

Endometriose do Trato Gastrointestinal - Correlações Clínicas e Laparoscópicas

Endometriosis of the Gastrointestinal Tract - Clinical and Laparoscopic Correlations

UNIVALDO ETSUO SAGAE¹; FÁBIO LOPASSO²; MAURÍCIO SIMÕES ABRÃO³; NAMIR CAVALLI⁴;
JOAQUIM JOSÉ GAMA RODRIGUES⁵

¹ Mestre em Cirurgia do Aparelho Digestivo, Docente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FACULDADE DE MEDICINA DO OESTE DO PARANÁ; ² Professor Livre Docente da FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; ³ Professor Livre Docente da FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; ⁴ Docente da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da FACULDADE DE MEDICINA DO OESTE DO PARANÁ; ⁵ Ex- Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

SAGAE UE; LOPASSO F; ABRÃO MS; CAVALLI N; RODRIGUES JG. Endometriose do Trato Gastrointestinal - Correlações Clínicas e Laparoscópicas. *Rev bras Coloproct*, 2007;27(4): 423-431.

RESUMO: Neste estudo, quarenta pacientes selecionadas com endometriose pélvica e utilizando do método videolaparoscópico de corrida dos órgãos peritoneais na endometriose (COPE), puderam verificar se suas queixas encontram-se correlacionadas aos achados de lesões no trato gastrointestinal. O estudo avaliou 21 pacientes com e 19 pacientes sem sinais e sintomas gastrintestinais, visando estabelecer: associações e correlações entre os parâmetros clínicos que sinalizam a presença de focos endometrióticos e as localizações das lesões em cada segmento do trato gastrointestinal (TGI) e a correlação entre o estadiamento da endometriose (ASRM, 1996) e o comprometimento intestinal. A pesquisa atestou, de modo significativo, a correlação entre a presença dos sintomas gastrintestinais em consequência das lesões no trato gastrointestinal. Os sinais e sintomas gastrintestinais significativamente relacionados com a presença de endometriose ginecológica localizada no segmento retossigmóide e/ou íleo e com comprometimento do trato gastrointestinal foram: o puxo e o tenesmo cíclico, dor em cólica cíclica, obstipação cíclica, diarreia cíclica, dor acíclica, fezes afiladas e o sangramento intestinal cíclico. O estágio IV (ASRM) correlacionou-se com a presença de endometriose no trato gastrointestinal. O presente estudo demonstrou a correlação positiva dos sinais e sintomas gastrintestinais e ginecológicos e o estadiamento da doença ginecológica com o comprometimento gastrointestinal pela doença.

Descritores: Endometriose; Trato Gastrointestinal; Laparoscopia / métodos; Diagnóstico clínico / classificação.

INTRODUÇÃO

A endometriose é doença de controversa instalação, evolução e repetidos fracassos no tratamento clínico e cirúrgico. Os estudos clínicos, os diagnósticos de imagem e os tratamentos clínicos e cirúrgicos privilegiam os órgãos pélvicos^{1,2}. O conhecimento da extensão do acometimento de órgãos extrapélvicos pela

endometriose ainda é limitado, e as consequências clínicas correlatas estão insuficientemente caracterizadas pela baixa sensibilidade dos exames diagnósticos para esta modalidade. Ainda que o progresso no conhecimento da morfologia³, da fisiopatologia⁴ e de exames de imagem⁵ seja constante, a detecção laparoscópica da endometriose extrapélvica necessita definir a sua importância.

Trabalho realizado no Hospital Universitário / Faculdade de Medicina do Oeste do Paraná. Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Setor de Endometriose do Ambulatório de Ginecologia.

Recebido em 10/08/2007

Aceito para publicação em 23/10/2007

No sentido de investigar de forma sistemática os órgãos da cavidade abdominal, a corrida aos órgãos peritoniais na endometriose (COPE) originou-se de modificações e adaptações da técnica laparoscópica "Run Bowel" descrita por Kawahara ⁶ (1998), para a detecção de ferimentos causados ao intestino por armas brancas ou de fogo.

