

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE BIOMEDICINA**

GILVANIRA ASSUNÇÃO TRABUCO

**ENDOMETRIOSE: Infertilidade no diagnóstico da
Endometriose.**

PATOS DE MINAS

2015

GILVANIRA ASSUNÇÃO TRABUCO

ENDOMETRIOSE: Infertilidade no diagnóstico de Endometriose.

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Bacharel em Biomedicina.

Orientador. Prof.^o Ms. Fernando Fachinelli Rodrigues.

PATOS DE MINAS-MG

2015

GILVANIRA ASSUNÇÃO TRABUCO

ENDOMETRIOSE: Infertilidade no diagnóstico de Endometriose.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 26 de novembro de 2015, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof. Fernando Fachinelli Rodrigues
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Ms Paulo Vinicius Rocha Pereira
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Ms Guilherme Santos Romão
Faculdade Patos de Minas

ENDOMETRIOSE: Infertilidade no diagnóstico de Endometriose.

Gilvanira Assunção Trabuco¹
Fernando Fachinelli Rodrigues²

RESUMO

Com a dupla jornada de trabalho, a mulher de hoje está sujeita a condições desfavoráveis à manutenção da homeostase do organismo e principalmente do sistema imunológico. Pois estão optando em ter filhos tardiamente. Podendo desencadear várias patologias, inclusive a infertilidade, por consequência da endometriose, que é uma afecção inflamatória provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas, migram no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar, causando dismenorreia, dispareunia, disúria, disquezia e infertilidade. Sabe-se que existem várias teorias para a causa da patologia, porém sem muita definição. O diagnóstico de suspeita da endometriose é dado por meio de exames físicos, ginecológicos, ultrassonografia endovaginal, dosagem de marcadores e outros exames laboratoriais. O tratamento da endometriose varia de acordo com o grau das lesões, podendo ser realizado desde o tratamento farmacológico até o tratamento cirúrgico que, normalmente é a melhor opção para a redução dos sintomas e melhor conforto para o paciente.

Palavras chave: Endometriose, Diagnóstico e Infertilidade.¹

¹ Aluno do curso de Bacharel de Biomedicina da Faculdade Patos de Minas (FPM). gilvaniratrabuco@hotmail.com.

²Professor de patologia Clínica/Oncológica /Citologia do curso de Biomedicina da Faculdade Patos de Minas. Mestre :Biopatologia/ aulapatologia@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A endometriose é caracterizada pelo aumento de tecido semelhante ao endométrio fora do útero, sob a forma de nódulos, lesões ou tumores. (1) A patologia afeta pacientes que estão na idade reprodutiva e pode ocasionar a infertilidade. As regiões comuns do crescimento desordenado do endométrio são os ovários, as tubas uterinas, os ligamentos que sustentam o útero, a bexiga e o intestino grosso. (2) São tecidos originados do útero, os nódulos típicos da patologia, poderão ser causadores do ciclo hormonal e do sangramento característico da menstruação. (3) Esse tecido endometrial produzido fora do útero não possui saída, e o resultado é a degradação do próprio tecido endometrial que, no organismo, leva à inflamação, dor, formação de nódulos e a infertilidade. (4)

Os focos de endometriose podem ser classificados como superficiais ou profundos. Existem algumas teorias para se explicar a endometriose, porém a mais aceita para explicar o desenvolvimento da doença é a teoria da implantação, descrita por Sampson, que de acordo com ele, ocorreria o refluxo de tecidos endometriais através das tubas uterinas durante a menstruação (6).

Os mecanismos de infertilidade na endometriose são alterações nas trompas (obstruções), ovulações imperfeitas, presença de substâncias inflamatórias na pelve que dificultam a fecundação do óvulo e, dificuldade da implantação do embrião no útero (7).

Todos os tipos de endometriose podem influenciar a fertilidade. Entretanto entre outras causas de infertilidade, está a demora de pesquisar a doença, inconsistência das queixas clínicas e falta de evidências laboratoriais dos exames de sangue e ultrassom endovaginal. (8).

Entretanto, uma das áreas que mais vem evoluindo na identificação da patologia é o diagnóstico por imagem. Ultrassonografia transvaginal, que pode ser tradicional ou com preparo intestinal. Ressonância magnética, um exame preciso, por meio do qual se consegue imagens de alta definição de todas as áreas e órgãos que, supostamente, possam ter sido afetados pela Endometriose (9).

A endometriose é uma patologia ainda pouco conhecida em sua fisiopatologia e principalmente, com tratamentos ainda insatisfatórios. Embora a patologia possa ser sugerida a partir de dados clínicos, do exame físico e de exames complementares, o diagnóstico definitivo ainda é cirúrgico através de vídeo laparoscopia.

