

ENDOMETRIOMA DE MÚSCULO RETO ABDOMINAL: RELATO DE CASO

RECTUS ABDOMINIS ENDOMETRIOMA: A CASE REPORT

Maressa de Moura Abraham,*Humberto Pereira de Souza Silva**Meire de Oliveira Silva** Adilson Cunha Ferreira***

Resumo

O endometrioma extrapélvico é mais comumente encontrado em cicatriz cirúrgica abdominal, principalmente após cesariana ou procedimento cirúrgico ginecológico. A manifestação mais comum é a presença de massa palpável em parede abdominal, dolorosa, com aumento de volume e sensibilidade de acordo com a fase do ciclo menstrual, 10 porém cerca de 30% dos casos são assintomáticos. Métodos de imagem, dentre os quais a ultrassonografia, são importante para delimitar o tamanho da lesão, grau de comprometimento da parede abdominal e auxiliarem no diagnóstico definitivo se associados com a punção aspirativa com agulha fina (PAAF). Relatamos o caso de uma paciente de 33 anos, submetida à cesariana havia um ano e onze meses, queixando dor em hipogastro, diária, tipo ardência, sem relação com ciclos menstruais havia um mês. A ecografia de parede abdominal com PAAF evidenciou lesão complexa, expansiva, em topografia do músculo reto abdominal direito com saída de secreção espessa achocolatada, típica de endometriose.

Palavras-chave: Endometriose Extrapélvica; Endometriose de Reto Abdominal; Nódulo em Parede Abdominal; Ultrassonografia.

Abstract

The Extrapelvic endometrioma is most commonly found in abdominal surgical scars, especially after cesarean or gynecologic procedures. The most common manifestation is the presence of a palpable mass in the abdominal wall with swelling and sensitivity according to the phase of the menstrual cycle, though about 30% of cases are asymptomatic. Imaging tests, among which is ultrasonography, are important to define the size of the lesion, degree of involvement of the abdominal wall and to assist in the definitive diagnosis when associated with fine needle aspiration (FNA). We report the case of a patient of 33 years of age, who underwent a cesarean about a year and eleven months ago, complaining about daily, burning, hypogastric pain, unrelated to menstrual cycles a month ago. The abdominal ultrasound with performing FNA showed a expansive complex lesion, in topography of the right rectus muscle and emitting a chocolaty thick secretion, typical of endometriosis.

Keywords: Extrapelvic Endometrioma; Endometrioma of Rectus Abdominis; Nodule in the Abdominal Wall; Ultrasonography.

Trabalho realizado na Escola de Ultrassonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto (EURP)

*Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes - Universidade Federal do Amazonas - Ufam

**Alunos da EURP.

*** Professor da EURP.

Introdução

A endometriose é uma condição benigna e progressiva, caracterizada pela presença de implantes de tecido endometrial funcionante, glândulas endometriais e estroma, fora da cavidade e da musculatura uterina,¹ geralmente responsivos à estimulação hormonal. É denominada endometrioma quando se apresenta como massa circunscrita, com presença de coleção de líquido espesso de coloração achocolatada. Inicialmente descrita em detalhes por Von Rokitansky em 1860, sua visão moderna apenas se iniciou em 1927, com Sampson.² Acomete cerca de 10 a 15% das mulheres em fase reprodutiva,^{3,4,5} podendo chegar até a 60% em mulheres com infertilidade.⁵

O sítio de implante mais comum do endometrioma fora da cavidade pélvica é a cicatriz cirúrgica, com incidência de 0,03 a 1,08%,⁶ principalmente após cesariana^{7,8} ou procedimento cirúrgico ginecológico.^{9,10}

Estima-se que cerca de 30% dos casos sejam assintomáticos. A manifestação mais comum é a presença de massa palpável na parede abdominal, dolorosa, com aumento de volume e sensibilidade de acordo com a fase do ciclo menstrual.¹⁰

