

Útero não gravídico encarcerado associado a carcinoma uterino: relato de caso

Incarried non-pregnancy uterus associated with uterine carcinoma: case report

DOI:10.34117/bjdv7n11-127

Recebimento dos originais: 12/10/2021

Aceitação para publicação: 09/11/2021

Amanda Pires de Rezende

Acadêmico de Medicina
Universidade de Uberaba
Av nenê Sabino , 881, Apto 404, bloco C
E-mail: amanda.pires.rez@gmail.com

Amanda Vieira Sacardo

Acadêmico de Medicina
Universidade de Uberaba
Rua Ceará 1630, apto 304, torre 3
E-mail: amandavsacardo@gmail.com

Celso Junior Oliveira Teles

Cirurgião do Aparelho Digestivo
Hospital de Clínicas da UFU
Av. Para, 1720, Umuarama, Uberlândia/MG, CEP 38.405-320
E-mail: drcelso teles@gmail.com

Christian Tales Elias

Residente de Cirurgia Plástica
Hospital das Clínicas da UFTM
Av. Claricinda Alves de Rezende, 1350, lote 12, quadra 14
E-mail: christiantelias@gmail.com

Gabriela Cerqueira de Rezende

Acadêmico de Medicina
Universidade de Uberaba
Rua Ceará, 1630. Apto 501, torre 1
E-mail: gabrielac.rezende@hotmail.com

Igor Vieira Branquinho

Acadêmico de Medicina
Universidade de Uberaba
Rua Marcos Lombardi, 419, ap 102
E-mail: igorvieira_7@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Útero encarcerado é uma rara condição que acomete principalmente mulheres gestantes, porém há casos que relatam episódios em não-gestantes. Por ser uma complicação rara, a fisiopatologia não é muito clara. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo apresentar o caso de encarceramento uterino por neoplasia ginecológica maligna e discutir sobre o curso clínico e considerações acerca dessa condição. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 75 anos, cinco gestações ao longo da vida, procurou por atendimento em vista de queixa de abaulamento doloroso em região inguinal direita, com surgimento nas últimas 24 horas. Foi realizada da hernioplastia inguinal direita e biópsia de colo uterino que constatou carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, ulcerado. O diagnóstico final do conteúdo herniado foi conclusivo para encarceramento uterino. **Conclusão:** Quadro raro, com poucas publicações acerca do encarceramento de útero não gravídico, portanto, o nosso artigo tem o objetivo de abrir possibilidades para estudos futuros, publicações e discussões no meio médico sobre essa patologia tão pouco conhecida.

Palavras-chave: Útero não gravídico, Carcinosarcoma, Encarceramento

ABSTRACTS

Introduction: Incarcerated uterus is a rare condition that affects mainly pregnant women, but there are cases that report episodes in non-pregnant women. Because it is a rare complication, the pathophysiology is not very clear. **Aim:** This paper aims to present a case of uterine incarceration due to gynecologic malignancy and discuss the clinical course and considerations about this condition. **Case Report:** A 75 year old female patient, with five pregnancies over the course of her life, sought care due to a complaint of painful bulging in the right inguinal region, appearing within the last 24 hours. A right inguinal hernioplasty was performed and a biopsy of the uterine cervix was performed, which revealed a moderately differentiated, ulcerated squamous cell carcinoma. The final diagnosis of the herniated content was conclusive for uterine incarceration. **Conclusion:** Rare condition, with few publications about non-pregnant uterine incarceration, therefore, our article aims to open possibilities for future studies, publications and discussions in the medical environment about this pathology so little known.

Keywords: Non-pregnant uterus, Carcinosarcoma, Incarceration

1 INTRODUÇÃO:

Útero encarcerado é uma rara condição que acomete principalmente mulheres gestantes, porém há casos que relatam episódios em não-gestantes. O encarceramento ocorre quando o útero retrovertido permanece impactado no oco pélvico e não consegue sair da cavidade pélvica conforme a gestação avança (KOYAMA et al, 2017). A incidência é de 1:3000 no período gestacional e fora da gestação ainda é desconhecida pela pequena quantidade de casos relatados. (FAHIMUDDIN et al, 2019).