Esse procedimento permitiu avaliar a extensão da afecção, correlacionar sintomas e sinais gastrintestinais e ginecológicos, diagnosticar lesões no restante da cavidade abdominal previamente insuspeitas e estabelecer correlações inéditas entre o estágio da endometriose (ASRM) ⁷ e a extensão e o local do acometimento do trato gastrintestinal (TGI) ^{8,9}.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo avaliar pacientes com endometriose pélvica distribuídas em dois grupos distintos: com e sem sinais e sintomas específicos do TGI, visando a estabelecer associações e correlações entre os parâmetros clínicos (sinais e sintomas gastrintestinais e/ou ginecológicos, estadiamento da doença ginecológica) que sinalizam a presença de endometriose e a localização das lesões em cada segmento do trato gastrintestinal (TGI), bem como avaliar a correlação entre o estadiamento da endometriose ⁷ e o comprometimento gastrintestinal causado pela doença.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo prospectivo, com quarenta mulheres registradas no Hospital Universitário - Faculdade de Medicina do Oeste do Paraná e no Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Setor de Endometriose do Ambulatório de Ginecologia com suspeita diagnóstica de endometriose pélvica.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), e todas as pacientes assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informado (TCPI).

A caracterização dos sinais e sintomas típicos GI do acometimento pela endometriose foi obtida por meio de questionário padrão PEGAR, sendo pesquisados sinais e sintomas do TGI e sinais e sintomas ginecológicos típicos da endometriose.

O critério de inclusão foi o diagnóstico de endometriose na laparoscopia, confirmado subsequen-

temente por biópsia. Os critérios de exclusão foram: ausência de endometriose pélvica comprovada por histologia, cirurgia intestinal anterior, doenças neurológicas ou mentais que impedissem coleta de informações confiáveis, e não ocorrência de atividade sexual vaginal.

Os parâmetros clínicos pesquisados foram:

- Sinais e sintomas uroginecológicos: dismenorréia, dispareunia de profundidade, infertilidade, disúria, polaciúria e hematúria. Para melhor avaliação, relacionaram-se os sinais e sintomas GI e ginecológicos, separando as queixas ginecológicas: dismenorréia de profundidade (dividida em dois grupos: de intensidade leve ou moderada e de intensidade severa ou incapacitante) e dispareunia (dividida em dois grupos: de intensidade leve ou moderada e de intensidade severa) e confrontou-se com os achados com a realização da COPE.

- Sinais e sintomas ao exame ginecológico: dor a mobilização uterina, aumento anexial, nódulo em fundo de saco e/ou septo retovaginal e espessamento ou nódulo de ligamento uterossacro.

- Sinais e sintomas digestivos prospectados e considerados como presentes ou ausentes foram: diarreia, constipação, alteração de hábito intestinal, sangramento retal, puxo e tenesmo, fezes de pequeno calibre e dor pélvica. Todas as queixas ocorridas durante o período menstrual foram chamadas de sinais e sintomas cíclicos ou acíclicos (se não havia relação com o período menstrual).

As pacientes foram submetidas à videolaparoscopia para estadiamento ou exérese das lesões endometrióticas. Foram categorizados dois grupos: grupo I, constituído de 21 pacientes que apresentaram sinais ou sintomas gastrintestinais (GI); grupo II, com 19 pacientes sem sinais e sintomas GI. Na sistematização do procedimento videolaparoscópico aplicou-se a técnica COPE, cuja padronização compreende detalhes imprescindíveis, como:

- Colocação do monitor na posição inferior, próximo aos pés da paciente;
- Quarta punção no hipocôndrio direito de 5 mm;
- Uso de óptica de 30 graus;
- Posição de Trendelenburg com uso de pernas (semi ginecológica);
- Início da investigação do intestino delgado pelo íleo terminal em direção ao ângulo duodeno-jejunal.

