



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.016
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO		Emissão: 19/10/2023
			Próxima revisão: 19/10/2025
		Versão: 3	

1. AUTORES

- Erika dos Santos Dantas
- Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra
- Marinaldo Cavalcanti e Melo Júnior

2. SIGLAS E CONCEITOS

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RNM: Ressonância magnética

USTV: Ultrasonografia transvaginal

3. OBJETIVO

- ✓ Oferecer diretrizes para o manejo cirúrgico de pacientes com diagnóstico de endometriose acompanhadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

4. INTRODUÇÃO

A endometriose, que se caracteriza por implantes endometriais fora da cavidade endometrial, é uma doença crônica que acomete as mulheres em idade reprodutiva. As decisões de tratamento são individualizadas e consideram a apresentação clínica prevalente (dor e/ou infertilidade, fenômenos obstrutivos). Assim sendo, antes de uma indicação cirúrgica, todas as pacientes devem passar por uma anamnese detalhada, exame físico, exame de imagem e iniciar um tratamento conservador.

Devemos considerar e individualizar alguns fatores como gravidade dos sintomas, extensão da doença, desejos reprodutivos, idade da paciente, efeitos colaterais das medicações, taxas de complicações cirúrgicas e custo. É válido salientar que a doença pode apresentar eventual incongruência entre tamanho de lesões e intensidade de sintomas. Sendo eventualmente até assintomática em alguns casos, onde a infertilidade seria o único sintoma de apresentação.

As pacientes devem ser avaliadas, criteriosamente, para os diagnósticos diferenciais de dor pélvica crônica que podem coexistir com a patologia em foco. Por exemplo, 10% das pacientes com síndrome do intestino irritável cursam, concomitantemente, com endometriose. Inclusive, por possuírem sintomas semelhantes, ambos podem ficar subdiagnosticados. Portanto, além do tratamento cirúrgico, as mulheres com sintomas de dor crônica podem se beneficiar de modalidades de tratamento direcionadas às síndromes de dor crônica, incluindo medicamentos, fisioterapia, medicina comportamental e neuromodulação.

5. TRATAMENTO

O ato cirúrgico, quando bem indicado, promove benefícios para a paciente como: diagnóstico histológico, avaliação de cistos ou massas pélvicas e redução da dor ao destruir os implantes endometrióticos.

Indicações de tratamento cirúrgico:

- Dor persistente apesar de tratamento medicamentoso por 6 meses
- Contra-indicações ao tratamento medicamentoso
- Necessidade de um diagnóstico tecidual de endometriose

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN-MEAC.016	
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO	Emissão: 19/10/2023	Próxima revisão: 19/10/2025
		Versão: 3	

- Exclusão de malignidade em uma massa anexial
- Endometrioma ≥ 5 cm
- Obstrução do intestino ou do trato urinário
- Infertilidade e endometriose.

