

---

## ENDOMETRIOMA DO RETO

HEITOR ALBERTO JANNKE  
FÉLIX ANTÔNIO INSAURRIAGA DOS SANTOS

---

JANNKE HA, SANTOS FAI - Endometrioma do reto. *Rev bras Colo-Proct*, 1990; 10(1): 27-31

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso de endometrioma do reto, detectado após histerectomia prévia. Discutem a gênese do processo e chamam a atenção para uma doença benigna que deve estar sempre presente no diagnóstico diferencial dos estreitamentos de segmentos intestinais, especialmente do sigmóide e reto, em pacientes do sexo feminino com passado de cirurgia ginecológica.

**UNITERMOS:** endometrioma; reto

---

A endometriose externa é entidade patológica bem-conhecida, especialmente por aqueles que atuam em clínica ginecológica, visto que atinge de 10 a 20% das mulheres entre 30 anos e a menopausa (10). Caracteriza-se pela presença de tecido endometrial heterotópico que responde às ações cíclicas dos hormônios ovarianos. O comprometimento do sigmóide e reto ocorre com alguma frequência. Quando esse tecido endometrial heterotópico se implanta de forma localizada na parede do reto, determinando estreitamento, diz-se endometrioma (9).

O endometrioma caracteriza-se como um tumor circunscrito geralmente maior de 5,0 cm; encontrado na subserosa e muscular da parede intestinal, podendo atingir a submucosa, projetando-se na luz intestinal sem ulcerá-la, como uma massa polipóide (8). O primeiro caso de endometriose cólica foi descrito por *Rockitansky* em 1860 (1, 4).

---

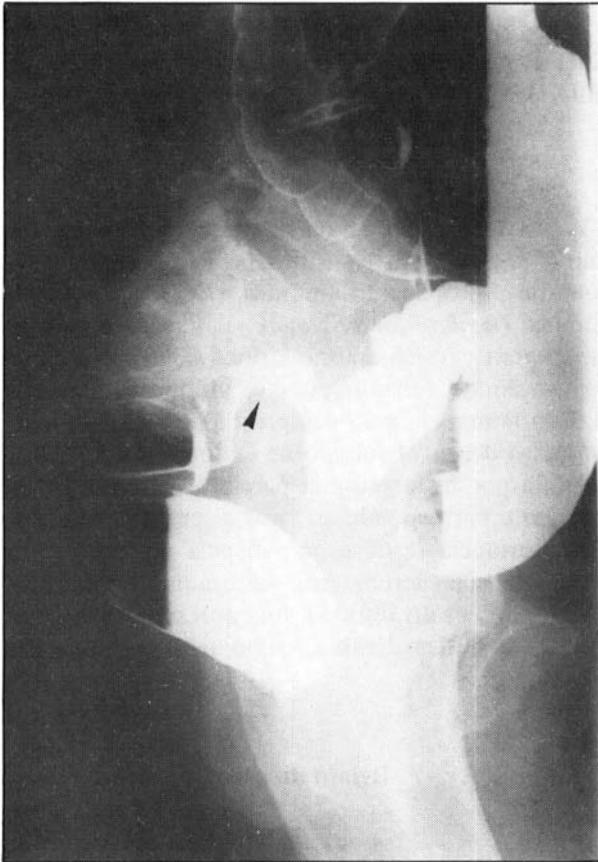
*Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.*

Várias teorias procuram explicar sua etiopatogenia, como a regurgitação transtubária do sangue menstrual (*Sampson*); propagação linfática (*Halban*); metaplasia celômica (*Iwaboff-Meyer-Novak*); difusão hematogênica (*Sampson*); restos embrionários (*Heim*); síndrome da luteinização do folículo intacto; alterações imunológicas e hormonais e ação das prostaglandinas (4, 8). Entretanto, o desenvolvimento de endometrioma após histerorrafia por histerectomia parcial é situação bastante incomum e corresponde ao caso discutido nesse artigo. Sua importância se deve não só pela possibilidade dos endometriomas serem, não raramente, confundidos com carcinomas do reto (5), que apresentam uma abordagem terapêutica distinta, como também discutir sua gênese no caso.

