
ENDOMETRIOSE RETAL - RELATO DE UM CASO

VIRGÍNIO CÂNDIDO TOSTA DE SOUZA, TSBCP
JOSÉ ADEMAR BALDIN, TSBCP
ANTONIO ANGELO ROCHA
ANA PAULA TEIXEIRA MOREIRA

SOUZA VCT, BALDIN JA, ROCHA AA & MOREIRA APT -
Endometriose retal - Relato de um caso. *Rev bras Colo-Proct*,
1996; 16(4): 209-211

RESUMO: Os autores relatam um caso de uma paciente portadora de sangramento retal cíclico, coincidindo com período menstrual, que iniciou um mês após histerectomia. Ao exame apresentava lesão vegetante no reto e diagnóstico foi realizado após segunda biópsia, quando o exame histopatológico revelou a presença de tecido endometrial. O enema opaco era normal. A paciente apresentou, inicialmente, melhora do quadro com tratamento clínico. Posteriormente foi submetida à intervenção cirúrgica devido à recidiva da sintomatologia.

UNITERMOS: endometriose; reto

Endometriose é a presença ectópica do tecido endometrial funcionante⁽¹⁾.

Tomando por base a topografia do endométrio ectópico, a endometriose pode apresentar-se sob duas formas: a interna, uterina ou adenomiose, na qual o endométrio ectópico se encontra na própria musculatura uterina e a endometriose externa ou extra-uterina, na qual a heterotopia endometrial envolve estruturas não compreendidas no útero, à exceção da sua serosa peritoneal. A endometriose externa pode ser dividida em intra e extraperitoneal: na segunda, as lesões têm localização extracelomática, como cicatriz umbilical⁽²⁾, cicatriz laparotômica⁽³⁾, pulmões⁽⁴⁾, septo retovaginal⁽⁵⁾, pleura⁽⁶⁾, canal inguinal⁽⁷⁾, bexiga⁽⁸⁾, vagina, vulva, traquéia, antebraço etc.

As bases fisiopatológicas da endometriose são muito discutidas, havendo muitas dúvidas referentes ao aparecimento do tecido endometrial ectópico nas regiões afetadas. Existem quatro teorias atualmente aceitas para explicar a patogênese da endometriose:

1) Teoria da metaplasia serosa ou celômica, ou teoria de Iwanoff-Meyer-Novak;

2) Teoria da regurgitação transtubárica do líquido menstrual ou teoria de Sampson⁽⁹⁾;

3) Teoria embólica: hematogênica ou linfática;

4) Teoria mesenquimal ou teoria de Heim.

Jenkinson e Brown⁽¹⁰⁾, em 1943, deram importância ao sangramento retal que ocorre antes ou durante o período menstrual como característica clínica da endometriose colônica. Henricksen⁽¹¹⁾ relatou 20 casos de endometriose de retossigmóide, em 1955, com presença de sangramento retal em 17 casos, mas somente em quatro casos havia acometimento de mucosa.

O caso em questão, pelas suas particularidades, motivou-nos sua apresentação.

Relato do caso

M.G.S., 45 anos, leucoderma, casada, do lar, natural de Guidoal - MG, procurou o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário "Alzira Veloso" (H.U.A.V.) com queixa de sangramento anal no período menstrual.

A paciente, há 11 meses, foi submetida à histerectomia devido à miomatose uterina. Após um mês de cirurgia, iniciou com quadro de enterorragia e dismenorréia durante o período menstrual. O sangramento era de pequena quantidade, cíclico, cor vermelho-rutilante, não relacionado às evacuações e acompanhado de secreção mucóide.

Apresenta constipação intestinal crônica, nega outros sintomas gastrintestinais, ginecológicos e não apresenta anemia.

A paciente tem na história obstétrica três gestações, quatro partos naturais (um gemelar), nenhum aborto. Realizou salpingotripsia há 13 anos. O exame ultra-sonográfico realizado um mês antes da histerectomia evidenciou endométrio de aspecto normal.

