



Manobra do Ligamento Largo tornou assintomática a “endometriose” de mais de uma centena de mulheres

Gustavo F. Sutter Latorre¹, Josiane Lopes², Laura R. Foschera³, Beatriz Maciel Adame⁴, Milena F. Venâncio Souza⁵, Thaís J. Taborda Barcellos⁶, Bianca J. de Almeida⁷, Cristiane A. Pless⁸, Vanessa S. de Vasconcelos⁹, Michelle P. Machado⁹, Isabella C. M. Bittencourt⁹, Noemir A. S. Moreno¹⁰, Cátia C. G. Cruz¹¹, Vanessa G. Michel¹², Carine C. Dallastra¹³, Virgínia M. Lopes¹⁴, Priscila M. e Silva¹⁴, Letícia M. de Oliveira¹⁵, Alessandra Soares¹⁶, Aline S. D. Santos¹⁷, Gabriele C. Bernardo¹⁸, Daniela F. Agnoletto¹⁹, Júlia G. Lima²⁰, Ana C. J. Lampe²¹, Daniele C. S. Pacheco²², Maiara A. Escobar²³, Letícia Perini da Silva²⁴, Monielly Rosa da Silva Bertol²⁵, Sarah Abigail de Andrade²⁶, Francine Buckel²⁷ e Alessandra Ayala²⁸

RESUMO

Panorama: A chamada endometriose afetaria uma em cada cinco mulheres, o tratamento é fraco e a patofisiologia desconhecida. **Objetivo:** Descrever os resultados da Manobra do Ligamento Largo (MLL) em mulheres que foram diagnosticadas com endometriose. **Método:** Estudo multicêntrico, longitudinal tipo coorte com dados de prontuários de todas as mulheres com diagnóstico médico de endometriose tratadas com a MLL de janeiro de 2022 a maio de 2025, descrevendo o efeito sobre dor pélvica profunda independentemente da fase menstrual, fadiga, excesso de fluxo menstrual e distensão abdominal, considerando erradicação dos sintomas quando na alta a dor foi referida como ausente (zero na EVA) e os demais sintomas inexistentes. **Resultados:** Após uma média de $4,7 \pm 4$ sessões todas as 102 mulheres apresentaram dor zero e ausência completa dos sintomas. **Conclusão:** O termo “endometriose” é impreciso e não representa a condição de saúde em si. O diagnóstico é ilógico e o tratamento atual falho e nocivo. Endometriose não existe. A dor genitopélvica profunda em questão e seus sintomas associados são causadas por aderências conectivas profundas, que podem ser regredidas em poucas sessões pela MLL.

ABSTRACT

Panorama: The so-called endometriosis affects one in five women, the treatment is weak, and the pathophysiology is unknown. **Aims:** To describe the results of the Broad Ligament Maneuver (BLM) in women diagnosed with endometriosis. **Method:** Multicenter, longitudinal cohort study with data from medical records of all women with medical diagnosis of endometriosis treated with BLM from January 2022 to May 2025, describing the effect on deep pelvic pain regardless of the menstrual phase, fatigue, excessive menstrual flow and abdominal distension, considering eradication of symptoms when at discharge the pain was reported as absent (zero on VAS) and the other symptoms were nonexistent. **Results:** After 4.7 ± 4 sessions, all 102 women had zero pain and complete absence of symptoms. **Conclusion:** The term “endometriosis” is imprecise and does not represent the health condition. Diagnostic process is illogical and the treatment flawed and harmful. Endometriosis does not exist. The deep genitopelvic pain in question, and its associated symptoms, are caused by deep connective adhesions, which can be regressed in a few sessions by BLM.

