

## ENDOMETRIOSE RETAL

Abrão, M.S.; Machado, M.A.C.; Campos, F.G.; Gama, A.H.; Pinotti, H.W.

Abrão, M.S. e col. - Endometriose Retal. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 49(4): 173-176, 1994.

**RESUMO:** Endometriose é uma doença freqüente, que acomete em geral, mulheres no período reprodutivo e está associada a vários sintomas adversos. Constitui entretanto moléstia pouco lembrada dentre as afecções coloproctológicas.

O presente trabalho relata o caso de uma paciente de 42 anos portadora de endometriose retal, que fez tratamento clínico com danazol por seis meses com monitorização dos níveis séricos de CA 125, CA 19-9 e estradiol, ultrassonografia pélvica e abdominal além de tomografia computadorizada, com o intuito de diminuir a massa tumoral para posterior reavaliação e tratamento cirúrgico. Houve redução importante da massa, possibilitando conservadora intervenção coloproctológica.

Tendo em vista a localização retal da afecção e o resultado da terapêutica clínica pré operatória, os autores apresentam uma revisão bibliográfica, analisando o diagnóstico e tratamento desta condição.

**DESCRITORES:** Endometriose. Tumor coloretal

### INTRODUÇÃO

Endometriose representa doença muito freqüente, mas nem sempre adequadamente diagnosticada. Estima-se atualmente que ocorra em 4 a 17% das mulheres em idade reprodutiva, ou seja, da menarca à menopausa e eventualmente até após este período<sup>5,13,19</sup>. Todavia, é lesão pouco comum dentre as afecções coloproctológicas. Rokitanski foi o primeiro autor a descrever um caso de endometriose do cólon<sup>14</sup>.

Muitas vezes, o acometimento intestinal somente é diagnosticado durante intervenção cirúrgica para endometriose em outros locais. Sintomas intestinais podem passar despercebidos na primeira avaliação.

A endometriose com comprometimento intestinal incide em aproximadamente 0,12% a 12,1% das mulheres no período de menacme<sup>5,6,8,9,13</sup>.

O envolvimento do intestino grosso ocorre em 12 a 37% das pacientes com endometriose intestinal, sendo mais fre-

qüente no cólon sigmóide (40%), retossigmóide (20%), apêndice cecal (20%), reto (10%), íleo terminal (6%) e ceco (4%)<sup>6,10</sup>.

Dentre os vários relatos descritos, poucos abordam adequadamente o tratamento combinado para a endometriose retal, com devida monitorização terapêutica.

Apresentamos neste trabalho o caso de uma paciente de 42 anos portadora de endometriose ovariana, peritonial e retal, com três anos de história clínica, tendo recebido terapêutica anti-estrogênica no período pré-operatório com a finalidade de evitar a ressecção do segmento intestinal acometido.

O objetivo do estudo é discutir a localização coloretal da endometriose, com ênfase às suas modalidades diag-

nósticas e terapêuticas.

### RELATO DE CASO

Paciente de 42 anos, com história de enterorragia acompanhada de dor em cólica em baixo ventre, afilamento das fezes, dor e dificuldade à evacuação, de início há três anos de ocorrência sistêmica nos períodos menorréicos e que desaparecia no resto do ciclo. Apresentava desaparecimento da sintomatologia no período intermenorréico. Negava tenesmo ou emagrecimento. Como antecedentes de interesse, referia ooforectomia esquerda por torção de cisto de ovário há 13 anos.

Em 1990, procurou serviço médico, tendo sido submetida a diversos exames onde constatou-se tumor retal a cerca de 10 cm da borda anal, com aspecto vinhoso à retossigmoidoscopia. O estudo tomográfico da pelve revelava, na ocasião, imagem sólida projetando-se na luz do reto (Fig.1). O exame anátomo-patológico obtido por biópsia desta

---

**Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia e Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.**

---

lesão revelou endometriose. Foi tratada por 6 meses com gestrinona na dose de 5 mg semanais com melhora parcial do quadro.

