

Achados colonoscópicos em pacientes com endometriose intestinal: diagnóstico diferencial de câncer colorretal

Colonoscopic findings in patients with intestinal endometriosis: differential diagnosis of colorectal cancer

Recebido: 09/05/2023 | Revisado: 19/05/2023 | Aceitado: 19/05/2023 | Publicado: 23/05/2023

Eduarda Silva Muller

Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: dudamulleer@hotmail.com

Amanda Bernal Bertoglio

Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: amandabernalbertoglio@hotmail.com

André Vinicius Silva Muller

Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: decomuller@hotmail.com

Doryane Maria dos Reis Lima

Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: doryane@gmail.com

Resumo

A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial na parte de fora do útero. Quando esse tecido penetra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos, é chamado Endometriose Profunda. O comprometimento intestinal ocorre entre 3% e 37% das mulheres na menarca em que se detecta a endometriose profunda. A queixa mais comum é a dor pélvica, presente em 76,5% dos casos, outros sintomas, sendo mais específicos, dependem da profundidade do acometimento da parede. Os melhores recursos para diagnóstico da endometriose intestinal são métodos de imagem de uma forma mais geral. Com isso, o presente estudo tem como objetivo avaliar os achados da colonoscopia em mulheres com endometriose intestinal na clínica particular Gastroclínica na cidade de Cascavel-Pr, para que, este, possa virar um dos exames realizados em mulheres com suspeita de endometriose profunda para prevenção de câncer colorretal.

Palavras-chave: Endometriose; Endometriose profunda; Endometriose intestinal; Câncer colorretal; Colonoscopia.

Abstract

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue on the outside of the uterus. When this tissue penetrates the retroperitoneal space or the wall of pelvic organs, it is called Deep Endometriosis. Intestinal involvement occurs in between 3% and 37% of women at menarche when deep endometriosis is detected. The most common complaint is pelvic pain, present in 76.5% of cases, other symptoms, being more specific, depend on the depth of wall involvement. The best resources for diagnosing intestinal endometriosis are imaging methods in a more general way. Thus, the present study aims to evaluate the findings of colonoscopy in women with intestinal endometriosis at the private clinic Gastroclínica in the city of Cascavel-PR, so that this can become one of the exams performed in women with suspected deep endometriosis for prevention. of colorectal cancer.

Keywords: Endometriosis; Deep endometriosis; Intestinal endometriosis; Colorectal cancer; Colonosc.

1. Introdução

A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial (glândulas e/ou estroma) fora do útero (Univaldo, 2005), sendo caracterizada pelo crescimento deste tecido em áreas fora da cavidade endometrial com conseqüente reação inflamatória crônica. É uma patologia ginecológica benigna, caracterizada pela formação de tecido endometrial ectópico (Nácul & Spritzer, 2010) e é a primeira causa de cirurgia ginecológica em mulheres em idade reprodutiva, estando associada a aproximadamente 30% a 50% das infertilidades (Wheeler, 1989).

Essa doença foi dividida em três: endometriose profunda, peritoneal e ovariana. A peritoneal caracteriza-se pela presença de implantes superficiais no peritônio, a ovariana por implantes superficiais no ovário ou cistos e a endometriose profunda como uma lesão que adentra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos, com uma profundidade de 5 mm ou mais (Nisolle & Donnez, 1997). A ampla sintomatologia pode ser desde dispareunia intensa, dismenorreia, dor pélvica crônica (Cornillie et al., 1990), ou disquezia e infertilidade que são causadas pelo crescimento invasivo dos implantes de endometriose (Bazot et al. 2009).

A exata incidência de endometriose profunda infiltrativa (EPI), não é conhecida, mas supõe-se que deve afetar cerca de 20% do total de mulheres portadoras de endometriose (Hudelist et al. 2009). Nenhuma das estruturas da cavidade peritonial está isenta da possibilidade de acometimento, porém, os órgãos da cavidade pélvica são os mais frequentemente envolvidos (Univaldo, 2005).

O comprometimento intestinal, ocorre entre 3% e 37% das mulheres na menarca em que se detecta a endometriose ginecológica (Jenkinson & Brown, 1943). O segmento retossigmóide está acometido em 72% dos casos, seguido pelo íleo terminal em 2%, cólon descendente em 1% e ceco em 1% (Macafee & Greer, 1960).

