

De acordo com os achados foi realizada hemicolectomia proximal com dissecação linfonodal seguida de anastomose ileocólica. O inventário de cavidade na laparotomia mostrou situs inversus abdominal e presença de lesão esférica e endurecida na flexura hepática do cólon (Figura 2) e ausência de comprometimento metastático macroscópico.

A avaliação anatomopatológica (Figura 2) demonstrou adenocarcinoma tubular, moderadamente diferenciado com presença de invasão perineural, e vascular mas não angiolinfática. O estadiamento TNM ficou em: T3N0M0, estadio IIa.

O pós-operatório transcorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta do hospital no 4º dia após a operação. Ele começou quimioterapia adjuvante (proposta da Clínica Mayo), mas parou no quarto ciclo, devido à toxicidade gastrointestinal. Até o momento da redação deste texto, nenhum sinal de recidiva ou metástase foi observado.

DISCUSSÃO

Na literatura, existem 13 casos reconhecidos sobre este fato, fazendo um total de 14 casos. O câncer colorretal foi mais frequente em mulheres (n=9; 64%) do que homens (n=5; 36%). A idade variou 41-78 anos, média de 63,71 e mediana de 61,5 (DP=±10,40). O adenocarcinoma foi o tipo histológico presente em todos os casos. Em relação à localização do tumor, houve predomínio do cólon transverso (n=6; 43%), com destaque para a flexura hepática (n=5; 36%), seguido de cólon ascendente (n=4; 29%), reto (n=3, 21%), ceco e cólon sigmóide (n=1,7% em ambas as topografias). Agrupando-se os tumores no cólon direito (proximal ao ângulo esplênico) e à esquerda (do ângulo esplênico), observou prevalência de 79% e 21%, respectivamente, com significância estatística (p=0,029), de acordo com teste exato para a proporção com nível de significância de $\alpha=0,05$. Em relação ao procedimento cirúrgico, 10 (71%) dos pacientes foram submetidos à hemicolectomia proximal e um caso de cada (7%) com retossigmoidectomia, amputação abdominoperineal, transversectomia e colostomia descompressiva. O procedimento cirúrgico por laparotomia representou 93% e apenas um caso foi operado por via laparoscópica (7%)⁸.

Os procedimentos cirúrgicos são considerados mais difíceis em pacientes com situs inversus do que em outros pacientes por causa da diferente posição anatômica de órgãos, especialmente em operação laparoscópica³.

A avaliação pré-operatória para situs inversus inclui dois objetivos principais: a avaliação de anomalias cardíacas e gastrointestinais, e orientação das vísceras. A extensão da avaliação deve ser baseada na complexidade do procedimento. Anomalias devem ser definidas pelo uso de várias tecnologias de imagem para determinar o tratamento cirúrgico apropriado e diminuir as dificuldades cirúrgicas e tempo^{4,5}. Ademais, o risco de ocorrência de complicações intra-operatórias é maior em comparação com os procedimentos de pacientes sem situs inversus totalis¹. Além disso, são evitadas incisões cirúrgicas incorretas e segunda operação².

REFERÊNCIAS

1. Bielecki K, Gregorczyk M, Baczuk L. Visceral situs inversus in three patients. *Wiad Lek.* 2006; 59(9-10): 707-9.
2. Blegen HM. Surgery in situs inversus. *Ann Surg.* 1949; 129:244-59.
3. Fujiwara Y, Fukunaga Y, Higashino M, Tanimura S, Takemura M, Tanaka Y and Osugi H. Laparoscopic hemicolectomy in a patient with situs inversus totalis. *World J Gastroenterol.* 2007; 13(37): 5035-37.
4. Goi T, Kawasaki M, Yamazaki T, Koneri K, Katayama K, Hirose K and Yamaguchi A. Ascending colon cancer with hepatic metastasis and cholecystolithiasis in a patient with situs inversus totalis without any expression of UVRAG mRNA: report of a case. *Surg Today.* 2003; 33:702-6.

