

# SUBOCLUSÃO INTESTINAL E RETORRÁGIA DEVIDAS A UMA ENDOMETRIOSE CÓLICA EM UMA PACIENTE DE 39 ANOS

Luiz Fabiano Andrade de Moraes<sup>1</sup>  
Maria Eugênia Duarte<sup>2</sup>

## RESUMO

*Endometriose cólica em uma mulher de 39 anos, submetida três anos antes a uma ooforectomia esquerda por cisto e a uma ligadura de trompas. O diagnóstico de endometriose cólica foi estabelecido com base em dados clínicos, endoscópicos, radiológicos, cirúrgicos e laboratoriais.*

*Praticou-se uma colectomia segmentar, em face da suboclusão e da retorrágia importantes.*

*Decorridos cinco anos, a paciente passa bem.*

A endometriose colorretal não deve ser considerada uma doença excepcional e local. Entre nós, sem dúvida, existem muitos casos, como em toda parte, porém, infelizmente, poucas são as publicações a respeito.

No caso em pauta, trata-se de uma mulher de 39 anos, com uma gravidez a termo, ciclo menstrual normal, mas submetida três anos antes a uma ooforectomia esquerda (cisto foliculínico) e a laqueadura tubária.

Independente dos sinais clínicos clássicos, tais como constipação intestinal progressiva, distensão abdominal com dor, meteorismo, a paciente apresentava também dois sintomas muito importantes: uma suboclusão e retorrágias.

Deve-se questionar o diagnóstico de neoplasia cólica, quando a endometriose se apresenta sob a forma pseudotumoral isolada, parcial ou total.

Os grandes hematomas intramurais são considerados por Wynn – que tem vasta experiência no

assunto – como uma complicação da endometriose cólica.

Procedeu-se a retossigmoidoscopia, até 25 centímetros da margem anal, observando-se, então, mucosa normal, embora coberta de secreção mucossanguinolenta e de pequenos coágulos. Notamos, também, uma certa fixação da alça sigmoideana, sem existir, entretanto, qualquer lesão vegetante, ulcerosa ou inflamatória; não havia doença hemorroidal evidente. Realizamos biópsias de mucosa, cujo resultado foi negativo.

## Radiologia

O estudo radiológico do tubo digestivo alto foi normal. O clister opaco, entretanto, mostrou uma alça sigmoideana fixa, retraída e com formações polipóides localizadas (**Fig. 1**).

## Tratamento cirúrgico

A laparotomia confirmou a existência da alça sigmoideana fixa, endurecida, com formações polipóides, de cor achocolatada, em sua parede mesentérica.

O ovário direito mostrava uma formação cística, translúcida.

- 1 Professor-Assistente da Cadeira de Cirurgia Gastroenterológica da UFF e ex-Assistente Estrangeiro da Universidade de Paris. Médico Proctologista do INAMPS – Niterói
- 2 Professora Assistente da Cadeira de Patologia Clínica e Cirúrgica da UFF

O útero era de tamanho normal e consistente. Ausência de ovário esquerdo (ooforectomia anterior).

Ao final do inventário, praticamos uma sigmoidectomia parcial com restabelecimento da continuidade por uma anastomose término-terminal colorretal.

Ressecamos parcialmente o ovário direito junto com o cisto.

**Patologia**

Macroscopicamente o tumor era arredondado com quatro centímetros de diâmetro, situado na luz do intestino, liso, cruento, de cor escura (Fig. 2) com formações císticas sem conteúdo.

Microscopicamente, estroma glandular de tipo endometrial localizado na serosa e muscular (Fig. 3) com uma pequena quantidade na submucosa. Glândulas revestidas de epitélio cilíndrico com núcleos volumosos, uniformes, com parede de vacúolos citoplasmáticos (Fig. 4). Havia também pequenos focos hemorrágicos no estroma endometrial, proliferações fibroblásticas ao nível da serosa (Fig. 5).

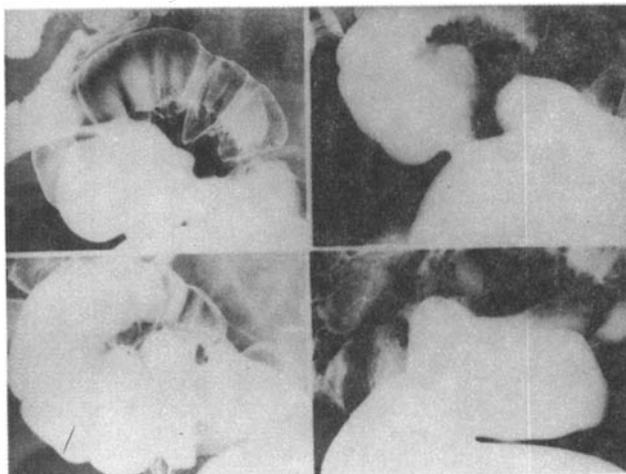


Fig. 1 – Clister opaco mostrando uma alça sigmoideana fixa e formações polipóides.



Fig. 2 – Peça operatória, luz intestinal mostrando o endometrioma.

