



MED-REVIEW



**DOR PÉLVICA
CRÔNICA**

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

A Dor Pélvica Crônica (DPC) é uma das queixas mais prevalentes e desafiadoras nos ambulatórios de ginecologia. Para gabaritar as questões, você precisa saber diferenciar as principais etiologias (ginecológicas e não ginecológicas) pelas “pistas” clássicas dos enunciados. Confira o mapa de prioridades da banca:

PATOLOGIA	PALAVRAS-CHAVE NO ENUNCIADO (PISTAS CLÍNICAS)	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO PADRÃO
Endometriose	Dismenorreia progressiva, dispareunia de profundidade, infertilidade, nódulo retrocervical.	Clínico/Imagem: USG com preparo intestinal ou RNM. Padrão-ouro: Videolaparoscopia com biópsia.	Clínico: Progestagênios contínuos (ex: Dienogeste), COC. Cirúrgico: Casos refratários ou endometriomas volumosos.
Insuficiência Venosa Pélvica (Varizes)	Dor tipo peso que piora ao final do dia e em ortostatismo prolongado. Mulher multípara.	Clínico/Imagem: USG Doppler (veias >8mm) ou RM. Padrão-ouro: Flebografia (Venografia).	Clínico: Progestagênios. Definitivo: Embolização percutânea.
Cistite Intersticial (Síndrome da Bexiga Dolorosa)	Dor ao enchimento vesical, alívio ao urinar, urgência, frequência, urocultura negativa.	Clínico / Cistoscopia: Presença de Lesões de Hunner (patognômico, mas não obrigatório).	Fisioterapia pélvica (nunca fazer Kegel!), Amitríptilina, Pento-sano Polissulfato, Instilação vesical (DMSO).
Dor Miofascial/ Parede Abdominal	Piora com esforço/movimento, histórico de cesáreas ou incisão de Pfannenstiel, <i>Teste de Carnett positivo</i> .	Eminentemente Clínico: Pontos-gatilho palpáveis, hiperalgesia, alodínia.	Fisioterapia, injeção em ponto-gatilho, analgésicos neuropáticos (Gabapentina).

INTRODUÇÃO

Contexto clínico

A Dor Pélvica Crônica (DPC) não é uma doença em si, mas uma síndrome clínica debilitante. Ela é definida como uma dor contínua ou intermitente, localizada na pelve anatômica ou no abdome inferior, com duração de pelo menos 6 meses.

Pensa comigo: a pelve é uma verdadeira "caixa de surpresas" anatômica. Quando a paciente chega com dor, o problema pode estar no útero, nos ovários, mas também na bexiga, no intestino, nos nervos ou na musculatura. Por isso, o ACOG (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas) e outras diretrizes classificam a DPC como uma condição que frequentemente envolve consequências cognitivas, sexuais e emocionais (como ansiedade e depressão), e inclui dores cíclicas, como a dismenorreia severa, e a dispareunia.

Por que esse tema cai tanto

Você está no ambulatório e recebe uma paciente de 30 anos que já passou por cinco médicos diferentes. Ela relata dor intensa para menstruar, dor na relação sexual, dor ao evacuar e diz que está tentando engravidar há dois anos sem sucesso. Esse é o cenário clássico que a banca adora colocar na sua prova!

O tema é muito cobrado porque o diagnóstico exige raciocínio clínico aguçado. A paciente pode ter Endometriose (a queridinha das provas), mas as bancas cada vez mais cobram os diagnósticos diferenciais. Saber identificar quando a dor é da bexiga (Cistite Intersticial), das veias (Congestão Pélvica) ou do músculo (Miofascial) é o que vai te separar da concorrência. Vamos desvendar cada uma dessas patologias agora.

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS GINECOLÓGICAS

Endometriose — Reconhecimento clínico

A endometriose é um distúrbio ginecológico benigno, definido pela presença de glândulas e estroma endometrial fora da cavidade uterina. Mas como esse tecido vai parar lá? A verdade é que a ciência ainda não tem uma resposta única. Existem diferentes mecanismos etiopatogênicos e fisiopatológicos envolvidos, e a literatura trabalha com três teorias clássicas principais.

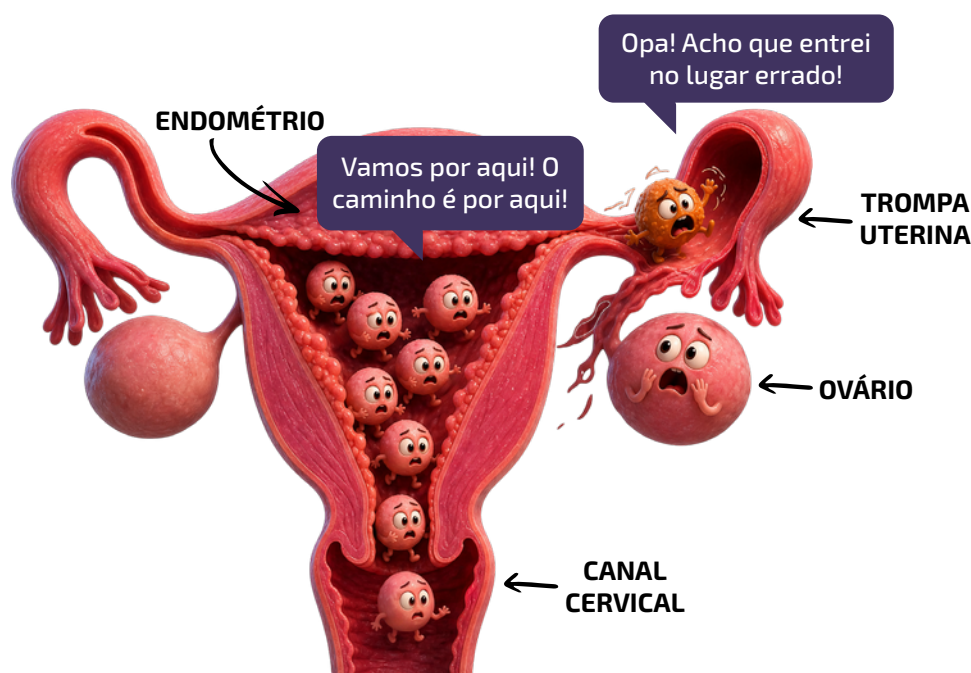
Pensa comigo: se o endométrio deveria estar apenas revestindo o útero por dentro, ele precisa de uma "rota de fuga" ou de uma "falha no sistema" para aparecer em outros lugares. Vamos entender as três rotas propostas:

1. **Teoria da Menstruação Retrógrada (Teoria de Sampson)** É a mais antiga (1927) e a mais aceita. Segundo Sampson, durante a menstruação, em vez de todo o sangue sair pelo canal vaginal, uma parte reflui pelas tubas uterinas e cai na cavidade peritoneal, levando células endometriais viáveis que se implantam nos órgãos pélvicos.



ERRO COMUM: ACHAR QUE A MENSTRUÇÃO RETRÓGRADA É UMA ANOMALIA RARA

Na verdade, quase 90% das mulheres com tubas p rvias apresentam refluxo menstrual, mas apenas cerca de 10% desenvolvem endometriose. Ou seja, para a doença se instalar, não basta o refluxo;   preciso haver uma suscetibilidade imunológica e genética que permita a adesão e prolifera o dessas células.

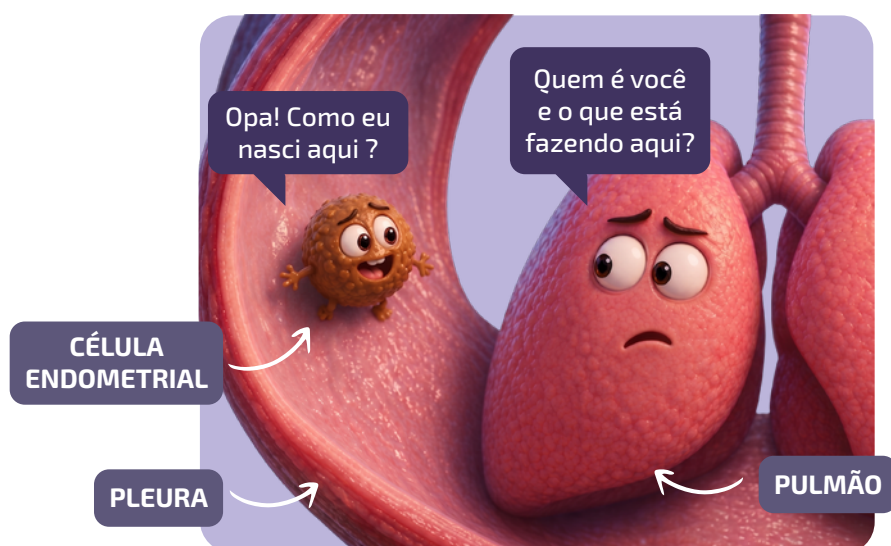


2. **Teoria da Metaplasia Cel mica** Para entender essa, precisamos voltar   embriologia. O ep t lio celômico (origem do mesoderma) d  origem às serosas pélvicas, aos ductos m llerianos e aos ovários. Essa teoria sugere que o peritônio possui células pluripotentes que, sob estímulos inflamator rios ou hormonais, sofrem uma transforma o metaplásica, virando tecido endometrial.



PULO DO GATO

Essa teoria   perfeita para a prova quando a banca quiser justificar o aparecimento de endometriose em pacientes que nunca menstruaram (pr -puberes), em homens (sim, em raríssimos casos) ou em locais sem contato com o refluxo menstrual, como meninges e cavidade pleural.