No que diz respeito às formas de tratamento, existem muitas opções terapêuticas para o manejo da endometriose, o procedimento cirúrgico é realizado dentro do objetivo e condições clínicas de cada paciente. Ainda não existe um tratamento ideal, provavelmente pelo desconhecimento da origem da patologia e sua fisiopatologia. Existem muitas divergências nos tratamentos atualmente, sejam as drogas, devido suas limitações terapêuticas e possíveis efeitos colaterais, seja o cirúrgico, cada vez mais agressivo.

É preciso avançar muito no conhecimento desta afecção de grande importância, atualmente ter muito critério e bom senso é significativo para definir a melhor conduta para cada paciente, avaliando cada caso individualmente. (10)

Objetivar a importância e as vantagens do tratamento e diagnóstico precoce da endometriose com vista, na prevenção, sobre a infertilidade, nos danos causados na saúde da mulher.

Verificar quais os tratamentos existentes para a infertilidade em mulheres com endometriose.

A endometriose está diretamente relacionada, com a fertilização, pois existem vários fatores tais como: dismenorreia, menstruação retrógrada de grandes relevâncias científica, pessoal e social.

No que se refere ao tema é de grande importância científica, pois a referida pesquisa somará aos conhecimentos já existentes, contribuindo para o melhor diagnóstico da patologia.

Em razão de ser uma pesquisadora do sexo feminino e conhecedora de vários sintomas relacionados com a patologia, temos o propósito de pesquisar e alcançar os objetivos aqui expostos.

A referida patologia é de grande relevância social, pois diante de muitas perguntas sem respostas, principalmente para as mulheres que são as acometidas, podendo causar até mesmo a infertilidade.

METODOLOGIA

Este trabalho propõe uma pesquisa, bibliográfica como: Revistas científicas, trabalhos acadêmicos, livros e sites: Pubmed, SCIELO, MEDLINE E BIREME, e livros. Também se extraiu pesquisas de artigos, com referência ao assunto tratado, na área Biomédica, visto que se buscou tratar a infertilidade em mulheres diagnosticadas com endometriose relacionada ao tema. Um dos quesitos adotados para o levantamento foi, à priorização de o período estar entre 2000 a 2015, com a finalidade de obtenção de dados atualizados.

A bibliografia oferece meios para explorar novas áreas onde os temas não foram analisados. Assim, a pesquisa bibliográfica não é simples repetição do que já foi pesquisado sobre certo assunto, mas permite uma análise de um tema como nova abordagem, chegando a soluções inovadoras, segundo as versões com que o tema é abordado. A priorização para obtenção das informações gerais acerca da endometriose, como conceitos, sintomas, teorias sobre a patologia, entre outros aspectos concernentes à mesma.

1.0 ASPECTOS ANATOMICOS E HISTOLOGIA DO UTERO

O útero é um órgão muscular que tem o formato de uma pera, com a presença de tubas uterinas uma de cada lado, direita e esquerda. Sendo revestido pelo epitélio colunar e sua porção mais baixa que se abre para vagina. No entanto o útero pode ser dividido em três partes, o fundo, o corpo e a cérvix. (11.)

A parede do útero é relativamente grossa e formada por três camadas. Externamente há uma delgada e serosa, constituída de mesotélio e tecido conjuntivo; outras camadas do útero como o miométrio, é uma grossa camada de musculo liso, e o endométrio ou mucosa uterina revestindo a cavidade uterina. (13) (figura 1)

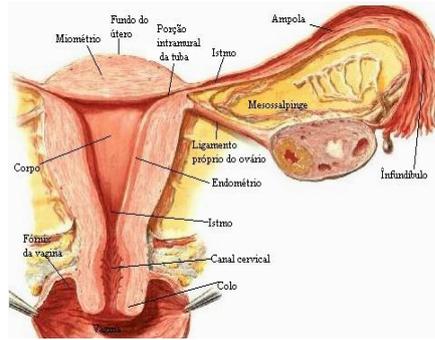


Figura 1 anatomia do útero . Fonte:(14)

O útero é revestido por três túnicas, o perimétrio (externa) miométrio (média) e o endométrio (interna); O perimétrio é constituído pelo mesotélio, expondo uma fina camada de tecido conjuntivo em volta do miométrio, as quais estão intimamente juntas exceto em duas zonas, podendo separá-las com facilidade do miométrio; são o istmo uterino e a cúpula vaginal posterior. (9)

