

# ENDOMETRIOSE DE SEPTO RETOVAGINAL:

## doença de diagnóstico e tratamento específicos

Maurício Simões ABRÃO<sup>1</sup>, Rosa Maria NEME<sup>1</sup> e Marcelo AVERBACH<sup>2</sup>

**RESUMO** – *Racional* – O envolvimento do septo retovaginal, reto e sigmóide pela endometriose pode causar sintomas intensos como dismenorréia, dor pélvica, dispareunia de profundidade, tenesmo e proctorragia cíclicos, em mulheres em idade reprodutiva. O diagnóstico pode ser suscitado diante da história clínica típica e exame ginecológico adequado, ou ainda através de exame retal, enema opaco ou colonoscopia, entre outros. As indicações cirúrgicas, em geral, estão relacionadas à intensidade dos sintomas e falha no tratamento conservador. No entanto, o tratamento de escolha, para este tipo de endometriose, é a ressecção cirúrgica do tecido acometido, a fim de aliviar os sintomas e evitar progressão da doença. A localização correta assim como a avaliação da presença de extensão do processo em direção ao reto, ligamentos uterossacros ou septo retovaginal é extremamente importante para se garantir um tratamento cirúrgico eficaz. *Objetivo* – Descrever os principais aspectos relacionados à endometriose de septo retovaginal e fornecer aos cirurgiões gerais algumas informações específicas sobre esta enigmática doença. *Conclusão* – A endometriose de septo retovaginal é doença freqüente, de diagnóstico e tratamento específicos.

**DESCRIPTORIOS** – Endometriose. Doenças retais. Doenças vaginais.

### INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina e afeta cerca de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva<sup>(16)</sup>.

Na década de 1990, o estudo da endometriose foi alvo de modificações estratégicas a partir de sua crescente prevalência e complexidade que envolve seu diagnóstico e tratamento. A partir da descrição em 1992 da classificação da endometriose conforme sua profundidade<sup>(11)</sup> e da classificação em doenças distintas localizadas em ovário, peritônio e septo retovaginal<sup>(14)</sup>, atenção específica tem sido dada aos aspectos diagnósticos e terapêuticos da moléstia envolvendo esses três sítios.

O acometimento do septo retovaginal representa o principal alvo de preocupações na atualidade com essa doença, uma vez que a intensidade dos sintomas e a dificuldade terapêutica são maiores com acometimento deste local. Tal fato motivou BROSENS e BROSENS<sup>(6)</sup> a sugerirem que a endometriose do septo retovaginal, assim como a doença que infiltra a bexiga ou até a própria adeniose uterina, possui características diferentes do acometimento do peritônio e ovário, sendo lesões menos freqüentes, mais profundas,

desenvolvem-se por metaplasia e não por implante, são em geral, mais sintomáticas, progressivas e menos responsivas à terapêutica hormonal.

O conhecimento médico sobre endometriose é sustentado principalmente pelos estudos clínicos, laboratoriais, incluindo os imunológicos e os obtidos pela videolaparoscopia. Vários estudos têm tentado encontrar critérios prognósticos para a abordagem da doença.

### ENDOMETRIOSE DE SEPTO RETOVAGINAL

A endometriose do septo retovaginal foi inicialmente relatada por SAMPSON<sup>(20)</sup>, no início do século, que descreveu um processo aderencial extenso no fundo de saco posterior, obliterando sua porção inferior e unindo a cérvix uterina ou porções inferiores do corpo uterino ao reto, com invasão de tecido endometrial no colo uterino e no reto.

Na década de 1980, KONINCKX et al.<sup>(11)</sup> iniciaram estudos relativos às características dessa forma de endometriose que se apresentava infiltrando o peritônio em direção ao septo retovaginal, observando que algumas lesões infiltravam mais profundamente no estroma subperitonal. Dessa forma, a endometriose profunda foi definida como a

<sup>1</sup>Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. <sup>2</sup>Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP. Endereço para correspondência: Dr. Maurício S. Abrão – Rua São Sebastião, 550 – 04720-060 – São Paulo, SP. E-mail: msabrao@attglobal.net

lesão que penetra mais que 5 mm, diferenciando-se das lesões superficiais por apresentarem comportamento agressivo, por não responderem aos mecanismos de defesa do fluido peritoneal. Três tipos de endometriose profunda foram então estabelecidos (Figura 1):

- tipo I: área pélvica de lesão típica ou atípica envolta por tecido cicatricial, na forma de cone, diagnosticando-se sua profundidade ao ser retirada cirurgicamente;
- tipo II: lesão formada por retração do reto envolvendo lesão típica;
- tipo III: nódulo endometriótico infiltrando o septo retovaginal.

