

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL

JAYME VITAL SANTOS SOUZA, TSBCP  
ANA PAULA WIERING CARMEL, TSBCP  
ANIBAL MUNIZ SILVANY

SOUZA JVS, CARMEL APW & SILVANY AM - Tratamento cirúrgico da endometriose intestinal. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(4): 232-234

**RESUMO:** Este estudo visou analisar retrospectivamente dados acerca da sintomatologia, investigação diagnóstica e tratamento cirúrgico de 10 pacientes portadores de endometriose intestinal durante um período de 13 anos. O sítio mais freqüente de ocorrência da endometriose foi a região perianal (seis casos), seguido do retossigmóide (quatro casos). Todas as pacientes apresentavam faixa etária compreendida entre 30 e 49 anos. Dor pélvica e perianal, com piora no período menstrual constituíam sintomatologia mais freqüente. Tenesmo, alteração do hábito intestinal e sangramento retal foram também observados. O diagnóstico de endometriose em todos os casos só foi confirmado no ato cirúrgico. Seis pacientes submeteram-se a excisão local da lesão, e quatro a ressecções colônicas. Todas as pacientes encontram-se assintomáticas até a presente data.

**UNITERMOS:** endometriose colorretal; fertilidade; ressecções colônicas

Endometriose é uma entidade caracterizada pela presença de tecido endometrial funcionante, em sítios ectópicos, fora dos limites do útero. Ocorre em cerca de 4 a 17% das mulheres em idade reprodutiva<sup>(1,2)</sup>. Geralmente limita-se aos órgãos pélvicos, peritônio, mais comumente nos ovários, paramétrios e serosa do útero. Em pacientes portadoras de endometriose, o envolvimento colorretal está presente em cerca de cinco a 10% dos casos. Em grandes séries como a de Weed e cols.<sup>(3)</sup>, analisando cerca de 3.037 casos, o envolvimento gastrointestinal foi observado em 5,3%. MacAfee<sup>(4)</sup>, numa metanálise de 7.000 casos, revelou envolvimento do trato digestivo em 12% dos casos, sendo o retossigmóide o sítio mais freqüentemente acometido (72%), seguido do septo retovaginal (13%), intestino delgado (7%), ceco (3,6%), e apêndice (3%). Souza

e col.<sup>(5)</sup> reportaram cinco casos de endometriose perianal durante um período de quatro anos.

A proposta deste estudo foi de apresentar os dados acerca da sintomatologia, investigação diagnóstica e tratamento cirúrgico em pacientes portadoras de endometriose intestinal num período de 13 anos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Dados acerca de 10 pacientes portadoras de endometriose intestinal operadas no período compreendido entre fevereiro de 1993 a março de 1996 no serviço de cirurgia colorretal do Hospital Central e Hospital Português em Salvador foram revistos. A faixa etária variou de 30 a 49 anos sendo a idade média de 37 anos. A queixa clínica mais encontrada foi dor abdominal, seguida de dor perianal durante o período menstrual, alteração do hábito intestinal e sangramento retal (Tabela 1). Quatro pacientes já haviam sido operadas para endometriose, e sete tiveram parto normal com episiotomia (Tabela 2). Na investigação diagnóstica, além da história clínica e exame proctológico incluindo retossigmoidoscopia, foram realizados exames contrastados do cólon, colonoscopia e laparoscopia (Tabela 3). A distribuição anatômica das lesões é mostrada na Tabela 4.

**Tabela 1 - Tratamento cirúrgico da endometriose intestinal.**

Sintomatologia	(n)
Massa perianal	6
Dor perianal	2
Alteração do hábito intestinal	2
Tenesmo	1
Sangramento retal	2
Dor pélvica	4

**Tabela 2**

Cirurgias anteriores	(n)
Parto normal com episiotomia	7
Exérese de endometriose ovariana	2
Salpingo-ooforectomia	1
Ooforectomia	1

Tabela 3

Investigação diagnóstica	Achados
Retossigmoidoscopia	Compressão extrínseca - 5 Normal - 5
Enema opaco	Compressão extrínseca - 2
Colonoscopia	Compressão extrínseca - 2
Laparoscopia	Endometriose pélvica - 4

