

OBSTRUÇÃO INTESTINAL CAUSADA POR ENDOMETRIOSE

Endometriosis as a cause of intestinal obstruction

Carlos **MAGNO-JUNIOR**, Carlos Augusto Marques **BATISTA**, Gerson França **LEITE**,
Joaquim Ferreira de **PAULA**, Monika P. **KIM**, André Luis Esteves **BATISTA**, Felipe Pimentel **MAGNO**

Trabalho realizado no Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, Valença, RJ, Brasil.

Correspondência:

Carlos Magno Junior, e-mail: loscarmagno@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 20/06/2010

Aceito para publicação: 17/02/2011

INTRODUÇÃO

Endometriose é a presença de tecido endometrial funcionando fora da cavidade uterina^{2,3,6,7,8,10,12,13}. É doença hormônio dependente que acomete mulheres no menarca^{1,3,4,6,7,9,10}. Os locais mais comuns são os intra-pélvicos tais como ovários, tubas, fundo de saco, ligamento útero sacro, peritônio pélvico^{2,6,7,8,12,13}. Pode também ocorrer em órgãos distantes como pulmão, pleura, fígado, trato gastrointestinal, sistema nervoso central, pele, musculatura estriada^{4,6,8}. No aparelho digestivo os locais mais acometidos em ordem decrescente são o reto, sigmóide, apêndice ileocecal, íleo terminal e ceco^{1,4,6,7,10,11,12,13}. O diagnóstico de endometriose pode ser difícil devido sua sintomatologia inespecífica. Quando localizada no intestino grosso a distinção com neoplasias malignas, processos inflamatórios e estenosantes deve ser sempre suspeitada^{6,8,9,10,11,13}.

O tratamento da endometriose intestinal pode ser cirúrgico ou hormonal, dependendo da idade, do desejo de manter a fertilidade, da severidade e complicações da doença^{4,6,7,11}.

RELATO DO CASO

Mulher de 40 anos, branca relatou que há dois meses apresentou quadro de distensão abdominal com parada de eliminação de gases e fezes. Há dois dias tevedor abdominal difusa, tipo cólica, associado à parada de eliminação de gases e fezes, hiporexia e vômitos. Relatou uso de anticoncepcional oral durante oito anos consecutivos, suspenso com a gravidez. Na última menstruação, nove dias antes do início dos sintomas, teve alteração da consistência das fezes que ficaram pastosas. Ao exame físico estava hipocorada

com abdome distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação profunda principalmente em baixo ventre, sem sinais de irritação peritoneal e ausculta abdominal com peristaltismo aumentado. Ao toque retal mostrou ausência de fezes, tumorações e sangramento no reto. Foi inicialmente tratada com jejum, sonda nasogástrica e vesical, reposição hidroeletrólítica, analgesia e observação de sinais vitais. Rotina radiológica mostrou ausência de pneumoperitônio com distensão de alças colônicas, níveis hidroaéreos e ausência de gás no reto. Tomografia abdominal e pélvica mostrou lesão expansiva em sigmóide com obstrução deste segmento de alça intestinal, distensão gasosa de alças cólicas até o ceco, sem distensão de alças ileais. Adicionalmente tinha lesão nodular envolvendo a parede anterior da bexiga medindo quatro centímetros (Figura 1). O útero estava aumentado com lesões nodulares sugestivas de leiomiomas e formação cística em anexo esquerdo.

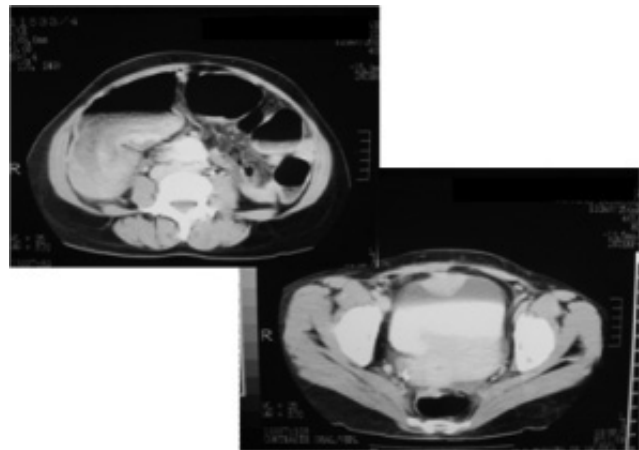


FIGURA 1 - Tomografia mostrando distensão de intestino grosso e nódulo perto da bexiga

