



DEMORA PARA DIAGNOSTICAR A ENDOMETRIOSE PÉLVICA EM SERVIÇO PÚBLICO DE GINECOLOGIA EM CAMPINAS

DELAY IN PELVIC ENDOMETRIOSIS DIAGNOSIS IN A PUBLIC GYNECOLOGICAL CLINIC IN CAMPINAS, BRAZIL

Arlete Maria dos Santos FERNANDES^{1,2}
Maria Sílvia Ribeiro Monteiro da SILVA¹
Bianca de Oliveira ARMANI¹
Celina de Azevedo SOLLERO¹
Elza Mitiko YAMADA¹
Alessandra QUINTINO¹
Daniela Fornel de OLIVEIRA¹

RESUMO

Objetivo

Determinar o intervalo de tempo decorrido entre os sintomas iniciais até o diagnóstico de endometriose e estágio da doença.

Método

Estudo retrospectivo dos prontuários de 52 mulheres portadoras de endometriose no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000. As variáveis estudadas foram idade da mulher no momento do diagnóstico e no início da queixa,

¹ Área de Tocoginecologia, Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia I, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, 13059-900, Campinas, SP, Brasil.

² Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.M.S. FERNANDES. E-mail: arlete@fcm.unicamp.br

antecedente de dismenorréia e esterilidade, intervalo desde a queixa inicial até o diagnóstico e estágio da doença segundo critérios da *American Society for Reproductive Medicine*.

Resultado

A idade média no início dos sintomas e no diagnóstico foi de 26,9 e 30,6 anos respectivamente. O estágio da doença foi avançado em 65,3% das mulheres e não houve variação dos intervalos diagnósticos entre os diferentes estádios. Mulheres com história de esterilidade tiveram maior demora para o diagnóstico (mediana de 4 anos) que as mulheres com dismenorréia (mediana de 2 anos e 5 meses), $p=0,03$.

Conclusão

É preciso estar atento para o diagnóstico precoce da endometriose pélvica em mulheres jovens, já que a demora na indicação da laparoscopia leva ao diagnóstico tardio e ao comprometimento do futuro reprodutivo destas mulheres.

Termos de indexação: endometriose, intervalo diagnóstico, infertilidade feminina, dismenorréia.

A B S T R A C T

Objective

To determine the period of time elapsed between the first symptoms of endometriosis and the definitive diagnosis and stage of the disease.

Method

A retrospective study was carried out and 52 clinical records of women with endometriosis in the period from January 1996 to December 2000 were analyzed. We took into consideration the following variables: patient age at onset of symptoms; patient age at time of diagnosis; past history of dysmenorrhea and sterility; time between onset of symptoms and definitive diagnosis and stage of disease according to the Revised American Society for Reproductive Medicine criteria.

Result

The average age at onset of symptoms and at diagnosis was 26.9 and 30.6 years respectively. The average age at definitive diagnosis was 30.6. Over half of the women (65.3%) had endometriosis at an advanced stage and there was no variation in diagnostic intervals among the different disease stages. The group with sterility history had latter diagnosis (median 4 years) than those with dysmenorrhea (median 2 years and 5 months), $p=0.003$.

Conclusion

It is necessary to be aware of endometriosis diagnosis at an early stage among young women, since a delay in laparoscopy recommendation may lead to belated diagnosis and impair the reproductive future of these women.

Index terms: *endometriosis, diagnostic interval, infertility, female, dysmenorrhea.*

INTRODUÇÃO

A endometriose pélvica é uma doença comum entre mulheres jovens. Sua prevalência varia conforme a população estudada e está associada à indicação cirúrgica. Esta doença tem sido relatada em mulheres com história de infertilidade e queixa de dor pélvica crônica numa prevalência de 16% e 53% respectivamente. É descrito na literatura que cerca de 68% das mulheres com endometriose podem apresentar esterilidade^{1,2}.

O quadro de esterilidade e/ou a dor pélvica são situações que podem interferir na qualidade de vida das mulheres ou até levar à incapacidade para o trabalho por períodos variáveis de tempo. O diagnóstico da endometriose costuma ser tardio, inclusive em países desenvolvidos. Um estudo sobre o tempo decorrido entre o início de sintomas até o diagnóstico, observou intervalo médio de 11,7 anos nos Estados Unidos e 7,9 anos no Reino Unido³.

