

FABIA LIMA VILARINO¹

BIANCA BIANCO²

ANA CAROLINA MELO MARTINS³

DENISE MARIA CHRISTOFOLINI²

CAIO PARENTE BARBOSA⁴

Endometriose em cicatriz cirúrgica: uma série de 42 pacientes

Surgical scar endometriosis: a series of 42 patients

Artigo original

Palavras-chave

Endometriose/etiologia
Endometriose/diagnóstico
Endometriose/cirurgia
Cesárea
Cicatriz/etiologia
Complicações pós-operatórias
Parede abdominal

Keywords

Endometriosis/etiologia
Endometriosis/diagnosis
Endometriosis/surgery
Cesarean section
Cicatix/etiology
Postoperative complications
Abdominal wall

Resumo

OBJETIVO: avaliar a frequência e o quadro clínico de pacientes com endometriose incisional. **MÉTODOS:** estudo retrospectivo descritivo a partir da revisão de prontuários de pacientes submetidas à ressecção de nódulos em cicatriz cirúrgica na Faculdade de Medicina do ABC, no período de novembro de 1990 a setembro de 2003. A idade, a paridade, o número de cesáreas, os sintomas, a localização do tumor, o diagnóstico inicial, o tratamento e a recorrência foram relatados e analisados. Os resultados foram representados por porcentagem, média e desvio padrão. **RESULTADOS:** foram encontrados 42 pacientes com diagnóstico de endometriose em cicatriz. Dos 42 casos, 37 eram de endometriose em cicatriz de cesárea; 3 casos em episiotomia e 2 casos em ápice vesical aderido à histerorrafia. A média de idade das pacientes foi de 32,4 anos com desvio padrão de $\pm 6,2$ anos. Todas tinham como antecedente cirúrgico exclusivo o parto, e a queixa principal foi nodulação com dor perimenstrual em 40% dos casos. Em 57% das pacientes, a avaliação clínica foi complementada pelo exame de ultrassonografia pélvica ou transvaginal. As pacientes foram tratadas com ressecção completa do nódulo e a recidiva ocorreu em apenas dois casos. **CONCLUSÃO:** a endometriose em cicatriz cirúrgica é incomum; entretanto, tem diagnóstico inicial fácil se o quadro clínico for conhecido. O tratamento eficaz é cirúrgico.

Abstract

PURPOSE: to evaluate the frequency and clinical picture of patients with incisional endometriosis. **METHODS:** retrospective descriptive study performed from the medical records of patients that underwent nodules resection in the surgical scar at Faculdade de Medicina do ABC, from November 1990 to September 2003. The age, parity, number of cesarean sections, symptoms, tumor location, initial diagnosis, treatment, and recurrences were surveyed and analyzed. The results were reported as percentage, mean, and standard deviation. **RESULTS:** we found 42 patients that were diagnosed with scar endometriosis. From these 42 cases, 37 were of endometriosis on cesarean section scar; 3 cases of episiotomies and 2 cases on bladder in scar of hysterography. The mean age of the patients was 32.4 years old, standard deviation of ± 6.2 years. All of them had previous obstetric surgery, and the main complaint was nodulation with perimenstrual pain in 40% of the cases. In 57% of the patients, the clinical evaluation was confirmed by pelvic or transvaginal ultrasonography. Patients were treated with total resection, and recurrence occurred in only two cases. **CONCLUSION:** scar surgical endometriosis is uncommon; however, the clinical diagnosis is easy when the signs and symptoms are known. The effective treatment is surgical resection.

Correspondência:

Caio Parente Barbosa
Faculdade de Medicina do ABC
Avenida Príncipe de Gales, 821 – Prédio CEPES – 2º andar
CEP: 09060-650 – Santo André (SP), Brasil
Tel./Fax: (11) 4438-7299
E-mail: caiopb@uol.com.br

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Doutorado) da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil.

² Professoras Colaboradoras do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil.

³ Médica Ginecologista e Obstetra da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil.

⁴ Chefe do Centro de Reprodução Humana e Genética da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil.