Tabela 1 - Frequência das lesões observadas em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Segmento do TGI	Frequência das lesões observadas		p
	N	%	
Transição retossigmóide	19	47,5	<0,05*
Cólon sigmóide	14	35,0	<0,05*
Reto	11	27,5	<0,05*
Íleo	11	27,5	<0,05*
Apêndice	8	20,0	>0,05
Cólon direito	6	15,0	>0,05

Ao se identificar lesões (típicas e/ou atípicas), coletou-se o material de biópsia por meio de pinça de biópsia ou se realizou ressecção com tesoura e sutura, caso necessário, da parede seromuscular ou total com fio de vicryl 4-0. O material coletado foi fixado em formaldeído a 4% durante pelo menos 24 horas e, a seguir, submetido aos procedimentos para microscopia óptica convencional, segundo processamento habitual para inclusão em parafina. As lâminas foram coradas pela técnica de hematoxilina e eosina, e analisadas em microscópio óptico de luz.

Para análise dos dados coletados foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher para comparar associações entre as variáveis. Foi utilizado o teste *t-student* para comparação das médias de idade dos grupos de pacientes com e sem sintomas no TGI. Para todos os testes foi utilizado nível de significância de 5%. No texto empregaram-se as notações p*, p** e p*** para sinalizar as respectivas diferenças significantes das estatísticas nos testes de Pearson, Fisher e *t-student*.

RESULTADOS

As pacientes do grupo I apresentaram média de idade de 33,2 anos (25-46) e as do grupo II de 27,8 anos (18-41) ($p < 0,005$). A idade foi significativamente mais elevada em pacientes com sinais e sintomas GI.

A COPE demonstrou acometimento do TGI em 70% das pacientes. Essas lesões distribuíram-se significativamente pelo íleo (27,5%), cólon direito (12,5%), sigmóide (35%), retossigmóide (47,5%), reto (27,5%) e apêndice (20%) (tabela 1). Secundariamente, o método detectou lesões insuspeitas no trato urológico (17,5%), no mesentério (12,5%), no diafragma (5%) e no epíplon (2,5%) (tabela 2).

Tabela 2 - As lesões observadas fora do TGI (peritônio, bexiga e mesentério) em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Local das lesões	Pacientes	
	N	%
Peritônio	26	65,0
Bexiga	6	15,0
Mesentério	5	12,5
Diafragma	2	5,0
Epiplon	1	2,5
Ureter	1	2,5

Os sinais e sintomas ginecológicos significativamente relacionados com comprometimento do TGI, na presença ou não de sinais e sintomas no TGI foram: dismenorréia leve (45%), dismenorréia severa (50%), dispareunia leve (52,5%), dispareunia em intensidade severa ou incapacitante (27,5%) e sinais e sintomas urinários cíclicos (10%).

Os sinais e sintomas GI significativamente relacionados com a presença de endometriose ginecológica e com comprometimento do TGI foram: puxo/tenesmo cíclico (40%), dor em cólica cíclica (30%), obstipação cíclica (27,5%), diarreia cíclica (25%), dor pélvica acíclica (22,5%), fezes afiladas (12,5%) e sangramento intestinal cíclico (5%).

A COPE permitiu diferenciar os segmentos do TGI mais acometidos pela endometriose na presença de sinais e sintomas do TGI. Nestas condições, o exame laparoscópico com a técnica da COPE mostrou que a transição retossigmóide, cólon sigmóide,

Tabela 3 - Associação entre sinais e sintomas GI e a localização da lesão endometriótica no TGI em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Segmento acometido	Sinais e sintomas GI		Total	p
	Presente N (%)	Ausente N (%)		
Transição retossigmóide	16 (84,2)	3 (15,8)	19	<0,05* **
Cólon sigmóide	13 (92,9)	1 (7,1)	14	<0,05* **
Íleo	11 (100,0)	—	11	<0,05* **
Reto	9 (81,8)	2 (18,2)	11	<0,05* **
Apêndice	5 (62,5)	3 (37,5)	8	>0,05
Ceco	3 (75,0)	1 (25,0)	3	>0,05

