

RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ENDOMETRIOMA DE PAREDE ABDOMINAL COM RECONSTRUÇÃO COM TELA

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES¹ *; FRANCISCO NOGUEIRA CHAVES¹; LUCAS RIBEIRO NOGUEIRA²; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA³; ANNA BEATRIZ VIANA CARDOSO DANTAS³; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO³.

1 – Cirurgião do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal do Ceará.

3 - Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza

Artigo submetido em: 17/04/2019

Artigo aceito em: 25/11/2019

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

A endometriose de parede abdominal é uma afecção rara e tem incidência de 0,03% a 4%. Sua ocorrência é geralmente associada a manipulações uterinas em cirurgias abdominais, como cesáreas e histerectomias. Apresentamos aqui caso de endometriose de parede abdominal onde sua exérese, bem como a reconstrução da parede, foi realizado via laparoscópica. Desse modo, propiciando menor trauma cirúrgico, melhor visualização de outras possíveis lesões endometrióticas na cavidade abdominal e melhor resultado estético.

Palavras-chave: Endometriose; Parede Abdominal; Laparoscopia.

ABSTRACT

Abdominal wall endometriosis is a rare condition and has an incidence of 0.03% to 4%. Its occurrence is usually associated with uterine manipulations in abdominal surgeries such as cesarean sections and hysterectomies. We present here a case of abdominal wall endometriosis where its excision, as well as the reconstruction of the wall, was performed via laparoscopy. This approach, provide less surgical trauma, better visualization of other possible endometriotic lesions in the abdominal cavity and better aesthetic result.

Keywords: Endometriosis; Abdominal Wall; Laparoscopy.

Introdução

A endometriose é uma afecção estrogênio-dependente, de caráter inflamatório e é definida como glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina. As lesões são tipicamente localizadas na pelve, mas podem ocorrer em diversos locais, incluindo intestino, diafragma, parede abdominal e cavidade pleural^(1,2).

Ocasionalmente, a endometriose pode afetar a parede abdominal anterior, principalmente em uma área de cicatriz prévia, apresentando incidência de 0,03% a 4%. Apesar de uma apresentação incomum, sua manifestação clínica é típica, apresentando-se com sintomas de dor cíclica relacionada à menstruação. Como diagnósticos diferenciais, podem ser citados granuloma da sutura, hérnia incisional, lipoma,

abscesso, cisto ou corpo estranho, os quais devem ser excluídos pela similaridade da apresentação clínica^(4,5).

Relatamos aqui um caso de uma paciente diagnosticada com endometrioma de parede e posteriormente abordada por videolaparoscopia.

Relato do Caso

Paciente feminina, 33 anos, G1P1A0, procurou assistência médica com história de dor intensa em abdome inferior durante a menstruação, relatando início do quadro há 09 anos, após cesárea. Nega irradiação da dor, febre, alteração do hábito intestinal, dispareunia e dismenorreia. Segundo a paciente, tal sintoma reduzia a qualidade de vida e capacidade de trabalho. Ao exame físico, apresentava lesão

nodular de aproximadamente 3 cm de diâmetro, localizada 4 cm acima da cicatriz da cesárea e próxima à linha média, dolorosa ao toque, fixa e de consistência pétrea. Solicitada ultrassonografia que evidenciou planos musculares de ecotextura e espessura normais, exceto por área nodular mista predominantemente sólida, medindo 3,8 x 0,9 x 1,4 cm, hipoecóica, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos (figura 1), situada na linha média do hipogástrio, logo acima da cicatriz da cesárea, apresentando-se pouco vascularizada ao estudo doppler. A pesquisa do antígeno de câncer 125 (CA-125) foi negativa.

Foi realizado via laparoscópica o inventário da cavidade abdomino-pélvica, como ilustrado na figura 2, onde foi evidenciada lesão irregular em linha média com retração dos ligamentos umbilicais invadindo o plano muscular do reto abdominal bilateralmente. Iniciada dissecação da lesão com exérese do endometrioma, por planos, até aponeurose com evidência de falha de 2 cm. Realizado reparo laparoscópico da parede abdominal com tela dupla face 10 x 10 cm, fixação em parede anterior utilizando grampeador laparoscópico, síntese do plano peritoneal após revisão da hemostasia e retirada da peça em endobag pelo trocarte de 10 mm.