Recebido

14/07/2010

Aceito com modificações

15/12/2010

Introdução

A endometriose é uma doença caracterizada pela presença de tecido endometrial com glândulas e estroma fora da cavidade uterina e localiza-se mais frequentemente na pelve, como, por exemplo, ovários, tubas, ligamentos uterinos, septo retovaginal e peritônio¹. Raramente, os implantes endometrióticos podem ser encontrados em locais mais distantes como no intestino, nos sacos herniários, na bexiga, nos rins, nos ureteres, na vulva, na vagina, no umbigo, nos pulmões e nas cicatrizes cirúrgicas¹.

Os implantes endometrióticos extrapélvicos podem surgir em tecido celular subcutâneo de cicatrizes cirúrgicas e nos tecidos adjacentes, em geral, após procedimentos ginecológicos e obstétricos com a manipulação do útero, como partos normais, cesáreas, histerectomias, gestações ectópicas e laqueaduras puerperais¹⁻⁴.

A endometriose em cicatriz cirúrgica tem incidência relatada entre 0,03 e 3,5%⁵⁻⁷, e sua etiopatogênica pode ser justificada pela combinação de duas teorias: disseminação linfática e metaplasia celômica^{7,8}. O endometrioma se manifesta, geralmente, como uma nodulação com localização próxima à cicatriz cirúrgica associada à dor agravada durante o período menstrual. O diagnóstico pode ser feito por meio da anamnese e do exame físico somente ou, em alguns casos, complementado pela ultrassonografia. O tratamento é sempre cirúrgico, com a confirmação do diagnóstico pelo exame anatomopatológico. O conhecimento do quadro clínico típico e de suas possíveis variações facilita a identificação da doença e a indicação do tratamento adequado.

Baseada na baixa incidência e nos poucos relatos da literatura, o presente estudo teve por objetivo identificar a incidência de endometriomas em cicatriz cirúrgica e correlacioná-la com as diferentes informações clínicas.

Métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo a partir da revisão dos prontuários de pacientes que foram submetidas à ressecção de nódulos em cicatriz cirúrgica, no serviço de ginecologia do Hospital Municipal de São Bernardo do Campo (HMU-SBC) da Faculdade de Medicina do ABC, de novembro de 1990 a setembro de 2003.

Os dados considerados foram: idade, paridade, número de cesáreas, antecedentes cirúrgicos, tempo da última cesárea ou da última cirurgia, tempo de aparecimento e as características dos sintomas, localização do implante, como foi feito o diagnóstico clínico e se houve recidiva após a exérese. Os dados encontrados foram descritos em números absolutos e incidência e comparados com outros estudos da literatura.

A idade das pacientes variou de 20 a 45 anos, com média de $32,4 \pm 6,2$ anos. Das 44 pacientes operadas com suspeita de endometriose de cicatriz, 42 foram incluídas porque o diagnóstico anatomopatológico ressecado cirurgicamente confirmou a suspeita. Houve a identificação de glândulas e estroma endometriais no tecido analisado. Duas foram excluídas, pois foram operadas por cirurgias gerais que suspeitaram de granuloma incisional e não enviaram o material para análise anatomopatológica.

A análise estatística foi realizada com uso de porcentagem, média aritmética e desvio padrão.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética Médica e Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC. Por se tratar de uma revisão de prontuários, dispensou-se o termo de consentimento livre e informado.

Resultados

Foram encontrados 42 casos de nódulos de endometriose extragenital, sendo 37 de endometriose em cicatriz de cesárea, 3 em episiotomia médio lateral direita e 2 em ápice vesical aderido à cicatriz de histerorrafia.

Quanto aos antecedentes cirúrgico-obstétricos, 92,9% pacientes haviam sido submetidas ao parto cesárea e 7,1%, ao parto vaginal. Quanto ao número de cesáreas, 51,2% das pacientes tinham apenas uma cesárea anterior; 35,9%, duas cesáreas; e 12,8%, três cesáreas. Nenhuma paciente tinha qualquer outro antecedente cirúrgico.

No período estudado, foram realizados 16.155 partos por via abdominal e 29.123, por via vaginal no HMU-SBC. Com esses dados foi possível inferir a incidência de 0,09% de endometriose incisional, 0,23% de endometriose em cicatriz de cesárea e 0,01% de endometriose em cicatriz de parto normal. As pacientes estudadas tiveram a resolução da gravidez no serviço.