O miométrio é a camada mais grossa do útero, sendo formado por feixes de fibras musculares lisas separadas por tecido conjuntivo. As fibras musculares formam feixes que estão arranjados em três camadas: interna (longitudinal), média (circular, que contém grande quantidade de vasos sanguíneos, nomeadas de estrato vascular) e externa (longitudinal). (10)

O endométrio, camada mais interna, é formado por epitélio cilíndrico simples e lâmina própria, que contém grandes quantidades de glândulas tubulares simples (glândulas endometriais). Sob a ação dos hormônios ovarianos (estrógeno e progesterona) o endométrio sofre modificações estruturais cíclicas, que constituem o ciclo endometrial (ou menstrual). (11)

Na última metade do ciclo mensal, depois de ter ocorrido à ovulação, a progesterona e o estrógenos são secretados em grandes quantidades pelo corpo lúteo. O estrógeno é causador de uma leve propagação celular no endométrio durante esta fase do ciclo, enquanto a progesterona causa inchaço e ampliação secretórios acentuado do endométrio. (12)

As glândulas elevam em tortuosidade, uns excessos de substancias secretório acumulam nas células epiteliais glandulares. Além disso, os citoplasmas das células crescem; depósitos de lipídios e glicogênio se elevam nas células estromais e o aporte sanguíneo ao endométrio aumenta ainda mais em proporção ao desenvolvimento da

atividade secretora, sendo que os vasos sanguíneos se tornam tortuosos. A finalidade das modificações endometriais é produzir um endométrio altamente secretor que contenha elevadas quantidades de nutrientes, armazenados para prover condições apropriadas para a implantação de um óvulo fertilizado durante a última metade do ciclo mensal. (13)

A partir do momento em que um óvulo fertilizado entra na cavidade uterina, vindo das tubas, até o momento em que o óvulo se implanta, as secreções uterinas, chamadas de leite uterino, proporciona nutrição para o óvulo nas suas divisões iniciais. Seguidamente quando o óvulo se implanta no endométrio, células trofoblásticas na superfície do óvulo implantado, digerem o endométrio e absorvem as substâncias endometriais, armazenadas, disponibilizando, assim, elevadas quantidades de nutrientes para o embrião implantado. (12) (figura 3).

Se não ocorre a fertilização do ovócito e a implantação do embrião, o corpo lúteo deixa de funcionar de 10 a 12 dias depois da ovulação. Em consequência, diminuem rapidamente os níveis de estrógenos e, principalmente, progesterona no sangue. Ocorrem vários ciclos de contração das artérias espirais do endométrio que são fonte para a irrigação da camada funcional. Disso resulta bloqueio do fluxo de sangue, produzindo isquemia e causando morte (por necrose) das paredes das artérias, assim como das células da porção da camada funcional do endométrio irrigada por esses vasos. As artérias se rompem após os locais de constrição e o sangramento começa. A maior parte da camada funcional do endométrio é separada da mucosa e cai no lúmen uterino, fazendo parte do fluido menstrual. O resto do endométrio encolhe devido à perda de fluido intersticial. (13)

Se a fertilização e a implantação do óvulo for bem-sucedida, o endométrio não descama e forma a decídua. A camada basal, que não é eliminada, durante a menstruação, apresenta uma reserva celular a partir da qual uma nova camada funcional se desenvolve depois da descamação menstrual. O endométrio não responde igualmente a estimulação ovariana; o endométrio é funcional no segmento inferior próximo a junção com a cérvix e as placas ao redor das entradas das tubas uterinas podem apresentar pequena quantidade secretora ou proliferativa, assemelhando frequentemente a camada basal. (14)

À medida que a menopausa se aproxima o endométrio deixa cada vez mais de responder completamente ao estímulo hormonal. Na menopausa, quando a excitação cessa, o endométrio reverte-se para um padrão pré – puberal simples, embora as

proliferações tubulares possam sofrer estiramento cístico e o estroma possa se tornar compacto (endométrio atrófico cístico). (11)

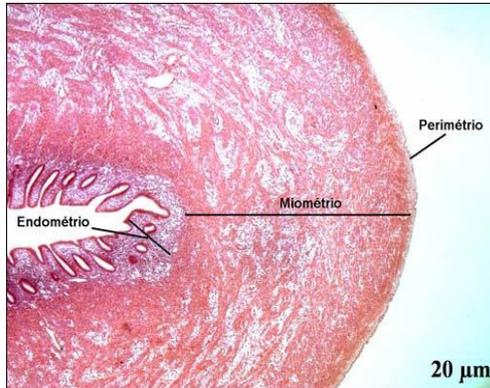


Figura 2 camadas uterinas (15)



Figura 3 Glândulas endometriais (15)

