

# A HISTEROSSALPINGOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA

HENRIQUETA COIMBRA, HELENA S. PEREIRA, F. CORTE REAL, M<sup>a</sup> GIL SAMPAIO,  
RUI LAGARTO, FRANCISCO FALCÃO, A. ALMEIDA SANTOS  
Serviço de Ginecologia. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra.

## RESUMO

A celioscopia é considerada o exame complementar de eleição no diagnóstico da endometriose pélvica externa. Este trabalho pretende avaliar a acuidade diagnóstica da histerossalpingografia (HSG) no diagnóstico da endometriose pélvica externa, em mulheres com algias pélvicas crónicas. Estudaram-se 30 doentes cujas histerossalpingografias foram lidas, independentemente, por três observadores. Os exames foram classificados como sendo sugestivos ou não de endometriose. A celioscopia permitiu o diagnóstico de 18 casos de endometriose, 11 dos quais ligeira segundo a classificação de Acosta. Considerando o diagnóstico concordante de pelo menos dois observadores, a sensibilidade foi de 55,5%, a especificidade de 75%, o valor preditivo positivo de 77% e o valor preditivo negativo de 53%. Se aos critérios imagiológicos adicionarmos a presença de alterações dos útero-sagrados ao exame ginecológico e/ou esterilidade, a especificidade atinge os 100%, embora com uma sensibilidade inferior a 40%. Conclui-se que em doentes com algias pélvicas crónicas a HSG apenas permite o diagnóstico de cerca de 1/3 dos casos de endometriose pélvica externa, não podendo excluir a existência desta patologia. A HSG pode no entanto ter interesse diagnóstico em doentes com alterações clínicas evidentes dos Uterosagrados.

## SUMMARY

### Histerosalpingography and Diagnosis of Pelvic Endometriosis

Endometriosis is a common cause of chronic pelvic pain. Laparoscopy is considered the gold standard for definitive diagnosis. This work aims to evaluate whether histerosalpingography (HSG), a cheaper and more accessible examination, is worth while as a diagnostic tool in this pathology. Thirty patients submitted to laparoscopy for chronic pelvic pain were retrospectively studied. Three different observers evaluated their histerosalpingographies. The imagiologic diagnoses were classified as suggestive or not suggestive of external pelvic endometriosis. With laparoscopy, 18 patients had endometriosis, 11 with mild lesions by Acosta classification. Compared to laparoscopy, HSG diagnosis, when made by at least two observers, revealed a sensitivity of 55,5%, a specificity of 75%, a positive predictive value of 77%, and a negative predictive value of 53%. In the presence of clinical pathologic uterosacral - US ligaments and/or sterility, the specificity of HSG may be 100%, but the sensitivity falls below the 40%. We concluded that in a population with chronic pelvic pain, HSG is not a first choice diagnostic tool. This examination only permits the identification of 1/3 of the patients with external endometriosis, being unable to exclude its presence. However, it may be useful in patients with infiltrative endometriosis of the US ligaments.

## INTRODUÇÃO

A endometriose (End) é um achado celioscópico frequente, estimando-se uma prevalência de 1 a 20%<sup>1-3</sup> na população geral em idade fértil. As alterações encontradas, são, na sua maioria, mínimas a moderadas, de aparecimento cíclico, e não evolutivas, sendo por isso consideradas fisiológicas por muitos autores<sup>4,5</sup>. No grupo de mulheres com esterilidade e com algias pélvicas crônicas, a prevalência da endometriose chega a ultrapassar os 60%<sup>6</sup>, e exige, frequentemente, uma atitude terapêutica.

Infelizmente, o tratamento desta controversa entidade clínica permanece insatisfatório, quer para o médico, quer para a paciente, e de altos custos sociais. Os resultados são variáveis e transitórios, a terapêutica médica é inevitavelmente acompanhada de efeitos secundários significativos, e as cirurgias, iterativas, terminam muitas vezes em menopausa cirúrgica precoce.

Impõem-se por isso um diagnóstico de certeza. O diagnóstico clínico é confirmado por laparoscopia em apenas cerca de metade dos casos<sup>7</sup>. A celioscopia, embora onerosa, passou por isso a ser considerada o método de diagnóstico padrão por permitir a confirmação visual e histológica das lesões de endometriose.

A histerossalpingografia (HSG), exame de fácil execução e ao alcance de qualquer ginecologista, permite, pela identificação de sinais indirectos, o diagnóstico das anomalias anatómicas criadas pelos processos aderenciais e infiltrativos característicos desta patologia<sup>8</sup>.

