

ENDOMETRIOSE INTESTINAL

H. HIGGS, F. NORONHA, J.L. RAMOS DIAS

Serviço de Cirurgia. Hospital Pulido Valente. Lisboa

RESUMO

A endometriose pélvica manifesta-se em 5 a 10% das mulheres em idade fértil. O envolvimento intestinal encontra-se descrito em 3 a 34 % destas situações dependendo do meio auxiliar de diagnóstico utilizado. A lesão intestinal, normalmente limitada à serosa, atinge por vezes a camada muscular e só ocasionalmente a mucosa. A maior parte das doentes não apresenta sintomatologia. Os sintomas de irritabilidade intestinal constituem a apresentação clínica mais frequente. Em 0,9% dos casos foram descritos quadros obstrutivos que traduzem a progressão intramural da lesão. Quando a endometriose atinge a mucosa intestinal podem surgir rectorragias catameniais. Os autores apresentam um caso clínico que se caracteriza pela associação de sintomas obstrutivos e rectorragias catameniais. Trata-se de uma forma de apresentação muito rara. O exame anátomo-patológico da peça operatória confirmou a presença de processo estenosante intramural associado ao envolvimento da mucosa intestinal pela lesão. Este caso foi ponto de partida para uma breve revisão sobre as dificuldades no diagnóstico e actuais tendências terapêuticas.

SUMMARY

Intestinal endometriosis - Case presentation and review of the literature

Pelvic endometriosis affects 5 to 10% of all menstruating women, and of these 3% to 34% have intestinal involvement. Commonly, intestinal endometrial lesion affects only the serosa. Although the invading endometrial tissue may extend into the intestinal wall, it does not usually reach the mucosa. The majority of the patients are asymptomatic. The most common symptom is lower recurrent abdominal pain. It has been estimated that 0,9% of women with intestinal endometriosis have obstructive symptoms. Occasionally deeper and more extensive intestinal wall involvement results in cyclic menstrual rectal bleeding. The authors describe a case with obstructive symptoms associated to rectal bleeding. This is an uncommon finding. Histological confirmation of deep muscular and mucosal involvement was obtained. This case led us to some considerations about the diagnostic difficulties and therapeutic possibilities in the present.

INTRODUÇÃO

A presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora da cavidade endometrial foi descrita pela primeira vez por Rokitansky em 1860^{1,2}. Sampson em 1920 designou essa entidade por endometriose, nome pelo qual é ainda actualmente conhecida^{1,3}.

A endometriose pélvica manifesta-se preferencialmente nas mulheres em idade fértil, abrangendo 5 a 10% destas. Esta frequência eleva-se na população das mulheres inférteis para 15 a 25%, chegando a atingir taxas de 80 %¹.

O comprometimento extra-pélvico pela lesão é raro, tendo sido descrito em todos os órgãos à excepção do baço. O não envolvimento deste órgão permanece por explicar⁴.

O intestino é de longe a localização extra-pélvica mais frequente⁴ sendo afectado em 3 a 34% das mulheres com endometriose pélvica^{5,6}.

Dos 1573 casos de endometriose pélvica revistos por Prystowsky em 1988, 77 (5,4%) envolviam o intestino e destes 66 eram assintomáticos. Dos 11 casos sintomáticos apenas 2 apresentavam obstrução intestinal, não tendo sido descrito nenhum caso de rectorragia por esse autor⁷. Weed, revendo 3037 laparotomias efectuadas por endometriose, encontrou resultados sobreponíveis⁸.

CASO CLINICO

Uma jovem de 26 anos, casada, G0P0, com antecedentes de dismenorreia secundária e dispareunia, foi internada por dor abdominal e rectorragia. Desde há dois anos que a doente referia episódios cíclicos de dor tipo cólica nos quadrantes inferiores do abdomen e diarreia, concomitantes com o período menstrual. Esta sintomatologia foi acrescida de rectorragias nos últimos meses.