O intervalo médio entre o parto e o aparecimento dos sintomas foi de $2,7 \pm 3,7$ anos, variou de seis meses a oito anos, e cerca de 59,5% em menos de quatro anos. Cinco pacientes referiram que o sintoma surgiu logo após a última cesárea.

Os sintomas principais foram: dor (37,5%), nodulação (17,5%) ou ambos (45%), os quais pioravam durante a menstruação. Apenas quatro pacientes (9,5%) não relacionaram o sintoma com o ciclo menstrual. Nos casos de endometrioma vesical, os sintomas eram de hematúria e dor em hipogastro no período menstrual.

Foram encontrados endometriomas nas cicatrizes de *Pfannenstiel* em 76,2% dos casos; na cicatriz longitudinal, em 11,9%; na episiotomia, em 7,2% e no peritônio visceral da bexiga fixo na histerorrafia, em 4,8%.

A análise da hipótese diagnóstica foi feita considerando-se os achados obtidos na anamnese e no exame físico, e foi

confirmada pelo resultado do exame anatomopatológico após a exérese do nódulo.

Em 24 casos (57%), o estudo ultrassonográfico da parede abdominal foi utilizado para auxiliar no planejamento cirúrgico, informando o tamanho e a profundidade da lesão; em 16 (38%), apenas o exame clínico foi suficiente e não houve necessidade de outra avaliação; nos casos de endometriose vesical, a ultrassonografia foi o único método para diagnóstico já que a clínica de hematúria era inespecífica.

Os 42 casos foram tratados com a ressecção completa do endometrioma e tiveram o diagnóstico confirmado histologicamente. Não foi realizado nenhum tratamento pré ou pós-cirúrgico.

Todas as pacientes operadas foram acompanhadas por no mínimo dois anos e houve recidiva em 4,7% (2/42). Em uma das pacientes, o nódulo apareceu seis meses depois da exérese e em outra, dois anos depois. Ambas as pacientes foram tratadas novamente com novo procedimento cirúrgico e não tiveram nova recidiva no seguimento de dois anos.

Discussão

A endometriose extrapélvica é rara e refere-se a implantes endometriais em locais não-convencionais como: trato urinário; gastrointestinal; pulmões e pleura; sistema musculoesquelético; sistema nervoso central; aparelho genital extraperitoneal como vagina, colo uterino e vulva; e parede abdominal^{1,8-11}. Os endometriomas em cicatriz cirúrgica ocorreram entre 0,03 e 3,5% dos casos operados¹, reforçando os achados do presente estudo, que encontrou uma frequência de 0,09%. Estudos relatam casos de endometriomas também em incisões de trocarer de laparoscopia^{12,13} após cirurgias tubárias⁸. Apesar do grande número de cirurgias laparoscópicas do nosso serviço, mais de 800 em 2003, nenhum caso foi observado.

Alguns autores questionam a técnica cirúrgica, sugerindo que o não-fechamento do peritônio visceral e parietal na cesariana poderia contribuir para o aumento do número de casos de endometriose incisional¹⁴.

Os casos de endometriose em episiotomia têm incidência ainda menor, relatada entre 0,01¹⁵ a 0,06%⁶. Acredita-se que ocorra por implantação de células deciduais da loquiação do parto normal na cicatriz¹⁶. Neste estudo, a incidência foi menor após o parto vaginal (0,01%) comparado à cesárea (0,23%).

A endometriose afeta mulheres em idade reprodutiva e mais frequentemente multíparas entre 25 e 35 anos⁷. No presente estudo, a média de idade foi de 32,4 anos em pacientes com histórico de cirurgia obstétrica anterior, resultado semelhante ao estudo¹⁰ que encontrou, em sua série de 40 pacientes, a média de idade de 32,3 anos.

No presente estudo, todos os casos tinham parto como único antecedente e nenhuma paciente apresentou endometrioma após histerectomia, apendicectomia ou laparoscopia como descrito na literatura^{3,4,6,8,10,12,17,18}.

A maioria das pacientes desenvolveu a lesão após a cesárea (92,8%), também em concordância com a literatura que relaciona os casos de endometriose em parede abdominal com antecedente de parto cesárea^{5,14,15,18,19}.

A paridade pode ser considerada como fator de proteção. Um estudo caso-controle, realizado em 2007⁵, não encontrou associação entre a endometriose em cicatriz e o número de partos anteriores. No presente estudo, 51,3% das pacientes tinham como antecedente somente um parto cesárea, dado semelhante à série de casos descrita por Leite et al., no qual 30,3% das pacientes eram multíparas¹⁵.