### Relato do caso

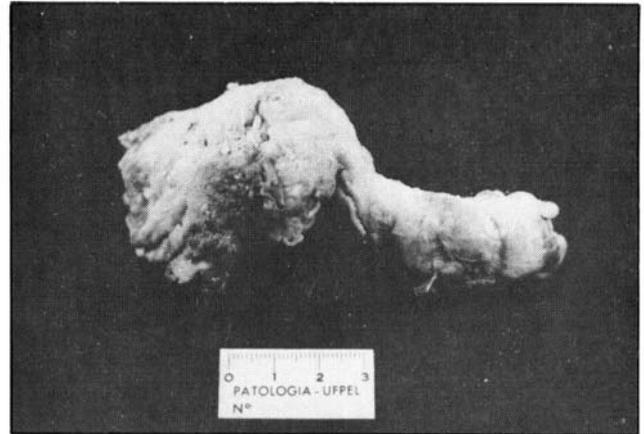
Paciente M.H.S.S., 41 anos, feminina, desquitada, dois filhos, dona de casa, natural e procedente de Pelotas (RS), veio à consulta em março de 1987 com a queixa de dor sacral que se irradiava pelo ânus, associada com cólicas abdominais hipogástricas e alteração do hábito intestinal caracterizados por episódios de eliminação de muco e sangue acompanhados de tenesmo. Referia que estes sintomas se iniciaram cinco meses após histerectomia parcial por mioma uterino feito em 1984. Negava alteração ponderal. Os demais aspectos da anamnese não foram elucidativos. Exame físico sem particularidades. O exame proctológico evidenciou mamilos hemorroidários de 2.º grau e plicomas. No toque retal não havia massa palpável. A introdução do retossigmoidoscópio só foi possível até 15,0 cm da margem anal, quando a paciente passou a relatar dor intensa que impediu a progressão do aparelho.

Foi solicitado enema opaco (*Fig. 1*) que mostrou zona de estreitamento na região retossigmóide, com diminuição de calibre, contornos irregulares, rígida, com transição abrupta entre a lesão e o cólon normal, sugestiva de neoplasia de reto. Em vista desse achado, foi realizado novo estudo endoscópico por fibrocolonoscopia que identificou marcada angulação por aderência ou compressão extrínseca. A ecografia abdominal total foi normal.



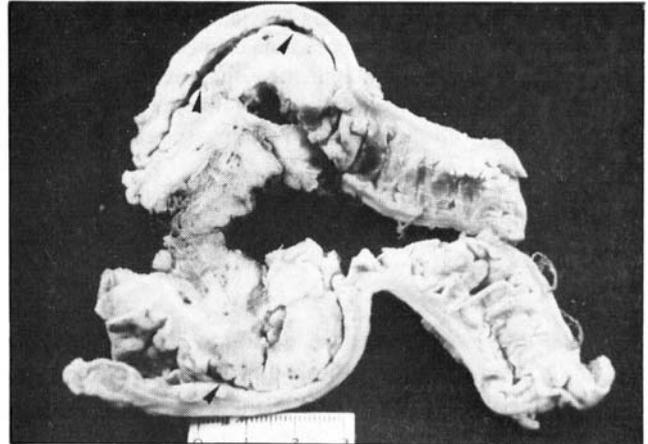
**Fig. 1** - Clichê de enema opaco em perfil, observando-se estreitamento (seta) do calibre de contornos irregulares.

Paciente foi à cirurgia em 4 de dezembro de 1987, quando se encontrou uma massa no reto médio, que lhe determinava estreitamento e mostrava-se aderida ao útero remanescente (*Fig. 2*). Foi realizada ressecção anterior baixa do segmento intestinal com anastomose primária e complementação da histerectomia, mantendo-se ambos os ovários. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta no 8.º dia.



**Fig. 2** - Segmento do intestino grosso (retossigmóide), exibindo formação tumoriforme à esquerda.

O exame anatomopatológico mostrou formação tumoral nodular cinza esbranquiçada, de consistência dura, recoberta por mucosa pardo-clara e granulosa, medindo cerca de 3,0 x 3,0 cm. O diagnóstico final foi de endometrioma mesclado na parede muscular com fibrose e hemorragia antigas (*Figs. 3, 4, 5, 6*). No coto uterino foi diagnosticada cervicite crônica com cistos de retenção.



