

Endometriose profunda – um relato de caso

Deep endometriosis - a case report

DOI:10.34119/bjhrv5n5-264

Recebimento dos originais: 20/09/2022

Aceitação para publicação: 18/10/2022

Isadora pereira Brito

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia (UNIRV)

Endereço: Av. T-13, 692, St. Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 01142-300

E-mail: isabrito1046@gmail.com

Kamila Miranda Davino

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Avenida Comendador Gustavo Paiva, N 5017, Cruz das Almas, Maceio - Alagoas

E-mail: kamiladavino@hotmail.com

Sabrina Lima Leal

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Santa Maria (FSM)

Endereço: BR 230, Km 504, Cajazeiras - Paraíba

E-mail: sabrinalima-picos@hotmail.com

Gabriel Ataides Barros

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campos Goianesia (UNIRV)

Endereço: Rodovia GO-438, KM 02, Sentido Santa Rita do Novo Destino, CEP: 76380-000,
Goianésia - Goiás

E-mail: gabriel2001rv@gmail.com

Gabriele Cavalcante Bogado

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Endereço: Av. Costa e Silva, Cidade Universitária, Pioneiros, MS, CEP: 79070-900

E-mail: gabibogado1@hotmail.com

Layane Aiala de Sousa Lopes

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC BJI)

Endereço: Av. Governador Roberto Silveira, 910, Bairro Novo, Bom Jesus do
Itabapoana - RJ, CEP: 28360-000

E-mail: layaneaialalopes@gmail.com

Letícia de Albuquerque Almeida

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio verde (UNIRV)

Endereço Av. T13,692, Rio Verde

E-mail: leticiadea.almeida@hotmail.com

Maria Thereza Yunes Gouveia

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia (UNIRV)

Endereço: Av. T-13, 692, St. Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 01142-300

E-mail: Isabrito1046@gmail.com

Larissa Schults Teixeira

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGELICA)

Endereço: Av. Universitária

E-mail: Isabrito1046@gmail.com

Kevyn Felipe Mendes

Graduando em Medicina

Instituição: Universidad Internacional Tres Fronteras (UNINTER)

Endereço: Pedro Juan caballero Paraguai

E-mail: kevinprof@outlook.com

Franciely dos Passos Pereira

Graduada em Medicina

Instituição: Faculdade Morgana Potrich (FAMP)

Endereço: Avenida Antônio Carlos Paniago, 65, Setor Mundinho, CEP: 75832-005,

Mineiros - GO

E-mail: pereirafrancielyp@gmail.com

RESUMO

A endometriose é descrita como a presença de tecido endometrial ectópico. A endometriose colorretal ocorre em 5 a 10% dos casos, mais comumente interrelando a área retossigmóide. Muitos fatores influenciam o diagnóstico e a terapia, incluindo idade, localização e gravidade dos sintomas. Não existe uma técnica padronizada de tratamento para endometriose. O tratamento pode ser farmacológico ou cirúrgico, e a idade, o estado hormonal e o desejo de gravidez influenciarão o curso de ação. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de endometriose retal identificado e tratado na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, bem como examinar as diversas condutas.

Palavras-chave: Endometriose, Laparoscopia, Estrogênios, Progestinas Infertilidade, dor pélvica.

ABSTRACT

Endometriosis is described as the presence of ectopic endometrial tissue. Colorectal endometriosis occurs in 5 to 10% of cases, most commonly interrelating the rectosigmoid area. Many factors influence diagnosis and therapy, including age, location, and severity of symptoms. There is no standardized treatment technique for endometriosis. Treatment can be either pharmacological or surgical, and age, hormonal state, and desire for pregnancy will all

influence the course of action. The purpose of this paper is to describe a case of rectal endometriosis identified and treated at Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, as well as to examine the many kinds of behavior.

Keywords: Endometriosis, Laparoscopy, Estrogens, Progestins, Infertility, pelvic pain.

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença inflamatória comum, tipicamente crônica (de longo prazo) em mulheres, na qual tecido semelhante ao endométrio (revestimento uterino) está presente fora do útero, principalmente na região pélvica, incluindo os ovários, ligamentos e superfícies peritoneais, como bem como o intestino e a bexiga (1).