Este trabalho, retrospectivo, pretende avaliar a acuidade diagnóstica da HSG na identificação da endometriose pélvica externa, em mulheres submetidas a celioscopia diagnóstica por algias pélvicas crônicas.

## MATERIAL E MÉTODOS

Selecionaram-se os relatórios das celioscopias diagnósticas realizadas entre 1992 e 1995, com a indicação de algias pélvicas crônicas. Deste grupo, estudaram-se os processos de 30 doentes, por só estes possuírem HSG disponíveis para reapreciação e consideradas como correctamente executadas.

Os dados clínicos foram colhidos dos processos das pacientes. A classificação adoptada para a endometriose foi a de Acosta, que se aplicou aos relatórios das celioscopias. O diagnóstico celioscópico apoiou-se apenas nos aspectos macroscópicos das lesões, sem confirmação histológica, atitude adoptada por vários autores<sup>9,10</sup>.

As HSG foram lidas independentemente por três especialistas, sem conhecimento do diagnóstico celioscópico, e classificadas como sendo ou não sugestivas de

endometriose.

Registaram-se os sinais imagiológicos considerados como sugestivos de endometriose externa pelos observadores.

## RESULTADOS

A população estudada, apresentava uma média de idade de 34,5 anos, com uma média de gestações e de paridade de, respectivamente, 1,8 e 1,2.

A clínica destas mulheres caracterizava-se por dismenorrea, dispareunia e algias pélvicas não catameniais, tendo 19 doentes os três sintomas. Em 14 doentes os úteros agrados (US) estavam descritos como tensos e dolorosos, e destes, num caso havia um nódulo palpável. oito doentes tinham antecedentes de esterilidade, sete primárias e uma secundária, de etiologia não esclarecida. Das 30 doentes, 25 tinham três ou mais critérios clínicos (englobando sintomas, US, e esterilidade).

A celioscopia permitiu o diagnóstico de endometriose em 18 doentes, o que corresponde a uma prevalência de 60% de endometriose nesta população. Segundo a classificação de Acosta, 11 tinham endometriose ligeira, uma endometriose moderada, e quatro endometriose grave. Duas situações foram classificadas como endometriose infiltrativa, tendo em conta a descrição de US tensos e dolorosos ao exame ginecológico, a descrição celioscópica de US fibrosados e retraídos e a resposta favorável à terapêutica. Das quatro doentes com endometriose grave, três tinham esterilidade. Como patologia associada, três doentes apresentavam varicocele pélvico e uma hidátides de Morgagni.

Nas 12 restantes doentes, a celioscopia diagnosticou quatro processos aderenciais, em doentes com antecedentes de doença inflamatória pélvica e/ou apendicopatias; três varicoceles pélvicos; um mioma pediculado de 3 cm; um mioma subseroso de 1 cm associado a aderências e ausência de alterações em três doentes.

Todas as histerossalpingografias foram lidas, independentemente, por três especialistas que as classificaram como sendo ou não sugestivas de endometriose. Nas 30 doentes, os diagnósticos histerossalpingográficos foram concordantes entre três observadores em 20 doentes, oito classificadas como sugestivas, e doze como não sugestivas. Sempre que consideradas como sugestivas, foi identificado pelo menos um dos seguintes sinais imagiológicos: útero em parassol, baioneta e repuxamento posterior do istmo. Outros sinais, como fossa ovárica aumentada e anomalias tubares, foram referidos ocasionalmente.

No quadro I podemos verificar a correlação entre HSG

Quadro I - Correlação entre o diagnóstico imagiológico e o celioscópico

HSG Sugestiva de Endometriose	Diagnóstico End.	Celioscópico Sem End.
Para 3 observadores n=8	8	0
Por ≥ 2 observadores n = 13	10	3

End. - Endometriose

e celioscopia, considerando os diagnósticos histerossalpingográficos concordantes entre três observadores, por pelo menos dois observadores e os efectuados por pelo menos um observador. Das oito doentes com histerossalpingografias consideradas como sugestivas por três observadores, seis tinham alterações dos US, quatro eram doentes com endometriose grave, duas com endometriose ligeira e as duas restantes correspondiam às doentes com endometriose infiltrativa.

Como se pode verificar no quadro II, quanto maior a concordância entre os observadores, o que corresponde a sinais imagiológicos mais característicos e evidentes, maior a especificidade (Esp) e valor preditivo positivo (VPP), com valores respectivamente de 75% e 77% para HSG consideradas como sugestivas por dois ou mais observadores, e mesmo de 100% quando da concordância entre três observadores. A sensibilidade (Senb) é no entanto baixa, ficando por diagnosticar mais de metade dos casos.