Ao exame proctológico foi constatada, pela anoscopia, a presença de mamilos hemorroidários. Na retossigmoidoscopia foi observada a presença de pólipos medindo cerca de 0,5 cm no seu maior diâmetro, a 10 cm; e lesão vegetante irregular medindo cerca de 1 cm no seu maior diâmetro, a 12 cm. A lesão foi biopsiada e encaminhada para o estudo histológico, o qual apresentou mucosa retal edemaciada, caracterizada por processo flogístico crônico, com vasos congestos, com predominância de linfócitos e preservação de células caliciformes. Após dois meses a paciente sub-

meteu-se à polipectomia e a realização de nova biópsia da lesão que revelou, respectivamente, leiomioma polipóide do reto e endometriose retal, sendo esta evidenciada por ilhas de mucosa endometrial e processo flogístico crônico agudizado (Figs. 1 e 2).

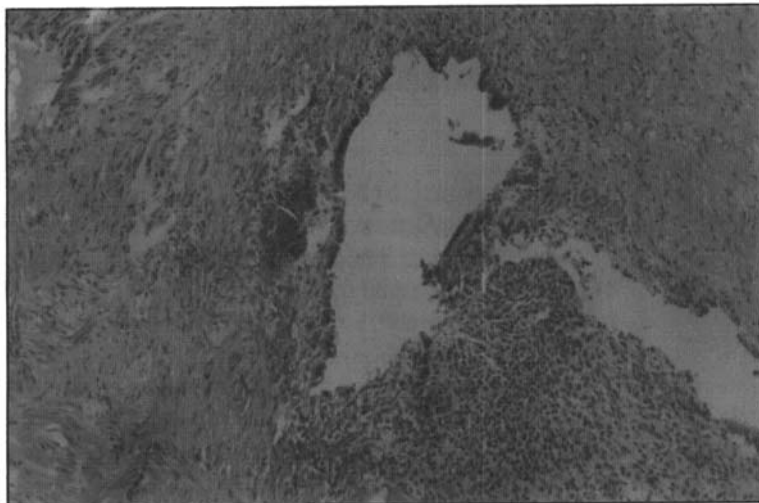


Fig. 1 - Glândula endometrial dilatada (centro) e estroma endometrial localizados na camada muscular do reto. Coloração H.E.

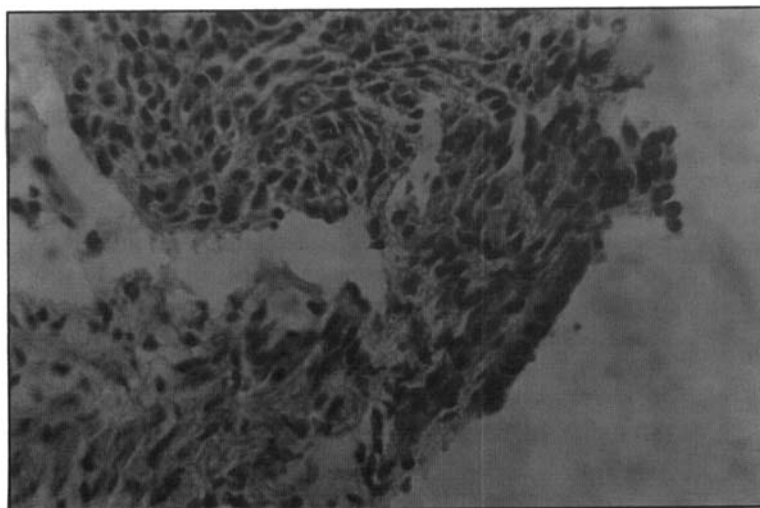


Fig. 2 - Detalhe em maior aumento das células da glândula e do estroma endometrial. Coloração H.E.

O enema opaco não revelou alterações.

Optamos pelo tratamento clínico com Danazol 100 mg, via oral, duas vezes por semana. Houve melhora do sangramento durante seis meses. Posteriormente, a paciente foi submetida à retossigmoidectomia abdominal devido à recidiva da sintomatologia. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou diagnóstico de endometriose retal.