2.0 ENDOMETRIOSE

A patologia pode ocorrer em qualquer idade, desde a menarca até a menopausa, a sua incidência ainda é desconhecida. A endometriose é a presença de tecido endometrial fora do revestimento da cavidade uterina, no entanto, a área com maior comprometimento é a área pélvica em torno dos ovários, peritônio, útero vesical, ligamentos úteros sacros e fundos do saco de Douglas podendo ocorrer em qualquer região do corpo. As manifestações da endometriose ocorrem durante os anos menstruais, podendo desaparecer na menopausa. (15)

O uso contínuo de anovulatórios pode ser um método de tratamento para o desconforto da dor, não sendo bem-sucedida para clínicos em estágios avançados, onde ocorre a manifestação folicular anormal. (16) Dois tipos distintos são avaliados em termos de localização da endometriose: na cavidade pélvica que são nos ovários, tubas uterinas, ligamentos úteros sacrais, peritônio visceral na alça do intestino, nos septos vesico e reto uterino, na bexiga e no reto. Fora da cavidade pélvica localizando na parede abdominal, umbigo, em cicatrizes de procedimentos cirúrgicos, na vagina,

vulva, no períneo, além de outras mais raras que são nos pulmões, fígado e ureteres. (17)

Aspectos sobre a doença continuam sendo foco de pesquisa, destacado a procura pela etiopatogenia, tendo em vista entender o motivo do desenvolvimento do foco de endometriose, seria possível então direcionar para o melhoramento do diagnóstico e tratamento. Duas principais hipóteses da etiopatogênicas são citadas há quase um século. A teoria da metaplasia celômica, onde ocorre transformação de mesotélio em tecido endometrial. A teoria da menstruação retrógrada, que postula o implante de células endometriais provenientes do refluxo do sangue menstrual pelas trompas para a cavidade abdominal que ocorre pela influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não destruíram tais células deste local inapropriado. (18)

A endometriose está fortemente associada à infertilidade, sendo que entre 20% e 60% das mulheres inférteis são afligidas por essa doença. A infertilidade associada à endometriose tem sido atribuída a alguns mecanismos, tais como obstrução mecânica em virtude da distorção anatômica anexial, interferência com o desenvolvimento do oócito e a reduzida receptividade do endométrio. Dessa forma, o tratamento cirúrgico visando ao restabelecimento da anatomia apresenta-se como excelente opção na correção da infertilidade associada à endometriose. (20)

A descamação causada pela endometriose constante na cavidade peritoneal pode dificultar a mobilidade dos espermatozoides no interior das tubas uterinas dificultando ou até impedindo a fecundação. (19)

2.1 Fisiopatologia

Dor proveniente da dismenorreia resulta na secreção elevada da prostaglandina no sangue menstrual, que aumenta as contrações normais do útero. As prostaglandinas são responsáveis pela vasoconstrição e o aumento da contração do miométrio uterina, piorando a hipóxia associando-se a menstruação. As concentrações musculares intensas e hipóxia causando dor intensa da dismenorreia.

As prostaglandinas e seus metabolitos causam disfunção gastrointestinal, cefaléia e síncope. (20)

Possuem quatro tipos de hiperplasias endometriais que são a hiperplasia simples sem atipia, identificada como hiperplasia cística ou leve, onde são observadas glândulas de vários tamanhos e formas com ampliações císticas. Raramente as lesões evoluem para adenocarcinoma. Quando é retirada a estimulação estrogênica a hiperplasia evolui para atrofia cística. (21)

A hiperplasia simples com atipia é rara e tem o aspecto de hiperplasia simples no interior das células epiteliais glandulares ocorrem atipias citológicas, caracterizada pela perda da polaridade, núcleos vesiculares e nucléolos proeminentes, ou seja, se tornando arredondada e perdendo sua forma original. No entanto 8% das lesões poderão evoluir para carcinoma. (22)

Hiperplasia complexa sem atipia expõe um elevado número e tamanho das glândulas endometriais, a um aumento da aglomeração glandular e proliferação das glândulas. As glândulas se encontram amontoadas com pouco estroma entre células encontrando elevados números de células mitóticas. Esta classe apresenta menor probabilidade de evolução para carcinoma referente à hiperplasia simples com atipia. A hiperplasia complexa com atipia apresenta uma sobreposição morfológica considerável com adenocarcinoma endometrial é uma distinção precisa entre hiperplasia complexa com atipia e câncer resultando em uma histerectomia (retirada do útero). (23) (fig. 4)