O acometimento do espaço vesicouterino e o comprometimento intestinal, principalmente de cólon e sigmóide, pode ocorrer conjuntamente em 3% a 37% dos casos<sup>(22)</sup>.



**FIGURA 1** – Classificação da endometriose de septo retovaginal de acordo com a profundidade da lesão<sup>(11)</sup>

DONNEZ et al.<sup>(8)</sup> propuseram dois diferentes tipos de endometriose profunda. A primeira seria a endometriose profunda infiltrativa, causada por invasão de lesão peritoneal profunda ativa no espaço retroperitoneal. Em casos de invasão peritoneal lateral, os ligamentos uterossacros e a parede anterior do reto poderiam estar envolvidos, resultando em processo de retração, adesão e obliteração secundária do fundo de saco de Douglas. O segundo tipo seria decorrente de pseudo infiltração, também denominada adenomiose do septo retovaginal, onde as lesões seriam originadas do tecido do próprio septo retovaginal e consistiriam de musculatura lisa com epitélio glandular ativo ou estroma, sendo portanto, menos invasivas.

#### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico definitivo da doença é eminentemente cirúrgico. No entanto, algumas características clínicas, o próprio exame físico,

exames laboratoriais e evidências de exames de imagem podem sugerir o diagnóstico dessa forma de endometriose, indicando a abordagem e via cirúrgica de acesso.

Clinicamente, a paciente pode apresentar queixas como dismenorréia, em graus variáveis, dor pélvica acíclica, dispareunia de profundidade e alterações intestinais cíclicas como puxo, tenesmo, proctorragia e diarreia na menstruação, entre outros. O toque vaginal é extremamente útil para o diagnóstico, podendo revelar áreas de fibrose em graus variados ou lesões nodulares, geralmente próximas à inserção dos ligamentos uterossacros, sendo superior, inclusive, ao toque retal com esse objetivo. O exame ginecológico realizado durante o período perimenstrual auxilia no diagnóstico<sup>(13)</sup>.

Quanto aos exames laboratoriais, as dosagens de marcadores séricos nos primeiros dias do fluxo menstrual podem contribuir para a suspeita diagnóstica. Assim, a elevação do marcador sérico CA125 acima de 100 UI/mL e da proteína amiloide A em valores superiores a 50 µg/mL, podem sugerir o diagnóstico quando associados às queixas clínicas além de exame físico sugestivo de doença de septo retovaginal<sup>(1,3)</sup>.

Com relação aos exames de imagem, o ultra-som transvaginal ainda representa o exame com melhor relação custo-benefício nos casos de endometriose ovariana e de septo retovaginal. Nesta última, a presença de lesão hipocogênica localizada na região entre o reto e a vagina pode sugerir o diagnóstico. Quando realizado por profissional capacitado e preferencialmente no período perimenstrual, pode fornecer informações úteis para a condução terapêutica, tais como: dimensões da lesão, grau de comprometimento da parede do reto e se há concomitância de acometimento de outros sítios em vísceras ocas pélvicas, ou dos ligamentos uterossacros<sup>(12)</sup> (Figura 2).



**FIGURA 2** – Lesão por endometriose (L) acolada à parede anterior do retossigmóide

O enema opaco não apresenta grande acurácia, com sensibilidade de apenas 54%<sup>(21)</sup>. A retossigmoidoscopia ou a colonoscopia podem ser necessárias para investigação de acometimento da luz intestinal, porém apresentam sensibilidade estimada em 51%, devendo-se considerar que esses métodos só detectam lesões de septo nos casos mais avançados, em que há infiltração relativamente profunda da parede do reto.