Endometriose intestinal

Os principais sintomas clínicos da endometriose são: dismenorreia, dor pélvica crônica ou dor acíclica, dispareunia de profundidade, alterações intestinais cíclicas (distensão abdominal, sangramento nas fezes, constipação, disquezia e dor anal no período menstrual), alterações urinárias cíclicas (disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional no período menstrual) e infertilidade (Protocolo Febrasgo, 2018). O início dos sintomas referidos pela paciente até, definitivamente, o diagnóstico é longo, em média 7 anos (Bellelis et al. 2010)

Em casos que evoluem para endometriose intestinal a queixa mais comum é a dor pélvica, presente em 76,5% dos casos e que, muitas vezes, são despercebidos por se relacionarem ao período menstrual (Douglas & Rotimi, 2004). Em 52% das mulheres existe dor durante a defecação irradiada para o períneo, 25% a 40% queixam-se de constipação ou diarreia e 14% relatam sangramento nas fezes durante o período menstrual (Darai et al. 2005). Além disso, em cerca de 2% dos casos, as pacientes apresentam sintomas característicos de obstrução intestinal aguda ou subaguda (Douglas & Rotimi, 2004). Outros sintomas, dependem da profundidade da parede, do quanto a luz intestinal foi acometida e qual a extensão da lesão (Vercellini et al. 2007). As lesões mais frequentes acometem as camadas serosa e muscular própria, e dificilmente podem ser mais profundas, comprometendo a mucosa intestinal.

Esses quadros clínicos referidos trazem substrato para a hipótese diagnóstica, porém a certeza diagnóstica da endometriose é a partir da histologia (Abrão et al., 2003). Com base na natureza crônica e progressiva de endometriose e seus sintomas associados, os pacientes com diagnóstico precoce e terapia adequada geralmente se beneficiam. Na endometriose profunda, o tratamento clínico não é sempre eficaz devido à alta taxa de ocorrência de lesões fibrosas que são menos propensas a responder à terapêutica hormonal (Chapron et al. 2003).

Endometriose intestinal e câncer

Ainda que o desenvolvimento de processos neoplásicos não seja muito frequente em casos de endometriose, porque é uma doença de configuração benigna, e apesar da constante evolução do quadro, supõe-se que 1% dos casos esteja relacionado com câncer (Mascaretti et al., 2007).

Cerca de 78% dos casos de neoplasias relacionadas com a endometriose ocorrem no ovário, e 22% relaciona-se a tumores extraovarianos geralmente encontrados no septo retovaginal, cólon, bexiga, vagina e peritônio da região pélvica. Quando

há acometimento do reto, pode causar sintomas obstrutivos, dificultando a diferenciação entre uma doença maligna e a inflamatória (Paksoy et al., 2005).

A execução da histologia dos focos da endometriose é importante diante a capacidade de malignização de endometriose intestinal, em particular se considerarmos que várias características morfofuncionais do tecido endometrial ectópico o acercam do fenótipo neoplásico (Falco et al. 2007).

Exames para diagnóstico de endometriose intestinal

Naquelas pacientes com suspeita de endometriose, os melhores recursos são métodos de imagem de uma forma mais geral. O diagnóstico clínico baseado nos sintomas e exame físico não é tão eficaz, e isso tem contribuído para um atraso médio de seis a oito anos para realização do diagnóstico (Nácul & Spritzer, 2010).

Os principais métodos de imagem utilizados para o possível diagnóstico da endometriose profunda intestinal são: ultrassonografia transretal, ultrassonografia endoscópica transretal, ultrassonografia transvaginal e ressonância (Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina magnética, 2011).

A ultrassonografia transretal é útil para a identificação do grau de comprometimento da parede intestinal. A ultrassonografia endoscópica retal e a colonoscopia apresentam sensibilidade de 100% e especificidade de 67% (Abrão et al., 2004). A ecoendoscopia retal vem sendo utilizada com sucesso como método diagnóstico adjuvante, identificando a distância entre a lesão e a luz do reto, compressões extrínsecas e lesões da submucosa do reto (Abrão et al., 2003).

Dessa forma, os exames mais eficazes para diagnóstico da endometriose são as ultrassonografias. Isso se dá porque, a endometriose intestinal, raramente acomete a camada mais interna do intestino, se mantendo, na maioria das vezes, nas camadas mais externas, como a serosa e a muscular própria, sendo visualizada assim pelas ultrassonografias.