Por ser uma complicação rara, a fisiopatologia não é muito clara, porém malformações uterinas, endometriose, cirurgia abdominal prévia, carcinossarcoma podem predispor ao encarceramento do útero (FAHIMUDDIN et al, 2019). De acordo com a literatura inglesa, quase todos os relatos sobre o encarceramento uterino foram associados com o útero gravídico e há apenas três relatos, que foram publicados em 1989, 2007 e 2012, de encarceramento uterino não gravídico associado a leiomioma (KOYAMA et al, 2017). Na maioria dos casos, o útero gravídico move-se em direção a uma posição ascendente antes das 14-16 semanas de gestação e mantém esta posição durante o resto da gravidez (KOYAMA et al, 2017). No entanto, quando o útero permanece retrovertido, com a progressão da gravidez, o útero em crescimento permanece entre o promontório sacral e a sínfise púbica, e então o encarceramento pode se desenvolver (GARDNER et al, 2013).

A apresentação clínica desses pacientes é frequentemente vaga, tornando o diagnóstico clínico difícil, e consiste em dor abdominal inferior ou pélvica e sintomas urinários, como incontinência, retenção urinária aguda ou intermitente, infecção do trato urinário (GARDNER et al, 2013). Um diagnóstico atrasado pode resultar em complicações graves, como hidronefrose, lesão superior do trato urinário, insuficiência renal, ruptura da bexiga, necrose uterina e sepse. A não detecção de casos assintomáticos na gravidez, podem levar a emergências obstétricas graves, como distocia, ruptura uterina, morte fetal e materna involuntária e lesão de órgão durante a cesariana. (FAHIMUDDIN et al, 2019)

O tratamento é unicamente cirúrgico, podendo a redução ser feita via vídeo laparoscopia ou laparotomia, dependendo da abordagem do cirurgião. Geralmente essa cirurgia é feita em posição supinada (ALGRA et al, 1999).

Este trabalho tem como objetivo apresentar o caso de encarceramento uterino por neoplasia ginecológica maligna, acompanhado de hidrométrio. O curso clínico e considerações acerca dessa condição rara serão discutidos.

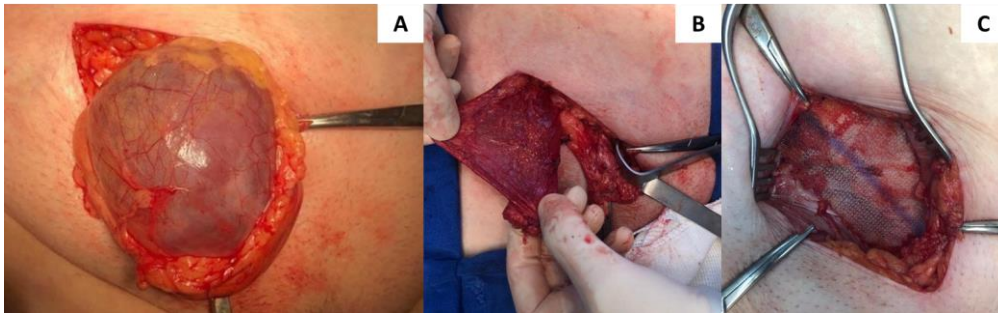
2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 75 anos, G5P4N4A1, procurou por atendimento em vista de queixa de abaulamento doloroso em região inguinal direita, com surgimento nas últimas 24 horas. Não esteve associado à manifestação supracitada a parada de eliminação de fezes e flatos, e demais queixas ou intercorrências. Como passado mórbido a paciente possui hérnia inguinal direita não corrigida e hemorroidectomia prévia; atualmente faz tratamento para controle da pressão arterial com Losartana 50mg.

