



Endometriose é definida como a presença de tecido endometrial fora do útero [1]. As lesões são classificadas como: peritoneais superficiais, ovariana e infiltrativa profunda [1].

## **I - ASSISTENCIAL**

### **1. DIAGNÓSTICO**

#### **Sinais e sintomas**

O quadro, em geral, se manifesta em mulheres na fase reprodutiva. As principais queixas clínicas são dismenorreia, dispareunia de profundidade, dor pélvica crônica, sintomas associadas a evacuação ou micção durante a fase menstrual e infertilidade [2]. No toque vaginal, etapa importante para a suspeita diagnóstica, é possível sentir espessamentos ou nódulos em região retrocervical em até metade das pacientes com lesões profundas [3], além de permitir a avaliação de alterações da musculatura do assoalho pélvico que podem ser fonte de dor miofascial.

#### **Confirmação diagnóstica**

**Imagem:** Para o diagnóstico tanto a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, como a ressonância magnética de pelve, são realizadas com protocolo específico para o mapeamento de endometriose e têm alta sensibilidade, especificidade e acurácia quando realizadas por profissional experiente [3]. Vale ressaltar que nenhum método faz o diagnóstico da endometriose superficial (infiltração < 5 mm). A suspeita diagnóstica clínica e por imagem é suficiente para o início da terapia e seguimento na maioria dos casos [4].

**Anatomopatológico** É recomendado estudo histológico para confirmar o diagnóstico e excluir malignidade em casos de cistos ovarianos onde a imagem é inconclusiva [5].