Inicialmente, a doença foi descrita como de maior prevalência entre mulheres com mais de 30 anos. Com o advento da laparoscopia e posteriormente da vídeoendoscopia, os diagnósticos passaram a ser mais frequentes. Eles são realizados pela visualização de focos característicos na pelve através de laparoscopia ou laparotomia e comprovado por biópsia⁴.

Em mulheres é uma doença estrogênio-dependente, o que explica sua característica prevalência em jovens. O tratamento atual consiste na exérese do tecido endometriótico e destruição de focos mínimos por coagulação ou laser. Após o tratamento cirúrgico, principalmente em mulheres que querem gestar, é realizada a supressão hormonal⁴. O objetivo do tratamento é bloquear a esteroidogênese ovariana ou antagonizar o efeito do estrogênio nos focos de tecido ectópico.

O diagnóstico de mulheres assintomáticas na ausência de sinal clínico não é factível. Entretanto, em mulheres sintomáticas ou naquelas que apresentam sinais clínicos suspeitos, o diagnóstico precoce leva à diminuição de seqüelas futuras como a esterilidade e a dor pélvica. É comum existir menor

disponibilidade para procedimentos endoscópicos no setor público, seja pelo custo ou pela carência dessa tecnologia nesses serviços. É possível que, através dos dados da história de mulheres com endometriose, da avaliação do tempo referido para o diagnóstico e do tipo de queixa apresentada, possa-se apressá-lo e, por consequência, adiantar o tratamento.

PACIENTES E MÉTODOS

O estudo foi de coorte retrospectivo. Foram revistos os prontuários das mulheres com diagnóstico cirúrgico de endometriose pélvica, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000. As variáveis estudadas foram idade da mulher no momento do diagnóstico e no início da queixa, antecedente de dismenorréia, história de esterilidade, intervalo desde a queixa inicial até o diagnóstico e estágio da doença segundo critérios preconizados pela *American Society for Reproductive Medicine*⁵.

Para análise dos dados, foram utilizados métodos descritivos, cálculos de mediana e interquartil e devido à assimetria dos intervalos foram aplicados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (SAS-8.0).

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 52 mulheres com diagnóstico de endometriose feito através de laparoscopia ou laparotomia. A maioria delas não tinha antecedente gestacional (57,7%), enquanto as restantes tinham pelo menos um filho vivo.

Dois terços das mulheres apresentavam estádios avançados de doença (III e IV). A média de idade das mulheres no estágio I foi dois anos menor que aquelas diagnosticadas no estágio IV (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres, média de idade e desvio-padrão segundo o estágio da endometriose.

Estádio	Mulheres			
	\bar{X}	DP	n	%
Estádio I (mínima)	29,3 ± 6,6		12	23,1
Estádio II (leve)	29,3 ± 7,2		6	11,5
Estádio III (moderada)	31,2 ± 7,5		19	36,5
Estádio IV (severa)	31,5 ± 7,5		15	28,9
Total	30,6 ± 7,1		52	100,0

Tabela 2. Distribuição percentual das mulheres segundo o tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico de endometriose.

Intervalo diagnóstico	Distribuição	
	n	%
< = 5 anos	31	59,6
6 – 16 anos	11	21,2
Zero*	10	19,2
Total	52	100,0

(*) Mulheres com diagnóstico cirúrgico por dor aguda.

Tabela 3. Medianas do intervalo de tempo (em meses) decorrido até o diagnóstico da endometriose e distribuição por quartis das mulheres com e sem esterilidade e das mulheres com e sem dismenorréia.

Diagnóstico	n	Mediana	Q25% - 75%	<i>p</i> *
Com esterilidade	24	47,5	26,5 - 108,0	0,03
Sem esterilidade	18	29,0	8,0 - 43,0	
Com dismenorréia	8	45,0	26,5 - 67,0	0,47
Sem dismenorréia	34	35,0	17,0 - 60,0	

(*) Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Ambos os diagnósticos não são excludentes, ou seja, a mesma mulher pode apresentar dois antecedentes.

Mais da metade dos diagnósticos foram realizados no intervalo de cinco anos e 21,0% deles tiveram intervalo maior de seis anos variando até 16 anos. Em dez mulheres (19,2%) o diagnóstico foi realizado no ato cirúrgico com cistos endometrióticos de grande volume por apresentarem dor abdominal aguda e intensa, sem referência a qualquer sintoma anterior de dismenorréia ou história de esterilidade. Essas mulheres foram consideradas com intervalo diagnóstico ausente ou zero (Tabela 2).