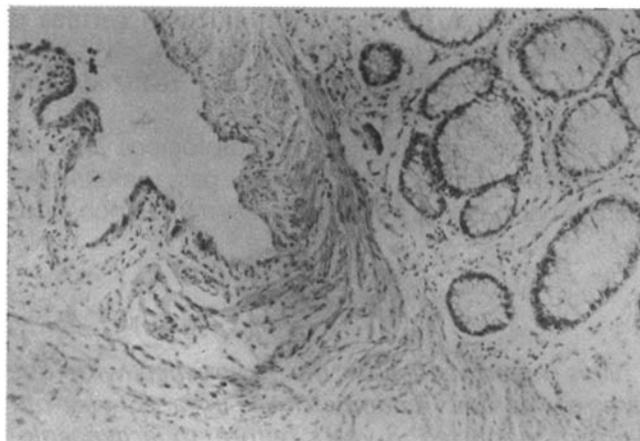


Fig. 3 – Glândula endometrial cisticamente dilatada na camada submucosa.

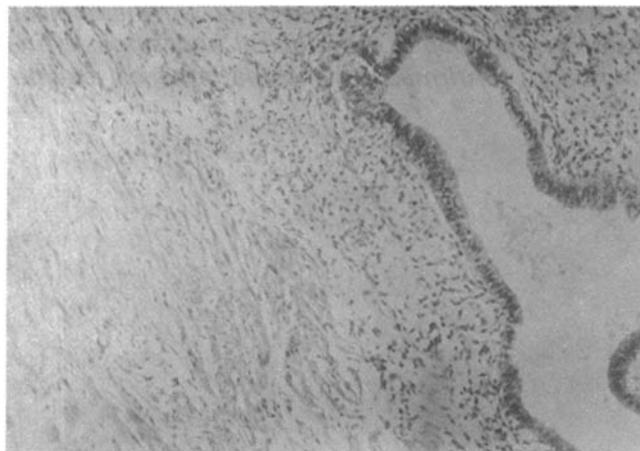


Fig. 4 – Glândula e estroma endometriais em meio a camada muscular.

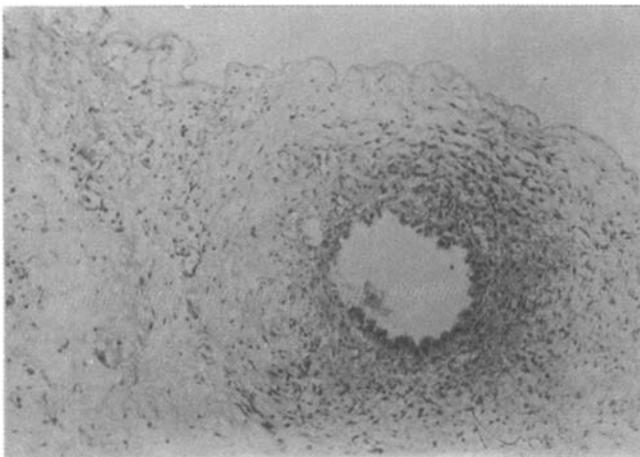


Fig. 5 – Glândula e estroma endometriais na camada serosa.

**DISCUSSÃO**

Diante da diversidade de sinais clínicos e funcionais, discutimos vários diagnósticos; entre outros, o câncer de sigmóide, a diverticulose degenerada, a retocolite ulcerativa e a doença de

Crohn cólica. A histologia definiu com certeza o diagnóstico de endometriose cólica.

Dois meses após a cirurgia foi realizado um clister opaco de controle.

Todos os sinais clínicos e radiológicos anteriores desapareceram. A paciente passa excelentemente bem e suas regras são normais cinco anos após.

### SUMMARY

*This report concerns the experience with one case of colonic endometriosis in a 39-year-old woman submitted 3 years before to a gynecological surgery for tubal ligation and excision of the left ovary (cist). The diagnosis of endometriosis of the bowel was established based on the clinical features endoscopic, radiological and surgical findings and confirmed by histopathological examination.*

*Segmental resection was performed since the preoperative diagnosis and was found an isolated form of endometriosis with partial bowel obstruction. Five years later the patient was free from recurrence and surgical complications.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SERMENT H, GANJOUX J, BLANC B, BOOCHERY PC & PIANA L – Une observation d'endométriose colique. Bull Fra Gynec-obstet Franc, 22: 102, 1970.
2. BURNS FJ – Endometriosis of the intestine. Dis colon and rectum, 10: 344, 1967.
3. WYNN TE – Endometriosis of the sigmoid colon. Arch Path, 92: 25, 1971.
4. GRAY LA – Endometriosis of the bowel: role of bowel resection, superficial excision and oophorectomy in treatment. Ann Surg, 177: 580, 1973.
5. PONKA JL, BRUSH BE & HODGKINSON CP – Colorectal endometriosis. Dis Colon Rectum, 16: 490, 1973.
6. REINTOFT I, LANGE AP & SKIPPER A – Coincidence of granulosa cell tumor of ovary and development of carcinoma in rectal endometriosis. Acta Obstet Gynec Scand, 53: 185, 1974.