

Endometrioma de cicatriz: estudo de 14 casos

Scar endometriosis: study of 14 cases

Madson Meirelles*, Rene Losano*, Arildo de Toledo Viana**

Resumo

Objetivo: Apresentar a experiência dos AA. acerca do diagnóstico e tratamento do endometrioma de cicatriz, forma pouco frequente da endometriose. **Introdução:** Endometrioma é forma tumoral da endometriose, representada por tecido fibroso, esbranquiçado e com vesículas repletas de líquido espesso, achocolatado. A incidência da doença em cicatriz é estimada em 0,03% a 1,08%; geralmente há antecedente de cirurgia obstétrica e manifesta-se com dores cíclicas relacionadas com a menstruação. É importante o diagnóstico diferencial com hérnia, hematoma, granuloma de corpo estranho, abscesso e outros tumores. **Método:** No levantamento de prontuários dos anos de 2001 a 2004 foi realizada a captação dos dados: identificação, idade, antecedentes obstétricos, localização do tumor, sintomatologia, duração e janela sintomática pós-operatória. Quatorze pacientes foram operadas através de exérese de tumor da cicatriz, com margem de segurança e diagnóstico de endometrioma pelo exame anátomo-patológico. Todas as mulheres haviam sido operadas: cesareana ou episiotomia. **Resultados:** Boa evolução, com sedativo pós-operatório e alta no dia seguinte. **Discussão:** O tumor localizado na cicatriz pode ser diagnosticado como granuloma, hematoma, hérnia incisional, abscesso e, dificilmente, como o tão pouco lembrado endometrioma, devido à baixa frequência. Entretanto, deve ser lembrada a relação da dor no tumor com o período menstrual, que alguns autores consideram condição patognomônica da doença. **Conclusões:** Os tumores de cicatriz de cesárea, umbilical e de episiotomia, que se manifestam com dor relacionada ao período menstrual, devem sugerir ao cirurgião o diagnóstico de endometrioma; o tratamento

recomendado consiste em exérese, com margem de segurança.

Descritores: Endometriose, Cicatriz, Episiotomia, Parede abdominal, Cesárea, Estudos prospectivos

Abstract

Objective: To present the experience of the AA. with the diagnosis and treatment of scar endometrioma, little frequent form of endometriosis. **Introduction:** Endometrioma is tumoral form of endometriosis, represented for fibrosis tissue, with white aspect and with full vesicles of thick liquid of brown color. The incidence in scar is waited in 0,03% the 1,08%; generally it has antecedent of obstetric surgery and manifest with cyclical pains related with menstruation. It is important the distinguishing diagnosis with hernia, hematoma, strange body granuloma, abscess and other tumors. **Methods:** In survey of medical chart among years 2001 and 2004 were realized the captation of the data: identification, age, obstetrics antecedents and localization of the tumor, symptoms, duration and postoperative symptomatic window. 14 patients had been operated with scar tumor resection with safety margin and endometrioma diagnosis with the anatomo-pathological examination. All the women had been operated: caesarean or episiotomy. **Results:** Good evolution with postoperative sedative and discharged in the following day. **Discussion:** The tumor located in the scar can be diagnosed as granuloma, hematoma, incisional hernia, abscess and hardly as endometrioma, so little remembered due to its low frequency. However, the relation of pain in the tumor with the menstrual period must be remembered, that some authors consider specific condition of this illness. **Conclusions:** The tumors of caesarean, umbilical and episiotomy scar that if reveals with pain related to the menstrual period must suggest to the surgeon the diagnosis of endometrioma; the recommended treatment is resection with safety margin.

Key words: Endometriosis, Cicatrix, Episiotomy, Abdominal wall, Cesarean section, Prospective studies

*Residente de segundo ano do HMMEMMAS

**Coordenador da Clínica Cirúrgica do HMMEMMAS. Prof. Livre Docente. Coordenador da Disciplina de Técnica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo Trabalho realizado no Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (HMMEMMAS) Correspondência: Dr. Arildo Viana – Rua Abílio Soares, 666 – Apto. 123a CEP. 04005-002 – Paraíso – São Paulo - SP

Introdução

A presença de tecido endometrial extra-uterino, com manutenção de sua estrutura histológica e funcional, é característica da doença denominada endometriose.

Esta afecção acomete cerca de 10% a 15% da população feminina que se encontra em fase reprodutiva ⁽¹⁾. O acometimento é descrito em várias localizações, tanto dentro quanto fora da cavidade peritoneal. Mais frequentemente atinge ovário, peritônio pélvico, ligamentos uterinos (útero-sacro e redondo) e septo retovaginal; de modo menos comum, intestino, bexiga, diafragma, colo uterino, vagina, cotos tubários, linfonodos, pele (cicatrices, umbigo, vulva e períneo); e em casos raros, pulmão, pleura, mama, ossos, estômago, pâncreas, fígado, rim e cérebro ⁽²⁾.