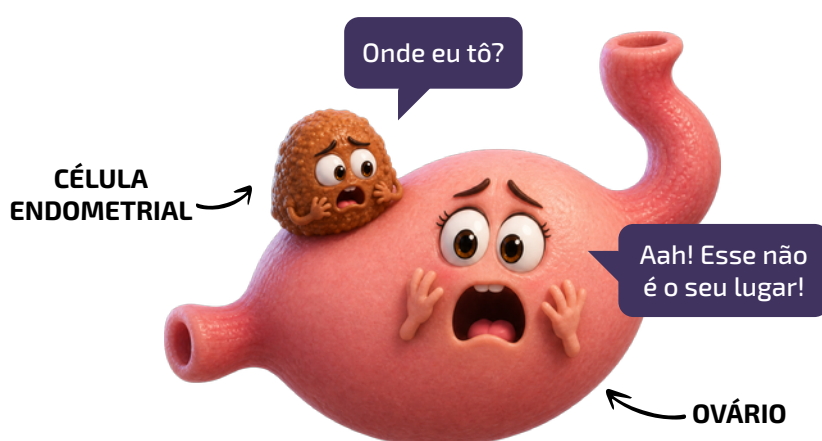


3. **Teoria da Propagação Linfática ou Vascular (Metastática)** Assim como as células neoplásicas, células endometriais benignas também podem cair na corrente sanguínea ou nos vasos linfáticos e “viajar” pelo corpo. Isso explica a ocorrência de focos de endometriose em locais muito distantes da pelve, como o espaço retroperitoneal, a cicatriz umbilical, a vagina e até os pulmões.

Além dessas três clássicas, recentemente tem ganhado força a **Teoria das Células-Tronco Endometriais (eMSC)**, sugerindo que células-tronco alteradas chegam ao peritônio e se implantam devido a um microambiente favorável. Na prática, a suscetibilidade à endometriose depende de uma interação complexa de genética, imunologia e hormônios.

Locais Pélvicos (Os mais comuns):

- **Ovários:** Local isolado mais frequente (é aqui que se formam os endometriomas).



- **Fundo de saco de Douglas (anterior e posterior):** Causa clássica de útero fixo e nódulos palpáveis.
- **Ligamentos uterossacros:** Ponto de tensão máxima na pelve posterior; o espessamento desses ligamentos é a causa número um de dor na relação sexual profunda (dispareunia).

- **Útero (Serosa), Trompas e Ligamentos Largos:** Geram muitas aderências, distorcendo a anatomia e dificultando a captação do óvulo (infertilidade).

Locais Extragenitais e Extrapélvicos: A teoria da disseminação linfática/vascular e da metaplasia celômica nos ajudam a entender por que o tecido endometrial pode parar em locais inusitados:

- **Trato Gastrointestinal:** É o local extragenital mais comum, com destaque absoluto para o **retossigmoide** (cólon sigmoide e reto). O apêndice também é frequentemente acometido. Nesses casos, a paciente pode referir dor para evacuar (disquezia) cíclica e sangramento nas fezes (hematoquezia).
- **Trato Urinário:** Bexiga e ureteres. A paciente evolui com disúria no período menstrual ou até hematúria cíclica. Focos no ureter são gravíssimos, pois podem causar estenose, hidronefrose e até perda silenciosa da função renal, tendo indicação absoluta de cirurgia.
- **Tórax e Abdome Superior:** Diafragma, pleura e parênquima pulmonar. Trazem quadros dramáticos (e que caem em prova como "casos de rodapé") de pneumotórax catamenial (o pulmão colapsa apenas durante a menstruação!). A endometriose torácica pode e deve ser mapeada preferencialmente pela ressonância magnética.
- **Outros locais bizarros:** Pericárdio, meninges, espaço retroperitoneal e cicatriz umbilical (nódulo que incha, dói e sangra no umbigo durante a menstruação).



Na prática, você vai procurar os famosos "6 Ds" da endometriose: Dor pélvica, Dismenorreia (progressiva e incapacitante), Dispareunia (de profundidade), Disúria, Disquezia (dor para evacuar) e Dificuldade para engravidar (infertilidade).



PULO DO GATO

A intensidade da dor **NÃO** tem relação com a extensão da doença! Uma paciente pode ter doença leve (pequenos focos) com dor excruciante por invasão nervosa, enquanto outra com endometriose grave e grandes endometriomas pode ser assintomática.

No exame físico (toque vaginal e retal), os achados clássicos que a banca cobra são: útero fixo e pouco móvel, espessamento ou nódulo na região retrocervical e ligamentos uterossacros dolorosos.

Superficial vs. Profunda — Entendendo a Classificação de Endometriose

Didaticamente (e cirurgicamente), a endometriose pode ser dividida em três apresentações principais: **Superficial, Ovariana e Profunda**.

- **Endometriose Superficial:** Ocorre quando os implantes de tecido endometrial estão na superfície do peritônio, mas não penetram profundamente. A profundidade da invasão é **menor que 5 milímetros** ($< 5 \text{ mm}$).
- **Endometriose Ovariana:** Caracterizada pela formação dos endometriomas, os famosos “cistos achocolatados”. Eles ocorrem por invaginação do córtex ovariano e acúmulo de sangue menstrual antigo.
- **Endometriose Profunda (Infiltrativa):** É a forma mais agressiva e sintomática. Ocorre quando as lesões invadem o peritônio ou a parede dos órgãos em uma **profundidade igual ou superior a 5 milímetros** ($\geq 5 \text{ mm}$) ou causam distorção significativa da anatomia pélvica. Locais clássicos da endometriose profunda incluem o septo retovaginal, os ligamentos uterossacros, o intestino (reto e sigmoide) e o trato urinário (bexiga e ureteres).

Além disso, temos a classificação mais conhecida que é a da ASRM (*American Society for Reproductive Medicine*), que divide a endometriose em quatro estágios (I, II, III e IV), variando de mínima a severa. Ela é baseada em um sistema de pontuação que avalia o que o cirurgião vê durante a videolaparoscopia: o tamanho das lesões, se são superficiais ou profundas, a obliteração do fundo de saco de Douglas e a presença/gravidade de aderências.



ATENÇÃO NA PROVA

A intensidade da dor **NÃO** guarda correlação direta com a extensão ou volume da doença! Você pode ter uma paciente com endometriose estágio IV (várias aderências e endometriomas enormes) que seja oligossintomática (sente pouca dor), enquanto uma paciente com estágio I (endometriose superficial mínima) pode ficar acamada de tanta dor se aquele pequeno foco de lesão invadir profundamente uma terminação nervosa (invasão neuronal), desencadeando sensibilização central e hiperalgesia severa.

Questão Estratégica — Diagnóstico de Endometriose Profunda



QUESTÃO SUS/SP - 2021

O diagnóstico de dor pélvica crônica é desafiador e apresenta etiologia multifatorial. No exame de toque vaginal de uma mulher de 23 anos, que se queixa de Dor Pélvica Crônica, identificam-se espessamento em região retrocervical, deslocamento do colo uterino com encurtamento unilateral e diminuição da mobilidade uterina. A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- A) Endossalpingiose.
- B) Distopia genital.
- C) Obstrução intestinal crônica intermitente.
- D) Endometriose profunda.
- E) Espasmos musculares de assoalho pélvico.

Comentário:

Essa questão é um clássico! Achados de útero fixo, pouca mobilidade e, principalmente, nodulações e espessamento no fórnice posterior/ligamentos uterossacros são o retrato escrito da endometriose profunda infiltrativa.

Gabarito: Letra D



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Perceba como a banca usa o exame físico para te guiar. O ligamento uterossacro é o local mais comum de acometimento da endometriose profunda.

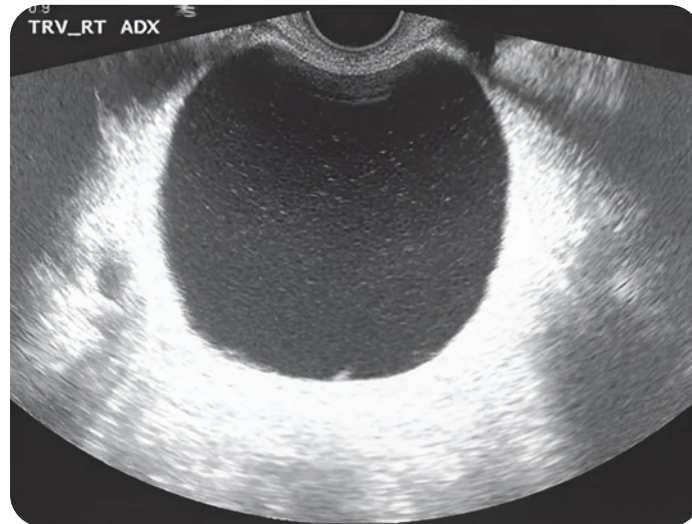
A paciente te contou a história clássica dos 6 Ds e o exame físico foi sugestivo de endometriose. E agora, qual o próximo passo? Precisamos “enxergar” a pelve! Embora a video-laparoscopia seja o padrão-ouro definitivo e diagnóstico, ela é invasiva. Hoje, o diagnóstico clínico presumido e o planejamento cirúrgico dependem fundamentalmente de dois grandes aliados: a Ultrassonografia (USG) e a Ressonância Magnética (RM).

A Ultrassonografia Transvaginal (preferencialmente com preparo intestinal) é o exame de primeira linha, por ser acessível, de baixo custo e com excelente sensibilidade quando realizada por um profissional treinado. O preparo intestinal esvazia os gases e fezes, permitindo ver a parede do intestino e o fundo do saco com clareza.

O que a banca vai descrever no laudo do USG para você acertar a questão?

- **No ovário:** A marca registrada é o endometrioma (o famoso cisto “achocolatado”). No ultrassom, ele é descrito como uma lesão cística de conteúdo espesso, homogêneo, com padrão de ecos difusos em “vidro fosco” (ground glass) e baixa vascularização ao Doppler.