Um estudo retrospectivo¹⁹ de 81 casos relatou o aumento do risco de endometriose em cicatriz cirúrgica em pacientes submetidas ao parto cesárea eletivamente, ou seja, antes do trabalho de parto. Neste estudo, esse fator não pôde, no entanto, ser analisado.

O intervalo entre o procedimento e o aparecimento dos sintomas é variável, mas geralmente longo. Foi encontrado um intervalo inferior a quatro anos, o que coincide com outros estudos retrospectivos^{3,15,20,21}. Acredita-se que o diagnóstico seja retardado pela não-inclusão da endometriose como diagnóstico diferencial.

O diagnóstico é facilmente realizado clinicamente com a correlação dos principais sintomas de dor e tumoração, os quais pioram durante a menstruação em pacientes em idade fértil com antecedentes de procedimentos obstétricos com a hipótese diagnóstica de endometriose^{3,6,8,15,17,22}. Neste estudo a hipótese foi elaborada a partir do quadro clínico em 95% dos casos, em alguns deles o exame ultrassonográfico apenas complementou a hipótese, mas relata-se alto índice de erro do diagnóstico^{11,22,23}. Possíveis diagnósticos diferenciais como granuloma, hérnia incisional, hematoma, abscesso e lipomas são responsáveis por essa dificuldade. Nesta série de casos, 90,5% apresentaram sintomatologia típica, comprovando a hipótese de que o conhecimento do quadro diminui a chance de erro.

Exames complementares de imagem podem auxiliar no diagnóstico^{9,24}, porém, na maioria dos casos, a história clínica completa e o exame físico são suficientes. A ultrassonografia auxiliou no planejamento cirúrgico de 57% dos casos deste estudo, informando o tamanho e a profundidade da lesão.

A punção da lesão por agulha e a análise citológica podem ser importantes para o diagnóstico diferencial com abscesso, hematoma, lipoma, granuloma, sarcoma, tumor desmoide, linfoma e metástase¹⁷, mas, apresentam o risco de implantação de tecido endometriótico em outros tecidos ou da perfuração de órgãos se a lesão for uma hérnia encarcerada, por exemplo⁸.

O diagnóstico é definitivo somente após exérese e análise histopatológica com identificação de glândula e/ou estroma endometrial, mas, durante a cirurgia, a suspeita pode ser fortalecida pelo aspecto macroscópico de nódulo vinhoso ou azulado².

A terapêutica não-cirúrgica com análogos de GnRH, anti-inflamatórios não-hormonais, anticoncepcionais orais e progesterona causa alívio importante dos sintomas, porém não é considerada um tratamento definitivo^{3,8,13,17,25,26}.

O tratamento efetivo é a ressecção cirúrgica completa incluindo tecidos adjacentes^{3,4,9,16,17,21,22} e, em lesões muito extensas, é necessária a reconstrução da parede abdominal com auxílio de telas de polipropileno, por exemplo²⁷. Alguns autores indicam o tratamento complementar com medicações hormonais para reduzir a taxa de recidiva, porém a indicação não é unânime, já que a recorrência é incomum e ocorre provavelmente devido à ressecção incompleta do tumor^{4,8,17,26}. A transformação maligna é extremamente rara com poucos casos relatados^{28,29}.

A redução da incidência dessa complicação após cesárea pode ser obtida por meio de medidas, como a limpeza exaustiva da cavidade abdominal após a histerorrafia²⁶ e a não-utilização da mesma agulha usada na sutura do útero, em qualquer plano do fechamento da parede abdominal⁴, evitando com isso o transplante iatrogênico de células endometriais para a ferida operatória⁶. Estudos antigos recomendam a administração de altas doses de progesterona por seis meses pós-parto profilaticamente, reduzindo a chance de implantação e crescimento de tecido endometrial ectópico³⁰. Entretanto, não há estudos clínicos controlados que esclareçam a melhor forma de prevenção, mas há consenso de que os cuidados técnicos durante os procedimentos cirúrgicos são altamente recomendáveis.

