



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

GISLAINE LAPERUTA SERAFIM ARGENTINO

**CORRELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRÉ E PÓS
VIDEOLAPAROSCÓPICO DE PACIENTES SUBMETIDAS A
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Nahás Neto
Co-orientador: Prof. Dr. Daniel Spadoto Dias

BOTUCATU

2017

Gislaine Laperuta Serafim Argentino

**CORRELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRÉ E PÓS
VIDEOLAPAROSCÓPICO DE PACIENTES SUBMETIDAS A
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Nahás Neto
Co-orientador: Prof. Dr. Daniel Spadoto Dias

BOTUCATU

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Argentino, Gislaine Laperuta Serafim.

Correlação do diagnóstico pré e pós videolaparoscópico de
pacientes submetidas à procedimento cirúrgico / Gislaine
Laperuta Serafim Argentino. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Jorge Nahás Neto

Coorientador: Daniel Spadoto Dias

Capes: 40101150

1. Pelve - Cirurgia. 2. Dor intratável. 3. Endometriose.
4. Educação médica. 5. Laparoscopia. 6. Infertilidade
feminina.

Palavras-chave: Dor pélvica; Educação médica; Endometriose;
Infertilidade feminina; Laparoscopia.

Dedicatória

À Deus,

Senhor e Salvador da minha vida, minha eterna gratidão por seu amor e fidelidade.

Por me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para lutar, força para não desistir e proteção para me guardar.

Por ouvir as minhas orações e realizar em minha vida muito mais do penso ou imagino.

Graças te dou por mais uma conquista realizada.

Aos meus pais,

David e Sandra, meus alicerces e porto seguro.

Obrigada pelo amor incondicional, apoio, dedicação e por sempre lutarem sem medir esforços, muitas vezes doando e renunciando aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Por sempre me incentivar a crescer e me impulsionar em direção às vitórias dos meus desafios.

E hoje comemoramos mais um sonho realizado...

Ao meu esposo,

Rafael pelo amor, companheirismo, incentivo e apoio em todos os momentos, principalmente nos de dificuldade e nos que eu queria desistir.

Por compartilhar comigo meus sonhos.

Por estar sempre ao meu lado e me fazer feliz.

Te amo sem limites...

A minha amada filha,

Isabela, meu bem maior, a razão do meu viver.

Por me dar a oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor.

Por você ser essa criança que transborda alegria e vive intensamente as descobertas da infância. E que a cada dia me ensina a ser uma mãe melhor...

Homenagem

Ao Profº. Adjunto III Dr. Rogério Dias, meu sincero agradecimento por me incentivar e permitir que eu ingressasse no curso de mestrado. Por todos os ensinamentos transmitidos e pela contribuição no meu processo de aprendizado durante minha formação acadêmica. Agradeço pela confiança, pela amizade, conselhos e paciência. O senhor é um exemplo de simplicidade, compreensão e competência. Meu respeito e admiração pela sua dedicação e amor ao trabalho, pelo seu Dom no ensino da Ciência. MUITÍSSIMO obrigada! E que eu possa sempre contar com o privilégio da sua amizade.

Ao Profº Dr. Jorge Nahás Neto, pela disponibilidade em aceitar ser meu orientador no meio do caminho e permitir que eu concluísse o meu projeto de mestrado. Meu muito obrigado pela confiança, apoio e incentivo na realização deste estudo.

Ao Profº Dr. Daniel Spatodo Dias, por ser um excelente co-orientador, estar sempre presente, me orientando, ensinando e auxiliando em todos os momentos do projeto e por acreditar em mim e não me deixar desistir nos momentos de dificuldades. Você é parte essencial desse projeto e seu apoio foi determinante na elaboração da dissertação deste mestrado. Meu sincero agradecimento.

Agradecimento Especial

*As **pacientes**, a minha gratidão, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.*

Agradecimentos

*Ao meu irmão, **Renato**, pelo amor, amizade e companheirismo. Por sempre torcer pelas minhas conquistas.*

*Ao meu sogro **Renato** e à minha sogra **Helena**, pelo amor, incentivo e apoio sincero.*

*Aos meus cunhados, **Henrique e Renata**, pelo carinho e incentivo.*

*Aos meus amigos, **Ana Laura e Lucas**, pelo apoio, incentivo, companheirismo e amizade.*

*A **Flávia Neves Bueloni Dias**, pela amizade e apoio.*

*Ao Prof. Titular **Carlos Roberto Padovani** pela ajuda na análise estatística e auxílio na compreensão dos dados obtidos, tão prontamente efetuados.*

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, muito obrigado por todos os conhecimentos transmitidos e pela contribuição na minha formação como médica.

*Ao Profº Dr. **Nilton José Leite**, pelos ensinamentos e instruções nas diferentes etapas da minha formação acadêmica. Obrigada pela amizade e incentivo em minha carreira profissional.*

*Aos **Professores Doutores** que aceitaram compor a banca examinadora da defesa, meu muito obrigada.*

*À **Dra. Heloísa Maria de Luca Vespoli** e **Dra. Ângela Favorito Santarem Tonon**, pelas orientações e contribuições na qualificação da tese.*

*Aos **funcionários da secretaria do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia**, em especial a **Regina Célia Gamito**. Obrigada pela ajuda, auxílio e pelo modo prestativo e eficiente com que sempre atenderam às minhas necessidades.*

*Aos **funcionários da Seção de Pós- Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP**, em especial, **Solange Sako Cagliari**, pela solicitude, ajuda e auxílio na resolução de problemas institucionais.*

*Às **bibliotecárias**, **Rosemeire** e **Rosemary** pelo auxílio com a ficha catalográfica e referências bibliográficas.*

*À residente de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP, **Vitória Cristina Bortolani** , por sua valiosa ajuda no projeto.*

*À **equipe da Maternidade** do Hospital Nossa Senhora da Piedade de Lençóis Paulista, pela amizade, apoio e incentivo.*

“Àqueles que involuntariamente omitimos e que nos auxiliaram de alguma forma - a certeza de que este fato não diminui a nossa gratidão.”

Sumário

Lista de Abreviaturas	2
Lista de Ilustrações	4
Lista de Tabelas	6
Resumo	8
Abstract	10
1. Introdução	12
2. Objetivo	19
3. Métodos	21
3.1. Desenho do estudo e Seleção da Amostra	21
3.2. Avaliação Dados Clínicos	21
3.3. Análise Estatística	22
4. Publicação	24
“O Papel da Laparoscopia na Propedêutica Diagnóstica em Ginecologia”	
5. Conclusões	60
6. Referências	62
7. Anexos	68
7.1. Anexo I - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	

Lista de Abreviaturas

ACOG	American College of Obstetrician and Gynecologists
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
UNESP	Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
IMC	Índice de Massa Corporal
DUM	Data da Última Menstruação
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
FIV	Fertilização <i>In Vitro</i>
HC	Hospital das Clínicas

Lista de Ilustrações

Figura 1- Fluxograma do diagnóstico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico entre o período de março de 2010 a outubro de 2016 no Setor de Endoscopia Ginecológica da FMB/UNESP

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características epidemiológicas e clínicas das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Tabela 2. Quadro clínico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Tabela 3. Resultado da ultrassonografia transvaginal das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Tabela 4. Correlação entre os diagnósticos pré- e pós-operatório com o resultado do estudo anátomo-patológico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Tabela 5. Distribuição das concordâncias de diagnósticos pré- e pós-operatório.

Resumo

Objetivo: Avaliar a concordância entre o diagnóstico ginecológico pré- e pós-laparoscópico, a fim de verificar se existem diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica utilizando técnica cirúrgica minimamente invasiva. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo de levantamento de prontuários com amostra de conveniência. Foi realizada análise comparativa de dados referentes ao diagnóstico clínico de 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico no Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP entre o período de março de 2010 a outubro de 2016. A comparação entre os diagnósticos pré- e pós-operatório foi realizada pelo teste de concordância considerando as proporções de ocorrências. **Resultados:** A laparoscopia auxiliou na elucidação diagnóstica de 59,6% dos casos de infertilidade ($P>0,05$) e de 93,7% dos casos de dor pélvica crônica de causa indeterminada ($P<0,01$), além de ser conclusiva na elucidação do diagnóstico de abdômen agudo e na exclusão de abscesso tubo-ovariano ($P<0,05$). A laparoscopia, ainda, aumentou em 76,7% o diagnóstico de aderências pélvico-abdominais ($P>0,05$). **Conclusão:** O uso da laparoscopia demonstrou diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica, notadamente nos casos de dor pélvica crônica de etiologia indeterminada.

Palavras-chave: *dor pélvica; educação médica, pós-graduação; endometriose; infertilidade feminina; laparoscopia; técnicas de diagnóstico, cirúrgicas.*

Abstract

Objective: To evaluate the concordance between the pre and post-laparoscopic gynecological diagnosis in order to verify if there are considerable differences in the diagnostic confirmation using a minimally invasive surgical technique. **Methods:** Retrospective descriptive study of a survey of medical reports with convenience sample. It was made a comparative analysis of data referring the clinical diagnosis of 315 patients submitted to laparoscopic surgical procedure in the Gynecological Endoscopy and Family Planning Section of Botucatu Medical School - FMB / UNESP between March 2010 and October 2016. The comparison between the pre- and postoperative diagnoses was made by the concordance test considering the proportions of occurrences. **Results:** Laparoscopy assisted in the diagnostic elucidation of 59.6% of infertility cases ($P>0.05$) and 93.7% of cases of chronic pelvic pain of indeterminate cause ($P<0.01$), besides being conclusive in the elucidation of the diagnosis of acute abdomen and in the exclusion of tube-ovarian abscess ($P<0.05$). Laparoscopy also increased the diagnosis of pelvic-abdominal adhesions ($P>0.05$) in 76.7%. **Conclusion:** The use of laparoscopy demonstrated considerable differences in diagnostic confirmation, especially in cases of chronic pelvic pain of undetermined etiology.

Keywords: *pelvic pain; medical education; postgraduate; endometriosis; female infertility; laparoscopy; diagnostic techniques, surgical.*

1. Introdução

O diagnóstico médico é a parte mais crucial do exercício profissional, uma vez que o mesmo irá determinar todos os cuidados e tratamentos que serão dispensados ao paciente, bem como estabelecer a estrutura de atendimento necessária dentro da unidade de saúde⁽¹⁾. Os procedimentos para se chegar ao diagnóstico de certeza são fundamentais para a eficiência do processo, uma vez que embasarão a conclusão do profissional médico, traçando as estratégias para o melhor manejo do paciente. Dados sugerem que um diagnóstico preciso reduz o risco de terapias desnecessárias e otimiza a utilização de recursos, particularmente quando estes são limitados, propiciando inúmeras vantagens em toda cadeia do processo de assistência médica^(1,2).