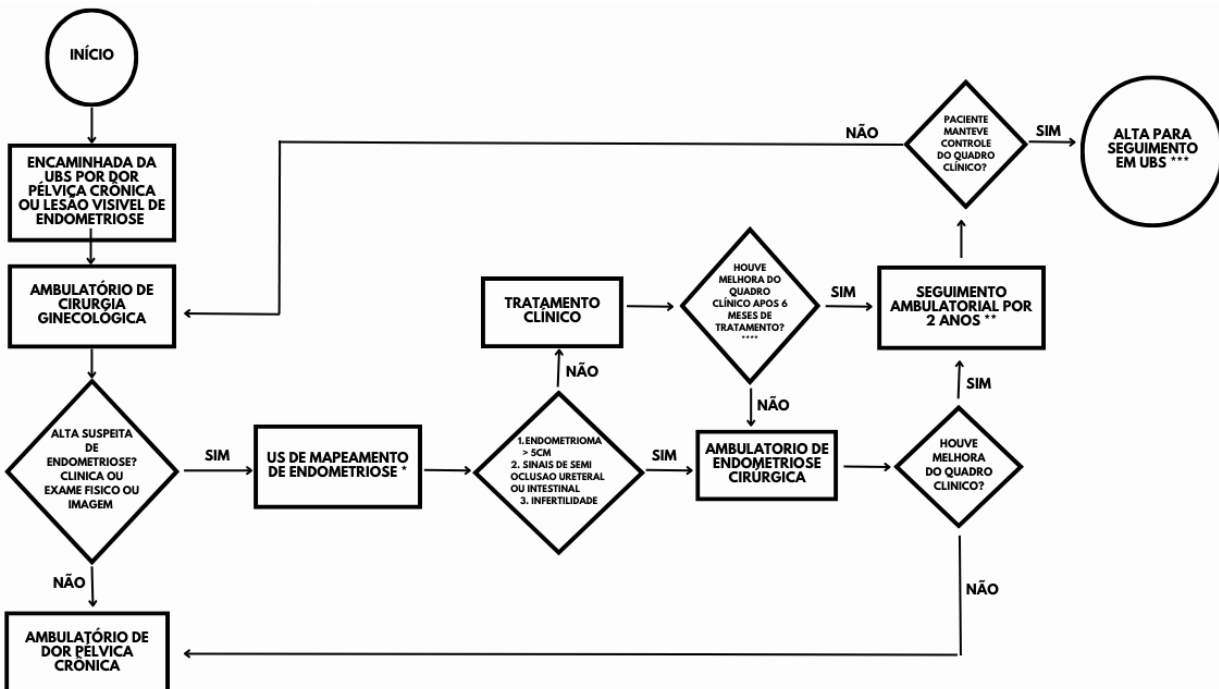
As desvantagens da cirurgia incluem risco de lesão (especialmente intestino e bexiga), possível redução da reserva ovariana (por exemplo, após a excisão do cisto ovariano) e formação de aderências, além do risco cirúrgico padrão inerentes à cirurgia ginecológica.

Geralmente, tende-se a evitar cirurgia em mulheres nas seguintes situações:

- Dor pélvica avaliada de forma incompleta
- Mulheres com dor pélvica persistente após cirurgias repetidas
- Mulheres se aproximando da menopausa (alguns autores, inclusive, pontuam a indicação de antecipar a menopausa, caso a paciente se encontre próximo a idade média desta ou com sintomas climatéricos).

Uma vez indicada a cirurgia, deve-se prosseguir com o planejamento cirúrgico, o qual é sempre individualizado. Este passo envolve explicar sobre as possibilidades cirúrgicas, desejo e percepção do resultado cirúrgico da paciente, aconselhamento de possíveis complicações inerentes ao procedimento e TCLE. Além disso, visa avaliar a necessidade multidisciplinar cirúrgica.

Fluxograma 1: Manejo das pacientes no ambulatório de endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubriand .



* Excepcionalmente RNM de pelve.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.016
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO		Emissão: 19/10/2023
			Próxima revisão: 19/10/2025
			Versão: 3

** Seguimento clínico semestral. Em pacientes com endometrioma em seguimento clínico, reavaliar com USTV simples após 1 ano.

*** Solicitar USTV com preparo intestinal antes da alta.

**** Avaliar mudança de tratamento clínico; avaliar adesão à fisioterapia pélvica, etc.

5.1. Cirurgia conservadora versus definitiva

A cirurgia conservadora envolve a excisão das lesões de endometriose. Ela está indicada em mulheres que desejam preservar o útero e o máximo da reserva ovariana possível. Menos invasiva e mórbida, possui eficácia a curto prazo. A desvantagem é a maior taxa de recidiva da dor, além de provável aumento no número de reoperações.