Submissão: 25/05/2025

Aceite: 03/06/2025

Publicação: 30/06/2025

¹Doutor em Medicina, Fisioterapeuta Pélvico. Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil. gustavo@perineo.net
²Fisiot. Pélvica, Guarapuava, PR. ³Fisiot. Pélvica, Chapecó, SC. ⁴Fisiot. Pélvica, Nova Friburgo/RJ.
⁵Fisiot. Pélvica, Parnaíba/PI. ⁶Fisiot. Pélvica, Guaira/PR. ⁷Fisiot. Pélvica, C. Goytacazes/RJ. ⁸Fisiot. Pélvica, MCRondon/PR.
⁹Fisiot. Pélvica, Porto Alegre/RS. ¹⁰Fisiot. Pélvica, Feira de Santana/BA. ¹¹Fisiot. Pélvica, Florianópolis/SC.
¹²Fisiot. Pélvica, Gravataí/RS. ¹³Fisiot. Pélvica, Charrua/RS. ¹⁴Fisiot. Pélvica, Picos/PI. ¹⁵Fisiot. Pélvica, São Paulo/SP.
¹⁶Fisiot. Pélvica, Curitiba/PR. ¹⁷Fisiot. Pélvica, Canoas/RS. ¹⁸Fisiot. Pélvica, Bauru/SP. ¹⁹Fisiot. Pélvica, Erechim/RS.
²⁰Fisiot. Pélvica, Cáceres/MT. ²¹Fisiot. Pélvica, Criciúma/SC. ²²Fisiot. Pélvica, Niterói/RJ. ²³Fisiot. Pélvica, Botucatu/SP.
²⁴Fisiot. Pélvica, Espigão do Oeste/RO. ²⁵Fisiot. Pélvica, Maringá/PR. ²⁶Fisiot. Pélvica, Goiânia/GO.
²⁷Fisiot. Pélvica, São Marcos/RS. ²⁸Fisiot. Pélvica, Florianópolis/SC.

INTRODUÇÃO

O costume de usar o termo “endometriose” para descrever a dor pélvica profunda de mulheres remonta ao final do século XVII, sendo as primeiras cirurgias visando a remoção das supostas lesões responsáveis pela suposta doença levadas à cabo no início do século XX¹. Desde então, há mais de um século centenas de milhares de mulheres, ao redor de todo o mundo, vêm sendo tratadas por meio da remoção cirúrgica destes supostos focos dentro da cavidade abdominal, uma abordagem que, tanto falha, quanto necessita reintervenção cirúrgica^{2,3}, talvez porque a ideia de conseguir remover todos os focos de endometriose por meio de cirurgia não passe de crença: boa parte das lesões ou não são visualizadas via laparoscopia, ou são mal diagnosticadas no momento do exame⁴. Para piorar, reoperações são realizadas em pelo menos uma em cada cinco pacientes⁵⁻⁸.

Uma explicação para o insucesso destas abordagens pode residir no fato de que, ao contrário do que ainda é amplamente acreditado, aquela dor pélvica profunda, interna, comumente classificada sob o termo “endometriose”, na verdade não é causada por focos de tecido endometrial instalados de modo alienígena em estruturas internas à pelve, como fâscias, ligamentos e as paredes de órgãos como útero e intestinos^{9,10}. De fato, até o presente inexistente na literatura sequer uma biópsia mostrando que um foco qualquer de “endometriose”, extraído cirurgicamente do corpo de qualquer mulher operada a partir de diagnóstico médico seja, no fim, tecido endometrial¹¹.

Interessantemente, ao momento em que se entendeu que este tipo de dor não é causado por focos de endométrio ectópico (uma vez que este nunca foi encontrado), novas teorias como a da origem epigenética (hereditária) ou da origem celômica (células tronco) foram criadas para tentar explicar o problema¹², que continua existindo – e sendo operado. Na prática as mulheres continuam com a mesma dor – e provavelmente somando outras novas – após o tratamento^{2,3,5-8,11}, possivelmente porque ninguém até o presente saiba realmente do que está falando quando o assunto é endometriose. Corrobora esta hipótese o fato de estarem sendo discutidos no presente, por exemplo, casos de “endometriose masculina”¹³.

Tratar, sem se saber exatamente o que se está tratando, é certamente uma receita para o desastre¹⁴. Ao que parece, essa falha no diagnóstico causal preciso é o que explica a falha no tratamento da dor profunda que aflige uma em cada cinco mulheres¹⁵ e que vem sendo “diagnosticada” como “endometriose”.