Ao exame físico, paciente apresentava-se em bom para regular estado geral, vigil, mucosas descoradas (2+/4+), desidratada (+/4+) e afebril. O exame abdominal evidenciou abdome plano, flácido, com presença de abaulamento fixo de aproximadamente 10x10cm, endurecido, não redutível e doloroso, com ruídos hidroaéreos ausentes em topografia de abaulamento.

A hipótese diagnóstica foi de hérnia inguinal direita encarcerada e a paciente foi encaminhada para centro cirúrgico, para realização de inguinotomia unilateral direita de urgência. Durante o procedimento, foi visualizado saco herniário (figura 1A), contendo tumoração de aspecto cístico, bem delimitada, irreductível, sem sinais de sofrimento, exteriorizada através do anel inguinal interno, bastante dilatado com deformação e perda da anatomia habitual da parede posterior do canal inguinal. Instalou sonda vesical de demora 18FR e houve saída de urina, sem esvaziamento imediato do conteúdo herniário inguinal à direita, diminuindo as chances da tumoração tratar-se de herniação vesical. Foi realizada ampliação cirúrgica do anel inguinal interno, que resultou em esvaziamento completo do conteúdo herniado, tendo sido feita a abertura do saco herniário, foi visualizado estrutura cística bem delimitada, vazia, sem canal de abertura, sendo reduzida para o interior da cavidade peritoneal. Foi feita ressecção do excesso do saco herniário (figura 1B) e hernioplastia a Lichtenstein (figura 1C), e encaminhado para anatomopatológico.

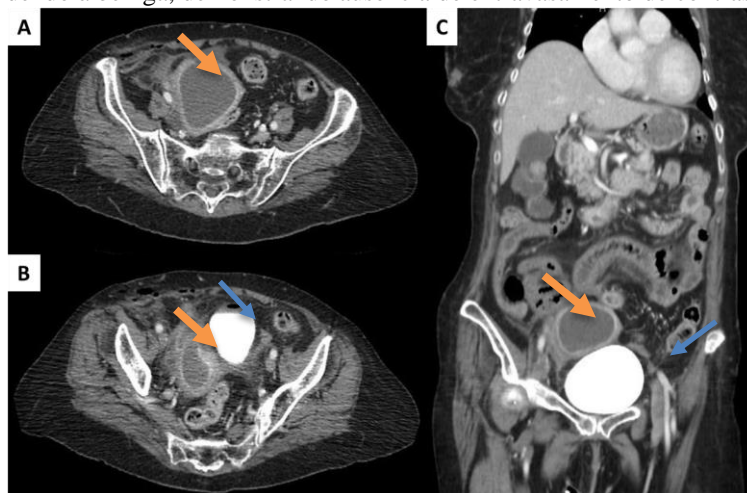
Figura 1 – A) Saco herniário contendo útero distendido e encarcerado. B) Dissecção do saco herniário e redução do conteúdo para cavidade intraperitoneal. C) Posicionamento de tela polipropileno conforme Lichtenstein.



Fonte: Dos Autores, 2021

Após o procedimento, foi realizada Tomografia Computadorizada de abdome com contraste vesical e venoso, em que não houve evidências de lesão vesical, porém evidenciou presença de hidrométrio e enfisema de partes moles em região inguinal direita (figura 2A-C).

Figura 2 – A) Tomografia computadorizada realizada em pós-operatório imediato, com contraste endovenoso, em corte axial, demonstrando (seta laranja) imagem cística, bem delimitada, em topografia de abdome inferior, correspondendo ao útero após redução. B) Tomografia computadorizada realizada em pós-operatório imediato, com contraste endovenoso e vesical, em corte axial, demonstrando (seta laranja) imagem cística, bem delimitada, em topografia de abdome inferior à direita, correspondendo ao útero, além de imagem cística (seta azul), hiperdensa, preenchida por contraste vesical, correspondendo à bexiga. C) Tomografia computadorizada realizada em pós-operatório imediato, com contraste endovenoso e vesical, em corte coronal, demonstrando (seta laranja) imagem cística, bem delimitada, em topografia de abdome inferior, correspondendo ao útero, além de imagem cística (seta azul), hiperdensa, preenchida por contraste vesical, correspondendo à bexiga, demonstrando ausência de extravasamento de contraste.

