

Endometriose intestinal simulando os achados clínicos e cirúrgicos da doença de Crohn

Intestinal endometriosis simulating the clinical and surgical findings of Crohn's disease

Orivaldo Alves Barbosa^{1,2}, Priscilla Luna da Silva², José Otho Leal Nogueira², João Paulo Uchoa Fontenelle³, Jessica Teixeira de Figueiredo⁴, Caio Cesar Furtado Freire²

1. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza. CE, Brasil. 2. Médico do hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (HGCC), Fortaleza. CE, Brasil. 3. Médico Patologista da Clínica Argos, Fortaleza, Ceará, Brasil. 4. Discente do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Resumo

Introdução: A endometriose é caracterizada pelo implante extrauterino de tecido endometrial funcionante. A faixa etária de acometimento é de 25 a 30 anos, estimando-se que esteja presente em 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, raramente acometendo o trato gastrointestinal. **Relato do caso:** Descreve-se um caso de uma paciente com sintomas de dor abdominal e alteração do hábito intestinal que evoluiu com semioclusão intestinal. Os achados endoscópicos foram sugestivos de Doença Inflamatória Intestinal, obtendo-se o diagnóstico de endometriose após avaliação de segmento de delgado. **Conclusão:** Seguiu-se com uma breve revisão de literatura sobre endometriose intestinal, concluindo a importância deste diagnóstico diferencial de doença inflamatória, especialmente em mulheres na idade fértil.

Palavras-chave: Endometriose. Doença Inflamatória Intestinal. Endometriose Intestinal.

Abstract

Introduction: Endometriosis is characterized by extra-uterine implantation of functioning endometrial tissue. The age of onset is 25-30 years old and it is estimated to be present in 10-15% of women of reproductive age, and rarely affects the gastrointestinal tract. **Case report:** We present a case of a patient with symptoms of abdominal pain, altered bowel habit and weight loss that evolved with intestinal semi-occlusion, and endoscopic and tomographic findings suggestive of Inflammatory Bowel Disease (IBD) obtaining the diagnosis of endometriosis after bowel segment evaluation. **Conclusion:** We continue with a brief review of the literature on intestinal endometriosis, concluding the importance of the differential diagnosis of inflammatory bowel disease, especially in women of childbearing age.

Key words: Endometriosis. Inflammatory Bowel Disease. Intestinal Endometriosis.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença caracterizada pelo implante extrauterino de tecido endometrial funcionante¹, sendo os locais mais comuns no fundo de saco de Douglas, o ligamento redondo, as tubas uterinas, o cérvix e a vagina. Raramente, o trato gastrointestinal, o trato urinário, o sistema pulmonar, o sistema nervoso central, a pele e a musculatura estriada são acometidos por endometriose^{3,4}. A faixa etária de acometimento é de 25 a 30 anos, e estima-se que esteja presente em 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva². A endometriose intestinal acomete o reto e o cólon sigmoide em 75 a 90% dos casos, sendo o íleo distal acometido em 2 a 16% e o apêndice cecal, em 3 a 18%^{1,4,5}. As lesões acometem as camadas serosas e musculares próprias e raramente podem ser mais profundas, comprometendo a mucosa intestinal. Os principais sintomas são dor pélvica, alteração do hábito intestinal, flatulência, distensão abdominal, podendo ocorrer hematoquezia periódica de intensidade variável².

Relata-se um caso de uma jovem com história de diarreia, perda

ponderal, sintomas de semiobstrução intestinal secundários à estenose de delgado, com achados endoscópico-tomográficos sugestivos de doença inflamatória intestinal que, após avaliação do segmento de intestino ressecado cirurgicamente, recebeu o diagnóstico de endometriose.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso de uma paciente do serviço de clínica médica do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira no ano de 2015, sendo a paciente atualmente acompanhada nos ambulatórios de gastroenterologia e ginecologia. Paciente autorizou a publicação de seu caso, sabendo que está isenta de quaisquer custos e que sua identidade será preservada. Os dados foram coletados a partir do prontuário médico e da entrevista com a paciente. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, seguindo as normas da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde com número do parecer 1.851.317.