A suspeição diagnóstica, embora difícil apenas com o exame físico, deve ser sempre aventada quando a sintomatologia coincide com o período menstrual. Este relato de caso tem como objetivo demonstrar a importância de exames complementares, dentre os quais a ultrassonografia, no provável diagnóstico, pois o auxiliam, delimitam o tamanho da lesão, o grau de comprometimento da parede abdominal e se associado à punção aspirativa com agulha fina (PAAF), evidenciando líquido achocolatado, fecha o diagnóstico.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 33 anos de idade. Compareceu à EURP para realização de ecografia de parede abdominal em outubro de 2011, pois havia cerca de um mês iniciou quadro de dor abdominal intensa em hipogas-

tro, tipo ardência, diária, com piora aos esforços físicos, sem relação com ciclos menstruais, provavelmente pelo uso regular de anticoncepcional oral no último ano. Paciente relata ter notado massa palpável dolorosa na região mencionada, o que a motivou a procurar assistência médica. História ginecológico-obstétrica: duas gestações, sendo ambas cesarianas; nega abortamentos. Último parto havia um ano e onze meses, lactante até o presente momento. Ao exame físico, observou-se massa palpável, dolorosa, de consistência endurecida, com aproximadamente 3 centímetros de diâmetro, em hipogastro. Realizou-se ecografia de parede abdominal, com aparelho da marca Esaote, modelo MyLab50, evidenciando lesão complexa, expansiva, em topografia do músculo reto abdominal direito, medindo 3,3 x 1,3 x 3,1 cm. O modo Doppler colorido não evidenciou neovascularização da lesão. Realizou-se PAAF, agulha g21, 40 x 38 mm, com saída de secreção espessa achocolatada com coleta de cinco lâminas para análise citológica.

Apesar de a paciente não apresentar história clínica típica para endometriose, o aspecto da lesão à ecografia e do material à punção dela contribuiu consideravelmente para a hipótese de endometrioma, a qual foi confirmada pela análise citológica.

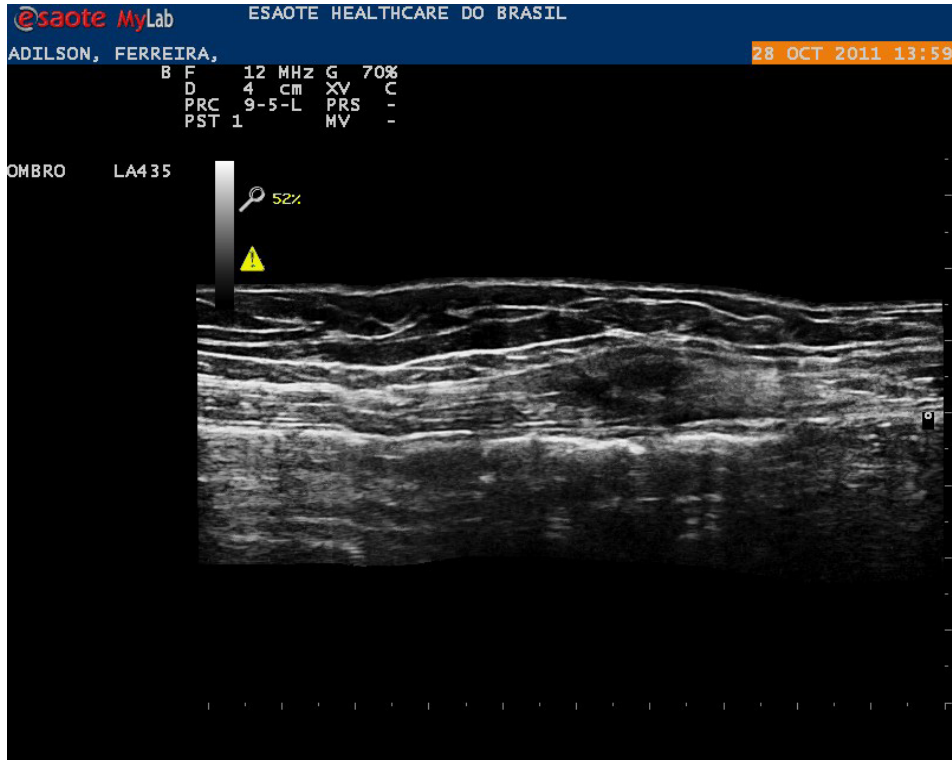


Figura 1: Ecografia da parede abdominal com transdutor linear de 12 MHz.