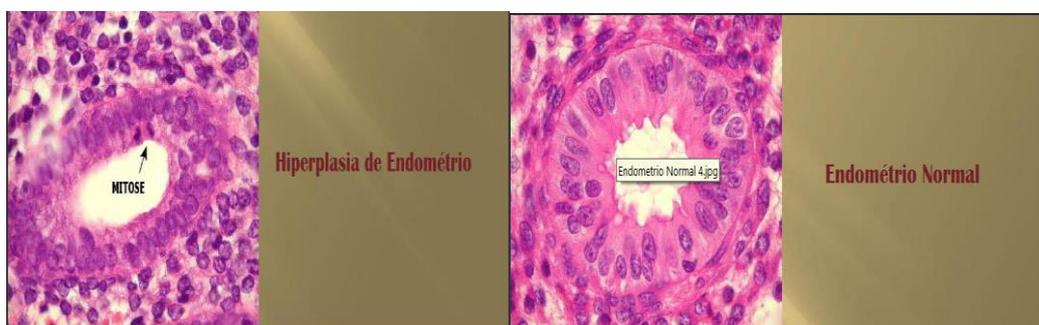


Figura 4 células atípicas e células normais (18)

2.2 Anatomia

2.2.1 Anatomia patológica: Do ponto de vista histopatológico, a endometriose revela tecido semelhante ao endométrio, ou seja, tecido glandular rodeado de estroma. Na endometriose, encontra-se a invasão de um tecido normal por outro tecido normal. Do ponto de vista fisiológico, os núcleos de endometriose se comportam também de maneira quase idêntica ao endométrio, no que se respeitam suas respostas aos hormônios. Embora as opiniões sejam contraditórias no que se refere à resposta do tecido aberrante à progesterona, conclui-se que, em um mesmo indivíduo, determinados núcleos de endometriose respondem à ação hormonal e outros permanecem inalterados. (24)

Em linhas gerais, as alterações provocadas pela endometriose nos diversos órgãos, analisando suas formas mais frequentes.

2.2.2 *Tubas uterinas* - A musculatura tubária é invadida pela endometriose ocasionando o aumento do volume das tubas, que se apresenta obstruída com nódulos nas suas estruturas. O endométrio em resposta se estende, cobrindo parte da mucosa tubária e invadindo a sua parede e obstrução total ou parcial da sua luz. (25)

2.2.3 Ovários – A maior incidência da patologia acomete os ovários, expondo sobre forma de nódulos que são fixadas nos ovários (endometriomas). Com o desenvolvimento estes nódulos retêm líquidos em seu interior originando em cistos: “cistos de chocolate”. As rupturas destes cistos vão dar origem ao derramamento de sangue, de coloração escura e de restos de tecidos fora da cavidade pélvica, podendo assim se instalar em outros órgãos. (figura 5) (26)

Mulheres portadoras de endometriose ovulam precocemente ou tardiamente. Os oócitos podem apresentar-se com capacidade de fertilização diminuída ou imatura no momento de sua liberação através dos ovários (27)

2.3.1 Endometriose superficial: este tipo de endometriose foi caracterizado pela infiltração crônica da patologia no fundo-de-saco de Douglas, com a maior extensão

da doença estabelecida na face peritoneal, conforme a similaridade com o epitélio endometrial ativo, o padrão glandular é sub classificado e bem diferenciado, quando a morfologia das células epiteliais, não se distingue dos endométrios tópicos nas diferentes fases do ciclo a doença peritoneal, e é caracterizada pela presença de implantes superficiais no peritônio. (28)

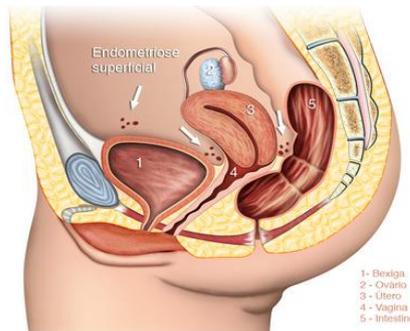


Figura 5 Endometriose superficial (24)

2.3.2 Endometriose ovariana: São cistos ovarianos preenchidos por um líquido típico achocolatado denominado endometriomas ovarianos. Os cistos ovarianos não reagem adequadamente ao tratamento medicamentoso, sendo a cirurgia indicada nos casos de manifestação de sintomas dos endometriomas. A ooforectomia deve ser evitada para os casos de recidiva da dor, principalmente em mulheres na Perimenopausa.

A conservação cirúrgica deve ser realizada em mulheres jovens ou com desejo de engravidar. As opções de cirurgia conservadora incluem a extração da pseudocápsula de endometriomas, drenagem (ablação) do cisto ou punção e esvaziamento. Nesses casos, recomenda-se enviar parte da pseudocápsula para análise histopatológica para confirmação do diagnóstico clínico e exclusão de malignidade, que é em torno de 0,7%. (21) A cirurgia excisional está relacionada com menor recorrência dos sintomas de dismenorrea, dispareunia e dor não menstrual em relação à drenagem (ablação) da cápsula.

