

Uma causa rara na mulher jovem – caso clínico

Alexandrino G.¹, Carvalho R.¹, Lourenço L.¹, Sobrinho C.², Horta D.¹, Reis J.¹

1 – Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; 2 – Serviço de Cirurgia Geral B, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca

INTRODUÇÃO

A oclusão intestinal aguda apresenta etiologias muito diversas e constitui uma emergência diagnóstica e terapêutica. Apresenta-se o caso clínico de uma jovem com uma causa rara e benigna.

CASO CLÍNICO

- ♀, 30 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais relevantes.
- **História:** Vômitos, paragem de emissão de gases e fezes, distensão abdominal e dor abdominal difusa tipo cólica com 4 dias de evolução.
- **Exame objetivo:** Abdómen distendido, timpanizado, ligeiramente doloroso, sem defesa.
- **Exames complementares de diagnóstico no serviço de urgência:**
 - sem alterações analíticas.

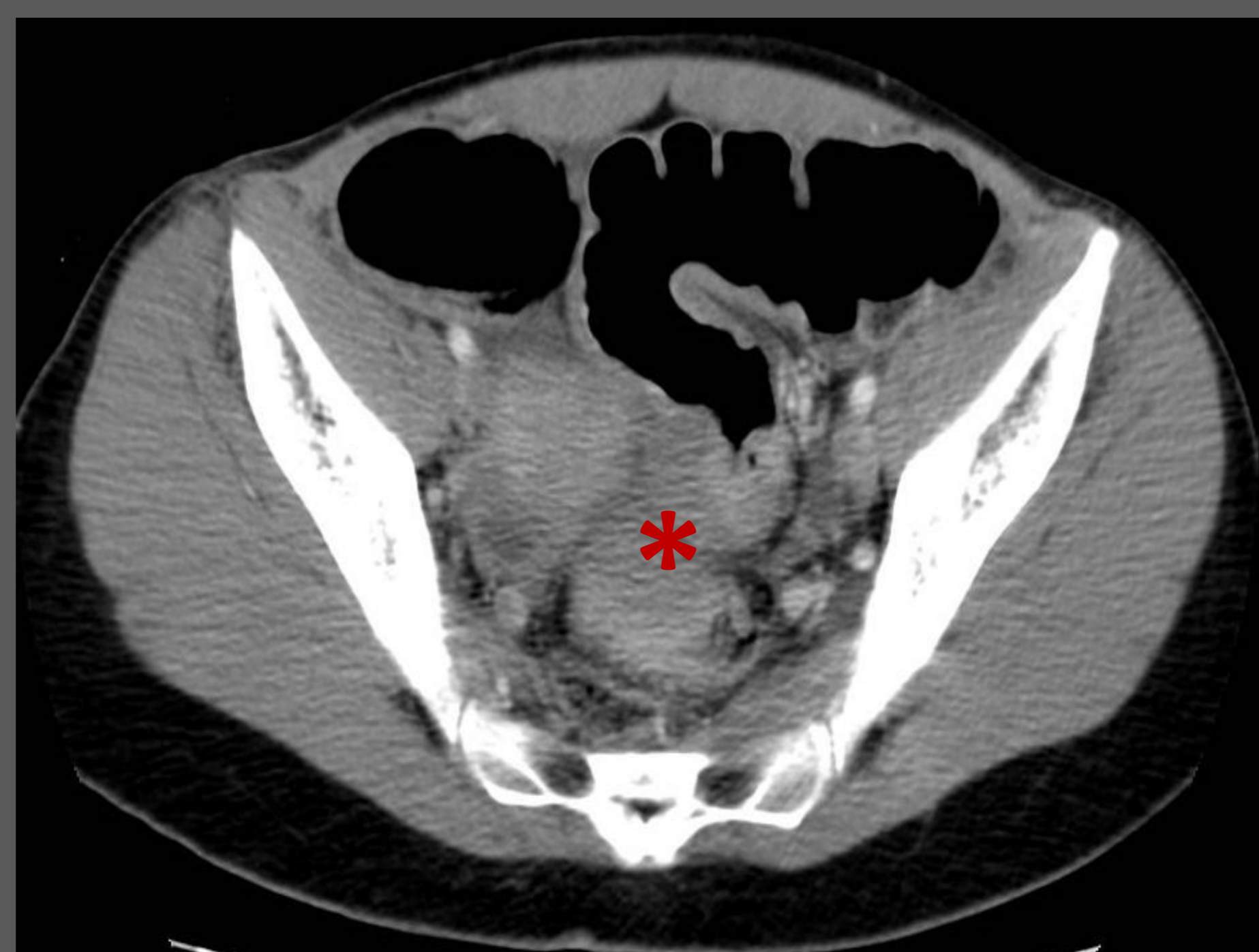
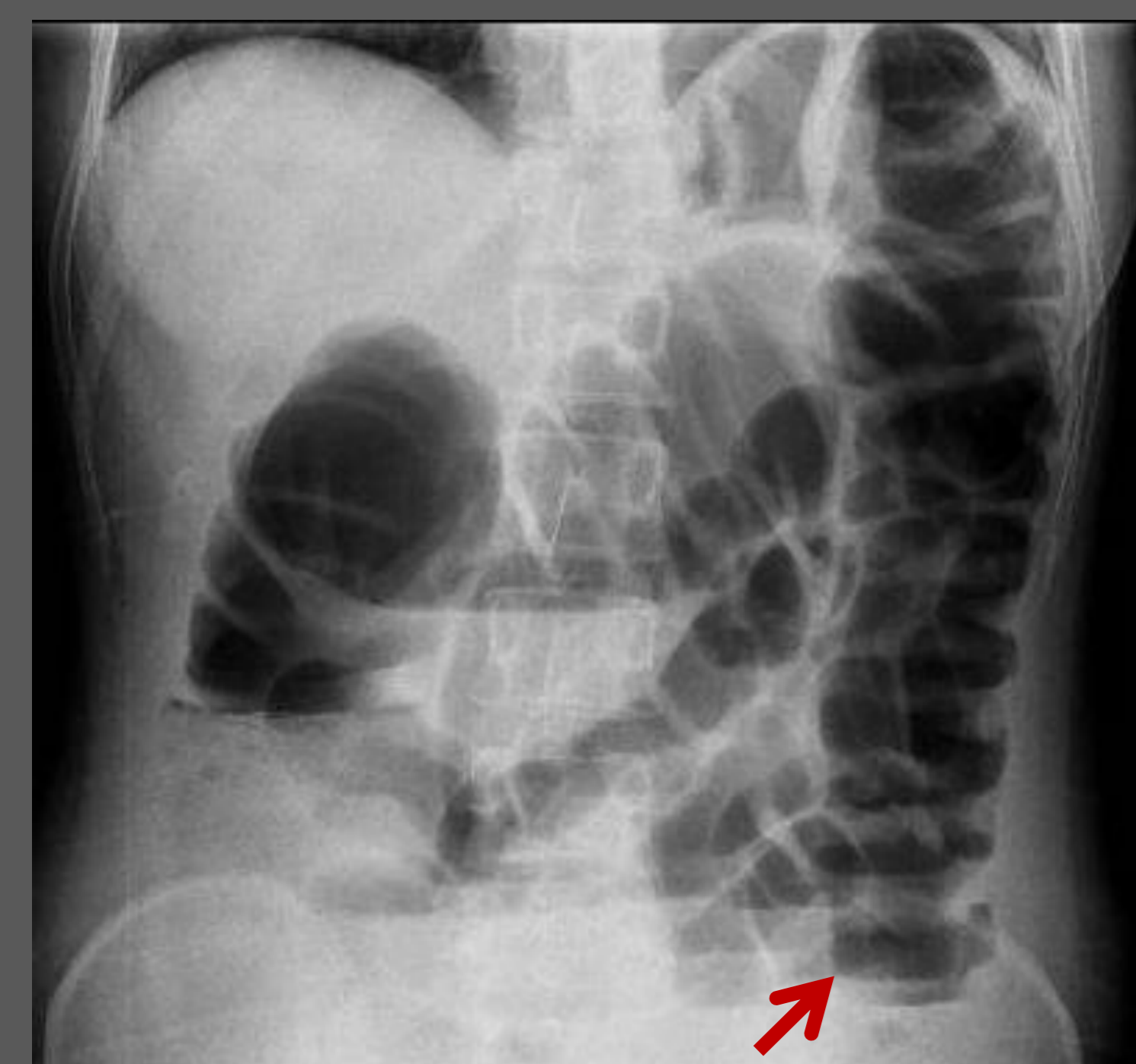


