



Revista Portuguesa  
de

# í r u r g i a

II Série • N.º 17 • Junho 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

# Tratamento Cirúrgico Minimamente Invasivo de Endometriose Cólica: um diagnóstico pré-operatório difícil

## Sigmoid colon endometriosis treated laparoscopically: a difficult preoperative diagnosis

*Mariana Santos (M Santos)<sup>1</sup>, Rui Ferreira de Almeida (RF Almeida)<sup>2</sup>, Paulo Martins, (P Martins)<sup>2</sup>, Gil Gonçalves (G Gonçalves)<sup>3</sup>, Mário Nora (M Nora)<sup>4</sup>, Horácio Scigliano (H Scigliano)<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>Interna Complementar de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral; <sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral; <sup>3</sup>Chefe de Serviço de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral; <sup>4</sup>Director de Serviço de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral; <sup>5</sup>Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia Patológica

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga E.P.E

Este artigo é baseado em apresentação prévia sob a forma de poster, no XVIII Congresso Nacional de Coloproctologia, 2008, com o título: “**Endometriose Cólica: Um caso simulando neoplasia do cólon**”.

### RESUMO

Apesar de rara, a endometriose extra-pélvica em mulheres em idade fértil pode causar complicações clinicamente significativas. A prevalência exacta é desconhecida; os locais mais envolvidos são o cólon sigmóide, recto e septo rectovaginal. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil pela inexistência de sintomas patognomónicos e baixa taxa de identificação na colonoscopia e biopsias endoscópicas. É apresentado caso de doente do sexo feminino, 39 anos, com endometriose do cólon sigmóide, cujos exames auxiliares de diagnóstico mostravam estenose do cólon sigmóide sugestiva de neoplasia.

A doente foi submetida a sigmoidectomia por via laparoscópica. O exame anátomo-patológico da peça ressecada confirmou o diagnóstico de endometriose.

A endometriose cólica é um desafio diagnóstico e o estudo pré-operatório cuidadoso é necessário para um tratamento óptimo.

**Palavras-chave:** endometriose, estenose cólica, laparoscopia

### ABSTRACT

Although rare, extrapelvic endometriosis in women of childbearing age can cause clinically significant complications. The exact prevalence is unknown but the most commonly involved sites are the rectosigmoid and the rectovaginal septum. The preoperative diagnosis may be difficult, due to the lack of pathognomonic symptoms and the poor performance of colonoscopy and colonic biopsies.

We present a case of a 39-year-old woman with sigmoid endometriosis, in which the initial diagnostic workup showed the presence of sigmoid colon stenosis, suggesting colon cancer.

The patient was selected for sigmoidectomy performed by minimally invasive surgery. Pathologic analysis of the resected specimen confirmed the diagnosis of colonic endometriosis.

Colonic endometriosis is a diagnostic challenge and careful preoperative workup is necessary for optimal treatment.

**Keywords:** endometriosis, colon stenosis, laparoscopy



## INTRODUÇÃO

A endometriose é uma patologia benigna comum em mulheres em idade fértil. A endometriose extra-pélvica corresponde à presença de implantes de endometriose noutras localizações como o tracto gastrointestinal (15%-37%), sistemas urinário e pulmonar [1]. Os locais mais frequentemente envolvidos são o cólon sigmóide, recto e septo rectovaginal. A lesão pode ser superficial na serosa mas, em alguns casos, envolve a camada muscular intestinal. A mucosa não é, geralmente, afectada [2]. Por falta de sintomas patognomónicos, a anamnese pode ser enganosa e o diagnóstico pré-operatório é considerado difícil.

Neste artigo os autores apresentam o caso de um doente do sexo feminino com endometriose do cólon sigmóide em que o diagnóstico pré-operatório sugeria a presença de uma neoplasia do sigmóide e que foi submetida a sigmoidectomia laparoscópica.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 39 anos, observada na nossa consulta por queixas de obstipação crónica, diminuição do calibre das fezes e episódios de dor e distensão abdominal com cerca de 4 meses de evolução. Não havia história de perdas hemáticas nem de relação dos episódios de dor abdominal com o cataménio. Três meses antes, a doente tinha recorrido ao Serviço de Urgência por dor abdominal severa acompanhada de distensão abdominal, e foi orientada para o seu médico assistente.

A doente referia menarca aos 11 anos, e cataménios regulares, a cada 21 dias, com duração de 4-5 dias e sem menorragias. Era nulípara e sem história de abortos. Os restantes antecedentes pessoais não eram relevantes, assim como os antecedentes familiares, sem história de endometriose por parte da mãe e irmãs.