Por outro lado, há dois anos chamávamos a atenção para a possibilidade de o que vem sendo chamado “endometriose” não passar de, na verdade, aderências nos tecidos conectivos (fáscias e ligamentos) profundos da pelve, uma situação de causas cinesiológico-funcionais e, portanto, tratamento da mesma ordem, a partir de técnicas manuais de liberação miofascial específicas¹⁶. Desde então, coroando o conjunto destas técnicas, a Manobra do ligamento Largo¹⁷⁻²⁰ vem apresentando resultados excelentes no tratamento de todos os tipos de dores genitais profundas, incluindo aquela de mulheres que chegam com diagnóstico de “endometriose”. Considerando o exposto, o objetivo do presente estudo é descrever os resultados da liberação miofascial dos tecidos pélvicos profundos, especialmente os conectivos, a partir das técnicas de liberação miofascial Latorreanas, em especial a Manobra do Ligamento Largo executada por profissional habilitada, particularmente para os casos de mulheres que receberam o diagnóstico de endometriose.

MÉTODO

Trata-se de um estudo multicêntrico, longitudinal do tipo coorte, de análise *post hoc*, efetuado a partir de dados anônimos advindos de bancos de dados de clínicas e consultórios de fisioterapia pélvica de 26 cidades, contemplando as seis regiões geopolíticas brasileiras. Participaram por conveniência consultórios de fisioterapia pélvica de abordagem Latorreana, que se voluntariaram à cessão de dados anônimos de pacientes tratadas por dor genitopélvica a partir de 2022, sendo incluídas apenas mulheres com diagnóstico médico prévio de endometriose. Da forma como foi desenhado, este tipo de estudo dispensa avaliação por comitê de ética, de acordo com o inciso V do parágrafo único do artigo primeiro da Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As responsáveis técnicas enviaram tabelada a idade, tempo de dor, tempo de diagnóstico médico de endometriose e o número de sessões para erradicação da dor e demais sintomas, isso para absolutamente todas as pacientes que chegaram com diagnóstico médico de endometriose no período estudado, independentemente do desfecho. Não foram excluídas pacientes da análise estatística.

Foram considerados sintomas de endometriose a dor pélvica profunda independentemente da fase menstrual, fadiga, excesso de fluxo menstrual e distensão abdominal. Foram considerados erradicação dos sintomas quando, na sessão de alta, a dor foi referida como ausente (zero na escala visual analógica) e os demais sintomas inexistentes. Estatística descritiva foi utilizada para a apresentação e discussão destas variáveis.

RESULTADOS

Responderam ao chamado por conveniência um total de 27 fisioterapeutas pélvicas formadas por nossa escola, responsáveis por consultórios e clínicas de 26 municípios das seguintes Unidades Federativas: RO, PI, BA, MT, GO, RJ, SP, PR, SC e RS. No total, foram atendidas especificamente por estas profissionais um total de 102 mulheres, todas com diagnóstico médico prévio de endometriose e todas tratadas com a Manobra do Ligamento Largo. A média etária da amostra foi de $31,9 \pm 7$ (com mínima idade 18 anos e máxima 52 anos).

Ao chegarem nestes nossos consultórios, estas pacientes haviam recebido o diagnóstico médico de endometriose há cerca de $42,7 \pm 4$ meses (mínima de 1 e máxima de 240 meses diagnosticada), mas sofriam com os sintomas, particularmente a dor genitopélvica, há cerca de $9,8 \pm 7$ anos (mínima de um e máxima de 38 anos com dor). Portanto, após o diagnóstico médico, estas mulheres ainda continuaram sofrendo com a dor e os demais sintomas por cerca de 10 anos, até encontrarem tratamento eficaz com fisioterapia pélvica.

Todas as pacientes da amostra, sem sequer uma exceção, tiveram a dor e os demais sintomas regredidos em sua totalidade em uma média de $4,7 \pm 2$ sessões (mínima de uma e máxima de oito sessões), incluindo três pacientes que haviam passado por cirurgia prévia para endometriose sem que os sintomas tivessem sido regredidos. Uma paciente foi curada com apenas uma sessão, 28 delas (27,4%) necessitaram no máximo três sessões e 72 delas (70,6% da mostra) foi curada com cinco sessões ou menos. As demais mulheres (29,4% da amostra) que necessitaram mais do que cinco sessões para a cura, utilizaram no máximo oito sessões para a regressão completa da dor e dos demais sintomas diagnosticados previamente como endometriose.