A cirurgia definitiva inclui histerectomia, com ou sem ooforectomia, além da exérese dos nódulos endometrióticos. A cirurgia definitiva é oferecida a mulheres com sintomas debilitantes, de provável origem endometriótica, com prole constituída e falha em outras opções de tratamento. Apesar de um maior risco cirúrgico e, conseqüentemente, de complicações, além do impacto corporal em algumas mulheres, perda da fertilidade e sintomas da menopausa cirúrgica, esta modalidade possui um menor número de reoperações quando comparado à cirurgia conservadora.

A inclusão da ooforectomia bilateral deve ser sempre individualizada, visto que os efeitos deletérios à saúde da mulher secundário à menopausa cirúrgica, a longo prazo, são maiores quanto mais jovem for a paciente. Quando os benefícios superam os riscos, é provável que a ressecção ovariana aumente a eficácia da cirurgia definitiva.

5.2. Via cirúrgica

A via cirúrgica laparoscópica é a via de escolha, pois esta permite a visualização de lesões não visíveis na via laparotômica (ampliação de 40x), menos dor, menor tempo de internação, recuperação mais rápida, além de melhor resultado cosmético. Essa via é realizada na grande maioria dos procedimentos de tratamento da endometriose, independentemente da gravidade da doença. É descrito que em pacientes com lesões em sítios anatômicos complexos (por exemplo, lesões retrocervicais), uma abordagem robótica pode fornecer melhor articulação do instrumento em comparação com a laparoscopia convencional, embora não haja muitos dados disponíveis e disponibilidade da via em nosso serviço.

5.3. Endometriose profunda

Se houver suspeita de doença profunda com base na sintomatologia (por exemplo, disúria, disquezia, hematoquezia) e / ou exame físico (por exemplo, sensibilidade do ligamento útero-sacro com nódulos densos, útero imóvel), a avaliação pré-operatória inclui testes direcionados ao sintoma específico. Os exemplos incluem cistoscopia para avaliação ou sintomas urinários ou colonoscopia para avaliação de hematoquezia. As aderências pélvicas extensas são difíceis de diagnosticar por imagem. No entanto, a ressonância magnética ou a ultrassonografia retal podem sugerir um fundo de saco pélvico obliterado. Da mesma forma, se houver suspeita de doença extrapélvica (por exemplo, lesões umbilicais, inguinais, diafragmáticas), deve-se realizar uma avaliação pré-operatória adequada. O mapeamento de toda a doença possível é



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.016
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO		Emissão: 19/10/2023
			Próxima revisão: 19/10/2025
			Versão: 3

imprescindível para o planejamento multidisciplinar cirúrgico.

5.4. Excisão

A excisão das lesões endometrióticas deve ser iniciada no peritônio normal e de forma ampla, pois a doença não visualizada foi relatada até 27 mm da lesão em peritônio de aparência normal.

5.5. Adesiólise

Consiste da ressecção das aderências relacionadas à endometriose e/ou decorrente de cirurgias prévias. Dentre os tipos de lesões endometrióticas, as vermelhas são as mais relacionadas com a formação de bridas. Sua prática não deve ser rotineira, sendo reservada para os casos nos quais esse tempo cirúrgico gere benefício para paciente. Por exemplo, casos de infertilidade, melhora da dor ou de sintomas obstrutivos.

5.6. Endometriose retovaginal

O tratamento cirúrgico da endometriose retovaginal envolve a dissecação do espaço retovaginal e a remoção dos nódulos endometrióticos. Se houver infiltração das paredes retais ou vaginais, a ressecção e o reparo dessas estruturas podem ser necessários. Além disso, como a doença retovaginal está frequentemente associada à obliteração do fundo de saco posterior ou com lesões dos ligamentos uterossacrais, esses locais podem exigir adesiólise do fundo de saco posterior e / ou ablação ou ressecção dos ligamentos uterossacrais.