Correspondência: Orivaldo Alves Barbosa. Hospital Cesar Cals, Avenida do Imperador, 545, Centro, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: orivaldo.alves.barbosa@gmail.com

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 12 Nov 2016; Revisado em: 3 Mar 2017; 14 Mar 2017; Aceito em: 17 Mar 2017

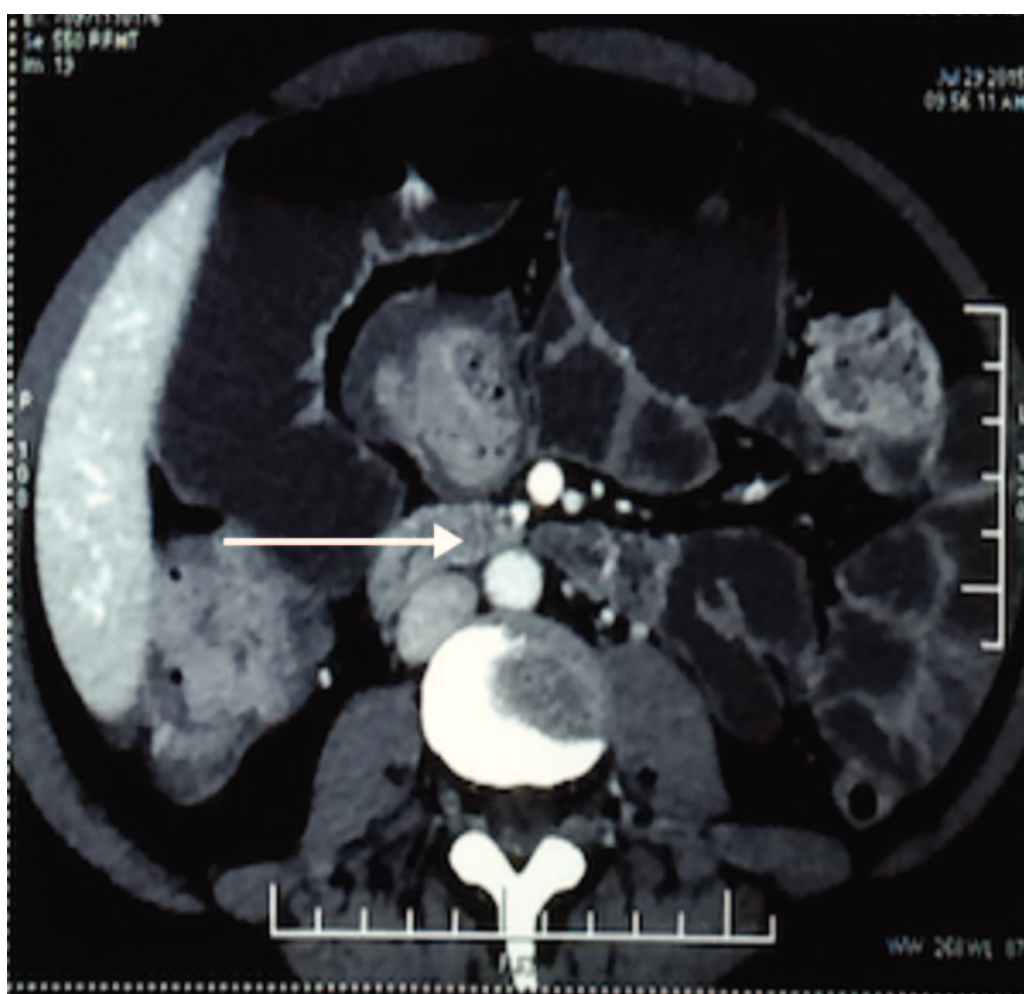
RELATO DE CASO

Mulher, 35 anos, iniciou aos 15 anos de idade quadros de dor epigástrica associada a náuseas, vômitos pós-prandiais e diarreia. A paciente passou a apresentar piora progressiva do quadro de dor e redução dos intervalos entre as crises. Há 10 meses da admissão no serviço, havia procurado atendimento médico em emergência devido à exacerbação do quadro com múltiplos internamentos hospitalares por suspeita de infecção intestinal. Realizou, previamente, exame colonoscópico que evidenciou erosões em íleo terminal, com histopatológico descrevendo ileíte crônica em infiltrado inflamatório linfomononuclear. A paciente foi, então, encaminhada para o

nosso serviço com suspeita de doença inflamatória intestinal para a avaliação da necessidade de tratamento.