DISCUSSÃO

É difícil estimar quando o primeiro humano sentiu dor pois, para tanto, precisaríamos definir quem, a partir dos quatro bilhões de anos de evolução da vida em nosso planeta poderia ser considerado o primeiro humano. Por outro lado, é certo que a dor é mais antiga que a própria humanidade, sendo, provavelmente, o mais arcaico dos nossos sintomas.

As dores genitopélvicas crônicas impactam negativamente a qualidade de vida de centenas de milhares de pessoas em todo o mundo²¹, sendo responsáveis, atualmente, pela maior parte da

demanda nas clínicas e consultórios de fisioterapia pélvica²². Um antigo conjunto particular destas dores, embrulhado há cerca de 400 anos sob o termo ‘endometriose’, é responsável pelo sofrimento contínuo de uma em cada cinco mulheres¹⁵, e para qual o tratamento disponível, além de não resolver o problema, pode causar sequelas ainda piores^{2,3,5-8}. Nossos dados demonstraram que mulheres que receberam diagnóstico médico de endometriose sofreram por cerca de 10 anos com as mesmas dores e outros sintomas, inclusive passando por cirurgias que falharam no alívio destes, até encontrarem tratamento efetivo a partir de fisioterapia pélvica especializada.

Estudar o guia de práticas clínicas deste ano para o manejo da endometriose (*guidelines*, no estrangeirismo brega) é um bom caminho para enxergar a desesperadora realidade técnica atual. Por exemplo, o que eles chamam de diagnóstico é, hoje, baseado no seguinte checklist de sintomas: dor pélvica crônica, dismenorreia, impacto sobre as atividades de vida diária, dor profunda durante o sexo, sintomas evacuatórios, sintomas urinários cíclicos e infertilidade, onde deverá ser considerado diagnóstico de endometriose quando a mulher apresentar um ou mais destes sintomas²³. Repare que, absolutamente todos os sintomas listados, podem estar presentes em centenas de outras condições de saúde totalmente independentes. Ou seja, todos estes sintomas existem também em outras condições de saúde, que podem muito bem serem as responsáveis por eles, sem que para tanto seja necessário fabulizar uma nova doença. De fato, a endometriose é conhecida por ser uma condição sem sinais nem sintomas patognomônicos (aqueles que definem uma doença).

Após recomendar (com evidência C) que seja feita palpação abdominal na busca de redução na mobilidade dos órgãos, o guia recomenda que se inicie o tratamento²³. Recapitulando: se há um (um!) sintoma genérico e após uma palpação grau C, o tratamento é iniciado. Repare que não houve a investigação de um diagnóstico causal – aquele processo em busca da origem ou causa da dor em si, sendo o tratamento iniciado a partir da presença de um ou mais sinais genéricos e pela suposição da presença de alguma redução (idiopática!) na mobilidade dos órgãos internos. De acordo com o próprio guia o tratamento é iniciado sem um diagnóstico de fato. E mais: segundo o guia, o tratamento em questão consiste na prescrição de anti-inflamatórios, analgésicos e “terapia hormonal” (que no caso significa castração química a partir do uso contínuo de anticoncepcionais, no intuito de impedir o ciclo menstrual). Em suma, a escolha da mulher, portanto, fica entre tentar abrandar a dor com analgésicos ou estar infértil pelo resto da vida. Se este tratamento não aliviar suficientemente as dores, a orientação do guia é a cirurgia para remoção dos focos de endometriose por laparoscopia e

biópsia, para que se avalie se os tais focos eram mesmo de “tecido semelhante ao endometrial”. E para finalizar, quase raiando o absurdo, o guia recomenda que mesmo nos casos nos quais a biópsia não encontrou tecido semelhante ao endometrial, o diagnóstico de endometriose, ainda assim, permaneça!²³ Isso mesmo. Mesmo se os focos não eram endometriose, continua sendo endometriose. O que não encerra disparate, porque o guia ainda descreve a existência de uma ‘endometriose sem sintomas’ – isso mesmo: mulheres onde aqueles tais focos de endometriose podem ser visualizados por laparoscopia, mas que, no entanto, não apresentam nenhum dos tais sintomas que permitiriam o diagnóstico prévio de que elas tinham endometriose!²³ Tudo isso com base na presença de aderências “idiopáticas”. Que inclusive podem não estar lá, embora os sintomas estejam. Ou as aderências até podem estar, mas sem sintomas... ou pode haver sintomas e aderências... ou...