No intervalo entre episódios a doente manteve-se primeiro assintomática, desenvolvendo no último ano obstipação progressiva acompanhada de dor tipo cólica, que aliviava com a defecação.

Na altura do internamento palpava-se uma massa na fossa ilíaca esquerda. O exame ginecológico e o toque rectal eram normais.

O clister opaco realizado (*figura 1*) revelou evidente alteração do padrão mucoso da ansa sigmoideia. O exame colonoscópico, feito posteriormente, diagnosticou lesão estenosante da sigmoide com mucosa intestinal íntegra à excepção de uma pequena erosão. A biópsia desta última revelou apenas processo inflamatório (*figura 2*).



Fig. 1 – O clister opaco com duplo contraste revela evidente alteração do padrão mucoso da ansa sigmoideia.

A ecografia pélvica efectuada revelou um pequeno quisto no ovário direito (*figura 3*).

Intra-operatóriamente observou-se um conglomerado intestinal com múltiplas aderências ao colon sigmoideu que se encontrava estenosado. No ovário direito observou-se um quisto endometrial. Realizou-se ressecção da ansa sigmoideia e quistectomia. O exame anatomo-patológico da peça operatória revelou focos de endometriose e fibrose nas camadas serosa, muscular e mucosa da parede intestinal (*figura 4*), com diminuição do lúmen da

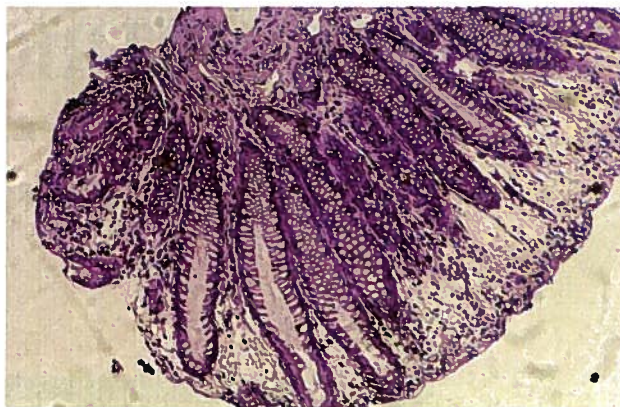


Fig. 2 – Lesão estenosante da sigmoideia com mucosa intestinal íntegra, à excepção de pequena erosão. A biópsia da erosão, guiada pelo colonoscópio, revelou apenas processo inflamatório inespecífico.

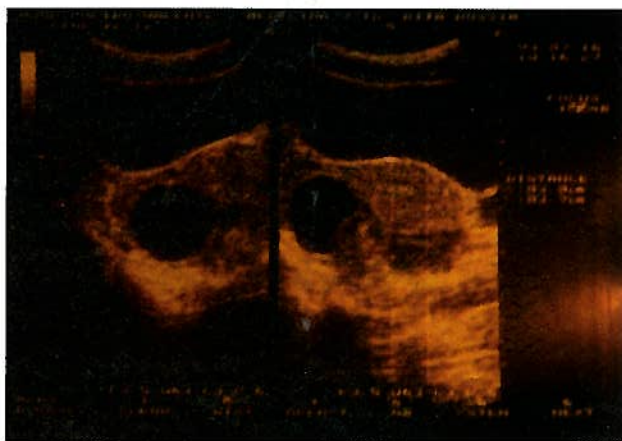


Fig. 3 – Quisto do ovário direito com 4 cm por 3 cm, uniloculado, com parede espessada e múltiplos ecos difusos internos.

ansa. O exame histológico do quisto ovárico foi compatível com endometrioma.

No pós-operatório instituiu-se danazol 600 mgr/dia, não se tendo registado qualquer complicação.