Tabela 4

Localização da lesão	(n)
Perianal	6
Retossigmóide	4

## RESULTADOS

Seis pacientes apresentavam endometriose em região perianal. Ao exame proctológico estas massas apresentavam-se localizadas em todos os casos sobre incisões prévias de episiotomias, de consistência endurecida, fixas a planos profundos. Durante o período menstrual tornavam-se extremamente dolorosas, apresentando sinais de flogose. O exame endoscópico foi normal em todos os casos. Nenhuma das pacientes apresentava diagnóstico prévio de endometriose. Dor pélvica, sangramento retal e alteração do hábito intestinal foram os achados mais freqüentemente encontrados em quatro pacientes que apresentavam endometriomas em região retossigmoidiana. Destas, todas tinham diagnóstico prévio de endometriose, já tendo sido submetidas a diversos procedimentos cirúrgicos prévios (Tabela 2). O toque retal revelou a presença de massa de consistência elástica, comprimindo o reto, fixa, e à endoscopia, a mucosa nesta área encontrava-se pálida, e em dois casos apresentava características inflamatórias. Em todos os casos não se conseguia deslizar a mucosa sobre a lesão, sugerindo infiltração submucosa. O enema opaco nestes casos revelou compressão extrínseca da parede retal. Excisão local com fechamento primário foi realizada nas quatro doentes portadoras de lesão perianal, seguido de complementação terapêutica com danazol. Uma pacientes submeteu-se a operação de Hartmann e pan-histerectomia por endometriose pélvica extensa, tendo sido reconstruído o trânsito intestinal após 210 dias do ato cirúrgico inicial. Ressecção anterior do reto com restabelecimento do trânsito intestinal foi o procedimento realizado em três pacientes (Tabela 5). Terapêutica específica pós-operatória não foi utilizada em nenhuma das doentes portadoras de lesões retossigmoidianas.

Tabela 5

Cirurgia realizada	(n)
Exérese local	6
Ressecção anterior do reto (convencional)	1
Op. Hartmann + pan-histerectomia (convencional)	1
Ressecção anterior + pan-histerectomia (laparoscópica)	1
Ressecção anterior + ooforectomia (laparoscópica)	1

## DISCUSSÃO

Endometriose intestinal geralmente cursa assintomática, caracterizada macroscopicamente por implantes superficiais limitados a serosa<sup>(6)</sup>. Contudo, após ciclos proliferativos estes implantes podem invadir a parede intestinal. Hemorragias repetidas nos endometriomas causam uma reação inflamatória intensa com fibrose secundária, podendo levar a aderências dos órgãos pélvicos ou até estenoses do segmento colorretal envolvido<sup>(7)</sup>. Estas alterações podem em alguns casos resultar em suboclusão intestinal estando associada a dor abdominal e alteração do hábito intestinal. O diagnóstico diferencial da endometriose intestinal inclui carcinoma primário ou metastático manifestado pelo quadro de implantes de "Blummer", diverticulite, doença inflamatória pélvica, doença inflamatória intestinal, colite actínica ou isquêmica<sup>(8)</sup>. No nosso estudo a forma mais freqüentemente encontrada foi a endometriose perianal (60%). Caracteriza-se do ponto de vista clínico por uma massa tumoral, com modificações periódicas de volume, obedecendo ao regime cíclico menstrual, especialmente no período pré ou pós-menstrual. Tais massas endometriais isoladas têm sido denominadas de endometriomas. Com o endométrio funcionando ocorre hemorragia, necrose hemorrágica das ilhotas endometriais, determinando fenômenos inflamatórios secundários, fibrose reparativa ou cicatricial, levando ao aumento do endometrioma, explicando a presença de dor e dificuldades na evacuação observadas na nossa série. O diagnóstico foi estabelecido pelo estudo histológico, embora o achado de massa tecidual amolecida, hemorrágica possa, baseado nas evidências clínicas, sugerir endometriose. No exame histológico observam-se ilhotas de tecido endometrial ectópico, com glândulas ou estroma citogênico, característicos.

Cistificação glandular com formação de cistos de tamanho variável, epitélio colunar simples e estroma endometrial podem ser encontrados. Estas alterações fazem-se no tecido gorduroso perirretal e não envolvem a mucosa. Em todos os casos mencionados nesta série, observa-se na história pregressa das pacientes menção a episiotomias, durante o parto, com plastia reparadora imediata.

Especula-se dentro da teoria de Sampson<sup>(9)</sup> da possibilidade de implantes de restos endometriais expulsos com a parturição na ferida da episiotomia serem responsáveis pelo aparecimento da endometriose perianal. Constitui-se o tratamento cirúrgico a abordagem terapêutica de eleição. Deve a lesão ser totalmente excisada e o defeito fechado por aproximação das bordas ou mediante colocação de enxerto. Nos nossos casos utilizou-se como complementação terapêutica o uso do Danazol. Endometriose do retossigmóide é descrita como a forma mais encontrada no trato gastrointestinal<sup>(10)</sup>. No nosso material ocorreu em 4 (40%) casos. O diagnóstico pré-operatório é difícil na maioria dos casos. O exame digital revela presença de massa comprimindo extrinsecamente a parede do reto, e os achados endoscópicos são incharacterísticos. O estudo contrastado do cólon realizado em duas pacientes mostrou apenas compressão da parede retal. A suspeita de endometriose retal nestes casos foi fortalecida

