

## ENDOMETRIOSE EXTRAPÉLVICA COM ISQUEMIA INTESTINAL ASSOCIADA: UM RELATO DE CASO

Carolina de Freitas Souza<sup>1</sup>; Felipe Fávero Borsato<sup>2</sup>; Isabela Teixeira Machado<sup>1</sup>; Bruno Alexandre Sakamoto Rodrigues<sup>1</sup>; Júlia Scudeler Barreto<sup>1</sup>; Júlia Zampa Fajardo<sup>1</sup>; Sofia Gonçalves Mota<sup>1</sup>; Daniel Miguel Mauro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> (Universidade Estadual de Londrina);  
<sup>2</sup> (Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Londrina)

Autor para correspondência: carolina.freitas@uel.br

**Palavras-chave:** Abdome agudo; Isquemia; Endometriose; Laparotomia; Peritônio

### INTRODUÇÃO

A endometriose afeta de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva<sup>1</sup> e caracteriza-se pela proliferação de células do endométrio fora da cavidade uterina. Classicamente, gera dor pélvica crônica, dismenorreia e infertilidade<sup>2</sup>, com a confirmação diagnóstica feita por visualização das lesões em cirurgia<sup>4,5</sup>.

### OBJETIVO

O objetivo deste relato é divulgar o caso de uma paciente atípica, ampliando o repertório médico quanto às diversas apresentações da doença.

### RELATO DE CASO

A paciente, sexo feminino, 40 anos, G3P3, foi encaminhada ao serviço terciário com dor abdominal intensa com 1 dia de duração e sangramento vaginal vermelho vivo. Relata perda ponderal de 11kg em 2 meses. À admissão, apresentava sinais vitais estáveis, exame físico com abdome distendido, hipertimpânico, com dor difusa à palpação superficial, pior em andar inferior e presença de defesa. Os exames laboratoriais eram sugestivos de hemorragia e infecção, e a paciente foi internada para melhor avaliação do caso.

Na investigação, a tomografia demonstrou lesão nodular em ovário esquerdo e lesão volumosa (1618 cm<sup>3</sup>) envolvendo porção anterior da pelve, fossas ilíacas (FI) e regiões anexiais, indissociável do fundo uterino e em íntimo contato com o ceco, com encarceramento de alças intestinais. Foram encontrados também espessamentos difusos de íleo terminal e ceco, densificação adiposa e linfonodomegalia regional. As hipóteses levantadas foram abscesso tubo-ovariano e neoplasia de ovário.

