

NATHALY ANDRADE GOMES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

KARLA ALVES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em fevereiro de 2018.
Aprovado em maio de 2018.*

A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: RELATO DE CASO

RESUMO

A endometriose é uma doença inflamatória crônica, descrita como a presença do tecido endometrial fora da cavidade uterina (teoria da menstruação retrógrada). Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), há 180 milhões de mulheres portadoras de endometriose no mundo, sendo no Brasil 7 milhões. Uma patologia ginecológica benigna comum, hormônio-dependente que acomete cerca de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva. O acometimento intestinal ocorre em 3% a 37% dos casos e em 90% destes casos o reto, o sigmoide ou ambos são acometidos. O diagnóstico da endometriose é difícil, fazendo com que a doença chegue a até 12 anos para ser diagnosticada. O objetivo deste estudo é relatar um caso de endometriose profunda com acometimento intestinal para demonstrar a importância da ressonância nuclear magnética na orientação do diagnóstico pré-cirúrgico. Foi realizada revisão bibliográfica para complementar o estudo e correlacionar os achados com a história da paciente sujeita deste caso. Trata-se de um estudo de caso clínico, de relato retrospectivo, descritivo, cujo fator em estudo é a endometriose profunda com acometimento intestinal. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa. A paciente assinou o termo de consentimento esclarecido (TCLE). A Ressonância Magnética, neste caso, demonstrou sua importância no estudo da endometriose, através da técnica de saturação de gordura (fast sat), utilizadas nos protocolos de ressonância magnética, aumentando a sensibilidade para detecção de lesões hemorrágicas causadas pela endometriose de acometimento profundo.

Palavras-Chave: endometriose. endometriose profunda. endometriose intestinal. ressonância magnética.

THE MAGNETIC RESONANCE IN THE DIAGNOSIS OF DEEP ENDOMETRIOSIS WITH INTESTINAL ACCOMPANYING: CASE REPORT

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic inflammatory disease, described as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity (theory of retrograde menses). According to the United Nations, there are 180 million women with endometriosis in the world, with 7 million in Brazil. A benign, hormone-dependent, benign gynecological pathology that affects about 10% to 15% of women of reproductive age. Intestinal involvement occurs in 3% to 37% of cases and in 90% of these cases the rectum, sigmoid or both are affected. The diagnosis of endometriosis is difficult, causing the disease to reach 12 years to be diagnosed. The aim of this study is to report a case of deep endometriosis with intestinal involvement to demonstrate the importance of magnetic resonance imaging in the orientation of preoperative diagnosis. A bibliographic review was done to complement the study and correlate the findings with the history of the subject patient. It is a clinical case study, with a retrospective, descriptive report, whose study factor is deep endometriosis with intestinal involvement. This study was approved by the research ethics committee. The patient signed informed consent (EHIC). Magnetic resonance imaging (MRI) in this case demonstrated its importance in the study of endometriosis by means of the fat saturation technique used in magnetic resonance protocols, increasing the sensitivity for the detection of hemorrhagic lesions caused by deep endometriosis.

Keywords: endometriosis. deep endometriosis. intestinal endometriosis. magnetic resonance imaging.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença que geralmente acomete a pelve feminina e é caracterizada pela presença do tecido endometrial fora da cavidade uterina (teoria da menstruação retrógrada). Uma doença inflamatória, ginecológica benigna comum, hormônio-dependente que ocorre em cerca de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva, estando significativamente associada à infertilidade (20% a 50% dos casos), dor pélvica crônica e outras comorbidades (HOFFMAN, 2014; OLIVE, PRITTS, 2002 apud KATI, et al., 2011).

Descoberta em meados do século XIX, a doença representa uma condição desafiadora em relação a sua caracterização morfológica, patogênese indefinida, ampla apresentação clínica que difere quanto à localização, casos assintomáticos e casos com lesões agressivas e infiltrativas. É classificada quanto a sua tipificação, endometriose superficial, endometrioma e endometriose profunda (PODGAEC, 2014).

A endometriose profunda com acometimento intestinal ocorre em 3% a 37% dos casos e em 90% destes casos o reto, o sigmoide ou ambos são acometidos. Este sítio, em particular, representa um dos mais complexos problemas no tratamento da doença. As pacientes portadoras da doença podem apresentar sintomas como dor abdominal, obstrução intestinal, sangue nas fezes, diarreia e infertilidade. A decisão clínica é muito importante, sabendo-se as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico intestinal podem ser de difícil manejo (ABRÃO et.al, 2009 apud ANDREUCCI, 2014; CARDOSO, et al., 2009).

No final da década de 80, o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva (videolaparoscopia), permitiu o acesso cirúrgico menos traumático para a verificação da presença da doença e para a remoção direcionada das lesões. A evolução seguiu também na direção dos exames de imagem, em especial a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética, em que radiologistas especializados passaram a identificar com alta acurácia as lesões profundas em seus diferentes sítios na pelve (PODGAEC, 2014).

A grande importância da ressonância magnética no diagnóstico da endometriose se dá através da identificação das lesões de permeio às aderências e na demonstração e avaliação da extensão das lesões subperitoneais, apresentando acurácia, sensibilidade e especificidade acima de 90% para endometriose profunda, tornando os achados de ressonância magnética mais específicos que os de ultrassonografia (COUTINHO JÚNIOR et al., 2008).

O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico e primeiramente visa reduzir os sintomas, e em segundo, evitar o progresso da doença (FREITAS et al., 2011).

Com o passar dos anos a endometriose passou a ser considerada um problema de saúde pública no Brasil. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), há 180 milhões de mulheres portadoras de endometriose no mundo, sendo no Brasil 7 milhões (FEBRASGO, 2014).

Visto que a endometriose é uma das doenças que mais afetam o sistema reprodutor feminino e possui características idiopáticas, assintomática/sintomática, sendo progressiva e de difícil diagnóstico devido a sua apresentação clínica que pode ser confundida com outras doenças e na maioria dos casos pela falta de conhecimento dos médicos referente à qual conduta seguir diante do quadro clínico das pacientes, entendemos que neste caso a ressonância magnética destaca-se como um excelente método pré-cirúrgico para diagnosticar a endometriose.

Este trabalho teve por objetivo fazer um relato de caso sobre a ressonância magnética no diagnóstico de endometriose profunda com acometimento intestinal.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

PATOGÊNESE DA ENDOMETRIOSE

A patogênese da endometriose é um enigma, várias teorias têm sido propostas, no entanto, nenhuma é definitiva ou totalmente provada (BULUN SE, 2009 apud PASSOS et al., 2017).

A teoria mais aceita é a da menstruação retrógrada que consiste na presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. O endométrio é a camada interna do útero, que se renova mensalmente pela menstruação. No momento da menstruação, parte do sangue eliminado passa pelas tubas uterinas e vai para a cavidade abdominal, nesse sangue contém células que possuem a capacidade de crescer em diversas regiões da cavidade abdominal e quando o sistema imunológico, que é responsável pela defesa do organismo não consegue eliminar essas células, elas podem se instalar e proliferar, levando ao estabelecimento da doença. A menstruação retrógrada ocorre em 76% a 90% das mulheres, apesar de apenas 10% das pacientes serem diagnosticadas com endometriose (KUMAR et al., 2010; CRISPI, 2015).

Alguns autores descrevem outras teorias, como a teoria da metaplasia celômica, a qual diz que a endometriose é originada da metaplasia de células do peritônio parietal e visceral devido a estímulos hormonais, ambientais ou infecciosos. Outra teoria seria a dos restos embriônicos, ela descreve que as lesões de endometriose sejam derivadas de células remanescentes da migração dos ductos de muller durante o desenvolvimento embrionário devido a estímulos estrogênicos específicos que possuem papel crucial na patogênese da endometriose. Por fim a teoria das células-tronco, sendo esta a mais recente pressupõe que células-tronco totipotentes endometriais da camada basal do endométrio seriam transportadas via menstruação retrógrada, disseminação vascular ou linfática na cavidade endometrial para desenvolver lesões endometrióticas (PASSOS et al., 2017).

A endometriose intestinal é uma manifestação tardia e avançada da endometriose profunda. Certamente quando há este tipo da doença, existem outras lesões presentes que surgiram anteriormente. Embora a menstruação retrógrada seja a teoria mais aceita não há provas de que a causa da endometriose intestinal seja a menstruação retrógrada. A doença costuma acometer sempre nos mesmos locais, como se esses já fossem predestinados desde o nascimento para acontecer, há relato da presença de células de endometriose no reto sigmoides de fetos, o que supõe que a endometriose intestinal também tenha origem desde o período embrionário (ROSSINI, L. et al., 2014).

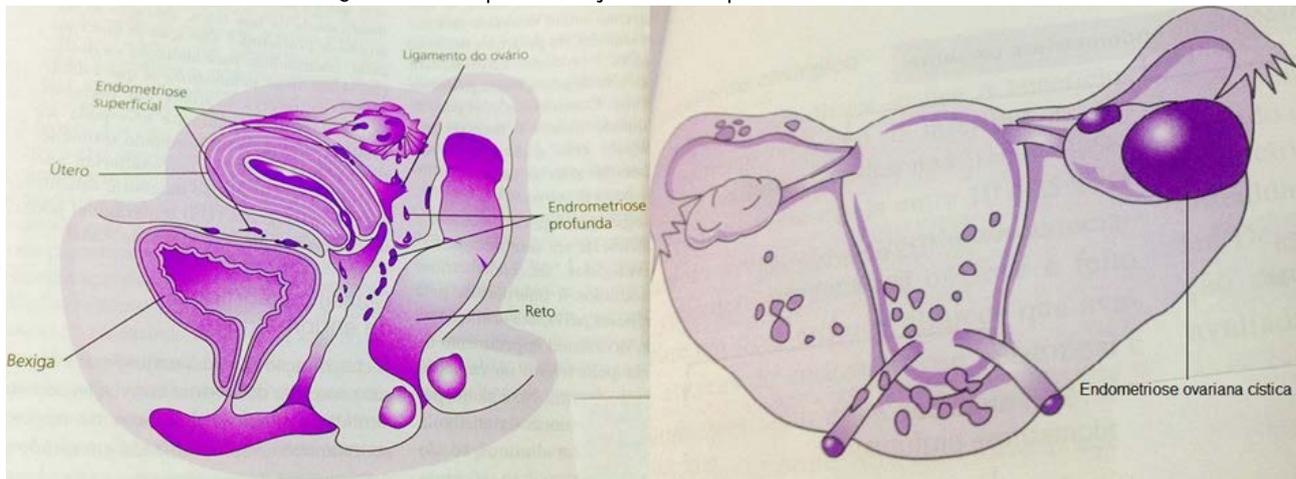
CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

Atualmente a classificação mais utilizada no planejamento do tratamento é a tipificação da endometriose segundo o tipo de lesão apresentado (Figura 1) (KONINCKX Philippe R. et al., 2012 apud PASSOS et al., 2017). Dessa forma classifica-se em:

- a) endometriose superficial: (peritoneal) focos de tecido endometriótico no peritônio superficial, apresentam-se como vesículas claras, que evoluem para implantes avermelhados e após a diminuição da reação inflamatória tornam-se escuros (NISOLE; DONEZ, 1997 apud FREITAS et al., 2011);
- b) endometriose ovariana: (cisto de endometriose no ovário) de conteúdo achocolatado normalmente associado à aderência ao peritônio posterior e ocorrem frequentemente no ovário esquerdo (NISOLE; DONEZ, 1997 apud FREITAS et al., 2011);

- c) endometriose profunda: foco de endometriose com invasão tecidual maior que 5mm ou que atinge a camada muscular do tecido afetado (KONINCKX Philippe R. et al., 2012 apud PASSOS et al., 2017); e
- d) adenomiose: caracterizada pela presença de glândulas e estromas endometriais na intimidade do miométrio, associada ou não à hipertrofia e hiperplasia (KEPKEP; TUNCAY; GOYNUMER, 2007 apud COSTA; MARTINS; NASTRI, 2009).

Figura 1 - Representação dos tipos de endometriose.



Fonte: PASSOS et al., 2017.

FATORES DE RISCO

Desde o descobrimento da doença, estudos realizados ao longo dos anos tentam estabelecer fatores de risco para o desenvolvimento da endometriose, além de uma melhor caracterização de população acometida, por ser uma doença estrogênio-dependente, imagina-se que em condições que aumentem a exposição a este hormônio, possa se observar um maior risco de aparecimento desta enfermidade. Assim, pode ser mais prevalente em mulheres com menarca precoce, gestações tardias, grande diferença de tempo entre menarca e primeira gravidez, mulher cuja mãe ou irmã tem endometriose apresenta seis vezes mais probabilidades de desenvolver endometriose (BELLELIS et al., 2010).

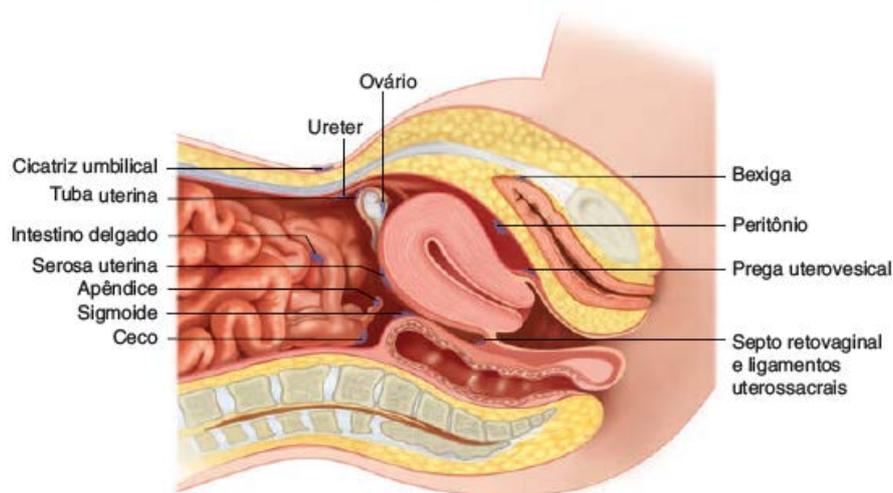
Tem sido reportada uma grande frequência de endometriose entre mulheres de classe social mais favorecida, visto que existe uma tendência maior desta procurar tratamento médico para infertilidade e dor pélvica; o mesmo se aplica para a maior frequência de endometriose encontrada na raça branca (NNOAHAM et al., 2011).

SÍTIOS ACOMETIDOS

A endometriose pode se desenvolver em qualquer sítio dentro da pelve e em superfícies peritoneais extra pélvicas. As áreas acometidas mais comuns são as localizadas na pelve (ovário, peritônio pélvico, fundo de saco anterior e posterior e ligamentos uterossacrais). Além disso, septo retovaginal, ureter e, raramente, bexiga, pericárdio, cicatrizes cirúrgicas e pleura podem ser afetados (Figura 2). Uma revisão patológica revelou-se que a endometriose foi identificada em todos os órgãos, exceto no baço (MARKHAM, SM et al., 1989 apud HOFFMAN, 2014).

A endometriose profunda intestinal pode ocorrer em segmentos intestinais distintos, sendo o retossigmoide 70 a 90% dos casos, o apêndice vermiforme 10 a 20% dos casos e o íleo terminal 2 a 5% dos casos (ROSSINI et al., 2014).

Figura 2 - Possíveis localizações de endometriose no abdome e na pelve.



Fonte: HOFFMAN, 2014.

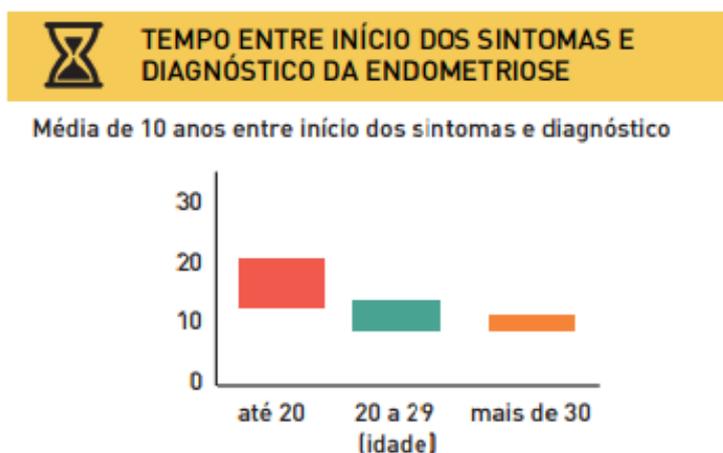
QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico apresenta variabilidade, as pacientes podem ser assintomáticas, apresentar infertilidade ou dor pélvica (Figura3). A dor geralmente é crônica e pode estar associada à dismenorreia (cólica), dispareunia (dor na relação sexual), dor pélvica profunda e dor abdominal com ou sem dor lombar, podendo ocorrer de forma contínua ou intermitente ao longo do ciclo menstrual (BRAGANÇA, 2013).

A endometriose pode causar infertilidade por meio de alterações imunológicas, alterações hormonais, anormalidades anatômicas dos ovários, tubas uterinas e útero, e acabar prejudicando as funções dos mesmos. Podem ocorrer também sintomas intestinais e urinários, como náuseas, saciedade precoce, disúria (dor ao urinar) e disquezia (evacuação dolorosa) (FEBRASGO, 2010).

Pacientes com endometriose afetando o intestino e o reto podem apresentar sintomas como dor abdominal, obstrução intestinal, sangue nas fezes, diarreia e infertilidade (ABRÃO et al., 2009 apud ANDREUCCI,2014).

Figura 3 - Gráfico representativo do tempo entre o início dos sintomas e diagnóstico da doença.



Fonte: BAUMART et al., 2015.

DIAGNÓSTICO

A endometriose é uma doença de difícil diagnóstico e seus sintomas podem ser confundidos com os de outras enfermidades. Em casos de infertilidade o atraso é cerca de 3 anos e nos casos de dor pélvica pode chegar a 12 anos, sendo ainda maior quando os sintomas começam na adolescência (BEREK, 2008 apud OLIVEIRA, 2016).

O diagnóstico baseia-se no quadro clínico da paciente, através de exames físicos, exames laboratoriais e exames de diagnóstico por imagem, sendo a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética os mais utilizados. Através da biópsia de material coletado por meio de laparoscopia é que se obtém o diagnóstico final (VILA et al., 2010 apud OLIVEIRA, 2016).

A vídeolaparoscopia diagnóstica é considerada padrão ouro no diagnóstico da endometriose, porém é invasiva. É realizada por meio de pequenas incisões na região abdominal, onde é inserido o aparelho com uma câmera que guiará o médico durante a cirurgia, este irá cauterizar os tecidos danificados, retirar as aderências do endométrio ocasionadas pela endometriose e em alguns casos remover órgãos acometidos pela doença (VILA et al., 2010 apud OLIVEIRA, 2016).

Para que as mulheres não fossem sempre submetidas a procedimentos invasivos, difundiram métodos não invasivos como a ultrassonografia transvaginal. Trata-se de um exame simples onde o médico insere uma sonda envolta por um preservativo com gel lubrificante na vagina da paciente e por meio deste instrumento capta as imagens do aparelho reprodutor feminino. É um bom método, rápido e barato, mas infelizmente não muito preciso, pois relata achados sugestivos também de outras patologias, e os pequenos focos de endometriose acabam muitas vezes, não sendo visíveis à ultrassonografia (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008 apud ANDREUCCI et al., 2014).

A imagem por ressonância magnética é hoje um método de diagnóstico por imagem enfatizada na prática clínica e em desenvolvimento constante. Tem grande capacidade de diferenciar tecidos e aborda aspectos anatômicos e funcionais. Os achados de ressonância magnética são bem mais específicos que os de ultrassonografia (MAZZOLA, 2009 apud ANDREUCCI et al., 2014).

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

A ressonância nuclear magnética foi descrita pela primeira vez em 1946 e trata-se de um método de diagnóstico por imagem não invasiva, que não emite radiação ionizante e apresenta boa resolução espacial e de contraste na avaliação dos órgãos

abdominopélvicos. Além de permitir uma visão panorâmica com possibilidade de reconstruções multiplanares e tridimensionais. Tais características a tornam um excelente método para a visualização das estruturas pélvicas, porém apresenta baixa disponibilidade e custo elevado para a realização do exame (PODGAEC, 2014).

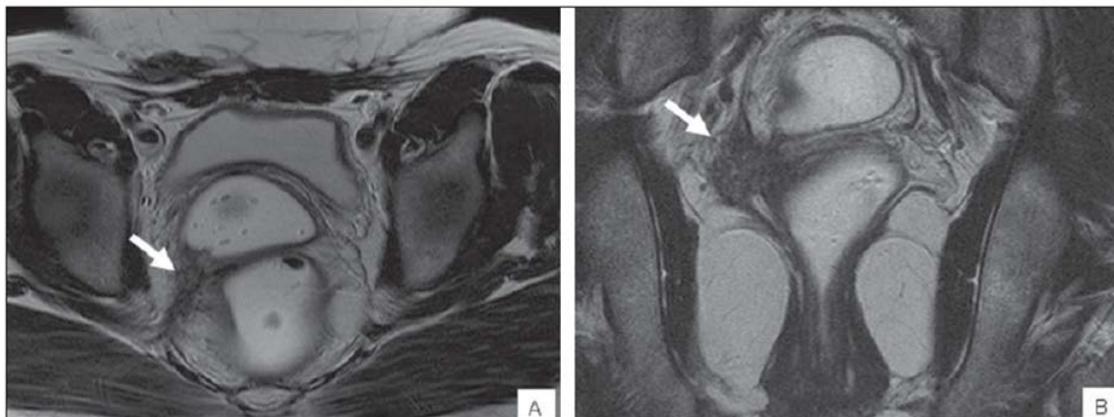
Nos anos 70 teve início a aquisição de imagens na medicina, ganhando importância na prática médica apenas na década de 1980. A aplicação da ressonância magnética na pelve feminina iniciou-se nos anos 80, com o surgimento dos trabalhos pioneiros mostrando a importância na avaliação dos órgãos genitais internos. A partir da década de 90, surgiram os primeiros estudos mostrando a aplicabilidade do método no diagnóstico de endometriomas ovarianos e, apenas a partir do século XXI, os trabalhos evidenciaram a sua importância na avaliação da endometriose profunda (PODGAEC, 2014).

As partículas responsáveis pelo sinal são os prótons de hidrogênio e as moléculas de água dos tecidos. Quando expostos a elevado campo magnético, os prótons, emitem sinais de radiofrequência que são responsáveis pela produção das imagens. O sinal e o contraste são determinados pela diferença na densidade dos prótons e nas propriedades de decaimento de sinal (relaxação) nos diferentes tecidos (PODGAEC, 2014).

O protocolo da ressonância magnética para avaliação de pacientes com suspeita de endometriose pélvica profunda geralmente difere quanto a sua execução. Cada clínica/hospital estabelece seu próprio protocolo padrão, de acordo também com o tipo ou marca do aparelho. O exame é comumente realizado quando a paciente se encontra no seu período menstrual e a bexiga deve estar cheia. Durante o preparo para o exame utiliza-se antiespasmódico venoso (dipirona e butilbrometo de escopolamina) e em seguida, introduz gel aquoso vaginal (50 ml) e retal (100 ml). As sequências utilizadas são pesadas em T1 no plano axial, T1 com supressão de gordura no plano axial (após a administração venosa do meio de contraste gadolínio), plano sagital, e sequências pesadas em T2 nos planos sagital, coronal e axial (COUTINHO JÚNIOR et al., 2008).

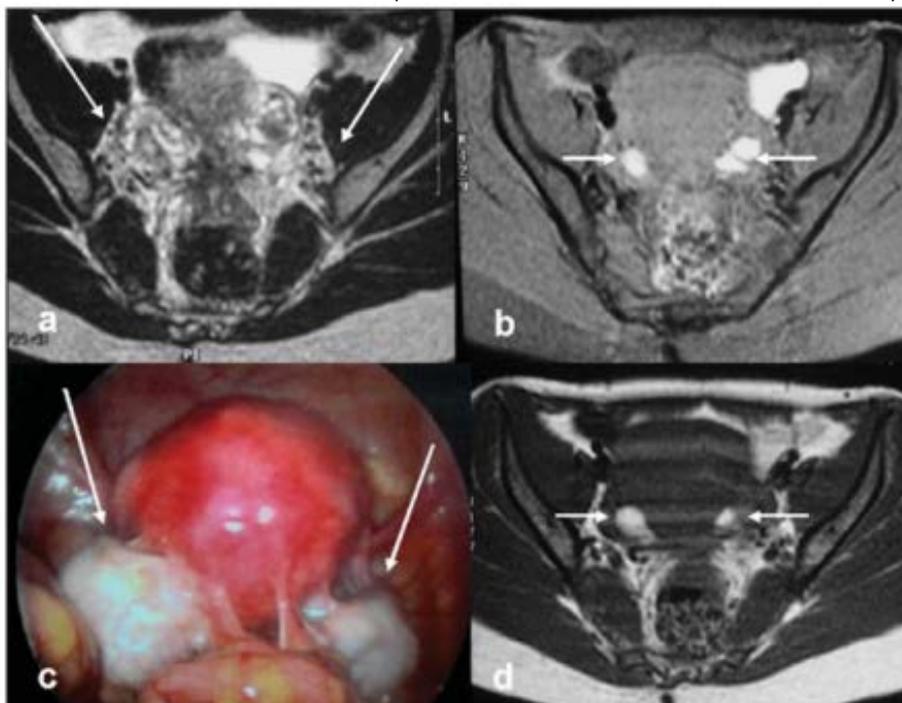
Achados de ressonância magnética demonstram a identificação de envolvimento intestinal através de formações nodulares retráteis encontradas aderidas à parede intestinal, com hipossinal em T2 demonstrando realce pelo gadolínio tardio e variável, levando a fixação e/ou angulação do segmento afetado com morfologia em “U” ou em “C”. O maior eixo da lesão foi medido no plano sagital. A avaliação incluiu a existência da continuidade dessas lesões na superfície uterina posterior, causando obliteração parcial ou total do fundo de saco de Douglas (processo aderencial). A definição do envolvimento intestinal se deu pela identificação de qualquer lesão na parede anterior do reto, na transição retossigmoide, no sigmoide, no ceco e nas alças intestinais delgadas individualizadas na pelve (Figura 4 e 5) (FERREIRA et al., 2015).

Figura 4 - Imagens de Ressonância Magnética ponderadas em T2, no plano axial (A) e coronal (B) demonstrando espessamento regular do ligamento uterossacro direito (setas), não visualizado à Ultrassonografia Transvaginal.



Fonte: FERREIRA et al., 2015.

Figura 5 - Achados de lesões sólidas profundas acometendo o fundo de saco posterior.



Imagens axiais pesadas em T2(a), em T1 com supressão pressão de gordura (b) e em T1 (d) mostram processo aderencial no fundo de saco posterior confirmado por laparoscopia (c). Ressonância Magnética mostra ovários deslocados póstero-medialmente, sem plano de clivagem definido com a serosa uterina e retossigmoideana, causando obliteração do fundo de saco posterior, indicativo de processo aderencial (setas longas). Achados adicionais: pequenos endometriomas na porção profunda de ambos os ovários (setas curtas).

Fonte: COUTINHO JÚNIOR et al., 2008.

TRATAMENTO

O Tratamento tem se apresentado como um desafio para os profissionais de saúde, ele deve ser individualizado considerando os sintomas, locais acometidos pela doença, profundidade das lesões e se existe o desejo ou não de engravidar. (FREITAS et al., 2011).

Para muitas mulheres o melhor tratamento da endometriose consiste em suspender a menstruação por alguns meses, recorrendo ao uso de anticoncepcionais orais, dispositivo intrauterino (DIU), medicamentos hormonais ou não hormonais, cirurgia para retirar o útero e anexos (caso a mulher não queira engravidar) ou cirurgia para remoção do tecido endometrial fora da cavidade uterina e órgãos acometidos pela doença. Este último tratamento muitas vezes representa a cura da doença, por impedir a migração das células da menstruação para outras áreas do corpo, evitando a sua recorrência e algumas complicações da endometriose, mas só é recomendado se o tratamento habitual falhar. A escolha do tratamento depende de opinião médica, condições financeiras e das complicações da doença. Muitas vezes a melhora só é alcançada com a combinação do tratamento medicamentoso com o cirúrgico (SANTOS et al., 2012 apud SANTOS; MARTINS; BARBOSA, 2013).

PREVENÇÃO

Ainda não há fatores estabelecidos para a prevenção da endometriose. Entretanto, parece existir uma relação entre o uso de anticoncepcionais orais e a menor incidência da doença. Há relatos de que a gravidez ajude a tratar a doença e iniba o surgimento de novos implantes de endométrio fora da cavidade uterina. No que se refere à saúde das mulheres é importante a realização de consultas anuais com o médico ginecologista. Para as mulheres em idade reprodutiva, que são as mais acometidas pela endometriose, este acompanhamento torna-se ainda mais importante para que caso apresente um quadro clínico sugestivo de endometriose a doença possa ser detectada o quanto antes, evitando assim o agravamento dos sintomas dolorosos e, sobretudo, os tratamentos mais invasivos (UNICAMP, 2017).

OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMÁRIO

Relatar um caso de endometriose profunda com acometimento intestinal para avaliar a importância da ressonância magnética na orientação do diagnóstico pré-cirúrgico da endometriose profunda com acometimento intestinal.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Revisão bibliográfica sobre o tema Endometriose profunda com acometimento intestinal, destacando a sintomatologia, local anatômico acometido e tratamento da endometriose profunda, correlacionando com os achados na história da paciente sujeita deste caso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico, de relato retrospectivo, descritivo, cujo fator em estudo é a endometriose profunda com acometimento intestinal. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa. A paciente assinou o termo de consentimento esclarecido (TCLE).

Foi realizada revisão bibliográfica utilizando artigos em português e inglês no período de 2008 a 2017, retirados nas bases de dados como o Google acadêmico, Scielo, biblioteca virtual de saúde e livros do acervo da biblioteca do Centro Universitário Lusíada - UNILUS. Utilizamos para a pesquisa as seguintes palavras chaves: endometriose; endometriose profunda; endometriose intestinal; ressonância magnética na endometriose.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 30 anos de idade, raça branca, casada, publicitária, natural de Santos e reside no Guarujá-SP. Foi diagnosticada em 2014 com endometriose profunda com acometimento intestinal.

A 1ª menstruação ocorreu aos 12 anos de idade e desde então a paciente passou a apresentar um quadro clínico de cólicas fortes, além de realizar frequentes consultas com médicos ginecologistas, os quais sempre mencionavam que estava tudo dentro dos parâmetros de normalidade.

Em 2011, com 24 anos de idade, casou-se e com o passar do tempo seu quadro clínico foi se intensificando, com cólicas mais intensas, alterações nos hábitos intestinais, fortes dores de cabeça, sangue nas fezes, enjoos, vômitos, dores nas relações sexuais, ardência na urina, mudança de humor e sensibilidade. Foram idas frequentes ao pronto socorro e por muitas vezes era incapacitada de comparecer ao seu local de trabalho devido às dores insuportáveis.

No período de 2011 a 2013, frequentou muitas vezes o consultório médico e nenhum médico lhe apresentou solução para seu problema e nem sequer mencionou alguma hipótese diagnóstica. Foi após assistir a uma reportagem sobre a doença endometriose que ela cogitou a hipótese de ser o seu caso. Procurou outro médico, relatou toda a sua história, questionou se poderia ter a doença, foi examinada e a partir deste momento começou a realizar exames. Continuando sua trajetória em busca de um diagnóstico correto, procurou um especialista na doença para se tratar e conseguir engravidar futuramente.

Em 2014 fez a ultrassonografia transvaginal (USTV) que indicou focos de endometriose, porém não demonstrou com muita clareza as lesões. Fez a primeira ressonância magnética da pelve, a qual evidenciou as localizações dos focos de endometriose. Foram 15 anos da sua menarca até o diagnóstico da doença.

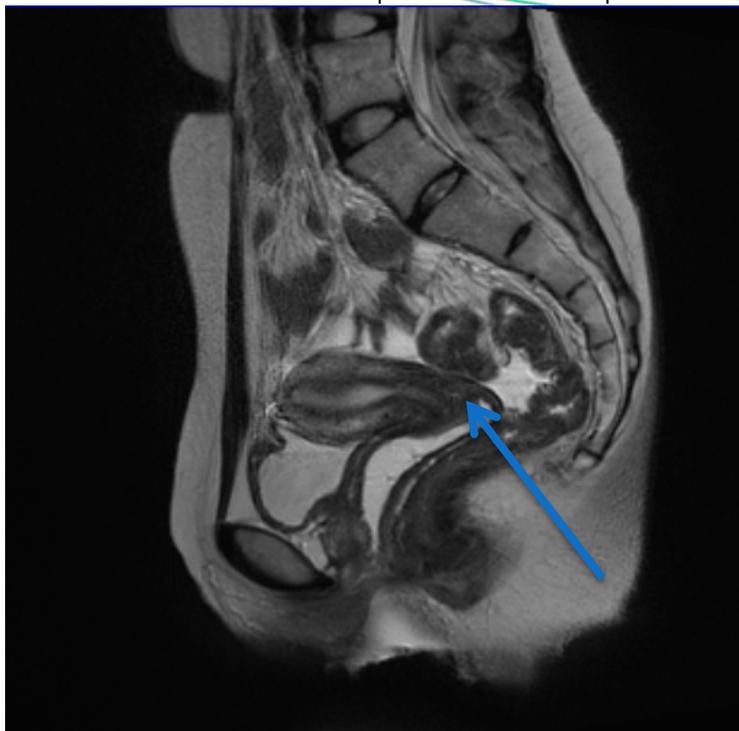
Após o diagnóstico iniciou o tratamento medicamentoso com o Allurene (progestógeno que inibe a produção do estrógeno no endométrio), fez uso durante cinco meses e interrompeu o tratamento para tentar engravidar, porém, sem o uso do medicamento as dores voltaram mais intensas do que antes. A paciente relata ainda que teve queda de cabelo (efeito colateral do medicamento), quase entrou em depressão e que a doença abala muito o emocional da mulher, interferindo negativamente em todas as áreas de sua vida.

Realizou a segunda ressonância magnética, que demonstrou focos de endometriose profunda com acometimento intestinal (Figura 6 e 7). A lesão era de transição retossigmóide, compressiva, a 14 cm da borda anal, com lesões hemorrágicas. Neste mesmo ano foi submetida ao procedimento cirúrgico, a videolaparoscopia, a qual confirmou o diagnóstico resultando na retirada de 12 centímetros do intestino da paciente.

Após a cirurgia, a paciente voltou ao tratamento medicamentoso anterior durante seis meses, conforme recomendação médica, e, após todo o pós-operatório ela finalmente conseguiu dar início ao processo de gravidez. Descobriu a gravidez em abril de 2016 e se tornou mãe de uma menina em janeiro de 2017.

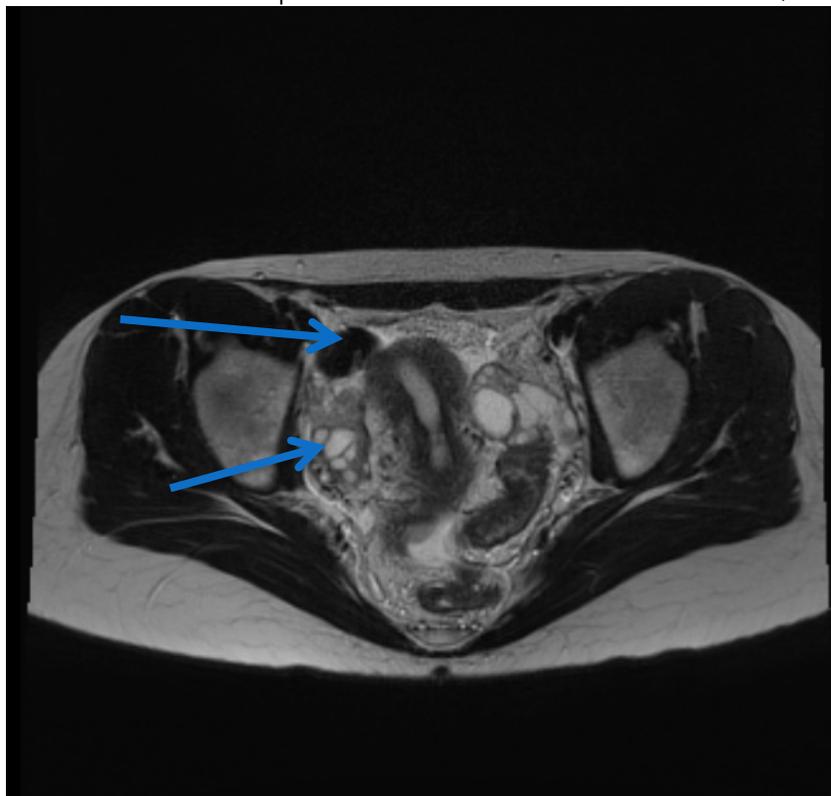
Atualmente ela não sente mais dores, faz uso contínuo do anticoncepcional Cerazette 0,75mg que interrompe a menstruação, realiza acompanhamento médico de seis em seis meses e agora seis meses após a gestação repetirá os exames de diagnóstico por imagem realizados anteriormente, a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética.

Figura 6 - Imagem de Ressonância magnética da pelve no plano sagital, ponderada em T2, demonstrando acometimento por endometriose profunda.



Fonte: MEGA IMAGEM, 2015.

Figura 7 - Imagem de Ressonância magnética da pelve no plano axial ponderada em T2, demonstrando focos de endometriose profunda com acometimento intestinal (seta).



Fonte: MEGA IMAGEM, 2015.

DISCUSSÃO

De acordo com a nossa pesquisa bibliográfica correlacionada com o relato de caso descrito neste estudo, entendemos que a endometriose é uma doença multifatorial e complexa, a qual exerce um impacto direto na vida conjugal, social, profissional e capacidade reprodutiva das mulheres afetadas. Podendo, ainda causar um impacto econômico para a sociedade, em virtude do atraso no diagnóstico, infertilidade, possíveis quadros de ansiedade/depressão, quadros frequentes de dor que podem levar a várias internações, necessidade de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos e redução da qualidade de vida.

Alcancamos o objetivo deste estudo mediante a interligação das informações descritas na revisão bibliográfica e no relato de caso. Mesmo que tenham se passado muitos anos desde a descoberta da doença até hoje, ela continua um enigma e o período para se obter o diagnóstico permanece longo, visto que a paciente sujeita deste caso levou 15 anos para descobrir a doença e a má conduta médica de como lidar com a patologia contribuiu para essa demora.

Considerando que ultimamente a endometriose vem acometendo milhões de mulheres em idade reprodutiva no Brasil, é importante demonstrar os avanços da tecnologia, para estar ao alcance de todos, leigos e profissionais de radiologia e ginecologia. O esclarecimento da endometriose ao público e aos órgãos de saúde pública, é importante, para obter um rápido diagnóstico, permitindo menores intervenções com resultados clínicos satisfatórios, mantendo a qualidade de vida das mulheres por meio da conscientização.

Segundo Bragança 2013, a endometriose é uma das doenças ginecológicas mais frequentes nas mulheres em idade reprodutiva e apresenta etiopatogenia ainda não esclarecida, o que tem levado à formulação de várias hipóteses para a origem das células endometrióticas, bem como para os fatores que estão envolvidos no desenvolvimento da doença. A teoria da menstruação retrógrada é a hipótese mais amplamente aceita para a origem da doença, caracterizando-se pela presença de tecido endometrial, fora da cavidade uterina.

Passos et al., 2017 mencionam que a classificação mais útil para a doença é a que a subdivide em: superficial (peritoneal), endometrioma (cisto de endometriose no ovário e profunda (foco com invasão tecidual maior que 5mm).

De acordo com Hoffman 2014, a endometriose pode se desenvolver em qualquer sítio dentro da pelve e também em outras superfícies abdominopélvicas.

Chapron e seus colaboradores em 2011 apud Passos et al., 2017 relatam que um conjunto de fatores de risco está associado à endometriose e a endometriose profunda, sendo eles: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, infertilidade, quantidade de fluxos menstruais, história familiar de endometriose (primeiro grau) e intensidade de dor pélvica estão associados com endometriose e dor pélvica.

No que se refere à sintomatologia, Passos et al., 2017, citam em sua obra que a endometriose está associada a três sintomas principais: infertilidade, dor pélvica e massa pélvica. Sendo que a dor pélvica pode apresentar-se como dismenorreia, dispareunia e DPC acíclica. Disúria e disquezia estão mais associadas a pacientes com endometriose profunda, porém podem ocorrer em pacientes com endometriose superficial devido à irritação cíclica do trato digestivo e não somente pela presença de comprometimento intestinal.

Rossini, L. et al., 2014, relatam que a endometriose intestinal é um tipo de endometriose profunda avançada que pode acometer uma ou mais camadas de “fora para dentro” da parede intestinal. A doença pode ocorrer em um ou mais segmentos intestinais distintos, sendo eles o reto sigmoides, o apêndice vermiforme e o íleo terminal.

Segundo Andreucci et al., 2014, a ressonância é um método não invasivo, que não faz uso de radiação ionizante, demonstra excelente contraste tecidual e capacidade

multiplanar, que proporcionam imagens de alta qualidade, mostrando sua acurácia no diagnóstico de endometriose, principalmente no útero, septo rectovaginal, vesícula, trato intestinal, reto, ambos os ovários e tubas uterinas. Ressalta ainda que, os avanços da medicina diagnóstica propõem diversos exames que podem ser úteis para a identificação da endometriose, como a ultrassonografia pélvica e/ou transvaginal, porém, a ressonância magnética merece destaque especial por sua excelência na determinação da localização da lesão, profundidade e caracterização tecidual do foco de endometriose em diferentes ponderações e planos de imagem.

Coutinho Júnior et al., 2008, destacam em seu estudo que em pacientes com endometriose pélvica profunda, os exames físicos e ultrassonográficos podem ser normais ou pouco elucidativos, dificultando a definição diagnóstica. Nessas pacientes, a RM é imprescindível para um diagnóstico diferencial acurado, tornando-a um método de imagem fundamental para a avaliação pré-operatória (a cirurgia de videolaparoscopia é padrão ouro para o diagnóstico da doença) de pacientes com endometriose pélvica profunda.

Segundo Kondo, Zomer e Amaral 2011, o tratamento da endometriose deve ser individualizado, cujo objetivo final é a promoção de uma melhora na qualidade de vida das mulheres. Devem-se levar em consideração as evidências existentes da eficácia dos diferentes regimes terapêuticos e das variáveis determinantes do sucesso terapêutico. O tratamento cirúrgico parece ser a terapia definitiva para as mulheres com sintomas dolorosos exacerbados.

No estudo de Ferreira et al., 2015, após análises dos achados de ressonância magnética a definição do envolvimento intestinal se deu pela identificação de qualquer lesão na parede anterior do reto, na transição retossigmoide, no sigmoide, no ceco e nas alças intestinais delgadas individualizadas na pelve.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ressonância Magnética, neste caso, demonstrou sua importância no estudo da endometriose, através da técnica de saturação de gordura (fast sat) com ponderação T1, utilizada nos protocolos de RM, aumentando a sensibilidade para detecção de lesões hemorrágicas causadas pela endometriose de acometimento profundo.

Em pacientes com endometriose pélvica profunda, os exames físicos e ultrassonográficos podem ser normais ou poucos elucidativos, dificultando a definição diagnóstica. Nessas pacientes, a ressonância magnética é imprescindível para um diagnóstico diferencial acurado. A RM pode avaliar áreas inacessíveis ao laparoscópio, podendo identificar e avaliar a extensão da lesão e suas aderências. Devido à capacidade de estudos multiplanares, excelente visualização e à caracterização tecidual, o método de RM, torna-se fundamental para avaliação pré-operatória de pacientes com endometriose pélvica profunda.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Camila Guimarães Lima et al. PRINCIPAIS ACHADOS RADIOLÓGICOS DE ENDOMETRIOSE EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA. Atas de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 2, n. 3, p.1-12, 2014.

BAUMART, Genaína Pereira. Vamos falar sobre endometriose? 2015. 30 f. Monografia (Graduação) - Curso de Jornalismo, Universidade Federal de Santa Catarina Ufsc, Florianópolis, 2015

BELLELIS, Patrick et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 56, n. 4, p.467-471, 2010.

BRAGANÇA, Cristina. Etiopatogenia da Endometriose. 2013. 29 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal, 2013.

- CARDOSO, Maene Marcondes et al. Avaliação da concordância entre a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética da pelve na endometriose profunda, com ênfase para o comprometimento intestinal. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 42, n. 2, p.89-95, 2009.
- COSTA, Marcos Antonio S.; MARTINS, Wellington P.; NASTRI, Carolina O. Ultra-sonografia na adenomiose, São Paulo, p.198-200,2009.
- COUTINHO JUNIOR, Antonio Carlos et al. Ressonância magnética na endometriose pélvica profunda: ensaio iconográfico. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 41, n. 2, p.129-134, 2008.
- CRISPI, Claudio. Endometriose. 2015. Disponível em: <http://claudiocrispi.com.br/tratamentos_endometriose.php>. Acesso em: 01 set. 2017.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação de endometriose. 2010. Disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 09 set. 2017.
- FERREIRA, Daian Miranda et al. Ressonância magnética da vagina: uma visão geral para os radiologistas, com enfoque na decisão clínica. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 48, n. 4, p.249-259, 2015.
- FREITAS, Fernando et al. Rotinas em Ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 736 p.
- HOFFMAN, B. L. et al. Ginecologia de Williams. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 1424p.
- KATI, L. M. et al. Endometriose em Mulheres com Dor Pélvica Crônica: Tratamento Clínico. p. 1-11, 2011. Disponível em: http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/endometriose_em_mulheres_dor_pelvica_cr onica.pdf. Acesso em: 01 set. 2017.
- KONDO, William; ZOMER, Monica Tessmann; AMARAL, Vivian Ferreira do. Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. Femina, v. 39, n. 3, p. 1-6, 2011.
- KUMAR, Vinay et al. PATOLOGIA Bases Patológicas das Doenças. 8. Ed. Brasil: Elsevier, 2010. 1480p.
- MEGA IMAGEM (Brasil). Ressonância magnética da pelve. Santos: Mega Imagem, 2015. CD-ROM.
- NNOAHAM, Kelechi E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertility And Sterility, SI, v. 96, n. 2, p.366-373, 2011.
- OLIVEIRA, Maria do Socorro Domingos de. ENDOMETRIOSE: Efeito Da Endometriose Na Vida Pessoal e Social Das Pacientes Com Esta Patologia. 2016. 15 f. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2016.
- PASSOS, Eduardo Pandolfi et al. Rotinas em Ginecologia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 729 p.
- PODGAEC, Sérgio. Endometriose: Coleção Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 312 p. (2).
- ROSSINI, L. et al. Endometriose intestinal. Colonoscopia. 2nd ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 285-292, 2014.

SANTOS, Alessandra Barros dos; MARTINS, Ariane Marques; BARBOSA, Francisca Joisse Souza. Endometriose nos seus diagnósticos diferenciados: Ultrassonografia e Ressonância Magnética. 2013. 53 f. Monografia (Graduação) - Curso de Tecnologia em Radiologia, Faculdades Integradas Ipiranga, Belém, 2013

UNICAMP, Faculdade de Engenharia de Alimentos da. Endometriose. 2017. Disponível em: <[https://www.fea.unicamp.br/~saude/docs/Endometriose \(folder\).pdf](https://www.fea.unicamp.br/~saude/docs/Endometriose%20(folder).pdf)>. Acesso em: 01 set. 2017.