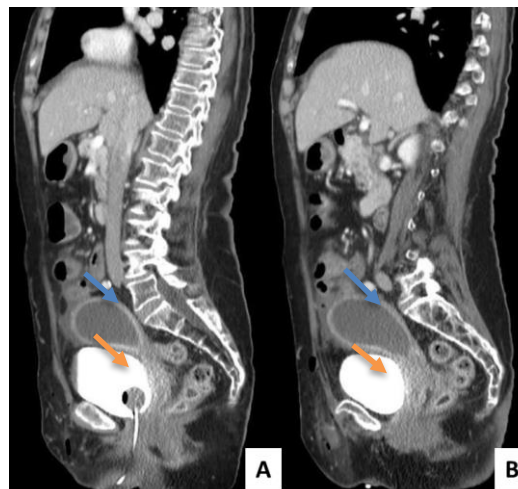


Fonte: Dos Autores, 2021

Ao investigar melhor o histórico da paciente, ela refere já estar em acompanhamento oncológico ginecológico, devido a queixa de sangramento transvaginal a cerca de 1 mês antes de dar entrada no pronto socorro. Útero aumentado com massa que

se realça pelo contraste no colo uterino, medindo 4,2 x 3,4 x 3,2 cm (long. x lat. x ap), determinando obstrução do canal endocervical e distensão da cavidade uterina por conteúdo líquido. A lesão invade a parede do reto no seu segmento entre 9 e 12H. Aparentemente não ha invasão vesical. Leito cirúrgico na fossa ilíaca direita apresentando moderado enfisema no canal inguinal e pequena quantidade de líquido. Pequena quantidade de líquido livre na pelve (figura 3A-B).

Figura 3 – A e B) Tomografia computadorizada realizada no pós-operatório imediato, com contraste endovenoso e vesical, em corte sagital, demonstrando (seta laranja) imagem cística, bem delimitada, em topografia de abdome inferior e fossa ilíaca direita, correspondendo ao útero distendido, além de imagem cística (seta azul), hiperdensa, preenchida por contraste vesical, correspondendo à bexiga, demonstrando ausência de extravasamento de contraste, diminuindo ainda mais a hipótese de encarceramento e lesão vesical.



Fonte: Dos Autores, 2021

Após evidências imaginológicas concluiu-se tratar-se de lesão expansiva no colo uterino, causando estenose do mesmo e extensão para terço distal da vagina e parede anterior do reto (estadiamento radiológico IIB).

A hipótese diagnóstica levantada foi de carcinoma de colo epidermoide moderadamente diferenciado, ulcerado. Durante o acompanhamento ambulatorial na ginecologia oncológica, também foi realizado Ultrassonografia pélvica transvaginal, que evidenciou útero em antroverso flexão, de dimensões aumentadas, contornos regulares, medindo 9,8x5,4x6,5 cm e volume de 181,1 cm. Observou-se acentuada distensão da cavidade uterina (até 4,4cm) em região corpórea e fúndica, com a formação de coleção heterogênea, de aspecto hemorrágico, medindo 5,2x4,4x6,2cm, de volume de 75,9cm. Sem alterações em miométrio e anexos.

Ademais, a biópsia de colo uterino guiada por colposcopia constatou carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, ulcerado. O diagnóstico final do conteúdo

herniado foi conclusivo para encarceramento uterino. Paciente permaneceu internada para acompanhamento de pós-operatório da hernioplastia inguinal direita, evoluiu sem intercorrências pós-operatórias, e foi encaminhada para acompanhamento oncológico.