Fig. 1 – Radiografia simples do abdómen.

Fig. 2 – TC abdómen e pélvis.

.Fig.1: Distensão cólica e stop (seta) na transição retossigmoideia.

.Fig.2: Espessamento parietal concêntrico na transição retossigmoideia, sem lúmen permeável (*), com dilatação das ansas a montante.

Perante a hipótese diagnóstica de **occlusão intestinal**, foi submetida a:

- Laparotomia exploradora que revelou processo inflamatório periuterino a envolver a parede anterior do reto.
- No mesmo tempo cirúrgico: ressecção anterior do reto com anastomose primária e ileostomia de proteção.

→ **Diagnóstico histológico:**

ENDOMETRIOSE retal e nodal, com margens cirúrgicas livres.

• **Reavaliação 3 meses após a cirurgia:**

- Retossigmoidoscopia até aos 12 cm da margem anal: mucosa edemaciada e hiperemiada com estenose inultrapassável (Fig.3). Histologia sem alterações relevantes.

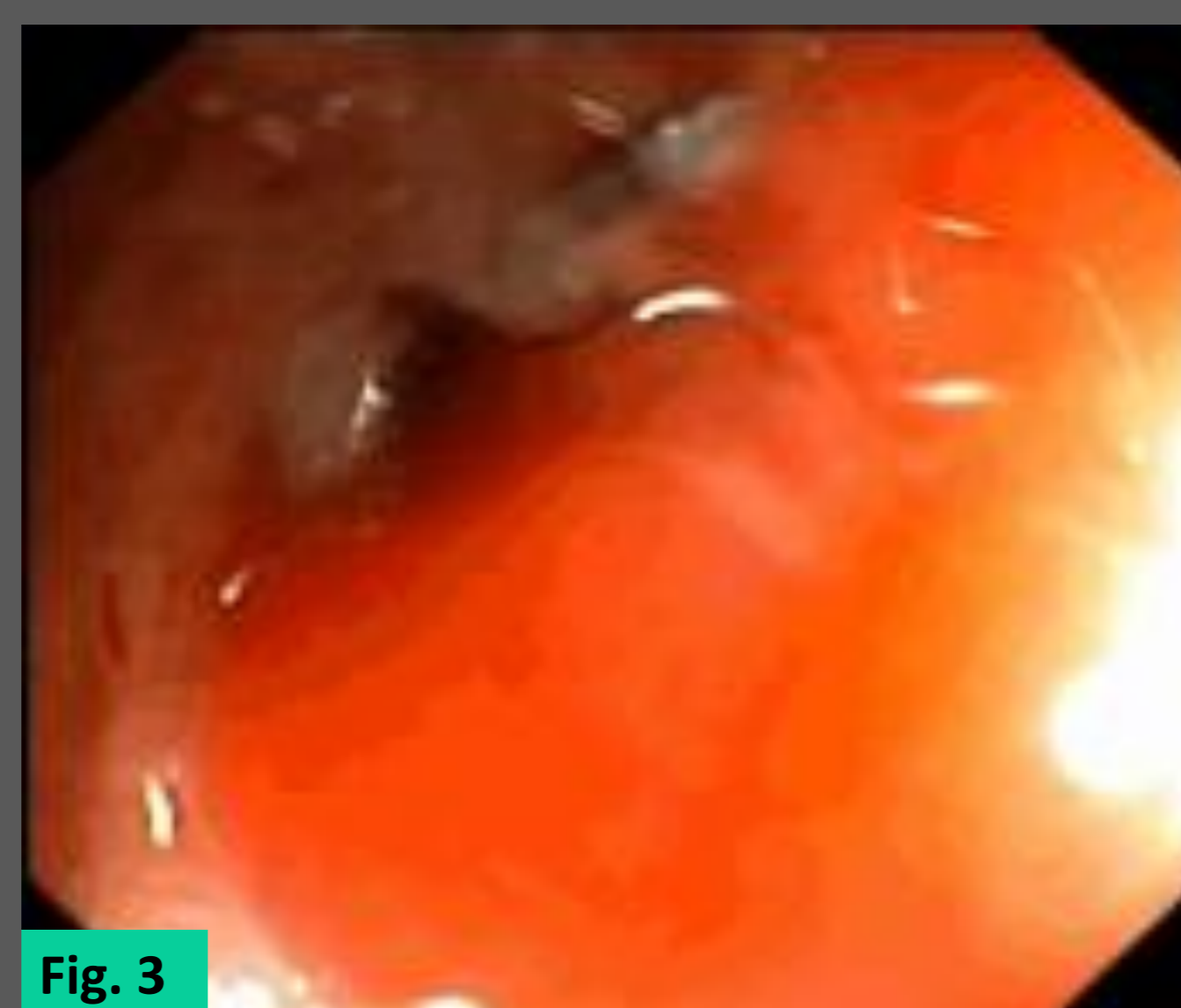


Fig. 3

• **Reavaliação 3 meses após a cirurgia (continuação):**