Excluídas as mulheres sem intervalo, as 42 restantes apresentaram média de idade no início da queixa de 26,9 ± 7,9 anos, enquanto que para o total das mulheres, a média de idade no momento do diagnóstico foi de 30,6 ± 7,1 anos.

Não houve diferença na distribuição do tempo de intervalo segundo cada estágio, apesar de haver uma tendência à polarização de dois grupos de distribuição em todos os estágios com ampla variação do intervalo em meses (Figura 1).

Na avaliação de mulheres com e sem esterilidade que apresentavam ou não dismenorréia, não foi possível detectar diferenças no intervalo. Entretanto, avaliando-se somente mulheres com e sem esterilidade, a mediana foi de quase 4 anos entre as primeiras enquanto que mulheres sem esterilidade tiveram mediana de 2 anos e 5 meses (*p*=0,03). Não houve diferença entre as mulheres quando avaliadas quanto à presença ou não de dismenorréia (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Estes resultados são concordantes com os encontrados por Sangi-Haghepeyar & Poindexter⁶ quanto à maior prevalência de endometriose entre mulheres de baixa paridade. É fácil compreender que o dano tubário e as aderências pélvicas possam dificultar a fertilidade feminina pelas distorções anatômicas provocadas pela enfermidade. Entretanto, não está claro se a endometriose, na ausência de fator tubário e/ou aderencial sérios, seria realmente responsável pelo problema da infertilidade simplesmente por estar presente minimamente na pelve⁷. O fato é que entre mulheres inférteis a endometriose é muito prevalente².

Nesta amostra, a média de idade das mulheres de 30,6 anos e a maior frequência de estágios avançados da doença foram resultados similares aos encontrados no Serviço do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo entre os anos de 1992 e 1998⁴. Nesse estudo, durante o acompanhamento de 211 mulheres portadoras de

