AVALIAÇÃO DOS FATORES CORRELACIONADOS COM A RECORRÊNCIA DE ENDOMETRIOSE DE PAREDE

Palavras-Chave: endometriose de parede abdominal, endometriose de cicatriz, recorrência, ocorrência, cicatriz de cesárea.

Autores/as:

Gabriela Monteiro Oliveira (FCM/UNICAMP),

Profª. Dr.ª Daniela Angerame Yela Gomes (FCM/UNICAMP).

Financiamento: PIBIC/CNPq

INTRODUÇÃO:

A endometriose é uma doença crônica definida pelo crescimento de células do endométrio fora da cavidade uterina, ocorrendo de forma prevalente no peritônio, nos ovários e na tuba uterina (1). Em casos raros, que correspondem a cerca de 9-15%, o desenvolvimento do tecido endometrial manifesta-se em outras localidades, como nos pulmões, no cérebro e, principalmente, na parede abdominal (2).

A endometriose acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva (cerca de 6 a 10%) e está comumente associada a um processo inflamatório crônico com manifestação de dor pélvica, infertilidade, dispareunia, disúria, disquezia e dismenorreia, o que reduz a qualidade de vida das mulheres. Apesar de pouco frequente, a endometriose pode ser assintomática (5).

As evidências fisiopatológicas da doença são muitas e abrem espaço para o surgimento de diversas teorias no meio científico, sendo a mais difundida na atualidade a Teoria de Sampson, também conhecida como teoria da menstruação retrógrada, em que foi observada a presença de líquido na pelve durante o período menstrual em cerca de 90% das mulheres, fator indicativo da ocorrência de refluxo tubário, que permite a implementação de células endometriais nos órgãos pélvicos. Além disso, alguns estudiosos acreditam que ela apresenta origem genética, em que a mulher possui histórico familiar da doença ou sofreu mudanças epigenéticas a partir de questões hormonais, inflamatórias ou imunológicas que contribuíram para o surgimento desse quadro. Outra teoria que também é aceita de forma significativa nos tempos atuais é a da metaplasia celômica, que relaciona a origem da endometriose em tecidos normais a um processo metaplásico, ou seja, à substituição das células do tecido pelo tipo celular do tecido endometrial (6,7).

A etiopatogênese da endometriose de cicatriz é mais bem explicada pela combinação de teorias. A mais prática e popular é a direta implantação do tecido endometrial nas cicatrizes cirúrgicas (3). Durante a realização de um procedimento cirúrgico, o tecido endometrial é diretamente inoculado na ferida

cirúrgica, permanecendo essas células endometriais viáveis, proliferando sob estímulo hormonal adequado (teoria do transporte celular) ou induzindo o tecido à sua volta a sofrer metaplasia e desenvolver a endometriose de cicatriz (teoria de metaplasia celômica). Alternativamente, o tecido endometrial poderia alcançar a cicatriz cirúrgica por via linfática ou via vascular, desenvolvendo posteriormente a endometriose de cicatriz (8).

Endometriose parede abdominal é uma ocorrência rara, com uma incidência de 0,03% -3,5% (2). Está associada com uma história de procedimentos cirúrgicos obstétricos ou ginecológicos (2). O tempo decorrido entre a operação prévia e o aparecimento dos sintomas pode variar de seis meses até 20 anos (3). A sintomatologia clássica da endometriose de parede abdominal consiste em tumoração bastante sensível à palpação, intermitentemente dolorosa, que aumenta de volume e sensibilidade de acordo com a fase do ciclo menstrual.

O diagnóstico é realizado principalmente por meio de exames de imagem, como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e ultrassonografia abdominal (10,11), como visto na figura 1.

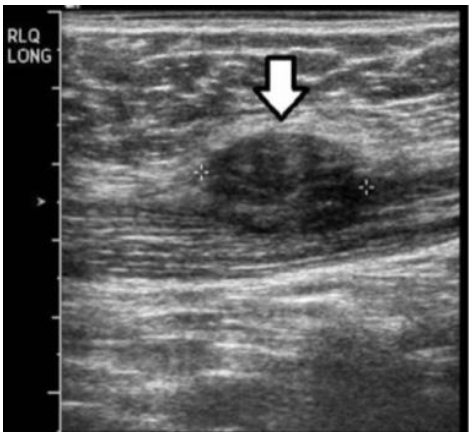

Figura 1: Ultrassonografia abdominal de uma tumoração de endometriose de parede abdominal. A seta indica a lesão. *Khan et al. (2017)40.*

O tratamento preferencial é o cirúrgico, com a confirmação do diagnóstico pelo exame anatomopatológico. Outra opção terapêutica é bloqueio da menstruação com terapia hormonal (8). Mesmo com a retirada cirúrgica da lesão pode haver recorrência de 1,3 a 4,5%. É necessário que na exérese cirúrgica seja retirada a lesão com margens livres para evitar a recorrência (9,12-14).