Indicada laparotomia exploradora mediana, sendo encontrada distensão de todo o intestino grosso a montante de lesão estenosante no sigmóide, que apresentava um implante hemorrágico na serosa; intestino delgado não dilatado; lesão nodular de quatro centímetros na bexiga; útero miomatoso e cisto ovariano esquerdo. Devido ao achado macroscópico sugerir endometriose, foi realizado sigmoidectomia parcial pela técnica de Hartmann. Na abertura da

peça, evidenciou-se mucosa íntegra, sem presença de ulceração, espessamento da parede e diminuição do calibre da luz ao nível da lesão (Figura 2).



FIGURA 2 - Peça operatória aberta mostrando zona de estreitamento

A paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta no 3º dia de pós-operatório. O histopatológico da peça revelou endometriose e ausência de sinais de malignidade. Posteriormente foi submetida à histerectomia total com anexectomia bilateral e reconstituição do trânsito intestinal com sutura mecânica.

DISCUSSÃO

A endometriose é doença que atinge em torno de 3% a 20% das mulheres em idade fértil^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}. A idade média das pacientes diagnosticadas com endometriose varia de 25 a 30 anos de idade, sendo também achado comum entre adolescentes com dor pélvica crônica e dispareunia. Infertilidade ocorre em até 30% dos casos^{7,11}.

Na dependência da localização do tecido ectópico, a endometriose pode se apresentar sob duas formas: endometriose interna ou uterina, onde o foco ectópico encontra-se na musculatura uterina, também conhecida com adenomiose, e endometriose externa ou extra-uterina onde há o envolvimento de outras estruturas que não o miométrio^{3,6,7}.

O seu diagnóstico pode ser suspeitado a partir de quatro pontos cardinais: infertilidade, dismenorréia, dispareunia e problemas menstruais como menorragia e hipermenorréia^{3,6,7,8,13}. O envolvimento intestinal na endometriose ocorre de 3% a 37%. O reto e sigmóide são responsáveis por 73% dos casos e o septo reto-vaginal por 13%, seguido em ordem decrescente, pelo apêndice ileocecal, íleo terminal e ceco^{1,4,6,7,10,11,12,13}.

A endometriose intestinal geralmente cursa

assintomática. Quando sintomática os sintomas são dor abdominal ou pélvica, dor retal, diarreia, constipação, tenesmo, sangramento retal cíclico ou não e sintomas de obstrução intestinal. Os sintomas no geral são mais exuberantes durante o período menstrual^{1,3,5,6,7,8,10,11,12,13}.

A doença no intestino é caracterizada macroscopicamente por implantes limitados a serosa. Contudo estes implantes, em alguns casos, podem atingir a mucosa intestinal. Hemorragias repetidas nos endometriomas causam reação inflamatória intensa com fibrose secundária, podendo levar a aderências dos órgãos pélvicos ou até estenoses do segmento colorretal envolvido. Estas alterações podem resultar em sub-oclusão intestinal estando associada à dor abdominal e alteração do hábito intestinal^{6,10,11,13}.

O abdome agudo obstrutivo secundário à endometriose é complicação rara^{3,9}. O diagnóstico da forma intestinal é difícil de ser feito, principalmente no pré-operatório, e deve ser sempre suspeitado nas mulheres em idade fértil que apresentem distúrbios intestinais, principalmente quando há a presença de sinais ou sintomas ginecológicos associados^{3,5,7,8,9,12,13}. No presente caso a paciente apresentava quadro clínico de obstrução intestinal, sendo formuladas as hipóteses de obstrução de cólon por tumor, por aderências e por endometriose^{7,10}. Ela não apresentava metrorragia, dispareunia, ou dismenorréia. Os únicos aspectos relevantes na história da paciente, que poderiam levantar a hipótese de endometriose seriam, a cesareana, a alteração da consistência das fezes durante o período menstrual, e o fato de não ter engravidado usando apenas como método anticoncepcional o coito interrompido e preservativo^{3,6,8,11}.