Ah... idiopático! A soma ordinária de dois radicais gregos que permite a nós, cientistas e clínicos, nos escondermos por detrás de uma cortina requintada de obscurantismo, aceitando confortavelmente a nossa própria ignorância e eructando-a na literatura, para lograr o público com a ilusão de que dominamos um assunto sobre o qual, no fim das contas, mal fazemos ideia.²⁰

Num determinado trecho o guia de práticas clínicas recomenda que “*mulheres com suspeita de endometriose ou endometriose confirmada devem ser encaminhadas ao ginecologista se...*”²³. É interessante tentar imaginar de onde veio essa confirmação de endometriose, haja visto tão franzino processo diagnóstico. No mesmo bloco, o guia trata de supostas imagens ultrassonográficas sugestivas de ‘infiltrações profundas da endometriose’²³. O interessante é que, já é sabido, este tipo de imagem mostra, na realidade, aderências ou fibroses – isso de acordo com a própria reunião de consenso que definiu os critérios ultrassonográficos para o diagnóstico da endometriose²³. Corroborando, Marchino et al. (2005)⁹ demonstram que a fibrose é, de fato, o diagnóstico histológico mais comum nas biópsias de endometriose. Porém – e este é o ponto importante – não há qualquer evidência para sustentar que estas aderências sejam, de fato, endometriose. São sim aderências. Mas batizá-las de endometriose é, no fim das contas, nada mais do que puro achismo.

Aderências e fibroses conectivas são problemas relativamente comuns e de causas das mais variadas: fibrose é o termo genérico utilizado para o excesso na cicatrização de uma descontinuidade traumática do tecido, enquanto aderência é a junção anormal de tecidos que deveriam estar separados independente de trauma, ambas causando diminuição na mobilidade tecidual^{24,25}. Elas podem estar presentes em absolutamente qualquer tipo de machucado, do mais banal (um joelho

ralado) ao mais complexo (uma queimadura por radioterapia). Como é possível que o diagnóstico de toda uma condição de saúde pode ser concluído a partir de condições tão genéricas, triviais e prevalentes como são aderências e fibroses? Sabe-se hoje que certas aderências conectivas são na verdade lesões relativamente simples, de origem não traumática e de cunho cinesiológico-funcional, traduzidas em disfunções teciduais que podem ser revertidas até mesmo por fisioterapia à base de terapia manual pura^{25,26}.

O presente estudo fornece robusta evidência à Teoria da Origem Cinesiológico Funcional¹¹ para as dores genitais profundas que, em conjunto, ainda seguem embaralhadas no desarranjo pseudocientífico chamado, mais do que inadequadamente, de endometriose. Estas dores, desde as mais brandas até as mais limitantes e incapacitantes, são originadas causalmente por aderências nos tecidos conectivos, passíveis de serem totalmente regredidas por técnicas específicas de liberação miofascial, como a Manobra do Ligamento Largo, resultando em, como demonstramos, dor zero ao final de umas poucas sessões quando realiza por profissional habilitada. Tudo isso a partir de uma amostra composta por mais de uma centena de mulheres que haviam recebido um diagnóstico médico de endometriose, as quais ao final de uma média de $4,7 \pm 2$ sessões apresentam, sem exceção, dor genitopélvica ausente (zero) e demais sintomas totalmente regredidos. Uma vez mais, 100% da amostra terminou o tratamento com dor zero e sem os sintomas prévios ou, noutros termos, sem “endometriose”.