O exame físico não revelou alterações específicas. No exame ginecológico a vagina, útero e colo uterino eram aparentemente normais.

O estudo laboratorial era inespecífico (Hemoglo-

bina: 14.4 g/dL, Leucócitos 10500/ $\mu$ L, Neutrófilos: 68%, Linfócitos: 27%). Estudo da coagulação, electrolitos, estudos de função renal e hepática eram normais. Os marcadores tumorais (CA 125, CA 19.9 e CEA) tinham valores dentro da normalidade.

O clister opaco mostrou a presença de estenose irregular do cólon sigmóide, sugestiva de lesão tumoral (Figura 1).



Figura 1 – Clister Opaco: Estenose irregular ao nível do cólon sigmóide, sugestiva de lesão neoplásica (seta).

A Tomografia Computorizada abdómino-pélvica revelou área suspeita do cólon esquerdo com defeito de preenchimento de contraste luminal, sem outras alterações.

A endoscopia digestiva baixa revelou estenose do cólon sigmóide (a 50 cm da margem anal), cujo endoscópio não conseguiu ultrapassar. As biopsias endoscópicas mostraram alterações inflamatórias inespecíficas da mucosa cólica. A ecoendoscopia não foi realizada visto o endoscópio não ultrapassar a estenose.

Pela elevada suspeita de cancro do cólon, a doente foi submetida a nova endoscopia digestiva baixa e a área estenótica foi tatuada. As biopsias foram novamente negativas para alterações neoplásicas.

Como a estenose era severa e a hipótese de lesão tumoral não podia ser excluída, a doente foi proposta para sigmoidectomia por via laparoscópica com laqueação alta dos vasos mesentéricos inferiores. Foram colocados 4 trocars e realizada uma incisão de 4 cm no hipogastro para excisão da peça operatória. O pós-



-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao 6º dia pós-operatório.

O exame macroscópico da peça operatória revelou uma área estenótica de 1,5cm, causando obstrução luminal, com mucosa normal e parede fibrótica espessada (Figura 2).



Figura 2 – Exame macroscópico de peça operatória: Segmento de cólon apresentado na área sigmóideia com espessamento parietal irregular que condiciona estenose luminal (setas).

No exame histológico eram visíveis células musculares lisas e glândulas endometriais, com mucosa poupada, confirmando assim o diagnóstico de endometriose cólica.

## DISCUSSÃO

Histologicamente, endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Afecta mulheres pré-menopáusicas, principalmente se existir história familiar de endometriose [3]. O tracto gastrointestinal é o local mais comum de endometriose extra-pélvica, afectando 15%-37% das doentes com endometriose pélvica [1]. Nos casos de endometriose intestinal, o recto e cólon sigmóide são as áreas mais comumente envolvidas (75%-90%), seguido do septo recto-vaginal e do intestino delgado, geralmente íleon terminal e apêndice íleo-cecal [2].

O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil pois os sintomas como dor abdominal em cólica, distensão abdominal, alterações do trânsito intestinal e hematoquésias não são patognomónicos desta patologia. Cerca de 40% das doentes podem apresentar exacer-

bação destes sintomas durante o cataménio [1]. Quando o tecido endometrial penetra a *muscularis propria*, a hipertrofia e inflamação própria do ciclo menstrual pode causar, ciclicamente, fibrose da parede intestinal, com consequente estenose e obstrução. No entanto, a oclusão completa do lúmen intestinal só ocorre em menos de 1% dos casos. [4]

Os resultados analíticos, tal como os sintomas, não são específicos para permitir o diagnóstico diferencial de endometriose. Apesar dos valores de CA 125 poderem estar elevados nos casos de endometriose, esta elevação não tem significado diagnóstico [1]. O diagnóstico diferencial inclui lesão tumoral, doença inflamatória intestinal, colite isquémica ou infecciosa e doença diverticular [2,4]. A presença da tríade clássica de dismenorreia, dispareunia e infertilidade, típica do atingimento pélvico concomitante, pode levantar a suspeita de endometriose mas está frequentemente ausente [2].

Os exames imagiológicos e endoscópicos são essenciais no diagnóstico pré-operatório de endometriose intestinal. Apesar de existirem casos descritos de diagnóstico de endometriose por endoscopia, é mais comum o aspecto macroscópico inespecífico e as biopsias colhidas serem insuficientes para diagnóstico patológico definitivo visto a mucosa não ser, geralmente, afectada [2,4]. A Tomografia Computorizada abdómino-pélvica e o clister opaco geralmente demonstram estenose ou defeitos de preenchimento de contraste.