A doença se manifesta de várias formas, desde lesões peritoneais e serosas superficiais até cistos de endometriose nos ovários (endometrioma) e nódulos com mais de 5 mm de profundidade (endometriose profunda), e é frequentemente associada a cicatrizes (fibrose) e aderências (2).

A endometriose está ligada a desconforto pélvico significativo (antes e depois da atividade sexual, ciclicamente e ao longo do ciclo menstrual), bem como à infertilidade(3).

O desenvolvimento do tecido endometriótico é dependente de estrogênio; portanto, o distúrbio se apresenta principalmente entre a menarca e a menopausa, mas a doença foi registrada em meninas pré-menarca¹ e pode ocorrer novamente após a menopausa(2,4).

Na maioria dos casos, acredita-se que a gênese do tecido endometrial na endometriose seja a menstruação retrógrada (o fluxo retrógrado de resíduos menstruais contendo células endometriais viáveis pelas trompas de Falópio para a cavidade pélvica). Esse refluxo contribui para o acúmulo de lesões nas partes gravitacionalmente dependentes da cavidade pélvica (3).

A menstruação retrógrada, por outro lado, é uma condição fisiológica bastante frequente que ocorre em mais de 90% das mulheres menstruais com trompas de falópio (5).

2 OBJETIVO

Relatar o caso de um paciente portadora de endometriose profunda, que infligia um quadro algico importante a paciente.

3 MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos.

4 RELATO DE CASO

Paciente J.N.V, sexo feminino, 28 anos, procurou o serviço de ginecologia e obstetrícia com queixa de dor pélvica importante, causada por um caso de endometriose profunda previamente diagnosticado em 2019.

A paciente relata já ter sido submetida a procedimento videolaparoscópico anteriormente para remoção de focos de endometriose, entretanto a dor não cessava. Nos últimos meses a paciente relatou melhora após uso de Dienogeste 2mg.

Não etilista, nega uso de cigarro, de drogas ilícitas e de drogas ilícitas, a paciente nega ter qualquer comorbidade ou qualquer antecedente familiar de CA de mama, CA de ovário, nega qualquer caso de endometriose na família.

No que tange aos antecedentes obstétricos a paciente relata que a data da última menstruação (DUM) foi 08/06/2022, nuligesta, com ciclos menstruais com fluxo normal de duração de 7 dias, com dismenorreia intensa, paciente relata ter dor também no período intermenstrual. A paciente relata também dispareunia, dor durante a evacuação sem presença de sangue, não relata dor durante a micção.

Além do uso do Dienogeste 2mg, a paciente relata fazer uso de paroxetina 20 mg e de pregabalina 75mg.

5 EXAME FÍSICO

Bom estado geral, com pressão arterial de 120 x 80mmHg, com saturação de O₂ em ar ambiente 96, glicemia 53, frequência cardíaca de 60 batimentos por minuto, temperatura axilar de 36 graus Celsius e frequência respiratória de 18 incursões por minuto.

Ao exame físico a paciente não apresentava visceromegalias, murmuros vesiculares presentes, o abdome apresentava-se plano, flácido e timpânico a percussão, leve desconforto à palpação da ferida operatória.

A paciente também não apresentava edema ou sinais flogísticos, secreções ou deiscências.

6 ACHADOS CIRÚRGICOS

Foi encontrada uma placa proliferativa associada a endometriose profunda em região retrocervical medindo 1,3 x 0,5 cm que determinava a retração do fórnice vaginal posterior e tocava a face anterior do reto, sem sinais de infiltrações das camadas profundas destas estruturas, outro achado foi um cisto simples em ovário direito.

7 EVOLUÇÃO

A paciente evoluiu hemodinamicamente estável, em bom estado geral com boa aceitação da dieta sem dificuldade de deambulação, diurese presente, evacuação ausente, porém, com flatos presentes.

