



Endometriose umbilical: relato de caso e revisão de literatura

Umbilical endometriosis: a case report and literature review

CARLA BATISTA MOISÉS^{1*}
AMANDA MORAIS GONÇALVES¹
ANDRESSA CAMARGO VIEIRA¹
ANAÍSA RENATA MICHELINO¹
BRUNA ANDRADE ASSUNÇÃO¹
ALUÍZIO DEL BIANCO MAIA¹
ARELLY BETHÂNIA FONSECA BARBOSA¹
ANDRÉ ABRANTES ROSIQUE¹
GUSTAVO NERO MITSUUSHI^{1,2,3}

Instituição: Acadêmica em Medicina,
Universidade de Franca, Franca, SP, Brasil.

Artigo submetido: 23/11/2017.
Artigo aceito: 22/6/2018

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0160

■ RESUMO

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Seu mecanismo fisiopatológico é pouco esclarecido, mas várias hipóteses são descritas - dentre elas a disseminação de células endometriais por via hematogênica ou linfática. A apresentação clínica é bastante variável, mas podem estar presentes massa palpável, sangramentos cíclicos ou alterações de coloração da pele na região afetada. O diagnóstico é estabelecido a partir do exame clínico, associado a exames de imagem e biópsia da lesão. O tratamento de escolha é o cirúrgico com excisão da lesão e reconstrução da anatomia local. Apresentamos um relato de caso de uma paciente de 35 anos, com endometriose umbilical, com necessidade de excisão da lesão e confecção de novo umbigo. A evolução da afecção descrita é estritamente relacionada ao manejo diagnóstico e propedêutico instituído; sendo assim, a exclusão de diagnósticos diferenciais, benignos ou malignos, é de suma importância.

Descritores: Endometriose; Cirurgia plástica; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Umbigo; Doenças raras.

■ ABSTRACT

Endometriosis is characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. The pathophysiology of this condition is poorly understood. However, several hypotheses have been proposed, including the spread of endometrial cells via hematogenous or lymphatic routes. The clinical presentation is variable but includes a palpable nodule, cyclic bleeding, and changes in the color of the skin in the affected region. Diagnosis is established by clinical examination combined with imaging and lesion biopsy. The treatment of choice is surgical, with excision of the lesion and tissue reconstruction. We report the case of a 35-year-old female patient with umbilical endometriosis and the need for removal of the lesion with umbilical reconstruction. The presentation of this condition determines the diagnostic and management approach. Therefore, the exclusion of other benign or malignant disorders is essential.

Keywords: Endometriosis; Plastic surgery; Reconstructive surgical procedures; Umbilicus; Rare diseases.

¹ Acadêmica em Medicina, Universidade de Franca, Franca, SP, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

³ Associação Médica Brasileira, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina¹. Acomete aproximadamente 12% das mulheres em idade reprodutiva², sendo os principais locais de acometimento: ovários, fundo de saco, ligamento largo, ligamentos uterossacros, útero, tubas uterinas, cólon sigmoide, apêndice e ligamentos redondos¹. A endometriose umbilical representa apenas 0,5% a 1% de todos casos de endometriose². Sua complicação maligna é rara, podendo acontecer em 1% dos pacientes³.

Neste trabalho, apresentamos o caso de uma paciente com endometriose umbilical, seu diagnóstico e tratamento realizado.

RELATO DO CASO

K.R.P, sexo feminino, 35 anos, foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Joaquim de Franca (SP) devido à presença de lesões vegetantes umbilicais com surgimento há 6 meses. Ao exame, lesão grande, aparecimento mais antigo, dolorosa à palpação, circundada por duas pequenas lesões, sendo todas sangrantes e dolorosas no período menstrual (Figura 1). Foi realizada tomografia computadorizada de abdome, identificando imagem de nódulo umbilical compatível com provável endometriose de umbigo (Figura 2).

O próximo passo foi a realização de biópsia da lesão maior, que evidenciou pele associada a fragmentos de estroma e glândulas endometriais, sem sinais de malignidade. Com os dados clínicos, análises tomográficas e o resultado da biópsia, a hipótese de endometriose umbilical ficou evidente, sendo proposta a excisão da lesão com margem de segurança (Figuras 3a, 3b e 3c), que foram enviadas à análise anatomopatológica, apresentando o seguinte aspecto final após reconstrução de umbigo (Figura 3d e 3e).