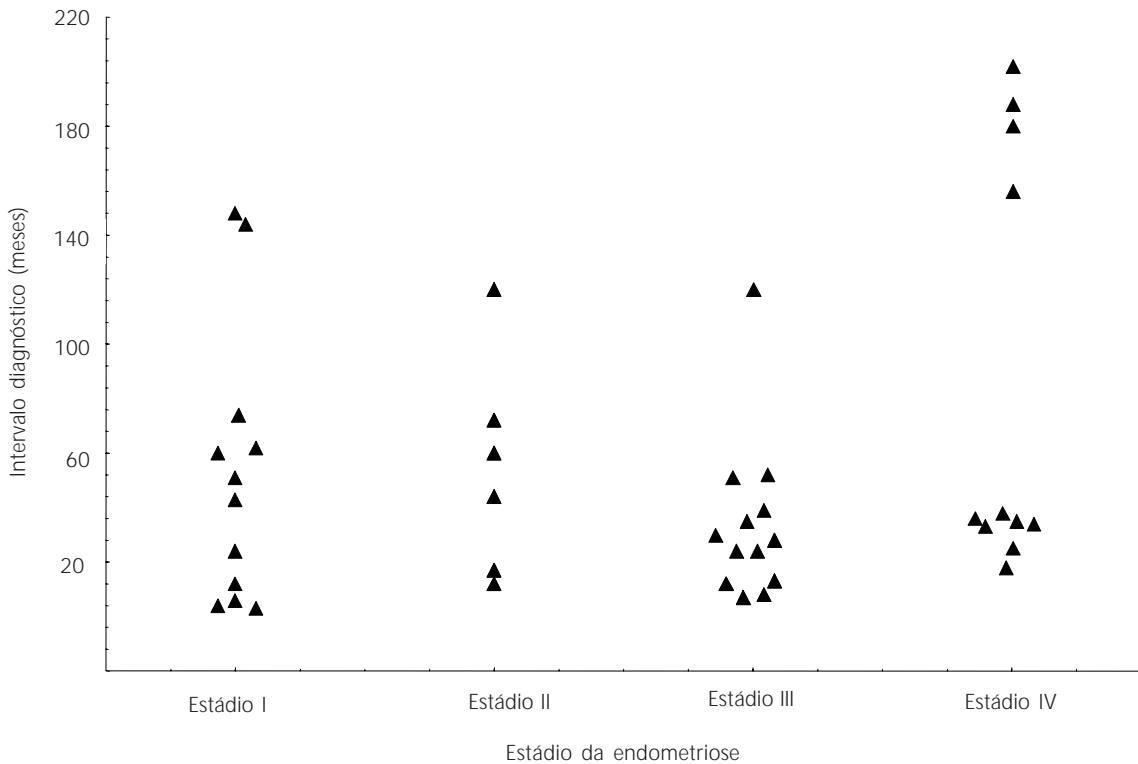


Figura 1. Distribuição das mulheres conforme estágio da endometriose e intervalo diagnóstico em meses. Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p = 0,29$.

endometriose pélvica e queixa de dismenorréia, a idade média observada foi de 32,6 anos e 67,7% delas apresentavam-se nos estádios III e IV⁴.

No setor público, onde existe dificuldade de acesso à realização de exames endoscópicos pela grande demanda de pacientes, é comum demorar-se na indicação ou na viabilização do procedimento, o que deve colaborar com a realização de diagnósticos mais tardios e severos da doença.

Em estudo retrospectivo utilizando prontuários realizado em serviço especializado no estudo da endometriose em Chicago, foram comparadas 357 mulheres com endometriose e dor pélvica crônica e 336 com endometriose e esterilidade⁴. Constatou-se que 48% tinham estádios III e IV e que a demora no diagnóstico e o estadiamento da doença foram maiores no grupo de mulheres com dor pélvica. O maior tempo decorrido para a realização do diagnóstico entre as mulheres com sintomas de dor foi

correlacionado ao maior estágio da doença encontrado durante laparoscopia. Ao se estratificar o momento do diagnóstico, notou-se que no período 1979-1984 e 1990-1995 as percentagens de estádios III e IV foram significativamente menores e a explicação para o fato foi a implementação do uso da laparoscopia⁸.

Nesta revisão, dez mulheres foram internadas no serviço com dor aguda e massa anexial, diagnosticadas como endometrioma, indicadas para intervenção cirúrgica. Os endometriomas são considerados lesões típicas e tornam-se mais frequentes com o avançar da idade¹. O acometimento ovariano com distensão cápsula promove dor pélvica aguda ou crônica e seu tratamento de eleição é a cistectomia com exérese cápsula. Entretanto, pode ser necessária a ooforectomia. Está claro que quanto maior o comprometimento da pelve, mais

agressivo será o tratamento e, por conseguinte, maior poderá ser a seqüela para o futuro reprodutivo.

O diagnóstico da endometriose, em geral, demora algum tempo desde a primeira consulta da mulher pela queixa até a sua finalização. Dados nacionais mostraram que 36,5% das mulheres diagnosticadas como endometriose apresentavam sintomas há pelo menos cinco anos⁴.

Mulheres com esterilidade demoraram mais para ser diagnosticadas neste estudo. Este resultado foi diferente ao relatado na literatura. No grupo de Chicago, foi observado que o atraso no diagnóstico foi maior no grupo com dor pélvica, quando comparado ao grupo com infertilidade, respectivamente 6,35 anos e 3,13 anos⁸. Em estudo recente, 200 mulheres portadoras foram entrevistadas sobre o tempo decorrido do início dos sintomas considerados sugestivos de endometriose até o diagnóstico da doença e novamente as que apresentavam dor pélvica tiveram maior tempo decorrido até o diagnóstico que as mulheres inférteis 7,4 e 4,0 anos, respectivamente⁹. É esperado que em Ambulatórios especializados como os de Esterilidade, desde que aparelhados e com adequado suporte para os procedimentos endoscópicos, tenham menor demora para indicar os procedimentos e, por conseqüência, as mulheres tenham diagnóstico e tratamento mais precoces. Por outro lado, é possível que pela sobrecarga na procura do serviço público, a queixa de dor pélvica, ao contrário da infertilidade (mulheres assintomáticas), tenha permitido acesso mais rápido ao procedimento cirúrgico.

