Adenomiose

Protocolos Febrasgo

Ginecologia – nº 31 – 2018

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA DA FEBRASGO
2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Corintio Mariani Neto
Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul

Imagem de capa e miolo: foxie/Shutterstock.com

COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ENDOMETRIOSE – 2016 / 2019

Presidente
Sérgio Podgaec

Vice-Presidente
Eduardo Schor

Secretário
João Sabino Lahorgue da Cunha Filho

Membros
Bernardo Portugal Lasmar
Carlos Alberto Petta
Carlos Augusto Pires Costa Lino
Fabíola Peixoto Minson
Frederico José Silva Correa
Kárin Kneipp Costa Rossi
Luciano Gibran
Manoel Orlando da Costa Gonçalves
Márcia Mendonça Carneiro
Marco Antonio Bassi
Marco Aurélio Pinho de Oliveira
Patrick Bellelis

Adenomiose

Márcia Mendonça Carneiro[1]
Ivete de Ávila[2]
Márcia Cristina França Ferreira[1]
Bernardo Lasmar[3]
Manoel Orlando Costa Gonçalves[4]
Marco Aurélio Pinho de Oliveira[5]
Patrick Bellelis[4]
Sergio Podgaec[4]

Descritores
Adenomiose; Dor pélvica; Sangramento uterino; Histerectomia

Como citar?
Carneiro MM, Ávila I, Ferreira MC, Lasmar B, Gonçalves MO, Oliveira MA, et al. Adenomiose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 31/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

Introdução

Adenomiose é uma alteração benigna do útero que, histologicamente, caracteriza invasão benigna do endométrio no miométrio, além de 2,5 mm de profundidade ou, no mínimo, um campo microscópio de grande aumento distante da camada basal do endométrio,

[1]Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
[2]Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
[3]Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
[4]Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[5]Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endometriose e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 31, acesse: https://www.febrasgo.org.br/

com presença de glândulas e estroma endometrial circundado por hiperplasia e hipertrofia das células miometriais. Classicamente, a adenomiose é identificada em espécimes de histerectomia. A apresentação clínica da doença é variável assim como seu impacto sobre a vida da mulher. O avanço nas pesquisas é dificultado pela necessidade de diagnóstico histológico e ausência de consenso com relação à sua classificação. Sua real incidência permanece desconhecida e os dados da literatura variam amplamente (1 a 70% e, em média, 20 a 30% dos espécimes de histerectomia) em virtude da ausência de padronização dos critérios diagnósticos, assim como as diversas definições histológicas utilizadas. Acomete, em geral, mulheres entre 40 e 50 anos, mas pode ser encontrado, incidentalmente, em mulheres mais jovens com quadro de sangramento uterino anormal e dismenorreia.[1-4]

Etiologia e fisiopatologia

Acredita-se que a exposição estrogênica contribua para o desenvolvimento da adenomiose. Entre os fatores de risco descritos estão:[5]

- Idade 40 a 50 anos;
- Menarca precoce (<10 anos de idade);
- Ciclos menstruais curtos (<24 dias de intervalo);
- Uso prévio de contraceptivos hormonais e tamoxifeno;
- IMC elevado;
- Multiparidade (>2 gestações);
- História de abortamento;
- Cirurgias uterinas prévias.

Embora a fisiopatologia da adenomiose permaneça desconhecida, há quatro teorias propostas para tentar explicar o desenvolvimento da doença. A primeira sugere que a doença surja da invasão

direta do miométrio pelo endométrio, enquanto a segunda envolve participação de resquícios embrionários de remanescentes mullerianos pluripotentes. Os mecanismos que estimulariam a invasão miometrial são desconhecidos, mas podem ser favorecidos pelo enfraquecimento da parede do miométrio causado por cirurgias ou gestações prévias. A gravidez e o trauma cirúrgico poderiam enfraquecer a junção mioendometrial, com isso, levando à hiperplasia reacional da camada basal do endométrio e infiltração do miométrio. Alterações hormonais e imunológicas locais também contribuiriam para o processo. A segunda teoria envolve a metaplasia de resquícios mullerianos e explicaria a presença de nódulos adenomióticos fora do útero, como no septo retovaginal. Aparentemente, o nódulo adenomiótico não responde de modo cíclico aos esteroides ovarianos como o endométrio, o que sugere origem distinta do endométrio basal.[3,5]

As demais teorias apontam a invaginação da camada basal no sistema linfático intramiometrial, visto que a adenomiose já foi encontrada dentro de linfáticos miometriais. Por fim, outra teoria sugere a participação de células-tronco oriundas da medula óssea, dado que estudos revelam a participação de células-tronco oriundas da medula óssea na regeneração endometrial durante o ciclo menstrual.[3,5]

Além disso, fatores locais como o hiperestrogenismo e alterações mecânicas da peristalse uterina (hiper ou disperistalse) facilitariam o desenvolvimento da adenomiose. A participação dos esteroides sexuais, inflamação, neoangiogênese, fatores de crescimento e neurogênicos parece ser vital para o surgimento de dor pélvica, sangramento e infertilidade associados à adenomiose.