Colonoscopia

O exame colonoscópico é muito utilizado para diagnóstico de inúmeras doenças. A visualização completa da mucosa do intestino grosso através da análise desse exame é de fundamental importância para o diagnóstico correto da maioria das afecções colorretais (Abrão et at. 2009)

Os avanços na tecnologia das fibras ópticas permitiram obter fibroscópios flexíveis capazes de visualizar a mucosa que vai do reto à válvula ileocecal - onde o íleo desemboca no intestino grosso (Bailey et al., 1994). Isso possibilita, além do acesso visual às lesões da mucosa, as pinças cortantes, que permitem retirar lesões para futuras biópsias. Sendo assim, a colonoscopia não é apenas um exame diagnóstico e sim pode ser utilizada para procedimentos.

A colonoscopia, de um modo geral, deve ser indicada em todas as pacientes que apresentam sinais e ou sintomas como dor abdominal crônica, síndrome do intestino irritável e doença intestinal inflamatória crônica, que acabam sendo doenças crônicas. Também em pacientes que farão manipulação cirúrgica intestinal (excisão de pólipos colônicos) e pacientes com antecedentes familiares de câncer colorretal (história familiar hereditária para câncer colorretal não polipoide ou história familiar para câncer colorretal esporádico).

Em casos de endometriose intestinal há um comprometimento submucoso ocasionando, na maioria das vezes, estenose luminal, envolvimento da mucosa, sangramento, massa polipoide, segmentos angulados por aderências, com diminuição da mobilidade e elasticidade da parede. Raros casos em que há penetração de todas as camadas da parede intestinal. Nesse caso, a colonoscopia, é um bom exame para exclusão de outras doenças intestinais que podem confundir os sinais e sintomas da endometriose intestinal e também pode identificar esses comprometimentos relatados acima, que, muitas vezes, podem ser precedentes de câncer colorretal. Mas para confirmar a etiologia é necessário estudo histológico.

Por fim, como a endometriose é definida como a presença de tecido endometrial fora do útero e a Endometriose Profunda é quando esse tecido penetra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos. Há uma necessidade de diagnóstico por exame de imagens e há uma importância muito significativa na prevenção e diagnóstico diferencial de câncer.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com coleta de dados em prontuários de mulheres que tiveram diagnóstico de endometriose intestinal na Gastroclínica da Cidade de Cascavel/PR. O objetivo é encontrar as pacientes que fizeram o exame de colonoscopia e identificar os achados obtidos

O estudo será realizado em todos os prontuários de mulheres que foram diagnosticadas com Endometriose Intestinal, com a análise destes prontuários da Gastroclínica da Cidade de Cascavel/PR. Mais especificamente serão selecionadas para a pesquisa as pacientes que tiveram ou tem essa doença.

Em relação às informações obtidas por meio da análise dos achados colonoscópicos, será realizada uma análise estatística descritiva qualitativa e quantitativa de quais serão esses achados, com o objetivo de verificar aspectos relevantes à pesquisas.

Serão incluídos na pesquisa os prontuários apenas das pacientes que foram diagnosticadas com Endometriose Intestinal e fizeram o exame de colonoscopia. Serão excluídos da pesquisa os prontuários das mulheres que tiveram Endometriose Intestinal e que não fizeram o exame de colonoscopia.

Para a execução da pesquisa o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da Gastroclínica em Cascavel-Pr. Após aprovação, os dados serão coletados na própria clínica por meio dos prontuários das pacientes com Endometriose Intestinal. Os dados resultantes da pesquisa serão tabulados para posteriormente serem analisados. Após finalizada, espera-se publicar os resultados desta pesquisa em eventos/periódicos científicos.

3. Análise e Discussão dos Resultados

A presente Tabela 1 se trata de um estudo exploratório de coletas de dados de prontuários de mulheres que tiveram diagnóstico de endometriose intestinal na Gastroclínica da cidade de Cascavel-Pr. Em relação às informações obtidas na tabela, se tratam de exames de imagem com enfoque na colonoscopia, realizados por essas mulheres e os seus respectivos resultados. Dessa forma haverá uma comparação dos resultados obtidos nos demais exames em comparativo com os achados obtidos na colonoscopia.

Tabela 1 - Descrição dos exames realizados e achados descritos (n=51).