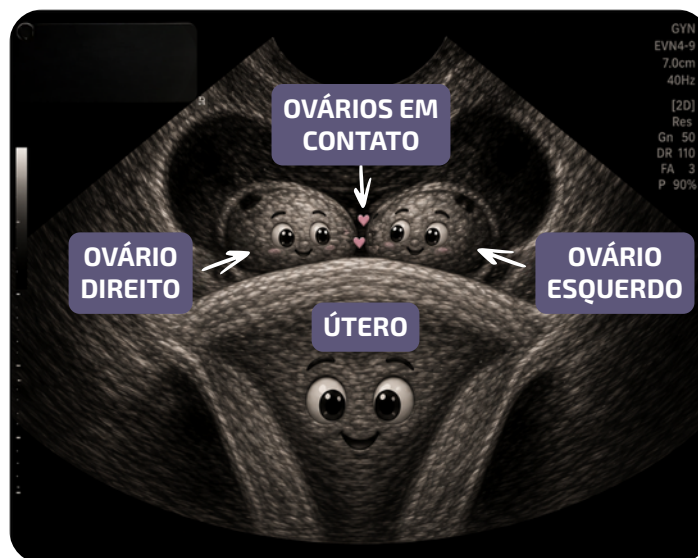
ENDOMETRIOMA



Williams, 2ª Ed

- **Nos ovários em conjunto:** Procure pelo termo *Kissing Ovaries* (ovários se beijando). Isso ocorre quando os ovários estão presos por aderências e se tocam na região posterior do útero. É um sinal indireto fortíssimo de endometriose pélvica severa, com grande associação a lesões intestinais e tubárias.

KISSING OVARIES



- **Nos ligamentos uterossacros e região retrocervical:** Os ligamentos normais são finos. Na endometriose, eles aparecem como áreas irregulares, com espessamento hipoecoico (escuro) ou isoecoico. Um dado muito comum na prova é relatar que a paciente sentiu dor intensa exatamente no momento em que o ultrassonografista pressionou o transdutor contra essa lesão.
- **No intestino:** O foco de endometriose intestinal aparece como um espessamento hipoecoico (escuro) invadindo a camada muscular da parede anterior da alça intestinal (geralmente no retossigmoide).
- **Sinal do deslizamento (Sliding sign):** Essa é uma dica de ouro de ultrassom dinâmico! O examinador empurra o útero com o transdutor e com a mão no abdome para ver se o reto e o útero deslizam livremente um sobre o outro. Se o sinal for **negativo** (não há deslizamento), significa que o fundo de saco de Douglas está obliterado, ou seja, as estruturas estão "coladas" por aderências profundas.

E quando a Ultrassonografia não for suficiente? É aí que entra a Ressonância Magnética (RM) da pelve. Ela é o melhor método não invasivo para o mapeamento cirúrgico de casos complexos, virgens (onde a via transvaginal não é possível), lesões muito altas no abdome e quando há suspeita de múltiplos sítios de endometriose profunda.

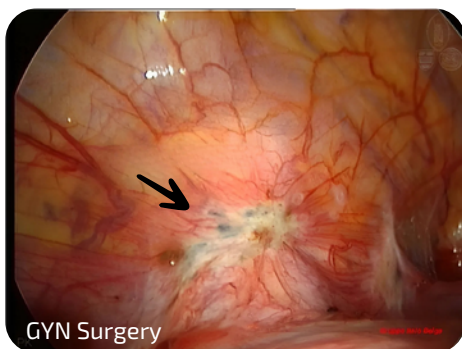


DICA PRÁTICA

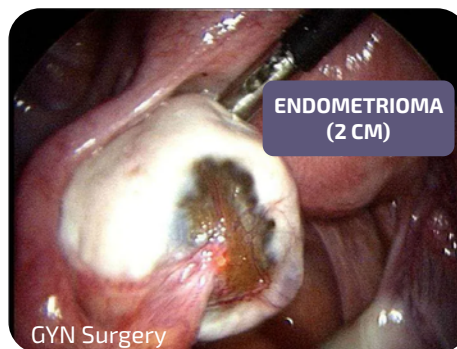
Como a endometriose sangra, a Ressonância Magnética é excelente para ver sangue acumulado! Os focos hemorrágicos dos endometriomas brilham na RM, apresentando sinal de **alta intensidade na sequência T1** (ficam brancos) e **baixa intensidade na sequência T2** (conhecido como *shading*). Já as aderências e placas fibróticas costumam aparecer como áreas escuras (sinal de baixa intensidade) na sequência T2.

E na laparoscopia, o que o cirurgião procura? Os achados macroscópicos podem variar enormemente dependendo da fase da doença e da resposta inflamatória da paciente. As bancas adoram descrever o inventário da cavidade nos enunciados para que você feche o diagnóstico com base na visão do cirurgião!

Em relação às lesões endometrióticas isoladas (os famosos focos), a coloração é a grande pista. As lesões possuem coloração variável, podendo ser vermelhas, brancas ou pretas, a depender do seu estágio evolutivo e tempo de sangramento. O achado visual mais clássico e típico descrito nas provas são os "pontos enegrecidos" (ou lesões em "queimadura de pólvora") espalhados pelo peritônio. O cirurgião nota que a região peritoneal ao redor desses pontos escuros é nitidamente diferente e repuxada em comparação com o tecido saudável adjacente.



Focos de endometriose no peritônio vesical (áreas de coloração escura apontada pela seta em preto).



Foco de endometriose em ovário, o famoso endometrioma!

Nos ovários, o achado macroscópico de destaque é o endometrioma. Visualmente, ele se apresenta como um aumento de volume de aspecto mais castanho ou escurecido no tecido ovariano. Quando o cirurgião manipula a lesão e ela acidentalmente ou propositalmente se rompe, o conteúdo que extravasa é inconfundível: um líquido amarronzado e espesso, que se assemelha fortemente a uma calda de chocolate (o que justifica o consagrado termo "cisto achocolatado"). Esse fluido é, na verdade, sangue envelhecido acumulado pelas repetidas descamações cíclicas no interior do cisto.

Além dos focos visíveis, o cirurgião vai se deparar com os estragos da inflamação crônica: as aderências. A endometriose "cola" as estruturas pélvicas, gerando severa distorção da anatomia. Macroscopicamente, podem ser vistas aderências periovarianas e peritubárias, que vão desde finas teias até bloqueios densos e firmes.

Um achado clássico cobrado é a aderência uterovesical, que ocorre quando a endometriose se instala no recesso vesicouterino, repuxando e fundindo a parede anterior do útero com a bexiga, onde muitas vezes é possível ver pontos sugestivos da doença no meio da aderência. O fundo de saco de Douglas é outro local frequentemente obliterado por aderências densas; nessa situação, o cirurgião encontra o reto completamente aderido à parede posterior do útero, perdendo-se a anatomia normal do espaço retrocervical.



DICA PRÁTICA

Na hora da prova, se o enunciado trazer a descrição de uma cirurgia evidenciando "lesões com coloração variável (vermelhas, brancas e pretas/enegrecidas)", "cisto de ovário liberando conteúdo achocolatado" e "obliteração do fundo de saco ou aderências densas uterovesicais", você está diante do retrato macroscópico perfeito da endometriose. E não caia em pegadinhas: a simples visualização ajuda muito, mas o diagnóstico padrão-ouro definitivo só se completa com a biópsia e confirmação histológica dessas lesões.

E exame laboratorial? O CA-125 é um determinante antigênico encontrado em diversos tecidos, como endométrio, tubas uterinas e peritônio, sendo o único biomarcador sérico utilizado com certa frequência na avaliação da endometriose. No entanto, para a sua prova, grave isto: ele possui baixa sensibilidade (principalmente em estágios iniciais ou em formas leves nas adolescentes) e baixa especificidade, podendo se elevar em inúmeras outras patologias benignas e malignas.



ERRO COMUM: ACHAR QUE O CA-125 FECHA DIAGNÓSTICO, DIAGNOSTICA PRECOCEMENTE OU INDICA GRAVIDADE

Ele não é recomendado para diagnóstico ou rastreio inicial e seus níveis não guardam correlação confiável com a extensão da doença, tampouco conseguem prever a endometriose profunda.

Questão Estratégica — Exames de Imagem na Endometriose



QUESTÃO HIAE - 2023

Mulher, 32 anos de idade, vai em consulta ginecológica devido a dismenorreia progressiva desde a menarca e dispareunia. Ao exame físico nota-se espessamento do septo retovaginal. A paciente trouxe uma ultrassonografia transvaginal que caracterizava presença de cisto com conteúdo hemático no ovário direito, medindo 30 mm de diâmetro. O próximo passo propedêutico é:

- A) Punção do cisto ovariano para confirmação diagnóstica.
- B) Solicitar colonoscopia para investigação de lesão intestinal.
- C) Ressonância magnética de pelve para diagnóstico de outros focos de endometriose profunda.
- D) Tomografia computadorizada para excluir possível malignidade no cisto.

Comentário:

A paciente apresenta um quadro clássico: dor progressiva, dispareunia, espessamento de septo retovaginal (sinal de exame físico de doença profunda) e um cisto com conteúdo hemático no USG, que é a descrição do endometrioma.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Como vimos, o USG é o passo inicial e já encontrou o endometrioma. No entanto, o exame físico revelou espessamento do septo retovaginal, sugerindo endometriose profunda (infiltrativa). A Ressonância Magnética da pelve é o exame de escolha nesse momento para o mapeamento detalhado de todos os focos profundos (intestino, bexiga, ligamentos) antes de qualquer decisão terapêutica cirúrgica.



ERRO COMUM

Nunca marque a alternativa de “punção de cisto” ovariano! Além de não tratar a doença, a punção de endometriomas tem altíssima taxa de recorrência e pode causar infecções e abscessos pélvicos. E quanto à colonoscopia (letra B), lembre-se que a endometriose invade o intestino de fora para dentro (da serosa para a mucosa), então a colonoscopia, que olha a luz do intestino, frequentemente é normal, não sendo o exame de escolha.

