

Manejo de endometrioma abdominal em Volta Redonda

Management of abdominal endometrioma in Volta Redonda

Guilherme Oliveira da Rocha

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
guilhermeodarocho@gmail.com

Ana Carolina Pinton

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
carolpinton2@gmail.com

Natalia Ramos de Amorim

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
nataliamorim24@hotmail.com

RESUMO

A endometriose se encontra entre as principais causas de dismenorrea secundária no Brasil, sendo ainda muito subdiagnosticada. Realizamos uma revisão da literatura publicada sobre endometriose e ilustramos com um relato de caso, elucidando de forma prática o manejo de uma paciente com endometrioma abdominal, desde o diagnóstico até a necessidade de cirurgia. Este trabalho está sob o escopo do "Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA", registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237. Muitos casos relacionados a endometrioma em parede abdominal, um dos possíveis tipos, geralmente envolve cirurgias prévias, associado ao processo de cicatrização. O quadro clínico da endometriose é de fundamental para reconhecimento e formulação diagnóstica. O tratamento pode ser individualizado para cada paciente dependendo dos sintomas e da gravidade da doença, buscando preservação da função ovariana quando necessário. Em alguns casos o tratamento pode acabar tendo para cirurgia, assim, como no caso apresentado.

Palavras-chave: Endometrioma, Endometriose e Dismenorréia.

ABSTRACT

Endometriosis is among the main causes of secondary dysmenorrhea in Brazil and is still very little diagnosed. We carry out a analysis of the published literature on endometriosis and illustrate it with a case report, clarifying in a practical way the management of a patient with abdominal endometrioma, from diagnosis to the need for surgery. This work is within the scope of the "Education at Work Project for Health at the University Center of Volta Redonda - PET-UniFOA", registered at CAAE under number 30457714.1.0000.5237. Many cases related to endometrioma in the abdominal wall, one of the possible types, usually involve previous surgeries, associated with the healing process. The clinical picture of endometriosis is fundamental for the recognition and formulation of the diagnosis. Treatment can be individualized for each patient depending on the symptoms and severity of the disease, seeking to preserve ovarian function when necessary. In some cases, the treatment may end up leading to surgery, as in the case presented here

Keywords: Endometrioma; Endometriosis; Dysmenorrhea.

1 CONTEXTO

Endometriose foi descrita pela primeira vez em 1960 por Rocktansky e define-se por implantação de tecido endometrial em localizações fora da cavidade uterina. Dentre elas, ovários, peritônio, vagina, colo e tubas do útero, entre a cicatrização dos tecidos, reto, trato urinário, fundo de saco retovaginal e, em casos mais raros, regiões abdominais. Afeta mulheres em menacme, por muitos autores é definida pela doença da mulher moderna, com a ida da mulher para o mercado de trabalho, a diminuição de fertilidade e o aumento de ciclos menstruais. (Silva *et al.*, 2022)

Nesse sentido, essa doença torna-se importante estatisticamente com o desenvolvimento social e por isso é mais prevalente em países mais desenvolvidos e cada vez mais prevalentes em países subdesenvolvidos como o Brasil. Cerca de 50% dos casos de infertilidade são atribuídos a Endometriose, que afeta cerca de 7% de toda a população feminina, índice que tende aumentar segundo Febrasgo (2021).

Nesse contexto, a endometriose também é uma das principais causas de dismenorréia secundária, queixa muito importante no pronto atendimento e ambulatórios da atenção primária de saúde no Brasil. Contudo, devido à dificuldade diagnóstica e de seguimento, muitos casos ainda são sub diagnosticados e outros são manejados com dificuldade até que se pense na necessidade de cirurgia. (Dardes; Moraes; Santos, 2011).