A diferença entre o resultado deste estudo com a literatura pode, possivelmente, ser explicada pela particularidade deste ser retrospectivo e utilizar os dados anotados em prontuário. A qualidade das anotações em prontuário pode ser questionada e é de fato uma limitação, já que a intensidade e duração dos sintomas foi interpretada e anotada por vários entrevistadores, sem a padronização de questionário direcionado. Certamente, durante a anamnese é possível anotar-se períodos menores de dor do que o relatado pela paciente em entrevista ou em questionários dirigidos. Não será freqüente,

durante a anamnese, o profissional, ao ouvir os muitos anos de história relatados e com a preocupação de não realçar a queixa, geralmente perguntar – *mas de quanto tempo para cá a dor se tornou muito mais forte?* E acabar por anotar o tempo de piora do quadro e não a duração da queixa descrita inicialmente pela paciente.

Hadfield *et al.*³, em primeiro estudo publicado sobre a demora no diagnóstico de mulheres com endometriose e sintomas de dor, comparou mulheres americanas e inglesas com endometriose confirmada e, por meio de questionários encaminhados pelo correio, obteve resposta de 218 mulheres. Desta forma, o tempo médio de queixa referido por elas foi de 11,7 anos entre as americanas e 7,9 anos entre as do Reino Unido³. É provável que a demora no diagnóstico fosse também maior neste estudo se as pacientes desta amostra tivessem sido entrevistadas, ao invés de haver-se recolhido os dados de seus prontuários. Entretanto, este estudo foi importante para ressaltar a necessidade de prover os serviços especializados de atenção secundária/terciária de procedimentos endoscópicos.

Mulheres inférteis que freqüentam o serviço universitário onde o estudo foi realizado, cumprem toda a propedêutica básica para esterilidade. Os casos de fator tubário à histerossalpingografia são indicados para laparoscopia. Mulheres com estádios iniciais de endometriose podem não apresentar alteração no trajeto tubário ou não exibir sinais claros de fator tuboperitoneal, passando então a ser acompanhadas com tratamentos para corrigir quaisquer outros fatores apresentados pela propedêutica, ou mesmo, ser seguidas por algum tempo, como casos de Esterilidade Sem Causa Aparente (ESCA). Retarda-se assim o seu diagnóstico através da demora da indicação da laparoscopia. Em serviços que possuem maior facilidade para indicação do procedimento, geralmente a prevalência de endometriose entre a população de mulheres com esterilidade é alta¹⁰.

Já nas mulheres com dor pélvica, o diagnóstico apenas é possível quando se indica laparoscopia ou quando uma laparotomia é necessária. Essa indicação é feita quando a mulher apresenta sintomas

álgicos importantes não esclarecidos e quando, ao exame físico, é percebido alguma lesão característica visível ou nodulação palpável, ou ainda, quando o ultrassom, na propedêutica da dor pélvica, mostra nódulo suspeito. Essas situações clínicas levam alguns anos de evolução para tornarem-se aparentes, por isso o diagnóstico muitas vezes se faz tardiamente, o que eleva o número de mulheres com dano irreversível da anatomia e função de seus órgãos reprodutivos.

Não é demais afirmar que deve-se pensar no diagnóstico de endometriose pélvica para fazê-lo. Os princípios que colaborarão para sua realização são a maior sensibilidade da história clínica e a maior acurácia no exame físico. Tentar implementar o acesso aos exames endoscópicos pélvicos no setor público, certamente irá diminuir gastos futuros e o sofrimento às mulheres portadoras que freqüentam esses serviços.

REFERÊNCIAS

1. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55:759-65.
2. Wheeler JM. Epidemiology and prevalence of endometriosis. *Infertil Reprod Med Clin N Am* 1992; 3:545-9.
3. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and UK. *Hum Repr* 1996; 11(4):878-80.
4. Abrão MS, Dias Jr JA, Podgaec S. *In: Abrão MS. Fisopatologia e quadro clínico da endometriose. In: Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.58.*
5. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 67:817-21.
6. Sangi-Haghepeyar H, Poindexter III AN. Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet Gynecol* 1995; 85:983-92.
7. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328:1759-68.
8. Dmowsky WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P, Noursalehi M. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. *Fertil Steril* 1997; 67:238-43.
9. Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto C.L. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Repr* 2003; 18:1-4.
10. Nagata Y. The diagnosis and treatment of endometriosis the current situation in Japan. *In: The Parthenon Publishing Group Ltd. (eds) New concepts in the diagnosis and treatment of genital endometriosis. New Jersey; 1988. p.35-47.*

Recebido para publicação em 25 de novembro de 2002 e aceito em 21 de maio de 2003.