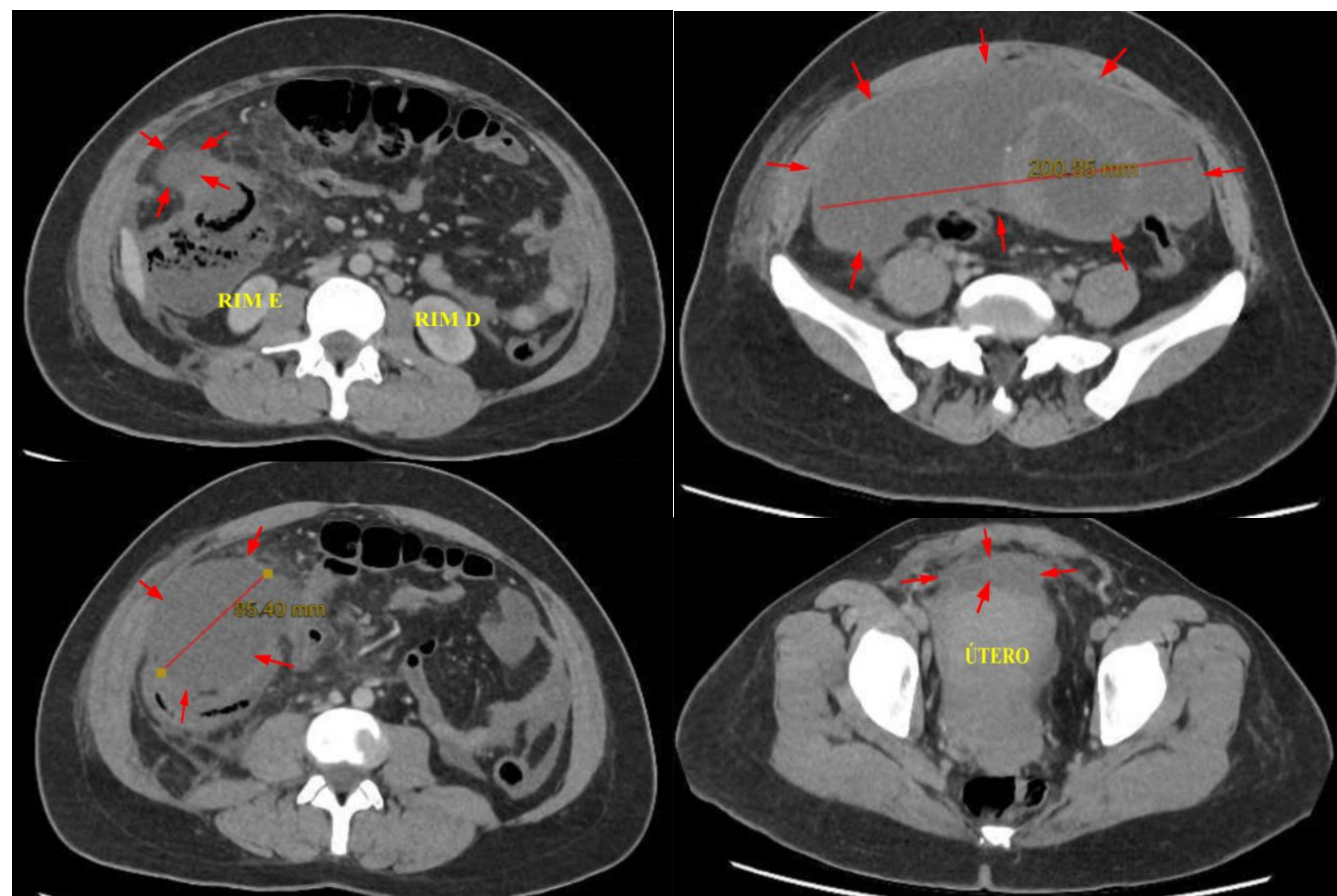
8 dias após a admissão foi realizada laparotomia exploratória pela equipe de Ginecologia e Obstetrícia e executadas ooforectomia e salpingectomia esquerdas devido à infecção e necrose, sendo confirmado em anatomopatológico salpingite aguda por endometrioma.

A equipe de Cirurgia Geral foi chamada para avaliação do achado em FI direita, que estava endurecido e aderido a planos profundos, entremeado em mesentério, com necrose difusa. A equipe realizou ileocectomia direita, ileostomia terminal e retirada de linfonodo retroperitoneal e peritônio para biópsia. Apesar da semelhança visual da massa com neoplasia, a análise indicou endometriose profunda.

Após 5 dias em Unidade de Terapia Intensiva e 13 dias em Enfermaria, a paciente apresentou boa recuperação e recebeu alta hospitalar.