Existem diferentes estratégias para a formação da hipótese diagnóstica final. A maioria dos processos se baseia em informações do histórico clínico e exame físico do paciente, em conjunto com resultados de exames complementares. A escolha de qual modalidade de exame será realizada é um passo importante para que o profissional médico possa chegar a uma conclusão definitiva, direcionando o tratamento adequado⁽¹⁾. Na área ginecológica, o cuidado com o diagnóstico é especialmente crítico, uma vez que grande parte dos sintomas e doenças que acometem as mulheres pode ter correlação direta com outras especialidades. Desta forma, o diagnóstico equivocado pode acarretar na complicação do quadro em curto espaço de tempo, agravando sua morbidade e ocasionando custos ainda mais elevados aos sistemas de saúde^(3,4).

As queixas de ordem ginecológicas se iniciam, em sua grande maioria, por dores apresentadas na região pélvica e/ou abdominal, além de distúrbios no ciclo menstrual e as hemorragias. Esses são sintomas que podem estar relacionados a

uma ampla gama de doenças ginecológicas, tais como miomas uterinos, endometriose, cistos ovarianos, endosalpingite, varizes pélvicas, aderências, hérnias, câncer do útero e ovário, entre outras; mas que também podem estar associadas com queixas endocrinológicas, hematológicas, urológicas e gástricas⁽⁵⁾. Alguns autores apontam que as causas de dores pélvicas nem sempre são óbvias para o diagnóstico ginecológico, sendo que 40% a 60% dos casos apresentam dificuldades para a conclusão diagnóstica^(6,7). Por esse motivo a utilização de diferentes estratégias de exames e procedimentos se faz necessária, a fim de estabelecer um diagnóstico definitivo, proporcionando um melhor tratamento às pacientes e otimizando os recursos das unidades de atendimento em saúde.

O meio mais adequado para a determinação do diagnóstico definitivo é a aplicação de abordagens multivariadas de exames laboratoriais, integrados a informações e dados clínicos dos diversos componentes do processo diagnóstico⁽¹⁾. O início deste processo deve ser a anamnese da paciente, incluindo detalhamento do calendário menstrual, das práticas sexuais, histórico obstétrico e ginecológico, assim como outros históricos cirúrgicos, seguido de exame físico minucioso. É importante que esses passos não sejam ignorados, pois são essenciais na conclusão final do diagnóstico⁽⁸⁾. Como próximo passo, os exames laboratoriais aparecem como uma das melhores ferramentas para incrementar a precisão do diagnóstico.

O *American College of Obstetrician and Gynecologists* (ACOG) indica a integração de dados do exame físico e laboratoriais a testes de imagem, tais como: ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, para aumentar a acurácia diagnóstica⁽⁹⁾. Em alguns casos, podem também ser

utilizados a histeroscopia diagnóstica, para investigação da cavidade uterina, e procedimentos mais invasivos como a laparoscopia^(1,8). A ultrassonografia é largamente utilizada para o diagnóstico de mulheres que reportam dor pélvica e abdominal, sendo que a via transvaginal é a principal forma de avaliação na área ginecológica, devido a inúmeras vantagens como ausência de radiação, ampla disponibilidade e excelente visibilização dos órgãos pélvicos⁽¹⁰⁾. Além do mais, a ultrassonografia passou por inovações tecnológicas nos últimos anos, que aumentaram consideravelmente a qualidade da imagem, tornando o diagnóstico mais rápido e preciso de muitas condições ginecológicas. Contudo, é sempre importante salientar que o diagnóstico deve estar sempre acompanhado das análises clínica, física e laboratorial^(10,11).

Alguns estudos reportam uma forte correlação dos achados ultrassonográficos com o diagnóstico de diferentes condições ginecológicas, tais como: inflamações pélvicas, cistos ovarianos, torção anexial e gravidez ectópica. Nesses casos a utilização da ultrassonografia foi crucial para a realização do diagnóstico de maneira rápida e precisa e, conseqüentemente, para a instituição de um tratamento eficaz nas condições que exigiam intervenção cirúrgica^(10,12). O diagnóstico de mulheres com endometriose através do uso da ultrassonografia transvaginal também se provou eficiente, sendo que a realização subsequente da laparoscopia demonstrou melhorar a proficiência individual do diagnóstico radiológico⁽¹¹⁾. De igual maneira, a utilização da ultrassonografia com Doppler no diagnóstico pré-operatório de cistos ovarianos foi de fundamental importância para o direcionamento correto do diagnóstico⁽¹³⁾. Entretanto, mais uma vez, a subsequente utilização da laparoscopia demonstrou melhorar a eficácia diagnóstica. Sendo assim,

em casos na qual a etiologia do quadro não é totalmente elucidada, a laparoscopia tem-se mostrado como procedimento seguro e confiável como avaliação complementar no diagnóstico ginecológico, podendo inclusive poupar a paciente de uma cirurgia exploradora por laparotomia e seus riscos maiores de complicações⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

A laparoscopia foi idealizada e desenvolvida por Raoul Palmer a partir de 1943, tendo revolucionado os procedimentos médicos na segunda metade do século XX⁽²⁰⁾. Inicialmente concebida como ferramenta diagnóstica, uma espetacular evolução da técnica ocorreu nas décadas de 70 e 80, com o desenvolvimento da eletrocirurgia por Kurt Semm, cujo pioneirismo permitiu as primeiras cirurgias de anexectomia, histerectomia e até mesmo linfadenectomias pélvica e para-aórtica^(20,21). Graças aos avanços tecnológicos e intelectuais dos últimos 20 anos, a técnica da cirurgia laparoscópica tem apresentado expressivo desenvolvimento em centros especializados ao redor do mundo, permitindo que procedimentos de alta complexidade possam hoje ser realizados endoscopicamente. Diversos estudos demonstraram que a laparoscopia apresenta inúmeras vantagens, tais como, menor dor no pós-operatório, menor permanência hospitalar, menores taxas de complicações pós-cirúrgica, retorno precoce às atividades de vida diária e melhor efeito estético, quando comparada à cirurgia aberta convencional, determinando diminuição dos custos diretos e indiretos relativos ao tratamento cirúrgico^(3,5,22,23).

Para alguns autores a utilização da laparoscopia deve fazer parte integral do processo diagnóstico de mulheres com dor pélvica por causa indefinida, devido à maior segurança e confiabilidade no resultado⁽⁶⁾. Outros acrescentam que a laparoscopia demonstra resultados muito mais precisos para o diagnóstico

ginecológico, podendo confirmar ou excluir impressões clínicas, estabelecer e definir o diagnóstico, seguir e explorar o curso da doença e modificar ou complementar o tratamento^(7,24). Atualmente a utilização da laparoscopia constitui-se numa poderosa opção não apenas propedêutica, mas também terapêutica, prevenindo a realização de procedimentos cirúrgicos inapropriados e tratamentos desnecessários, com baixíssimas taxas de complicações^(10,22,23,25). A evolução tecnológica das últimas décadas permitiu o desenvolvimento de mini-câmeras com qualidade de captação de imagem em alta definição, de instrumentais com calibre cada vez menor, de sistemas bipolares selantes e a utilização de diferentes fontes de energia, como a ultrassônica, proporcionando mínimo desconforto às pacientes. Tudo isso associado ao aperfeiçoamento das habilidades técnico-cirúrgicas, o selecionamento criterioso das pacientes e o desenvolvimento da anestesiologia, que tornaram os procedimentos endoscópicos mais precisos, determinando um grande avanço na propedêutica ginecológica^(11,23,25). Sendo assim, aumento significativo nas indicações de laparoscopia tem sido observado, permitindo o acesso a toda cavidade abdominal e pélvica, não apenas ao cirurgião, mas também, a todos os outros profissionais presentes no ato cirúrgico.

Diversos estudos comparativos demonstram que o emprego da laparoscopia aumentou a taxa de sucesso no diagnóstico de diferentes condições ginecológicas^(7,26,27). Em um estudo com pacientes apresentando quadro clínico de dor pélvica crônica e exame de ultrassonografia sem evidências de anormalidade, a laparoscopia detectou a presença de lesões estruturais em 65 das 85 pacientes, demonstrando que o procedimento foi eficiente em encontrar lesões subjacentes em casos onde a ultrassonografia apresentou resultado negativo⁽⁷⁾. Janssen *et. al*

descrevem que o diagnóstico da endometriose em adolescentes é muitas vezes ineficaz, por não se utilizar a laparoscopia rotineiramente neste grupo específico de mulheres, podendo, assim, agravar o quadro clínico e ocasionar uma infinidade de tratamentos equivocados⁽²⁷⁾. Atualmente a laparoscopia passou a ocupar um lugar de fundamental importância dentro do arsenal propedêutico e terapêutico da ginecologia moderna, ampliando cada vez mais seu leque de indicações⁽²⁶⁾. A literatura demonstra que a utilização da laparoscopia em conjunto com outros procedimentos propedêuticos pode modificar a conclusão diagnóstica de muitos casos ginecológicos, tendo maior eficiência no diagnóstico de doenças que não foram detectadas nos exames, clínico e ultrassonográfico, previamente realizados^(5,22,23,25,26,28,29). Neste contexto, o presente estudo procura correlacionar à hipótese diagnóstica clínica pré-cirúrgica com os resultados pós-laparoscopia, a fim de avaliar as vantagens do método na definição diagnóstica.

2. Objetivo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a concordância entre o diagnóstico ginecológico pré- e pós-videolaparoscópico de pacientes submetidas a procedimento cirúrgico, buscando verificar se existem diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica utilizando técnica cirúrgica minimamente invasiva.

3. Métodos

3.1. Desenho do estudo e Seleção da Amostra

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo corte transversal, através de levantamento de prontuários, com amostra de conveniência. Foi realizado levantamento de dados referentes ao diagnóstico clínico pré- e pós-operatório de 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico por videolaparoscopia no Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP (serviço público universitário) no período de março de 2010 a outubro de 2016 (Figura 1). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CEP), tendo sido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dispensado pela natureza retrospectiva de coleta anônima de dados em registros hospitalares, e por não envolver qualquer tipo de material biológico ou contato com pacientes (Anexo I).

Foram incluídas no presente estudo todas as pacientes submetidas a procedimento cirúrgico pela via laparoscópica no referido período, cujos dados encontravam-se disponíveis para análise no setor de registros eletrônicos do Hospital das Clínicas de Botucatu (HC-FMB/UNESP). Dados clínico-epidemiológicos, do resultado de exames de ultrassonografia pélvica-transvaginal e do estudo anátomo-patológico foram descritos e analisados de maneira comparativa entre o momento pré- e pós-laparoscopia.

