

ENDOMETRIOSE DO SEPTO RETO-VAGINAL

S.M.S, 29 anos, solteira, branca, técnica em microcomputadores.

Q.D. – Dor pélvica em cólica que se irradia para as costas e que piora no período menstrual há oito meses, juntamente com dor nas relações sexuais.

Exame Ginecológico – Mamas sem alterações.

Órgãos Genitais Externos – sem alterações.

Órgãos Genitais Internos – Nódulo palpável em 1/3 superior da vagina, doloroso. Útero em MV pouco móvel, anexos irreconhecíveis.

Especular – Presença de dois nódulos avermelhados de 0,5cm em 1/3 superior da vagina.

Exames Subsidiários:

Ultra-sonografia pélvica transvaginal – útero de tamanho normal, ovários normais.

Hemograma nl

Dosagem do CA 125 – 64 (nl até 30-33)

H.D. Endometriose profunda com invasão para 1/3 superior da vagina.

Indicada videolaparoscopia

Após incisão intra-umbelical e colocação de ótica de 10mm visualizou-se útero de tamanho normal, ovários de tamanho, forma e coloração normais.

Nota-se em fundo de saco de Douglas na região do septo reto-vaginal espessamento de peritônio entre os dois ligamentos útero-sacos.

Optou-se pela dissecação do referido espessamento e como a correspondência desta lesão era o nódulo intra-vaginal, procedeu-se à abertura da cúpula da vagina por via videolaparoscópica. Confirmou-se que os nódulos que se viam na vagina correspondiam ao espessamento da região do septo reto-vaginal. Assim sendo, decidiu-se pela retirada de toda lesão endometriótica. A vagina foi suturada através da via videolaparoscópica.

O exame anatomopatológico mostrou presença de glândulas endometriais de permeio à musculatura lisa confirmou tratar-se de endometriose do septo reto-vaginal, invadindo 1/3 superior da vagina.

A endometriose pode infiltrar e envolver várias estruturas pélvicas. Na sua forma profunda, invade a região do septo reto-vaginal podendo, como neste caso, infiltrar a vagina. Esta localização leva a paciente a dor e a dispareunia de profundidade. Como a localização deste tipo de endometriose é profunda, a dosagem do CA 125 tem especificidade alta (80-85%). A ultra-sonografia costuma não mostrar alterações importantes neste tipo de endometriose.

O tratamento é sempre cirúrgico, consiste na retirada de toda lesão endometriótica. Após a retirada cirúrgica, o tratamento continua com inibição da atividade hormonal através do uso de análogos de GnRH por 3 a 4 meses.

A paciente, após cirurgia videolaparoscópica complementada pelo uso de acetato de leuprolide por quatro meses, refere melhora do quadro clínico.

Como tratamento de manutenção para evitar recidivas, sugeriu-se o uso de contraceptivos orais de microdosagem.

FRANCESCO VISCOMI

JOSÉ MENDES ALDRIGHI

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – S.PAULO - SP