A urografia excretora tem utilidade para avaliação dos ureteres e da bexiga, que podem estar acometidos dependendo da extensão da doença.

A ressonância magnética pode ser utilizada como método complementar ao ultra-som transvaginal, quando este foi normal e há forte suspeita clínica, ou quando há lesões extensas do septo e se quer avaliar também outros sítios, como assoalho pélvico, bexiga, ureteres ou planos musculares. No caso do trato urinário, podem ser realizados cortes seqüenciais específicos chamados de “urorressonância”, em que, principalmente diante da presença de hidronefrose,

há a visualização de todo o sistema coletor e bexiga numa mesma imagem, semelhante à obtida com a urografia excretora convencional.

A tomografia computadorizada só deve ser utilizada para avaliação de endometriose nos serviços que não dispõem de ressonância magnética, já que por esse método há maior dificuldade em distinguir e delimitar os órgãos pélvicos e as lesões. Como regra, fornece informações inferiores às obtidas num ultra-som transvaginal realizado por profissional experiente.

Mais recentemente temos realizado a ecoendoscopia retal previamente ao tratamento cirúrgico, inicialmente utilizada no estágio de casos de neoplasia retal, em casos suspeitos<sup>(5, 10, 19)</sup>. OHBA et al.<sup>(15)</sup> foram os primeiros a utilizar tal exame na avaliação de pacientes com doença de septo retovaginal, através de um transdutor linear, descrevendo imagens irregulares que associadas a sintomas clínicos, sugeriam a presença de endometriose. Além disso, permite identificar a distância entre a lesão e a luz retal, assim como compressões extrínsecas e lesões na submucosa do reto (Figuras 3A, 3B).

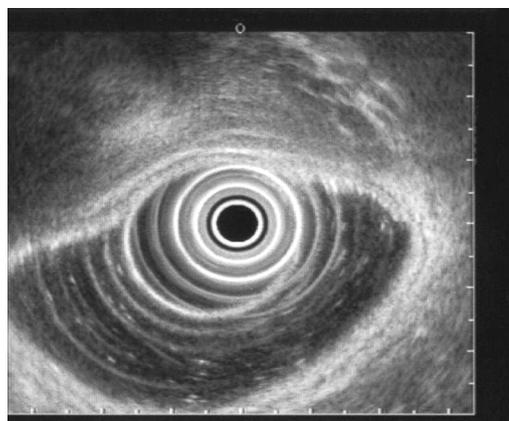
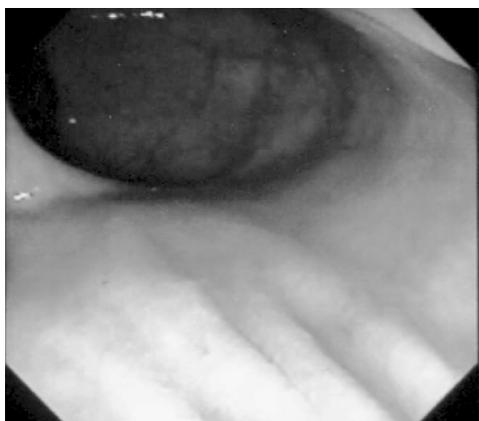


FIGURA 3A – Imagem em “favo de mel” sugestiva de endometriose de septorretovaginal à ecoendoscopia retal

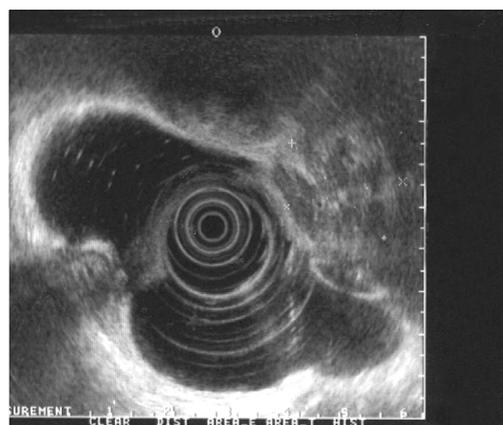


FIGURA 3B – Envolvimento de toda a espessura da parede retal por endometriose

## TRATAMENTO

O tratamento clínico na endometriose de septo retovaginal é ainda assunto controverso. FEDELE et al.<sup>(9)</sup> demonstraram melhora importante em relação à dor durante os 6 meses de tratamento com análogos de GnRH, porém com recorrência precoce após a suspensão do tratamento. Além disso, as lesões endometrióticas mostraram discreta, mas significativa redução, observada ao ultra-som transvaginal, no seu tamanho durante a terapia, mas retornaram a seu volume original após 6 meses de suspensão do tratamento com GnRH.