O cenário além da Endometriose

Você está no ambulatório, a paciente chega com dor pélvica crônica (DPC) e você imediatamente pensa: “É endometriose!”. Faz sentido, afinal, ela é a principal causa ginecológica de DPC. Mas e se a história clínica não bater exatamente com os clássicos “6 Ds”? E se os exames descartaram a endometriose?

A pelve feminina é cheia de estruturas e a DPC possui uma natureza multifatorial. Dentre as etiologias ginecológicas, as bancas adoram cobrar os diagnósticos diferenciais. Para gabaritar, você precisa saber identificar quando o útero, as tubas ou complicações pós-cirúrgicas ovarianas são os grandes vilões da dor. Vamos detalhar as principais causas ginecológicas que dividem o pódio com a endometriose.

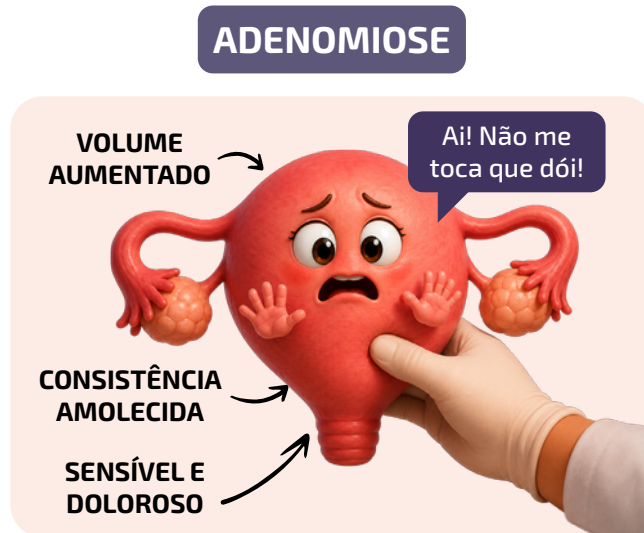
Adenomiose — Reconhecimento clínico

A adenomiose é muitas vezes chamada intimamente de “endometriose do útero”, embora seja uma doença distinta. Ela ocorre quando o tecido endometrial (glândulas e estroma) invade e se infiltra por entre as fibras do miométrio.

A paciente típica de prova não é a jovem nulípara (perfil mais comum na endometriose), mas sim uma mulher mais velha, geralmente entre 40 e 50 anos, e frequentemente multipara. Ela vai se queixar de uma dismenorreia secundária muito intensa, uma dor pélvica cíclica e sangramento uterino anormal associado. Pensa comigo: o miométrio está “reche-

ado" de endométrio sangrando e descamando lá dentro durante a menstruação; é claro que o útero vai sofrer para contrair e gerar muita cólica!

No exame físico (toque bimanual), a banca vai te dar uma pista de ouro: o útero estará aumentado de volume (globalmente) e com uma consistência mais amolecida e dolorosa à manipulação.



PULO DO GATO

Sangramento uterino anormal + dismenorreia intensa + útero amolecido e aumentado em paciente de 40-50 anos = Adenomiose na cabeça!

A Ultrassonografia Transvaginal (USTV) é o componente crucial e o exame de primeira linha na investigação inicial da dor pélvica crônica. É essa ferramenta inicial que nos ajudará a identificar se a causa do aumento uterino é uma adenomiose, um mioma ou outra massa.

Quando o examinador posiciona o transdutor transvaginal em uma paciente com adenomiose, a banca vai descrever os seguintes achados no enunciado:

- **Aumento uterino globular e assimétrico:** O útero fica maior como um todo com uma assimetria da espessura das paredes anterior e posterior.
- **Miométrio heterogêneo:** Ao invés da textura lisa e uniforme do músculo uterino normal, ele fica com aspecto "esburacado" e desorganizado.
- **Cistos miometriais:** São pequenas áreas anecóicas (pretas) dentro do miométrio. Elas representam justamente as "ilhas" de tecido endometrial ectópico que sangram e acumularam líquido lá dentro da musculatura.

- **Sombra acústica em “veneziana” (ou em “leque”):** É uma sombra acústica posterior fina e difusa, gerada pela transição entre as áreas hipertróficas do miométrio e as pequenas glândulas endometriais distendidas.
- **Borrão da zona juncional:** A linha que divide o endométrio (camada interna) do miométrio (camada muscular) perde a definição e fica irregular ou espessada.
- **Vascularização difusa ao Doppler:** Os vasos sanguíneos atravessam a lesão de forma difusa (translesional).

Sequela de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e Aderências — Reconhecimento clínico

As infecções do trato reprodutivo deixam cicatrizes. Aproximadamente 30% das mulheres que tiveram Doença Inflamatória Pélvica (DIP) desenvolvem dor pélvica crônica no futuro.

Os mecanismos exatos ainda são estudados, mas a dor geralmente resulta de dois fatores críticos deixados pela tempestade inflamatória: a lesão tubária (que pode levar à hidrossalpinge) e a formação de aderências pélvicas densas. As aderências são formações fibrosas que “colam” os órgãos pélvicos, limitando o peristaltismo intestinal e a mobilidade uterina, além de causarem tração e estimulação direta de fibras nervosas da dor.

No exame físico dessas pacientes, você pode encontrar dor difusa, uma mobilidade uterina bastante diminuída (útero fixo ou retrovertido fixo) e, caso haja endometrite crônica associada, o útero será muito doloroso à palpação e mobilização.



ATENÇÃO NA PROVA

A dor por aderências costuma ser descrita como um desconforto pouco específico, que piora com movimentos bruscos ou relação sexual, e pode exacerbar no período pré-menstrual. O útero pouco móvel também é achado de endometriose profunda, então **sempre procure no enunciado o histórico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)** ou DIP prévia para matar a charada.

Se as aderências são formações fibrosas regenerativas, verdadeiras “cicatrizes” deixadas na pelve por infecções, sangramentos ou cirurgias prévias, como vamos enxergá-las? Esse é um dos grandes desafios na investigação da Dor Pélvica Crônica (DPC), pois a confirmação diagnóstica exata por exames complementares muitas vezes é difícil e de surgimento imprevisível.

Na **Ultrassonografia Transvaginal (USTV)**, o examinador não tira uma “foto” da aderência em si de forma isolada, mas sim procura por **sinais indiretos** de que as estruturas estão aderidas, aproveitando a grande vantagem desse método: a avaliação dinâmica. Durante o exame, o médico utiliza a pressão do transdutor sobre o colo do útero e a palpação abdominal com a mão livre no fundo uterino para testar a mobilidade das estruturas. Quando existem aderências pélvicas significativas, os achados indiretos cobrados em prova são:

- **Sinal do deslizamento negativo (Sliding sign):** A parede anterior do reto não desliza livremente sobre a parede posterior do útero ou do colo, indicando obliteração (colamento) do espaço de Douglas.
- **Fixação:** Os ovários aparecem fixos à parede lateral do abdome ou presos aos ligamentos uterossacros.

E a **Ressonância Magnética (RM)**? Embora a RM seja o método de excelência anatômica, ela esbarra em uma limitação importante para as aderências: a impossibilidade de fazer uma avaliação dinâmica da mobilidade (a paciente fica parada dentro do aparelho). Quando visíveis, as aderências na RM costumam se apresentar como áreas e faixas fibróticas com **sinais de baixa intensidade** nas sequências T2 (ficam escuras), apagando e obscurecendo as interfaces naturais entre os órgãos.



PULO DO GATO

É exatamente por conta dessa dificuldade e subjetividade dos exames de imagem que **o diagnóstico de certeza das aderências é eminentemente cirúrgico!**

Apenas a visão direta durante a videolaparoscopia consegue confirmar a presença, a densidade e o grau de tração dessas pontes fibrosas. A dor visceral relatada pela paciente ocorre justamente pela limitação do peristaltismo intestinal e pela tração contínua exercida sobre as fibras aferentes "C" dos órgãos colados.

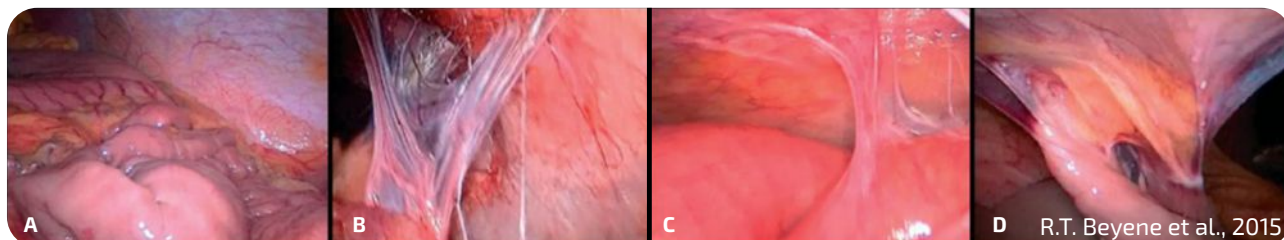


Imagem **a** representa a visão sem aderências em uma laparoscopia.

As imagens **b, c e d** representam aderências que podem ser visualizadas na laparoscopia. Observe que na imagem **d**, há aderência envolvendo alça intestinal.



DICA PRÁTICA

Existe uma técnica chamada *Mapeamento Consciente da Dor*. Nela, as pacientes são submetidas a uma minilaparoscopia utilizando apenas anestesia local. Com a paciente acordada, o cirurgião traciona as aderências com uma pinça. Essa manipulação direta reproduz e desencadeia exatamente a dor que a paciente sente no seu dia a dia, comprovando a relação de causa e efeito das aderências com a síndrome dolorosa.