3 DISCUSSÃO

O encarceramento uterino, como visto, é raro em mulheres não-grávidas e seu mecanismo ainda é desconhecido (FAHIMUDDIN et al, 2019). No entanto, os casos já relatados indicam que o local de maior fragilidade para esse acontecimento é o canal inguinal e, há fatores anatômicos, ambientais, estruturais e iatrogênicos relatados que predispoem e facilitam as herniações (GOULART; MARTINS, 2015). A disfunção anatômica do canal inguinal como, alterações de tamanho e resistência de seus componentes se aplicam a um fator etiológico. Fatores ambientais que ocasionam um aumento súbito da pressão intra-abdominal, como esforços intensos ou até mesmo um aumento crônico da pressão, como a gravidez também são considerados (GOULART; MARTINS, 2015). Alguns estudos defendem que o colágeno e suas alterações estruturais (mudança da arquitetura tecidual das fâscias, da densidade e organização estrutural), além de doenças congênitas do colágeno (como doença de Marfan) são os principais fatores predisponentes à formação de hérnia inguinal (GOULART; MARTINS, 2015).

Em relação à causas da área ginecológica estão inclusos miomas uterinos, adenomiose, neoplasias benignas e malignas, alterações anatômicas uterinas (útero retrovertido) e aderências pélvicas posteriores. (NEWELL et al, 2014). Associando os fatores etiológicos com as estruturas envolvidas e os casos até então reportados, foram levantadas algumas hipóteses que, possivelmente, explicam o acontecimento do encarceramento do útero (Rodrigues et al., 2001; Chen; Thompson, 2021). Uma delas é o fator idade identificado nos casos não gravídicos que acometem mulheres de meia idade a idades avançadas. Além de que, pacientes com histórico familiar de hérnia inguinal tem quatro vezes mais de chance de ter hérnia inguinal comparando-se aos pacientes que não tem esse histórico (Hammoud M; Gerken J, 2020). Uma outra hipótese seria o enfraquecimento dos ligamentos que fixam o útero em seu local adequado que são: ligamento largo do útero, ligamento redondo do útero e ligamento útero-sacral que associados a alterações uterinas podem facilitar essa alteração (Rodrigues et al., 2001; Chen; Thompson, 2021). Desta forma, há um amplo leque de possibilidades etiológicas isoladas ou somadas, que podem resultar em maior chance dessa patologia relatada em nosso caso.

As hérnias inguinais correspondem a 75% das hérnias da parede abdominal, e são mais incidentes após os 45 anos, com prevalência de 4% (JENKINS; O'DWYER, 2008). Inicialmente, na apresentação clínica do caso relatado, uma massa localizada na região inguinal, foi suspeitado de herniação inguinal, porém após a cirurgia e resultados anatomopatológicos foi confirmada a encarceração do útero. O encarceramento uterino é uma complicação rara, e a maioria dos casos estão relacionados a úteros gravídicos, principalmente em mulheres com retroversão uterina (FAHIMUDDIN et al, 2019). O corpo uterino retrovertido ao ascender para a região abdominal, em 15 % das mulheres, pode impactar entre a sínfise púbica e promontório sacral e isso causa o seu encarceramento (Al WADI et al, 2011). Porém, o caso descrito é um encarceramento de útero não gravídico, que é considerado uma complicação ainda mais rara. Esse tipo de complicação, na escassa literatura publicada, está associado a casos carcinossarcoma e o mecanismo descrito de útero gravídico pode explicar essa patogênese (CANTRELL et al, 2015). Carcinoma uterino, o mesmo presente na paciente do caso, agressivamente cresce como um grande enchimento de massa polipoide, distendendo a cavidade uterina, assim, de acordo com o crescimento do tumor e a formação de piometra, o corpo uterino é rapidamente aumentado, da mesma forma que o útero gravídico, então este vai ascendendo, gerando sua impactação (NEWELL et al, 2014).