É importante salientar que o tratamento cirúrgico da endometriose profunda requer dissecação nas proximidades do trajeto do nervo hipogástrico, plexo hipogástrico inferior e nervo pélvico esplâncnico, todos contribuindo para a inervação autônoma dos órgãos pélvicos. Danos iatrogênicos a essas estruturas neurais podem causar retenção urinária pós-operatória, constipação e redução da excitação sexual. Sempre que possível, usar a técnica com preservação nervosa. Algumas vezes, esta técnica é limitada, quando a infiltração neural endometriótica e o comprometimento funcional resultante já estão presentes.

5.7. Endometriose intestinal

A endometriose intestinal ocorre em locais diferentes do retossigmóide e é tratada cirurgicamente por meio da excisão da lesão. Não há diretrizes universais sobre qual técnica de excisão é ideal e o manejo cirúrgico da endometriose intestinal é um ponto controverso. No entanto, deve-se realizar a menor ressecção necessária para excisão da lesão.

A extensão da ressecção depende da profundidade de infiltração e do tamanho da lesão, bem como da preferência do cirurgião. As técnicas incluem ressecção intestinal ou excisão do nódulo:

- Shaving - pode ser realizada apenas para lesões que não invadem além da serosa. Técnicas eletrocirúrgicas ou a laser são normalmente usadas para este tipo de procedimento. A integridade do intestino deve ser avaliada após a raspagem / excisão superficial. Danos à musculatura intestinal requerem reparo ou ressecção da área



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.016
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO		Emissão: 19/10/2023
			Próxima revisão: 19/10/2025
			Versão: 3

danificada.

- Ressecção discóide - A lesão e a espessura total da parede intestinal circundante são excisadas. A parede intestinal é então fechada com sutura manual em duas camadas.
- Ressecção e anastomose intestinal segmentar - A lesão e o segmento intestinal são ressecados, seguidos pela anastomose intestinal. As indicações para ressecção intestinal incluem estenose, lesões multifocais, envolvimento sigmóide e lesões > 3 cm ou envolvendo mais de 50 por cento da circunferência da parede intestinal. Mais de 90 por cento das ressecções intestinais segmentares realizadas em mulheres com endometriose são do retossigmóide, corroborando com a distribuição anatômica da doença.

Após a ressecção cirúrgica inicial da endometriose retovaginal ou intestinal, aproximadamente 20 por cento das mulheres necessitarão de cirurgia conservadora ou definitiva adicional devido à recidiva da dor. Os fatores de risco para a repetição da cirurgia incluem idade mais jovem, índice de massa corporal elevado e margens positivas para endometriose no momento da ressecção intestinal inicial. Para mulheres que não desejam uma gravidez imediata, a terapia médica pós-operatória para suprimir a endometriose é geralmente recomendada, embora os dados de apoio sejam limitados. Um efeito benéfico da terapia hormonal prolongada após a cirurgia para endometriose profunda foi sugerido. Além disso, como a endometriose profunda frequentemente ocorre com outras formas da doença, a terapia pós-operatória prolongada deve ser fortemente considerada para a prevenção da formação de endometriomas e recorrência da dismenorreia. Para mulheres com desejo de gestar, devem engravidar o mais precoce possível após o ato cirúrgico.

5.8. Endometriose Vesical

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da endometriose da bexiga incluem shaving laparoscópico das lesões serosas e ressecção de espessura total de lesões profundamente infiltrantes. A maioria das cirurgias é realizada por laparoscopia, inclusive com assistência robótica. Além da dissecação do espaço vesicouterino, a ressecção do miométrio subjacente parece prevenir sintomas recorrentes quando a bexiga está coaptada ao útero. Para mulheres com lesões na bexiga que estão a menos de 2 cm da crista interuretérica, a ureteroneocistostomia pode estar indicada a fim de evitar obstrução ou estenose ureteral. A sutura vesical deve ser realizada em duas camadas transversais.