Não se pode dizer que é doença exclusivamente ginecológica, pois existem casos descritos em homens sob terapia estrogênica prolongada para carcinoma prostático; porém, nesses casos, com localização mais freqüente no trato geniturinário (bexiga, próstata e região paratesticular) ⁽²⁾.

O termo endometrioma tem sido reservado para lesão característica, constituída por tumor não neoplásico formado por tecido fibroso, esbranquiçado e com coleções de líquido espesso de coloração achocolatada.

O endometrioma de cicatriz tem-se apresentado como fenômeno raro. Embora existam relatos de vários casos na literatura, a incidência estimada tem sido de 0,03% a 1,08% ⁽³⁾. Geralmente existe antecedente de cirurgia ginecológica ou obstétrica e quase sempre se manifesta com dores cíclicas relacionadas à menstruação.

A etiologia do endometrioma de cicatriz é desconhecida, porém a teoria da implantação encontra vários adeptos. A mesma tem como base experimentos, como o de Ridley e Edwards, em 1958, que verificaram endometriose de parede abdominal após a injeção de tecido endometrial neste local ⁽⁴⁾.

Vários diagnósticos diferenciais são propostos diante do quadro descrito, entre eles, hérnia, hematoma, granuloma, abscesso e outros tumores.

Objetivo

A finalidade deste trabalho é fazer revisão atualizada desta doença de incidência pouco freqüente e apresentar o resultado dos dados obtidos no estudo do material de nossa Instituição, no período de 2001 a 2004.

Método

A pesquisa consiste em modelo de estudo descritivo e retrospectivo, que avaliou pacientes que se submeteram a tratamento clínico-cirúrgico nesta Instituição, que consistiu na exérese da massa tumoral com margem de segurança, sendo o diagnóstico definitivo do estudo anátomo-patológico, endometrioma de cicatriz. As informações referentes à doença e às pacientes foram obtidas através do levantamento dos prontuários próprios da Instituição, no período de 2001 a 2004; consistiu na captação de dados tais como: identificação, idade, antecedentes obstétricos, localização do tumor, sintomatologia e duração e janela assintomática pós-cirurgia.

Durante o intervalo de tempo selecionado pelo estudo foram encontradas 14 pacientes (média \pm DP de idade $31.5 \pm 5,1$), que faziam ou fizeram acompanhamento médico nesta Instituição e foram submetidas a tratamento cirúrgico, que consistiu na exérese do tumor de cicatriz, com margem de segurança, e que tiveram o diagnóstico de endometrioma, confirmado pelo estudo anátomo-patológico.

Todos os casos descritos tinham como antecedente cirurgia obstétrica abdominal (cesariana) ou cirurgia vaginal ampliadora (episiotomia) (Tabela 1.).

De acordo com a localização do tumor, a incidência ficou assim distribuída: dez casos em cicatrizes de operação cesárea (71,4%), dois em cicatriz umbilical (14,3%), sendo um recidivado, e dois em cicatriz de episiotomia (14,3%), sendo um em região perianal (Figura 1.).

A principal sintomatologia referida foi dor cíclica localizada na região tumoral, associada ao período menstrual (85,5%), com duração média de 32 meses

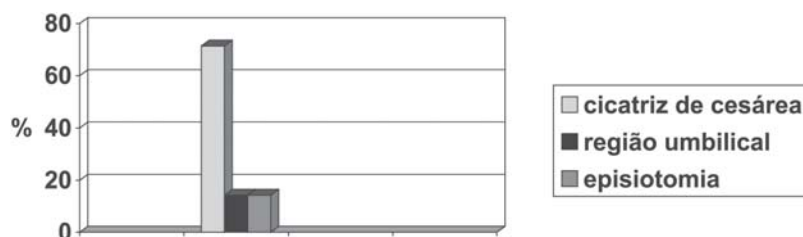


Figura 1 - Distribuição do tumor de acordo com a localização

Tabela 1

Identificação das pacientes com registro hospitalar e idade, data da operação e localização tumoral.