DISCUSSÃO

Meyer descreveu em 1909 o primeiro caso conhecido de endometriose intestinal com compromisso da região recto-sigmoideia^{3,5}. Este é o segmento mais frequentemente envolvido na endometriose intestinal (72 a 93% dos casos), logo seguido pelo ileocecal (2,5 a 16% dos casos). As restantes localizações intestinais são raras^{4,7,9,10}.

No caso clínico apresentado a endometriose intestinal tem a particularidade de envolver as três camadas do colon sigmoideu: serosa, muscular e mucosa. Nos casos típicos os implantes endometriais são superficiais e limitados à serosa. O envolvimento intramural verifica-se menos frequentemente e só ocasionalmente a mucosa intestinal se encontra afectada^{10,11,14}.

Os implantes superficiais são frequentemente assintomáticos^{2,7,11}. Quando presentes, as queixas são normalmente sugestivas de irritabilidade intestinal - cólica abdominal,

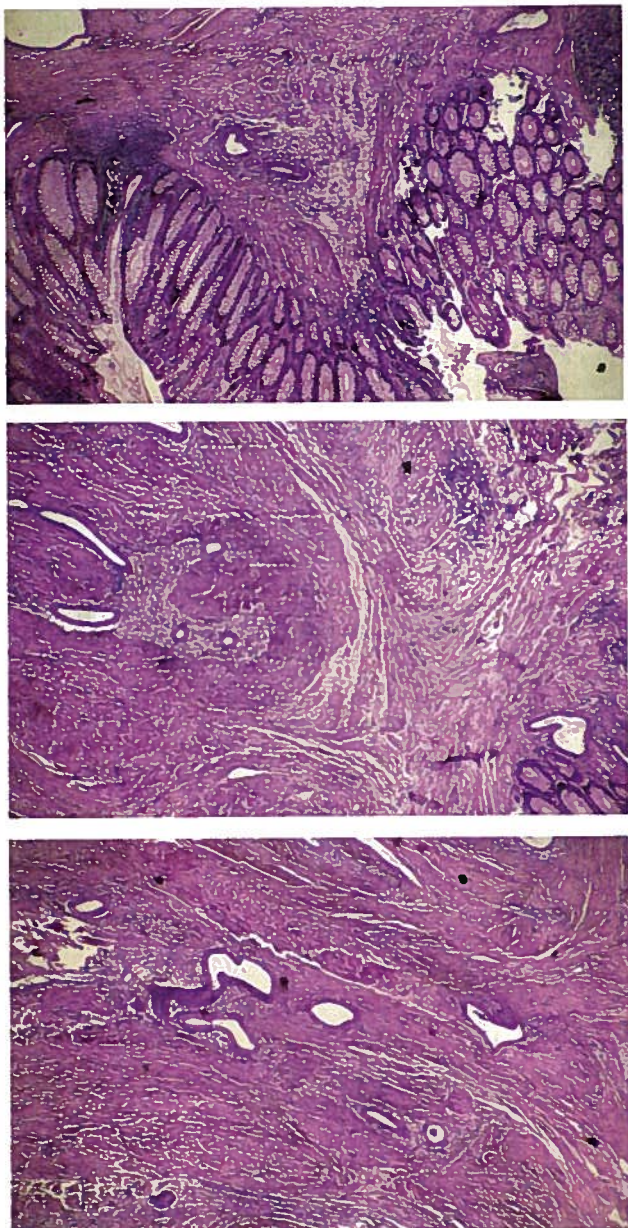


Fig. 4 (A, B, C) – Três aspectos anatomo-patológicos da peça operatória demonstrando focos de endometriose (tecido glandular e estroma) envolvendo as camadas mucosa e muscular da ansa sigmoideia.

diarreia - e concomitantes com o período menstrual^{5,6,10}. O envolvimento da camada muscular origina hemorragias cíclicas intra-parietais que condicionam sucessivas reacções inflamatórias com a consequente fibrose¹¹. Em situações extremas, de que é exemplo o caso clínico apresentado, podem desenvolver-se verdadeiros anéis estenosantes responsáveis pelos quadros de obstipação progressiva ou mesmo de oclusão intestinal^{11,12,14}. As rectorragias catameniais, se existirem, traduzem o envolvimento da mucosa intestinal pela endometriose^{2,12}.