As complicações potenciais da ressecção da bexiga incluem hematoma vesical e fístula vesicovaginal. A remoção cirúrgica completa da endometriose da bexiga está associada ao controle dos sintomas em longo prazo (em torno de 5 anos).

5.9. Endometriose ureteral

O tratamento da endometriose ureteral (intrínseca e extrínseca) é principalmente cirúrgico. Embora sejam relatados casos de tratamento conservador, esta conduta não resolve o componente fibrótico da lesão, que é amplamente responsável pela distorção anatômica e obstrução. Os objetivos do tratamento cirúrgico são remover a(s) lesão (ões) endometriótica (s), restaurar a anatomia ureteral e prevenir a perda da função renal.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN-MEAC.016	
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO	Emissão: 19/10/2023	Próxima revisão: 19/10/2025
		Versão: 3	

A escolha do (s) procedimento (s) é determinada pela gravidade e localização da doença. Os principais procedimentos incluem:

- Ureterólise - Dissecção cirúrgica do ureter do tecido circundante, incluindo fibrose.
- Ureterectomia com anastomose ureteroureteral - Remoção do segmento estenótico (ureterectomia) e recolocação das extremidades ureterais de corte proximal e distal entre si (anastomose ureteroureteral).
- Ureteroneocistostomia - Ressecção do segmento estenótico seguida de reimplante do ureter proximal na cúpula da bexiga.

As principais complicações incluíram persistência ou recorrência de estenose ureteral exigindo cirurgia repetida (taxa mais baixa é encontrada na ureteroneocistostomia, fístula ureteral ou ureterovaginal e hemoperitônio).

5.10. Endometriose e infertilidade

O tratamento clínico utilizado para dor relacionada à endometriose não se mostrou efetivo para aumentar a fecundidade em mulheres com endometriose. As pacientes com endometriose e infertilidade são candidatas a tratamentos para fertilidade, como hiperestimulação ovariana controlada, inseminação intrauterina e FIV. Outros trabalhos mostram que a exérese laparoscópica de endometriomas com diâmetro > 5cm melhora a fertilidade, caracterizada pelo aumento nas taxas de gestação espontânea após a intervenção cirúrgica, se comparada à drenagem e coagulação da pseudocápsula.

Por fim, é válido lembrar que, na falha do tratamento clínico e cirúrgico, ainda se pode tentar a neuromodulação sacral para o alívio dos sintomas.

6. REFERÊNCIAS

1. SCHENKEN, R., N. et. al. **Endometriosis: Treatment of pelvic pain**. Up to date 2020. Disponível em < https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-pelvic-pain?search=deep%20endometriosis&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5>.
2. BERLANDA, N. et. al. **Endometriosis of the bladder and ureter**. Up to date 2020. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-of-the-bladder-and-ureter?search=deep%20endometriosis&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H30390295.
3. BERLANDA, N. et. al. **Endometriosis: Treatment of rectovaginal and bowel disease**. Up to date, 2020. Disponível em < https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-rectovaginal-and-bowel-disease?search=deep%20endometriosis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1577169896>
4. FEBRASGO. Podgaec S. **Endometriose**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2014.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.016
Título do Documento	ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO		Emissão: 19/10/2023
			Próxima revisão: 19/10/2025
			Versão: 3

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
3	19/10/2023	Modificação do Fluxograma 1: Manejo das pacientes no ambulatório de endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Erika dos Santos Dantas Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra Marinaldo Cavalcanti e Melo Junior Adner Nobre de Oliveira Raquel Autran Coelho Peixoto Pâmela Mendes Arruda	
VALIDAÇÃO	
Sanja Sâmia Rolim Fernandes Ximenes Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.036082/2023-11 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Raquel Autran Coelho Peixoto Chefe do Setor de Saúde da Mulher	Conforme Processo SEI nº 23533.036082/2023-11 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Zenilda Vieira Bruno Chefe da Divisão Médica da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.036082/2023-11 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerente de Atenção à Saúde da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.036082/2023-11, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br