Desta forma, existe na literatura consenso de que o tratamento desta forma de endometriose é cirúrgico. A via de acesso pode ser por laparotomia ou laparoscopia, dependendo da experiência do cirurgião e da extensão e acometimento da doença<sup>(19)</sup>.

Sempre que houver a suspeita clínica de doença do septo retovaginal é indicado o preparo intestinal pré-operatório. Usualmente, utiliza-se solução de manitol a 10% na véspera da cirurgia, 150 mL a cada 15 minutos até que a evacuação seja sem resíduos. A antibioticoterapia é recomendada, iniciando-se durante indução anestésica e prolongando-se por 24 horas.

Melhor planejamento do procedimento cirúrgico é conseguido a partir de dados do ultra-som ou ecoendoscopia retal preditivos sobre o comprometimento da parede retal. A avaliação prévia da distância da lesão da mucosa retal é importante para a definição estratégica. Lesões muito próximas à luz podem requerer ressecções segmentares, enquanto lesões mais distantes podem ser tratadas pela nodulectomia. A correta decisão prévia pode minimizar os riscos do procedimento cirúrgico.

Para se determinar durante a cirurgia laparoscópica, se o acometimento do septo é parcial ou total, utilizou-se um probe retal e uma pinça com duas gazes dobradas inserida no fórnice vaginal posterior. Pacientes com fundo de saco normal apresentam uma porção de parede vaginal distinta do colo uterino e do reto e os ligamentos uterossacros são claramente individualizados. Nos casos com obliteração parcial ou total, o reto está aderido aos ligamentos uterossacros ou ao útero, respectivamente<sup>(4)</sup>.

Inicialmente, deve-se identificar e liberar adequadamente a parede anterior do reto, utilizando-se laser, eletrocirurgia ou tesoura. A seguir, liberam-se os ligamentos uterossacros e removem-se as lesões da parede vaginal posterior. Frequentemente é difícil distinguir as lesões de endometriose na junção cervicovaginal, sendo eventualmente necessário remover parte da parede vaginal posterior, que deve ser imediatamente reparada. Quando se identificam lesões nodulares infiltrando a parede anterior do reto, deve-se proceder à remoção das mesmas e um toque retal auxilia na percepção da profundidade das lesões. Quando ocorre a abertura da luz retal, deve-se realizar o fechamento imediatamente, utilizando-se sutura laparoscópica (intra

ou extracorpórea). A utilização de laser de CO<sub>2</sub> ou de Diodo pode determinar maior precisão na atuação cirúrgica<sup>(4)</sup>.

POSSOVER et al.<sup>(17)</sup> recomendam que, independente da via de acesso, são essenciais para bom resultado cirúrgico, a dissecação da artéria uterina e ureter bilateralmente, já que o tecido endometriótico pode infiltrar os tecidos subjacentes, e a palpação digital do tecido a ser ressecado a fim de selecionar um plano de dissecação adequado para completa remoção da área infiltrada.

Por ser doença profunda, as complicações tendem a ser mais frequentes. Numa série inicial de 100 casos, REICH et al.<sup>(18)</sup> relataram quatro casos de perfuração retal, todos tratados com sucesso por laparoscopia. KONINCKX e MARTIN<sup>(11)</sup> relataram secção de artéria uterina em duas pacientes, secção de ureter em uma e perfuração intestinal diagnosticada após a cirurgia em seis pacientes, em série de 225 submetidas a cirurgia de endometriose profunda. A lesão arterial foi resolvida com uso de clipe, a lesão ureteral foi suturada endoscopicamente e em dois dos seis casos de perfuração intestinal as lesões também foram suturadas por laparoscopia. Além disso, superfícies dissecadas da parede do reto e do fundo de saco de Douglas preferencialmente não devem ser novamente peritonizadas devido ao maior risco de formação de aderências neste local.