ATENÇÃO NA PROVA

Cuidado com as condutas terapêuticas em questões de prova! Embora a cirurgia (laparoscopia) seja a forma de diagnosticar e ver as aderências, as diretrizes atuais deixam claro que **não se recomenda a realização de laparoscopia apenas com o objetivo de fazer a lise de aderências (adesiolise)** para o tratamento da dor pélvica crônica. Cortar aderências sem a presença de outras doenças associadas (como endometriose) não traz benefício duradouro no alívio da dor e ainda gera um novo trauma mecânico, com risco altíssimo de formação de novas aderências pós-operatórias. A prevenção durante as cirurgias primárias ainda é o melhor remédio.

Miomatose Uterina (Leiomiomas) — Reconhecimento clínico

Os leiomiomas são tumores benignos do miométrio e figuram na lista das principais causas ginecológicas de DPC. Embora muitas vezes assintomáticos, eles podem causar dor crônica por um mecanismo simples: efeito de massa. Um útero muito aumentado comprime órgãos adjacentes, gerando dor, sensação de peso ou pressão no baixo ventre.

Além da dor crônica, eles podem causar episódios de dor aguda severa. Isso ocorre quando o mioma sofre degeneração (como a degeneração rubra, comum na gestação), torção de seu pedículo (no caso de miomas subserosos pediculados), ou quando um mioma pediculado no endométrio tenta ser expulso pelo colo do útero (o famoso “mioma parido”).

No exame físico, o toque bimanual revela um útero de volume aumentado, mas, diferentemente da adenomiose, os contornos uterinos serão irregulares e nodulares.



PULO DO GATO

A banca adora testar se você sabe diferenciar Adenomiose de Miomatose (Leiomiomas) na ultrassonografia. Se o enunciado disser: Útero com aumento global, miométrio heterogêneo, pequenos cistos, limites mal definidos e vascularização difusa → **Pense em Adenomiose**. Se o enunciado disser: Útero com contornos irregulares/lobulados, presença de nódulo sólido bem circunscrito/delimitado, com vascularização periférica → **Pense em Mioma Uterino**

Síndromes Ovarianas Pós-Cirúrgicas — Reconhecimento clínico

Pacientes submetidas a cirurgias pélvicas prévias podem desenvolver dor pélvica por complicações diretas nos ovários. As bancas gostam de cobrar duas síndromes específicas e confusas pelo nome:

- Síndrome do Ovário Remanescente: Acontece quando a paciente foi submetida a uma ooforectomia (retirada do ovário), mas um fragmento de tecido ovariano foi deixado para trás de forma incompleta ou acidental. Esse fragmento remanescente continua funcional, pode formar cistos e massas pélvicas, gerando dor. A conduta ideal é a excisão cirúrgica desse tecido.
- Síndrome do Ovário Residual: Aqui a história é diferente. O ovário foi preservado intencionalmente na cirurgia (ex: a paciente fez uma histerectomia, mas manteve os ovários). Depois da cirurgia, esse ovário residual desenvolve patologias que causam dor, como cistos recorrentes ou aderências ao seu redor.

Questão Estratégica – Diagnóstico Diferencial de Dismenorreia



QUESTÃO UNIATENAS/MG - 2024

Paciente de 18 anos, IGIP (parto normal há 2 anos), em união consensual, refere ciclos menstruais regulares e cólicas menstruais no primeiro dia da menstruação desde o parto, que não melhoram com analgésicos. Diagnóstico e conduta indicados:

- A) Dismenorreia primária – dosar CA125 e prescrever dienogeste.
- B) Dismenorreia secundária – prescrever anti-inflamatórios não hormonais.
- C) Endometriose – indicar videolaparoscopia.
- D) Dor pélvica crônica – prescrever fisioterapia pélvica.
- E) Adenomiose – prescrever análogos de GnRH.

Comentário:

A paciente apresenta um quadro clínico de dismenorreia de início recente (após um parto, e não logo após a menarca) que é refratária a analgésicos comuns. Essa mudança no padrão da dor aponta para uma dismenorreia secundária (que pode ser causada por endometriose, adenomiose ou sequelas inflamatórias/aderenciais após o parto).

Gabarito: Letra B



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

A dismenorreia secundária exige investigação das causas ginecológicas que detalhamos acima. O manejo inicial medicamentoso para controle do processo inflamatório gerador da dor é feito com anti-inflamatórios não hormonais (AINEs), que blo-

queiam a produção de prostaglandinas, antes de se partir para exames ou cirurgias complexas. E observe a alternativa E tentando te confundir: adenomiose é possível? Sim, mas é muito mais comum em mulheres mais velhas e multíparas, e a prescrição de análogo de GnRH de cara estaria completamente incorreta.

CAUSAS NÃO GINECOLÓGICAS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA

Insuficiência Venosa Pélvica (Síndrome da Congestão Pélvica) — Reconhecimento clínico

Saindo do útero e indo para os vasos: a Síndrome de Congestão Pélvica é causada pela dilatação e tortuosidade do plexo venoso pélvico (varizes pélvicas), associada à incompetência das válvulas venosas, ocorrendo principalmente na veia ovariana esquerda.

SD. CONGESTÃO PÉLVICA



DISMENORREIA

DISÚRIA

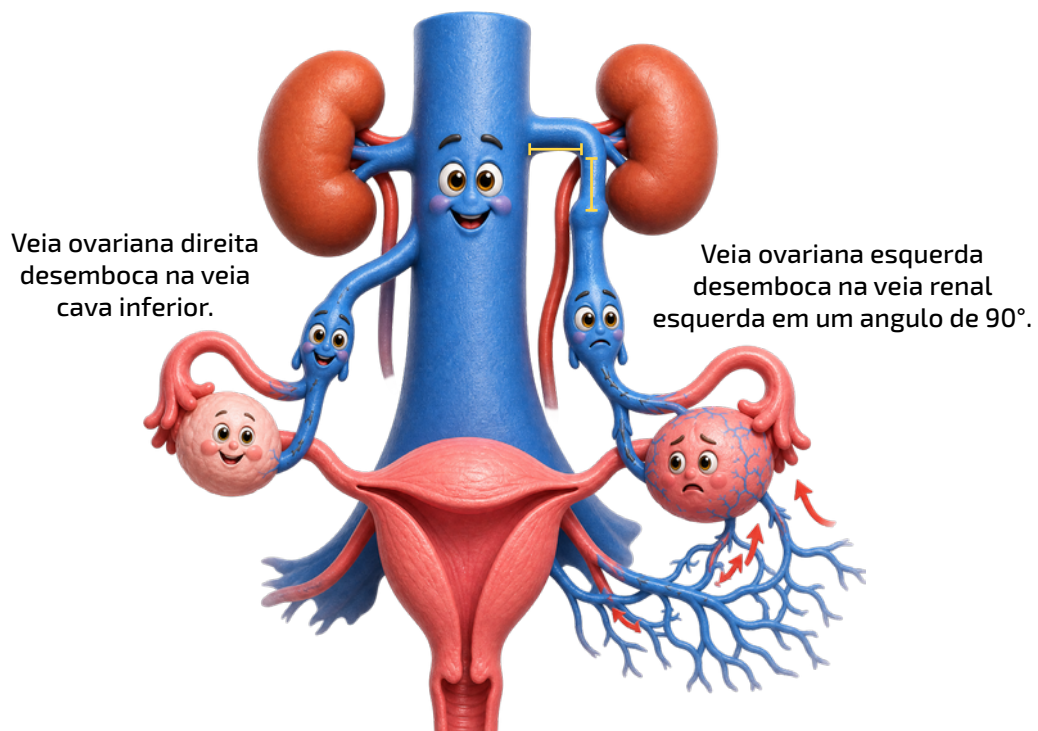
DISPAREUNIA

Você está no ambulatório e atende uma paciente, geralmente multípara, queixando-se de uma dor pélvica tipo peso que piora no final do dia, após muito tempo em pé e após a relação sexual. Você suspeita de Síndrome da Congestão Pélvica (varizes pélvicas). Mas, por que, anatomicamente, esse problema afeta com muito mais frequência a veia ovariana esquerda em comparação com a direita?

Pensa comigo: a anatomia vascular do nosso abdome e pelve não é perfeitamente simétrica. O sistema venoso do lado esquerdo enfrenta algumas “barreiras” mecânicas e hidráulicas importantes que o lado direito não possui. A literatura destaca três motivos principais que justificam a veia ovariana esquerda ser a grande vilã no desenvolvimento das varizes pélvicas:

1. **O Ângulo de Desembocadura:** A veia ovariana direita drena direta e suavemente para a veia cava inferior. Já a veia ovariana esquerda tem um trajeto diferente: ela sobe e desemboca na veia renal esquerda formando um **ângulo reto (90 graus)**. Esse ângulo “fechado” dificulta o escoamento natural do sangue contra a gravidade, criando uma resistência que favorece o represamento e o refluxo venoso para a pelve.

DRENAGEM VENOSA OVARIANA



2. **A Transmissão da Pulsação da Aorta (Efeito Nutcracker):** A veia renal esquerda, onde a veia ovariana esquerda drena seu sangue, possui um trajeto desafiador. Ela precisa cruzar a artéria aorta (frequentemente passando entre a aorta e a artéria mesentérica superior) para conseguir chegar até a veia cava. O cruzamento da veia renal esquerda com a aorta faz com que a forte pulsação arterial seja transmitida para o sistema venoso. Além disso, pode ocorrer a compressão mecânica dessa veia renal neste exato ponto (a famosa Síndrome de *Nutcracker* ou Síndrome do Quebra-Nozes). Essa compressão aumenta subitamente a pressão na veia renal esquerda, que acaba "transbordando" esse excesso de pressão de volta (refluxo) para a veia ovariana esquerda.
3. **Incompetência Valvular:** Somado a esses fatores hidráulicos e mecânicos de alta pressão, observa-se frequentemente um dano, ausência ou incompetência das válvulas da própria veia ovariana esquerda em muitas mulheres portadoras de dor pélvica crônica. Sem válvulas funcionantes para segurar a coluna de sangue e impedir que ele desça, o fluxo se inverte facilmente por conta da gravidade e da pressão, caindo sobre o plexo venoso pélvico inferior e gerando as varizes e a congestão.