Exame/Resultado	n	%
Colonoscopia		
<i>Sem achados patológicos</i>	34	66,7%
<i>Sem Resultado</i>	1	2%
<i>Com achados patológicos</i>	16	31,4%
<i>Abaulamento em reto</i>	1	2%
<i>Colite</i>	1	2%
<i>Compressão extrínseca</i>	2	4%
<i>Infiltração por endometriose</i>	1	2%
<i>Nódulos</i>	2	4%
<i>Pólipo pedunculado</i>	1	2%
<i>Pólipo séssil</i>	6	12%
<i>Subestenose</i>	2	4%
Ressonância Magnética	5	9,8%
<i>Com achados patológicos</i>	5	100%
<i>Achados sugestivos de endometrioma</i>	1	20%
<i>Achados sugestivos de endometriose</i>	2	40%
<i>Espessamento uterosacral</i>	1	20%
<i>Lesão em sigmóide</i>	1	20%
Ecoendoscopia ou Ecoendoscopia 3d	47	92,2%
<i>Com achados patológicos</i>	47	100%
<i>Achado sugestivo de endometriose perirretal infiltrando a parede retal</i>	19	40,4%
<i>Achado sugestivo de endometriose perirretal sem infiltração</i>	26	55,3%
<i>Achado sugestivo de endometriose intestinal</i>	2	4,3%

Fonte: Autores (2023)

Esse estudo mostrou que os achados colonoscópicos da endometriose intestinal são variáveis. Contudo, na maior parte das pacientes, mais especificamente 66,7%, o exame de colonoscopia não teve achados significativos. Isso se dá porque esse exame visualiza a parede interna do intestino, ou seja, a mucosa, aquela que está revestindo o lúmen intestinal. A explicação para isso é que na endometriose, as células oriundas do endométrio, podem cair na cavidade abdominal e se manifestarem em locais adjacentes. Sabe-se que se essas células se depositarem no intestino será na parede externa, a camada muscular, aquela que está em contato com a cavidade abdominal. Por esse motivo, muitas vezes, como o exame de colonoscopia visualiza a parte interna do intestino, não é encontrado achados oriundos da endometriose nesse exame.

Dentre os resultados com achados patológicos, que foram 31,4% dos casos, a maioria deles está relacionado a alguma modificação mecânica do intestino, e grande parte são alterações associadas com a diminuição do lúmen intestinal. Os achados como abaulamento do reto (2%), compressão extrínseca (4%) e subestenose (4%) se devem ao fato de que o tecido endometrial está crescendo na camada mais externa, muscular, e comprimindo assim a parede intestinal diminuindo esse lúmen. Essa compressão intestinal e consequente diminuição luminal conseguem ser identificadas pela colonoscopia.

Os achados como a colite (2%), acabam sendo inespecíficos e difíceis de associar com a endometriose intestinal propriamente dita. Inflamação no cólon podem ser causadas por estresse, infecções, parasitas, reação alérgica e até de causas autoimunes. Quando há esse achado numa colonoscopia a endometriose intestinal acaba sendo uma das hipóteses diagnósticas menos prevalentes.

Nesse contexto, também devemos ressaltar os achados estruturais do lúmen intestinal. São eles os nódulos (4%), pólipos sésseis (12%) e pólipos pedunculados (2%) nos indicando que a colonoscopia detectou essas alterações na parede luminal. Os pólipos são lesões que aparecem nas mucosas, aglomerados de células de revestimento. Ambos devem ser investigados e

acompanhados para descartar neoplasias. Porém essas patologias não costumam ter relações com a endometriose, já que são estruturas oriundas da mucosa e não da parede do endométrio.

Por fim, o resultado mais importante no contexto do estudo são os achados de infiltração por endometriose (2%). Isso se dá quando a endometriose que está acometendo a camada submucosa, que é a camada mais externa, infiltra todas as outras camadas intestinais e acomete a camada muscular, aquela que tem contato direto com o lúmen. Esse é um achado pouquíssimo comum e provavelmente são em casos de endometriose mais avançada.

Como comparativo, o estudo trouxe outros exames de imagem como a Ressonância Magnética indica focos sugestivos de endometriose intestinal. Já a ECO 3D, além de nos informar sobre os focos de endometriose, ela também avalia sobre a infiltração de outras camadas retais. Esses exames conseguem identificar com mais precisão e detalhes em comparação com a colonoscopia.

4. Considerações Finais

Sabemos que a Colonoscopia é um grande aliado para diagnóstico de patologias de pacientes com sintomas intestinais. Ela é um bom exame para exclusão de diagnóstico diferenciais e possíveis neoplasias, contudo não é um exame a ser realizado para diagnosticar endometriose intestinal.

Em possíveis futuros estudos, sugiro que possa ser buscado mais resultados de outros exames de imagem para ser um comparativo com os achados deles e da colonoscopia. Também é interessante um estudo com mais mulheres para termos um maior leque de resultados e comparativos. Seria interessante buscar mulheres em diferentes locais (clínicas particulares, hospitais, SUS, etc.). Dessa forma também, fazer um comparativo com o presente estudo.