A correlação entre a clínica e o diagnóstico celioscópico

Quadro II - Valor diagnóstico da histerossalpingografia

HSG Sugestiva de	Sensib.	Esp.	VPP	VPN
Para 3 observadores	44,4%	100%	100%	54,5%
Por ≥ 2 observadores	55,5%	75%	77%	53%
Por ≥ 1 observador	66,7%	50%	66,7%	50%

Sensib. - Sensibilidade; Esp. - Especificidade; VPP - Valor Preditivo Positivo; VPN - Valor Preditivo Negativo

co está descrita no quadro III. Considerando a presença de três ou mais critérios clínicos, verifica-se que a população é bastante homogénea, não existindo diferença significativa entre doentes com e sem endometriose. Já considerando individualmente a presença de alterações dos US e a esterilidade, verifica-se uma nítida predominância nas doentes com endometriose. A escassez da amostra impede no entanto conclusões definitivas. Das oito doentes com esterilidade, cinco tinham alterações dos US.

Tentámos então avaliar até que ponto a presença de

Quadro III - Correlação entre a clínica e o diagnóstico celioscópico

Celioscopia	≥ 3 critérios clínicos	Alterações dos Us	Esterilidade
Endometriose n = 18	15	11	8
Sem Endometriose n = 12	10	3	0
<b>TOTAIS</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

US - Útero-sagrados

alterações dos US e de esterilidade melhorava a acuidade diagnóstica da HSG. De tacto, como se pode observar no quadro IV, a especificidade aumenta, desaparecendo os falsos positivos, mas mais uma vez a sensibilidade baixa, escapando mais de 50% das doentes ao diagnóstico. Não se considerou o diagnóstico histerossalpingográfico efectuado por um observador dado que nos grupos das doentes com alterações dos US e esterilidade houve sempre concordância entre pelo menos dois observadores.

Quadro IV - Valor diagnóstico da histerossalpingografia

	HSG Sugestivas por ≥ 2 observadores		
	Isolada	Associada a alterações dos US	Associada a esterilidade
Sensib.	55%	39%	33%
Esp.	75%	100%	100%
VPP	77%	100%	100%
VPN	53%	52%	50%

## DISCUSSÃO

Na investigação das algias pélvicas crónicas, a celioscopia é reservada para as situações que permanecem de etiologia desconhecida ou duvidosa após uma vasta séria de exames complementares, incluindo a obrigatória ecografia ginecológica. Estas doentes têm, frequentemente, o diagnóstico de presunção de endometriose com base em critérios clínicos, o que se vem a confirmar em mais de 113 dos casos.

Na nossa população a prevalência da endometriose foi de 60%. Trata-se de uma população seleccionada, de diagnóstico difícil, tendo as doentes com suspeita ecográfica de endometriomas sido propostas directamente para celiocirurgia ou cirurgia. É também provável que algumas doentes com clínica e HSG muito sugestivas de endometriose não tenham sido propostas para celioscopia diagnóstica, o que contribui para a selecção da população. Não é portanto de estranhar que das 18 doentes com endometriose, 11 tivessem lesões ligeiras

segundo a classificação de Acosta. É também conhecida a baixa correlação entre a gravidade das lesões à avaliação celioscópica e a intensidade dos sintomas referidos pelas doentes<sup>6,11</sup>. De facto, o diagnóstico celioscópico não é isento de erros, dada a dificuldade na identificação dos múltiplos aspectos macroscópicos das lesões e na avaliação da sua profundidade<sup>6,12-14</sup>. De acordo com diversos autores são precisamente as lesões atípicas e as profundas que melhor se correlacionam com a existência de dor e sua intensidade<sup>6,15,16</sup>.

As imagens histerossalpingográficas classicamente descritas como associadas à existência de endometriose externa<sup>8</sup> estão relacionadas com endometriose evolutiva grave, compreendendo processos inflamatórios e aderenciais nas localizações peritoneais, ou lesões infiltrativas dos tecidos de suporte pélvicos. Estas últimas dão, frequentemente, quadros celioscópicos inocentes. É portanto possível que a histerossalpingografia diagnostique formas de endometriose não completamente sobreponíveis à da celioscopia, como a endometriose infiltrativa, e que possa evidenciar lesões profundas no grupo da endometriose ligeira, justificando a exuberância da clínica. A sua demonstração seria no entanto difícil e sai fora do âmbito deste trabalho.