125, CA 19-9 e estradiol, optou-se por tratamento clínico pré operatório com danazol 800 mg/dia, para diminuição da massa tumoral.

ragia após cerca de 15 dias do início do tratamento anti-estrogênico. Os níveis séricos de CA 19-9, CA 125 e estradiol caíram para um quarto dos valores iniciais (Gráfico 1).

Cerca de 5 meses após início do danazol, apresentou pequeno sangramento genital, associado a elevação dos índices de estradiol e CA 125 sérico. A paciente estava sem dor, e com exame proctológico normal. O exame ginecológico mostrava o útero aumentado para 2 meses de gestação e presença de tumor retro-uterino de cerca de 3 cm de diâmetro. À retossigmoidoscopia, encontrava-se espessamento da parede lateral direita do reto a cerca de 9 cm da borda anal, cuja biópsia revelou retite crônica inespecífica. No estudo tomográfico da pelve, não havia massa tumoral, sendo descrito apenas pequeno espessamento da parede lateral direita do reto (Fig. 2). A ultrassonografia evidenciou aumento de útero com imagem cística complexa em ovário direito com 4 cm de diâmetro.

Indicou-se tratamento cirúrgico, que se iniciaria com histerectomia e ooforectomia direita com avaliação intraoperatória da região retossigmoidiana e eventual ressecção deste segmento.

À laparotomia, verificou-se presença de útero aumentado em 2 vezes, endometrioma de ovário direito (4 cm diâmetro), associado à aderência entre região posterior do útero e alças de delgado, sigmóide e reto. Foi realizada histerectomia total abdominal e anexectomia direita. Foram desfeitas inúmeras aderências até perfeita liberação da região retossigmoidiana optando-se, por suas características, por atitude conservadora. O exame anátomo-patológico revelou adenomiose e endometriose ovariana indiferenciada de padrão seroso, com formação cística de 3 cm de diâmetro.

A paciente apresentou evolução favorável, recebendo alta no 4º dia de pós operatório.

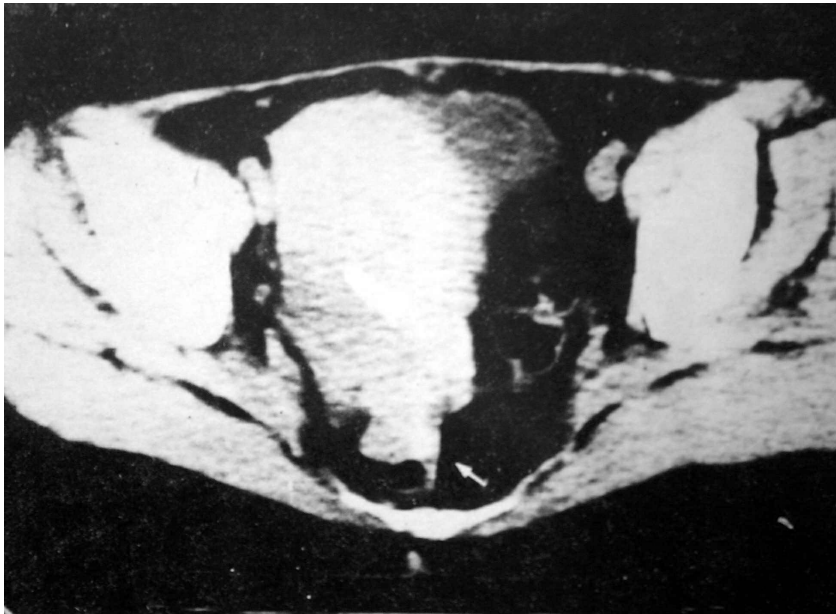


Figura 1 Tomografia computadorizada de pelve revela imagem sólida projetando-se na luz do reto (seta).