A cirurgia de biópsia excisional também diminui a recorrência do endometrioma e da necessidade de reintervenção de outros procedimentos, assim como aumenta os índices de gestação espontânea nas pacientes com subfertilidade. (21) Parece haver uma melhor resposta folicular ovariana à estimulação com citrato de clomifeno e

gonadotrofinas nas pacientes que realizaram cirurgia de biópsia excisional (22). Entretanto, não há evidências de qual a melhor abordagem cirúrgica dos endometriomas em relação aos índices de gestação após tratamento de reprodução assistida.

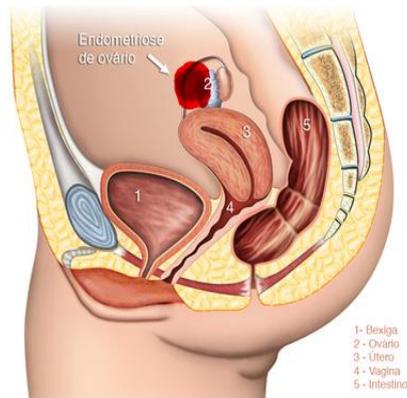


Figura 6 Endometriose ovariana. Fonte (24)

3.3.3 Endometriose profunda: São as lesões que possui pelo menos 5 mm de profundidade e são as mais importantes, por se relacionarem com os sintomas mais característicos. Podem se localizar:

2.3.3.1 Peritônio: camada que reveste internamente o abdômen.

3.3.3.2 Região retro cervical: significa atrás (retro) do colo (cervical) uterino, porém na parte interna do abdômen. É o local mais comum onde a endometriose pode se instalar.

3.3.3.3 Vagina: As lesões de endometriose podem surgir no terço superior da vagina, atrás do colo uterino.

3.3.3.4 Septo reto-vaginal: é o espaço entre o reto e a vagina no terço médio e inferior da vagina, onde podem ocorrer lesões de endometriose.

2.3.3.5 Intestino: a parte do intestino mais acometido pelos focos de endometriose é o reto-sigmoide que é a porção final do intestino grosso e fica próximo ao útero. Porém, o apêndice e o íleo também podem apresentar a patologia.

Bexiga e ureteres: Os focos de endometriose podem infiltrar a parede da bexiga, e pelos ureteres (canais que levam a urina dos rins à bexiga). (16)

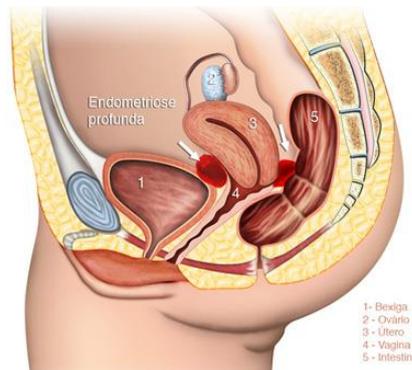


Figura 7 Endometriose profunda. Fonte: (24)

3.0 DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

Os sintomas associados causam choque sobre o estado físico, mental e social da paciente, atenuando significativamente a qualidade de vida das pacientes.

O diagnóstico se baseia no histórico clínico, no exame físico e nos exames complementares, nos quais a ultrassonografia transvaginal e de parede abdominal, dopplervelocimetria colorida, TC (tomografia computadorizada), ressonância nuclear magnética, laparoscopia e dosagens de marcadores como o CA-125, proteína C reativa e anticorpos anticardiolipina. (10)

O diagnóstico definitivo da endometriose precisa-se de uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por video laparoscopia, outros achados nos exames físicos, de imagens e laboratoriais já podem prognosticar, com alto grau de confiabilidade, que a paciente apresenta na endometriose. (6)

3.1 Tratamentos da infertilidade

Estudos relatam que 20 a 50% das pacientes inférteis têm endometriose e 30 a 50% das pacientes com endometriose são inférteis, sugerindo um possível papel da endometriose na etiopatogênese da infertilidade. (25)

3.1.1 Tratamento clínico medicamentoso

O tratamento medicamentoso é indicado para a maioria dos casos de endometriose e para a diminuição das dores clínicas da atenuação da doença após tratamento cirúrgico. São utilizados medicamentos com diminuição das doses de hormônio que podem ter reações colaterais como inchaço do corpo, elevação discreta de peso e dores leves nas pernas. No entanto, são usados anovulatórios orais ou injetáveis, ou ainda, o sistema intrauterino medicado com hormônio (progestagênio). (26)