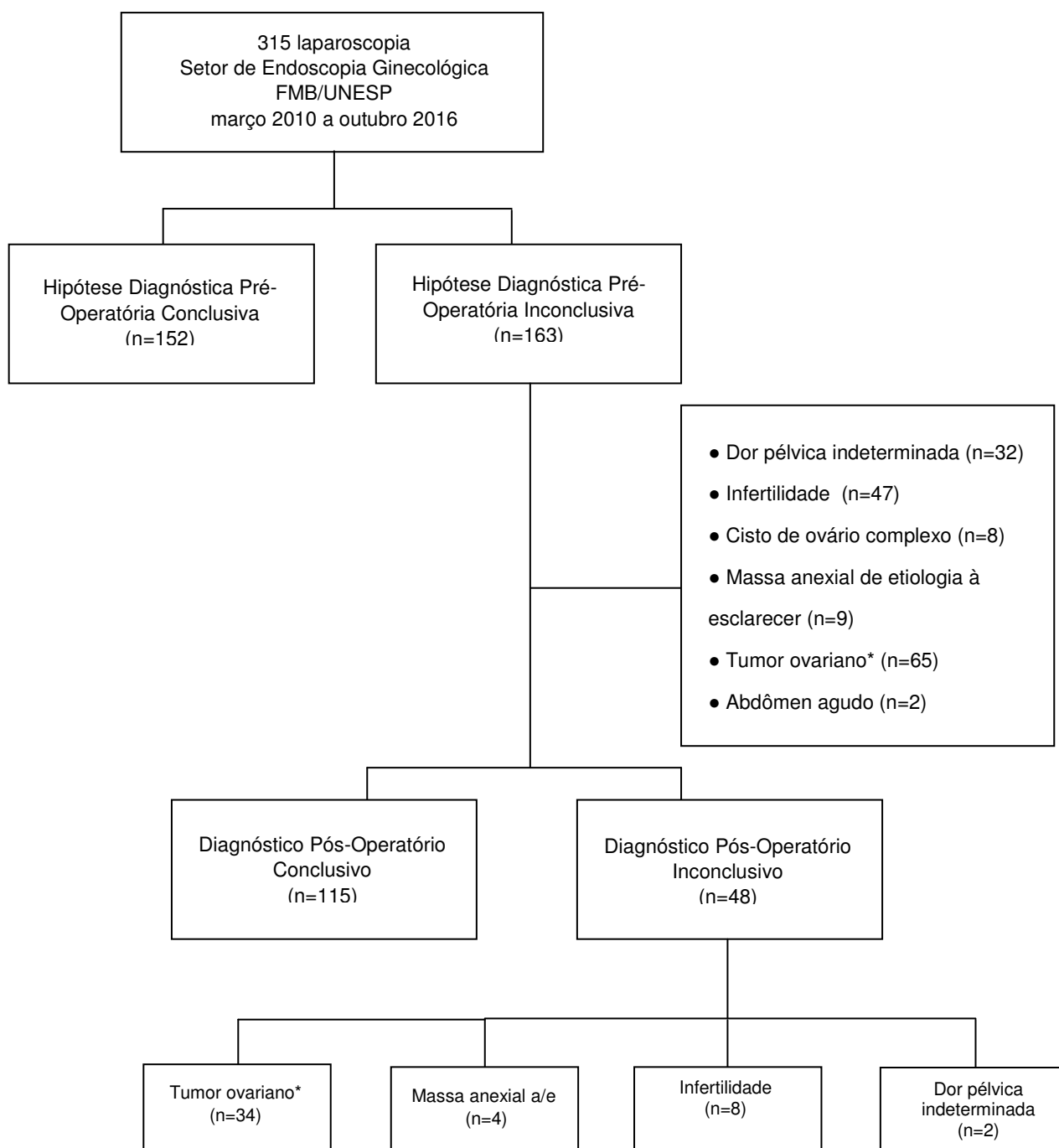
3.2. Avaliação Dados Clínicos

A partir de prontuários eletrônicos foram obtidos os dados referentes às

características clínicas e epidemiológicas das pacientes: idade, idade da menarca, paridade, abortamento, data da última menstruação (DUM), padrão menstrual, uso de contracepção hormonal, índice de massa corpórea (IMC= kg/m²), antecedente de doença inflamatória pélvica (DIP), presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, tireoideopatias, dislipidemias e tabagismo. Dados sobre as queixas clínicas das pacientes, achados do exame de ultrassonografia pélvica-transvaginal, tipos de procedimentos cirúrgicos realizados e taxa de complicações observadas durante e após os procedimentos foram igualmente analisados.

3.3. Análise Estatística

Todos os dados foram transcritos em planilha Excel para análise estatística. Esta foi realizada de maneira descritiva através do cálculo das frequências absolutas e relativas dos parâmetros analisados. Foram estimados a média, o desvio padrão, a mediana e os valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas e a frequência absoluta e percentual para as variáveis qualitativas. A comparação entre os diagnósticos pré-, pós-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico, considerado “padrão ouro”, foi realizada pela análise de concordância das frequências observadas para cada tipo de variável. E a comparação entre os diagnósticos pré- e pós-operatório foi realizada pelo teste de concordância de diagnóstico (pré-pós) considerando as proporções de ocorrências⁽³⁰⁾. Foi adotado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. A análise foi realizada utilizando-se o programa *Statistical Analyses System (SAS)*, versão 9.2.



*lesões benignas, suspeitas e malignas
a/e de etiologia à esclarecer

Figura 1- Fluxograma do diagnóstico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico entre o período de março de 2010 a outubro de 2016 no Setor de Endoscopia Ginecológica da FMB/UNESP

4. Publicação

4.1. Artigo Original

“O PAPEL DA LAPAROSCOPIA NA PROPEDEÚTICA DIAGNÓSTICA EM GINECOLOGIA”

The role of laparoscopy in the propaedeutic of gynecological diagnosis

Argentino GLS¹, Bueloni-Dias FN², Leite NJ², Peres GF², Elias LV²,
Padovani CR³, Bortolani VC², Spadoto-Dias D¹, Nahas-Neto J¹, Dias R²

¹Programa de Pós graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP

²Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (Drs. Flavia Neves Bueloni-Dias, Nilton Jose Leite, Gustavo Flipov Peres, Leonardo Vieira Elias, Vitória Cristina Bortolani, Daniel Spadoto Dias, Jorge Nahás Neto e Rogério Dias)

³Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências de Botucatu - UNESP (Dr. Carlos Roberto Padovani)

Clinics Hospital of Botucatu - HC/FMB-UNESP. Department of Gynecology and Obstetrics. Postgraduation Program on Gynecology, Obstetrics and Mastology. Botucatu Medical School, São Paulo State University - FMB/UNESP. Botucatu, Sao Paulo, Brazil.

Correspondence and Requests for materials should be addressed to: Gislaïne Laperuta Serafim Argentino. Department of Gynecology and Obstetrics. Botucatu Medical School, Sao Paulo State University - FMB/UNESP. Distrito de Rubiao Junior, s/no - Botucatu, Sao Paulo - Brazil. CEP:18.618-970. Phone/fax: +55 14 3811-6227. E-mail: giserafim@yahoo.com.br.

Resumo

Objetivo: Avaliar a correlação entre o diagnóstico ginecológico pré- e pós-laparoscópico, a fim de verificar se existem diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica utilizando técnica cirúrgica minimamente invasiva. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo de levantamento de prontuários com amostra de conveniência. Foi realizada análise comparativa de dados referentes ao diagnóstico clínico de 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico no Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP entre o período de março de 2010 a outubro de 2016. A comparação entre os diagnósticos pré- e pós-operatório foi realizada pelo teste de concordância considerando as proporções de ocorrências. **Resultados:** A laparoscopia auxiliou na elucidação diagnóstica de 59,6% dos casos de infertilidade ($P>0,05$) e de 93,7% dos casos de dor pélvica crônica de causa indeterminada ($P<0,01$), além de ser conclusiva na elucidação do diagnóstico de abdômen agudo e na exclusão de abscesso tubo-ovariano ($P<0,05$). A laparoscopia, ainda, aumentou em 76,7% o diagnóstico de aderências pélvico-abdominais ($P>0,05$). **Conclusão:** O uso da laparoscopia demonstrou diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica, notadamente nos casos de dor pélvica crônica de etiologia indeterminada.

Palavras-chave: *dor pélvica; educação médica, pós-graduação; endometriose; infertilidade feminina; laparoscopia; técnicas de diagnóstico, cirúrgicas.*

Abstract

Objective: To evaluate the concordance between the pre and post-laparoscopic gynecological diagnosis in order to verify if there are considerable differences in the diagnostic confirmation using a minimally invasive surgical technique. **Methods:** Retrospective descriptive study of a survey of medical reports with convenience sample. It was made a comparative analysis of data referring the clinical diagnosis of 315 patients submitted to laparoscopic surgical procedure in the Gynecological Endoscopy and Family Planning Section of Botucatu Medical School - FMB / UNESP between March 2010 and October 2016. The comparison between the pre- and postoperative diagnoses was made by the concordance test considering the proportions of occurrences. **Results:** Laparoscopy assisted in the diagnostic elucidation of 59.6% of infertility cases ($P>0.05$) and 93.7% of cases of chronic pelvic pain of indeterminate cause ($P<0.01$), besides being conclusive in the elucidation of the diagnosis of acute abdomen and in the exclusion of tube-ovarian abscess ($P<0.05$). Laparoscopy also increased the diagnosis of pelvic-abdominal adhesions ($P>0.05$) in 76.7%. **Conclusion:** The use of laparoscopy demonstrated considerable differences in diagnostic confirmation, especially in cases of chronic pelvic pain of undetermined etiology.

Keywords: *pelvic pain; medical education; postgraduate; endometriosis; female infertility; laparoscopy; diagnostic techniques, surgical.*

Introdução

O diagnóstico médico é a parte crucial do exercício profissional, uma vez que o mesmo irá determinar todos os cuidados e tratamentos que serão dispensados ao paciente, bem como estabelecer a estrutura de atendimento necessária dentro da unidade de saúde⁽¹⁾. Dados sugerem que o diagnóstico preciso reduz o risco de terapias desnecessárias e aperfeiçoa a utilização de recursos, particularmente quando estes são limitados; propiciando inúmeras vantagens em toda cadeia do processo de assistência médica^(1,2). Na área ginecológica, o cuidado com o diagnóstico é especialmente crítico, uma vez que grande parte dos sintomas e doenças que acometem as mulheres pode ter correlação direta com outras especialidades. Desta forma, o diagnóstico equivocado pode acarretar complicação do quadro em curto espaço de tempo, agravando sua morbidade e ocasionando custos mais elevados aos sistemas de saúde^(3,4).

Atualmente a utilização da laparoscopia na ginecologia moderna constitui-se em poderosa opção, não apenas propedêutica, mas também terapêutica, prevenindo a realização de procedimentos cirúrgicos inapropriados e tratamentos desnecessários, com baixas taxas de complicações⁽⁵⁻⁹⁾. A literatura demonstra que a utilização da laparoscopia em conjunto com outros procedimentos propedêuticos pode modificar a conclusão diagnóstica de muitos casos ginecológicos, tendo maior eficiência no diagnóstico de doenças que não foram detectadas aos exames, clínico e ultrassonográfico, previamente realizados^(5-7,9-12).

