) ou um implante subdérmico liberador de etonogestrel para reduzir a dor associada à endometriose<sup>18</sup>. Porém, anticoncepcionais orais à base de progesterona foi a opção de método contraceptivo mais escolhida nos tratamentos hormonais prévios e atuais das pacientes.

É importante ressaltar que evidências atuais afirmam que medidas comportamentais—como a prática de exercícios físicos regularmente, a redução de fatores estressores diários e a diminuição do consumo de alimentos gordurosos—podem reduzir a intensidade dos sintomas de endometriose<sup>19,20</sup>.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de endometriose em mulheres adultas encontrada neste estudo está de acordo com a prevalência encontrada em outros estudos realizados nessa mesma faixa etária. Os sintomas mais prevalentes foram dismenorrea, dispareunia e dor pélvica crônica. Também é possível concluir que houve significância de 5% ao comparar os achados do exame físico com o ultrassom transvaginal, com o ultrassom especializado para endometriose e com a ressonância magnética de pelve.

Finalmente, é importante ressaltar que a endometriose ainda é uma patologia a ser desmistificada, por questões de estigmatização e falta de conhecimento adequado em torno dessa afecção entre grande parte da sociedade. Além disso, o fato de muitos profissionais não investigarem devidamente as queixas em suas anamneses somado aos possíveis laudos incorre-

tos dos exames de imagem corrobora para uma maior subnotificação dos casos de endometriose. Dessa forma, uma boa investigação e diagnóstico adequado são essenciais para um tratamento mais eficaz—de modo a diminuir as intervenções cirúrgicas e aumentar a qualidade de vida das mulheres acometidas.

## REFERÊNCIAS

1. Paolo Vercellini et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014 May;10(5):261-75.
2. Audebert A, Petousis S, Margioulas-Siarkou C, et al. Anatomic distribution of endometriosis: A reappraisal based on series of 1101 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 Nov;230:36-40.
3. Linda C Giudice. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2010 Jun;362(25):2389-98.
4. A L Shafrir et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Aug;51:1-15.
5. Stacey A Missmer et al. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. *Am J Epidemiol*. 2004 Oct;160(8):784-96.
6. Jennifer Brawn et al. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2014 Oct;20(5):737-47.
7. Dunselman GA et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014 Mar; 29(3):400-12.
8. Engemise S, Gordon C, Konje JC. Endometriosis. *BMJ* 2010; 340:c2168.
9. Ballard KD et al. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study—Part 1. *BJOG*. 2008 Oct; 115(11):1382-91.
10. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril*. 1996 Feb;65(2):299-304.
11. Guerriero S, Saba L, Pascual MA, et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 May;51(5):586-595.
12. Members of the Endometriosis Guideline Core Group et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022 Feb;2022(2):hoac009.
13. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 Nov;15(11):666-682.
14. Marie-Scemama L, Even M, De La Jolinie J, Ayoubi J. Endometriosis and the menopause: why the question merits our full attention. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2019 Mar;37(2).
15. Ramos ÉLDA, Soeiro VM da S, Rios CTF. Mulheres convivendo com endometriose: percepções sobre a doença. *Ciência & Saúde*. 2018 Oct;11(3):190-97.
16. Mattos LA, Goncalves MO, Andres MP, Young sw, Feldman M, Abrão MS, et al. Structured ultrasound and magnetic resonance imaging reports for patients with suspected endometriosis: guide for imagers and clinicians. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Oct;26(6):1016-25.
17. Podgaec S. Endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2018;32.
18. Margatho D, Carvalho NM, Bahamondes L. Endometriosis-associated pain scores and biomarkers in users of the etonogestrel-releasing subdermal implant or the 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system for up to 24 months. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020 Apr;25(2):133-140.
19. Habib N, Buzzaccarini G, Centini G, Moawad G, Ceccaldi P, Gitas G et al. Impact of lifestyle and diet on endometriosis: a fresh look to a busy corner. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*. 2022 Jun;21(2):124-132.
20. Torres-Reverón, A., Rivera, L.L., Flores, I. *et al*. Environmental Manipulations as an Effective Alternative Treatment to Reduce Endometriosis Progression. *Reprod. Sci*. 2018 Sep;25(9):1336-48.

OS AUTORES DECLARAM NÃO HAVER CONFLITO DE INTERESSE.