O quadro da paciente, sete dias após o internamento, evoluiu com episódios de semioclusão intestinal (Figura 1) e desnutrição, os quais foram conduzidos com medidas clínicas e nutricionais. Foi submetida à nova colonoscopia, em que não se evidenciaram alterações. A despeito das medidas clínicas adotadas, a paciente persistiu apresentando quadro de dor abdominal, constipação e episódios de semioclusão, tendo sido, então, optado por tentar terapia com imunobiológico anticorpo contra receptor do fator de necrose tumoral - Anti-TNF, na dose de 5mg/kg quinzenalmente.

Figura 1. Enterotomografia de abdome apresentando estenose em íleo terminal (Seta)



Após a terceira dose de imunobiológico sem resposta, a paciente foi submetida à enterotomografia (Figura 1) que evidenciou áreas de estenose em íleo terminal a aproximadamente 5 cm da válvula íleocecal, optando-se por realizar dilatação endoscópica da área de estenose, sem sucesso. Diante da impossibilidade do tratamento endoscópico e da persistência dos sintomas, optou-se por abordagem cirúrgica. A paciente foi submetida a uma videolaparoscopia, sendo realizada ressecção do colon direito

e do íleo distal com anastomoses. O material proveniente da cirurgia (Figura 2) foi enviado para análise histopatológica que foi compatível com endometriose estromal e glandular bem diferenciada em íleo terminal e apêndice cecal (Figura 3). No período pós-operatório, o quadro da paciente evoluiu com melhora do quadro citado, estando atualmente em seguimento ambulatorial com a gastroenterologia e a ginecologia

Figura 2 Peça cirúrgica evidenciando área de estenose (Seta).

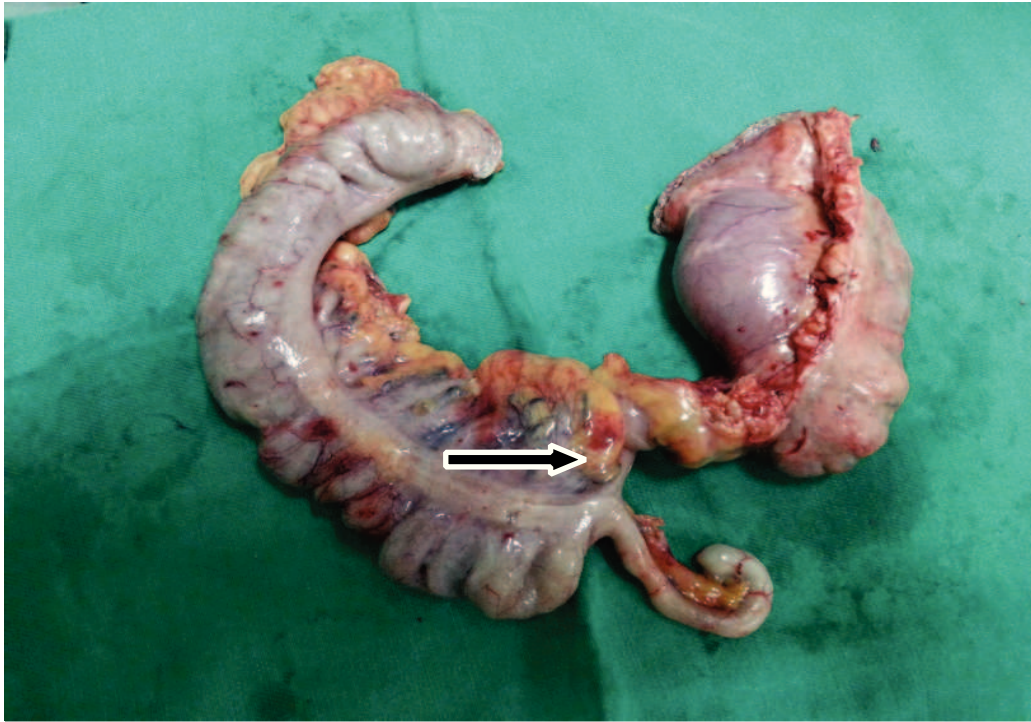
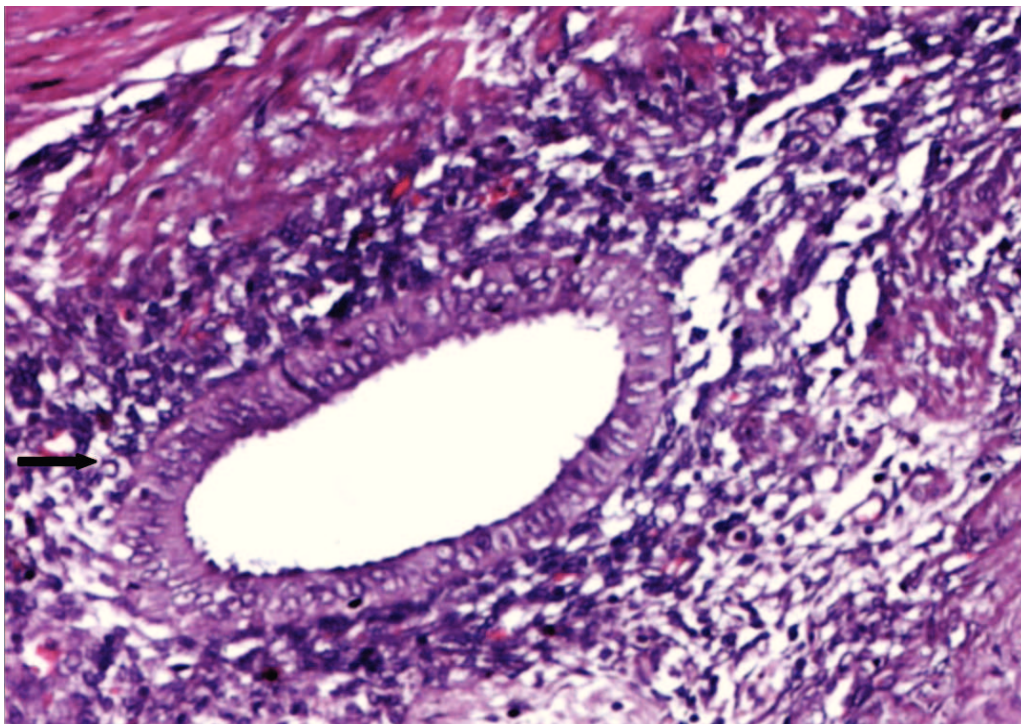