Os exames complementares devem ser solicitados na tentativa de afastar doenças mais frequentes e que podem apresentar os mesmos sintomas. A ultrassonografia pélvica é considerada indispensável para estudar as lesões ovarianas e do fundo de saco^{6,7,11}. O enema baritado poderá auxiliar^{6,11,13}. A colonoscopia e/ou retossigmoidoscopia deverão ser realizadas na tentativa de visualizar a característica macroscópica da lesão e de retirar fragmentos para biópsias, porém há limitações já que a maioria dos pacientes apresentam mucosa intacta^{3,6,7,10,11}.

Vários autores afirmam que a laparoscopia é o "padrão ouro" para firmar o diagnóstico de endometriose, permitindo detectar e avaliar a extensão da doença^{3,6,7,13}. Recentemente o tratamento cirúrgico laparoscópico vem avançando estágios e provando ser factível e eficaz^{6,12,13}.

O tratamento da endometriose intestinal pode ser cirúrgico ou hormonal, dependendo da idade, do desejo de manter a fertilidade, da severidade e complicações da doença^{4,6,7}. A ooforectomia e o tratamento hormonal ficam indicados nas pacientes oligossintomáticas com endometriomas colorretais menos extensos^{6,7}. A paciente em questão foi avaliada pelo serviço de ginecologia, e submetida à ooforectomia bilateral e

histerectomia por apresentar útero miomatoso, no momento da reconstituição do trânsito intestinal.

REFERÊNCIAS

1. Abrão MS, Machado MAC, Campos FG, Gama AH, Pinotti HW. Endometriose de Reto: Relato de Caso. *Rev Hosp Clín Fac Med S. Paulo* 1994;49(4):173-176.
2. Camurça MF. Endometriose Perianal e Íleo Cecal: Registro de Casos. *Ceará Médico* 1981;3(3):43-45.
3. D'Acampora AJ, Felício F, Santos JM, Froner LG, Santos CM, Grudtner JH. Obstrução Intestinal por Endometriose do Sigmóide: Apresentação de Caso. *Arq Cat Med* 1985;14(4): 257-261.
4. De Anchorena, M; Heidenreich, A; Gori, J; Hülskamp, P; Maletti, G. Bowel Endometriosis. *Prensa méd.argent* 1999;86(8):746-754.
5. Fagundes DJ, Plapler H. Estenose de Retossigmóide e Endometriose: Apresentação de Caso. *Rev Col Bras Cir* 1993;22(3):151-153.
6. Garcia A, Spadoni Neto B, Garcia VCS, Arruda P, Garcia DL. Endometriose Colônica Simulando Câncer Colorretal: Relato de Dois Casos. *Rev Bras Coloproct* 2006;26(3):316-320.
7. Guerra GMLSR, Monteiro EP, Souza HFS, Fonseca MFM, Horta SHC, Formiga GJS. Endometriose de Reto: Relato de Caso. *Rev Bras Coloproct* 2004;24(4):354-357.
8. Hilgert HC, Sudbrack C, Zimmermann AC, Cruz JV. Endometriose de Reto: Relato de Caso e Revisão de Literatura. *R. Pesquisa Médica, Porto Alegre* 1989;23(1):32-35.
9. de Paula JF, Batista CAM, Leite GF, Osugue JY, Faria JGR, Pedrosa LCAS, Umeoka G, Sathler CGH. Endometriose de Retossigmóide Como Causa de Obstrução Intestinal. *Revista da Faculdade de Medicina de Valença* 1998;1:40-44.
10. Popoutchi P, Lemos CRR, Silva JCR, Nogueira AA, Feres O, da Rocha JJR. Postmenopausal Intestinal Obstructive Endometriosis: Case Report and Review of the Literature. *São Paulo Med J* 2008;126(3).
11. Ribeiro HSAA, Ribeiro PAAG, Rodrigues FC, Donadio N, Auge APF, Aoki T. Valor do enema de bário com duplo contraste o diagnóstico da endometriose do reto e sigmóide. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(8):400-405.
12. Seid VE, Imperiale AR, Araújo SE Campos. Videolaparoscopia no Diagnóstico e Tratamento da Obstrução Intestinal. *Rev Bras Coloproct* 2007;27(2):228-234.
13. Souza JVS, Carmel APW, Silvany AM. Tratamento Cirúrgico da Endometriose Intestinal: Seção Livre. *Rev Bras Coloproct* 1996;16(4):232-234.