

Relato de caso

Abordagem do cirurgião diante da endometriose profunda: Um relato de caso

Approach of the surgeon in the face of deep endometriosis: A case report

Fernando Oliveira dos Santos¹, Giulia Francis Delgado dos Santos¹, Luana Nicola de Araujo¹, Sophia Massesine Pimentel¹, Rodolfo Gouveia Henriques Martins²

¹ Acadêmicos no Curso de Graduação em Medicina - Universidade Metropolitana de Santos

² Preceptor no Curso de Graduação em Medicina - Universidade Metropolitana de Santos

Autor correspondente: Fernando Oliveira dos Santos
Contato: fernandoos2010@live.com

Palavras-chave:

Endometriose.
Cirurgia.
Dor abdominal.

Keywords:

Endometriosis.
Surgery.
Abdominal pain.

RESUMO

A Endometriose profunda é uma forma de Endometriose menos comum que as outras e muito mais agressiva. Ela pode causar graves lesões e atingir diversas regiões. Sua fisiopatologia ainda é de origem incerta, com várias hipóteses a respeito. Seu diagnóstico pode ser feito por exames físicos e de imagem, mas o padrão-ouro é a videolaparoscopia. O tratamento pode ser desde medicamentos até abordagem cirúrgica. O presente trabalho propõe relatar um caso de Endometriose profunda em uma paciente com várias queixas de dor abdominal. Por meio de videolaparoscopia, foi possível encontrar lesão pediculada no cólon sigmoide e encaminhada à equipe de cirurgia onde as lesões foram ressecadas e encaminhadas ao anatomopatológico, enfatizando a abordagem e a conduta do cirurgião diante dessa doença.

ABSTRACT

Deep Endometriosis is a less common form of Endometriosis compared to others, but it is much more aggressive. It can cause severe lesions and affect various regions. Its pathophysiology is still uncertain, with several hypotheses regarding it. Diagnosis can be done through physical and imaging examinations, but the gold standard is videolaparoscopy. Treatment can range from medications to surgical intervention. This paper aims to report a case of Deep Endometriosis in a patient with multiple complaints of abdominal pain. Through videolaparoscopy, it was possible to identify a pedunculated lesion in the sigmoid colon, and the patient was referred to the surgical team, where the lesions were resected and sent for histopathological examination, highlighting the approach and management of the surgeon in the face of this disease.

Recebido em:

02/11/2022

Aprovado em:

12/06/2023

Publicado em:

30/06/2023

INTRODUÇÃO

A Endometriose profunda (EP) é uma forma de Endometriose menos comum que as outras e muito mais agressiva. Ela se difere por apresentar alta densidade de fibras nervosas¹ e um processo de invasão possivelmente dominado pela migração celular coletiva². A EP se difere dos qua-

dros de Endometriose ovariana, que ocorre na forma de lesões superficiais, principalmente como cistos endometriais e da Endometriose peritoneal, que se desenvolve de diversas formas, como vesículas incolores brilhantes ou manchas brancas no peritônio³.



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons. Os usuários têm permissão para copiar redistribuir os trabalhos por qualquer meio ou formato, e também para, tendo como base o seu conteúdo, reutilizar, transformar ou criar, com, propositos legais, até comerciais, desde que citada a fonte.

A EP também apresenta glândulas e estromas endometriais em forma nodular, situados além de 5 mm abaixo da superfície peritoneal. Ela pode causar lesões nos ligamentos uterossacros e no fundo de saco de Douglas, podendo atingir regiões como septo retovaginal, paredes da vagina, de reto e do sigmoide, nervos pélvicos e obliterar o fundo de saco.

A prevalência da EP varia de acordo com o método diagnóstico e a população estudada. A maioria das mulheres que apresentam essa condição possuem dor significativa, mas até 5% podem ser completamente assintomáticas. Nas duas últimas décadas, a prevalência aparentemente aumentou, o que parece refletir maior reconhecimento da doença por médicos e pacientes assim como a melhora nos métodos diagnósticos⁴.

Para o seu diagnóstico, vários achados tanto no exame físico como nos exames laboratoriais e de imagem podem predizer, com certo grau de confiança, a presença ou não de Endometriose, mas o padrão-ouro que faz o diagnóstico definitivo ainda é por meio da videolaparoscopia. Para o seu tratamento, existem diversas técnicas empregadas na realidade, como as técnicas cirúrgicas e a terapia de supressão ovariana, além dos vários medicamentos em investigação que não inibem a função ovariana⁵.