DISCUSSÃO

A endometriose cutânea é uma entidade rara e na maioria dos casos está relacionada a procedimentos cirúrgicos prévios. Quando esta afecção ocorre espontaneamente, é classificada como primária, como a do caso em questão. Dentre as manifestações cutâneas, a localização umbilical é a mais prevalente, ocorrendo em 34% dos casos^{1,4,5}.

Há várias teorias que tentam explicar a fisiopatologia da endometriose umbilical primária. A mais aceita nas mulheres que apresentam endometriose pélvica concomitante é a que se refere à embolização de tecido endometrial por via hematogênica ou linfática. Mas nas pacientes que apresentam apenas o tipo cutâneo, a teoria da metaplasia do remanescente do ducto de Müller é a



Figura 1. Paciente apresenta lesões vegetantes em umbigo. Cicatriz cirúrgica devido ao uso anterior de "piercing".

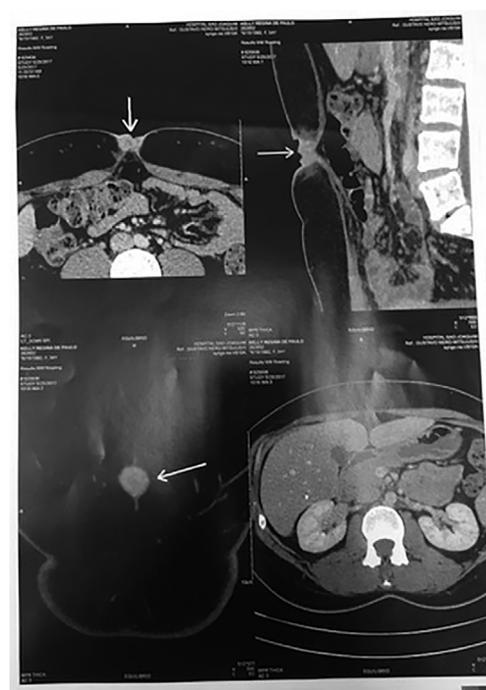


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome compatível com provável endometriose de umbigo.

mais provável; esta ocorreria devido a estímulos inflamatórios, hormonais ou traumáticos^{2,4}.

Essas lesões podem apresentar sintomatologia específica, como massa palpável de coloração acastanhada, eritematosa ou violácea, que apresenta aumento de volume, dor e sangramento cíclicos (durante o período menstrual) ou podem ser assintomáticas, casos em que o diagnóstico é mais difícil^{2,4}. No caso em questão a paciente apresentou sinais e sintomas condizentes com dados da literatura, como: massa acastanhada/violácea associada a dor e sangramento no período menstrual.

