

ABCDDV/1046

ABCD Arq Bras Cir Dig
2014;27(3):230-230

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 **KİRAZ**², Emir C. **ROACH**¹,
Mehmet Ali **KARACAER**¹, Muammer **KARAAYVAZ**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: 03/05/2013
Aceito para publicação: 13/05/2014

Financiamento: nenhum
Conflito interesse: nenhum

INTRODUÇÃO

Tecido endometrial localizado fora da cavidade uterina é definido como endometriose. É geralmente encontrado nos ovários, superfícies peritoniais, vagina, colo do útero, entre a cicatrização dos tecidos, tubas uterinas, reto, tracto urinário, fundo de saco retovaginal e possivelmente qualquer órgão do abdome¹⁵. A prevalência estimada relatada na literatura varia de 8-15%^{5,9}. Localização extra-pélvica de endometriomas é relativamente rara. Especialmente na parede abdominal são mais raras ainda. Normalmente tais casos estão associados à cicatrizes cirúrgicas⁴. Os mecanismos propostos incluem menstruação retrógrada, venosa, disseminação linfática ou metástase e implantes em incisões no momento da operação⁸.

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 desmoide 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 seqüências 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.

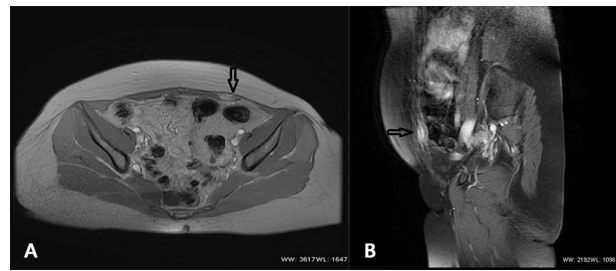


FIGURA 1 - As setas mostram a área de endometriose no músculo reto abdominal: A) tomografia computadorizada em corte transversal; B) tomografia computadorizada em corte sagital

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).

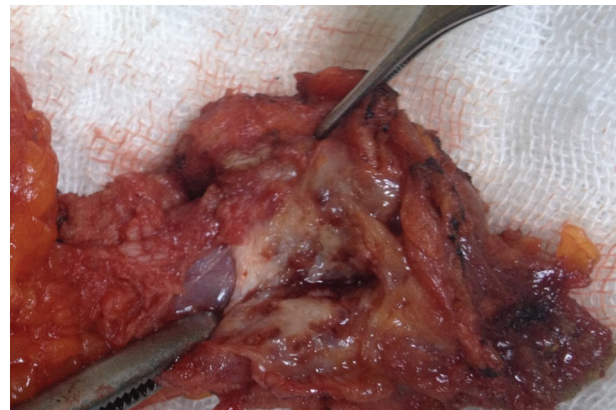


FIGURA 2 - Espécime cirúrgico mostrando o tumor e área fibrosada ao redor

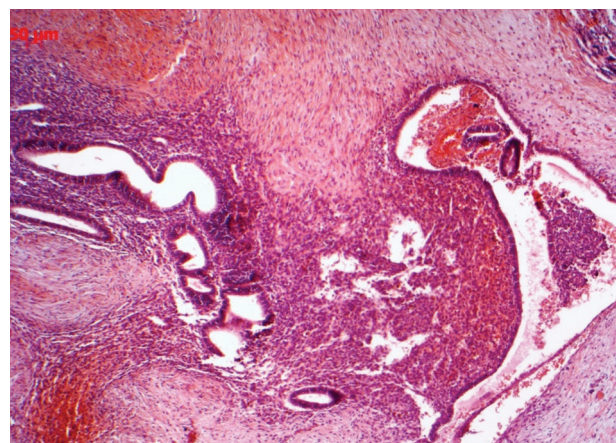


FIGURA 3 - Típicas glândulas endometriais e estroma endometrial na área de endometriose (H&E x 50)

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.², em 1984. Giannella et al.⁷ 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 diagnóstico³.

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 incisão³. 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, folistatina^{6,11,12,13}.

Estudos ultrassonográficos realizados anteriormente determinaram que endometriomas da parede abdominal (inicialmente utilizado em 1979¹⁴) são comumente hipoeicos, bem definidos, com massa sólida; isso é consistente com os achados ultrassonográficos deste caso¹. 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 preferido¹⁰.

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

1. Aleem F, Pennisi J, Zeitoun K. The role of color Doppler in diagnosis of endometriomas. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1995 Jan;5(1):51-4.
2. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 1984 Dec;8(6):1213-4.
3. Bumpers HL, Butler KL, Best IM. Endometrioma of the abdominal wall. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Dec;187(6):1709-10.
4. 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.
5. Erkan N, Hacıyanlı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Apr;89(1):59-60.
6. Florio P, Reis FM, Torres PB. High serum follistatin levels in women with ovarian endometriosis. *Hum Reprod.* 2009 Oct;24(10):2600-6.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Koger KE, Shatney CH, Hodge K. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet.* 1993 Sep;177(3):243-6.
11. 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.
12. 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.
13. Luisi S, Gabbanini M, Sollazzi S. Surgical scar endometriosis after Cesarean section: a case report. *Gynecol Endocrinol.* 2006 May;22(5):284-5.
14. Miller WB Jr, Melson GL. Abdominal wall endometrioma. *AJR Am J Roentgenol.* 1979 Mar;132(3):467-8.
15. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2001;21: 193-216.