**Fig. 3** - Secção longitudinal, observando-se o estreitamento do lúmen (seta) intestinal pelo endometrioma.



**Fig. 4** - Foto macroscópica ampliada, visualizando-se "ilhas" (setas) de heterotopia endometrial.

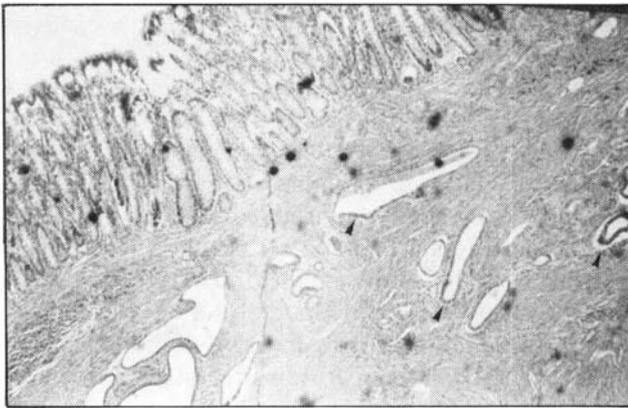


Fig. 5 - Corte microscópico do intestino grosso, visualizando-se submucosa e muscular repletas de heterotopias endometriais (setas). HE.

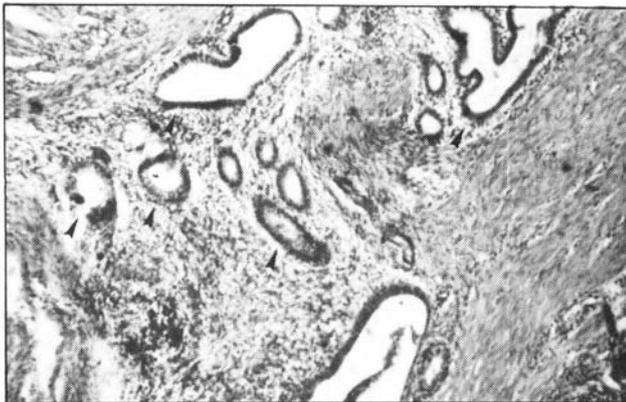


Fig. 6 - Corte microscópico, visualizando-se glândulas e estroma endometriais (setas) em meio a túnica muscular própria. (HE).

Após esses resultados, foi revisada a anamnese da paciente, quando a mesma confirmou que suas queixas eram cíclicas, relacionadas às fases menstruais, quando havia uma nítida piora dos sintomas, seguidas por períodos de relativa acalmia. A revisão do exame anatomopatológico da histerectomia realizada em 1984 mostrava que a doente apresentava endometriose interna (adenomiose) e leiomiomas.

A paciente se manteve assintomática por cerca de 15 meses, quando passou a apresentar dor abdominal na região hipogástrica e fossa ilíaca direita, de moderada intensidade, não cíclica, tendo por isso se consultado. Solicitou-se ecografia abdominal que evidenciou um cisto no ovário direito de cerca de 10 cm de diâmetro.

Em 16/06/89 foi realizada laparotomia exploradora, confirmando-se os achados da ultrassonografia com várias aderências entre alças ileais e, especialmente, um segmento intestinal de íleo aderido ao ovário esquerdo, de cuja ruptura da cápsula extravasou um líquido achocolatado, sugestivo de endometriose ovariana. Em se-

quência, procedeu-se à ooforectomia bilateral e liberação ampla das aderências peritoneais, de modo especial na escavação pélvica, identificando-se pequenos pontos também sugestivos de heterotopia endometrial peritoneal.

O exame anatomopatológico confirmou a endometriose do ovário esquerdo e diagnosticou um cisto seroso no ovário direito.

A paciente apresentou um período pós-operatório sem complicações e se apresenta no momento sem queixas.

## COMENTÁRIOS

A endometriose representa 20 a 30% das ginecopatias, 15 a 20% das laparotomias ginecológicas, ocorrendo em 25% das mulheres na 3.ª a 4.ª décadas, nunca antes da menarca e somente em 2,5% dos casos ocorre após a menopausa (2, 4, 6).