Tabela 4 - Associações entre sinais e sintomas GI e a localização extraginecológica e extra TGI em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Local das lesões	Sinais e sintomas GI		p
	Presente n = 21 N (%)	Ausente n = 19 N (%)	
Peritônio	15 (71,4)	11 (57,9)	>0,05
Bexiga	3 (14,3)	3 (15,8)	>0,05
Mesentério	3 (14,3)	2 (10,5)	>0,05
Diafragma	2 (9,5)	—	>0,05
Epiplon	1 (4,7)	—	>0,05
Ureter	1 (4,7)	—	>0,05

íleo terminal e reto foram, significativamente, os locais no TGI em que a presença de sinais e sintomas foi mais freqüente (tabela 3). Essa técnica laparoscópica permitiu a identificação de lesões da endometriose em territórios fora do TGI e ginecológico. A freqüência destas observações foi indistinta entre as pacientes com e sem sinais e sintomas do TGI (tabela 4). Houve nítida correlação entre dismenorréia severa ou incapacitante e dispáreunia severa com presença de sinais e sintomas GI. A infertilidade não se correlacionou com a presença ou ausência de sinais ou sintomas do TGI.

Houve nítida correlação entre dismenorréia severa ou incapacitante e dispáreunia severa com presença de sinais e sintomas GI (tabela 5). A dismenorréia se correlacionou com a presença de endometriose no íleo terminal (tabela 6), já a dispáreunia se correlacionou

Tabela 5 - Associação entre sinais e sintomas GI e sintomas ginecológicos em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Sinais e sintomas ginecológicos	Sinais e sintomas GI		p
	Presente n = 21 (%)	Ausente n = 19 N (%)	
Dismenorréia			
Severa ou incapacitante	15 (71,4)	5 (26,3)	<0,05*
Leve a moderada	5 (23,8)	13 (68,4)	
Dispáreunia			
Severa	9 (42,9)	1 (5,3)	
Leve a moderada	10 (47,6)	13 (68,4)	<0,05*
Infertilidade			
Sim	14 (66,7)	9 (47,4)	
Não	7 (33,3)	10 (52,6)	>0,05

Tabela 6 - Correlação entre o sintoma ginecológico dismenorréia e a presença de endometriose no íleo terminal em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Dismenorréia	Íleo terminal		P
	Ausente n = 28 N (%)	Presente n = 10 N (%)	
Leve/ moderada	16 (57,1)	2 (20,0)	<0,05 **
Severa/ incapacitante	12 (42,9)	8 (80,0)	

Tabela 7 - Correlação entre o sintoma ginecológico dispareunia e a presença de endometriose no retossigmóide em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Dispareunia	Transição retossigmóide		P
	Ausente n = 17 N (%)	Presente n = 16 N (%)	
Leve/moderada.	14 (82,4)	9 (56,3)	<0,05 **
Severa	3 (17,6)	7 (43,7)	

Tabela 8 - Correlação entre as lesões extraginecológicas e os sintomas GI em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

COPE	Sinais e sintomas GI		Total	P
	Presente N (%)	Ausente N (%)		
Negativo	—	5 (21,1)	5	<0,05**
Positivo	21 (100,0)	14 (78,9)	35	

com a presença de endometriose na transição retossigmóide (tabela 7).

Houve correlação entre lesões extraginecológicas e das GI, na COPE, com os sinais e sintomas GI, como se pode observar nas tabelas 8 e 9.

O encontro de lesões extraginecológicas e de lesões GI, na COPE, correlacionou-se com o estadiamento da ASRM 1996 (tabelas 10 e 11).

Observou-se que o estadiamento IV, pelos critérios da ASRM⁷, se correlacionou com a presença de endometriose em segmentos específicos do TGI, a sa-

ber, íleo terminal, cólon sigmóide e transição retossigmóide (tabela 12).