É de suma importância a informação e conhecimento dos cirurgiões sobre a Endometriose profunda, visto sua alta incidência, prevalência e casos que aparecem na urgência nos prontuários, já que, mesmo sendo uma doença da ginecologia, muitas mulheres acabam por parar no centro cirúrgico com fortes dores a serem investigadas, devendo o cirurgião assumir esse papel e aplicar a melhor conduta a essas mulheres, evitando iatrogenias⁶.

Com o objetivo de relatar um caso de Endometriose profunda em que a paciente apresenta diversos episódios de dor, além de mostrar como deve ser a abordagem das pacientes por parte do cirurgião geral em relação ao tipo de caso nos hospitais, foi realizado um relato de caso com dados obtidos por meio de anamnese, revisão de

prontuário da paciente em questão e critérios diagnósticos e de tratamento. O estudo foi conduzido em cumprimento com as resoluções 466/2012 para Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados foram garantidas durante todas as etapas do estudo. O presente relato de caso foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos sob o número CAAE: 58671722.5.0000.0139 e parecer nº 5464843.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 36 anos, branca, natural e procedente de Santos, chega ao pronto-socorro em junho de 2021 com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda, relata que possui essas dores há 1 ano com visitas frequentes a hospitais, nega alterações do hábito intestinal. Possui histórico de gastroplastia com *bypass* por videolaparoscopia e histerectomia devido à miomatose uterina. Na ginecologia, foram realizadas colonoscopia, tomografia axial computadorizada de abdome, ambas com resultados normais, e videolaparoscopia, onde foi observada lesão pediculada em cólon sigmoide, sendo encaminhada à equipe de cirurgia. Ao exame físico, estava com o abdome plano, flácido, doloroso à palpação em fossa ilíaca esquerda, descompressão brusca negativa, sem massas palpáveis. Os exames foram repetidos e continuaram sem justificar a dor da paciente. Foi submetida novamente à videolaparoscopia (Figura 1A), por meio da qual foram evidenciadas lesão pediculada em parede de cólon sigmoide (Figura 2A), lesão peritoneal supravesical, líquido livre na pelve e varizes pélvicas. As lesões foram ressecadas e em encaminhadas para o exame anatomopatológico, que indicou que se tratava, na verdade, de Endometriose glândulo-estromal.

DISCUSSÃO

A EP é descrita arbitrariamente como

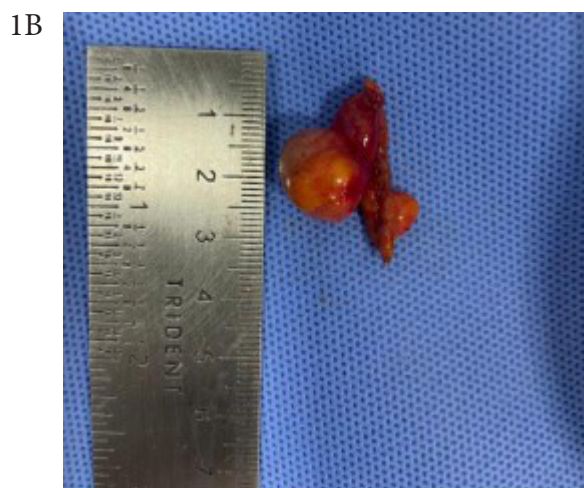
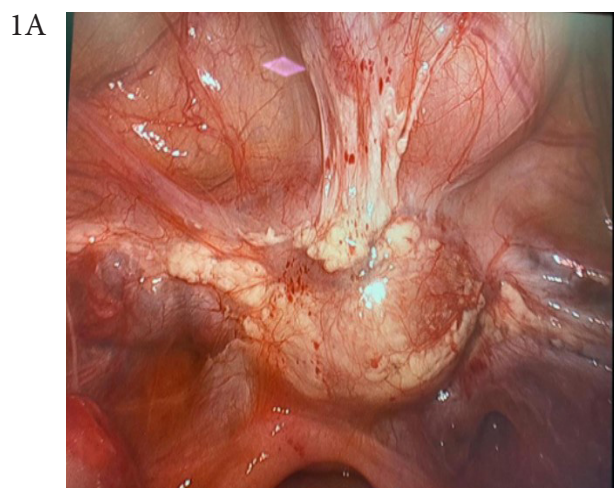


Figura 1A. Achados de Endometriose durante a videolaparoscopia. **Figura 1B.** Lesão pediculada ressecada durante o ato cirúrgico.