PULO DO GATO

Se a prova te perguntar o motivo da Síndrome de Congestão Pélvica afetar predominantemente o lado esquerdo, procure nas alternativas a combinação exata da anatomia: **"desembocadura em ângulo reto na veia renal esquerda"** associada à **"transmissão da pulsação / compressão pela aorta"**.



ATENÇÃO NA PROVA

É comum a banca descrever uma paciente com dor crônica em que todos os exames ginecológicos são normais, mas que relata alívio ao deitar-se. Pensou em alívio ao deitar e piora em pé? Pense em varizes pélvicas!

Cistite Intersticial (Síndrome da Bexiga Dolorosa) — Reconhecimento clínico

Aqui o problema é urinário, mas cai na prova de ginecologia! A cistite intersticial é uma inflamação crônica da bexiga. A paciente guia é aquela que chega com dor suprapúbica ou pélvica aguda que piora à medida que a bexiga enche e sente alívio temporário após urinar.

Junto com a dor, ela apresenta uma vontade exagerada de urinar (urgência) e aumento da frequência urinária, imitando uma infecção urinária.



ERRO COMUM: ACHAR QUE É ITU (INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO)

A diferença de ouro para a prova é que na Cistite Intersticial a urocultura é SEMPRE negativa! É uma cistite estéril. Se a banca falar de urgência, aumento de frequência, dor ao encher a bexiga e cultura negativa, o diagnóstico é Síndrome da Bexiga Dolorosa.

A cistite intersticial é uma síndrome clínica cujo diagnóstico básico muitas vezes é feito pela história da paciente (dor ao enchimento, alívio ao urinar, urgência e urocultura estéril) e por exclusão de outras doenças. Ou seja, em apresentações não complicadas, a cistoscopia sequer é obrigatória para fechar o diagnóstico.

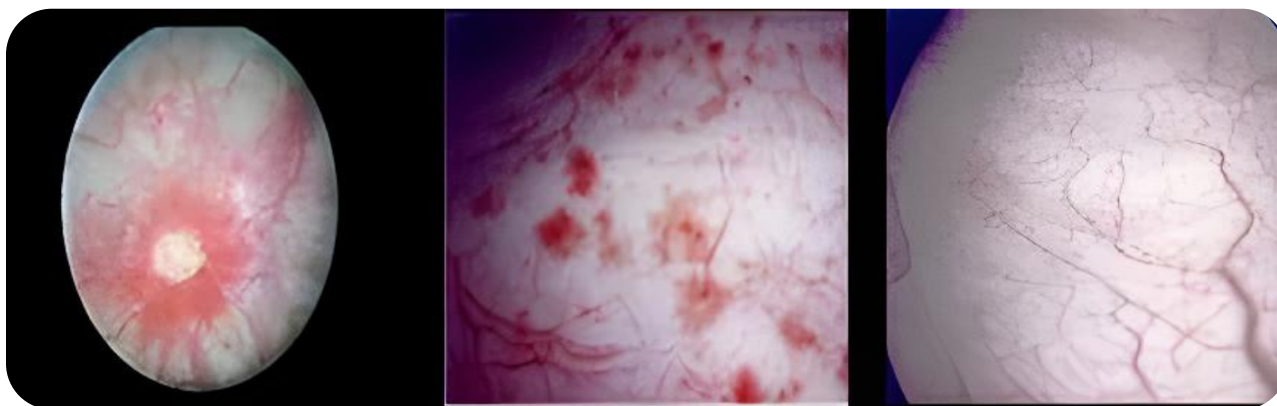
No entanto, a cistoscopia entra como a grande estrela da propedêutica armada quando o diagnóstico é duvidoso, quando precisamos descartar outras patologias graves (como cálculo vesical ou câncer de bexiga em pacientes tabagistas, com mais de 60 anos ou que apresentam hematúria) ou, principalmente, quando há suspeita das famosas **Lesões de Hunner**. E o que o médico enxerga lá dentro da bexiga?

1. **Lesões de (ou Úlceras de) Hunner:** Apesar de levarem a fama, elas estão presentes em apenas uma minoria das pacientes, sendo muito mais comuns em mulheres com mais de 50 anos de idade. Macroscopicamente, essas lesões podem assumir três apresentações principais:
 - O achado clássico é uma área inflamada e muito friável, com um aspecto estrelado e vasos sanguíneos irradiando a partir do seu centro, podendo ou não apresentar um coágulo sobre ela.

- Podem também se apresentar como áreas mais pálidas (esbranquiçadas), sem inflamação ou sangramento evidente num primeiro olhar.
- O sangramento “em cascata” (ou *red waterfall bleeding*): ocorre quando a bexiga é distendida ativamente (hidrodistensão sob anestesia), fazendo com que a mucosa dessas lesões rache e sangre de forma muito nítida para o examinador.

A identificação de uma Lesão de Hunner muda o jogo! Isso porque a paciente se beneficia enormemente do tratamento direto dessa lesão (geralmente realizado no mesmo tempo cirúrgico), seja pela fulguração (cauterização) ou pela injeção local de corticoide (triancinolona).

2. **Glomerulações:** As glomerulações são pequenas hemorragias petequiais (pontiformes) que aparecem na parede da bexiga. Aqui mora uma das maiores “pegadinhas” que as bancas podem colocar na sua prova!



Úlcera de Hunner evidenciada por cistoscopia; glomerulações; bexiga normal. Persu et al., 2010; Gibbin, 2010).



ATENÇÃO NA PROVA

As bancas adoram afirmar que as glomerulações são o achado que sela o diagnóstico definitivo da cistite intersticial. Isso é **FALSO!** A Associação Americana de Urologia (AUA) e a literatura atual deixam muito claro que as glomerulações **NÃO** são diagnósticas e **NÃO** são específicas para cistite intersticial. O motivo é simples: essas hemorragias pontiformes podem ser encontradas em pacientes que fizeram radioterapia, que usaram quimioterápicos tóxicos, que têm bexigas desfuncionalizadas ou mesmo em pacientes completamente saudáveis e sem nenhum sintoma urológico.



ERRO COMUM: ACHAR QUE GLOMERULAÇÕES SÃO INDISPENSÁVEIS AO DIAGNÓSTICO

Muitos pacientes com a síndrome clínica clássica não apresentam essas glomerulações, portanto, a sua ausência não exclui a Cistite Intersticial e a sua presença não a confirma. O foco real da cistoscopia deve ser a exclusão de tumores e o rastreamento/tratamento das Lesões de Hunner.

Dor de Origem Musculoesquelética e Miofascial — Reconhecimento clínico

Não subestime a parede abdominal e o assoalho pélvico! A dor miofascial ocorre por espasmos involuntários e pontos-gatilho hiperirritáveis na musculatura.

A etiologia clássica em prova envolve pacientes que sofreram traumas locais, cirurgias abdominais prévias (ex: cicatriz de Pfannenstiel de uma cesariana) ou posturas antálgicas prolongadas. A dor costuma ser localizada, em queimação, e pode irradiar para a coxa ou região lombar.



DICA DE PROVA: TESTE DE CARNETT

Esse teste é usado para diferenciar a dor da parede abdominal da dor visceral. O médico palpa o ponto doloroso e pede para a paciente contrair o abdome (levantando a cabeça ou as pernas). Se a dor **piorar ou continuar**, o teste é positivo e a dor é da parede abdominal (miofascial). Se a dor **melhorar**, a origem é visceral (ex: órgãos internos).

Questão Estratégica — Dor de Origem Miofascial



QUESTÃO UNESP - 2024

Mulher de 38 anos refere dor em FIE tipo queimação, com irradiação para região dorsal e posterior da coxa esquerda, de forte intensidade, que piora ao esforço físico e melhora parcialmente com o uso de analgésicos comuns e AINE, desde seu último parto, há 2 anos. Essa dor piorou nos últimos 4 meses, com limitação da marcha e expressiva redução da qualidade de vida. AP: G4P3A1C3. É correto afirmar que:

- A) O número de cesarianas é fator de risco para o desenvolvimento de dor pélvica, sendo que a dor de origem miofascial é a principal hipótese diagnóstica.
- B) Trata-se de quadro de dor pélvica crônica de origem ginecológica, sendo a endometriose a principal hipótese diagnóstica.
- C) O padrão de dor sugere ativação de nociceptores do sistema nervoso somático através de fibras tipo C não mielinizadas.
- D) Trata-se de quadro de dor em agudização através de fibras mielinizadas do tipo A-delta.

Comentário:

Paciente com múltiplas cirurgias prévias (três cesáreas), apresentando dor em queimação que piora ao esforço (contração muscular). Isso é clássico da síndrome miofascial da parede abdominal.