DISCUSSÃO

O tratamento eficaz da endometriose intestinal depende do correto diagnóstico na cavidade abdominal¹⁰. A laparoscopia permite coletar informações importantes e significantes para seu estadiamento e tratamento. A maior incidência da doença no TGI foi referida por Williams, Pratt¹¹. Em 37% das 1000 paci-

Tabela 9 - Correlação entre as lesões GI e os sintomas GI em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

COPE	Sinais e sintomas GI - N (%)		Total	P
	Presente N (%)	Ausente N (%)		
Negativo	1 (8,3)	11 (91,6)	12	<0,05**
Positivo	20 (71,4)	8 (28,6)	28	

Tabela 10 - Correlação entre as lesões extraginecológica e o estadiamento da ASRM 1996, em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

COPE	Estadiamento (ASRM)				Total	P
	I N (%)	II N (%)	III N (%)	IV N (%)		
Negativo	4 (100)	1 (8,3)			5	<0,05**
Positivo	—	11 (91,7)	3(100,0)	21(100,0)	35	

entes avaliadas, 95% das lesões estavam localizadas em reto e sigmóide, 5% em íleo e 9% em apêndice cecal. Jerby¹² (1999) relatou, em experiência com 509 pacientes cuja intervenção laparoscópica foi necessária, que 30 (5,9%) pacientes apresentaram focos no seguimento colorretal: 2 casos (7%) no ceco, 2 (7%) no apêndice e nenhum caso no intestino delgado. O local predominante foi o reto/fundo de saco em 28 (93%) pacientes, e sigmóide em 10 (33%) pacientes. Dez destas pacientes apresentaram lesões múltiplas e 28 pacientes lesões no estágio IV. Chapron *et al.*¹³ (2003) encontraram 23 (9,9%) pacientes com comprometimen-

to intestinal num grupo de 241 mulheres com endometriose de infiltração profunda, sendo que 9 das 23 pacientes (39,1%) apresentaram lesões multifocais no intestino. As lesões distribuíram-se entre reto (20 lesões; 58,9%), sigmóide (7 lesões; 20,6%), cólon (3 lesões; 8,8%), segmento ileocecal (2 lesões; 5,9%), apêndice (uma lesão; 2,9%) e omento (uma lesão; 2,9%). No presente estudo, a COPE identificou mais lesões (70%) que a maior incidência encontrada na literatura, de 37%. Fato este que pode ser explicado pela incisão laparotômica utilizada nas cirurgias descritas na literatura¹¹, o que não permitia avaliar todo o

Tabela 11 - Correlação entre as lesões GI e o estadiamento da ASRM 1996, em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

COPE	Estadiamento (ASRM)				Total	P
	I N (%)	II N (%)	III N (%)	IV N (%)		
Negativo	4 (33,3)	6 (50,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	12	<0,05**
Positivo	—	6 (21,4)	2 (7,1)	20 (71,4)	28	

Tabela 12 - Correlação do estadiamento IV da ASRM 1996, e a presença de endometriose em segmentos do TGI em 40 pacientes portadoras de endometriose ginecológica com e sem sinais e sintomas do TGI submetidas à técnica laparoscópica da COPE.

Segmento do TGI acometido	Estadiamento IV (ASRM, 1996)		P
	Ausente N (%)	Presente N (%)	
Íleo terminal	0	10(100,0)	<0,05**
Cólon sigmóide	2 (14,3)	12 (85,7)	<0,05**
Transição retossigmóide	3 (15,8)	16 (84,2)	<0,05**

peritônio com precisão. Além do acometimento do segmento retossigmóide, a COPE observou lesões em ambos os territórios, chamando a atenção para a multifocalidade da doença (75%) e principalmente para a distribuição da endometriose no território direito do intestino. A baixa incidência na literatura, em segmento do íleo, apêndice e cólon direito pode ser explicada pelo fato do intestino não ser observado corretamente e, principalmente, porque o segmento intestinal localizado à direita, que se posiciona na cavidade extrapélvica em posição de Trendelenburg durante a cirurgia, e o localizado na pelve próximo à tuba direita em posição ortostática, não serem regularmente examinados pelo cirurgião. A observação de lesões em órgãos como a bexiga, ureter, mesentério, diafragma e omento demonstraram que a aplicação da COPE, ampliou o diagnóstico da endometriose nos órgãos extraginecológicos e extra-intestinais.