Aceitámos, como a maioria dos autores, a celioscopia como método padrão para o diagnóstico da endometriose pélvica externa. Assim, verificámos que na nossa população, a presença evidente de pelo menos uma das seguintes imagens histerossalpingográficas: útero em parassol, baloneta ou repuxamento posterior do istmo, permite o diagnóstico de mais de 113 das doentes. Se aos sinais imagiológicos adicionarmos a presença de alterações dos útero-sagrados, a especificidade atinge os 100%. A esterilidade de etiologia desconhecida aumenta também a especificidade e valor preditivo positivo da HSG, mas estas doentes acabam sempre por ser submetidas a HSG e celioscopia diagnóstica. Dada a baixa sensibilidade, a HSG não pode, no entanto, excluir o diagnóstico.

## CONCLUSÃO

Podemos concluir, que na investigação de algias pélvicas crónicas em doentes seleccionadas, com ecografia negativa e grande probabilidade de existência de endometriose pouco exuberante, a histerossalpingografia não é um exame de primeira linha, permitindo menos de metade dos diagnósticos de endometriose. Se no decurso da investigação de algias pélvicas crónicas se impuser a realização de uma celioscopia diagnóstica, por suspeita clínica de endometriose, não há vantagens em fazer previamente uma HSG. No entanto, em doentes com

alterações muito sugestivas dos US ao exame ginecológico, a HSG tem uma alta especificidade, podendo revelar-se útil e permitir uma terapêutica específica em doentes não interessadas em se submeter a uma celioscopia diagnóstica e sem outra indicação para o fazer. É igualmente útil em doentes com grande suspeita clínica de endometriose infiltrativa dos US e que tendo sido submetidas a celioscopia esta revelou ausência de lesões ou lesões mínimas. Dado o seu baixo VPN a HSG não pode, no entanto, excluir o diagnóstico.

Não nos podemos ainda esquecer de que a HSG é o melhor método para evidenciar a endometriose interna, uterina e tubar, frequentemente associada a dismenorrea, alterações do fluxo catamenial e esterilidade.

## BIBLIOGRAFIA

1. BARBIERI RL: Etiology and epidemiology of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 565-567
2. WEST CP: Endometriosis. *Br Med J* 1990; 301: 189-190
3. HANEY A: The pathogenesis and aetiology of endometriosis. In Thomas E. J. and Rock J. A. (eds), *Modern Approches to Endometriosis*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1991; pp. 3-19.
4. VERCELLINI P, BOCCIOLONE L, CROSIGNANI PG: Is mild endometriosis always a disease?. *Human Reproduction* 1992; 5: 627-629
5. KONINCKX PR: Is mild endometriosis a disease? Is mild endometriosis a condition occurring intermittently in all women?. *Human Reproduction* 1994; 12: 2202-2211
6. KONINCKX PR, MEULEMAN C, DEMEYERE S, LESAFFRE E, CORNILLIE F: Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, where as deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55: 759-765
7. MARTIN DC, HUBERT GD, VANDERZAAG R et al: Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril* 1989; 51: 63
8. MUSSET IL, NETEER A, POITOUT P, PLOUX J, SANTOS AA.: Atlas de Histerossalpingografia, Fundação Calouste Gulbenkian 1984; pp. 91-92
9. GOLDS'IEIN DP, DECHOINOKY C, EMANS SJ et al: Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. *J Reprod Med* 1980; 24: 251
10. CHATMAN DL, ZBELLA EA.: Biopsy in laparoscopically diagnosed endometriosis. *J Reprod Med* 1987; 32: 855
11. FEDELE L, PARAZZINI F, BIANCHI S, ARCAINI L, CANDIANI GB: Stage and localization of pelvic endometriosis and pain. *Fertil Steril* 1990; 53:155-58
12. CORNILLIE FI, BROSENS IA, VASQUEZ O, RIPHAGEN I: Histologic and ultra-structural changes in human endometriotic implants treated with antiprogesterone stemid ethinorgestronone (Gestrinone) during 2 months. *Int J Gynecol Pathol* 1986; 5: 95-109
13. DONNEZ J, NISSOLE M, CASANAS-ROUX F: Three-dimensional architectures of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril* 1992; 57: 980-83
14. CORNILLIE FJ, OOSTERLYNCK D, LAUWERYS JM, KONINCKX PR: Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril* 1990; 53: 978-83
15. JASEN R P, RUSSELL P.: Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:1154
16. VERNON MW, BEARD JS, GRAVES K et al: Classification of endometriotic implants by morphological appearance and capacity to synthesize prostaglandin F. *Fertil Steril* 1986; 46: 801