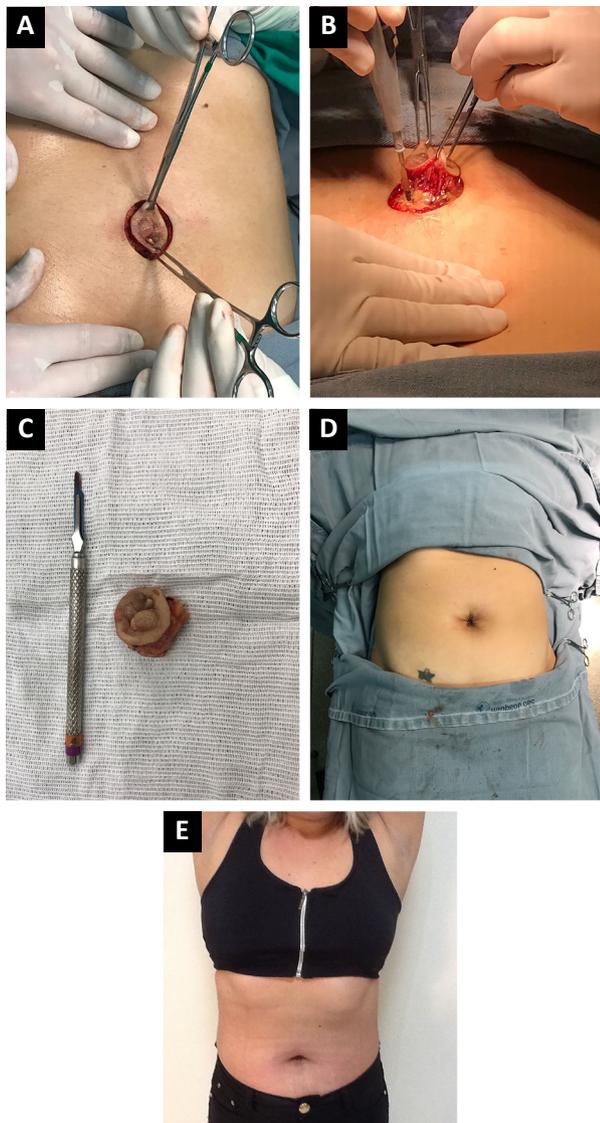


Figura 3. **A:** Incisão cirúrgica inicial; **B:** Retirada das lesões com margens livres; **C:** Peça final retirada, comparando-se ao tamanho do bisturi; **D:** Aspecto final após reconstrução parcial de umbigo; **E:** Aspecto final, no pós operatório, da reconstrução parcial de umbigo.

Para o diagnóstico, é utilizado o quadro clínico compatível associado a exames complementares. A ultrassonografia pode ser realizada, revelando um aspecto cístico. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são melhores para delimitação da lesão, assim como para o diagnóstico diferencial^{1,2}.

Mesmo com vários métodos possíveis para o diagnóstico, o mais confiável e de certeza é a biópsia da lesão. Este estudo histopatológico revela a presença de tecido endometrial, com glândulas endometriais revestidas por epitélio colunar pseudoestratificado que podem apresentar secreção ativa ou, também, presença de eritrócitos livres. A imunohistoquímica pode ser utilizada para pesquisar a presença de receptores de

estrogênio e progesterona, o que confirma ainda mais o diagnóstico^{2,4}.

Deve ser realizado diagnóstico diferencial com afecções benignas e malignas, como: hérnias, aprisionamento dos nervos ilioinguinal ou iliohipogástrico, pólipos umbilicais, nevo melanocítico, granuloma de sutura, hemangiomas, onfalites, melanoma, adenocarcinomas, carcinoma escamoso e carcinoma de células basais^{1,2,5}.

O tratamento de escolha é cirúrgico com excisão total da lesão e reconstrução umbilical, se necessária. É importante a retirada do nódulo com margens de segurança para evitar a recidiva da lesão. Após o procedimento, pode ser realizado o tratamento clínico com o uso de anticoncepcionais orais ou outros medicamentos de ação hormonal para evitar recorrência^{1,2,4}.

Na maioria dos casos a evolução é benigna, mas em raros relatos há transformação carcinomatosa, o que torna necessária a avaliação frequente⁴.

CONCLUSÃO

A alteração descrita possui excelente prognóstico e baixo risco de malignização. Esta evolução favorável é dependente de um manejo adequado da paciente; neste processo, a exclusão de diagnósticos diferenciais, sejam estes benignos ou malignos, é uma etapa mandatória para a definição de um diagnóstico correto e a adoção de um tratamento adequado.

COLABORAÇÕES

- CBM** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- AMG** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- ACV** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- ARM** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- BAA** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- ADBM** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- ABFB** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

AAR Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

GNM Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de endometriose. São Paulo: FEBRASGO; 2015.

2. Jaime TJ, Jaime TJ, Ormiga P, Leal F, Nogueira OM, Rodrigues N. Endometriose umbilical: relato de um caso e seus achados dermatoscópicos. *An Bras Dermatol.* 2013;88(1):121-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962013000100019>
3. Pramanik SR, Mondal S, Paul S, Joycerani D. Primary umbilical endometriosis: A rarity. *J Hum Reprod Sci.* 2014;7(4):269-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0974-1208.147495>
4. Fancellu A, Pinna A, Manca A, Capobianco G, Porcu A. Primary umbilical endometriosis. Case report and discussion on management options. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(12):1145-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.11.001>
5. Garcia AMC, Silveira PS Jr, Garcia BGBC, Assis MG. Endometriose cutânea umbilical: Relato de caso e revisão da literatura. *ACM Arq Catarin Med.* 2009;38(Supl. 1):254-6.

*Autor correspondente:

Carla Batista Moisés

Rua João da Silva Ranhel, 1850, Apt. 304, Bloco 1 - Nucleo Agrícola Alpha - Franca, SP, Brasil

CEP 14403-175

E-mail: carlabmoises@live.com