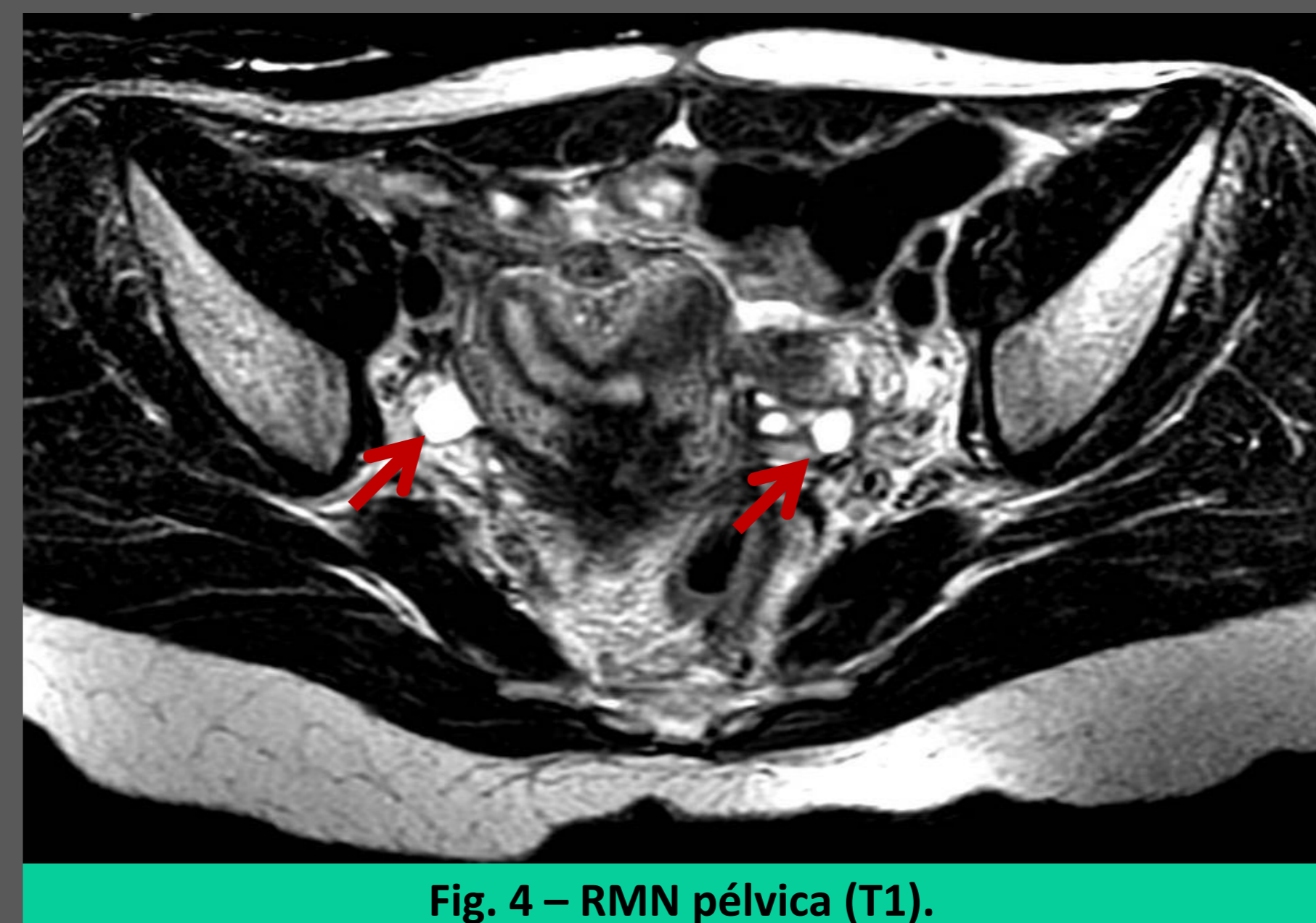


Fig. 4 – RMN pélvica (T1).

Fig.4: Útero bicórneo; diversos focos hiperintensos em T1 (setas), correspondendo a múltiplas áreas de endometriose superficial e profunda, uma delas em contacto com a vertente anterior do reto alto, sem nódulos volumosos na zona da anastomose.

• **Discussão em Reunião Multidisciplinar:**

Medicada com **Análogo LHRH Zoladex® (goserrelina)** 3,6 mg, 3 administrações de 28/28 dias, via SC.