Figura 3. Fotomicrografia de glândulas com revestimento epitelial colunar do tipo mülleriano (setas escuras), circundados por estroma tipo endometrial, localizadas em camada muscular própria do segmento ileal. É possível visualizar plexo mioentérico de Auerbach. HE 40x



DISCUSSÃO

A obstrução intestinal é um problema comum, com importantes impactos sociais e econômicos. As principais causas são as aderências pós-operatórias (60%), a doença de Chronh (5%), as neoplasias (2%), as hérnias (1%) e as causas mais raras, como radiação, bezoares, divertículos e íleo biliar⁷. A literatura

médica atual menciona pouco a endometriose intestinal como diagnóstico diferencial de obstrução intestinal, contribuindo com o retardo diagnóstico e o tratamento tardio desta condição.

Embora a maioria das mulheres com implantes endometriais

em estruturas intestinais não tenham sintomas, os casos em que existe implante de serosa podem-se apresentar com aumento da sensibilidade no local, dor lombar baixa e/ou dor abdominal^{1,5}. A penetração do tecido endometrial na parede do intestino pode produzir constipação, diarreia e obstrução parcial, resultando em dor abdominal intermitente^{1,7}.

O diagnóstico diferencial de endometriose inclui desordens inflamatórias do intestino tais como a doença de Crohn, a diverticulite, as doenças infecciosas, tais como a tuberculose ileal, a esquistossomose, as doenças neoplásicas e a isquemia de cólon⁷.

Apesar dos avanços nos métodos diagnósticos, a laparoscopia ou laparotomia com biópsia ainda são considerados por muitos autores como o melhor método para firmar o diagnóstico de endometriose^{1,7}.

O tratamento da endometriose intestinal pode ser cirúrgico ou hormonal, dependendo da idade, do desejo de engravidar, da severidade e das complicações da doença¹.