A idade foi significativamente mais elevada nas pacientes com sinais e sintomas GI, constatando-se que a doença é progressiva e sugerindo que os sinais e sintomas GI são posteriores aos sintomas ginecológicos. Há nítida correlação entre dismenorréia severa ou incapacitante com sinais e sintomas GI. Moghissi¹⁴ (1996) observou que a dismenorréia parece ser mais intensa quando os ligamentos uterossacros são acometidos. A lesão do septo retovaginal foi a que melhor explicou a parceria dos sinais e sintomas ginecológicos com sinais e sintomas do TGI, por se tratar de lesões que acometem os dois aparelhos. A dispareunia correlacionou-se com sinais e sintomas GI com lesão no fundo de saco e endometriose no retossigmóide. A dispareunia é causada por lesões endometrióticas localizadas, principalmente, na pelve junto à vagina, anexos e retossigmóide. Durante o coito, o trauma no fundo de saco vaginal e no colo uterino provoca mobilização desses órgãos devido à distensão e tração, ocorrendo dor quando há comprometimento pela doença. As pacientes podem, ainda, apresentar focos de endometriose em cólon, reto e ligamento uterossacro, apresentando queixas de dor crônica, dismenorréia, dispareunia, dor lombar, disquezia, constipação, diarreia e infertilidade¹⁵. A localização do segmento retossigmóide na cavidade pélvica participa da sintomatologia, estando esta correlação bem explorada. Em relação à infertilidade, observou-se correlação entre a presença de endometriose no apêndice e no íleo terminal.

Redwine¹⁶ (1999) observou que as lesões no ovário sinalizavam lesões intestinais. Esta constatação

teve relação direta com acometimento da transição retossigmóide, cólon sigmóide, íleo e cólon ascendente, demonstrando que as lesões são multifocais e disseminadas na pelve e extra pelve.

Verificou-se estatisticamente que as pacientes do grupo I, com sinais e sintomas do TGI, apresentaram maior número de lesões nos ovários, septo retovaginal e tubas. No útero, o número de lesões observadas não teve significância. Com esse resultado pode-se constatar que os sintomas GI são bons sinalizadores para a doença mais extensa também nos órgãos ginecológicos, e mesmo com os grandes avanços na área de diagnóstico por imagem, o desafio da endometriose persiste tanto para o clínico como para o imagenologista, pois muitos casos não são detectados de modo adequado. Quanto à presença de sinais e sintomas do TGI, a técnica da COPE discriminou as pacientes segundo a localização das lesões observadas durante o exame. Houve correlação dos sinais e sintomas GI com a endometriose no íleo terminal, cólon sigmóide, transição retossigmóide e reto, numa frequência de 100%, 92,9%, 84,2% e 81,8% respectivamente. Observou-se que os sinais e sintomas do TGI têm correlação direta com a presença de lesões no TGI em 95,2%, colocando em dúvida o estigma que endometriose ginecológica causa sintomas GI sem acometê-los. Isso mostra que, a aplicação da COPE fica obrigatória nas pacientes com endometriose pélvica com sinais e sintomas do TGI, e que são duvidosas as hipóteses de que os sinais e sintomas GI são fenômenos naturais que se manifestam na endometriose¹⁷.

Foi demonstrada nítida relação entre sinais e sintomas do TGI e lesões no retossigmóide e íleo. As lesões localizadas no íleo, estavam mais presentes nas pacientes com sinais e sintomas do TGI, demonstrando a importância da investigação minuciosa do quadro clínico e da inspeção da cavidade abdominal durante o procedimento cirúrgico, mesmo que seus sintomas se confundam com os sintomas do acometimento do segmento retossigmóide.