Após 15 meses de acompanhamento pós-operatório, a paciente encontra-se assintomática e a retossigmoidoscopia de controle normal.

DISCUSSÃO

Macroscopicamente, a endometriose colorretal pode apresentar-se sob três formas:

1) *Infiltração superficial*: A lesão apresenta-se sob a forma de pequenos nódulos azulados na superfície serosa, equimóticos ou arroxeados⁽¹⁾. Segundo Lansac⁽¹²⁾, o implante superficial na serosa pode dificultar a distinção da endometriose digestiva verdadeira, o que prejudica a sua avaliação. Para Perez⁽¹³⁾, o fato de alguns autores incluírem nas estatísticas todos os casos de endometriose da cavidade abdominal que se acompanham de manifestações digestivas pode interferir na frequência encontrada na literatura.

2) *Lesão estenosante*: Há uma proliferação fibroblástica intensa, devido à reação provocada pelo sangue. Esta pode invadir a camada muscular, a submucosa e, raramente, a mucosa determinando estenose localizada (endometrioma). Brenner⁽¹⁴⁾ apresenta sete casos na forma de endometrioma.

3) *Polipóide*: A mucosa apresenta-se com aspecto polipóide e, às vezes, pontos equimóticos⁽¹⁾. É a forma do caso relatado por nós.

A incidência de endometriose varia, segundo alguns autores, de 2 a 18%⁽¹⁾. O acometimento intestinal em mulheres com endometriose varia de 3 a 34% para Collin e Russell⁽¹⁵⁾, 12 a 36% para Perez⁽¹³⁾ e 12% para Martin⁽¹⁶⁾. O envolvimento intestinal pode ser suscitado nas pacientes que têm endometriose severa. Tem sido estimado por Coronado⁽¹⁷⁾ que 50% das pacientes com endometriose severa apresentam algum grau de envolvimento intestinal.

A endometriose afeta, em sua grande maioria, mulheres jovens, entre 20 e 50 anos, sendo rara na adolescência e pós-menopausa⁽¹³⁾. A idade variou entre 29 e 47 anos para Brenner⁽¹⁴⁾ e média de Collin e Russell⁽¹⁵⁾ foi 41 anos. A idade da paciente em questão é coerente com os achados da literatura.

Esta patologia predomina em mulheres que apresentam gravidez tardiamente, menor número de filhos e com predomínio na raça branca⁽¹³⁾. Na sua maioria as lesões são assintomáticas⁽¹⁸⁾ e, ocasionalmente, descobertas na laparotomia por outras razões. Os sintomas que podem levantar suspeita de endometriose intestinal são: dor abdominal, constipação alternada com diarreia, dor retal, sangramento retal, tenesmo, dispareunia e dismenoréia⁽¹⁷⁾. O sangramento retal como primeira queixa não é frequente^(1, 13, 15, 16, 19).

A endometriose é predominantemente subserosa, envolvendo, com pouca frequência, a muscular e mucosa^(1, 13-16, 18-20), sendo, por isso, a endoscopia e a biópsia negativas na maioria dos casos. A paciente em questão teve a mucosa retal acometida e biópsia mostrou-se positiva na segunda amostra.

Os locais mais frequentemente envolvidos são retossigmóide, o sigmóide, o apêndice e o íleo. Martini⁽¹⁶⁾ estima em seu trabalho que o reto e/ou sigmóide são acometidos em 72,4% dos casos de endometriose digestiva e para Hilgert⁽¹⁸⁾ 72%. O local envolvido em nosso caso é compatível com a literatura^(1, 12-14).

CONCLUSÃO

Não existe conduta terapêutica uniforme para endometriose cólica, devendo cada caso ser considerado individualmente. A conduta depende da idade da paciente, extensão e localização das lesões, desejo da paciente de preservar a função reprodutiva e a intensidade da sintomatologia. Apesar do tratamento cirúrgico apresentar melhores resultados, a hormonioterapia constitui-se um método de escolha nas pacientes jovens e com intenção de futuras gestações.