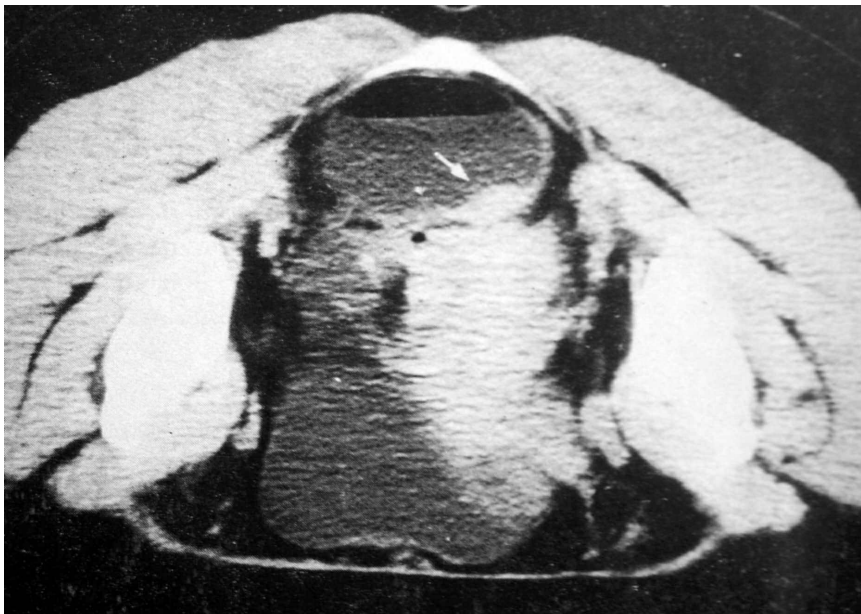


FIGURA 2. Tomografia computadorizada de pelve em decúbito ventral. Observa-se pequeno espessamento da parede lateral direita do reto (seta).

Em 1992, devido a piora dos sintomas, procurou o Hospital das Clínicas onde foi atendida no Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto. Após realização de tomografia computadorizada, ultrassonografia pélvica e dosagem sérica de CA

Foi seguida ambulatorialmente com dosagem seriada dos marcadores tumorais CA 19-9 e CA 125 além da avaliação do estradiol sérico. Houve diminuição acentuada dos sintomas com amenorréia e ausência de proctor-

## DISCUSSÃO

Aproximadamente 3% a 34% das pacientes portadoras de endometriose apresentam envolvimento intestinal<sup>5,8,9,13</sup>. No entanto, os sintomas decorrentes desse acometimento, conforme ocorre no presente caso, nem sempre são valorizados. O quadro clínico geralmente é caracterizado por dor em região hipogástrica e alteração do hábito intestinal, sendo que cerca de 30% dos pacientes apresentam sangramento retal, dificuldade e dor às evacuações<sup>3,4</sup>. Nas mulheres no período pré-menopausal, os sintomas são geralmente exacerbados pela menstruação, podendo ocorrer, embora menos frequentemente, no período intermenstrual. Na Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da FMUSP, no período de 1991 a 1993, em avaliação de 80 pacientes, sintomas intestinais cíclicos ocorreram em 13.7% das vezes. Nossa paciente tinha sintomas exclusivamente no período que antecedia a menstruação, motivando a consulta médica, e não tinha queixas ginecológicas.

O diagnóstico, muitas vezes, é difícil de ser feito. O achado mais comum é a presença de uma massa extrínseca no sigmóide ou reto. Este tipo de lesão, acompanhado de sintomas intestinais já mencionados, sugere o diagnóstico. Devemos enfatizar ainda a importância de um adequado exame ginecológico. Relatos recentes mostram que a endometriose pode adquirir característica infiltrativa. Koninckz e Martin<sup>7</sup> classificaram a endometriose em três subtipos: tipo I caracterizado por grande superfície em contato com cavidade peritoneal e apresenta forma cônica, tipo II caracterizado por grande alteração da anatomia pélvica e o terceiro, caracterizado por nódulo esférico e profundo, localizado no septo reto-vaginal, apresenta pior prognóstico. Este tipo de lesão, nem sempre bem visualizado na pélvis, é melhor diagnosticado pela percepção de nódulos ou espessamentos no fundo de saco de

Douglas ou, evidentemente, por biópsia do local. Desta forma, deve-se valorizar a identificação destes processos em associação com a queixa proctológica.