Contudo, programas de residência médica em ginecologia não contemplam, em sua maioria, a formação laparoscópica quer seja do ponto de vista cirúrgico

terapêutico ou mesmo diagnóstico. Sendo assim, o presente estudo objetiva avaliar a concordância entre o diagnóstico ginecológico pré- e pós-laparoscópico de pacientes submetidas a procedimento cirúrgico. A fim de verificar as diferenças existentes na confirmação diagnóstica com a utilização de técnica cirúrgica minimamente invasiva e demonstrar a racionalidade do uso da laparoscopia na propedêutica ginecológica, ampliando a discussão sobre as bases de formação das futuras gerações de ginecologistas.

Métodos

Desenho do estudo e Seleção da Amostra

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo corte transversal, através de levantamento de prontuários, com amostra de conveniência. Foi realizado levantamento de dados referentes ao diagnóstico clínico pré- e pós-operatório de 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico por videolaparoscopia no Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP (serviço público universitário) no período de março de 2010 a outubro de 2016 (Figura 1). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CEP), tendo sido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dispensado pela natureza retrospectiva de coleta anônima de dados em registros hospitalares, e por não envolver qualquer tipo de material biológico ou contato com pacientes (Anexo I).

Foram incluídas no presente estudo todas as pacientes submetidas a

procedimento cirúrgico pela via laparoscópica no referido período, cujos dados encontravam-se disponíveis para análise no setor de registros eletrônicos do Hospital das Clínicas de Botucatu (HC-FMB/UNESP). Dados clínico-epidemiológicos, do resultado de exames de ultrassonografia pélvica-transvaginal e do estudo anátomo-patológico foram descritos e analisados de maneira comparativa entre o momento pré- e pós-laparoscopia.

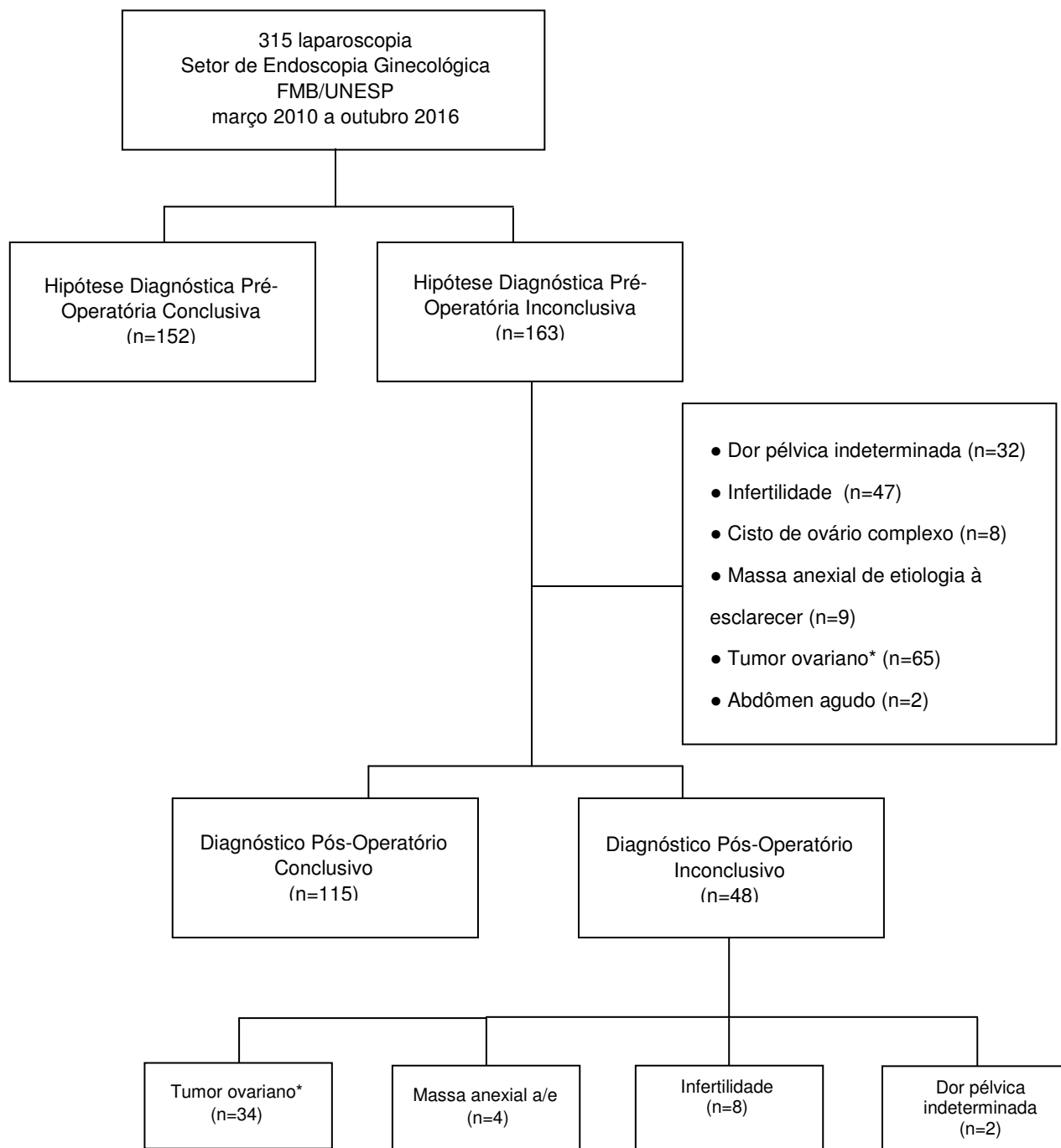
Avaliação Dados Clínicos

A partir de prontuários eletrônicos foram obtidos os dados referentes às características clínicas e epidemiológicas das pacientes: idade, idade da menarca, paridade, abortamento, data da última menstruação (DUM), padrão menstrual, uso de contracepção hormonal, índice de massa corpórea ($IMC = kg/m^2$), antecedente de doença inflamatória pélvica (DIP), presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, tireoideopatias, dislipidemias e tabagismo. Dados sobre as queixas clínicas das pacientes, achados do exame de ultrassonografia pélvica-transvaginal, tipos de procedimentos cirúrgicos realizados e taxa de complicações observadas durante e após os procedimentos foram igualmente analisados.

Análise Estatística

Todos os dados foram transcritos em planilha Excel para análise estatística. Esta foi realizada de maneira descritiva através do cálculo das frequências absolutas e relativas dos parâmetros analisados. Foram estimados a média, o desvio padrão, a mediana e os valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas e a

frequência absoluta e percentual para as variáveis qualitativas. A comparação entre os diagnósticos pré-, pós-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico, considerado “padrão ouro”, foi realizada pela análise de concordância das frequências observadas para cada tipo de variável. E a comparação entre os diagnósticos pré- e pós-operatório foi realizada pelo teste de concordância de diagnóstico (pré-pós) considerando as proporções de ocorrências⁽¹³⁾. Foi adotado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. A análise foi realizada utilizando-se o programa *Statistical Analyses System* (SAS), versão 9.2.



*lesões benignas, suspeitas e malignas
a/e de etiologia à esclarecer

Figura 1- Fluxograma do diagnóstico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico entre o período de março de 2010 a outubro de 2016 no Setor de Endoscopia Ginecológica da FMB/UNESP

Resultados

A média da idade das pacientes analisadas foi de 35 anos, com predomínio de mulheres com sobrepeso (IMC= $26,9 \pm 5,5$ kg/m²) e durante a menacme (84,1%). A contracepção hormonal era utilizada por 34,6% das mulheres, sendo que 11,4% referiam já ter realizado tratamento prévio para doenças infecciosas do útero (Tabela 1).

Entre as queixas clínicas referidas pelas pacientes, a principal foi de dor pélvica crônica (34%), seguida por dismenorréia (15,9%), desejo de contracepção definitiva (15,6%) e infertilidade (13%). Foi observado que 11,4% das mulheres queixavam-se de aumento expressivo do fluxo menstrual, enquanto que 14,3% não apresentavam qualquer queixa clínica, tendo sido o procedimento cirúrgico indicado por achados incidentais de exames de imagem, notadamente referentes às formações anexiais (Tabela 2). Aproximadamente 19% das mulheres referiam mais de uma queixa clínica de notória relevância em seus relatos.

Os principais resultados ultrassonográficos estão apresentados na Tabela 3 com destaque para os diagnósticos por imagem de cisto ovariano complexo (27,3%), mioma uterino (14%), endometriose ovariana (13%), cisto simples de ovário (8,6%), tumor indefinido de ovário (4,4%), endometriose profunda (3,5%), adenomiose (3,2%), hidrossalpinge (2,5%), varizes pélvicas (2,5%) e ovários micropolicísticos (2,2%). Vinte e dois por cento dos exames foram classificados como dentro dos padrões de normalidade para o período reprodutivo correspondente (Tabela 3).

Análise comparativa dos diagnósticos pré- e pós-cirúrgico com o

resultado do estudo anátomo-patológico mostrou uma concordância positiva nos casos de adenomiose (100%), mioma uterino (81,4%) e endometriose ovariana (84,2%) (Tabela 4). A taxa de concordância global entre o diagnóstico pré-, pós-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico foi de apenas 32,5%. Ao analisar a taxa global de concordância entre os diagnósticos pré- e pós-operatório, observa-se uma taxa de concordância de 63,6%. Em relação à taxa de concordância entre o diagnóstico pré-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico, assim como pós-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico, observa-se taxas de concordância de 38,3% e 43,4%, respectivamente.

