

Ginecologia

ENDOMETRIOSE PODE SER DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM TUMORAÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL APÓS CESÁREA OU DERMOLIPECTOMIA ESTÉTICA?

Paciente do sexo feminino, 44 anos, com queixa de dor abdominal há dez dias, localizada em flanco e região infra-umbilical direita e com irradiação para a região lombar. Há sete dias notou piora da dor e abaulamento na região. Procurou o pronto-socorro onde se aventou a hipótese de tumor de parede abdominal, tendo recebido medicação sintomática. Após melhora parcial do quadro, realizou tomografia de parede abdominal que constatou espessamento nodular no músculo reto abdominal direito de limites imprecisos e correspondentes à região de dor. Na ressonância magnética do abdome observou-se em mesma topografia formação sólida de aproximadamente 7,8 x 3,2 x 1,9 cm no músculo reto direito associado com componente hemorrágico (Figura 1).

Após medicação, apresentou melhora parcial da dor, porém persistindo quadro algíco residual e abaulamento. Antecedentes: dor semelhante, mas não tão intensa que piorava na fase pré-menstrual; Parto prematuro – cesárea – há oito anos; Dermolipectomia estética – há três anos.

Devido ao quadro de dor residual e identificação de massa tumoral em topografia do músculo reto, foi realizada laparotomia com biópsia intra-operatória. Constatou-se o diagnóstico de endometrioma de parede abdominal. Realizou-se então a ressecção completa da massa tumoral e parte do músculo reto do abdome

Figura 1 - Aspecto da TC de abdome demonstrando espessamento nodular no músculo reto abdominal direito de limites imprecisos. Há a presença de massa tumoral com 7,8 x 3,2 x 1,9 cm intramuscular associado com componente hemorrágico



Figura 2 - A ressecção completa da massa tumoral e parte do músculo reto do abdome comprometido na região infraumbilical. Nota-se o afastamento da fásia aponeurótica do músculo reto



comprometido (correspondente à região infra-umbilical) (Figura 2). Devido à extensão da ressecção, foi realizada a reconstrução da parede abdominal com rotação de retalho de fásia aponeurótica dos músculos retos remanescentes e oblíquos. A paciente apresentou boa evolução com resolução completa da dor e do abaulamento. Segue em acompanhamento de rotina sem recidiva do processo e com boa estabilidade estática e dinâmica da parede abdominal.

Não infreqüente, os ginecologistas e cirurgiões plásticos se deparam com queixas algícas inespecíficas pós cirurgias ginecológicas, partos e correções estéticas da parede abdominal. Alguns casos podem apresentar intensidade leve ou mesmo períodos de melhora ou piora, fato este que dificulta a investigação diagnóstica e a valorização da sintomatologia pela equipe médica. Aderências cicatriciais, processos inflamatórios inespecíficos ou mesmo fios de sutura em planos profundos e reações do tipo " *corpo estranho*" podem ser aventados. Ademais, a maior intensidade do quadro clínico, a associação da dor com o período menstrual e a presença de massa tumoral podem sugerir a hipótese diagnóstica de endometriose de parede abdominal. Embora com incidência rara, a endometriose da parede do abdome é relatada na literatura como diagnóstico diferencial para as algias crônicas e cíclicas desta região. Alguns autores relatam incidência entre 0,03% e 0,4% após procedimentos cirúrgicos ginecológicos como histerectomias e cesareanas¹⁻². Picod et al.¹, em estudo recente, descreveram o quadro como endometriose parietal em experiência cirúrgica de 15 pacientes diagnosticados com a afecção. Com idade média de 32 anos, todas as pacientes apresentaram o antecedente de cesárea tipo *Pfannenstiel*. Segundo os autores, o tempo médio entre a cirurgia de cesárea e o aparecimento dos sintomas foi de cinco anos, todavia apenas 66% das pacientes apresentavam o quadro clássico de dor cíclica. Vale ressaltar que em apenas 26,6% das pacientes havia o antecedente de endometriose pélvica prévia. Na casuística, todas as pacientes foram tratadas cirurgicamente sendo que em 13,3% a lesão se localizava em situação pré-aponeurótica; 46,6% intra-muscular (músculo reto do abdome) e em 33% na fásia do músculo oblíquo externo e transversos. Todas as pacientes apresentaram boa evolução sem recidiva do quadro.

Por isso, cabe ao ginecologista e ao cirurgião plástico a correta e precisa investigação diagnóstica da algia crônica da parede abdominal. Na maioria dos casos de endometriose desta região, os sintomas podem não ser evidentes e a grande maioria das pacientes não apresentam antecedentes de endometriose. Estes achados são corroborados com a experiência de outros grupos que relatam a maior incidência de massa tumoral como quadro clínico principal sendo a dor cíclica menstrual pouco freqüente². A etiologia pode estar relacionada a implantes de células do endométrio após manipulação cirúrgica em procedimentos ginecológicos e plásticos¹⁻². No tratamento cirúrgico, vale enfatizar a possibilidade de comprometimento da fásia aponeurótica e dos músculos retos do abdome. Desta forma, torna-se importante o planejamento pré-operatório e a possibilidade de aplicação de técnicas de reconstrução de parede abdominal; daí, no nosso entender, ser prudente e imprescindível solicitar sempre a opinião do cirurgião plástico, principalmente nos casos onde há alta suspeita e maior comprometimento tecidual pelos métodos de imagem. A aplicação de técnicas habitualmente usadas em cirurgia reconstrutora pode favorecer o resultado final e evitar complicações inerentes à estabilidade da parede abdominal.

Assim, a endometriose parietal do abdome, embora rara, deve ser aventada nas situações de dor crônica e antecedente de cirurgia cesariana. É fundamental sua correta identificação e a abordagem cirúrgica deve ser considerada sempre dentro de uma assistência multidisciplinar; só desta forma será atingido o resultado adequado.

JOSÉ MENDES ALDRIGHI
ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ
CLAUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

Referências

1. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006;34(1):8-13.
2. Blanco RG, Parthivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185(6):596-8.