A conduta a ser tomada em relação ao encarceramento uterino se dá de acordo com a fisiopatogenia, ou seja, se a correção vai ser de um útero gravídico retrovertido ou não, útero não gravídico com ou sem neoplasias. No caso do útero gravídico retrovertido, a conduta a ser tomada é, sob anestesia geral, aplicar uma pressão digital contra a parede vaginal posterior para atingir o fundo retrovertido, resultando em fácil liberação do útero encarcerado (NEWELL et al, 2014) .

Com relação à conduta a ser tomada no útero não gravídico vem sendo cirúrgica, sendo que as opções incluem algumas como a miomectomia com ou sem histerectomia, ou ao contrário, ou seja, histerectomia abdominal sem miomectomia. Técnicas com abordagem laparoscópica, miólise e embolização de miomas não foram relatadas no tratamento do encarceramento uterino (FAHIMUDDIN et al, 2019).

A miomectomia para aliviar o encarceramento pode ser uma escolha, porém o sangramento intenso na região pélvica pode ser uma barreira para essa abordagem, nesse caso, pode-se utilizar vasopressina e a embolização ou ligadura dos vasos pélvicos para diminuir a perda sanguínea. Sendo que a desimpactação do útero e a normalização da anatomia cirúrgica são de extrema importância para que o procedimento de miomectomia

e / ou histerectomia sejam seguros (KOYAMA et al, 2019). No caso do encarceramento uterino de um útero com neoplasia, a abordagem é cirúrgica, porém um pouco mais agressiva, geralmente sendo feito a histerectomia e a salpingo-ooforectomia bilateral.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Útero encarcerado é uma condição rara que conta com uma fisiopatologia pouco clara, as principais publicações científicas sobre o assunto são casos associados a gestações com retroversão uterina. A raridade do caso fez com que fosse encontrado apenas um artigo na literatura científica de um caso semelhante. Dessa forma, nosso relato de caso de útero encarcerado por desenvolvimento de carcinossarcoma tem o objetivo agregar o meio científico e literário, pois abre possibilidades de futuros estudos, publicações e discussões no meio médico sobre essa patologia com tão pouca incidência e conhecimento acerca do assunto.

REFERÊNCIAS

S. Koyama, S. Fujiwara, M. Yagi, K. Kuritani, M. Watanabe, Y. Shiki. A case of uterine incarceration caused by carcinosarcoma accompanied with pyometra. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 2019, 40(2): 328-330.

Fahimuddin FZ, Murphy R, O'Shaughnessy M. Surgical management of an incarcerated uterus in a gynecological patient: A case report. *Case Rep Womens Health*. 2019 May 14;23:e00123. doi: 10.1016/j.crwh.2019.e00123. PMID: 31193867; PMCID: PMC6543195.

GOULART, André; MARTINS, Sandra. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S.l.], n. 33, p. 25-42, june 2015. ISSN 2183-1165.

Newell, S. D., Crofts, J. F., & Grant, S. R. (2014). The incarcerated gravid uterus: complications and lessons learned. *Obstetrics and gynecology*, 123(2 Pt 2 Suppl 2), 423–427. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000102>

RODRIGUES, Consuelo Junqueira et al . Alterações no Sistema de Fibras Elásticas da Fáscia Endopélvica de Paciente Jovem com Prolapso Uterino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 53-55, Feb. 2001

Chen, Cathy J. and Holly Thompson. “Uterine Prolapse.” *StatPearls*, StatPearls Publishing, 19 November 2020.

Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia. 2020 Sep 8. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 30020704.

Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008 Feb 2;336(7638):269-72. doi: 10.1136/bmj.39450.428275.AD. PMID: 18244999; PMCID: PMC2223000.

Al Wadi K., Helewa M., Sabeski L.: “Asymptomatic uterine incarceration at term: a rare complication of pregnancy”. *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, 2011, 33, 729.

Cantrell L.A., Blank S.V., Duska L.R.: “Uterine carcinosarcoma: A review of the literature”. *Gynecol. Oncol.*, 2015, 137, 581.