O aparecimento sucessivo de irritabilidade intestinal, sub-occlusão e rectorragias, no caso clínico descrito, sugere uma progressão da endometriose desde a serosa até à

mucosa intestinal. Tal facto está de acordo com o teoria de Sampson sobre a génese da endometriose extra-pélvica: teoria da menstruação retrógrada, implante superficial e progressão da lesão para o interior do órgão³. Outras teorias foram descritas. As mais aceites permanecem a teoria da menstruação retrógrada, a teoria da metaplasia do epitélio celómico e a teoria da disseminação vascular, por esta ordem^{4,10,11}. A verdadeira etiologia permanece desconhecida. Muito provavelmente mais do que um mecanismo estará envolvido^{4,10}.

Dado a raridade da doença, a endometriose intestinal poucas vezes é colocada na lista das hipóteses diagnósticas prováveis^{8,12}. A tendência estenosante da lesão faz com que seja difícil a exclusão de neoplasia, principalmente se o quadro clínico cursar com rectorragia^{11,13}. Uma anamnese cuidada e orientada poderá contribuir para o diagnóstico, ao identificar a presença de sintomatologia intestinal cíclica, concomitante com o período pré-menstrual e/ou menstrual^{8,11,14}. O índice de suspeição será ainda maior se este quadro clínico típico se manifestar numa jovem, em idade de procriar e que possua sinais ou sintomas sugestivos de endometriose pélvica (nodularidade no exame ginecológico, dismenorreia progressiva, dispareunia e/ou infertilidade)^{3,9,10}.

Mesmo na presença de uma história clínica suspeita, o diagnóstico etiológico pré-operatório raramente é alcançado¹². Pouco elucidativos, os exames complementares caracterizam-se pela ausência de sinais patognomónicos e pela multiplicidade de resultados possíveis, induzindo por vezes a falsas hipóteses diagnósticas^{5,14,15}. Nas lesões superficiais e intramurais o clíster opaco e a colonoscopia são na maior parte dos casos normais. Quando presentes, as lesões estenosantes são normalmente interpretadas como extrínsecas dado possuírem mucosa intestinal íntegra^{3,5,10,14}. Nestes casos a biópsia da área estenosada é em regra normal². Nos raros casos em que a endometriose atinge a mucosa intestinal a lesão tem uma tradução à colonoscopia variável e dependente da fase do ciclo menstrual. Aspectos normais, lesões mínimas ou floridas são imagens possíveis de um mesmo caso¹⁰. Nestas situações a biópsia dirigida poderá eventualmente dar o diagnóstico se realizada no período pré-menstrual. Para tal é, no entanto, necessário um elevado índice de suspeição¹⁵.

Weed e Prystowsky propoem uma atitude expectante nas lesões intestinais assintomáticas diagnosticadas acidentalmente^{7,8}.

Nas lesões sintomáticas duas grandes alternativas terapêuticas se colocam: ¹ a excisão intestinal acompanhada ou não de hysterectomia total com ooforectomia bilateral, ou ² terapêutica médica com anti-gonadotróficos (danazol, análogos da gonadotrofina).

Desde há longa data que se conhecem os efeitos do danazol e mais recentemente dos análogos da gonadotrofina na endometriose pélvica¹⁷. A eficácia destes fármacos nas localizações intestinais ainda não foi investigada de forma prospectiva.

A terapêutica com danazol tem sido utilizada por alguns autores nas lesões sintomáticas não complicadas por fibrose^{7,10,15}. Os efeitos secundários a ela associados

limitam a duração do tratamento. A recidiva pós-terapêutica é frequente¹⁰.