5. Greene QJ, Cheadle WG. Ascending colon cancer in a patient with situs inversus. *Am Surg.* 2007; 73(8):831-2.
6. Grigorjew A, Andrzejczak L. Colonic cancer in situs inversus. *Wiad Lek.* 1982; 35:901-2.
7. Ikenaga M, Mishima H, Hirao M, Fujitani K and Tsujinaka T. A case of multiple colorectal cancer with situs inversus totalis. *J Jpn Coll Surg.* 2005; 30(1):52-6.
8. Iwamura T, Shibata N, Haraguchi Y, Hasashi Y, Nishikawa T, Yamada H, Hayashi T and Toyoda K. Synchronous double cancer of the stomach and rectum with situs inversus totalis and polysplenia syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2001; 33(2):148-153.
9. Nagase T, Adachi I, Yoshino Y, Morita K, Murakami N and Yamada T. A case of ascending colon cancer with total situs inversus and intestinal malrotation. *J Jpn Surg Assoc.* 2003; 64(7):1773-6.
10. Reiff PS, Mathias LR, Souza IES, Reif ABM. Surgery in situs inversus. A case report (acute cholecistitis and carcinoma of the colon). *Rev bras Cir.* 1992; 82(4):149-50.
11. Shibuya J, Nakakuma T, Oshima Y, Kakita A. A operation case of situs inversus totalis associated with a transverse colon cancer. *Nippon Gekakei Rengo Gakkaishi.* 2003; 28(2):271-4.
12. Takizawa Y, Maeda K, Shimizu J, Kawaura Y. A case of colonic cancer associated with situs inversus totalis. *Surgery.* 2002; 64(2):245-8.
13. Wright CB, Morton CB. Situs inversus totalis with adenocarcinoma of the cecum: case report. *Am Surg.* 1971; 37(2): 65-6.
14. Yoshida J, Tsuneyoshi M, Nakamura K, Murakami T, Akamine Y. Primary ciliary dyskinesia with transverse colon carcinoma. *Am J Clin Pathol.* 1986; 85:101-104.

ABCDDV/1065

ABCD Arq Bras Cir Dig

2014;27(4):304

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400019>

Carta ao Editor

ENDOMETRIOMA LOCALIZADO NO MÚSCULO RETO ABDOMINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Endometrioma localized in the rectus abdominis muscle: a case report and review of literature

Omer F. **OZKAN**¹, Oztekin **CIKMAN**¹, Hasan Ali **KIRAZ**², Emir C. **ROACH**, Mehmet Ali **KARACAER**¹, Muammer **KARAAVVAZ**¹

Trabalho realizado no ¹Canakkale 18 Mart University, Medical School, Department of General Surgery e ²Canakkale 18 Mart University, Medical School, Department of Anesthesiology, Canakkale, Turkey

Correspondência:
Omer Faruk Ozkan, MD
E-mail: ozkanfomer@gmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 29/08/2013

Financiamento: nenhum

Aceito para publicação: 24/07/2014

Conflito interesse: nenhum

INTRODUÇÃO

Tecido endometrial localizado fora da cavidade uterina é definido como endometriose. É geralmente encontrado nos ovários, superfícies peritoneais, vagina, colo do útero, entre a cicatrização dos tecidos, tubas uterinas, reto, tracto urinário, fundo de saco retovaginal e possivelmente qualquer órgão do abdome¹. A prevalência estimada relatada na literatura varia de 8-15%². Localização extra-pélvica de endometriomas é relativamente rara. Especialmente na parede abdominal são mais raras ainda. Normalmente tais casos estão associados à cicatrizes cirúrgicas³. Os mecanismos propostos incluem menstuação retrógrada, venosa, disseminação linfática ou metástase e implantes em incisões no momento da operação⁴.

Aqui, é apresentado um caso de endometrioma localizada no músculo reto abdominal.

RELATO DO CASO

Mulher de 31 anos com história de duas cesarianas - a última nos três anos anteriores -, apresentou-se com uma massa dolorosa na área lateral esquerda da incisão de Pfannenstiel em crescimento. Há um mês ela tinha estado na clínica de urologia da instituição com dor na região inguinal. Depois de histórico detalhado e exame físico, ultrassonografia foi realizada que revelou uma massa nodular hipo-ecoica de 20x12 mm vizinha do músculo reto abdominal, com vascularização mínima. O diagnóstico diferencial foi feito com tumor desmóide e a paciente foi encaminhada para avaliação mais aprofundada. Sua dor começou no quadrante inferior esquerdo e irradiava para a região inguinal, e associada com menstruação. No exame físico uma massa de 2 cm de largura foi palpada na localização descrita anteriormente. Ressonância magnética revelou uma massa 20x11 mm, que era pouco hiper-intensa na sequência T1 e, contrastada após injeção endovenosa de gadolínio, na sequência T2 com aumento da intensidade do sinal e aparência nodular em sequências ponderadas de difusão. Estes dados foram considerados consistentes com implante do endométrio (Figuras 1A e 1B). Exame da cavidade uterina mostrou líquido de no máximo 15 mm de largura. Um pouco de líquido livre, indicando irritação peritoneal, estava presente entre as alças intestinais. Não havia linfonodos patológicos na parte inferior do abdome.