• **Reavaliação por RMN após 3 meses de análogo LHRH:**

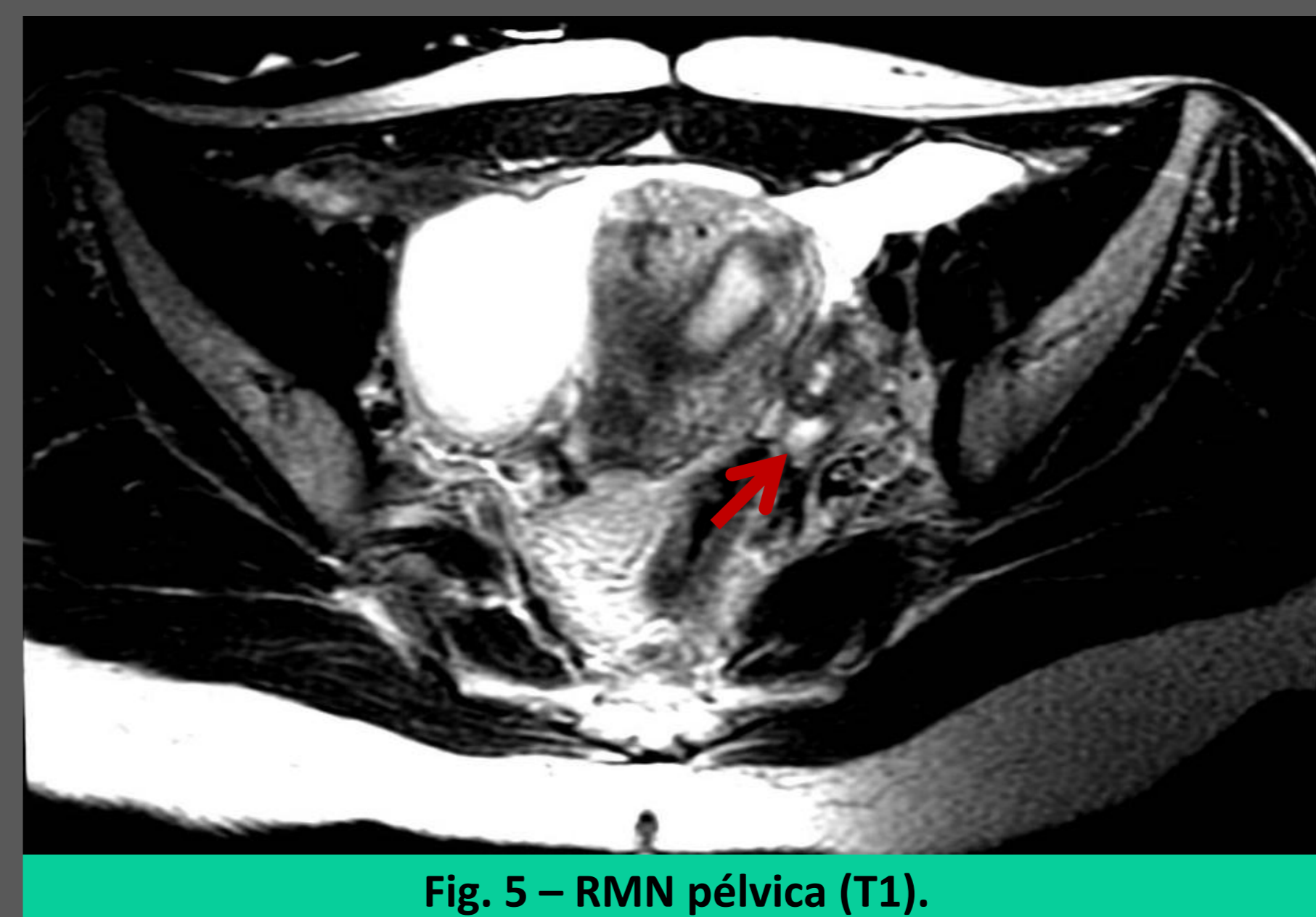


Fig. 5 – RMN pélvica (T1).

Fig.5: Evolução favorável, com redução dos focos de endometriose e franca redução do sinal, traduzindo evolução para fibrose (seta). De notar formação quística de novo no ovário direito com 5 cm, sem características suspeitas, de provável etiologia funcional.

• **Reavaliação retossigmoidoscópica:** diminuição da estenose, mas ainda infranqueável.

- Opta-se por: 5 sessões de dilatação endoscópica com balão TTS até 15 mm, com sucesso (Fig.6).

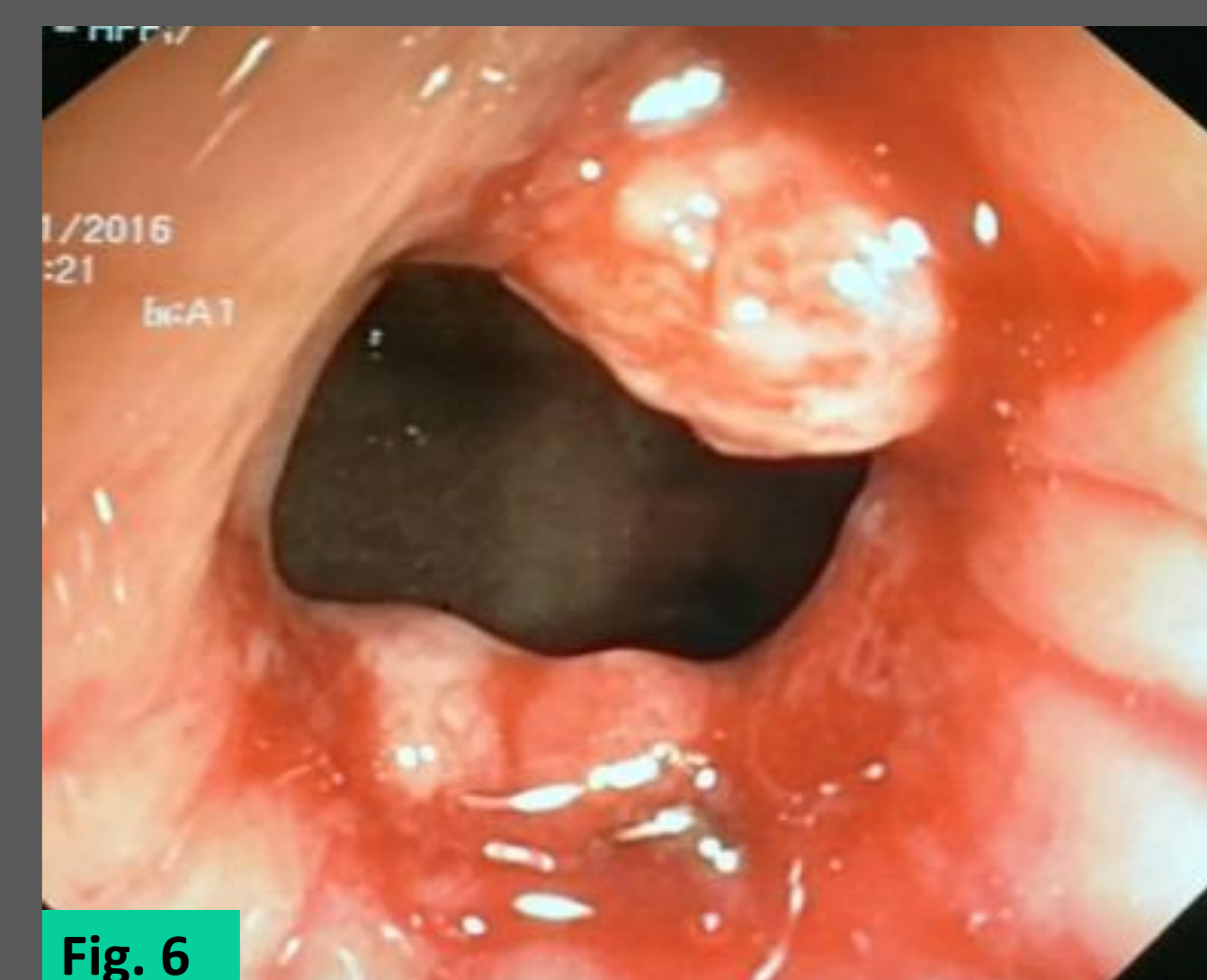


Fig. 6

• Posteriormente, submetida a cirurgia de reconstrução do trânsito.

• **Follow-up 3 meses após a cirurgia de reconstrução:** assintomática.

CONCLUSÃO

- A endometriose corresponde à presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, predominantemente na cavidade pélvica¹.
- A doença tem um pico de incidência entre os **25 e 30 anos**¹. O intestino é a localização extrapélvica mais comum, com prevalência de **5,3 a 12%**. O reto e sigmóide são as porções mais envolvidas (**90%**), mas o envolvimento transmural é raro². Apesar da raridade, podem existir complicações graves, como oclusão, hemorragia ou perfuração. O diagnóstico diferencial pré-operatório é desafiante (ex: neoplasia)³.
- Os análogos LHRH têm um papel importante no tratamento, estando indicados no alívio dos sintomas (dor) e redução do tamanho e número de lesões endometrióticas², conforme se observou neste caso, com uma evolução extremamente favorável documentada imagiologicamente.

Bibliografia

1 - Viganò, P. *et al.* Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 18, 177–200 (2004). 2 - Vercellini, P. *et al.* Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat. Rev. Endocrinol.* 10, 261–275 (2014). 3 - Kwame, D. *et al.* Rectal endometriosis: An exceptional etiology of acute intestinal occlusion. *Ann. Pathol.* 11, (2016).