O tratamento hormonal, geralmente a primeira linha, consiste na utilização de análogos do GnRH, gestrinona, progestagênios puros em diferentes formas de administração ou anticoncepcionais orais combinados, visando levar à anovulação e à amenorreia, tornando, assim, o endométrio inativo e atrófico⁸.

O tratamento cirúrgico geralmente é indicado quando não há resposta ao tratamento clínico e consiste em tratamento

conservador e radical.

O tratamento conservador consiste na ooforectomia parcial e na retirada da lesão intestinal; é indicado para mulheres com menos de 40 anos, oligossintomáticas, e que desejam engravidar. O tratamento radical consiste em ooforectomia bilateral e histerectomia e está indicado para as mulheres com mais de 40 anos, ou mesmo jovens, não responsivas ao tratamento medicamentoso ou cirúrgico conservador, apresentando sintomas intensos. A taxa de melhora dos sintomas é 90%, e o risco de recorrência varia de 8 a 44%^{8,9}.

Devido à raridade desta patologia, especialmente apresentando-se como obstrução intestinal, a maior parte da literatura descrita corresponde a relatos de caso e opiniões de especialistas, gerando questionamentos sobre qual seria o método mais efetivo para manejar esses doentes.

Observa-se que, diante de um quadro clínico de suboclusão intestinal, as lesões geralmente são pouco responsivas à terapêutica hormonal. Então, nesses casos, optou-se pela ressecção segmentar. Por meio da ressecção, é possível aliviar os sintomas de oclusão intestinal, excluir malignidade e prevenir o desenvolvimento de carcinoma endometrial⁸.

O caso relatado chama a atenção tanto pela baixa incidência de casos de endometriose com acometimento ileal como também pela semelhança clínica que a endometriose intestinal pode ter com a doença inflamatória intestinal, devendo sempre ser considerada no diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

1. Garcia A, Spadoni B Neto, Garcia VCS, Arruda P, Garcia DL. Endometriose colônica simulando câncer colorretal: relato de dois casos. *Rev bras. colo-proctol.* 2006 Jul-Sept; 26(3): 316-320. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802006000300012>.
2. Guerra GMLSR, Monteiro EP, Souza HFS, Fonseca MFM, Horta SHC, Formiga GJS. Endometriose de reto: relato de caso. *Rev Bras Coloproctol.* 2004; 24(4): 354-357.
3. Tobias-Machado Di Giuseppe R, Barbosa CP, Borelli M, Wroclawski ER. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2017 jan.-mar; 47(1): 37-40.
4. Souza VCT, Baldin JA, Moreira APT. Endometriose retal – relato de caso. *Rev bras. colo-proctol.* 1996; 16(4): 209-11.
5. Bartkowiak R, Zieniewicz K, Kaminski P, Krawczyk M, Marianowski L, Szymanska K. Diagnosis and treatment of sigmoidal endometriosis: a case report. *Med Sci Monit.* 2000 Jul-Aug; 6(4): 787-90. PubMed PMID: 11208411.
6. Von Rokitsansky C. Ueber Uterusdrusen - Neubildung in Uterus- und Ovarial - Sarcomen. *Ztschr. KK Gesellsch. Aerzte Wien.* 1860; 37:577-581. - Artigo
7. Wald A. Other diseases of the colon and rectum. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management.* 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2010. p. 2253-2255.
8. Podgaec S. Abrão M.S – Endometriose : aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. *RMB ver. Bras. med.* 2004 jan-fev;16(1/2). Vol 61 N1/2.
9. Torralba-Morón A, Urbanowicz M, Ibarrola-De Andres C, Lopez-Alonso G, Colina-Ruizdelgado F, Guerra-Vales JM. Bowel Obstruction and Small Bowel Perforation as a Clinical Debut of Intestinal Endometriosis: A Report of Four Cases and Review of the Literature. *Intern Med.* 2016; 55(18): 2595-2599. doi: 10.2169/internalmedicine.55.6461.

Como citar este artigo/How to cite this article:

Barbosa OA, Silva PL, Nogueira JOL, Fontenelle JPU, Figueiredo JT, Freire CCF. Endometriose Intestinal Simulando os Achados Clínicos e Cirúrgicos da Doença de Crohn *J Health Biol Sci.* 2017 Abr-Jun; 5(2): 192-195.