A paciente foi internada para a remoção cirúrgica da massa. Foi retirado um tumor de 2 cm de largura, fibrótico (Figura 2) e enviado para exame anatomopatológico. Queixas desapareceram após a operação. Ela recebeu alta sem complicações dois dias após. No seguimento de quatro meses não apresentava queixas ou complicações. O exame histopatológico foi consistente com as estruturas glandulares do endométrio com acompanhamento de estroma endometrial dentro do músculo e tecido conjuntivo (Figura 3).

DISCUSSÃO

Tecido endometrial ectópico localizado no tecido do reto abdominal é uma ocorrência muito rara. Anteriormente, havia apenas 20 casos relatados na literatura⁵. O primeiro foi apresentado por Amato et al, em 19846. Giannella et al. fizeram extensa revisão dos casos anteriormente relatados; suas características clinicopatológicas, resumidamente, foram: endometriose com no músculo reto abdominal geralmente é vista em mulheres na pré-menopausa, com idades entre 27-42 anos e história de operação anterior (77%), à semelhança desta paciente. O tamanho médio da lesão realtaa foi de 4X4 cm de diâmetro. Este caso teve dimensão muito menor, 2 cm na maior largura. Enquanto TC mais comumente tem sido utilizada, no presente caso o diagnóstico por imagem preferido foi ultrassonográfico e por ressonância magnética⁷. Aspiração com agulha fina também foi tentada nestes casos na literatura; no entanto, não conseguiu-se provar eficácia em estabelecer o diagnóstico⁸.

A cesárea é muito frequentemente associada à endometriose de parede abdominal. A incidência pode chegar a 1%. Uma das teorias propostas toma em consideração a possibilidade de que, durante a operação, as células do endométrio podem escapar através da incisão no útero e implantarem-se no interior da incisão⁸. Esta paciente apresentou sintomas cíclicos que foram associados com a menstruação. No diagnóstico diferencial da dor cíclica, em geral, incluem linfadenopatia, linfadenite mesentérica, lipoma, abscessos, hérnias, hematomas, sarcomas de tecidos moles, tumores desmóides (que foi considerado no diagnóstico diferencial) e até mesmo câncer metastático. Anteriormente alguns estudos se debruçaram sobre a utilidade de marcadores bioquímicos para a endometriose de rastreamento. Estes marcadores incluem CA-125, a proteína C-reativa, hormônio anti-mülleriano, folistatina⁹⁻¹².

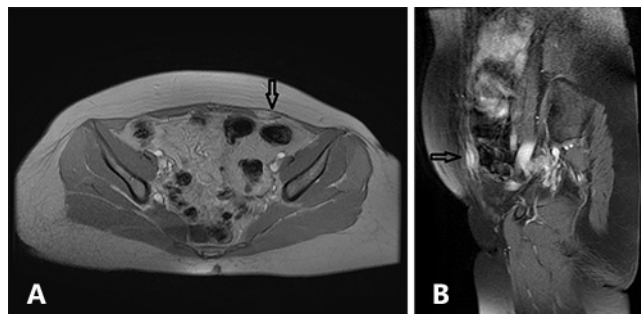


FIGURA 1 - As setas mostram a área de endometriose no músculo reto abdominal: A) tomografia computadorizada em corte transversal; B) tomografia computadorizada em corte sagital