A junta formada pelo presente estudo e seu precessor¹¹ ombréia as bases racionais para o entendimento da patofisiologia da dor genitopélvica crônica, encontrada em pessoas que, algum dia, receberam como diagnóstico o verbete “endometriose”. Apresenta também as bases racionais e massiva evidência empírica para a Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional destas dores e demais sintomas, que explica que tais manifestações são causadas principalmente por aderências em tecidos conectivos (fáscias e ligamentos).

Causas miofasciais exigem abordagens miofasciais. Em nosso estudo, mais de uma centena de mulheres tratadas, exclusivamente, por manobras de liberação miofascial, teve zerada não apenas a dor, mas também todos os demais sintomas associados, ao final de uma média de 4,7 sessões – e tudo isso para 100% da amostra: nem sequer uma paciente não teve sua dor e demais sintomas completamente regredidos ao final de, no máximo, oito sessões de liberação miofascial. Este fato compõe uma robusta evidência de que, não só as dores em questão são de fato de origem miofascial,

mas também de que o moribundo conceito de endometriose é medíocre, defectivo, desqualificado, e obsoleto, além de danoso e maligno, devendo, portanto, ser imediatamente abandonado pela comunidade em geral. A responsabilidade para tanto deve partir, por dívida histórica, de nós, comunidade acadêmica e clínica, pelo fato de que nós, parte por ignorância, parte por negligência, fomos os responsáveis pela difusão e perpetuação daquele desastrado conceito, iconizado sob a infeliz e equivocada égide ‘endometriose’. Felizmente, sempre há tempo para se melhorar.

A expressão “de volta à prancheta” é utilizada para indicar a necessidade de um recomeço completo, quando a execução de um projeto falhou desastrosamente. Não é uma questão de vergonha, mas muito pelo contrário, do reconhecimento de que a falha foi fatal e de que o recomeço é inevitável. Tudo bem. Afinal, nem sempre as coisas saem como o esperado e, em muitas delas, o erro foi tão drástico que a correção do rumo ainda em curso fica inviável. Ao que tudo indica, este é o caso daquilo que ficou conhecido como endometriose. Neste ponto não podemos ter medo de retornar à prancheta, mais precisamente ao momento no qual, em 1921, alguém resolveu definir – ao mais clássico estilo de empirismo medieval – que um certo conjunto de dores genitopélvicas era causado por implantes alienígenas de menstruação retrógrada em outras partes do corpo – coisa que jamais foi confirmada. A partir de então, ao melhor estilo telefone-sem-fio, o meme foi se alastrando até se tornar um dogma dentro das ciências da saúde, com direito à caça-às-bruxas e tudo mais, onde parte da torcida, apaixonada e inflamada, segue tentando, de modo rengo, antiquado, inútil e daninho, remendar o irremediável: hoje há consenso científico de que a ideia de implantes ectópicos de refluxo menstrual não é mais sequer aceitável como explicação para a endometriose²⁹. Especialmente porque focos ectópicos de tecido devem, invariavelmente, se comportar como um autotransplante – fenômeno largamente documentado hoje – e para o qual o tecido implantado deve ser e se comportar identicamente ao tecido original³⁰. Noutros termos, os tais implantes de menstruação retrógrada deveriam ser exata e precisamente idênticos endométrio, com todas as suas características originais, e não um “tecido semelhante a”. Tudo isso foi há mais 20 anos incisivamente apresentado por Redwine (2002)³⁰, sob corpulenta documentação: ele reuniu mais de 40 estudos de biópsias comparando a histologia, morfologia, biologia e os receptores hormonais de amostras de focos identificados como endometriose, contra tecidos endometriais genuínos, demonstrando inequivocamente que estes tecidos eram absolutamente diferentes entre si, tanto em atividade enzimática, quanto em clonalidade de origem, expressão protéica e nas características histológicas e

morfológicas. Em seu artigo visceral, que já completa mais de duas décadas,³⁰ Redwine estava certo: Sampson estava errado. Interessantemente, ainda hoje a maioria tem preferido, muitas vezes de forma deliberada, ignorar esta realidade.