Referências

- Abrão, M. S. Bassi m, A. Podgaec, S. Dias, Jr J. A. Sobrado C. W. & Filho N. D'A. (2009) Endometriose intestinal: uma doença benigna? *Revista Associação Médica Brasileira*. 55(5), 611-616.
- Abrão, M.S. Neme, R.M. Averbach, M. Petta C.A. & Aldrighi J.M. (2004) Rectal ultrasound with a radial probe in the assessment of rectovaginal endometriosis. *J Am Gynecol Laparosc*. 11:50-4.
- Abrão, M.S. Neme, R.M. & Averbach, M. (2003) Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específico. *Arq Gastroenterol*. 40(3), 192-197.
- Abrão, M. S. Neme, R. M., & Averbach, M. (2003) Endometriose de septo retovaginal: Doença de diagnóstico e tratamento específico. *Arq Gastroenterol*. 40:192-7.
- Bailey, H. R. Ott, M. T. & Hartendorp, P. (1994) Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Diseases of the Colon Rectum*. 37, 743- 747.
- Bazot, M. Lafont, C. Rouzier, R. Roseau, G. Thomassin-Naggara, I. & Darai, E. (2009) Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertility and Sterility*. 92(6), 1825–1833.
- Bellelis, P. Dias, Jr. J. A. Podgaec, S. Gonzales, M. Baracat, E. C. & Abrão, M. S. (2010) Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Revista Associação Médica Brasileira*. 56(4), 467-471.
- Chapron, C. Fauconnier, A. Vieira, M. Barakat, H. Dousset, B. Pansini, V. Vacher-lavenu. M. C. & Dubuisson, J. B. (2003) Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Human Reproduction*. 18(1), 157-161.
- Comillie, F.J. Oosterlynck, D. Lauweryns, J.M. & Koninckx, P.R. (1990) Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertility and Sterility*. 53(6), 978-983.
- Darai, E. Thomassin, I. Barranger, E. Detchev, R. Cortez, A. Houry, S. et al. (2005) Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192, 394-400.
- Douglas, C. & Rotimi, O. (2004) Extragenital endometriosis: a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. 24, 804-808.
- Endometriose Intestinal (2011). Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina magnética. https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/endometriose_intestinal.pdf

- Falco M, Ragusa M, Oliva G, Miranda A, Parmeggiani D, Sperlongano P, et al. (2007) Endometriosis externa: Patologia di esclusivo interesse ginecologico? Il punto di vista del chirurgo generale. *G Chir.* 28:83-92.
- Hudelist, G, Oberwinkler, K, H. Singer, C, F. Tuttlies, F, Rauter, G, Ritter, O, et al. (2009) Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic. *Human Reproduction*, 24(5), 1018- 1024.
- Jenkinson, E. L. & Brown, W. H. (1943) Endometriosis: a study of 117 cases with special reference to constructing lesion of the rectum and sigmoid colon. *The Journal of the American Medical Association.* 122, 349-354
- Macafee, C. H. & Greer, H. L. (1960) Intestinal endometriosis. A report of 29 cases and a survey of the literature. *Journal of Obstetrics and Gynecology.* 67, 539-555.
- Mascaretti, G, Di Berardino, C, Mastrocola, N. & Patacchiola, F. (2007) Endometriosis: Rare localizations in two cases. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 34:123-5).
- Nácul, A. P. & Spritzer P. M. (2010) Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista brasileira de obstetrícia e ginecologia.* v. 32.
- Nisolle, M. & Donnez, J. (1997) Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertility and Sterility.* 68(4), 585-596.
- Paksoy M, Karabiçak I. & Ayan F. (2005) Intestinal obstruction due to rectal endometriosis. *Mount Sinai J Med.* 72:405-8.
- Protocolo Febrasgo (2018). Endometriose. Recuperado de <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z-Z3.pdf>
- Univaldo, E. S. (2005) Endometriose do trato gastrointestinal: correlações clínicas e laparoscópicas; papel da corrida dos órgãos peritoneais na endometriose. Catálogo USP. São Paulo.
- Vercellini, P, Fedele, L, Aimi, G, Pietropaolo, G, Consonni, D. & Crosignani, P. G. (2007) Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human Reproduction.* 22, 266-271
- Wheeler, J.M. (1989) Epidemiology of endometriosis-associated infertility. *The Journal of Reproductive Medicine.* 34(1), 41-46.