A colonoscopia geralmente é pouco útil pois a endometriose raramente compromete a mucosa. Contudo, tem seu benefício no sentido de descartar o diagnóstico de adenocarcinoma. No presente caso, o processo estendia-se até a luz do reto (Fig.1), possibilitando o diagnóstico endoscópico e histológico de certeza na ocasião do primeiro aten-

ces iniciais eram compatíveis com a doença em estágio avançado, ou seja, estágio IV da American Fertility Society<sup>16</sup> (TABELA 1).

Na revisão da literatura concluímos não haver uniformidade nas opções terapêuticas para a endometriose coloretal<sup>17,18</sup>. Alguns autores<sup>3</sup> mostraram bons resultados com a ressecção anterior e anastomose coloretal primária. Outros autores<sup>4</sup>, indicam pan-histerectomia com conservação do segmento coloretal em alguns casos selecionados

ENDOMETRIOSE		< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
PERITÔNIO	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
OVÁRIO	Superficial (D+E)	1+1	2+2	4+4
	Profunda (D+E)	4+4	16+16	20+20
ADESÕES		< 1/3 Área	1/3 - 2/3 Área	> 2/3 Área
OVÁRIO	Frouxas (D+E)	1+1	2+2	4+4
	Densas (D+E)	4+4	8+8	16+16
TUBA	Frouxas (D+E)	1+1	2+2	4+4
	Densas (D+E)	4+4	8+8	16+16

### Classificação Pontos

Estádio I (mínima)	1 - 5
Estádio II (leve)	6 - 15
Estádio III (moderada)	16 - 40
Estádio IV (severa)	> 40

Tabela 1. Classificação da endometriose da American Fertility Society<sup>16</sup>.

dimento. Com a regressão tumoral após tratamento clínico (Fig.2), a colonoscopia mostrou espessamento de parede retal cuja biópsia só revelou fibrose. O acompanhamento desta seqüela é necessário pois em alguns casos pode evoluir para estenose<sup>4</sup>.

A dosagem de marcadores séricos como o CA 125 e CA 19-9 tem sido valorizada no diagnóstico desta doença, assim como na monitorização terapêutica e do seu prognóstico<sup>2,11</sup>. Conforme pudemos observar, seus elevados índi-

ces iniciais eram compatíveis com a doença em estágio avançado, ou seja, estágio IV da American Fertility Society<sup>16</sup>.

com terapêutica adjuvante com danazol, conforme foi feito em nosso caso. A terapêutica hormonal adjuvante é importante pois pode levar ao desaparecimento ou reduzir os sintomas colo-retais. No caso em questão, tal tratamento foi efetuado com danazol, esteróide sintético derivado da etisterona. Age suprimindo a liberação de gonadotrofinas hipofisárias e diretamente em receptores para esteróides gonadais nos órgãos alvo. Temos insistido no acompanhamento do tratamento clínico com avaliação de marca-

dores séricos como o CA 125 e, no caso descrito, do CA 19-9, além da utilização da análise do estradiol sanguíneo como "alvo" do tratamento. O prognóstico da doença é considerado bom quando o decréscimo do CA 125 for de pelo menos 40%, para níveis inferiores a 16 U/ml. Mulheres cuja concentração do CA 125 não diminuir conforme este parâmetro, são consideradas de "mau" prognóstico<sup>2</sup>. Quanto ao estradiol, recomenda-se que em casos de endometriose do estadió IV da American Fertility Society, mantenha-se níveis de estradiol circulantes inferiores a 15 pg/ml. No relato em questão, estes índices foram tentados com doses de danazol diárias de 800 mg. Apesar dos

níveis do CA 125 rapidamente terem caído para 19 U/ml, a não diminuição abaixo de 16 U/ml e a persistência do estradiol em níveis superiores a 25 pg/ml, provavelmente estiveram relacionadas à presença, durante o tratamento, do endometrioma ovariano e do próprio tumor coloretal. Além disto o fato do exame anatomo-patológico ter identificado esta endometriose como indiferenciada é fator também de mau prognóstico pois habitualmente apresentam resposta incompleta à terapêutica hormonal anti-estrogênica<sup>15</sup>.