### **2. TRATAMENTO (c)**

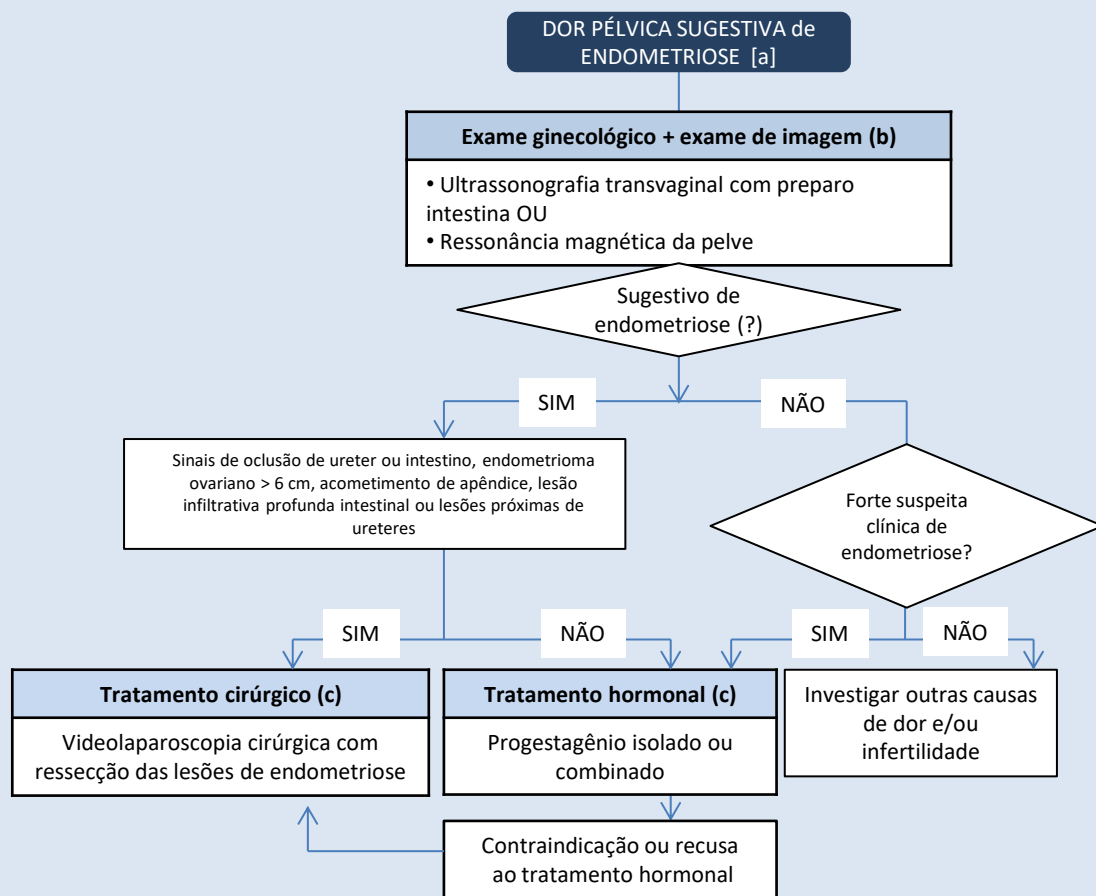
#### **Tratamento cirúrgico**

- Considerar as indicações de tratamento cirúrgico da endometriose pacientes com: Sinais de oclusão de ureter ou intestino, endometrioma ovariano > 6 cm, acometimento de apêndice, lesão infiltrativa profunda intestinal ou lesões próximas de ureteres, associadas à sintomas e infertilidade sem sucesso após fertilização in vitro.
- Para pacientes com dor persistente e com aumento das lesões apesar do tratamento clínico, considerar a indicação cirúrgica. É importante reforçar que a cirurgia deve ser realizada por equipe experiente para remoção adequada das lesões, sendo multidisciplinar conforme a necessidade de cada caso (cirurgião do aparelho digestivo, urologista, cirurgião do tórax) [6, 7]

#### **Tratamento clínico**

- Mulheres com dor pélvica sem as indicações inequívocas de cirurgia e sem desejo reprodutivo devem ter indicação de tratamento clínico com analgésicos e progestagênios isolados ou combinados [5].
- Mulheres que desejam engravidar não devem realizar tratamento hormonal contraceptivo pois, além de atrasar, não melhora a chance de gravidez[8];
- Não existem estudos mostrando a superioridade de nenhum tratamento hormonal. Pacientes que apresentam contraindicação ao uso dos estrogênios, em geral podem usar progestagênios isolados [9];
- O efeito terapêutico deve ser avaliado periodicamente, tanto do ponto de vista clínico, como por imagem. Se ocorre controle da dor e a doença não evoluir, a medicação é mantida até que a paciente apresente desejo reprodutivo ou até o climatério. Se a dor persistir ou as lesões crescerem, o tratamento hormonal deve ser trocado por uma opção diferente. Caso essa falta de controle se mantenha, há indicação de tratamento cirúrgico
- Em casos de infertilidade, os casais devem ser avaliados globalmente para checar outras causas, como fator masculino, baixa reserva ovariana, obstrução tubária, entre outros.

## FLUXOGRAMA



### 3. TRATAMENTO continuação (c)

#### Eficácia do tratamento

- Cerca de 2/3 das pacientes apresentam controle da dor pélvica com o uso do tratamento clínico. O tratamento cirúrgico chega a taxas de 80 a 90% de melhora [10, 11];

### 4. CONTROLE POR IMAGEM DO TRATAMENTO

Em geral, recomenda-se controle com exames de imagem (ver item 1, Imagem) anualmente, na ausência novos sintomas que indiquem a necessidade de reavaliação [4].

## II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tratamento cirúrgico da endometriose sem as indicações acima descritas em paciente não esclarecida de que a o tratamento clínico é a primeira opção.

## III – HISTÓRICO DE REVISÃO

Sergio Podgaec 19/06/2024 – Revisão periódica

Prática Médica – Pertinência do Cuidado – 24/02/2026 - Revisão periódica

#### IV. Referências Bibliográficas

- [1] Nat Rev Endocrinol 2014, 10:261;
- [2] Fertil Steril 2002, 78:719-26;
- [3] Hum Reprod 2007, 22:3092;
- [4] Podgaec, S. Manual de endometriose / Sérgio Podgaec. -- São Paulo: FEBRASGO, 2014;
- [5] Hum Reprod. 2014, 29:400;
- [6] Fertil Steril 2014, 101:927;
- [7] Hum Reprod Update 2015, 21:329;
- [8] J Clin Pharmacol 2006, 46:925;
- [9] Schenken RS. Endometriosis: Treatment of pelvic pain. UpToDate 2020;
- [10] Fertil Steril 2004, 82:878;
- [11] Fertil Steril 1994, 62:696.

|                                      |                                      |                                                 |                                                  |                                                                                       |                                         |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Código Documento:</b><br>CPTW94.4 | <b>Elaborador:</b><br>Sérgio Podgaec | <b>Revisor:</b><br>Mauro Dirlando C de Oliveira | <b>Aprovador:</b><br>Andrea Maria Novaes Machado | <b>Data de Elaboração:</b><br>15/04/2021<br><br><b>Data de Revisão:</b><br>24/02/2026 | <b>Data de Aprovação:</b><br>24/02/2026 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|