Em conclusão, a endometriose em cicatriz cirúrgica é um evento incomum, que pode ser diagnosticado somente pela história clínica e exame físico se houver conhecimento do quadro clínico típico. O tratamento eficaz é a ressecção cirúrgica completa, que apresenta baixo índice de recidiva.

Referências

- Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24(2):411-40.
- Ryan KJ, Berkowitz R, Barbieri RL. Endometriosis. In: Kistner RW, Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, editors. *Kistner's gynecology: principles and practice.* 5th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1990. p. 320.
- Honoré GM. Extrapelvic endometriosis. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42(3):699-711.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet.* 1993;177(3):243-6.
- de Oliveira MA, de Leon AC, Freire EC, de Oliveira HC. Risk factors for abdominal scar endometriosis after obstetric hysterotomies: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(1):73-80.
- Nominato NS, Prates LFVS, Lavar I, Morais J, Maia L, Geber S. Endometriose de cicatriz cirúrgica: estudo retrospectivo de 72 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(8):423-7.
- Rani PR, Soundararaghavan S, Rajaram P. Endometriosis in abdominal scars – review of 27 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 1991;36(3):215-8.
- Liang CC, Liou B, Tsai CC, Chen TC, Soong YK. Scar endometriosis. *Int Surg.* 1998;83(1):69-71.
- Tobias-Machado M, Di Giuseppe R, Barbosa CP, Borrelli M, Wroclawski ER. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(1):37-40.
- Bektas H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, et al. Abdominal wall endometrioma: a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res.* 2010;164(1):e77-81.
- Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg.* 2000;190(4):404-7.
- Sizer AR, Bhal PS, Ladipo OA, Shaw RW. Laparoscopic port scar endometriosis: an unusual complication. *Gynaecol Endoscopy.* 2002;11(1):53-4.
- Bumpers HL, Buther KL, Best IM. Endometrioma of the abdominal wall. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):1709-10.
- Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. *J Reprod Med.* 2007;52(7):630-4.
- Leite GKC, Carvalho LFP, Korke H, Guazzelli TF, Kenj G, Viana AT. Scar endometrioma following obstetric surgical incisions: retrospective study on 33 cases and review of the literature. *São Paulo Med J.* 2009;127(5):270-7.
- Olmos Cortés A, Núñez Jáurequi P, Hernández L, De Gracia R. Endometriosis en cicatriz de episiotomia: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Panamá.* 1993;18(2):101-5.
- Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci.* 2002;47(2):456-61.
- Akbulut S, Sevinc MM, Bakir S, Cakabay B, Sezgin A. Scar endometriosis in the abdominal wall: a predictable condition for experienced surgeons. *Acta Chir Belg.* 2010;110(3):303-7.
- Wicherek L, Klimek M, Skret-Magierlo J, Czekierdowski A, Banas T, Popiela TJ, et al. The obstetrical history in patients with Pfannenstiel scar endometriomas—an analysis of 81 patients. *Gynecol Obstet Invest.* 2007;63(2):107-13.
- Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185(6):596-8.
- Chang Y, Tsai EM, Long CY, Chen YH, Kay N. Abdominal wall endometriomas. *J Reprod Med.* 2009;54(3):155-9.
- Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg.* 1996;62(12):1042-4.

23. Kocakusak A, Arpinar E, Arikan S, Demirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons. *Med Princ Pract.* 2005;14(6):434-7.
24. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186(3):616-20.
25. Winkler RE, Iraci JC, Cassell LS, Marino JM. Abdominal wall endometrioma following caesarean section. *S Afr J Surg.* 2002;40(1):17-8.
26. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg.* 2002;87(3):175-7.
27. Collins AM, Power KT, Gaughan B, Hill AD, Kneafsey B. Abdominal wall reconstruction for a large caesarean scar endometrioma. *Surgeon.* 2009;7(4):252-3.
28. Bats AS, Zafrani Y, Pautier P, Duvillard P, Morice P. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis to clear cell carcinoma: case report and review of the literature. *Fertil Steril.* 2008;90(4):1197.e13-66.
29. Omranipour R, Najafi M. Papillary serous carcinoma arising in abdominal wall endometriosis treated with neoadjuvant chemotherapy and surgery. *Fertil Steril.* 2010;93(4):1347.e17-8.
30. Liu DT. Hysterotomy and endometriosis. *Lancet.* 1973;1(7813):1179-80.