Por isso, com este relato de caso busca-se elucidar de forma prática o manejo de uma paciente com endometrioma abdominal, desde o diagnóstico até a necessidade de cirurgia. Uma vez que, por meio de um caso clínico a teoria torna-se mais palpável e o conteúdo torna-se mais didático, tanto para acadêmicos que queiram aprender, quanto para profissionais que queiram saber o estado da arte sobre como lidar com esse tipo de paciente.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

EVA, sexo feminino, 33 anos, deu entrada no Hospital São João Batista no dia 20/11/2022 para a realização de uma exérese de lesão eletiva devido ao diagnóstico de endometrioma de parede abdominal. A paciente relatou ter tido apenas uma gestação, com parto cesárea há 15 anos, sendo a cesárea o único procedimento cirúrgico já realizado, com data da última menstruação há 5 anos atrás, não sabendo informar o dia exato, em uso de microvlar como método contraceptivo e sem comorbidades. Teve o diagnóstico fechado de endometrioma de parede abdominal, possivelmente devido cesárea no ano de 2017. Relatou também desejo de engravidar futuramente.

No momento da admissão, apresentava ao exame físico RCR 2T, com bulhas normofonéticas; MVUA sem ruídos adventícios; abdome globoso, doloroso a palpação; MMII sem edemas com panturrilhas livres; FC 92 bpm; Sat O2 97%; PA 123 x 71 mmHg e dor leve com início a cerca de 7 dias.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Portava ECG e Raio X tórax datados de 27/05/2022 com resultados normais; exames laboratoriais realizados em 25/05/2022 com HB 15,2; HT 46; Leuco 6560; Plaquetas 294.000; INR 1,01; TTPA 33,9"; Tipagem sanguínea B+; Beta HCG negativo; VDRL NR e RNM abdome total realizado em 14/01/2021 mostrando pequeno hemangioma hepático, esteatose hepática, endometriose no septo reto-vaginal mantendo contato com a parede da vagina e do reto superior sem evidente envolvimento profundo, com discreto espessamento tecidual adjacente ao fórnix vaginal à esquerda, podendo apresentar, também, endo-

metriose; pequeno leiomioma uterino; nódulo endometriótico na parede abdominal da fossa ilíaca direita. Para a internação da paciente, foram solicitados novos exames laboratoriais.

4 DISCUSSÃO

Segundo Silva (2021) o desafio para condução de casos de endometriose envolve não só a dificuldade de técnica para diagnóstico, mas também impactos na saúde física, psicológica e econômica, já que envolve inúmeros custos para diagnóstico, tratamento e monitoramento.

São vários os esforços que envolveram descobrir o real mecanismo fisiopatológico da formação de endometriomas, mas apenas 5 teorias foram estabelecidas e aceitas como mais explicativas acerca do desenvolvimento da doença. Dentre elas, a teoria do sangramento retrógrado, a endócrino e imunológica, a metaplasia celômica, a genética e epigenética e a iatrogênica (Schenken *et al.*, 2022).

A teoria iatrogênica explicaria então casos de endometriomas que se desenvolveram após procedimentos cirúrgicos que seriam associados a manipulação de tecido endometrial, como uma cesariana. Essa teoria afirma que esses endometriomas são mais propensos a se formarem próximos as regiões de cicatrizes cirúrgicas em cirurgias do tipo mencionado (Schenken *et al.*, 2022).

O quadro clínico da endometriose é de fundamental importância, em relação ao conhecimento médico, para reconhecimento e formulação diagnóstica, uma vez que ainda o tempo de início dos sintomas até o diagnóstico ainda há em média um espaço de sete anos até o diagnóstico. Os seguintes sintomas são destaques: dismenorreia, dor pélvica crônica ou dor acíclica, dispareunia associada a penetração profunda, alterações intestinais cíclicas, alterações urinárias cíclicas e infertilidade (Schenken *et al.*, 2022).

Ao exame físico, em alguns casos, é possível reconhecer nódulos, rugosidades enegrecidas em fundo de saco posterior no exame especular, ao toque, pouca mobilidade uterina, nódulos dolorosos em fundo de saco posterior, anexos fixos e dolorosos e massas anexiais. Esses achados reforçariam ainda mais uma suspeita diagnóstica, porém é importante que se saiba que são achados pouco sensíveis para diagnósticos, ou seja, muitos casos positivos para endometriose apenas com exame físico (Silva, 2022).