Ao final da cirurgia, os ureteres devem ser identificados em sua integridade e 120 mL de ar devem ser injetados no reto, visualizando-se pela laparoscopia a pelve com a introdução de ringer para identificação de eventuais bolhas que possam apontar para a presença de lesão retal. Outro teste pertinente é o realizado com a introdução de solução diluída com azul de metileno no reto e visualização laparoscópica. Até 10% dessas pacientes terão que ser submetidas a ressecções intestinais, sendo importante ressaltar que esses procedimentos não são complicações da abordagem cirúrgica e sim o tratamento apropriado para o caso. Fica, portanto, o aspecto principal no tratamento da endometriose de septo retovaginal que deve ser realizado por equipe com treinamento e experiência em técnicas avançadas de laparoscopia<sup>(4)</sup>.

## CONCLUSÃO

Inegavelmente a endometriose de septo retovaginal representa entidade preocupante, de diagnóstico complexo e tratamento específico. Sua incidência tem crescido, até por que o raciocínio sobre esta variedade de endometriose tem aumentado entre os especialistas.

NISOLLE e DONNEZ<sup>(14)</sup>, ao enfatizarem que as doenças peritoniais, ovarianas e de septo retovaginal são três entidades distintas, também salientaram que a endometriose de septo, ou adenomiose externa, tem gravidade maior. Além disso, apresenta sintomas mais exuberantes, principalmente relacionados à dor, com elevação mais pronunciada de marcadores como o CA 125 sérico e da proteína amilóide A<sup>(2)</sup>. Tal fato já havia sido estudado por KONINCKX e

MARTIN<sup>(11)</sup>, em 1992, quando descreveram os três tipos de endometriose infiltrativa.

Da mesma forma, CARVALHO e ABRÃO<sup>(7)</sup>, analisando a classificação histológica da endometriose, demonstraram de forma estatisticamente significativa, que há proporcionalmente menos doença indiferenciada na doença de peritônio quando comparada à moléstia ovariana e de septo retovaginal, reforçando tanto a idéia de existirem três entidades distintas, como a de que no peritônio o comportamento da endometriose seja diferente. Por outro lado, o fato de as localizações de pior prognóstico apresentarem mais endometriose indiferenciada corroboram a tese da utilidade da presente classificação.

De modo objetivo, o tratamento da endometriose infiltrativa é cirúrgico e a excisão das lesões deve ser guiada visualmente, preservando-se o tecido sadio ao redor do nódulo endometriótico, ressecando-se parte da parede do reto e do fundo de saco posterior, quando necessário, e dissecando-se cuidadosamente ureteres e artérias uterinas. Eventualmente acaba sendo necessário realizar ressecção segmentar do retossigmóide.

Assim, é importante que atenção especial seja dada a essa forma específica de comprometimento da endometriose, já que representa uma doença mais profunda, de maior gravidade clínica e cirúrgica e que requer cuidados multidisciplinares para sua resolução.

Abrão MS, Neme RM, Averbach M. Rectovaginal septum endometriosis: a disease with specific diagnosis and treatment. *Arq Gastroenterol* 2003;40(3):192-197.

**ABSTRACT – Background** – The involvement of the rectovaginal septum, of rectum and sigmoid by endometriosis leads to intense symptoms as dysmenorrhea, pelvic pain, deep dyspareunia, tenesmus and hematochezia in young and middle aged women during periods. The diagnosis can be made by typical history and vaginal examination, rectal examination, barium enema, proctoscopy and so on. The indications of operation include severe clinic symptoms and failed conservative therapy. The treatment of choice for this type of endometriosis is the surgical resection of affected tissue, in order to relieve patient symptoms, and avoid disease progression. The correct assessment as to the presence and extension of the endometriosis-affected sites such as the rectum, uterosacral ligaments and rectovaginal septum is extremely important to provide better results with the surgical treatment of endometriosis. **Aim** – To describe the main aspects related to rectovaginal septum endometriosis and offer the general surgeon some information about this enigmatic disease. **Conclusion** – Rectovaginal septum endometriosis is a frequent disease, with specific diagnosis and treatment.