Os principais sítios são os ovários, ligamentos uterinos, septo retovaginal, peritônio pelviano, tubas uterinas, reto e sigmóide, bexiga, umbigo, cicatrizes cirúrgicas, sacos herniários, aparelho genital baixo, aparelho urinário, rins, pulmão, diafragma, brônquios, pleura, fígado, cérebro e extremidades (braço e joelho) (2, 4, 7, 14).

A endometriose intestinal pode ser isolada, mas mais comumente vem associada à endometriose ovariana ou de útero (adenomiose ou endometriose interna) como no caso (3, 4, 9). O cólon pélvico em 30% e o reto em 16-18% são os mais frequentemente acometidos, nos casos de endometriose pélvica, tendo grande associação com leiomiomas, como no caso (4). O intestino delgado, região perianal, ceco e apêndice cecal são envolvidos mais raramente (7). Em revisão feita (12), a região retossigmóide representou 69% das lesões intestinais e a região íleo-ceco-apendicular 30% dos casos. A endometriose intestinal representa 5,4% de 3.037 laparotomias realizadas (7, 12) por endometriose.

No caso relatado, é bastante controversa a gênese do endometrioma. Poder-se-ia considerar que a paciente já apresentava a endometriose intestinal na oportunidade da primeira intervenção, a qual passou despercebida ao cirurgião e que se exacerbou após a histerectomia pela seqüência da estimulação ovariana. De outra forma, poderiam ter havido também implantes de endométrio no trans-operatório. Há autores (4) que mostraram a endometriose pós-operatória como conseqüência de implantes de tecido endometrial durante o ato operatório e que o tempo de aparecimento do endometrioma variava de um a cinco anos, como no presente caso, cujo diagnóstico foi feito três anos após a histerectomia. Em transplantes de fragmentos do tecido endometrial, re-

movidos por histerectomia em várias fases do ciclo menstrual, certos autores observaram seu aparecimento em até 522 dias (7).

Os sintomas geralmente estão associados ao processo obstrutivo ou completo, secundário à fibrose, que afeta a parede intestinal, mas a literatura também refere casos simulando apendicite aguda ou manifestando-se como sangramento digestivo baixo (2, 10). Nessas situações, quase sempre ocorre após a perda da integridade da mucosa intestinal por biopsias repetidas (1, 10).

Somente metade dos portadores de endometrioma apresenta alguma queixa (2, 3). São geralmente queixas de longa data, com duração média de três anos como no caso, caracterizadas por dores retal ou pélvica, que se agravam com a defecação e especialmente na fase menstrual (2). Os principais sintomas sugestivos de endometrioma são diarreia cíclica, constipação cíclica, sangramento retal cíclico, distensão abdominal cíclica, presentes na época de menstruação ou exacerbados nesta fase. Pode estar presente dismenorréia pouco a pouco crescente, cólicas abdominais baixas e, nos casos mais avançados, obstrução intestinal parcial ou completa (3, 6, 9, 11). Algumas vezes, como no caso relatado, o aspecto cíclico não é bem-explorado na anamnese não dirigida (2). O sangramento referido pela doente provavelmente se devia à doença hemorroidária, pois a mucosa que recobria o endometrioma encontrava-se íntegra.

O diagnóstico é feito principalmente pela história clínica e biopsia (3, 11), visto que o estudo radiológico, ecográfico e endoscópico não apresenta sinais patognômicos (2, 3, 5, 9). Evidentemente que, em uma paciente com uma lesão estenosante no reto, pode o cirurgião geral confundir-la, clinicamente, com um carcinoma (3). Assim, o diagnóstico correto pré-operatório é importante, não somente por razões acadêmicas, mas também porque a maioria dos casos são controlados conservadoramente, evitando-se cirurgias amplas e desnecessárias, havendo citações de amputações abdomino-perineais e colostomias permanentes em casos que foram confundidos com doença maligna (5, 9, 10, 12).

A possibilidade de transformação maligna do endometrioma é evidenciada por relatos (2, 5, 14) de sarcoma endometrial e há associação de endometriose com carcinoma de cólon e reto, descritas (7, 10, 13).