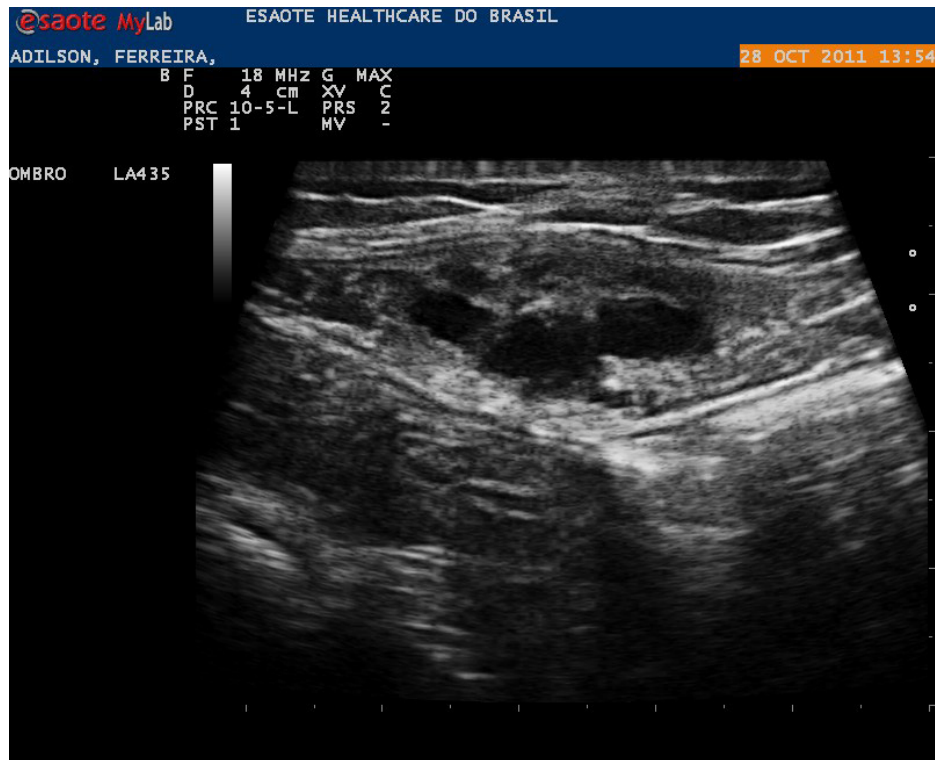


Figura 2: Ecografia da lesão em nível de músculo reto abdominal com transdutor linear de 18 MHz.

Discussão

As manifestações clínicas da endometriose são implantes endometrióticos peritoniais, endometriomas (cistos endometrioides), infiltração endometriótica profunda e aderências pélvicas.¹²

A endometriose extraperitoneal manifesta-se nos pulmões, pleura, pele, músculo esquelético e sistema nervoso central, sendo descrita virtualmente em todos os órgãos.¹² Quando na parede abdominal, localiza-se preferencialmente próximo de ou em uma cicatriz cirúrgica. Embora ocorra na maioria dos casos em pacientes com passado de cesariana,⁷ o endometrioma tem sido também observado em incisão operatória pós-histerectomia convencional ou laparoscópica,^{9,10} apendicectomia e hérnia inguinal, assim como já foi descrito em pacientes sem nenhuma intervenção prévia.⁸ Para a profilaxia da endometriose pós-cesariana, Wasfie⁷ recomenda a irrigação vigorosa da ferida operatória com solução salina antes do fechamento da parede abdominal.