Observou-se que no quinto mês do tratamento hormonal, pequena elevação do estradiol, concomitantemente a

um leve aumento dos níveis de CA 125 e CA 19-9 séricos, época em que o procedimento cirúrgico foi programado. Desta forma, conseguimos evitar ressecção intestinal, com claro benefício da paciente. A exérese do útero e ovário justificava-se por seu severo comprometimento e pela idade da paciente, que já apresentava prole constituída. A nosso ver só há indicação para ressecção da área intestinal comprometida quando não há resposta a este tratamento. Quando indicada, a cirurgia deve ser econômica e com reconstituição do trânsito coloretal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBIERI, R.L. & GORDON, A.M.C. - Hormonal therapy of endometriosis: the estradiol target. *Fertil. Steril.* 56:820-2, 1991.
2. BARLOW, D.H. & KENNEDY, S.H. - Endometriosis, clinical presentation and diagnosis. In: SHAW, R.W. - *Endometriosis*. New Jersey, Parthenon, 1990. pp. 1-10.
3. CORONADO, C.; FRANKLIN, R.R.; LOTZE, E.C.; BAILEY, H.R. & VALDÉS, C.T. - Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. *Fertil. Steril.* 53:411-6, 1990.
4. GRAHAN, B. & MAZIER, W.P. - Diagnosis and management of endometriosis of the colon and rectum. *Dis. Col. Rect.* 31:952-6, 1988.
5. GRAY, L.A. - Endometriosis. *Clin. Obstet. Gynecol.* 3:472-9, 1960.
6. JENKINS, S.; OLIVE, D.L. & HANEY, A.F. - Endometriosis: Pathogenetic implications of anatomic distribution. *Obstet. Gynecol.* 67:335, 1986.
7. KONINCKZ, P.R. & MARTIN, D.C. - Deep endometriosis: a consequence of infiltration or reaction or possibly adenomyosis externa? *Fertil. Steril.* 58:924-8, 1992.
8. KRUTZEN, G. & SALVATI, E. - Collective review of endometriosis of the colon. *Am. J. Surg.* 90:866-754, 1965.
9. MACAFEE, C & GREER, H. - Intestinal endometriosis. *J. Obstet. Gynecol. Br. Emp.* 67:539-55, 1960.
10. MITCHELL, G.W. - Extrapelvic endometriosis. In: SCHENKEN, R.S. - *Endometriosis: Contemporary concepts in clinical management*. Lippincott, London, 1989. pp.307-28.
11. PITTAWAY, D.E. & FAYEZ, J. - The use of CA 125 in the diagnosis and management of endometriosis. *Fertil. Steril.* 46:790-4, 1986.
12. PITTAWAY, D.E. - The use of CA 125 concentrations to monitor endometriosis in infertile women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 163:1032-7, 1990.
13. RANNEY, B. - Etiology, prevention and inhibition of endometriosis. *Clin. Obstet. Gynecol.* 23:875-83, 1980.
14. ROKITANSKY. Citado por MAYO, C.W. - Endometriosis of sigmoid and rectum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 70:136-9, 1940.
15. SCHWEPPE, K.W. - Etiology, pathogenesis and natural history of endometriosis. In: ROCK, J.A. & SCHWEPPE, K.W. - *Recent advances in the management of endometriosis*. Parthenon, New Jersey, 1988. pp 13-30.
16. The American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985. *Fertil. Steril.* 43:351-2, 1985.
17. TOSTA DE SOUZA, V.C. - Endometriose cólica: diagnóstico e tratamento (Tese de doutoramento) - *Brasília Médica* 8(3/4):59-80, 1972.
18. WEED, J.C. & RAY, J.E. - Endometriosis of the bowel. *Obstet. Gynecol.* 69:727, 1987.
19. WHEELER, J.M. - Epidemiology of endometriosis-associated infertility. *J. Reprod. Med.* 34:41-6, 1989.