No presente caso, podemos constatar que os dados encontrados são coerentes com a literatura universal. O motivo que nos levou à apresentação deste caso decorre de ser uma patologia pouco freqüente, acrescido do fato da segunda biópsia confirmar a suspeita clínica de endometriose retal.

SOUZA VCT, BALDIN JA, ROCHA AA & MOREIRA APT -
Rectal endometriosis - Report of a case.

SUMMARY: The authors report a case of a woman that, a month after hysterectomy, presented cyclic rectum hemorrhage during the menstrual period. The exam showed a vegetant lesion in the rectum. The opaque enema was normal. The patient presented clinical improvement, initially, with drug treatment. Afterwards, she underwent surgery due to reappearance of symptoms.

KEY WORDS: endometriosis; rectum

REFERÊNCIAS

1. Souza VCT. Endometriose cólica: diagnóstico e tratamento. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro, 1970.
2. Macleod D. Endometrioses: A surgical problem. Br J Surg 1946; 34: 109.
3. Field CA, Banner EA, Symmonds RE. Endometriosis of abdominal scar after cesarean section. Proc Staff Meet Mayo clin 1962; 37: 12.
4. Charles D. Endometriosis and hemorrhagic pleural effusion. Obstet Gynec 1957; 10: 309.
5. Gramer JK. Endometriosis of the colon (sigmoid, rectosigmoid and rectovaginal septum). Southern Med J 1986; 58: 807-9.
6. Ripstein CB, Rohman M, Wallach JB. Endometriosis involving the pleura. J Thorac Surg; 1959; 37: 464.
7. Jimenez M, Miles RM. Inguinal endometriosis. Ann Surg 1960; 151: 903.
8. O'Conor VJ, Greenhill JP. Endometriosis of the bladder and ureter. Surg Gynec Obstet. 1945; 80: 113.
9. Sampson JA. The development of implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis. Am J Obstet Gynec 1940, 40: 549.
10. Jenkinson EL, Brown WH. Endometriosis: A study of one hundred and seventeen cases with special reference to constricting lesions of rectum and sigmoid colon. JAMA 1943; 122: 349.
11. Henriksen E. Endometriosis. Am J Surg 1955; 90: 331.
12. Lansac J, Pierre F, Letessier E. Digestive endometriosis: results of a multicenter investigation. Contr Gynec Obstet 1987; 16: 192-204.
13. Perez A, Antonio J, Gonzales G, José J, Bear G, Iglesias ID, Francisco Gonzales A, Gonzales JE, Luis. Endometriosis intestinal. Rev Esp Enf Ap digest 1987; 72(4-I): 291-297.
14. Brenner S, Marchesini JB, Souza FJ, Malafaia O, Guérios JRR, Artigas GV. Endometriose do cólon forma tumoral pseudoneoplásica. Rev Bras do Colégio de Cirurgiões 1984; 11(6): 175-179.
15. Collin R, Russell JC. Endometriosis of the colon - Its diagnosis and management. The Am Surg 1990; 56(5): 275-279.
16. Martini RB, Amuchastegui R, Valenzuela CH, Ribichini J, Schneider A. Endometriose colônica pseudotumoral. Rev Esp Enf Digest 1990; 77(4): 290-294.
17. Coronado C, Franklin RR, Lotze EC, Bailey HR, Valdés CT. Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. Fertility and Sterility 1990; 53(3): 411-416.
18. Lewis MI, Rio F. Colonic endometriosis: report of a case. Dis of the Colon and Rectum 1969; 12: 137-141.
19. Hilgert HC, Subrak C, Zimmermann AC, Cruz JV. Endometriose de reto: Relato de caso e revisão de literatura. R Pesquisa Médica 1989; 23(1): 32-35.
20. Saraiva Leão PH, Camurça MF, Sales JSC. Endometriosis in the rectum. Rev Med Univ Fed Ceará 1973; 13(12): 55-60.

Endereço para correspondência:

Antonio Angelo Rocha
Rua Antonio Pedro de Oliveira, 935
37130-000 - Alfenas - MG