A ecoendoscopia é um exame muito útil no diagnóstico de endometriose intestinal e, quando combinada com biopsia por agulha fina, é referido como o único procedimento para correcto diagnóstico pré-operatório de endometriose intestinal [1]. No entanto, em casos de estenose severa este exame não pode ser realizado.

A Ressonância Magnética pode ser útil no diagnóstico de endometriose intestinal, com especificidade de 97.9% mas sensibilidade mais baixa, de 76.5% [2]. Recentemente, a TC “multislice” demonstrou resultados promissores mas é um exame que requer preparação intestinal e, portanto, não é apropriado em do-



entes com sintomas oclusivos [1]. Para muitos autores, o “gold-standard” para diagnóstico de endometriose continua a ser a abordagem cirúrgica, com consenso crescente para as técnicas minimamente invasivas [2,3].

As opções terapêuticas incluem cirurgia ou tratamento hormonal, dependendo da idade da doente, severidade dos sintomas, desejo de manter fertilidade e complicações [2]. A terapia hormonal com Danazol ou análogos da hormona de libertação da gonadotrofina (GnRH) pode ser apropriada para pacientes assintomáticos. Se estiverem presentes sintomas como dor, hemorragia, alteração do trânsito intestinal ou oclusão, o tratamento cirúrgico é mandatório [4]. Se a apresentação da doença levantar a suspeita de lesão tumoral, a excisão do segmento afectado é necessária para diagnóstico e tratamento definitivo. Apesar do risco de transformação maligna do tecido endometrial ser muito reduzido, é essencial distinguir este tipo de neoplasia de uma neoplasia primária intestinal, cujo tratamento é diferente [3,4].

Actualmente, a abordagem laparoscópica é preferida, tendo em conta que muitas pacientes estão em idade reprodutiva e a abordagem minimamente invasiva pode minimizar o risco de lesão dos órgãos reprodutores [3]. Em trabalhos mais recentes, a taxa de complicações major em ressecções colorectais por via

laparoscópica é de 10%-15%, na maioria dos casos fístulas rectovaginais em mulheres submetidas a ressecção colorectal e vaginal simultâneas [5].

O resultado da cirurgia é, geralmente, satisfatório, com regressão significativa dos sintomas intestinais e ginecológicos e consequente melhoria da qualidade de vida [5].

A recorrência de sintomas, a longo prazo, é pouco usual e, na ausência de atingimento de outros órgãos, não é necessário qualquer tratamento adicional [4].

No caso desta doente, apesar dos marcadores tumorais, colonoscopia e biopsias serem negativas, os sintomas intestinais associados a estenose severa do cólon sigmóide eram sugestivos de lesão neoplásica. Foi submetida a sigmoidectomia por via laparoscópica, de acordo com princípios oncológicos. O exame anátomo-patológico revelou endometriose cólica.

## CONCLUSÃO

A endometriose cólica constitui um desafio diagnóstico. Como o quadro clínico e resultados de exames radiológicos e endoscópicos mimetizam um vasto espectro de patologias, o estudo pré-operatório cuidadoso é necessário para a escolha do tratamento mais adequado.

## REFERÊNCIAS

1. YOSHIDA M, WATANABE Y, HORIUCHI A, YAMAMOTO Y, SUGISHITA H, KAWACHI K. Sigmoid colon endometriosis treated with laparoscopy-assisted sigmoidectomy: Significance of preoperative diagnosis. *World J Gastroenterol* 2007;13(40):5400-5402
2. DIMOULIOS P, KOUTROBAKIS IE, TZARDI M, ANTONIOU P, MATALLOTAKIS IM, KOUROUMALIS EA. A case of sigmoid endometriosis difficult to differentiate from colon cancer. *BMC Gastroenterol* 2003;3:18
3. BIANCHI A, PULIDO L, ESPÍN F ET AL. Endometriosis intestinal. Estado actual. *Cir Esp* 2007;81(4):170-176
4. DE CEGLIE A, BILARDI C, BIANCHI S ET AL. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008; 14(21):3430-3434
5. DUBERNAND G, PIKETTY M, ROUZIER R, HOURY S, BAZOT M, DARAI E. Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Human Reprod* 2006; 21(5): 1243-1247

### *Autor responsável pelos contactos:*

MARIANA BARROSO VARELA DOS SANTOS

Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga E.P.E – Unidade da Feira

Rua Dr. Cândido de Pinho, 4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal

Tel: +351 256 379 700

Fax: + 351 256 373 867

marianabvsantos@gmail.com