Até os tempos atuais, os fatores de recorrência da endometriose de parede foram pouco esclarecidos pelos estudiosos, mas aparentam estar relacionados à ocorrência de margem comprometida na cirurgia de remoção da lesão (15).

Este presente estudo teve como objetivo analisar as características epidemiológicas e clínicas da endometriose de parede, com sua taxa de recorrência e fatores que contribuem para ela, uma vez que há poucos estudos na literatura que abordam aspectos dessa doença.

METODOLOGIA:

Foi realizado um estudo coorte retrospectivo, em que foram avaliadas 44 mulheres com endometriose de parede abdominal que foram atendidas no Ambulatório de Endometriose do Departamento de Tocoginecologia do Centro de Atenção Integral da Mulher da Universidade Estadual de Campinas ao longo de 10 anos. Inicialmente, estimava-se cerca de 50 pacientes que apresentavam endometriose de parede. É importante salientar que o período pandêmico correspondente a 2020 e 2021 dificultou a obtenção dos dados, devido a diminuição significativa de pacientes em acompanhamento no ambulatório. Houve a exclusão de outros 6 prontuários, devido a ausência de segmento da paciente ao

acompanhamento ambulatorial, desistência da realização do procedimento cirúrgico para exérese da lesão e preenchimento incompleto do prontuário.

Para a coleta de dados, foi elaborada uma ficha especialmente para esta pesquisa (Tabela 1), preenchida através da compilação dos dados existentes nos prontuários das mulheres, as quais foram selecionadas a partir de um banco de dados arquivado no livro do Ambulatório de Endometriose do CAISM / UNICAMP que registra todos os casos de endometriose no serviço.

FICHA DE COLETA DE DADOS AVALIAÇÃO DOS FATORES CORRELACIONADOS COM A RECORRÊNCIA DE ENDOMETRIOSE DE PAREDE.	
Idade	
Peso	
Altura	
Paridade	
Abortos	
Número de cesáreas	
Sintomas	
Tamanho da lesão	
Houve utilização de tratamento hormonal após a retirada da lesão?	( ) SIM. ( ) NÃO.
Houve reaparecimento da doença após a retirada da lesão?	( ) SIM. ( ) NÃO.
Tempo entre a realização da cirurgia para a retirada da lesão e o reaparecimento dos sintomas associados à doença:	
Anatomopatológico	

Tabela 1: Ficha de coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada mediante a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE:78729524.7.0000.5404. As variáveis descritivas foram sendo registradas em uma tabela pelo Microsoft Office Excel composta por HC, idade, peso, altura, sintomas, tamanho da lesão, recorrência, tempo de recorrência e tratamento hormonal após retirada da lesão. Para processamento dos dados, foi realizada uma revisão dos questionários manualmente para codificação das variáveis avaliando as variáveis descritiva, a partir do cálculo de frequências, médias e desvio-padrão.

RESULTADOS

A idade média das mulheres foi de 35,07 ± 8,57 anos. Cerca de 84,09% das pacientes realizaram pelo menos uma cesárea. O sintoma mais apresentado foi dor (97,73%), seguido de sangramento anormal (20,45%) e nódulo em cicatriz (13,64%). A taxa de recorrência da doença foi de 29,55%. Cerca de 68,18% das pacientes realizaram tratamento hormonal após a retirada cirúrgica da lesão. O tamanho médio da lesão foi 3,16 cm^3. ± 1,5 cm^3. Todas as pacientes que apresentaram reincidência da doença apresentaram margem comprometida na cirurgia prévia.

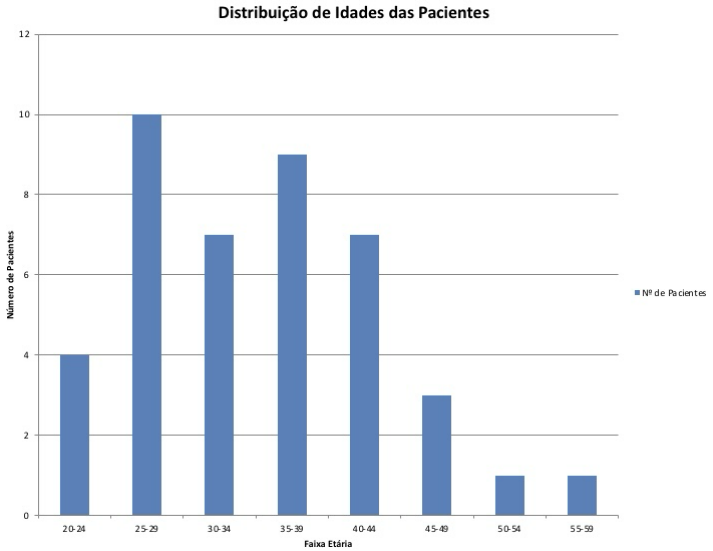

Figura 2: Gráfico de distribuição de idades das pacientes com endometriose de parede abdominal.