Gabarito: Letra A**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

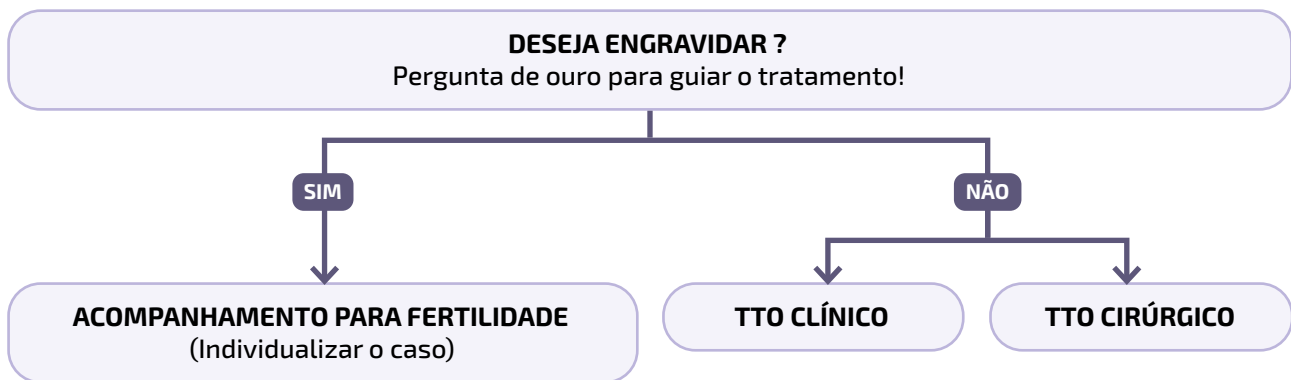
A cirurgia prévia é o principal "gatilho" mecânico para a formação de dor miofascial, aprisionamento nervoso ("*nerve entrapment*") ou pontos-gatilho cicatriciais.

CONDUTA**Tratamento da Endometriose: A Pergunta de Ouro — Ela quer engravidar agora?**

Você está no ambulatório, acabou de fechar o diagnóstico clínico e radiológico de endometriose de uma paciente. O que fazer agora? O fluxograma de tratamento da endometriose parece complexo, mas ele se divide com base em uma única e fundamental pergunta que você deve fazer à sua paciente: "Você deseja engravidar agora?".

A resposta para essa pergunta muda completamente o rumo da sua prescrição. Pensa comigo: o tratamento clínico medicamentoso padrão para a endometriose baseia-se no bloqueio hormonal (parar de menstruar). Se a paciente quer engravidar, não podemos prescrever anticoncepcionais para ela! Vamos detalhar as duas estradas desse mapa.

O QUE FAZER APÓS O DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE ?



Tratamento endometriose para quem NÃO quer engravidar (Foco no Controle da Dor)

Se a paciente não tem desejo reprodutivo imediato, o nosso objetivo principal é o controle da dor e a melhora da qualidade de vida. O tratamento clínico medicamentoso é a primeira linha de escolha.

Primeira linha hormonal: Utilizamos Contraceptivos Orais Combinados (COC) ou Progestagênios isolados. O uso contínuo dos COCs (sem pausas) é excelente para induzir a amenorreia e controlar a dismenorreia. Já entre os progestagênios, o Dienogeste oral, a Gestrinona, o Acetato de Medroxiprogesterona injetável e o DIU de Levonorgestrel (Mirena) são amplamente cobrados e muito eficazes, pois causam atrofia das lesões endometrióticas.



ATENÇÃO NA PROVA

A banca adora pacientes tabagistas com mais de 35 anos ou com enxaqueca com aura. Nessas pacientes, o estrogênio do COC é contraindicado pelo risco tromboembólico! A melhor opção de bloqueio hormonal passa a ser o progestagênio isolado (como o Dienogeste ou o DIU-LNG).

Segunda linha hormonal: Quando os COCs e progestagênios falham em controlar a dor, entram em cena os Análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), como a Goserrelina e a Leuprorrelina. Eles causam um bloqueio hipofisário profundo (estado de pseudomenopausa).



ERRO COMUM: ACHAR QUE O ANÁLOGO DE GNRH PODE SER USADO PARA SEMPRE

O uso contínuo prolongado (mais de 6 meses) gera intenso hipoestrogenismo, causando perda de massa óssea (osteoporose) e severos sintomas vasomotores. Para estender o uso, é necessário associar a "Terapia de Adição" (add-back therapy) com estrogênio/progesterona em doses baixas para proteger os ossos.

Tratamento de endometriose para quem QUER engravidar (Foco na Fertilidade)

Se a paciente chegou ao consultório tentando engravidar (infertilidade), esqueça os anticoncepcionais e os progestagênios como solução para a fertilidade!



PULO DO GATO

O tratamento clínico de bloqueio hormonal NÃO melhora as taxas de fertilidade. Ele apenas controla a dor. Prescrever pílula para quem quer engravidar só vai atrasar o sonho da paciente.

Nesse cenário, a abordagem deve ser direcionada: Para endometriose mínima a leve (Estágios I e II da ASRM): A remoção cirúrgica por videolaparoscopia (exérese e cauterização dos focos) aumenta levemente a taxa cumulativa de gravidez natural. Após a cirurgia, se as tubas estiverem pervias e o espermograma normal, libera-se o casal para tentar uma gestação espontânea. Para endometriose grave ou distorção anatômica severa: Se a doença gerou muitas aderências que bloqueiam a captação do óvulo pelas trompas, a cirurgia tem limites. Nesses casos, a Fertilização In Vitro (FIV) ganha protagonismo. Um detalhe de rodapé que já caiu: O uso de Análogo de GnRH não melhora a fertilidade naturalmente, mas se for utilizado por até 3 meses *antes* de uma Fertilização in Vitro (FIV), ele pode melhorar as taxas de sucesso do procedimento.

Questão Estratégica — O Foco na Fertilidade



QUESTÃO HSL - 2022

Mulher de 25 anos de idade teve diagnóstico de endometriose peritoneal durante laparoscopia indicada por dismenorreia há 2 meses. Nesse procedimento, foram cauterizados focos superficiais e realizada cromotubagem que mostrou tubas p rvias. Como ela pretende engravidar a partir de agora, recomenda-se:

- A) Sugerir inseminação intrauterina pela infertilidade relacionada à endometriose.
- B) Indicar gestrinona por 6 meses antes de tentar engravidar.
- C) Indicar uma dose de análogo de GnRh de duração de um mês.
- D) Realizar histerossalpingografia e espermograma para avaliar outros fatores de infertilidade.
- E) Liberar o casal para tentar gestação.

Comentário:

A paciente com endometriose inicial (peritoneal) que deseja engravidar teve seus focos adequadamente cauterizados na laparoscopia. Como a cromotubagem (teste para ver se a trompa não está entupida) confirmou que as tubas estão p rvias e não há menção a outros fatores de infertilidade no casal, a conduta correta   liberar para tentar a gestação espontânea!

Gabarito: Letra E



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Usar Gestrinona ou Análogo de GnRH (alternativas B e C) apenas atrasaria a gravidez, pois inibem a ovulação. A insemin  o (A) e outros exames (D) não têm indicação inicial imediata pós-cirurgia bem-sucedida.

Quando indicar a cirurgia na endometriose?

A videolaparoscopia   o padrão-ouro e a via de escolha na cirurgia da endometriose. Indicamos o tratamento cirúrgico quando o tratamento clínico falha (dor refratária), quando há endometriomas grandes, quando existem lesões que ameaçam a função de órgãos (como estenose de ureter ou suboclusão intestinal) ou para melhorar a fertilidade em casos selecionados.

A cirurgia pode ser dividida didaticamente em conservadora ou definitiva.

Cirurgia Conservadora (Excisão de Focos e Adesiólise)

O objetivo da cirurgia conservadora é erradicar a doença visível e preservar o útero e os ovários. O cirurgião deve realizar a exérese (retirada) de todos os focos de endometriose e a lise de aderências (adesiólise), restabelecendo a anatomia normal da pelve.

Isso alivia drasticamente a dor, mas a paciente deve ser alertada: a endometriose é crônica, e mesmo com uma cirurgia perfeita, os sintomas podem recorrer. Por isso, o uso de bloqueio hormonal no pós-operatório é super indicado para evitar recidivas naquelas que não desejam engravidar no momento.

O Manejo Cirúrgico do Endometrioma (Cistectomia)

A endometriose ovariana apresenta-se como o "cisto achocolatado" (endometrioma). E aqui mora a maior pegadinha de conduta cirúrgica das bancas!



ERRO COMUM

O enunciado vai te oferecer a opção de apenas aspirar, drenar ou puncionar o líquido do cisto. Nunca marque isso! A drenagem simples não remove o tecido doente, gerando altíssimas taxas de recorrência quase imediatas, além do risco de infecção e formação de abscessos.



DICA PRÁTICA

O tratamento correto e ouro para o endometrioma ovariano é a Cistectomia Video-laparoscópica, que consiste na ressecção (retirada completa) da cápsula do cisto, preservando o máximo possível do tecido ovariano saudável ao redor. A ooforectomia (retirada de todo o ovário) só é feita em último caso, para não comprometer a reserva ovariana da mulher jovem.

Questão Estratégica — O Manejo do Endometrioma



QUESTÃO UERJ - 2023

Mulher de 33 anos, com dismenorreia desde a menarca e diagnóstico de endometriose, encontra-se em uso de contraceptivos hormonais. Apesar de bom controle da dor, deseja interromper o uso do medicamento para engravidar. A ressonância de pelve evidenciou cisto ovariano característico de endometrioma de aproximadamente 8cm. Nesse caso, deve-se:

- A) Realizar drenagem guiada por ultrassonografia.
- B) Manter contraceptivo até regressão do cisto.
- C) Indicar cistectomia videolaparoscópica.
- D) Iniciar medicação antigonadotrópica.

Comentário:

A paciente quer engravidar e tem um endometrioma gigante de 8 cm. A cirurgia é o caminho, pois massas grandes assim atrapalham a fertilidade e não regredem com remédios. O procedimento cirúrgico correto é a cistectomia (retirada da cápsula do cisto).

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Perceba a alternativa A tentando te induzir ao erro de drenar o cisto. Drenar não resolve! E as alternativas B e D propõem bloqueio hormonal, o que é inútil e contraindicado para quem quer engravidar agora.