Na análise de concordância entre os diagnósticos pré- e pós-operatório, a laparoscopia participou significativamente na elucidação diagnóstica de 93,7% dos casos de dor pélvica crônica de causa indeterminada ($P < 0,01$) e de 87,5% dos casos de cisto complexo ovariano ($P < 0,05$). Em outras situações, auxiliou no diagnóstico de 77,8% massas anexiais de etiologia a esclarecer ($P > 0,05$), em 59,6% dos casos de infertilidade ($P > 0,05$) e em 40% dos casos de tumor ovariano ($P > 0,05$). A laparoscopia, ainda, aumentou em 76,7% o diagnóstico de aderências pélvico-abdominais, além de ser conclusiva na elucidação do diagnóstico de abdômen agudo e na exclusão de abscesso tubo-ovariano ($P < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 1. Características epidemiológicas e clínicas das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Idade, anos	35 (13 ; 72)
IMC, Kg/m ²	26,9 (±5,5)
Número de Gestações	2 (0 ; 11)
Paridade, n de filhos vivos	1 (0 ; 8)
Número de Abortos	0 (0;3)
Número de Cesáreas	0 (0 ; 4)
Menacme, n (%)	265 (84,1)
Menopausa, n (%)	50 (15,9)
Contraceptivo Hormonal, n (%)	109 (34,6)
Antecedente de DIP, n (%)	36 (11,4)
HAS, n (%)	53 (16,8)
Diabetes, n (%)	13 (4,1)
Tireoideopatia, n (%)	18 (5,7)
Dislipidemia, n (%)	12 (3,8)
Tabagismo, n (%)	39 (12,4)

Valores apresentados em: Mediana (valores mínimo ; máximo) ; Valores médios (± desvio padrão) e Frequências em números absolutos e porcentagens n (%)
IMC= Índice de Massa Corpórea; DIP= Doença Inflamatória Pélvica; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 2. Quadro clínico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Dor pélvica crônica	107 (34)
Dismenorréia	50 (15,9)
Desejo de contracepção definitiva	49 (15,6)
Assintomática	45 (14,3)
Infertilidade	41 (13)
Aumento do fluxo menstrual	36 (11,4)
Dor pélvica aguda	15 (4,8)
Dispareunia	14 (4,4)
Irregularidade do padrão menstrual	8 (2,5)
Disquezia	5 (1,6)
Sangramento pós-menopausa	4 (1,3)
Disúria	1 (0,3)

Valores apresentados em números absolutos e porcentagens, n (%)

Tabela 3. Resultado da ultrassonografia transvaginal das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Normal	71 (22,5)
Mioma uterino	44 (14)
Adenomiose	10 (3,2)
Endometriose peritoneal	1 (0,3)
Endometriose ovariana	41 (13)
Endometriose profunda	11 (3,5)
Cisto de ovário	120 (38,1)
Cisto simples	27 (8,6)
Cisto complexo	86 (27,3)
Micropolicístico	7 (2,2)
Hidrossalpinge	8 (2,5)
Hematossalpinge	3 (0,9)
Tumor ovariano	14 (4,4)
Câncer de ovário	1 (0,3)
Torção de anexo	2 (0,6)
Abscesso tubo-ovariano	5 (1,6)
Varizes pélvicas	8 (2,5)
Malformação uterina	5 (1,6)
DIU intra-abdominal (ectópico)	1 (0,3)
Aderências	1 (0,3)
Outros	9 (2,9)

Valores apresentados em números absolutos e porcentagens, n (%)

Tabela 4. Correlação entre os diagnósticos pré- e pós-operatório com o resultado do estudo anátomo-patológico das 315 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico laparoscópico.

Diagnóstico	PRÉ	PÓS	AP
Mioma uterino	35 (11,1)	43 (13,7)	43 (13,7)
Adenomiose	10 (3,2)	10 (3,2)	10 (3,2)
Endometriose ovariana	37 (11,7)	38 (12,1)	32 (10,2)
Endometriose peritoneal	13 (4,1)	35 (11,1)	25 (7,9)
Endometriose profunda	38 (12,1)	40 (12,7)	15 (4,8)
Cisto simples ovariano	3 (0,9)	7 (2,2)	10 (3,2)
Cisto hemorrágico	4 (1,3)	5 (1,6)	9 (2,9)
Hidrossalpinge	6 (1,9)	15 (4,8)	5 (1,6)
Tumor ovariano	65 (20,6)	48 (15,2)	25 (7,9)*
Gravidez ectópica	2 (0,6)	2 (0,6)	1 (0,3)
Abscesso tubo-ovariano	2 (0,6)	3 (0,9)	5 (1,6)

Valores apresentados em números absolutos e porcentagens, n (%)

Pré= diagnóstico pré-operatório; Pós= diagnóstico pós-operatório; AP= anátomo-patológico

* cistoadenoma seroso; cistoadenoma mucinoso; cistoadenofibroma seroso; cistoadenofibroma papilífero; cisto teca-luteínico; tumor estromal esclerosante

Tabela 5. Distribuição das concordâncias de diagnósticos pré- e pós-operatório.

Pré- Diagnóstico	Pós-Diagnóstico		Total	Valor P*
	Mantido	Alterou		
Infertilidade	40,4%	59,6%	47	>0,05
Tumor Ovariano	60,0%	40,0%	65	>0,05
Dor Pélvica	6,3%	93,7%	32	<0,01
Abdômen Agudo	0,0%	100,0%	2	<0,05
Aderências	23,3%	76,7%	7	>0,05
Massa anexial a/e	22,2%	77,8%	9	>0,05
Abscesso tubo-ovariano	0,0%	100,0%	2	<0,05
Cisto ovário complexo	12,5%	87,5%	8	< 0,05

* Valor estatisticamente significativo se $P < 0,05$. Teste de concordância de diagnósticos (pré-pós) considerando as proporções de ocorrências

a/e = a esclarecer

Discussão

A laparoscopia apresenta inúmeras vantagens como menor dor no pós-operatório, menor permanência hospitalar, menor taxa de complicação pós-cirúrgica, retorno precoce às atividades de vida diária e melhor efeito estético, quando comparada à cirurgia aberta convencional, determinando diminuição dos custos diretos e indiretos relativos ao procedimento cirúrgico^(3,5,7,11). Em casos na qual a etiologia do quadro não é totalmente elucidada, a laparoscopia tem-se mostrado procedimento seguro e confiável como avaliação complementar no diagnóstico ginecológico, podendo inclusive poupar a paciente de cirurgia exploradora por laparotomia e seus riscos maiores de complicações⁽¹⁴⁻¹⁹⁾. Além do mais, a laparoscopia permite, em sua essência, a inspeção completa de toda cavidade peritoneal, visão ampliada e precisa de pequenas lesões, favorecendo o diagnóstico precoce de inúmeras condições, o que a torna ferramenta propedêutica de expressiva relevância na área ginecológica⁽¹⁵⁾. Neste trabalho procurou-se demonstrar a importância da laparoscopia na elucidação do diagnóstico definitivo em ginecologia.

Analisando a população de estudo observa-se que a queixa clínica principal foi de dor pélvica crônica (34%), com destaque para os diagnósticos pré-operatórios de tumor de ovário (20,6%), infertilidade (14,9%), endometriose profunda (12,1%) e endometriose ovariana (11,7%) (Tabela 2). Neste estudo a prevalência de DIP, de acordo com o auto-relato das pacientes, foi de 11,4%. Segundo levantamento do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) nos Estados Unidos, a prevalência de DIP baseada no auto-relato de mulheres em idade reprodutiva (18-44

anos) foi de 4,4%, atingindo 10% da população quando as mulheres relatavam diagnóstico prévio de alguma doença sexualmente transmissível⁽²⁰⁾. A prevalência aumentada de DIP nas pacientes avaliadas pode estar relacionada ao predomínio da queixa de dor pélvica crônica, observado no presente estudo. A utilização da laparoscopia deve fazer parte integral do processo diagnóstico de mulheres com dor pélvica por causa indefinida, pela maior segurança e confiabilidade no resultado⁽²¹⁾. A laparoscopia demonstra resultados muito mais precisos para o diagnóstico ginecológico, podendo confirmar ou excluir impressões clínicas, definir o diagnóstico, seguir e explorar o curso da doença e modificar ou complementar o tratamento^(22,23). Diversos estudos comparativos demonstram que o emprego da laparoscopia aumentou a taxa de sucesso no diagnóstico de diferentes condições ginecológicas^(9,23,24). Apesar das evidências encontradas na literatura, atualmente, programas de residência médica visando à formação básica da laparoscopia diagnóstica, com caráter propedêutico, são pouco difundidos, sendo que em inúmeros países existem dificuldades para implementação de um programa de treinamento para residentes em ginecologia⁽²⁵⁻²⁹⁾.

A ultrassonografia transvaginal é ferramenta importante para elucidação do quadro clínico em ginecologia, trazendo inúmeros subsídios para a formação da hipótese diagnóstica pré-operatória. Neste estudo observa-se que os principais diagnósticos ultrassonográficos foram cisto de ovário (38,1%), mioma uterino (14%) e endometriose ovariana (13%). Miomas uterinos são facilmente identificados pela ultrassonografia pélvica e transvaginal, o que confere uma boa correlação do diagnóstico pré- e pós-operatório⁽¹⁵⁾. Assim como no caso dos miomas, na avaliação de cistos anexiais, a ultrassonografia transvaginal é considerada exame de escolha,

uma vez que nenhuma outra modalidade de exame por imagem demonstrou ser superior na confirmação do diagnóstico^(30,31). Durante a menacme, a maioria das massas anexiais é benigna, com destaque para os cistos foliculares funcionais, os teratomas ovarianos e os cistos hemorrágicos^(11,15).

Neste estudo, os cistos hemorrágicos foram classificados pela ultrassonografia como cistos complexos de ovário. A aparência ecográfica característica dos cistos ovarianos hemorrágicos é de massa cística complexa com ecos reticulares semelhantes a laços, devido aos fios de fibrina, ou um componente de aparência sólida, que representa o coágulo. Pode haver fluxo circunferencial com imagem de Doppler colorido na parede do cisto, mas sem vascularização interna⁽³²⁾. Os endometriomas, por sua vez, tipicamente são cistos uniloculares com ecogenicidade homogênea de baixo nível no líquido do cisto (ecogenicidade do vidro moído), sem papilas ou fluxo sanguíneo detectável, sendo que a sensibilidade e especificidade da ultrassonografia transvaginal para seu diagnóstico é de 90%^(30,33,34). Os endometriomas ovarianos são encontrados em até 44% das mulheres com endometriose e estão significativamente associados à presença de endometriose infiltrativa profunda, aderências ovarianas e obliteração do fundo de saco posterior (Douglas)^(34,35). Estima-se que aproximadamente 5-10% das mulheres nos Estados Unidos serão submetidas a um procedimento cirúrgico ao longo de sua vida devido a massa anexial por suspeita de neoplasia ovariana^(31,36). Pelo crescente uso da ultrassonografia transvaginal na avaliação ginecológica de rotina, o achado incidental de massas anexiais tem sido observado em proporção crescente de mulheres, levando a discussões sobre a conduta a ser adotada, particularmente em pacientes assintomáticas⁽³⁷⁾. Entretanto, ainda não há nenhum parâmetro clínico

fidedigno na diferenciação da neoplasia ovariana^(37,38). Sendo assim a laparoscopia representa importante ferramenta para elucidação do diagnóstico, ao permitir a coleta de material para estudo histopatológico, quer seja através de uma biópsia da lesão ou remoção completa do anexo⁽³⁸⁾.