**HEADINGS** – Endometriosis. Rectal diseases. Vaginal diseases.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrao MS, Podgaec S, Filho BM, Ramos LO, Pinotti JA, de Oliveira RM. The use of biochemical markers in the diagnosis of pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1997;12:2523-7.
2. Abrao MS, Podgaec S, Pinotti JA, de Oliveira RM. Tumor markers in endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;66:19-22.
3. Abrão MS, Podgaec S, Oliveira RM. Como utilizar a avaliação laboratorial no diagnóstico da endometriose. In: Abrão MS, editor. *Endometriose - uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 67-78.
4. Abrão MS, Podgaec S, Ribeiro S, Marques JA. Tratamento cirúrgico da endometriose: quando e como fazer. In: Abrão MS, editor. *Endometriose - uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 137-47.
5. Averbach M, Abrão MS, Corrêa P, Cutait D. Aplicação do ultra-som endoscópico de reto na avaliação de pacientes com endometriose pélvica. *Rev Bras Coloproctol* 2000;20 Supl 1:73.
6. Brosens IA, Brosens JJ. Redefining endometriosis: is deep endometriosis a progressive disease? *Hum Reprod* 2000;15:1-3.
7. Carvalho FM, Abrão MS. Histopatologia da endometriose: a importância da interação entre ginecologista e patologista. In: Abrão MS, editor. *Endometriose - uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 35-44.
8. Donnez J, Nisolle M, Casanas-Roux F, Bassil S, Anaf V. Rectovaginal septum, endometriosis or adenomyosis: laparoscopic management in a series of 231 patients. *Hum Reprod* 1995;10:630-5.
9. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Tozzi L, Raffaelli R. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for endometriosis of the rectovaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1462-7.
10. Gorell HA, Cyr DR, Wang KY, Greer BE. Rectosigmoid endometriosis. Diagnosis using endovaginal sonography. *J Ultrasound Med* 1989;8:459-61.
11. Koninckx PR, Martin DC. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Fertil Steril* 1992;58:924-8.
12. Koninckx PR, Poppe W, Deprest J. Carbon dioxide laser for laparoscopic enterocele repair. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;2:181-5.
13. Neme RM, Abrão MS. Fisiopatologia e quadro clínico da endometriose. In: Abrão MS, editor. *Endometriose – uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 55-65.
14. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril* 1997;68:585-96.
15. Ohba T, Mizutani H, Maeda T, Matsuura K, Okamura H. Evaluation of endometriosis in uterosacral ligaments by transrectal ultrasonography. *Hum Reprod* 1996;11:2014-7.
16. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993;328:1759-69.
17. Possover M, Diebolder H, Plaul K, Schneider A. Laparoscopically assisted vaginal resection of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol* 2000;96:304-7.
18. Reich H, McGlynn F, Salvat J. Laparoscopic treatment of cul-de-sac obliteration secondary to retrocervical deep fibrotic endometriosis. *J Reprod Med* 1991;36:516-22.

19. Roseau G, Dumontier I, Palazzo L, Chapron C, Dousset B, Chaussade S, Moreau JF, Dubuisson JB, Couturier D. Rectosigmoid endometriosis: endoscopic ultrasound features and clinical implications. *Endoscopy* 2000;32:525-30.
20. Sampson JA. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary: their importance and especially their relation to pelvic adenomas of the endometrial type. *Arch Surg* 1921;3:245.
21. Togashi K, Nishimura K, Kimura I, Tsuda Y, Yamashita K, Shibata T, Nakano Y, Konishi J, Konishi I, Mori T. Endometrial cysts: diagnosis with MR imaging. *Radiology* 1991;180:73-8.
22. Zwas FR, Lyon DT. Endometriosis. An important condition in clinical gastroenterology. *Dig Dis Sci* 1991;36:353-64.

Recebido em 19/8/2002.  
Aprovado em 27/11/2002.