3.1.2 Tratamento cirúrgico

O principal objetivo da cirurgia em mulheres com endometriose é a retirada de maior quantidade de focos endometriais possíveis e restaurar a anatomia normal da pelve. O manejo do tecido e a hemostasia cautelosa são fundamentais para evitar a formação de novas instalações de focos endometriais (22). O tratamento mais utilizado para a endometriose é o cirúrgico. A via de acesso pode ser por laparoscopia, dependendo do acometimento da doença. (25)

3.1.3 Tratamentos hormonais

O tratamento hormonal é associado com o tratamento cirúrgico. Independentemente da modalidade terapêutica escolhida, o principal objetivo é o alívio das dores, amenorreias, a obtenção de gravidez e a prevenção de recorrências dos focos endometriais. Embora haja inúmeros alguns estudos comprovados, os achados são contraditórios e inconclusivos. A melhor abordagem medicamentosa para a endometriose ainda não foi estabelecida. (28)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender a infertilidade relacionada ao diagnóstico da endometriose. A patologia é uma doença multifatorial e complexa. Os principais sintomas que incomodam as mulheres com endometriose, abrangem elevada prevalência de ansiedade e depressão, episódios frequentes de dor, podendo levar a várias internações, pois estas desempenham um impacto direto na vida conjugal, profissional, e a habilidade reprodutiva das mulheres afetadas.

Essa doença crônica tem um efeito abundante na vida da paciente, em razão , do atraso no diagnóstico da infertilidade, necessitando de tratamentos clínicos e cirúrgicos, risco de repetição da doença, diminuição na qualidade de vida, na função sexual e menor produtividade no trabalho. Diante do exposto, o ideal seria que as pacientes com endometriose fossem acompanhadas por uma equipe multiprofissional.

A incorporação desses profissionais na rotina ginecológica de atendimento à endometriose permitiria um atendimento específico às pacientes, foco nos sintomas físicos e psíquicos da doença. É comentado o papel do biomédico, que exerce sua função em qualquer atividade que preste assistência ao ser humano, no contexto da endometriose.

A biomedicina, por sua vez, deve contribuir durante o levantamento de informações sobre o estado de saúde da paciente, tratamento e prognóstico. Apoiando e conscientizando às pacientes sobre a doença.

ABSTRACT

Endometriosis: Infertility in the diagnosis of Endometriosis

With double shifts, today's woman is subject to unfavorable conditions for maintaining the homeostasis of the body and especially the immune system. Because they are choosing to have children later. They can trigger many diseases, including infertility, therefore endometriosis which is caused by an inflammatory disease of the cells endométrio that instead of being expelled migrate in the opposite direction and falls in the ovaries or abdominal cavity, where they return to multiply and bleeding, causing dysmenorrhea, dyspareunia, dysuria, dyschezia and infertility. It is known that there are several theories for to the cause of the pathology, but without much setting. The suspected diagnosis of endometriosis is given through physical examination, gynecological, transvaginal ultrasound, markers dosage and other laboratory tests. The treatment of endometriosis varies according to the degree of lesions, it may be done since the pharmacological treatment by surgical treatment that is the best option for reducing the symptoms and better comfort for the patient.

Keywords: Endometriosis, Diagnosis and Infertility.

REFERÊNCIAS

- 1- Pereira DHM. Doença benigna de origem multifatorial. Disponível em: <http://www.assuntodemulher.com.br/especial.php?id=20>

- 2- Aversari FRV. Endometriose: Saiba mais a respeito desta doença.
Disponível em: <http://drafatimaaversari.blogspot.com.br/2014/05/endometriosesaiba-mais-respeito-desta.html>

- 3- Padovesi I. Endometriose: Doença benigna de origem multifatorial. Revista: Canal saúde mulher guia de saúde & bem estar. Disponível em: www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/guia-de-saude-e-bem-estar/doenca-benigna-de-origem-multifatorial

- 4- Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf

- 5- Bellelis. P, Podgaec S, Abrão MS. Fatores ambientais e endometriose Rev. Assoc. Med. Bras. 2011; 57(4): 456-461. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v57n4a22.pdf>

- 6- Nácul A P, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32(6): 298-307. Disponíveis em: (<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>)

- 7- Ferraz C. Arquivo da categoria: ginecologista de plantão. Dificuldade para engravidar. ABRIL 01, 2013. Disponível em: <http://cristianferraz.com.br/?cat=3&paged=2>

- 8- NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS; S/A Urologia Fundamental. 2010,Ed. São Paulo: 2012 p.420

- 9- Clínica Brunet: Atenção integral a saúde da mulher. Ginecologia & obstetrícia video endoscopia ginecológica. Disponível em: <http://www.clinicabrunet.com.br/noticias/endometriose>