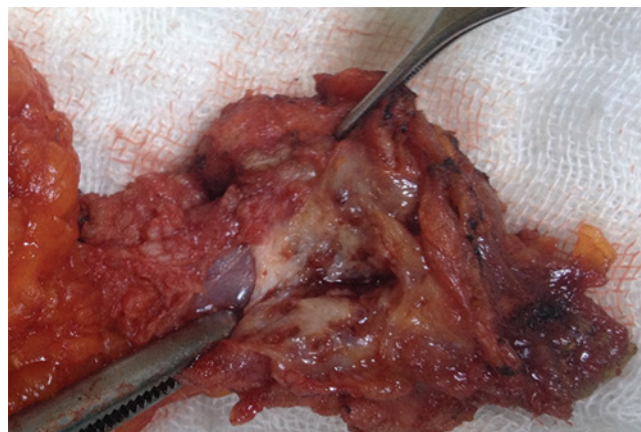


FIGURA 2 - Espécime cirúrgico mostrando o tumor e área fibrosada ao redor

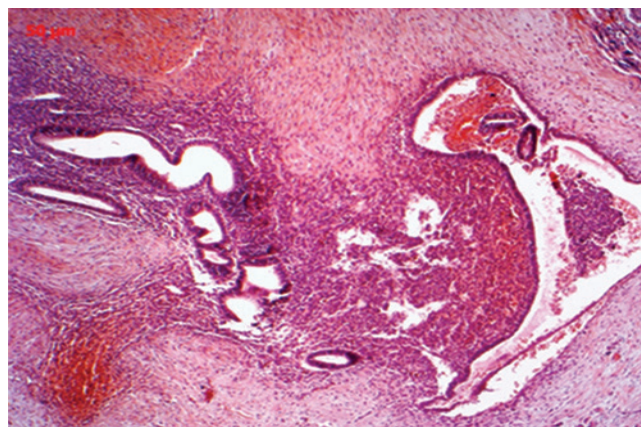


FIGURA 3 - Típicas glândulas endometriais e estroma endometrial na área de endometriose (H&E x 50)

Estudos ultrassonográficos realizados anteriormente determinaram que endometriomas da parede abdominal (inicialmente utilizado em 1979¹³) são comumente hipo-ecoicos, bem definidos, com massa sólida; isso é consistente com os achados ultrassonográficos deste caso¹⁴. O tratamento médico para essas condições, que foram previamente utilizados na literatura, incluem danazol e progesterona; no entanto, este tratamento é frequentemente ineficaz e, portanto, deve ser reservado para os casos em que o tratamento cirúrgico não é o preferido¹⁵.

Para resumir, em massas que apresentam dor cíclica e crescimento, localizada na superfície abdominal, endometrioma deve ser considerado no diagnóstico diferencial. A remoção cirúrgica é bem sucedida, especialmente quando limitada e localizada dentro do músculo reto abdominal. Ultrassonografia

seguida por ressonância, fornece imagem mais definitiva. Marcadores moleculares não estão estabelecidos o suficiente para serem considerados como padrão de diagnóstico. Outros estudos são necessários para determinar qual abordagem é a melhor, respeitando-se a opinião do paciente.

REFERÊNCIAS

- Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2001;21: 193-216.
- Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP et al. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008 Aug;196(2):207-12
- Erkan N, Hacıyanlı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Apr;89(1):59-60.
- Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005 Oct;31(5):471-5.
- Calò PG, Ambu R, Medas F et al. Rectus abdominis muscle endometriosis Report of two cases and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2012 Jun 20.
- Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 1984 Dec;8(6):1213-4.
- Giannella L, La Marca A, Ternelli G. et al. Rectus abdominis muscle endometriosis: case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010 Aug;36(4):902-6
- Bumpers HL, Butler KL, Best IM. Endometrioma of the abdominal wall. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Dec;187(6):1709-10.
- Luisi S, Gabbanini M, Sollazzi S. Surgical scar endometriosis after Cesarean section: a case report. *Gynecol Endocrinol.* 2006 May;22(5):284-5
- Lermann J, Mueller A, Körber F. Evaluation of high-sensitivity C-reactive protein in comparison with C-reactive protein as biochemical serum markers in women with endometriosis. *Fertil Steril.* 2010 May 1;93(7):2125-9.
- Lemos NA, Arbo E, Scalco R. Decreased anti-Müllerian hormone and altered ovarian follicular cohort in infertile patients with mild/minimal endometriosis. *Fertil Steril.* 2008 May;89(5):1064-8.
- Florio P, Reis FM, Torres PB. High serum follistatin levels in women with ovarian endometriosis. *Hum Reprod.* 2009 Oct;24(10):2600-6
- Miller WB Jr, Melson GL. Abdominal wall endometrioma. *AJR Am J Roentgenol.* 1979 Mar;132(3):467-8.
- Aleem F, Pennisi J, Zeitoun K. The role of color Doppler in diagnosis of endometriomas. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1995 Jan;5(1):51-4.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet.* 1993 Sep;177(3):243-6.