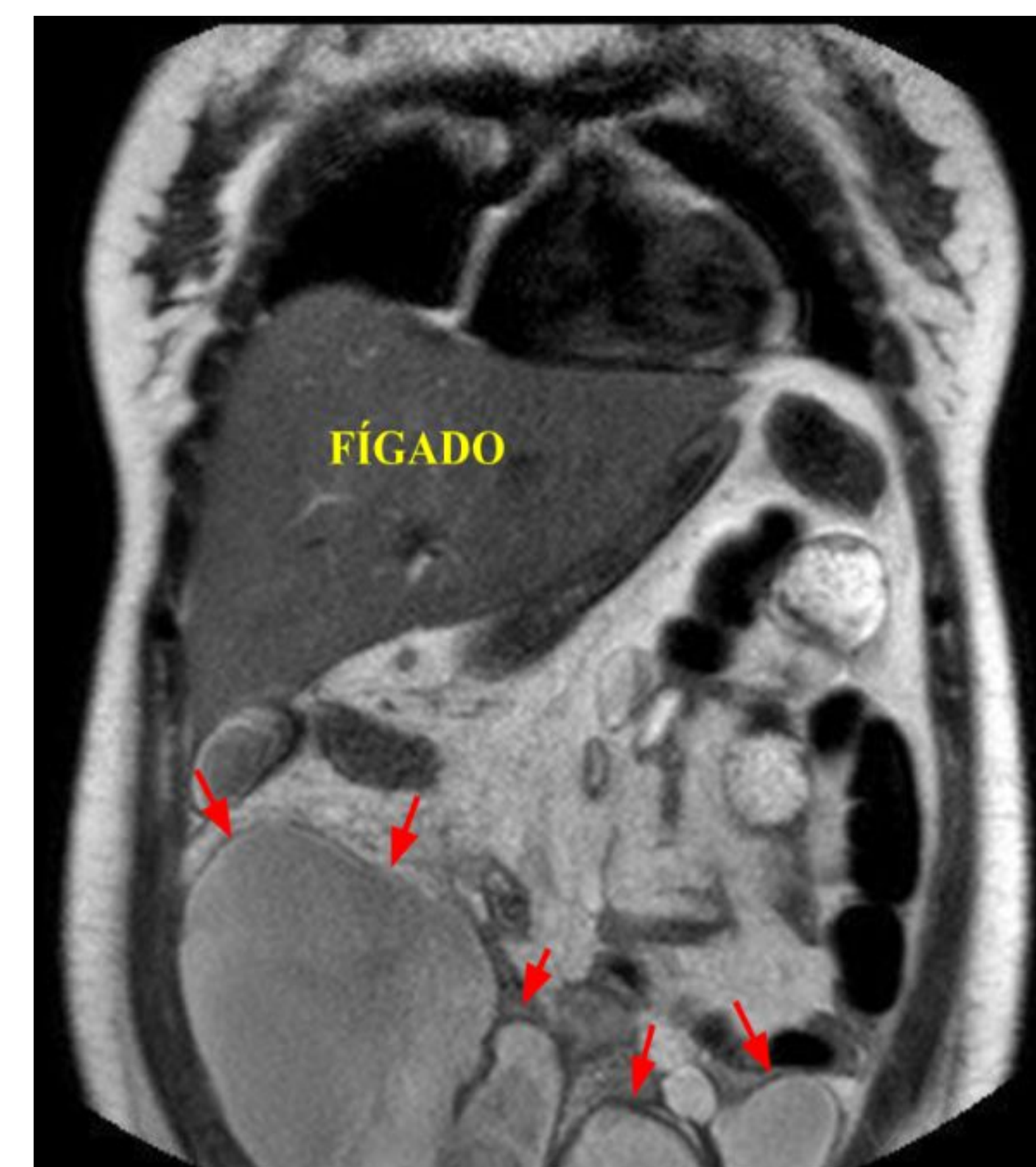
### DISCUSSÃO

A endometriose intestinal corresponde a cerca de 1/4 dos casos de endometriose profunda, sendo a maioria das lesões localizadas em reto e cólon<sup>3</sup>. A localização atípica somada a sintomatologia inespecífica que esse subtipo causa (dor abdominal, náuseas e vômitos) corrobora para a confusão diagnóstica com patologias inflamatórias abdominais diversas e neoplasias<sup>3,4,5</sup>. No caso relatado, os fatores citados somados à ocorrência simultânea do abscesso tubo-ovariano por endometrioma, complexificaram o diagnóstico da paciente.



**Figura 1:** Ressonância Magnética evidenciando as dimensões da massa encontrada na paciente, ocupando toda a cavidade pélvica na região supra uterina e apresentando conteúdo líquido e realce capsular.

**Figura 2:** Tomografia Computadorizada indicando lesão multiloculada de aspecto cístico na pelve, envolvendo regiões anexiais, porção anterior da pelve e fossas ilíacas.



### CONCLUSÃO

Em suma, endometriose intestinal, mesmo rara, deve ser levada em consideração no diagnóstico diferencial das causas de abdome agudo em mulheres em idade fértil.

### REFERÊNCIAS

1. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020 Mar 26;382(13):1244-1256. doi: 10.1056/NEJMra1810764. PMID: 32212520
2. Fernandes CE, De Sá MFS, editores. Tratado de ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
3. Fedele L, Berlanda N, Corsi C, Gazzano G, Morini M, Vercellini P. Ileocecal endometriosis: clinical and pathogenetic implications of an underdiagnosed condition. Fertility and Sterility. 2014 Mar 1;101(3):750-3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.11.126.
4. López AC, Hernández AG, Hidalgo PAG, Rodríguez RG, Marijuán JLM, Zapardiel I, et al. Ileocecal endometriosis: diagnosis and management. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2017 Apr 1;56(2):243-6. doi: 10.1016/j.tjog.2016.09.007.
5. Verzoviti I, Kalliouris D, Boptsi A, Kiriakos N, Keramidaris D. Endometriosis in the Cecum: A Rare Clinical Entity. Cureus [Internet]. 2023 Mar 5 [cited 2024 Mar 1];15(3):e35782. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10072167/>. doi: 10.7759/cureus.35782.