8 DISCUSSÃO

O primeiro relato sobre a endometriose tangeu a von Rokitansky no século 19, no relato prestado por ele, havia um envolvimento uterino e túbulo-ovariano (6). Outros relatos posteriores em meados da década de 10 do século 20, mencionavam ressecções cirúrgicas da endometriose no intestino grosso(3)

A endometriose pode ser confundida com endometriose retal devido à história clínica e, em certos casos, a correlação dos sintomas com o ciclo menstrual pode mimetizar o câncer (7).

Dependendo da topografia do endométrio ectópico, pode assumir duas formas: endometriose interna ou adenomiose, na qual o endométrio ectópico está localizado no músculo uterino, e endometriose externa ou extrauterina, na qual outros componentes além do miométrio estão envolvidos. Esta é subdividida em estruturas intraperitoneais (bexiga, ureter, culdesac, ovários, ileojejuno, apêndice, retossigmóide) e estruturas extraperitoneais (umbigo, cicatrizes cirúrgicas, vagina, vulva, pulmões)(1,8–10).

A idade típica das pacientes com endometriose é de 25 a 30 anos, sendo também um achado comum em adolescentes com dor pélvica crônica e dispareunia, ocorrendo infertilidade em até 30% dos casos (4,5,10).

Muitos pacientes com endometriose intestinal apresentam um quadro de desconforto no abdome inferior, constipação e diarreia. Tenesmo, hábitos intestinais alternados com defecação dolorosa, hemorragia intestinal, sinais de obstrução intestinal parcial e dispareunia são alguns dos outros sintomas(7,8).

A endometriose deve ser suspeitada em qualquer mulher que se queixe de desconforto pélvico ou seja infértil. Um histórico médico detalhado pode revelar sintomas sugestivos de endometriose e pode ser fundamental para descartar outras causas.

Os achados patognomônicos no exame físico incluem nódulos endurecidos na região pélvica, juntamente com espessamento dos ligamentos uterossacos(2,7,8) .

Nódulos podem ser vistos no toque retal, mas diferenciá-los de neoplasias é um desafio, principalmente quando a mucosa está enfraquecida(7).

Se não houver melhora clínica, é necessário um procedimento cirúrgico que é recomendada para pessoas com menos de 40 anos que apresentam sintomas menores e desejam ter filhos, o procedimento pode implicar em uma ooforectomia parcial, bem como a excisão da lesão intestinal.

9 CONCLUSÃO

Neste caso clínico, os achados encontrados são compatíveis com a literatura estudada. A excisão local da lesão permitiu a identificação adequada do problema, evitando o potencial de malignidade e alívio local dos sintomas.

REFERÊNCIAS

- Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstetrics and gynecology*. março de 1986;67(3):335–8.
- Cousins FL, O DF, Gargett CE. Endometrial stem/progenitor cells and their role in the pathogenesis of endometriosis. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. julho de 2018;50:27–38.
- Candiani GB. The classification of endometriosis: historical evolution, critical review and present state of the art. *Acta Europaea fertilitatis*. 1986;17(2):85–92.
- Asghari S, Valizadeh A, Aghebati-Maleki L, Nouri M, Yousefi M. Endometriosis: Perspective, lights, and shadows of etiology. *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie*. outubro de 2018;106:163–74.
- Jerman LF, Hey-Cunningham AJ. The role of the lymphatic system in endometriosis: a comprehensive review of the literature. *Biology of reproduction*. março de 2015;92(3):64–64.
- Rokitansky C von. Ueber Uterusdrusen-neubildung in Uterus and Ovariul Sarcomen. *Z Gesellschaft Aerzte Wien*. 1860;16:577.
- Ozumba BC, Ojukwu JO, Anyaeze CM, Onuigbo WI. Endometriosis of the rectum. *British journal of obstetrics and gynaecology*. outubro de 1993;100(10):963–4.
- Hirsch M, Aggarwal S, Barker C, Davis CJ, Duffy JM. Googling endometriosis: a systematic review of information available on the Internet. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;216(5):451–8.
- ACOG Committee on Adolescent Health Care. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*. 2010;116(1):223–36.
- Koch J, Rowan K, Rombauts L, Yazdani A, Chapman M, Johnson N. Endometriosis and infertility—a consensus statement from ACCEPT (Australasian CREI Consensus Expert Panel on Trial evidence). *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012;52(6):513–22.