Em relação ao apêndice e cólon direito, fica a observação que nesses órgãos só são diagnosticadas lesões se aplicado o método laparoscópico da COPE corretamente, pois não houve diferença entre pacientes com e sem sinais e sintomas do TGI. Tal achado, talvez se explique pelo fato de no cólon direito as fezes serem líquidas, os segmentos serem fixos e os seus diâmetros serem maiores do que o do íleo e sigmóide

(7,5 cm/ 2,5 cm), tornando difícil desenvolver um quadro de obstrução intestinal por infiltração externa ou torção por aderências e a dor se confundir com a da dismenorréia. No apêndice pode se manifestar com um quadro agudo que é tratado por cirurgia em serviço de urgência e cujo diagnóstico definitivo é confirmado após estudo anatomopatológico, correspondendo a cerca de 1% a 3% das apendicites agudas. Isso ocorre provavelmente, nos casos em que a lesão infiltra a parede do apêndice obstruindo a sua luz. No presente estudo, as lesões no apêndice ocorreram quando o mesmo se localizava na posição peritoneal e na cavidade pélvica. As lesões caracterizam-se como pequenas, superficiais e de localização no terço distal, e às vezes, com aderências frouxas, semelhante ao que ocorre nas tubas comprometidas pela endometriose. Nessa situação, não se sabe se causam sintomas e, se ocorrem, provavelmente confunde-se com dismenorréia. O fato é que em dor pélvica sem origem definida, algumas pacientes são beneficiadas com a retirada do apêndice. O apêndice e as tubas estão próximos e são anatomicamente parecidos. Talvez a fisiopatologia do comprometimento das trompas seja igual a do apêndice. Saliente-se que o apêndice deve ser bem examinado, pois as lesões são de difícil identificação e acredita-se que a lente de aumento da óptica laparoscópica tem contribuído muito na ampliação diagnóstica. Assim, a característica da multifocalidade da endometriose e o baixo grau de suspeição do médico assistente fazem com que haja grande discrepância estatística entre a casuística de outros autores e deste presente estudo.

Todas as classificações têm por finalidade a uniformização nos padrões de linguagem sobre determinada doença. A “American Fertility Society” (1979), renomeada em 1995 como “American Society for Reproductive Medicine” (ASRM)⁷, propôs uma classificação da endometriose em sistemas de escore, reunidos em estádios de I a IV, o que torna possível agrupar casos, traçar esquemas terapêuticos e fazer prognósticos. A meta principal foi definir a extensão da doença observada durante a laparoscopia. Correlacionando o estadiamento da doença⁷ e a presença de endometriose em segmentos do TGI durante o procedimento da COPE, observou-se que houve correlação mais definida nos dois extremos. Jerby¹² (1999) observou lesão colorretal em 28 das 30 pacientes que pertenciam ao estágio IV. Redwine¹⁶ (1999) afirmou que lesões nos ovários eram um sinalizador de lesões no TGI. Nesse estudo, doenças avançadas com comprometimento extenso na pelve, cujo estadiamento corresponde ao estágio IV, correlacionaram-se com doença no segmento retossigmóide e também no íleo terminal, enquanto que nas pacientes classificadas como estágio I não foram evidenciadas lesões gastrointestinais.

CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou a concomitância dos sinais e sintomas gastrointestinais e ginecológicos com o comprometimento gastrointestinal pela doença, bem como houve correlação entre o estadiamento da doença ginecológica (ASRM, 1996) e comprometimento intestinal.