O tratamento só é indicado nos casos sintomáticos (9). Estes são geralmente controlados por hormonioterapia prolongada (4). A laparotomia exploradora está indicada quando a avaliação clínica não exclui uma neoplasia e a ressecção deve ser realizada nos casos de endometriomas solitários que comprometem a luz (9). Alguns autores (1, 10), entretanto, afirmam que o emprego continuado de estrógenos pode causar recidiva ou crescimento contínuo dos implantes endometriais, devendo sempre ser ressecados.

Há recomendações (10) do tratamento cirúrgico conservador nos pacientes com menos de 40 anos e com poucos sintomas e possibilidade de engravidar, consistindo em ooforectomia parcial e ressecção da lesão. O tratamento radical se reserva para pacientes de mais idade, intensidade de sintomas, ou jovens cujo tratamento medicamentoso ou cirúrgico falharam, consistindo em ooforectomia bilateral com histerectomia e ressecção da lesão intestinal (11). No caso relatado, não se realizou a ooforectomia bilateral ou parcial após o diagnóstico definitivo pós-operatório, o que poderia ter sido cogitado numa relaparotomia curativa com ressecção ovariana bilateral.

Nos casos de extrema gravidade, é indicada a ooforectomia bilateral e histerectomia com colostomia temporária pela impossibilidade de acesso à alça e à obstrução (9, 10).

A radioterapia é conduta terapêutica de exceção, que visa ao bloqueio provisório ou definitivo da secreção ovariana. Tem emprego limitado, uma vez que pode provocar lesões cromossômicas transmissíveis, carcinogênese e aparecimento de menopausa artificial (10).

---

#### JANNKE HA, SANTOS FAI - Endometrioma of the rectum.

**SUMMARY:** The authors present a case of endometrioma of the rectum which was detected subsequently to a hysterectomy. The genesis of the growth is discussed, and attention is drawn to the fact that a benign disease is a possibility that should be always considered in the differential diagnosis of intestinal narrowing, especially of the sigmoid colon and of the rectum, in female patients with a history of previous gynecological surgery.

**KEY WORDS:** endometrioma; rectum

---

#### REFERÊNCIAS

1. Camurça MF. Endometriose perineal e ileo-cecal. Biblioteca do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1979.
2. Eyers T, Morgan B, Bignold L. Endometriosis of the sigmoid and rectum. Aust N Z J Surg 1978; 48(6): 639-43.
3. Goligher JC. Cirurgia del ano, recto y colon. 2.ª ed., Barcelona, Salvat Editores, 1987; cap. 21: 780-1.
4. Halbe HW. Tratado de ginecologia. São Paulo, Editora Roca, 1987; cap. 58: 749-63.
5. Liakópulos ANJ, Blázquez CR, Barnett AIA, Liakópulos APJ. Lesion estenosante del rectosigmoide benigna? Rev med de Caja de Seguro Social 1982; 14(1): 13-18.

6. Localio SA. Anorectal presacral and sacral tumors. Philadelphia, WB Saunders Company 1987; cap. 4: 74.
7. Mattingly RF. The linde ginecologia operatória. 5.ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979; cap. 11: 117-212.
8. Morson BC. Systemic pathology. 3<sup>rd</sup> ed., New York, Churchill Livingstone, 1987; vol. 3: 386.
9. Schwartz SI. Princípios de cirurgia. 3.ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, vol. 2, 1981; cap. 28: 1311.
10. Souza VCT. Endometriose cólica: diagnóstico e tratamento. Tese de Doutorado. Biblioteca do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1970.
11. Souza VCT. Colo-proctologia, 3.ª ed., Rio de Janeiro, MEDSI, 1988; cap. 22: 189.
12. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. Obst Gynecol 1987; 69(5): 727-30.
13. Wood DA. Tumors of the intestines. National Academy of Sciences. Washington, DC. vol. 6, 1967; cap. 22: 235-39.
14. Ziv Y, Waizer A, Wolloch Y, Dintzman M. Pitfalls in the preoperative diagnosis of endometriosis. Arch Surg 1986; 121(3): 367-68.

**Endereço para correspondência:**  
Félix Antônio Insaurriaga dos Santos  
Rua Félix da Cunha, 614/402  
96010 - Pelotas - RS