Endometriose, infiltrando o peritônio em mais de 5 mm. Ela deve ser considerada e investigada em todas as mulheres com dor hipogástrica invalidante, dismenorreia, dispareunia profunda, dor crônica intensa, disúria e disquezia. A suspeita clínica pode ser confirmada por meio da ultrassonografia e pela ressonância magnética⁷.

Sua fisiopatologia ainda é de origem incerta, entretanto existem hipóteses em que as células-tronco endometriais permanecem estabelecidas na cavidade pélvica após o nascimento, sendo uma possível justificativa para a presença da Endometriose pélvica na adolescência e na pré-menarca. Contudo, o surgimento da EP em idades mais avançadas sugere que exista infiltração do tecido endometrial perante a uma Endometriose preexistente. Hipóteses de alterações genéticas e epigenéticas também são aceitas, pois explicaria aspectos hereditários e predisposição para o desenvolvimento da patologia⁸.

Atualmente, a recomendação geral para o tratamento da dor associada à EP ainda é a histerectomia com ou sem salpingooforectomia bilateral em mulheres que não desejam procriar, com dor pélvica intratável associada, massas, ou múltiplos procedimentos conservadores prévios⁹.

Para as pacientes que desejam engravidar, deve-se analisar a possibilidade de realizar procedimentos conservadores. A ressecção ci-

rúrgica da EP pode melhorar a taxa de gravidez em até 45%, porém pode ocorrer danos ovarianos, diminuição dos folículos antrais e insuficiência ovariana após o procedimento⁹.

Destaca-se que a doença ileal por EP requer excisão cirúrgica. Estudos relataram que o tratamento cirúrgico para a EP intestinal leva a um alívio substancial da dor, com baixas taxas de recorrência. Quando o apêndice é afetado, a cirurgia é sempre indicada para evitar tumor carcinoide. Portanto, a inspeção rotineira dessas estruturas deve ser realizada durante a intervenção⁹.

Entretanto, para a realização da cirurgia de Endometriose é necessário que o cirurgião apresente reconhecimento da fibrose circundante com infiltração limitada pela própria Endometriose. Para margens de segurança, uma borda de fibrose pode ser deixada no local da lesão. Entretanto, para Endometriose profunda, é resultante uma excisão conservadora eventualmente com excisão discoide ou ressecções curtas do intestino¹⁰.

Embora a laparoscopia não seja isenta de riscos, é considerada o tratamento cirúrgico padrão-ouro devido a sua menor morbidade e menor tempo de internação em relação a laparotomia⁷.

Dessa forma, o conhecimento da técni-

ca cirúrgica é de fundamental importância para os cirurgiões que atuam nos atendimentos de urgência em prontos-socorros, para que seja aplicada a melhor conduta na Endometriose (padrão-ouro) e não sejam realizados procedimentos errôneos e desnecessários⁶. Além disso, é importante que o cirurgião tenha compreensão da fisiopatologia para a discussão da intervenção cirúrgica mais adequada, a fim de localizar o foco de Endometriose¹⁰.

REFERÊNCIAS

1. Donnez O, Soares M, Defrère S, Van Kerk O, Van Langendonck A, Donnez J, et al. Nerve Fibers are Absent in Disease-Free and Eutopic Endometrium, but Present in Endometriotic (Especially Deep) Lesions. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*. 2013;5(2):68-76.
2. Garcia-Solares J, Dolmans MM, Squifflet JL, Donnez J, Donnez O. Invasion of human deep nodular endometriotic lesions is associated with collective cell migration and nerve development. *Fertil Steril*. 2018;110(7):1318-27.
3. Smolarz B, Szylo K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *Int J Mol Sci*. 2021;22(19).
4. FEBRASGO. Endometriose Profunda e Infertilidade 2017 [cited 2022 04.01.]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/128-Endometriose-profunda-e-infertilidade>.
5. Nacul AP, Spritzer PM. [Current aspects on diagnosis and treatment of endometriosis]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(6):298-307.
6. Pecout M, Jean Dit Gautier E, Doucedé G, Collinet P, Rubod C. Pelvic endometriosis: Refer to the surgeon at the right moment: Pelvic endometriosis: When refer to the surgeon? *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49(4):101701.
7. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril*. 2012;98(3):564-71.
8. Gordts S, Koninckx P, Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertil Steril*. 2017;108(6):872-85 e1.
9. Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrao MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:102-10.
10. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, Wattiez A, Al-Suwaidi S, et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:745548.