ABCDDV/1066

ABCD Arq Bras Cir Dig
2014;27(4):306

Carta ao Editor

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400020>

EXCIÇÃO LOCAL DE ADENOMA DE PÁPILA EM PACIENTE COM RISCO CIRÚRGICO ELEVADO PARA DUODENOPANCREATECTOMIA

Local excision of papillary adenoma in patients with high surgical risk for pancreaticoduodenectomy

Alexandra Mano **ALMEIDA**, Gustavo Rêgo **COÊLHO**, Rodrigo Martins Paiva **SALES**, José Huygens Parente **GARCIA**

Trabalho realizado no Hospital Universitário Walter Cantídio, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

Correspondência:
Alexandra Mano Almeida
E-mail: alexandra_mano@yahoo.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 19/09/2013
Aceito para publicação: 19/08/2014

INTRODUÇÃO

Os tumores benignos da ampola hepatoduodenal são raros e com poucos casos relatados na literatura mundial. Dentre estes tumores já foram descritos os adenomas, lipomas, hemangiomas, carcinóides e leiomiomas. O adenoma viloso permanece como o mais frequente^{2,5}. Estudos de necropsia demonstraram incidência de 0,04-0,12%, sendo por isto raramente lembrado no diagnóstico diferencial das lesões periampulares².

O adenoma dessa ampola acomete com maior frequência mulheres na faixa etária entre a 5ª e a 7ª décadas, estando muitas vezes associado à polipose colônica. Inicialmente, o paciente pode apresentar-se assintomático e os achados clínicos começam a surgir com o crescimento do tumor^{2,5}. Os sintomas mais comuns são a dor tipo cólica biliar e sangramento gastrointestinal; em alguns casos, pode haver pancreatite e icterícia obstrutiva². O diagnóstico é histopatológico da lesão obtido por endoscopia digestiva alta com visão da papila duodenal e sempre deve ser realizada colonoscopia para a identificação de polipose adenomatosa colônica.

Alguns autores^{2,3,5} acreditam na existência de caráter pré-maligno, considerando que a degeneração maligna ocorre em 30-40% dos casos. Devido a esse potencial o tratamento é ainda controverso, havendo inúmeras discussões sobre a melhor conduta - se endoscópica, se cirúrgica com excisão local transduodenal ou duodenopancreatectomia.

RELATO DE CASO

Mulher de 77 anos foi admitida no Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil com história de a três meses ter apresentado dor abdominal em epigástrico, em peso, sem irradiação e não associada com outros sintomas. Negava perda de peso, alteração do hábito intestinal, hiporexia ou icterícia. Ao exame, estava com bom estado geral, normocorada, hidratada, orientada e sinais vitais normais. Ausculta cardíaca, pulmonar e exame abdominal estavam sem alterações. Era portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2 e dislipidemia em uso regular de medicações.

A investigação laboratorial mostrava níveis séricos de transaminases e bilirrubinas normais. A endoscopia digestiva alta visualizou lesão polipóide em papila duodenal, medindo cerca de 5 cm, que foi biopsiada em sete sítios diferentes. O histopatológico foi compatível com adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. A ultrassonografia abdominal mostrou vesícula biliar e colédoco normais e vias biliares sem dilatação. Tomografia computadorizada do abdome não mostrou alterações. Colonoscopia foi normal, não sendo evidenciada nenhuma outra lesão polipóide.

Foi indicada laparotomia com o objetivo de ressecção local transduodenal do tumor (ampolectomia); porém, com todo o suporte pré-operatório para possível duodenopancreatectomia. No ato cirúrgico, após duodenotomia, foi observada lesão polipóide de aproximadamente 6 cm na papila duodenal maior (Figura 1).

Realizou-se exérese completa da lesão com fixação do ducto de pancreático principal e colédoco com fio absorvível sintético. O tumor foi encaminhado para biópsia de congelação, cujo resultado foi adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau. Procedeu-se ampolectomia sem intercorrências. Foi realizada cateterização com boa visualização do colédoco terminal e ducto pancreático principal (Figura 2)