No presente estudo, a taxa de concordância entre o diagnóstico pré-, pós-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico foi de apenas 32,5%. Este baixo resultado de correlação diagnóstica está relacionado à sobreposição de diagnósticos e condições clínicas em uma mesma paciente, sendo que, em muitos casos, a hipótese diagnóstica pré-operatória principal foi suplantada por um diagnóstico histopatológico destacado variado, porém não excludente. Quando analisamos apenas a taxa de concordância entre os diagnósticos pré- e pós-laparoscópico, observamos uma taxa de concordância equivalente ao dobro da primeira (63,6%). E ao compararmos o diagnóstico pré-operatório com o resultado do estudo anátomo-patológico, assim como pós-operatório e o resultado do estudo anátomo-patológico, observamos que a laparoscopia incrementou em 5,1% a taxa de concordância diagnóstica (38,3% vs. 43,4%, respectivamente). Uma concordância positiva foi observada nos casos de adenomiose, mioma uterino e endometriose ovariana, mostrando que a ultrassonografia transvaginal apresenta boa acurácia para determinação destes diagnósticos no pré-operatório.

Neste estudo, a ultrassonografia foi capaz de detectar apenas 27,5% dos casos de endometriose infiltrativa submetidos à cirurgia no período. Este resultado se deve ao fato de que no intervalo entre 2010 e 2015, em nosso serviço, não havia padronização dos exames ultrassonográficos para rastreamento de endometriose infiltrativa profunda e a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal era

pouco utilizada. De igual maneira, a ausência de padronização na técnica cirúrgica para abordagem dos casos de endometriose infiltrativa, no mesmo período, resultou em uma baixa correlação com o diagnóstico histopatológico, em apenas 37,5% dos casos. A laparoscopia é considerada “padrão ouro” para confirmação da endometriose, pois possibilita a captação de material para o estudo histopatológico definitivo, com a vantagem de permitir o tratamento cirúrgico no mesmo procedimento^(12,39). Entretanto, uma vez que este diagnóstico é suspeito e a laparoscopia é programada, a avaliação pré-operatória deve ser direcionada para a detecção de lesões ocultas e para um melhor planejamento da abordagem cirúrgica. A imagem ultrassonográfica pré-operatória pode ser útil em mulheres com sinais ou sintomas específicos, tais como disúria, disquezia, sangramento retal ou apresentando espessamento ou nodularidade do septo retovaginal, uma vez que estes achados podem ser indicativos de lesões do trato urinário e gastrointestinal. Nestes casos, procedimentos cirúrgicos de alta complexidade podem ser necessários, com abordagem do retroperitônio e até mesmo a realização de ressecção intestinal com reanastomose ou reimplante ureteral^(12,40).

Por outro lado, o diagnóstico pré-operatório de lesões peritoneais superficiais ainda é o maior desafio, uma vez que os exames complementares disponíveis não oferecem a especificidade necessária^(41,42). O diagnóstico pré-operatório de endometriose superficial peritoneal está muito mais relacionado a suspeita clínica que com sua identificação em exame físico-ginecológico ou de imagem, permanecendo o acesso laparoscópico como ideal para confirmação diagnóstica^(11,12,43). Neste estudo, foi realizada a suspeita clínica pela ultrassonografia de apenas um caso (0,3%) de endometriose peritoneal (Tabela 3).

Além disso, como a confirmação diagnóstica definitiva da endometriose é apenas histológica, amostra representativa do tecido ectópico faz-se necessária para estudo anátomo-patológico^(11,12,42,44). Muitas vezes, durante procedimentos diagnósticos para endometriose peritoneal superficial, a extração de diminutas amostras carbonizadas ou a simples cauterização das lesões, em detrimento à biópsia, não permitiram uma correlação proporcional entre o diagnóstico pós-laparoscópico e o estudo anátomo-patológico, que se confirmou em 71,4% deste. A endometriose peritoneal pode se apresentar no momento da laparoscopia com uma variedade de aparências, por vezes tornando o diagnóstico visual difícil e impreciso, à dependência da experiência do cirurgião⁽⁴⁵⁾. Com base na sua aparência visual, a endometriose pode ser classificada em lesões atípicas (vesículas claras, bolsas peritoneais, lesões de chama vermelha e manchas castanho amarelado) ou típicas (lesões negras pretas, queimadas em pó ou enrugadas)⁽⁴⁶⁾. As lesões típicas têm as aparências classicamente reconhecidas como endometriose, enquanto que as lesões atípicas são muitas vezes negligenciadas, passando despercebidas^(47,48). Sendo assim, o diagnóstico da endometriose com base exclusiva nos resultados visuais da laparoscopia pode levar a um subdiagnóstico significativo, uma vez que até um terço das pacientes com endometriose apresentam apenas lesões atípicas^(11,47). Uma maior conscientização da existência de lesões atípicas e o uso liberal da biópsia provaram aumentar a frequência do diagnóstico laparoscópico da endometriose peritoneal de 42% para 72% dos casos^(45,46).

A literatura relata que 33% das queixas em consultórios e ambulatórios ginecológicas se referem a dores pélvicas^(4,49,50). A dor pélvica crônica é uma das condições ginecológicas mais difíceis de ser diagnosticada⁽⁹⁾. Esta dificuldade deve-

se ao fato de que pode ter diferentes causas, não se restringindo apenas aos órgãos genitais internos, mas também pode envolver o trato genito-urinário, gastrointestinal e musculatura esquelética do abdome inferior⁽⁵¹⁻⁵³⁾. Além do mais, em pequena proporção de pacientes ginecológicas com dor pélvica pode haver um componente psicológico importante⁽⁵⁴⁾. Apesar da história clínica e o exame físico serem fundamentais para o auxílio de uma hipótese diagnóstica, em grande parte das vezes, a causa da dor pélvica na mulher não pode ser esclarecida clinicamente. Quando nenhum diagnóstico é claro a partir da história clínica, exame físico, testes laboratoriais e exames de imagem, a laparoscopia torna-se uma parte lógica da avaliação⁽¹¹⁾. Na série de casos do presente estudo, a dor pélvica crônica de causa indeterminada apresentou-se com os seguintes diagnósticos após o procedimento cirúrgico: cisto anexial (3,1%), mioma uterino (6,3%), endometrioma ovariano (6,3%), hidrossalpinge (15,6%), aderências (18,7%) e endometriose (43,7%). Exceto nos casos de endometriomas, síndrome de retenção ovariana e do ovário residual, os cistos ovarianos não são uma causa comum de dor pélvica crônica. A avaliação laparoscópica de pacientes com dor pélvica crônica evidencia cistos ovarianos em apenas 4% de todos os casos, quando os endometriomas são excluídos⁽¹¹⁾. A endometriose, por sua vez, é um diagnóstico laparoscópico comum em pacientes avaliadas por dor pélvica crônica, com estimativa entre 15% a 80% de comprometimento neste grupo de mulheres^(12,55).

A introdução da laparoscopia na prática clínica abriu novas perspectivas no diagnóstico e manejo da dor pélvica crônica. Estima-se que mais da metade das pacientes com exame pélvico pré-operatório normal irá apresentar achados anormais durante o procedimento laparoscópico^(11,56). A literatura demonstra que,

em mulheres com quadro de dor pélvica crônica submetidas à laparoscopia, o diagnóstico pode permanecer inconclusivo em aproximadamente 35% dos casos, endometriose pode ser diagnosticada em 33% e aderências em outros 24%^(10,11,56,57). Esses três achados representam cerca de 90% de todas as laparoscopias em mulheres com dor pélvica crônica, sugerindo que o papel predominante da laparoscopia na avaliação destas pacientes seja diagnosticar ou descartar endometriose e aderências. Neste estudo, apesar de não apresentar diferença estatística, observamos que a laparoscopia foi eficaz em realizar o diagnóstico de aderências intrabdominais quando as mesmas não faziam parte do diagnóstico pré-operatório (aumentou para 76,7%). Aderências intrabdominais são freqüentemente encontradas durante a laparoscopia diagnóstica, realizada como parte da avaliação de dor pélvica crônica, ainda que seu papel na fisiopatologia da dor permaneça incerto⁽⁵⁸⁾. Avaliação laparoscópica de 1061 pacientes com dor pélvica crônica constatou que a causa mais comum encontrada foi de aderências pélvicas em 32,5% dos pacientes^(56,59). A incidência de aderências pélvicas na população geral não é conhecida; entretanto, publicações anteriores relatam que 27% a 60% dos pacientes submetidos à laparoscopia por dor pélvica apresentam aderências no momento do procedimento⁽¹²⁾. As aderências podem ser causadas por endometriose, cirurgias prévias ou infecções. Em geral, qualquer processo inflamatório pélvico pode causar aderência^(12,56). As aderências são fatores etiológicos comuns para infertilidade, dispareunia, dor pélvica crônica, obstrução do intestino delgado, sendo a causa mais comum de obstrução intestinal recorrente ou aguda⁽⁵⁸⁾. O diagnóstico de certeza pode ser confirmado apenas no momento da cirurgia, tornando a laparoscopia, mais uma vez, em ferramenta indispensável à

propedêutica ginecológica.

Neste estudo, a taxa de elucidação diagnóstica após a realização da laparoscopia foi de 93,7%, para o diagnóstico de dor pélvica de etiologia indeterminada e de 87,5% dos casos de cisto complexo ovariano. O diagnóstico de cisto complexo de ovário esteve relacionado com o diagnóstico pós-laparoscópico de corpo lúteo hemorrágico (37,5%), tumor ovariano (teratoma ovariano em anátomo-patológico) (50%) e cisto de retenção (12,5%). Em 40% dos casos com diagnóstico pré-operatório de tumor ovariano e em 77,8% dos casos com diagnóstico de massa anexial de etiologia a esclarecer a laparoscopia detectou mioma uterino, endometriose, aderências e abscesso tubo-ovariano, porém sem diferenças estatísticas, demonstrando que a conclusão diagnóstica destas entidades necessita da confirmação histopatológica.

Estima-se que a endometriose afete até 50% das mulheres inférteis e está correlacionada com a redução da fertilidade⁽³⁴⁾. Neste estudo, 17% das pacientes avaliadas por infertilidade, a laparoscopia foi inconclusiva, contudo, em 83% dos casos ela possibilitou a definição dos diagnósticos de ovário policístico (2,1%), endometrioma ovariano (6,4%), aderências (17%) e endometriose (57,5%), apesar de ter modificado o diagnóstico pré-operatório em apenas 59,6% dos casos, referente aos diagnósticos de ovário policístico e endometriose. A infertilidade é a indicação clássica tanto da propedêutica quanto da terapêutica videolaparoscópica, sendo importante na elucidação de casos sem causa aparente⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. De acordo com dados publicados em estudos retrospectivos não controlados, a laparoscopia diagnóstica após a falha de vários ciclos de indução da ovulação permite a detecção de proporção significativa de patologias pélvicas passíveis de tratamento⁽⁶²⁾.