Cirurgia Definitiva (Histerectomia com ou sem Ooforectomia)

A cirurgia definitiva é a última cartada. Ela envolve a histerectomia total (retirada do útero) associada à exérese dos focos de endometriose, com ou sem a retirada dos ovários (salpingooforectomia bilateral).

Quando indicamos? Em pacientes com doença muito grave, sintomas refratários e incapacitantes, que já tentaram tratamento clínico e cirurgia conservadora sem sucesso, e que, obrigatoriamente, já tenham a prole definida (não desejam mais gestar).

A decisão de retirar ou manter os ovários na histerectomia exige muito cuidado. Manter os ovários poupa a mulher jovem da menopausa precoce e de suas consequências cardiovasculares e ósseas. No entanto, o risco de a dor pélvica retornar é até seis vezes maior se os ovários forem preservados. Essa decisão é altamente individualizada.

Cirurgia para Endometriose Profunda Intestinal e Urinária

Na endometriose profunda invasiva (≥ 5 mm), órgãos vitais podem estar comprometidos. No intestino (geralmente retossigmoide), dependendo da profundidade e da circunferência da alça acometida, o cirurgião pode fazer apenas um *shaving* intestinal (raspar a lesão por fora), uma ressecção discoide (retirar um disco da parede do intestino onde estava o nódulo) ou, em casos graves e obstrutivos, uma ressecção segmentar (cortar fora um pedaço tubular do intestino e religar as pontas - anastomose). No trato urinário, se a paciente apresenta uma estenose de ureter com hidronefrose (rim dilatado), a cirurgia torna-se mandatória e urgente para salvar a função renal, podendo requerer o reimplante do ureter na bexiga ou passagem de cateter duplo J como ponte até a cirurgia definitiva.

Tratamento de Outras Causas de Dor Pélvica

Na **Cistite Intersticial**, o manejo inicial é comportamental (evitar alimentos irritantes como cafeína, cítricos, pimentas) e fisioterapia pélvica para relaxamento.



ERRO COMUM

Nunca prescreva exercícios de fortalecimento de Kegel para cistite intersticial, pois isso piora o espasmo do assoalho pélvico!

A terapia farmacológica de primeira linha inclui a Amitriptilina (antidepressivo tricíclico). Outras opções: Pentosano polissulfato (única droga aprovada pelo FDA, cuidado com risco de toxicidade macular) e instilação vesical com DMSO ou lidocaína.

Para a **Insuficiência Venosa Pélvica (Varizes)**, o tratamento clínico inicial é feito com progestágenos contínuos para diminuir o calibre venoso. Se a paciente não melhorar, o tratamento definitivo de escolha, minimamente invasivo, é a **Embolização percutânea** das veias ovarianas.

Na **Dor Miofascial e Neuropática**, se a dor veio após uma cirurgia ou trauma (dor neuropática crônica), a primeira linha medicamentosa são os neuromoduladores, especialmente a **Gabapentina** ou Pregabalina, associados à fisioterapia com liberação miofascial e bloqueio anestésico de pontos-gatilho.

Questão Estratégica — Dor Neuropática Pós-Operatória



QUESTÃO USP/RP - 2025

Mulher de 33 anos, foi submetida à cirurgia para ooforoplastia devido à massa anexial benigna. Evoluiu bem no pós-operatório imediato, mas apresentou dor na região inguinal direita que progrediu continuamente. Há 8 meses vem apresentando dor intensa no local, acompanhada de alodínia, formigamento, dor à exposição ao frio e episódios súbitos e repentinos de dor, ambos muito intensos. Tem antecedente de apendicectomia e colecistectomia. A ultrassonografia transvaginal e transabdominal não identificou alterações anatômicas significativas. Com base nestas informações, qual a opção terapêutica mais adequada?

- A) Adesiólise laparoscópica.
- B) Neuromodulação lombossacral.
- C) Gabapentina 1.800 mg ao dia.
- D) Canabidiol 100 mg ao dia.

Comentário:

Sensação de choque, formigamento, alodínia (dor a um estímulo que normalmente não dói) e dor em queimação pós-cirúrgica é o quadro clássico de dor neuropática.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Como não há alterações estruturais, a causa é lesão/aprisionamento de terminação nervosa. O tratamento de escolha na primeira linha para dores neuropáticas é o uso de neuromoduladores como a Gabapentina.

REVISÃO FINAL

Chegamos ao fim dessa verdadeira jornada diagnóstica e terapêutica pela pelve feminina! Você percebeu como a Dor Pélvica Crônica (DPC) é um quebra-cabeça multifatorial? A partir de agora, o seu raciocínio clínico está blindado contra as piores pegadinhas da banca. Pensa comigo na paciente entrando no seu ambulatório e vamos conectar todas as peças que montamos ao longo deste capítulo.

Se a paciente relata dor cíclica, dismenorreia incapacitante e dispareunia de profundidade, o radar apita para **Endometriose**. Lembre-se das teorias de origem (menstruação retrógrada é a mais comum, mas a metaplasia celômica explica focos à distância). Na hora de classificar a gravidade, não caia na armadilha: a intensidade da dor **não** é proporcional ao estágio da doença! Para investigar, comece com o Ultrassom Transvaginal com preparo intestinal se disponível (buscando o sinal do deslizamento negativo e endometriomas com aspecto em “vidro fosco”). Se o caso for profundo ou complexo, chame a Ressonância Magnética.



ERRO COMUM

Nunca use o CA-125 para tentar fechar o diagnóstico! Ele tem baixa sensibilidade e serve apenas para seguimento. E lembre-se, a videolaparoscopia continua sendo o padrão-ouro definitivo (onde o cirurgião vê as lesões em “queimadura de pólvora” e os cistos “achocolatados”), mas hoje o tratamento clínico empírico já pode ser iniciado apenas com suspeita clínica e de imagem.

Se a suspeita é Endometriose, a conduta depende da “pergunta de ouro”: **Ela quer engravidar agora?** Se SIM, fuja do bloqueio hormonal (não prescreva pílula nem análogos de GnRH como tratamento de fertilidade), avalie cirurgia ou Fertilização in Vitro. Se ela NÃO quer engravidar, o foco é parar de menstruar: progestagênios contínuos, DIU-LNG ou COCs de uso contínuo são a primeira linha.

Mas e se não for Endometriose? O enunciado vai te dar as pistas:

- Se a paciente for mais velha (40-50 anos), múltipara, com sangramento uterino anormal, cólica intensa e o toque revelar um útero globalmente aumentado e amolecido: pense em **Adenomiose**. O USG mostrará miométrio heterogêneo e cistos miometriais.
- Se houver história de DIP (Doença Inflamatória Pélvica) ou cirurgias prévias, com dor inespecífica e útero fixo: pense em **Aderências Pélvicas**. O diagnóstico é cirúrgico, mas operar apenas para cortar aderências (adesiolise) não é recomendado para o alívio da dor a longo prazo.
- Saindo do útero, se a paciente for múltipara com dor “em peso” que piora ao final do dia e em pé: pense em **Síndrome de Congestão Pélvica**. A grande vilã é a **veia ovariana esquerda**, devido à sua desembocadura em 90 graus na veia renal esquerda e à compressão pela aorta (efeito *Nutcracker*).
- Se a dor for ao encher a bexiga, com alívio ao urinar e urocultura sempre estéril: pense em **Cistite Intersticial**. A cistoscopia não é obrigatória, mas quando feita, foca em encontrar as tratáveis **Lesões de Hunner**. (E não caia na pegadinha: glomerulações não confirmam a doença!).
- Por fim, se a dor piora ao contrair o abdome e a paciente tem cicatriz de cesárea: o **Teste de Carnett é positivo**, indicando dor **Miofascial ou Neuropática**. Trate com fisioterapia e neuromoduladores (Gabapentina).

Resumo em 1 minuto

- **Endometriose (Fisiopatologia):** Menstruação retrógrada de Sampson (mais comum) vs. Metaplasia celômica (explica doença à distância/homens/pré-menarca).
- **Endometriose (Diagnóstico):** Clínica soberana. USG com preparo intestinal é o exame inicial. RM para casos profundos. Laparoscopia com biópsia é o padrão-ouro, mas não é obrigatória para iniciar tratamento. CA-125 serve apenas para acompanhamento.
- **A Pegadinha do Estadiamento:** A dor da paciente **NÃO** guarda relação com a extensão da doença (ASRM) ou com o tamanho dos cistos (Acosta). Um foco milimétrico profundo pode doer mais que a pelve congelada.
- **Tratamento da Endometriose:** Deseja gestar? → Cirurgia (cistectomia da cápsula, não drenagem) ou FIV. Não deseja gestar? → Bloqueio hormonal clínico (Progestágenos, COC contínuo).
- **Adenomiose:** Mulher mais velha (40-50 anos), multípara, útero amolecido e aumentado (globular), sangramento aumentado. USG com cistos no miométrio e assimetria de paredes.
- **Aderências Pélvicas:** Sequela de DIP ou cirurgias. USG mostra sinal do deslizamento negativo ("*Sliding sign*"). Diagnóstico definitivo é cirúrgico, mas adesiólise isolada não trata dor.
- **Varizes Pélvicas:** Piora em ortostatismo. Acomete mais o lado esquerdo (veia ovariana esquerda drena em ângulo de 90° na veia renal esquerda e sofre pulsação da aorta).
- **Cistite Intersticial:** Urocultura negativa. Cistoscopia foca nas Lesões de *Hunner* (que podem ser fulguradas/injetadas). Glomerulações não fecham diagnóstico. Proibido fazer exercício de *Kegel*.
- **Dor Miofascial/Neuropática:** Teste de *Carnett* positivo (dor piora ao contrair abdome). Choque/queimação em cicatrizes prévias. Tratar com Gabapentina e liberação miofascial.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA** a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