N°	RH*	Paciente	Idade (anos)	Data da Operação	Local do Tumor
1	165316	S.B.P.	29	06/08/01	Cicatriz de Cesárea
2	108013	M.M.Q.	36	13/01/03	Região Umbilical
3	168915	A.V.B.	18	31/03/03	Cicatriz de Cesárea
4	172995	E.E.D.	25	13/05/03	Cicatriz de Cesárea
5	173252	S.A.M.	35	03/06/03	Cicatriz de Cesárea
6	155984	M.A.S.S.	34	09/06/03	Cicatriz de Cesárea
7	175465	R.R.S.	30	31/07/03	Cicatriz de Cesárea
8	141465	S.F.S.	33	05/04/04	Cicatriz de Cesárea
9	104393	M.A.S.	41	10/05/04	Região Umbilical
10	123112	L.C.S.	34	10/08/04	Cicatriz de Episiotomia
11	153609	R.A.L.	32	17/08/04	Cicatriz de Cesárea
12	165585	M.E.D.	38	14/09/04	Cicatriz de Cesárea
13	183177	M.A.B.	25	05/10/04	Região Perianal
14	149479	M.E.S.	32	19/10/04	Cicatriz de Cesárea

* Registro Hospitalar – Fonte: SITEC – Serviço de Informação Técnico-Científico do HMMEMMAS – 2001-

Tabela 2

Quadro clínico relacionando a sintomatologia principal com o tempo de aparecimento e os antecedentes obstétricos.

N°	Antecedentes Obstétricos	Sintoma Principal	Duração dos Sintomas (meses)	Intervalo entre a Operação e o Início dos Sintomas (meses)
1	GI Pcl	Dor cíclica localizada	18	42
2	GIV PclIV	Dor cíclica localizada	18	Coincidente
3	GII Pcl AI	Dor pélvica cíclica	18	53
4	GII PclII	Dor cíclica localizada	60	Coincidente
5	GI Pcl	Dor cíclica localizada	96	60
6	GII Pcl PnI	Dor cíclica localizada	36	36
7	GI Pcl	Dor cíclica localizada	12	84
8	GII Pcl AI	Dor cíclica localizada	12	72
9	GII Pcl PnI	Dor cíclica localizada	36	72
10	GII PnI AI	Dor cíclica localizada	24	108
11	GIII Pcl PnI AI	Dor cíclica localizada	36	36
12	GII Pcl PnI	Dor cíclica localizada	60	36
13	GI PnI	Dor + Tumor localizado	12	96
14	GIV PclIV	Dor localizada	12	20

Fonte: SITEC: Serviço de Informação Técnico-Científico do HMMEMMAS – 2001-2005

(DP \pm 24,5 meses) e intervalo de tempo entre a operação e o início dos sintomas de 51 meses, em média (DP \pm 33 meses) (Tabela 2.).

Todas as pacientes foram avaliadas clinicamente, submetidas a exame ultra-sonográfico da região referida como sede da tumoração e demais exames laboratoriais pré-operatórios. O tratamento, após a suposição diagnóstica, foi sempre cirúrgico, através da ressecção tumoral com margens de segurança na pele e lateralmente até o limite inferior na profundidade.

Não foi utilizado nenhum esquema terapêutico medicamentoso.

Resultados

Não houve nenhuma complicação pós-operatória. As pacientes receberam apenas medicação sedativa e tiveram alta no dia seguinte à operação.

Discussão

Apesar de extensa pesquisa, a história natural da endometriose é pobremente compreendida, e sua biologia permanece em estado estável e enigmático para uma doença progressiva⁽⁵⁾.

As várias hipóteses sobre a patogênese da

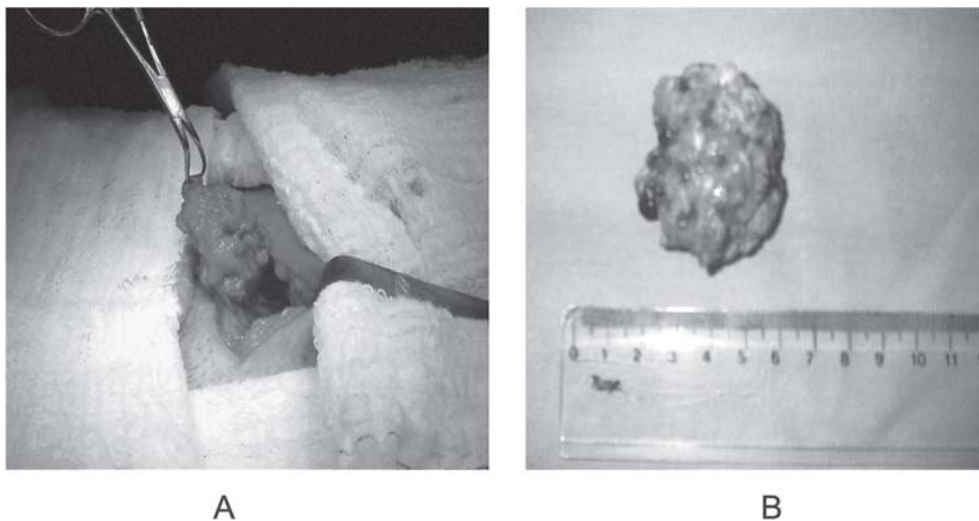


Figura 2 - Endometrioma de cicatriz. Em A observa-se intra-operatório de exérese de endometrioma localizado em região supraponeurótica de cicatriz de cesárea. Em B observa-se o aspecto macroscópico tumor. Notar a irregularidade da superfície e a presença de vesículas achocolatadas, características da endometriose.