Anormalidades intra-abdominais podem ser encontradas em 36% a 68% das laparoscopias, mesmo quando a histerossalpingografia apresenta-se normal^(60,61). Dependendo da gravidade dos achados laparoscópicos, a decisão inicial do tratamento pode ser substituída por correção laparoscópica direta da anormalidade, abordagem laparotômica para restauração da fertilidade ou encaminhamento para fertilização *in vitro* (FIV). Isto implica que a laparoscopia não é apenas uma ferramenta de diagnóstico clinicamente importante, mas também pode ser imprescindível para tomada de decisões no tratamento da infertilidade⁽⁶¹⁾.

Atualmente a laparoscopia passou a ocupar lugar de fundamental importância dentro do arsenal propedêutico e terapêutico da ginecologia moderna, ampliando cada vez mais seu leque de indicações⁽⁹⁾. Ainda assim, programas de residência em ginecologia não contemplam, em sua maioria, a formação laparoscópica em seu currículo. As principais dificuldades relatadas são carência de profissionais habilitados e disponíveis para prática do ensino, falta de estrutura dentro das instituições, desmotivação e desinteresse dos profissionais e ausência de planejamento dos programas de residência médica⁽²⁵⁻²⁹⁾. O uso da laparoscopia permite a identificação de patologias potencialmente tratáveis não detectáveis por outros métodos de avaliação com baixíssimas taxas de complicação. Em levantamento de 6451 procedimentos laparoscópicos realizados, a taxa global de complicações foi de 0,65% (42/6451). Entretanto, esta taxa subiu para 0,80% (39/4865) quando comparada a laparoscopia operatória com a laparoscopia apenas diagnóstica, cuja taxa de complicação foi de 0,19% (3/1586) ($P < 0,001$)⁽⁶³⁾. Sendo assim, uma profunda discussão na reformulação dos currículos de residência médica faz-se necessária, buscando uma adequação às novas tecnologias

disponíveis e a realidade atual, frente aos benefícios de um procedimento minimamente invasivo. Diante do imprescindível caráter propedêutico da laparoscopia diagnóstica associada aos baixíssimos riscos de complicações, esta técnica deveria ser aplicada de maneira rotineira na formação dos futuros ginecologistas. Todos os esforços devem ser empregados para que as políticas em saúde contemplem a disseminação e utilização cada vez maior da laparoscopia, a qual já demonstrou proporcionar inúmeras vantagens em toda cadeia do processo de assistência médica, particularmente na área ginecológica.

Neste estudo, pode-se concluir que análise de concordância entre o diagnóstico ginecológico pré- e pós-laparoscópico que existem diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica utilizando técnica cirúrgica minimamente invasiva, notadamente nos casos de dor pélvica crônica de etiologia indeterminada.

TAKE HOME MESSAGES

- A técnica de laparoscopia apresenta enorme potencial de desenvolvimento, uma vez que não contempla a formação dos médicos residentes na maioria dos serviços em todo mundo.
- Deve-se lembrar do papel propedêutico da laparoscopia na elucidação diagnóstica de diversas condições definidas como causa indeterminada, notadamente as queixas relacionadas dor pélvica crônica e infertilidade.
- Programas de residência médica em ginecologia contemplando a formação laparoscópica para uso diagnóstico/propedêutica devem ser encorajados por políticas de aperfeiçoamento do atendimento médico, o que trará benefícios

diretos e indiretos, com redução de custos para todo o sistema de atenção à saúde.

- A formação para uso terapêutico da laparoscopia deve ser orientada para centros especializados, uma vez que a curva de aprendizado, apesar de reprodutível, é bastante longa e dependente do volume de procedimentos realizado pelo cirurgião.

Referências

1. Bachmann LM, ter Riet G, Clark TJ, Gupta JK, Khan KS. Probability analysis for diagnosis of endometrial hyperplasia and cancer in postmenopausal bleeding: an approach for a rational diagnostic workup. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(6):564-9.
2. Reid MC, Lachs MS, Feinstein AR. Use of methodological standards in diagnostic test research. Getting better but still not good. *JAMA.* 1995;274(8):645-51.
3. Tsaltas J, Magnus A, Mamers PM, Lawrence AS, Lolatgis N, Healy DL. Laparoscopic and abdominal hysterectomy: a cost comparison. *Med J Aust.* 1997;166(4):205-7.
4. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am.* 2006;90(3):481-503.
5. Ou CS, Rowbotham R. Laparoscopic diagnosis and treatment of nontraumatic acute abdominal pain in women. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2000;10(1):41-5.

6. Sozuer EM, Bedirli A, Ulusal M, Kayhan E, Yilmaz Z. Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdominal pain. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000;10(4):203-7.
7. Kondo W, Rangel M, Tirapelle R, et al. Emprego da laparoscopia em mulheres com dor abdominal aguda. *Rev Bras Videocir*. 2006 Mar; 4(1):3-8.
8. Tan BP, Ong CL. Ultrasonographical diagnosis of acute gynaecological pain. *Singapore Med J*. 2008;49(6):511-5; quiz 6.
9. Hsu AL, Sinaii N, Segars J, Nieman LK, Stratton P. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2011;118(2 Pt 1):223-30.
10. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1996;4(1):85-94.
11. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(3):467-94.
12. Lamvu G, Tu F, As-Sanie S, Zolnoun D, Steege JF. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of conditions associated with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2004;31(3):619-30, x.
13. Norman GR, Streiner DL. *Biostatistics : the bare essentials*. 3rd ed. Shelton, Conn.: People's Medical Pub. House; 2008. xi, 393 p. p.

14. Mereu L, Ruffo G, Landi S, Barbieri F, Zaccoletti R, Fiaccavento A, et al. Laparoscopic treatment of deep endometriosis with segmental colorectal resection: short-term morbidity. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(4):463-9. English.
15. Schorge JO, Williams JW. *Williams gynecology.* New York: McGraw-Hill Medical; 2008. xxv, 1189 p. p.
16. Shrestha J, Saha R. Comparison of laparoscopy and laparotomy in the surgical management of ectopic pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2012;22(12):760-4.
17. Coolen AL, van Oudheusden AM, van Eijndhoven HW, van der Heijden TP, Stokmans RA, Mol BW, et al. A Comparison of Complications between Open Abdominal Sacrocolpopexy and Laparoscopic Sacrocolpopexy for the Treatment of Vault Prolapse. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:528636.
18. Liu M, Li L, He Y, Peng D, Wang X, Chen W, et al. Comparison of laparoscopy and laparotomy in the surgical management of early-stage ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24(2):352-7.
19. Terai Y, Tanaka T, Sasaki H, Kawaguchi H, Fujiwara S, Yoo S, et al. Total laparoscopic modified radical hysterectomy with lymphadenectomy for endometrial cancer compared with laparotomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(2):570-5.
20. Kreisel K, Torrone E, Bernstein K, Hong J, Gorwitz R. Prevalence of Pelvic Inflammatory Disease in Sexually Experienced Women of Reproductive Age - United States, 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(3):80-3.

21. Newham AP, van der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. *S Afr Med J*. 1996;86(9 Suppl):1200-3.
22. Sharma D, Dahiya K, Duhan N, Bansal R. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(2):295-7.
23. Baloch S, Khaskheli MN, Malik AM. Diagnostic laparoscopic findings in chronic pelvic pain. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013;23(3):190-3.
24. Janssen EB, Rijkers AC, Hoppenbrouwers K, Meuleman C, D'Hooghe TM. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2013;19(5):570-82.
25. Nagendran M, Gurusamy KS, Aggarwal R, Loizidou M, Davidson BR. Virtual reality training for surgical trainees in laparoscopic surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 (8):CD006575.
26. Dehabadi M, Fernando B, Berlingieri P. The use of simulation in the acquisition of laparoscopic suturing skills. *Int J Surg*. 2014;12(4):258-68.
27. Patel NR, Makai GE, Sloan NL, Della Badia CR. Traditional Versus Simulation Resident Surgical Laparoscopic Salpingectomy Training: A Randomized Controlled Trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(3):372-7.
28. Shore EM, Grantcharov TP, Husslein H, Shirreff L, Dedy NJ, McDermott CD, et al. Validating a standardized laparoscopy curriculum for gynecology residents: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(2):204 e1- e11.

29. Enani G, Watanabe Y, McKendy KM, Bilgic E, Feldman LS, Fried GM, et al. What are the Training Gaps for Acquiring Laparoscopic Suturing Skills? *J Surg Educ.* 2017;74(4):656-62.
30. Marret H, Cayrol M. [Sonographic diagnosis of presumed benign ovarian tumors]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2013;42(8):730-43.
31. Sinha A, Ewies AA. Ovarian Mature Cystic Teratoma: Challenges of Surgical Management. *Obstet Gynecol Int.* 2016;2016:2390178.
32. Perera DS, Prabhakar HB. Imaging of the adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(1):28-46.
33. Exacoustos C, Zupi E, Piccione E. Ultrasound Imaging for Ovarian and Deep Infiltrating Endometriosis. *Semin Reprod Med.* 2017;35(1):5-24.
34. Cranney R, Condous G, Reid S. An update on the diagnosis, surgical management, and fertility outcomes for women with endometrioma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(6):633-43.
35. Bourdel N, Roman H, Mage G, Canis M. Surgery for the management of ovarian endometriomas: from the physiopathology to the pre-, peri- and postoperative treatment. *Gynecol Obstet Fertil.* 2011;39(12):709-21. French.
36. Pejovic T, Nezhat F. Laparoscopic management of adnexal masses the opportunities and the risks. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;943:255-68.

37. Dias DS, Bueloni-Dias FN, Delmanto A, Tonon AF, Tayfour NM, Traiman P, et al. Clinical management of incidental findings on pelvic adnexal masses. *Rev Assoc Med Bras.* 2015;61(5):469-73.
38. Nezhat C, Cho J, King LP, Hajhosseini B, Nezhat F. Laparoscopic management of adnexal masses. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(4):663-76.
39. Abrao MS, Goncalves MO, Dias JA, Jr., Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22(12):3092-7.
40. Kondo W, Bourdel N, Zomer MT, Slim K, Botchorischvili R, Rabischong B, et al. Surgery for deep infiltrating endometriosis: technique and rationale. *Front Biosci (Elite Ed).* 2013;5:316-32.
41. Tardif D, Poncelet C, Benifla JL, Madelenat P. [Paraclinical studies of endometriosis]. *Rev Prat.* 1999;49(3):263-8.
42. Almeida Filho DP, Oliveira LJ, Amaral VF. Accuracy of laparoscopy for assessing patients with endometriosis. *Sao Paulo Med J.* 2008;126(6):305-8.
43. Spadoto-Dias D, Bueloni-Dias FN, Modotti WP, Delmanto A, Lasmar RB, Dias R. Clinical correlation with laparoscopic features of peritoneal endometriosis. In: 23rd European Society for Gynaecological Endoscopy Annual Congress. (Oral Presentation); 2014.