A paciente recebeu alta 18 horas após a cirurgia. Retornou para consulta de revisão após 10 dias com histopatológico confirmando endometriose e com excelente evolução da dor pós-operatória (praticamente inexistente). Passados 45 dias da primeira menstruação após a ressecção, paciente comparece ao consultório relatando remissão total de dor e boa evolução das incisões cirúrgicas.



Figura 1 - Ultrassonografia demonstrando endometriose de parede abdominal (circundado em amarelo).

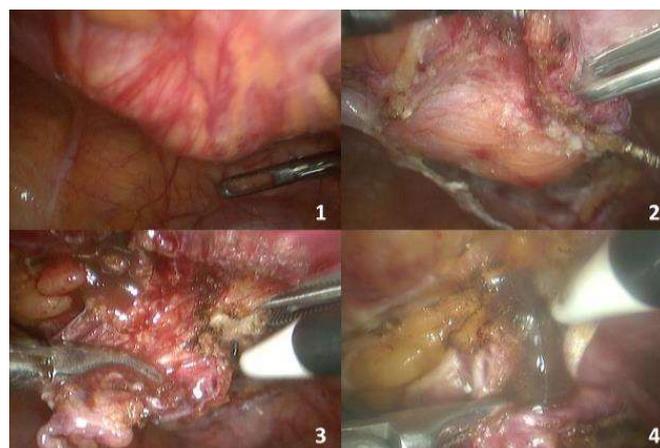


Figura 2 - Endometrioma de parede abdominal. 2.1- Visão intra-abdominal; 2.2 e 2.3- Ressecção da lesão; 2.4- Aspecto "achocolatado" do endometrioma.

Discussão

Apesar de a endometriose ser considerada uma doença benigna, o tecido endometrial ectópico e sua inflamação resultante podem causar dismenorreia, dispareunia, dor crônica, infertilidade e, em casos eventuais, podem relacionar-se com adenocarcinoma de células claras e adenocarcinoma endometriode^(1,3).

O surgimento de tecido endometriótico em cicatrizes da parede abdominal dá-se principalmente em casos de manipulação do útero, como cesáreas, histerectomias laparotômicas e laparoscópicas. Contudo, pode ocorrer sem a intervenção nesse órgão, já que podem existir focos em toda a cavidade abdominal. Portanto, recomenda-se a irrigação vigorosa com solução fisiológica das incisões cirúrgicas, principalmente em manipulações uterinas⁽²⁻⁴⁾.

A ressecção da endometriose via laparoscópica é factível mesmo nos casos em que há necessidade de correção da aponeurose com telas sintéticas. É válido ressaltar ainda a vantagem da menor dor pós-operatória imediata, menor trauma cirúrgico e ganho na visualização dos planos de dissecação e na avaliação da cavidade abdominal para outras lesões endometrióticas. Porém, a disponibilidade do material e a expertise da equipe cirúrgica são fatores que podem limitar essa abordagem.

Lembramos também que é importante realizar uma ressecção ampla, impedindo assim o recidiva da doença em outro foco; bem como a necessidade de lavagem da ferida operatória como já citado^(4,5).

Desse modo, a abordagem laparoscópica dessa lesão propiciou, além de cura da afecção, um menor trauma cirúrgico e melhores resultados estéticos se comparado a uma exérese laparotômica.

Referências

1. Foti PV, Farina R, Palmucci S, Vizzini IAA, Libertini N, Coronella M, et al. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation. *Insights Imaging*. 2018; 9(2): 149-172
2. Davis AC, Goldberg JM. Extrapelvic Endometriosis. *Semin Reprod Med*. 2017; 35(1): 98-101.
3. Dawson A, Fernandez ML, Anglesio M, Yong PJ, Carey MS. Endometriosis and endometriosis-associated cancers: new insights into the molecular mechanisms of ovarian cancer development. *Ecanermedicalscience*. 2018; 12:803.
4. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and Management of Abdominal Wall Endometriosis: A Systematic Review and Clinical Recommendations. *Obstet Gynecol Surv*. 2017; 72(2):116-122.
5. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, Scripcariu I, Grigore AM, Micu R. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Med Ultrason*. 2017; 19(4): 430-437.
6. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*. 2008; 196(2): 207-212.

* Autor correspondente:

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES

Rua Princesa Isabel, 1526 - Farias Brito, Fortaleza - CE, 60015-061.

Email: jwalterfeitosa@yahoo.com.br