ABSTRACT: The peritoneal organs of 40 patients with pelvic endometriosis were scanned for endometriosis in this study by the videolaparoscopic method to verify the relation of their complaints with lesions found in the gastrointestinal tract. Twenty one of these patients who had gastrointestinal signs and symptoms and 19 who did not, were evaluated in order to establish associations and correlations between clinical parameters pointing to endometriotic lesions and sites of these lesions in each segment of the gastrointestinal tract as well as to correlate between the staging of the endometriosis and intestinal injury. Research significantly confirmed the correlation between gastrointestinal symptoms as a consequence of lesions in the gastrointestinal tract. Gastrointestinal signs and symptoms, significantly related with gynecological endometriosis in the rectum and sigmoid segment and/or ileum and with injury of the gastrointestinal tract, were cyclic tenesmus, cyclic colic pain, cyclic obstipation, cyclic diarrhea, acyclic pain, thin stools and cyclic intestinal bleeding. The ASRM 1996 Stage IV correlated with the presence of endometriosis in the gastrointestinal tract. The study demonstrates the positive correlation of gastrointestinal and gynecological signs and symptoms and the staging of the gynecological disease with gastrointestinal injury from the disease.

Key words: Endometriosis; Gastrointestinal Tract; Laparoscopy / Methods; Clinical Diagnosis / Classification.

REFERÊNCIAS

1. Fleischer AC, Cullinan JW, Walsch JW. Problem-oriented gynecologic imaging with emphasis on ultrasonography. In Fleischer AC, Manning FA, Jeanty P, Romero R.(Ed.). Sonography in Obstetrics and Gynecology. A. Lange. 1996;887.
2. Rawson J M. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. J Reprod Med 1991; 36(7): p 513-5.
3. Martin J D Jr, Hauck A E. Endometriosis in the male. Am Surg 1985; 51(7): p 426-30.
4. Nisolle M, Donnez J. Progesterone receptors (PR) in ectopic endometrium?. Fertil Steril 1985; 68(5): p 943-4.
5. Donnez J, Smets M, Jadoul P, Pirard C, Squifflet J. Laparoscopic management of peritoneal endometriosis, endometriotic cysts, and rectovaginal adenomyosis. Ann N Y Acad Sci 2003; 997: p 274-81.
6. Kawahara N. Padronização dos procedimentos Videolaparoscópicos nos traumas abdominais penetrantes - Estudo clínico realizado em 75 pacientes. São Paulo, USP - Universidade de São Paulo. 1998ASRM
7. Schweppe K W, Wynn R M. Endocrine dependency of endometriosis: an ultrastructural study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1984; 17(2-3): p 193-208.
8. Abrao M S, Machado M A, Campos F G, Habr-Gama A, Pinotti H W. Rectal endometriosis. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1994; 49(4): p 173-6.
9. Sagae U E, Oliveira F M M. Endometriose Intestinal. In Crispi C P, editores. Tratado de Videoendoscopia Ginecológica. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 343-59.
10. Williams T J, Pratt J H. Endometriosis in 1,000 consecutive celiotomies: incidence and management. Am J Obstet Gynecol 1977; 129(3): p 245-50.
11. Jerby B L. Laparoscopic management of colorectal endometriosis. Surg Endosc 1999; 13(11): p 1125-8.
12. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. Hum Reprod 2003; 18(1): p 157-61.
13. Moghissi K S. Add-back therapy in the treatment of endometriosis: the North American experience. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103(14) : p 14.
14. Nezhat F, Nezhat C, Nezhat CH, Levy JS, Smith E, Katz L. Use of hysteroscopy in addition to laparoscopy for evaluating chronic pelvic pain. J Reprod Med 1995; 40(6): p 431-4.
15. Redwine D B. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. Fertil Steril 1999; 72(2): p 310-5.
16. Wood C, Kuhn R, Tsaltas J. Laparoscopic diagnosis of endometriosis. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002; 42(3): 277-81.

Endereço para correspondência:

UNIVALDO ETSUO SAGAE
Rua Antonio Alves Massaneiro, 414 / Centro
Cascavel - PR
85812-090
Fone: 45-21017700 / Fax: 45-21017722
E-mail: sagae@gastro.com.br