em virtude destas pacientes já terem sido submetidas a cirurgias anteriores para tratamento de endometriose pélvica. Tem a laparoscopia com biópsia, papel fundamental no diagnóstico pré-operatório da endometriose intestinal como demonstrado em diversas séries<sup>(11,12)</sup>. Ressecção intestinal está indicada no tratamento dos casos sintomáticos ou quando persista dúvida com a presença de um carcinoma. No nosso material esta foi a indicação para todas as pacientes. Diversos estudos<sup>(13,14)</sup> têm demonstrado a eficácia deste método em acompanhamento por longos períodos. Em lesões pequenas bem delimitadas a excisão pode ser realizada<sup>(15)</sup>, contudo, conforme preconiza Gray e colaboradores<sup>(10)</sup>, deve ser acompanhada de biópsia de congelação transoperatória para excluir a presença de um carcinoma. Procedimentos ginecológicos associados a ressecções colônicas devem obedecer a diversos fatores e esta decisão deve ser dada por um ginecologista presente ao ato cirúrgico. Em três pacientes da nossa série, ressecções combinadas foram realizadas conforme demonstra a Tabela 5. O advento da laparoscopia veio contribuir decisivamente no tratamento da endometriose intestinal e esta foi a via empregada no manuseio de duas pacientes da nossa série. O tratamento hormonal pós-operatório é de indicação controversa<sup>(16)</sup>, deve obedecer a diversos fatores, sendo esta decisão firmada pelo ginecologista. Até a presente data todas as pacientes estudadas nesta série encontram-se assintomáticas, sem evidência de doença residual. Finalmente, deve ser a endometriose intestinal considerada no diagnóstico diferencial em pacientes pré-menopausadas com sintomas gastrointestinais, especialmente se existe história prévia de doença pélvica. Em virtude de achados não específicos radiológicos ou endoscópicos, apresenta-se a laparoscopia como método diagnóstico de eleição para este grupo de pacientes. A endometriose perianal deve ser tratada por excisão local, sendo a forma intestinal abordada através de ressecção segmentar ou local, nestes casos sempre acompanhada de congelação transoperatória.

Procedimentos ginecológicos concomitantes assim como o uso de terapêutica hormonal pós-operatória devem ser decididos pelo ginecologista.

---

**SOUZA JVS, CARMEL APW & SILVANY AM - Surgical management of intestinal endometriosis.**

**SUMMARY:** The aim of this study was to identify the presenting features of intestinal endometriosis and to evaluate its investigation and surgical management in ten patients during a period of thirteen years. The commonest site of occurrence was the perianal region (6 cases), followed by the rectosigmoid area (4 cases). The age of patients ranged from 30 to 49 years with a mean age of 37 years. Abdominal and perianal pain as-

sociated with menses were the main presenting feature. Also tenesmus, rectal bleeding and altered bowel habit were present. Accurate pre-operative diagnosis proved very difficult with definitive evidence at surgery. Local excision was performed in six patients with perianal disease, and colonic resection in four. At the moment all patients reported complete relief of their symptoms.

**KEY WORDS:** colorectal endometriosis; fertility; intestinal resection

---

#### REFERÊNCIAS

1. Gray LA. Endometriosis. Clin Obstet Gynecol 1960; 3: 472.
2. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16: 193.
3. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. Obstet Gynecol 1987; 69: 727.
4. MacAfee CGH, Greer HLH. Intestinal endometriosis: A report of 29 cases and a survey of the literature. J Obstet Gynaecol of the British Empire 1960; 67: 539.
5. Souza JVS, Silvany AM, Ferraz A, Ladeia JC. Endometrioma perianal: Considerações em torno de cinco casos. Anais do IV Congresso Médico Social da Bahia. Salvador, 1987.
6. Cameron IC, Rogers S, Collins MC, Reed MWR. Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management. Int J Colorect Dis 1995; 10: 83.
7. Cook AS, Rock JA. The role of laparoscopy in the treatment of endometriosis. Fertil Steril 1991; 55: 663.
8. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. Dis Colon Rectum 1994; 37: 747.
9. Hendriksen E. Endometriosis. Am J Surg 1988; 31: 952.
10. Gray LA. Endometriosis of the bowel: role of bowel resection, superficial excision, and oophorectomy in treatment. Ann Surg 1973; 177: 580.
11. Townell NH, Vanderwalt JD, Jagger GM. Intestinal endometriosis: Diagnosis and management. Br J Surg 1984; 71: 629.
12. Dmowski WP. Current concepts in the management of endometriosis. Ann Obstet Gynecol 1981; 21: 56.
13. Graham B, Mazier WP. Diagnosis and management of endometriosis of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1988; 31: 952.
14. Croom RD, Donovam ML, Schwesinger WH. Intestinal endometriosis. Am J Surg 1984; 148: 660.
15. Bailey HR. Colorectal endometriosis. Perspect Colon Rectal Surg 1992; 5: 251.
16. Cuzzo MRK. Intestinal endometriosis and its complications: case report and review. Mt Sinal J Med 1989; 56: 334.

Endereço para correspondência:

Jayme Vital Santos Souza  
Av. Juracy Magalhães Jr., 2096/503  
41920-000 - Salvador - BA