Estudos publicados nos últimos 10 anos identificaram mediadores moleculares da adenomiose e sugerem que, embora a doença

apresente alguns mecanismos fisiopatológicos comuns com a endometriose, tais como mutações genéticas e epigenéticas, alterações nos receptores hormonais e mediadores inflamatórios, a adenomiose apresenta mecanismos fisiopatológicos distintos.

Diagnóstico clínico

A adenomiose é mais prevalente na perimenopausa e nas multíparas, atingindo mulheres entre 40 e 50 anos de idade. Avanços recentes nos métodos de imagem começam a modificar o conceito de que seria apenas uma doença de mulheres na perimenopausa. O quadro clínico é heterogêneo; e o sangramento uterino aumentado e a dismenorreia são os sintomas mais comuns – atingindo 65% dos casos. Alguns estudos sugerem relação com infertilidade, o que pode ser devido ao extenso comprometimento da parede, causando irregularidade na cavidade uterina; ou relação com a diminuição da reserva ovariana pertinente ao adiamento da maternidade, como observado recentemente. Além disso, algumas mulheres podem apresentar miomas, pólipos e endometriose concomitantes. Os sintomas mais comumente associados com adenomiose são a menorragia e a dismenorreia,[6-8] manifestações inespecíficas que podem estar presentes, também, em pacientes com miomatose uterina, pólipos endometriais e outras condições clínicas. Sintomas menos comuns incluem dispareunia e dor pélvica crônica. A adenomiose pode ainda ser assintomática em aproximadamente um terço das pacientes ou estar associada à miomatose uterina, exibindo massa palpável no abdome, ou endometriose, podendo manifestar conjuntamente disquezia, disúria e infertilidade. O sangramento aumentado pode correlacionar-se à profundidade da invasão miometrial e à densidade de glândulas no miométrio. Pacientes com

infiltração sub-basal do miométrio e com maior densidade glandular tendem a apresentar sangramento anormal com maior frequência. Alguns sugerem que o sangramento e a dismenorreia parecem relacionar-se positivamente à profundidade de invasão e à densidade glandular. O volume uterino, geralmente, mostra-se pouco aumentado, sendo maior quando existe associação com miomas. À palpação do fundo uterino, pode ser observada sensibilidade. A adenomiose pode também estar relacionada à infertilidade e a complicações na gravidez e no puerpério, mas os relatos na literatura ainda apresentam controvérsias.

Métodos de imagem

A ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética são ótimos métodos complementares para o diagnóstico da adenomiose. Considerando-se a maior disponibilidade e o menor custo, a ultrassonografia é considerada o exame de primeira linha, com sensibilidade de até 82% e especificidade de até 84%. No entanto a experiência do examinador e a qualidade do equipamento podem interferir na *performance* do exame. Ademais, assim como no diagnóstico anatomopatológico, a diversidade de critérios usada para diagnosticar adenomiose produz heterogeneidade nos estudos e dificulta a generalização dos dados. Os sinais sonográficos de adenomiose incluem aumento heterogêneo do volume uterino sem nódulos miomatosos, formato globoso, assimetria entre paredes uterinas, heterogeneidade difusa ou focal, cistos anecoicos no miométrio e estrias radiadas partindo do endométrio. Também, podem ser observados pequenos focos hiperecogênicos na zona juncional que correspondem a tecido endometrial infiltrando a parede, sem sangramento associado. Os cistos miometriais são considerados

um dos sinais mais específicos de adenomiose (mais significativos quando são na zona juncional e têm parede espessa), no entanto só estão presentes aproximadamente na metade dos casos. O mesmo acontece com as estrias ecogênicas subendometriais. A ressonância magnética apresenta acurácia semelhante ou ligeiramente superior à da ultrassonografia transvaginal, principalmente nos casos de útero miomatoso ou muito volumoso. De forma semelhante ao que se observa na ultrassonografia e na histopatologia, os critérios não são uniformes. A proliferação descoordenada das células da zona juncional, um sinal da hipertrofia muscular da adenomiose, pode causar espessamento focal ou difuso da zona juncional. Uma espessura da zona juncional superior a 12 mm é considerada diagnóstica de adenomiose. Com espessuras entre 8 e 12 mm e a presença de outros sinais (espessamento focal, margens maldelimitadas) podem sugerir adenomiose. A presença de focos de alta intensidade na zona juncional (cistos com sangue) tem alta especificidade para o diagnóstico de adenomiose, mas só é vista em metade dos casos. A espessura da zona juncional é dependente de hormônios, varia com o ciclo menstrual e aumenta com a idade até a menopausa, o que pode reduzir a acurácia diagnóstica da RM.[9-14]

Seja um associado, leia esse e outros protocolos assistenciais na íntegra.

Entre em contato com a Federada do seu estado.

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia