

# ENDOMETRIOSE DE BEXIGA E APÊNDICE -RELATO DE CASO-

## BLADDER AND APPENDIX ENDOMETRIOSIS -CASE REPORT-

Marcos Francisco Pereira **LOBRIGATTE**<sup>1\*</sup>, Eufânio Estefano **SAQUETI**<sup>2</sup>, Antonio Carlos **CARDOSO**<sup>3</sup>, Wilson Ricardo **ROSOLEM**<sup>4</sup>, SIMONE MATOS **ROSOLEM**<sup>5</sup>

1. Farmacêutico, Mestre, Acadêmico de Medicina da Faculdade Ingá e membro da Liga Acadêmica de Urologia e Transplantes da Faculdade Ingá; 2. Médico Urologista, Membro TiSBU; 3. Médico Ginecologista e Obstetra; 4. Médico Urologista, Membro TiSBU; 5. Acadêmica de Medicina da Faculdade Ingá.

\* Av. Goioerê, 1599, Apto 501, Centro, Campo Mourão, Paraná, Brasil. CEP: 87303-110. [marcosfpl@yahoo.com.br](mailto:marcosfpl@yahoo.com.br)

Trabalho desenvolvido pela Liga Acadêmica de Urologia e Transplantes do Curso de Medicina da Faculdade Ingá.

Recebido em 10/02/2012. Aceito para publicação em 27/03/2013

### RESUMO

Endometriose é uma doença com prevalência em torno de 15% entre as mulheres. No entanto, sua presença na bexiga e apêndice é rara e de difícil diagnóstico. Entre as consequências da endometriose estão o sangramento local, a inflamação, a dor pélvica, a adesão e infertilidade, levando a expressiva redução da qualidade de vida. O objetivo do presente estudo foi o de relatar um caso clínico de endometriose de bexiga e apêndice, relacionando a clínica do paciente, os exames de imagem e a abordagem cirúrgica.

**PALAVRAS-CHAVE:** endometriose, bexiga urinária, apêndice cecal.

### ABSTRACT

Endometriosis is a disease which prevalence is about 15% among women. However its presence in the bladder and appendix is rare and difficult to diagnose. The consequences of endometriosis are local bleeding, inflammation, pelvic pain, infertility and adhesion, leading to significant reduction in quality of life. The aim of this study was to report a case of bladder and appendix endometriosis, linking to the patient's clinical history, imaging tests and the surgical approach.

**KEYWORDS:** endometriosis, bladder, appendix.

### 1. INTRODUÇÃO

Define-se como endometriose a presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) responsivo aos hormônios sexuais, fora da cavidade uterina. É uma condição patológica muito comum entre mulheres em idade reprodutiva, com uma prevalência em torno de 15%, podendo resultar em sangramento local, inflamação, dor

pélvica, adesão e infertilidade<sup>1,2</sup>.

A doença foi caracterizada por Sampson (1927 apud CONCEIÇÃO, 2005)<sup>3</sup> que também estabeleceu sua provável etiologia (teoria da menstruação retrógrada por refluxo tubário), mas apesar de numerosos estudos e pesquisas terem sido desenvolvidos até os dias atuais, ainda não se sabe claramente sua etiologia, patogenia e cura.

As lesões da endometriose podem ser observadas em muitos locais (sendo mais encontradas nos limites da pelve) e terem aspectos variados. Ocorrem principalmente nos ovários (54%), ligamento largo (35%), saco de Douglas (35%) e ligamentos útero-sacros (8%). No entanto, lesões a distância também já foram descritas: pleura, pulmão, pericárdio, sistema nervoso central, diafragma, vesícula biliar, fígado, intestino delgado, apêndice cecal, cólon, reto, bexiga, ureter, rim, cicatriz umbilical, incisões da parede abdominal, cicatrizes de episiotomias, músculos, ossos e nervos periféricos<sup>3,4,5</sup>.

Macroscopicamente, as lesões características são focos azulados ou com aspecto de pólvora, que podem estar distribuídas em área de extensão variável da superfície peritoneal. Com a evolução, a doença provoca aderências das vísceras e do peritônio, com formação de fibrose. Lesões císticas de pequeno volume e de coloração azulada caracterizam as lesões superficiais. Cistos grandes e profundos constituem os endometriomas, cujo conteúdo sanguíneo, acumulado ao longo do tempo, adquire consistência espessa e coloração escura semelhante à calda de chocolate. Por isso, os endometriomas são também conhecidos por "cistos de chocolate". Apesar de a endometriose ser uma doença benigna, exibe proliferação celular, invasão celular e angioneogênese, comportando-se, muitas vezes, com agressividade de doença

maligna<sup>3</sup>.

**Endometriose de Bexiga Urinária:** o primeiro caso de endometriose vesical foi descrito por Judd em 1921<sup>6</sup> e a partir de então, um número crescente de casos similares vem sendo relatados. A endometriose envolvendo o trato urinário tem sido relatada com uma frequência de 1% a 4% em mulheres com endometriose sintomática, sendo a bexiga (80% a 84%) a região mais acometida, seguida pelo ureter (15%), rins (4%) e uretra (2%)<sup>7,8</sup>.

Ainda não há consenso em relação à classificação da endometriose do trato urinário. O tratamento desta rara, mas significativa causa de sintomas da bexiga e obstrução do trato urinário permanece controversa<sup>2,9</sup>.

**Endometriose de Apêndice Cecal:** de acordo com Gustofson *et al.* (2006)<sup>10</sup> a endometriose de apêndice foi descrita pela primeira vez em 1860. A prevalência de endometriose intestinal varia de 5,4% a 25,4%<sup>11</sup> e a região mais afetada é o reto-sigmóide (65% dos casos), seguido pelo íleo e apêndice<sup>12</sup>. Endometriose de apêndice é uma rara condição, ocorrendo em cerca de 2,8% dos casos de endometriose<sup>10</sup>, porém nenhum estudo ainda estabeleceu precisamente sua prevalência, a relação com a presença de endometriose em outros órgãos e nem as características clínicas desses pacientes<sup>13</sup>.

O objetivo do presente estudo foi o de relatar um raro caso clínico de endometriose de bexiga e apêndice, relacionando a clínica do paciente, os exames de imagem e a abordagem cirúrgica.

### 1.1 Proposição

Trata-se de um estudo do tipo “relato de caso clínico”, descritivo e qualitativo. A seleção da paciente foi realizada em uma clínica de urologia da cidade de Campo Mourão-PR, de forma não aleatória, tendo como critério a raridade de sua patologia.

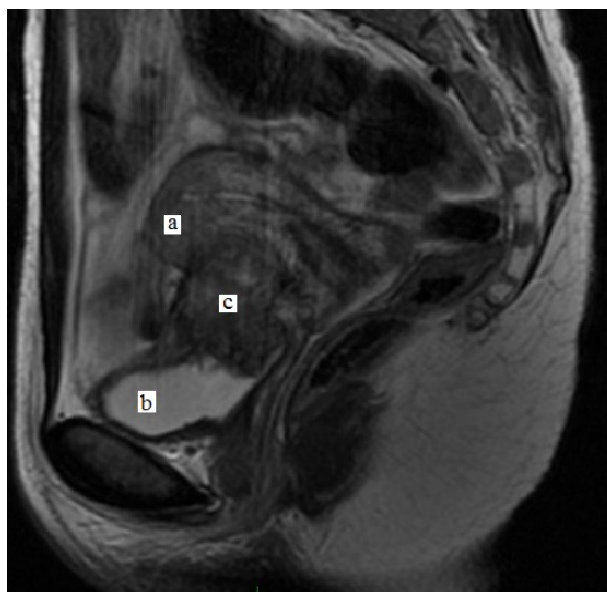
Solicitou-se autorização da paciente, maior de idade, para que se realizasse o estudo de seu caso. Após ter sido esclarecida e concordar com o estudo, a mesma forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado.

## 2. RELATO DE CASO CLÍNICO

L.M.S, 31 anos, sexo feminino, nuligesta, passou a apresentar em novembro de 2011, dor pélvica difusa tipo cólica limitante, com maior intensidade ao final do período menstrual, com duração de 10 a 15 dias. Refere irradiação para os flancos e com pouca melhora em posição genupeitoral. Fazia uso de anticoncepcional combinado hormonal oral (ACHO) prescrito para uso contínuo de 21 dias e descanso de 7 dias, há aproximadamente 9 anos. Refere hábitos intestinais e urinários normais. Mãe e três irmãs sem histórico desse tipo de queixa. No exame físico do abdome nenhuma massa foi palpada.

A paciente procurou o serviço de ginecologia, realizando ultrassonografia (US) pélvico transvaginal, onde não mostrou alterações significativas. Optou-se por prescrever ACHO por 3 meses ininterruptamente. Durante esse período houve remissão dos sintomas, porém após o término deste tratamento, os sintomas reiniciaram de forma mais intensa. O ACHO foi reiniciado da mesma forma, porém desta vez as dores continuaram. O uso de antiespasmódicos e analgésicos promovia pouca melhora da dor.

Realizado novo US pélvico transvaginal, “observado lesão mal definida, de limites imprecisos, hipoecóica e heterogênea, sem fluxo significativo ao doppler; localizada adjacente/em contato com a parede anterior do corpo/fundo uterinos, sem planos de clivagem com este, medindo cerca de 4,1 x 3,4 x 2,3 cm (vol. aprox. 16,7

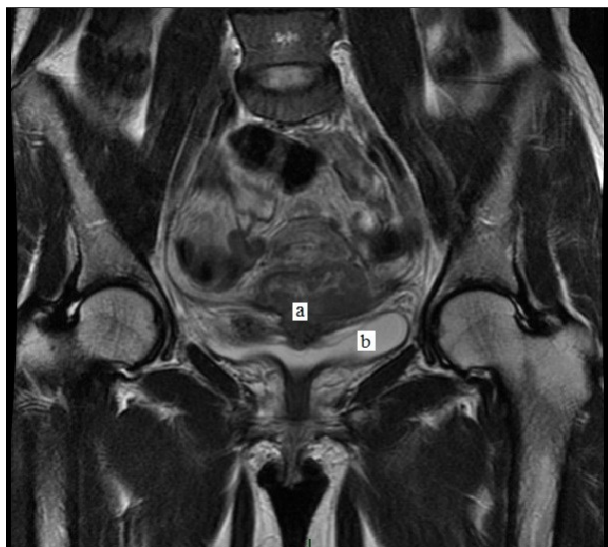


cm<sup>3</sup>), sendo observado no interior desta, uma imagem cística ovalada, hipoecóica e heterogênea (conteúdo espesso), medindo cerca de 2,4 x 2,4 x 2,3 cm”.

**Figura 1.** Imagem obtida por meio de Ressonância Magnética (RM), em corte sagital T2 mostrando a lesão no espaço vesico-uterino. a) útero; b) bexiga; c) formação nodular heterogênea.

Realizado também US do abdome total, onde a bexiga urinária apresentou “paredes lisas e regulares, sem vegetações em seu interior, com grumos/sedimentos”.

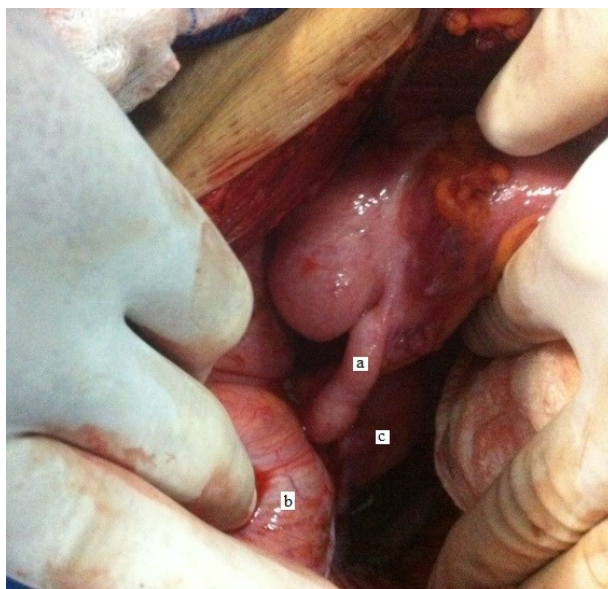
Solicitado ressonância magnética (RM) da pelve, apresentando “formação nodular heterogênea, mal definida e de limites imprecisos, localizada no espaço vesico-uterino, sem planos de clivagem com porções posteriores do domo vesical e com a parede anterior do corpo uterino, apresentando sinal heterogêneo, com áreas iso e hiperintensas em T2, acentuadamente hiperintensa em T1, com realce ao gadolínio, com medidas estimadas em 4,8 x 3,7 x 3,2 cm. A bexiga apresentou-se sem imagens de falhas de enchimento no seu interior”. As figuras 1 e



2 ilustram a formação/lesão nodular heterogênea e suas relações de posicionamento com as estruturas anatômicas da pelve.

**Figura 2.** Imagem obtida por meio de Ressonância Magnética (RM), em corte coronal T2 mostrando a lesão que leva a um abaulamento extrínseco da região posterior da bexiga. a) formação nodular heterogênea; b) bexiga.

A paciente foi levada à cistoscopia, cujo achado foi de uma bexiga com paredes totalmente normais, porém



com abaulamento extrínseco de aproximadamente 3 cm no maior diâmetro em região de fundo vesical. Realizada a biópsia desta região, o resultado foi inconclusivo.

**Figura 3.** Cirurgia aberta. a) apêndice; b) bexiga; c) útero.

Após avaliação dos exames, a paciente fora encaminhada ao serviço de urologia, realizando cistoscopia armada (vídeo cistoscopia com anestesia) para ressecção

de maior quantidade de material via bexiga para estudo histológico. Porém durante esta ressecção houve saída de grande quantidade de material cor achocolatada, dando-se a impressão de invasão tumoral. Optou-se com conversão para cirurgia aberta imediata.

Durante inventário de cavidade a única alteração observada foi um intenso processo inflamatório na extremidade do apêndice cecal mantendo aderido a esta inflamação/tumoração o fundo vesical e a parede anterior do útero (Figura 3). Os demais órgãos do inventário de cavidade, apresentaram-se totalmente normais.

Optado por apendicectomia com maturação por eversão do coto apendicular, cistectomia parcial e histerorrafia com reavivamento de bordos da parede uterina. A paciente permaneceu internada por aproximadamente 5 dias, recebeu alta hospitalar com sonda vesical de demora, que foi retirada em 14 dias. A evolução pós-operatória foi totalmente satisfatória.

Todo o material foi encaminhado para estudo histológico, que deixou com hipótese diagnóstica de endometriose precedido da seguinte descrição: *“processo inflamatório crônico associado à hemorragia, sorderófagos e proliferação de células epitelióides comprometendo a camada serosa do apêndice e as camadas serosa e muscular própria da bexiga. A mucosa urotelial apresentou hiperplasia sem atipias e a mucosa do apêndice mostrou-se preservada. O padrão morfológico descrito pode corresponder à endometriose comprometendo bexiga e apêndice.”*

A paciente encontra-se totalmente assintomática, em uso de ACHO de uso contínuo ininterrupto e com cistoscopia de controle associado a exames de imagem de 4 em 4 meses

### 3. DISCUSSÃO

A queixa clínica da endometriose de bexiga pode se apresentar com múltiplos sintomas ginecológicos e/ou urológicos, no entanto a maioria dos sintomas são não específicos e podem mimetizar uma cistite recorrente. Disúria, urgência, polaciúria, incontinência, dor pélvica (supra púbica), dismenorreia e menorragia podem estar presentes. Os sintomas são frequentemente cíclicos e relacionados à menstruação. A apresentação inespecífica e início insidioso podem retardar o diagnóstico, podendo levar a um aumento da morbidade e tratamento incorreto<sup>14,15,16,17</sup>.

Em relação ao exame físico, em torno de metade dos casos de endometriose de bexiga apresentam massa palpável na bexiga, conforme pesquisa de Abeshouse & Abeshouse (1960)<sup>18,19</sup>.

Assim, o diagnóstico de endometriose de bexiga é difícil clinicamente devido a sinais e sintomas vagos, onde nenhum deles é patognomônico<sup>19</sup>.

Quanto à endometriose de apêndice, assim como em outras endometrioses intestinais, geralmente é assintomática. Quando presentes, os sintomas são atípicos, se relacionam com sintomas de doenças intestinais malignas ou inflamatórias e podem mimetizar apendicite, devendo-se considerar a endometriose de apêndice no diagnóstico diferencial de mulheres jovens com dores abdominais baixas recorrentes, inespecíficas e com história de infertilidade<sup>20,21</sup>. Outros sintomas também podem estar presentes, como melena ou enterorragia durante a menstruação, intussuscepção (invaginação) cecal, obstrução e perfuração do apêndice e massa abdominal<sup>22,23,24</sup>.

No caso clínico em questão, a hipótese diagnóstica de endometriose foi levantada no início da investigação, devido às características semiológicas da dor. Apesar de muitas mulheres com endometriose apresentarem infertilidade, esta não foi possível de ser avaliada, pois desde o início das relações sexuais a paciente utilizava ACHO. Outros sintomas urológicos ou intestinais não foram referidos, tornando ainda mais difícil a relação de endometriose em bexiga ou apêndice.

Os exames de US e RM também sugeriram a possibilidade de endometriose na impressão diagnóstica, entretanto a localização dos implantes endometrióticos era um desafio, que só foi exatamente determinado durante a cirurgia aberta.

O US transvaginal tem papel importante, mas limitado para detecção de endometriose. A RM e a cistoscopia podem ser usadas na detecção de endometriose localizadas no septo retovaginal, região retrocervical e bexiga. Contudo, em relação aos exames complementares de imagem, ainda não se dispõe de um método não invasivo com alta sensibilidade e especificidade<sup>25</sup>. Assim, o diagnóstico de endometriose de apêndice e bexiga antes da cirurgia é difícil, sendo definitivamente estabelecido após exame histopatológico<sup>19,26</sup>.

Em relação ao tratamento, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) podem ser usados no controle da dor. A terapia supressiva é comumente utilizada, induzindo-se amenorréia com ACHO, derivados da progesterona ou agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). No entanto, caso as abordagens anti-inflamatória e hormonal não sejam eficientes, o tratamento cirúrgico pode ser a alternativa viável<sup>5,27</sup>.

Walid & Heaton (2009)<sup>28</sup> afirmam que o tratamento efetivo da endometriose continua a ser principalmente cirúrgico realizado por laparotomia ou laparoscopia. A abordagem laparoscópica tem sido cada vez mais relatada, com igual eficácia e menor invasibilidade quando comparado às cirurgias abertas, apesar das dificuldades de desenvolvimento de habilidades pelos cirurgiões em cirurgias laparoscópicas. O tratamento conservador procura preservar a fertilidade da mulher com o objetivo de eliminar por ablação todos os implantes endometrióticos

e aderências, preferencialmente por técnicas minimamente invasivas, para prevenir novas adesões pós-cirúrgicas. Quando a endometriose afeta o intestino e/ou bexiga, a cirurgia se torna um desafio, demorada e frequentemente requer a assistência de cirurgiões-geral e/ou urologistas.

De acordo com Brosens *et al* (2004)<sup>29</sup> a laparoscopia permanece como método diagnóstico padrão, tendo a vantagem de poder fazer o diagnóstico da maioria dos casos e, ao mesmo tempo, realizar o tratamento, devendo sua indicação ser bem criteriosa.

A resolução dos sintomas em longo prazo é alcançada após appendicectomia e cistectomia parcial<sup>19,26,30</sup>.

#### 4. CONCLUSÕES

Tanto para a clínica de urologia quanto a de ginecologia da cidade de Campo Mourão/PR, ambas com mais de 10 anos de experiência, este caso clínico foi inédito, sendo conduzido e resolvido satisfatoriamente até o momento, pois a endometriose é uma doença com possibilidade de recorrência.

Os achados clínicos e dos exames de imagem foram importantes para apontar a direção do diagnóstico, mas não de confirmá-lo, sendo necessário submeter a paciente a procedimento cirúrgico para que o diagnóstico fosse confirmado e estabelecido o local exato do implante endometriótico.

A endometriose mostrou-se como uma patologia limitante, onde a dor pélvica crônica resultou em significativa redução da qualidade de vida da paciente. Assim, é possível avaliar a endometriose de bexiga e apêndice como uma doença rara, de difícil diagnóstico, que causou perturbações físicas importantes na paciente, além de apreensão e incertezas, pois a mesma tem desejo reprodutivo, no entanto seu tratamento hormonal a impede de engravidar. Além disso, é possível que após uma eventual descontinuação do ACHO a paciente seja infértil em consequência da endometriose.

---

#### REFERÊNCIAS

- [1] Cramer DW et al. The epidemiology of endometriosis. *Ann NY Acad Sci*, 2002; 955(1):11-22.
- [2] Pérez-Utrilla PM et al. Urinary tract endometriosis: clinical, diagnostic, and therapeutic aspects. *Urology*, 2009; 73(1):47-51.
- [3] Conceição JCJ. Ginecologia Fundamental. 1 ed. São Paulo: **Atheneu**, 2005.
- [4] Antonelli A et al. Clinical aspects and surgical treatment of urinary tract endometriosis: our experience with 31 cases. *Eur Urol*, 2006; 49(6):1093-7.
- [5] Schneider A et al. Endometriosis of the urinary tract in women of reproductive age. *Int J Urol*, 2006; 13(7):902-4.

- [6] Judd ES. Adenomyomata presenting as a tumor of the bladder. **Surg Clin North Am H**, 1921; 1271-1278.
- [7] Bosev D et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: the Stanford University hospital experience with 96 consecutive cases. **J Urol**, 2009; 182(6):2748-52.
- [8] Camanni M et al. Laparoscopic conservative management of ureteral endometriosis: a survey of eighty patients submitted to ureterolysis. **Reprod Biol Endocrinol**, 2009; 7:109.
- [9] Canis M et al. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. **Fertil Steril**, 1997; 67(5):817-21.
- [10] Gustofson RL et al. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. **Fertil Steril**, 2006; 86(2):298-303.
- [11] Weed JC et al. Endometriosis of the bowel. **Obstet Gynecol**, 1987; 69(5):727-30.
- [12] Remorgida, V et al. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. **Obstet Gynecol Surv**, 2007; 62(7):461-70.
- [13] Abrão SM et al. Endometriosis at several sites, cyclic bowel symptoms, and the likelihood of the appendix being affected. **Fertil Steril**, 2010; 94(3):1099-101.
- [14] Yohannes, P. Ureteral endometriosis. **J Urol**, 2003; 170(1):20-5.
- [15] Vercellini P et al. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and Clinical Management. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, 2004; 11(2):153-61.
- [16] Fedele L et al. Long-term follow-up after conservative surgery for bladder endometriosis. **Fertil Steril**, 2005; 83(6):1729-33.
- [17] Vercellini P et al. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. **Hum Reprod**, 2007; 22(1):266-71.
- [18] Abeshouse, BS et al. Endometriosis of the urinary tract: a review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. **J Jnt Coll Surg**, 1960; 34-43.
- [19] Chapron C et al. Laparoscopic management of bladder endometriosis. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 1999; 78(10):887-90.
- [20] Singh KK et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. **Br J Surg**, 1995; 82(10):1349-51.
- [21] Al Oulaqi NS et al. Endometriosis of the Appendix. **Afr Health Sci**, 2008; 8(3):196-8.
- [22] Khoo JJ et al. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. **Singapore Med J**, 2004; 45(9): 435-6.
- [23] Harris RS et al. Appendiceal disease in women with endometriosis and right lower quadrant pain. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, 2001; 8(4):536-41.
- [24] Shome GP et al. Appendiceal endometriosis presenting as massive lower intestinal hemorrhage. **Am J Gastro-enterol**, 1995; 90(10):1881-3.
- [25] Benacerraf BR et al. Sonography Should Be the First Imaging Examination Done to Evaluate Patients With Suspected Endometriosis. **J Ultrasound Med**, 2012; 31(4):651-3.
- [26] Idetsu A et al. Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis: Report of a case. **Surg Today**, 2007; 37(6):510-13.
- [27] Carmignani L et al. Pelvic endometriosis and hydroureteronephrosis. **Fertil Steril**, 2010; 3(6):1741-4.
- [28] Walid MS et al. Laparoscopic partial cystectomy for bladder endometriosis. **Arch Gynecol Obstet**, 2009; 280(1):131-5.
- [29] Brosens I. et al. Diagnosis of endometriosis: pelvic endoscopy and imaging techniques. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, 2004; 18(2):285-303.
- [30] Barrier BF et al. Catamenial appendicitis. **Obstet Gynecol**, 2008; 111(2):558-61.

The logo for BJSCR (Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research) is displayed in a stylized, glowing yellow font with a blue and white gradient shadow effect.