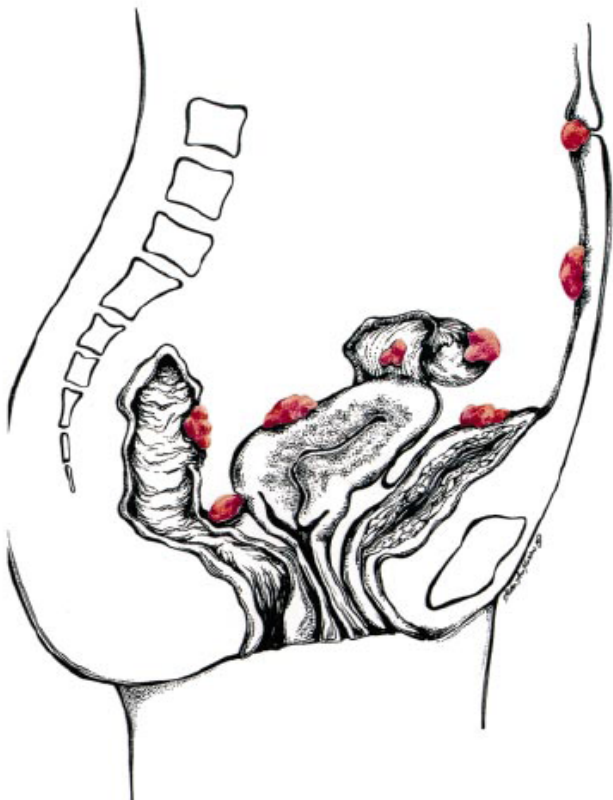


Figura 3: Sítios mais comuns de endometriose.

O tempo decorrido entre a operação prévia e o aparecimento dos sintomas decorrentes da instalação do processo pode variar de seis meses até 20 anos.⁸

Os sintomas mais comuns do endometrioma de parede abdominal incluem dor abdominal crônica ou cíclica, usualmente piorada por tosse ou contrações da musculatura abdominal, irregularidade menstrual e infertilidade; os sinais mais comuns são massa palpável em área de cicatriz incisional, geralmente dolorosa e que varia de tamanho sincronicamente aos períodos menstruais. Também pode ocorrer sangramento cíclico da massa dolorosa.¹⁵ A pele sobrejacente pode ser hiperpigmentada pelo depósito de hemossiderina.¹⁶

O achado ultrassonográfico de massa sólida na parede abdominal não é patognomônico de endometriose, mas sua localização perto de uma cicatriz de cesariana deve ser a primeira consideração no diagnóstico diferencial. O aspecto ecográfico dessas massas é de lesões sólidas e hipoeoicas na parede abdominal com vascularização interna à avaliação com *power Doppler*.¹⁶

A aparência da imagem do endometrioma pode ser mais heterogênea, com alterações císticas frequentes por conta do sangramento intralesional associado à menstruação.¹⁶ As lesões são geralmente bem delimitadas e a musculatura da parede abdominal é usualmente envolvida, com a massa localizada parcial ou totalmente dentro do músculo. A Ressonância Nuclear Magnética (RMN) pode demonstrar a presença de hemossiderina no interior da lesão e auxiliar na confirmação diagnóstica. No entanto, os achados característicos do endometrioma de parede abdominal não são específicos tanto no ultrassom como na Tomografia Computadorizada (TC) e na RMN.¹⁶ Em estudo de séries de casos, nenhum método mostrou-se superior à ultrassonografia, afirmando-se importante na avaliação diagnóstica e pré-operatória das massas de parede abdominal, uma vez que é o exame de menor custo e, associado à PAAF, permite melhor avaliação do diagnóstico definitivo; além de auxiliar na determinação do envolvimento subcutâneo e fascial, importantes para o planejamento

cirúrgico.⁵

Outras possibilidades diagnósticas para massas dentro da bainha do reto incluem neoplasias, tais como tumor desmoide, sarcoma, carcinoma de ovário, melanoma, linfoma e lesões não neoplásicas, como hematoma e abscesso.¹¹

O tratamento do endometrioma de parede abdominal é essencialmente cirúrgico e tem como objetivo principal a completa ressecção do processo, uma vez que não deve permanecer nenhum resto de tecido endometrial na área comprometida. Por isso, a excisão deve ser ampla^{18,19,20} para retirar todos os segmentos de pele, tecido subcutâneo, músculos, aponeuroses e peritônio potencialmente envolvidos. Se possível, o defeito criado pela excisão alargada deve ser corrigido com os próprios músculos e aponeuroses abdominais. Porém, quando isso implicar em alguma tensão nas linhas de suturas, a opção mais utilizada é o uso de prótese de poli-propileno.