A incapacidade de exclusão de doença maligna e/ou a presença de lesão estenosante (fibrose) são universalmente aceites como indicações para terapêutica cirúrgica^{7,12,13,15,18}. De igual forma, nos quadros dolorosos refractários à terapêutica médica a excisão da porção intestinal envolvida tem sido proposta^{12,18}.

Até meados deste século a terapêutica cirúrgica da endometriose intestinal consistia na ressecção segmentar intestinal associada a histerectomia total com ooforectomia bilateral¹¹. Os estudos de Gray³, Weed⁸, entre outros¹¹, demonstraram não haver maior número de recidivas intestinais nos casos em que se preservaram os ovários. Esta atitude conservadora é particularmente importante nas mulheres jovens que pretendam conservar a sua capacidade reprodutiva^{3,16}.

O danazol tem sido igualmente usado no pós-operatório como alternativa à castração cirúrgica com o objectivo de eliminar focos residuais microscópicos de endometriose intestinal^{7,18}. Esta indicação mantém-se no entanto polémica dados o baixo índice de recidiva digestiva e a pouca gravidade da mesma⁷, bem como os frequentes efeitos secundários associados a esse tipo de terapêutica¹.

BIBLIOGRAFIA

1. SALTIEL E, GARABEDIAN-RUFFALO M: Pharmacologic management of endometriosis. *Clinical Pharmacy* 1991; 10 (Jul): 518
2. MEYERS WC, KELVIN FM, SCOTT JONES R: Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. *Arch Surg* 1979; 114: 169
3. GRAY LA: Endometriosis of the bowel. *Ann Surg* 1973; May: 580
4. MARKHAM SM, CARPENTER SE, ROCK JA: *Obstet Gyn Clinics North America* 1989; 16 (1 March): 193
5. GRAHAM B, MAZIER WP: Diagnosis and management of endometriosis of colon and rectum. *Dis Col & Rect* 1988; December: 952
6. KEANE TE, PEEL ALG: Endometrioma-An intra-abdominal troublemaker. *Dis Colon & Rect* 1990; 33: 963
7. PRYSTOWSKY et al: Gastrointestinal endometriosis. *Arch Surg* 1988; 123: 855
8. WEED JC, RAY JE: Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987; 69:727
9. CORONADO C, FRANKLIN R, LOTZE EC, BAILEY HR, VALDÉES CT: Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. *Fertil Steril* 1990; 53: 411
10. CRUZZO-KRINER MR: Intestinal endometriosis and its complications. *Mount Sinai J* 1989;56 (4 September): 335
11. CROOM R, DONOVAN M, SCHWESINGER W: Intestinal endometriosis. *Am. J. Surg.* 1984; 148 (November): 660
12. GODLEWSKI G, ROUANET JP, MARES P, MAUBON A, LOUISJF, DELBOS O: Endométriose pelvienne de localisation urinaire et digestive. *J Radiol* 1992; 73 (8-9): 455
13. SALVATI EP, KRATZER GL: Collective review of endometriosis of the colon. *Am. J. Surgery* 1955; vol90: November :866
14. GORDON PH, NIVATVONGS S: Endometriosis. In: *Principles and Practice of Surgery for the colon rectum and anus* 1992; 1043
15. FARINON AM, STROPPA I, CHIARELLI C: The management of endometriosis of the colon and rectum. *Colo-proctology* 1992;4: 230
16. TRUC JB, BETHOUX JB, PAINEL BJ POITOUT: *Ann Gastroen et Hepatologie* 1985; 21(6): 357
17. KADAZI BUANGA, GARCIA LOPEZ G: Rectorragie cataménial et endométriose sigmoïdienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1992; 21: 773
18. EMERY A WILSON: Surgical therapy for endometriosis. *Clinical Obstet Gynecol* 1988; 31(4 December): 857
19. NACHTIGAL M, SCHWARTZ L, OLIVE D: Endometriosis. In: *Danforth's Obstetrics and Gynecology* 1994; 75