Nada a se estranhar, no entanto, numa época na qual a ignorância por escolha vem se tornando mais e mais frequente entre as pessoas, tornando-se inclusive tema central de interessantes estudos psiquiátricos³¹, com direito inclusive a metanálise³². Neste ínterim, a ideia desastrosa de que as dores genitopélvicas causadas por aderências conectivas profundas são, na verdade, uma doença fantasmagórica, de diagnóstico enigmático e tratamento de pouco ou nenhum fundamento – aglutinada sob a estigmatizante égide de endometriose – deve ser abandonado imediatamente, independentemente do negacionismo nela incrustado.

Caso contrário, se o claudicante conceito de ‘endometriose’ continuar sendo patrocinado, tanto pela ciência acadêmica quanto pela clínica, impreterivelmente milhões e milhões de mulheres seguirão sendo castradas, amputadas ou convencidas a sobreviver com dor pelo resto da vida, cada uma delas resumida em reles pontos percentuais na cruel contabilidade das vítimas do abismo entre a ciência acadêmica e a prática clínica, que ao crepúsculo do primeiro quarto do século XXI segue, ainda, abissal como sempre. A decisão de encarar estes fatos (acompanhada de um gentil lembrete de que os conceitos de ignorância e negligência são absolutamente distintos) cabe à cada profissional de saúde envolvido no acolhimento deste quase um bilhão de mulheres acometidas pelos seis continentes do mundo, em cada país, Estado, em cada bairro da vizinhança, dentro das nossas próprias casas. A responsabilidade pela dor de cada uma destas pessoas recai sobre os ombros de cada uma de nós, que carrega em si o título de profissional da saúde, sob uma singela autoindagação: daqui há 50 anos, de que lado da história queremos estar?

CONCLUSÃO

O termo “endometriose” é impreciso e não representa a condição de saúde em si. O diagnóstico é ilógico, baseado em sinais e sintomas genéricos presentes em centenas de milhares de outras condições e, na ausência de um diagnóstico causal preciso, o tratamento é falho.

Por outro lado, fisioterapia pélvica, a partir de liberação miofascial profunda pela Manobra do Ligamento Largo, foi eficiente na regressão completa da dor de 100% de uma mostra composta por

102 mulheres que receberam diagnóstico prévio de endometriose, para a qual foi necessária uma média de $4,7 \pm 4$ sessões. Nenhuma paciente da amostra não teve seus sintomas, incluindo a dor genitopélvica, completamente regredida ao final de, no máximo, oito sessões.

Estas pacientes, equivocadamente diagnosticadas sob o termo “endometriose”, na verdade possuem aderências miofasciais nos tecidos conectivos, superficiais ou profundos, particularmente todo o conjunto de ligamentos e fâscias endopélvicas principalmente ao redor do útero e dos ovários, as quais podem ser tratadas com sucesso por técnicas específicas de liberação miofascial. A Manobra do Ligamento Largo, quando realizada por profissional habilitada, regride todos os sintomas da endometriose em uma média de 4,7 sessões.

Portanto, a patofisiologia que deveria explicar a condição de saúde chamada de endometriose é falsa. Noutros termos, endometriose, como patologia, não existe. A doença “endometriose”, não existe de fato. Não há embasamento racional, teórico ou empírico para que hoje, aquilo que ainda segue sob a alcunha de endometriose, esteja no hall de qualquer classificação de condições de saúde. O que existe em quase um bilhão de mulheres são aderências profundas nos tecidos conectivos ao redor ou não dos órgãos pélvicos, passíveis de tratamento por técnicas miofasciais específicas. O dogma dos implantes ectópicos de endométrio aprisionados em outras estruturas pélvicas deve ser imediatamente abandonado, assim como o uso técnico e o popular do pernicioso termo endometriose.

REFERÊNCIAS

1. Seckin T. History of Endometriosis. Disponível em: <https://drseckin.com/history-of-endometriosis/>. Acesso em 07/05/2025.
2. Parker JD, Leondires M, Sinaii N, Premkumar A, Nieman LK, Stratton P. Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. *Fertil Steril.* 2006 Sep;86(3):711-5.
3. Becker CM, Gattrell WT, Gude K, Singh SS. Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertil Steril.* 2017 Jul;108(1):125-136. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.004. PMID: 28668150; PMCID: PMC5494290.
4. Koninckx PR, Ussia A, Gordts S, Keckstein J, Saridogan E, Malzoni M, Stepanian A, Setubal A, Adamyan L, Wattiez A. The 10 "Cardinal Sins" in the Clinical Diagnosis and Treatment of Endometriosis: A Bayesian Approach. *J Clin Med.* 2023 Jul 7;12(13):4547.
5. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril.* 2017;107(3):533–536. 6.

6. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10(5):261–275. 7.
7. Vercellini P, de Matteis S, Somigliana E, et al. Long-term adjuvant therapy for the prevention of postoperative endometrioma recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92:8–16. 8.
8. De Cicco C, Corona R, Schonman R, et al. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG.* 2011;118(3):285–291.
9. Marchino GL, Gennarelli G, Enria R, Bongioanni F, Lipari G, Massobrio M. Diagnosis of pelvic endometriosis with use of macroscopic versus histologic findings. *Fertil Steril.* 2005 Jul;84(1):12- 5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.09.042. PMID: 16009147.
10. Istrate-Ofițeru AM, Mogoantă CA, Zorilă GL, et al. Clinical Characteristics and Local Histopathological Modulators of Endometriosis and Its Progression. *Int. J. Mol. Sci.* 2024.
11. Ayala A, Latorre GFS. Focos de endometriose não são tecido endometrial: Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2024;4(1)92-100. DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)92-100.
12. Bastos LF, Camacho SD, Rodrigues LD, et al. Endometriose: fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet].* 2023 Aug. 7 [cited 2024 Dec. 3];6(4):16753-64.
13. Mandal A, Tantia O, Datta J. *et al.* Male Endometriosis: Extremely Rare Condition with Unusual Presentation as Haematuria—A Case Report. *Indian J Surg*, 196–199 (2025). <https://doi.org/10.1007/s12262-024-04105-x>.
14. DeLancey JOL. Stress urinary incontinence: Where are we now, where should we go? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996:175(2)311-9.
15. Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, Tiyuri A, Najmi Z. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J Med Res.* 2021 Mar;154(3):446-454. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_817_18. PMID: 35345070
16. Latorre GFS. Manobras de liberação miofascial dos ligamentos profundos (Manobra do Ligamento Largo) nos tratamentos de infertilidade e endometriose. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(2)27-33. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(2)27-33.
17. Latorre GFS, Gil NA, Echavarría VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2022) 2(1)4-15.
18. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorreia primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)45-54. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54.
19. Cavalheiro E, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo versus Liberação Miofascial Instrumentalizada na SPM e dismenorreia. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)55-66. DOI:

10.62115/rbfp.2023.3(3)55-66.

20. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta em mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
21. Farmer MA, Meston CM. Predictors of genital pain in young women. Arch Sex Behav. 2007 Dec;36(6):831-43. doi: 10.1007/s10508-007-9199-7. Epub 2007 Aug 3. PMID: 17674182; PMCID: PMC2857760.
22. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(2)63-70.
23. DeMaio A, McTiernan A, Durand O' Connor A, Reidy F, O' Neill, A. National Clinical Practice Guideline: Assessment and Management of Endometriosis. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. March 2025.
24. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Sep;48(3):318-32. doi: 10.1002/uog.15955. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27349699.
25. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. (2018). Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
26. Guirro, E. & Guirro, R. (2004). Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos, Patologias (3ª ed., pp. 437-463). Barueri, SP: Manole.
27. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
28. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15.
29. Amro B, Ramirez Aristondo ME, et al. New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 31;19(11):6725.
30. Redwine DB. Was Sampson wrong? Fertil Steril. 2002 Oct;78(4):686-93. doi: 10.1016/s0015-0282(02)03329-0. PMID: 12372441.
31. Arfini S, Magnani L. Embodied Irrationality? Knowledge Avoidance, Willful Ignorance, and the Paradox of Autonomy. Front Psychol. 2021 Nov 26;12:769591.
32. Vu L, Soraperra I, Leib M, et al. (2023). Ignorance by choice: A meta-analytic review of the underlying motives of willful ignorance and its consequences. *Psychological Bulletin*, 149(9-10), 611–635. <https://doi.org/10.1037/bul0000398>.