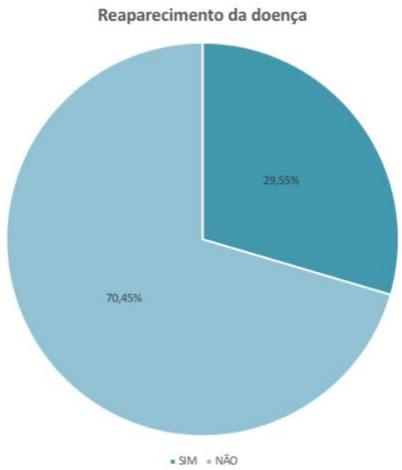

Figura 3: Gráfico do percentual de recorrência da doença.

DISCUSSÃO

A endometriose de parede abdominal é uma doença com incidência baixa e pouco encontrada na literatura. No presente estudo, foi possível observar que as pacientes com essa doença possuem idade média de 35 anos. Além disso, como é possível observar na tabela 1, há uma maior concentração de pacientes entre 25 e 39 anos, o que mostra a associação da doença com a idade reprodutiva.

Cerca de 81,82% das pacientes realizaram cesariana prévia. Trata-se, então, de um número significativo, que indica a associação da ocorrência da endometriose de parede abdominal com a realização de cesariana, relação estabelecida devido ao transporte de tecido endométrios para a cicatriz de cesárea ou tecidos adjacentes, fenômeno bem descrito pelos estudiosos. No entanto, esse percentual é menor do que grande parte dos estudos presentes na literatura, onde é possível encontrar a realização de cesária em pelo menos mais de 90% do tamanho amostral (2, 11). No entanto, também há estudos em que este número é menor, como em Horton et.al (16), em que apenas 57% dos casos estavam associados a um parto cesariana, indicando a associação da endometriose de parede com outros procedimentos cirúrgicos, como a histerectomia.

A recorrência, representada no gráfico da Figura 3, apresentou uma taxa de 29,55% na amostra estudada e pode ser integralmente associada na apresentação de margem comprometida na cirurgia de retirada da lesão, uma vez que todas as pacientes que tiveram reincidência da doença após a exérese dos focos apresentaram margem comprometida.

CONCLUSÃO

A recorrência de endometriose de parede abdominal está associada a cirurgias de exérese da lesão não adequadas e que deixam margens comprometidas. Isso demonstra a importância da realização dos procedimentos cirúrgicos de maneira adequada. Mulheres em idade reprodutiva que apresentam dores locais, sangramentos anormais e nódulos devem buscar auxílio médico para serem investigadas em relação a essa doença.

BIBLIOGRAFIA

1- Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet. 2004; 364(9447):1789-99. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17403-5.

2- Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis--a clinico pathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. J Obstet Gynaecol. 2004;24(7):804-8. doi: 10.1080/01443610400009568.

3- Nominato NS, Prates LF, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;152(1):83-5. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.05.001.

4- Nominato NS, Prates LFVS, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. Scar endometriosis: a retrospective study of 72 patients. Rev Bras Ginecol Obstet 2007;29(08):423–7.
5- Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997;24(2):235-58. doi: 10.1016/s0889-8545(05)70302-8. PMID: 9163765.
6- Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. Am J Pathol. 1927;3(2):93-110.
7- Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2014;10(5):261-75. doi: 10.1038/nrendo.2013.255.
8- 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):207-12. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.07.035.
9- Vilarino FL, Bianco B, Martins AC, Christofolini DM, Barbosa CP. Endometriose em cicatriz cirúrgica: uma série de 42 pacientes. Surgical scar endometriosis: a series of 42 patients. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;33(3):123-7.
10- Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(4):363.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2014.04.011.
11- Yela DA, Trigo L, Benetti-Pinto CL. Evaluation of Cases of Abdominal Wall Endometriosis at Universidade Estadual de Campinas in a period of 10 Years. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(8):403-7. doi: 10.1055/s-0037-1603965.
12- Leite GK, Carvalho LF, Korkes H, Guazzelli TF, Kenj G, Viana Ade T. Scar endometrioma following obstetric surgical incisions: retrospective study on 33 cases and review of the literature. Sao Paulo Med J. 2009;127(5):270-7. doi: 10.1590/s1516-31802009000500005.
13- Ding Y, Zhu J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. Int J Gynaecol Obstet. 2013;121(1):41-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.11.011.
14- Bazot M, Daraï E. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. Fertil Steril. 2017;108(6):886-94. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.10.026.
15- Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, Heikinheimo O, Horne AW, Kiesel L, Nap A, Prentice A, Saridogan E, Soriano D, Nelen W; European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;29(3):400-12. doi: 10.1093/humrep/det457.
16- Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. Am J Surg. 2008; 196:207-12.