Concluindo, embora o diagnóstico definitivo ainda requeira biópsia para análise histopatológica, a sintomatologia cíclica do paciente e história de cirurgia uterina anterior, juntamente com os achados ecográficos e o aspecto do conteúdo da lesão à PAAF, devem sugerir fortemente o diagnóstico correto. Deve-se dar preferência à ecografia como método complementar em primeiro momento pelo fácil acesso e baixo custo, além de possibilitar a biópsia da lesão durante a realização do exame.

Referências

- Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin N Am, New York*. 1997; june; 24(2): 411-40.
- Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the pelvic cavity. *AM J Obstet Gynecol*. 1927; 14: 422-69.
- Podgaec S, Abrão MS. Endometriose: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. *RBM Rev Bras Med*. 2004; 61: 41-6.
- Passos EP, Freitas F, Cunha Filho JS, Facin AC. Endometriose. In: Freitas F, Menke KH, Rivoire W, Passos EP. *Rotinas em Ginecologia*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 102-9.
- Ferreira AC, Mauad Filho F, Nicolau LGC, Leston AR, Mendonça JV, Serrano VAM et al. Contribuição da ultrassonografia de alta frequência no diagnóstico de endometrioma de parede abdominal: relato de caso. *Rev. Imagem*. 2006; 28(3): 193-6.
- Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol*. 1980; 56: 81-4.
- Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarian section: A preventable complication. *Int. Surg*. 2002; 87: 175-77.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, Mcclenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg. Gynecol & Obstet*. 1993; 177: 242-6.
- Wilson H, Shaxted E. Implatation endometrioma at a port site after laparoscopic abdominal supracervical hysterectomy. *Gynaecological endoscopy*. 1999; 8: 245.
- Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J. Am. Coll. Surg*. 2000; 190: 404-7.
- Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti Jr TP. Endometriosis: Radiologic-Pathologic. *Radiographics*. 2001; 121: 193-216.
- Park SB, Kim JK, Cho KS. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *J Clin Ultrasound*. 2008; 36(2): 91-97.
- Coley BD, Casola G. Incisional Endometrioma Involving the Rectus Abdominis muscle and subcutaneous Tissues. *AJR*. 1993; march; 160(3): 549-50.
- Chamié LP, Blasbalg R, Pereira RMA, Gisele W, Serafini PC. Findings on pelvic Endometriosis at Transvaginal US, MR Imaging, and laparoscopy. *Radiographics*. 2011; 31: E77-E100.

15. Gabriel A, Shores JT, Poblete M, Victorio A, Gupta S. Abdominal wall endometrioma: case report and review. *Ann Plast Surg.* 2007; 58(6): 691-693.

16. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006; 186(3): 616-20.

17. Thylan S. Letter to the editor. Re: Abominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract. A case report. *Am. Surgeon.* 1996; 62: 617.

18. Celik M, Bulbuloglu, E, Buyukbese MA, Cetinkaya AS. Abdominal wall endometrioma localizing in rectus abdominal sheath. *Turk. J. Med. Sci.* 2004; 34: 341-3.

19. Chun JT, Nelson HS, Maull KJ. Endometriosis of the abdominal wall. *South Med. J.* 1990; 83: 1491-2.

20. Kocakusak A, Arpinar E, Arikan S, Dermirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons. *Med. Princ. Pract.* 2005; 14: 434-7.

Correspondência:

Maressa de Moura Abraham

Rua 35, n.º 1, quadra 38 - Cond. Villa Verde II -
Santo Agostinho - CEP: 69036-800

Fone: (92) 9995 8645, 9603 8800,

Fax: (92) 3655 0129

E-mail: maressa.abraham@gmail.com