- 10- Monteiro NF, Tambellini SRM, Santos ALF. RBM Jan/Fev 12 V 69 N 1/2 Indexado LILACS LLXP: S0034-72642012009600001-. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?Fase=r003&id_materia=4956
- 11- Stevens A. Lowe J.S. Histologia Humana: Sistema Reprodutor Feminino. 2^o,Ed. São Paulo: Manole, 2004 p.327-50
- 12- Hall J. E., Guyton A. C. Tratado de Fisiologia Médica: Fisiologia feminina Antes da gravidez e Hormônios Femininos. 12^o,ed.Rio de Janeiro :Elsevier 2011, 201.p.1041-57
- 13- Junqueira, L.C, Carneiro. J. histologia básica: Aparelho reprodutor feminino.11^o, Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan 2004-2008 .p.431-48
- 14- Sobota. Anatomia parte 2. Disponível em :<http://www.raiosxbr.com/anatomia-1/sobota-anatomia-parte-2>
- 15- Unifesp. Anatomia do útero Disponível em: www2.unifesp.br/dmorfo/histologia/ensino/utero/histologia.htm.
- 16- Bastos AC. Ginecologia: Adeniose e endometriose. Ed.11. Ver. e atual. São Paulo 2006. Editora: Atheneu cap. 27. P. 238 49
- 17- Bellelis P, Junior JAD, Podgaec S, Gonzales M, Abrão ECBMS aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(4): 467-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/22>
- 18- Paim MP. Projetos gráficos: Serviço de edição e informação técnico científico. CEDC. INCA http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Marcia_Paim_celulas_endometriais_tipicas_e_atipicas.pdf
- 19- Lourenço I, Moreira MC, Berney MH, Brad CL, Bruchak KT, Carrillo C, et al Fisiopatologia: Sistema reprodutor. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga 2007. P.548-74
- 20- Tcherniakovsky M, Paramo GL, Ruano JMC, Martins LEU, Mieli MPA, Simões R. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Endometriose: Tratamento Cirúrgico. Autoria: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: 10 de outubro de 2011. P.1-10

21- Bassi, MA; Podgaec S, Dias JJA, Sobrado, Carlos W, D'Amico FN, Abrão MS. Bowel endometriosis: a benign disease?. Revista da Associação Médica Brasileira, 2009, vol.55, n. 5, ISSN 0104-4230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.Php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000500029

22- Lourenço I, Moreira MC, Berney MH, Brad CL, Bruchak KT, Carrillo C, et al. Fisiopatologia: Sistema reprodutor. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga 2007. P.548-74

23- Robbins SL, Contran RS, Kumar V, Abas AK, Fausto N, Aster JC, et al. Patologia bases patológicas da doença: O trato Genital Feminino. 8º. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2010.p.1013-72.

24- Endometriose online. Tipos de endometriose. Disponível em: <http://www.endometrioseonline.com.br/pt/a-endometriose/os-tipos-de-endometriose>

25- Navarro, PA A S; Barcelos, IDS e Rosa e Silva, JC. Tratamento da endometriose. Rev. Bras. Gineco. Obstet. [online]. 2006, vol.28, n.10, pp. 612-623. ISSN 1806-9339. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006001000008>. disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n10/a08v28n10.pdf>

26- Febrasgo. Endometriose. Disponível em <http://febrasgo.org.br/site/cartilha-febrasgo-endo.pdf>

Goldman S. Endometriose: imagem e diagnostico. Disponível em: <http://www.cura.com.br/artigosmedicos-endometriose.html> as 16h09minhs

27- Abrao, MS; Neme, RM e Averbach, M. Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. Arq. Gastroenterol. 2003, vol.40, n.3, pp. 192-197. ISSN 1678-4219. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032003000300011>. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000428032003000300011&script=sci_abstract&tlng=pt

28- Cambiaghi AS. INSTITUTO PAULISTA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA: Porque os tratamentos de fertilização in vitro podem falhar?. Manual informativo do ipgo P.1-10. Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/wp-content/uploads/2013/03/Miolo-Fertiliza%C3%A7%C3%A3o-IN-VITRO.pdf>

Agradecimento

Agradeço primeiramente a Deus, por esta vitória concedida a mim, as minhas filhas, e esposo pela compreensão da minha ausência, e a todos que me incentivaram durante todo o curso.

Em especial agradeço ao professor e orientador Fernando Frachinelli Rodrigues, que compartilhou comigo os seus conhecimentos com muita dedicação.

Minha eterna gratidão a todos os mestres que estiveram presentes ao longo do curso, e a todos os colegas.