endometriose, classicamente, a disseminação via vascular, a metaplasia celômica e a regurgitação tubária têm sido mencionadas desde há muitos anos⁽⁶⁻⁷⁾. Muitas investigações foram feitas sobre esta doença, que necessita de ação ovariana estrogênica para existir, sem que se tenha chegado a um conhecimento claro para sua origem. A endometriose que ocorre em cicatriz cirúrgica geralmente é devida ao transplante do tecido endometrial durante o ato cirúrgico, que através de estimulação hormonal contínua pelos ovários levará à sintomatologia em algum momento.

A presença de massa localizada em cicatriz cirúrgica obstétrica pode sugerir, entre muitos diagnósticos, o de hematoma, hérnia incisional, granuloma de sutura e o tão pouco lembrado endometrioma de cicatriz. Talvez o motivo deste último nem sempre fazer parte de hipóteses diagnósticas deve-se ao fato de sua baixa incidência; porém, na maioria das vezes a doença vem acompanhada de quadro clínico muito sugestivo, composto por dor localizada e cíclica, sendo por alguns autores sugerido como condição patognomônica da doença⁽⁸⁾. Entretanto, revisões da literatura, mostram que, freqüentemente, o diagnóstico pré-operatório é incorreto^(9,10); cerca de 20% segundo a casuística de Nirula, Gregory, no ano de 2000⁽⁸⁾.

O tratamento do endometrioma de cicatriz é cirúrgico. O procedimento em si consiste na exérese da lesão, com margem de segurança; em muitos casos há necessidade da ressecção de estruturas adjacentes, tais como músculo e fâscias, tecidos subcutâneos

e aponeuróticos e, por vezes, até o peritônio⁽¹¹⁾.

De acordo com Quagliarello et al, em 1985, a terapêutica farmacológica complementar, com o uso de antgonadotrópicos, só se justificaria nos casos com diagnóstico comprovado de endometriose intrapélvica⁽¹²⁾. Atualmente se aceita o uso do tratamento medicamentoso nas situações em que há tolerabilidade pela paciente, apesar da ressecção com margem de segurança ser considerada suficiente.

Conclusões

1. Devido à sua baixa incidência, o endometrioma pode deixar de ser diagnosticado quando aparece em cicatriz de cesárea ou episiotomia ou mesmo na cicatriz umbilical. O aparecimento de dor no local do tumor, coincidente com o período menstrual da paciente, é altamente sugestivo para o diagnóstico de endometrioma. O mesmo sintoma (dor cíclica) vale para o tumor que aparece na cicatriz umbilical.
2. O tratamento do endometrioma de cicatriz é cirúrgico; consiste em ressecção da massa tumoral com margem de segurança, para que seja evitada a recidiva.
3. No presente trabalho não foi administrado nenhum dos medicamentos preconizados pela literatura.

Referências bibliográficas

1. Podgac S, Abrão MS. Endometriose: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. RBM Rev Bras Med 2004; 61:41-6.

2. Clement PB. Diseases of the peritoneum (including endometriosis). In: Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of female genital tract. 4th ed. New York: Springer-Verlag; 1994. 647-703.
3. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 56:81-4.
4. Ridley JH, Edwards IK. Experimental endometriosis in the human. *Am J Obstet Gynecol* 1958; 76:783-90.
5. Revelli A, Modotti M, Ansaldi C, Massobril M. Recurrent endometriosis: a review of biological and clinical aspects. [Review] *Obstet Gynecol Survey* 1995; 50:747-54.
6. Sampson JA. Inguinal endometriosis (often reported as endometrial tissue in groin, adenomyoma in groin, and adenomyoma of round ligament). *Am J Obstet Gynecol* 1925; 19:462-503.
7. Wolf GC, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Survey* 1989; 44:89-95.
8. Nirula R, Gregory CG. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnoses in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000; 190:404-7.
9. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incisional endometriomas. *Am Surg* 1994; 60:259-61.
10. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skomick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg* 1996; 62:1042-4.
11. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg* 2002; 7:175-7.
12. Quagliarello J, Coppa G, Bigelow B. Isolated endometriosis in an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:688-9.

Data de recebimento: 06/09/2005

Data de Aprovação: 04/11/2005