Dessa maneira, mesmo que a elucidação clínica e o exame físico apontem para hipótese diagnóstica de endometriose, são necessários exames complementares que visualizem a presença de endometriomas e se possa ter o diagnóstico presumido. Nesse sentido, destacam-se o ultrassom pélvico e transvaginal e a ressonância magnética para detecção e estadiamento da endometriose. Além disso, a videolaparoscopia com biópsia, em desuso devido ao avanço dos métodos de imagem, porém padrão-ouro para confirmação diagnóstica, está reservada para casos, geralmente de lesões superficiais, refratários ao tratamento clínico, não detectados nos exames de imagem anteriores (Levy *et al.*, 2022).

Classicamente, a endometriose é classificada em peritoneal, ovariana e profunda (quando o tecido endometriode penetra mais de 5mm no peritônio ou órgãos pélvicos). Ademais, feito o diagnóstico cirúrgico, classifica-se então a endometriose, ou seja, o estadiamento dessa doença é cirúrgico. De acordo com a ASRM, os estágios são os seguintes: Estágio 1, não há aderências significativas e minimamente há implantes isolados; Estágio 2, endometriose leve, implantes superficiais com menos de 5cm tamanho, espalhados no peritônio e ovários, mas sem aderências significantes presentes; Estágio 3, endometriose moderada, múltiplos implantes endometrioides, superficiais e profundos com aderências peritubárias e periovarianas que podem ser evidentes; Estágio 4, endometriose grave, múltiplos implantes, superficiais e profundos, endometriomas ovarianos e aderências em filmes e densas, normalmente presentes (Alimi *et al.*, 2018).

No caso relatado a paciente foi diagnosticada com endometrioma por meio de uma ressonância magnética no início de 2021 e no momento da internação relatava dores abdominais há anos. O endometrioma pode ser visualizado tanto na ressonância, quanto na ultrassonografia, trata-se de uma massa anexial também chamada de “cisto de chocolate”, uni ou multilocular no ultrassom, descritas normalmente ecos internos de “vidro moído” (Levy *et al.*, 2022).

Para tratamento clínico, opta-se para pacientes com baixa sintomatologia, a qual não impede a realização de atividade diárias, sem evidências de um endometrioma, apenas com diagnóstico presumido, o uso de anticoncepcionais hormonais orais (ACHO). Preferencialmente, os combinados são oferecidos a pacientes sem contraindicações ao estrogênio, e escolhido os progestágenos para as que não possuem contraindicações aos progestágenos, mas que não podem usar os anticoncepcionais combinados. Para manejo da dor também se opta por anti-inflamatórios não hormonais (AINES), geralmente de baixa potência já seriam efetivos em casos mais leves, são opções para pacientes que desejam engravidar. (Schenken *et al.*, 2022).

Em casos suspeitos de endometrioma o tratamento pode acabar tendendo para cirurgia, se houver indicação já no início. Essas massas endometrioides menores de 5cm, quando assintomáticas podem implicar apenas em conduta expectante com ultrassonografias seriadas para monitoramento. Uma vez que terapias clínicas não são resolutivas para endometriomas, se houver sintomas e indícios de expansão ou crescimento, indica-se a laparoscopia para a remoção da massa ou do ovário dependendo da gravidade e desejo de engravidar da paciente, já que dependendo do procedimento cirúrgico pode haver diminuição da reserva ovariana (Thanasa, *et al.*, 2022).

Quando eleito a cirurgia como nesse caso, há dois tipos principais de procedimentos possíveis por laparoscopia, a cistectomia e a ooforectomia. Cistectomia, é remoção do endometrioma apenas, mas com preservação do ovário. Ooforectomia, é a remoção do ovário com o cisto ou endometrioma junto. As diretrizes recomendam quando eleito a cirurgia, a cistectomia, pois além de deixar o ovário intacto, afetando menos a função ovariana, oportunamente permite a ressecção de outros locais de endometriose (Levy *et al.*, 2022).

Opção escolhida para a abordagem do caso foi a cistectomia, a remoção por laparoscopia do endometrioma, uma vez que a paciente apresentava endometrioma em parede abdominal sintomáticos, que estavam já impedindo a realização de atividades diárias, a paciente ainda se encontrava em menacme e tinha desejos de fertilização no futuro. O procedimento foi bem-sucedido, a paciente teve alta no dia seguinte, não houve complicações ou óbito durante a cirurgia, pós cirurgia a paciente estava lúcida e orientada, assintomática, em bom estado geral. Entretanto, como não houve acompanhamento posterior do caso não foi possível relatar a melhora dos sintomas.

EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. Paciente nuligesta, 23 anos, com queixa de dismenorreia intensa no período menstrual. Relata que não tem interesse em gestar no momento e não faz uso de anticoncepcional hormonal. a paciente relata que já fez alguns exames que diagnosticou endometriose. Para esse caso, qual seria a melhor conduta:
 - a) Histerectomia;
 - b) Anticoncepcionais hormonal;
 - c) Realizar exames laboratoriais para confirmar o diagnostico;
 - d) Apenas orientações.

2. Paciente de 38 anos de idade, G3PC3A0, relata que há aproximadamente 1 ano vem apresentando “cólicas menstruais” intensas e progressivas, sem nenhuma outra alteração clínica. Ela já realizou USG que teve um resultado normal, também realizou teste terapêutico com doxiciclina por 14 dias, sem resposta. Com os dados acima, qual seria a provável hipótese diagnóstica para o caso?
- a) DIP crônica;
 - b) Tumor ovariano;
 - c) Litíase renal;
 - d) Endometriose
3. Paciente já previamente diagnosticada com Endometrioma de Parede abdominal, cite dois exames muito importantes para esse diagnóstico:

Respostas: 1, b; 2, d; 3, Ultrassonografia e Ressonância Magnética.

REFERÊNCIAS

ALIMI, Y. et al. The Clinical Anatomy of Endometriosis: A Review. **Cureus**, v. 10, n. 9, p. e3361, 25 set. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30510871/#:~:text=Clinical%20manifestations%20of%20endometriosis%20include%20dyspareunia%2C%20cyclic%20menstrual,initiated%20as%20soon%20as%20endometriosis%20is%20suspected%20clinically>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

BARBOSA, D. A. DE S.; OLIVEIRA, A. M. DE. ENDOMETRIOSE E SEU IMPACTO NA FERTILIDADE FEMININA. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO**, v. 1, n. 1, p. 43–56, 2015. Disponível em: <<https://unifan.edu.br/revistas/index.php/RevistaICS/article/view/116/0>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

DARDES, R. DE C. DE M.; MORAES, A. S.; SANTOS, M. B. Dismenorreia. **RBM rev. bras. med**, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620997#:~:text=A%20dismenorreia%20prim%C3%A1ria%20n%C3%A3o%20apresenta%20uma%20causa%20definida%2C,estilo%20de%20vida%20e%20emprego%20de%20tratamento%20medicamentoso>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose). Disponível em: <<https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Endometriose-2021.pdf#:~:text=Este%20protocolo%20foi%20elaborado%20pela%20Comiss%C3%A3o%20Nacional%20Especializada,Brasileira%20das%20Associa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Ginecologia%20e%20Obstetr%C3%ADcia%20%28FEBRASGO%29>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Levy, B. et al. Endometriosis: Management of ovarian endometriomas. Uptodate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-management-of-ovarian-endometriomas/print?search=endometrioma&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Schenken, R. et al. Endometriosis: Pathogenesis, epidemiology, and clinical impact. **Uptodate**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-pathogenesis-epidemiology-and-clinical-impact/print?search=endometriose&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Schenken, R. et al. Endometriosis: Treatment of pelvic pain. **Uptodate**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-pelvic-pain/print?search=endometriose&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 25 nov. 2022.

SILVA, J. C. R. E et al. Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. **Femina**, p. 134-141, 2021. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224073>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

THANASA, A. et al. Extrapelvic endometriosis located individually in the rectus abdominis muscle: a rare cause of chronic pelvic pain (a case report). **The Pan African Medical Journal**, v. 42, p. 242, 29 jul. 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9587746/#:~:text=Endometriosis%20of%20the%20rectus%20abdominis%20muscle%20is%20an,gynecologists%20and%20surgeons%3B%20thus%2C%20the%20diagnosis%20is%20histological>>. Acesso em: 25 nov. 2022.