44. Barbieri RL. Etiology and epidemiology of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162(2):565-7.
45. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril.* 2012;98(3):511-9. English.
46. Martin DC, Hubert GD, Vander Zwaag R, el-Zeky FA. Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril.* 1989;51(1):63-7.
47. Jansen RP, Russell P. Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155(6):1154-9.
48. Stripling MC, Martin DC, Chatman DL, Zwaag RV, Poston WM. Subtle appearance of pelvic endometriosis. *Fertil Steril.* 1988;49(3):427-31.
49. ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):589-605.
50. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS, 3rd. Gynecologic emergencies. *Surg Clin North Am.* 2008;88(2):265-83, vi.
51. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2003;101(3):594-611.
52. Chou JS, Chung CR, Hu WM. Pain in the right lower quadrant. *Am Fam Physician.* 2007;75(10):1541-2.
53. Benjamin-Pratt AR, Howard FM. Management of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecol.* 2010;62(5):447-65.

54. Kontoravdis A, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlas PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with acute and chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;52(3):243-8.
55. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv.* 1993;48(6):357-87.
56. Chhetri S. Laparoscopy as a diagnostic tool in the evaluation of chronic pelvic pain in women. *World Journal of Laparoscopic Surgery.* 2009;2(2):30-2.
57. Cox L, Ayers S, Nala K, Penny J. Chronic pelvic pain and quality of life after laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;132(2):214-9.
58. Karnath BM, Breitkopf DM. Acute and chronic pelvic pain in women. *Hospital Physician.* 2007:41-8.
59. Drozgyik I, Vizer M, Szabo I. Significance of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;133(2):223-6.
60. Fatum M, Laufer N, Simon A. Investigation of the infertile couple: should diagnostic laparoscopy be performed after normal hysterosalpingography in treating infertility suspected to be of unknown origin? *Hum Reprod.* 2002;17(1):1-3.
61. Tanahatoc S, Hompes PG, Lambalk CB. Accuracy of diagnostic laparoscopy in the infertility work-up before intrauterine insemination. *Fertil Steril.* 2003;79(2):361-6.

62. Bosteels J, Van Herendael B, Weyers S, D'Hooghe T. The position of diagnostic laparoscopy in current fertility practice. *Hum Reprod Update*. 2007;13(5):477-85.

63. Wang PH, Lee WL, Yuan CC, Chao HT, Liu WM, Yu KJ, et al. Major complications of operative and diagnostic laparoscopy for gynecologic disease. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2001;8(1):68-73.

5. Conclusão

A concordância entre o diagnóstico ginecológico pré- e pós-laparoscópico, em pacientes atendidas no Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, demonstrou que existem diferenças consideráveis na confirmação diagnóstica utilizando técnica cirúrgica minimamente invasiva, notadamente nos casos de dor pélvica crônica de etiologia indeterminada.

6. Referências Bibliográficas

1. Bachmann LM, ter Riet G, Clark TJ, Gupta JK, Khan KS. Probability analysis for diagnosis of endometrial hyperplasia and cancer in postmenopausal bleeding: an approach for a rational diagnostic workup. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(6):564-9.
2. Reid MC, Lachs MS, Feinstein AR. Use of methodological standards in diagnostic test research. Getting better but still not good. *JAMA.* 1995;274(8):645-51.
3. Tsaltas J, Magnus A, Mamers PM, Lawrence AS, Lolatgis N, Healy DL. Laparoscopic and abdominal hysterectomy: a cost comparison. *Med J Aust.* 1997;166(4):205-7.
4. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am.* 2006;90(3):481-503.
5. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14(3):467-94.
6. Newham AP, van der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. *S Afr Med J.* 1996;86(9 Suppl):1200-3.
7. Baloch S, Khaskheli MN, Malik AM. Diagnostic laparoscopic findings in chronic pelvic pain. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2013;23(3):190-3.
8. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2003;21(1):61-72, vi.

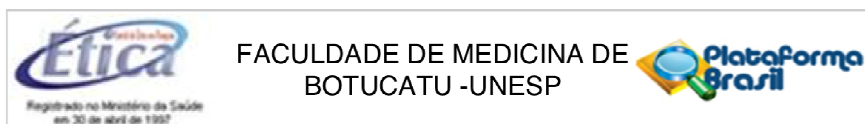
9. ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG practice bulletin. Medical management of endometriosis. Number 11, December 1999 (replaces Technical Bulletin Number 184, September 1993). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;71(2):183-96.
10. Tan BP, Ong CL. Ultrasonographical diagnosis of acute gynaecological pain. *Singapore Med J.* 2008;49(6):511-5; quiz 6.
11. Chamie LP, Blasbalg R, Pereira RM, Warmbrand G, Serafini PC. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. *Radiographics.* 2011;31(4):E77-100.
12. Shadinger LL, Andreotti RF, Kurian RL. Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion. *J Ultrasound Med.* 2008;27(1):7-13.
13. Mathlouthi N, Ben Ayed B, Dhouib M, Chaabene K, Trabelsi K, Amouri H, et al. [Prospective study of the correlation of ultrasonography and CA125 in the management of ovarian cysts: a study of 77 cases]. *Tunis Med.* 2011;89(8-9):686-92.
14. Mereu L, Ruffo G, Landi S, Barbieri F, Zaccoletti R, Fiaccavento A, et al. Laparoscopic treatment of deep endometriosis with segmental colorectal resection: short-term morbidity. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(4):463-9. English.
15. Schorge JO, Williams JW. *Williams gynecology.* New York: McGraw-Hill Medical; 2008. xxv, 1189 p. p.

16. Shrestha J, Saha R. Comparison of laparoscopy and laparotomy in the surgical management of ectopic pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2012;22(12):760-4.
17. Coolen AL, van Oudheusden AM, van Eijndhoven HW, van der Heijden TP, Stokmans RA, Mol BW, et al. A Comparison of Complications between Open Abdominal Sacrocolpopexy and Laparoscopic Sacrocolpopexy for the Treatment of Vault Prolapse. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:528636.
18. Liu M, Li L, He Y, Peng D, Wang X, Chen W, et al. Comparison of laparoscopy and laparotomy in the surgical management of early-stage ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24(2):352-7.
19. Terai Y, Tanaka T, Sasaki H, Kawaguchi H, Fujiwara S, Yoo S, et al. Total laparoscopic modified radical hysterectomy with lymphadenectomy for endometrial cancer compared with laparotomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(2):570-5.
20. Litynski GS. Raoul Palmer, World War II, and transabdominal coeloscopy. Laparoscopy extends into gynecology. *JSLS.* 1997;1(3):289-92.
21. Litynski GS. Kurt Semm and the fight against skepticism: endoscopic hemostasis, laparoscopic appendectomy, and Semm's impact on the "laparoscopic revolution". *JSLS.* 1998;2(3):309-13.
22. Ou CS, Rowbotham R. Laparoscopic diagnosis and treatment of nontraumatic acute abdominal pain in women. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2000;10(1):41-5.

23. Kondo W, Rangel M, Tirapelle R, et al. Emprego da laparoscopia em mulheres com dor abdominal aguda. *Rev Bras Videocir.* 2006 Mar; 4(1):3-8.
24. Sharma D, Dahiya K, Duhan N, Bansal R. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(2):295-7.
25. Sozuer EM, Bedirli A, Ulusal M, Kayhan E, Yilmaz Z. Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdominal pain. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2000;10(4):203-7.
26. Hsu AL, Sinaii N, Segars J, Nieman LK, Stratton P. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2011;118(2 Pt 1):223-30.
27. Janssen EB, Rijkers AC, Hoppenbrouwers K, Meuleman C, D'Hooghe TM. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2013;19(5):570-82.
28. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1996;4(1):85-94.
29. Lamvu G, Tu F, As-Sanie S, Zolnoun D, Steege JF. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of conditions associated with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004;31(3):619-30, x.

7. Anexos

7.1. Anexo I – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CORRELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRÉ E PÓS VIDEOLAPAROSCÓPICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Pesquisador: Gislaine Laperuta Serafim Argentino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47453615.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.226.868

Apresentação do Projeto:

As patologias cirúrgicas em ginecologia são muito variadas, e as queixas ginecológicas - em especial dores pélvicas - são frequentes. Os procedimentos de investigação dessas queixas envolvem desde a anamnese e exame físico até os métodos de imagem e outros procedimentos complementares. Recentemente, os procedimentos videolaparoscópicos mostraram-se particularmente úteis para diagnóstico e tratamento de diversas doenças. Os pesquisadores argumentam que há necessidade de identificar o quanto o diagnóstico prévio a esses procedimentos se correlaciona com seus achados. Assim, propõe-se um estudo retrospectivo para quantificar a concordância entre o diagnóstico pré e pós laparoscópico no serviço de ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. O estudo pretende avaliar 400 mulheres submetidas à videolaparoscopia entre janeiro de 2011 e janeiro de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a concordância entre diagnóstico pré e pós videolaparoscópico em mulheres submetidas a procedimento cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo retrospectivo (de análise de prontuários) e os riscos estão principalmente relacionados à confidencialidade (que os pesquisadores se comprometem a manter). Os benefícios

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU **CEP:** 18.618-970
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 1.226.868

são indiretos e dizem respeito à melhor compreensão do benefício representado pelos procedimentos cirúrgicos videolaparoscópicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa sobre tema relevante e factível nas condições do serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados os documentos pertinentes. Solicita-se dispensa de TCLE, com a qual sou concordante, tendo em vista o fato de que a maior parte das mulheres atendidas não se encontram em acompanhamento permanente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RECOMENDO APROVAÇÃO SEM NECESSIDADE DE ENVIO À CONEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 14/09/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que tão logo o presente estudo seja concluído, deverá ser enviado o respectivo "Relatório Final de Atividades", via plataforma Brasil através de "NOTIFICAÇÃO"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CORRELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRÉ E PÓS VIDEOLAPAROSCÓPICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.docx	07/04/2015 17:47:19		Aceito
Outros	Declaração Chefe do Departamento de GO.pdf	07/04/2015 18:15:42		Aceito
Outros	Declaração do Diretor Clínico do Hospital.pdf	07/04/2015 18:16:08		Aceito
Outros	Declaração do Chefe do Ambulatório de Endoscopia Ginecologica.pdf	07/04/2015 18:18:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	07/04/2015 18:15:14		Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 1.226.868

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_491748.pdf	07/04/2015 18:19:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_491748.pdf	11/05/2015 16:40:31		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_491748.pdf	25/05/2015 08:11:26		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_491748.pdf	12/06/2015 07:41:45		Aceito
Outros	Declaração- UPECLIN.pdf	19/07/2015 18:57:13		Aceito
Outros	Plataforma Brasil 2295 Gislaine.pdf	19/07/2015 18:58:24		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_491748.pdf	19/07/2015 18:58:48		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 14 de Setembro de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

