

Ressecção de Endometriose Ureteral com Reimplante Uretero-Vesical por Videolaparoscopia

José Walter Feitosa Gomes*, Carlos Magno Queiroz da Cunha, Francisco Nogueira Chaves, Raphael Franco Bezerra, Octavio Luis Alves da Silva, Francisco Julimar Correia de Menezes

Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, CE.

Correspondência*: Rua Princesa Isabel, 1526
Centro
CEP: 60015-061
Fortaleza - CE

INTRODUÇÃO

Com fisiopatologia ainda controversa e prevalência de 10 a 15% na população feminina fértil no Brasil, a endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina.^{1,2}

A apresentação extra ginecológica mais frequente é a intestinal, sendo o implante em retossigmóide responsável por quase 70% dos casos. Já o trato urinário representa apenas 1% a 2% dos casos de endometriose e quando isto ocorre, o sítio mais acometido é a bexiga.^{1,3}

Este acometimento urinário gera sintomatologias variadas, desde apresentações assintomáticas à hematúria e cólica renal, podendo evoluir com insuficiência renal grave devido ao fator obstrução.^{2,4}

Tendo em vista a raridade e a possibilidade de complicações sérias dessa afecção, bem como o crescimento da abordagem videolaparoscópica, apresentamos aqui caso de endometriose ureteral com hidronefrose abordada com ressecção e reimplante uretero-vesical por videolaparoscopia.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 43 anos, há 2 anos com queixa de dor em cólica de forte intensidade que irradiava para o ânus, associada a distensão abdominal, polaciúria, noctúria, disúria e dispareunia, e que se intensifica no período menstrual. Ao toque vaginal, evidenciava-se dor à manipulação uterina e espessamento à esquerda. A ultrassonografia transvaginal com mapeamento para endometriose revelou nódulo à esquerda no paramétrio e retrocervical, hidronefrose grau III à esquerda e endometriose profunda com comprometimento de ureter esquerdo. Optou-se por histerectomia com anexectomia bilateral, peritonectomia e ressecção segmentar de ureter esquerdo com reimplante uretero-vesical à esquerda, sendo deixado sonda vesical de demora por 12 dias, cateter duplo j por 34 dias e dreno portovac por 5 dias. A abordagem aqui relatada pode ser melhor visualizada pela gravação da mesma, disponível em: <https://youtu.be/ztpUluM-Ysw>.

A paciente recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. A análise histopatológica das peças, revelou adenomiose

no corpo uterino, cervicite crônica no colo uterino, endometriose de ureter e ovários com cistos folicular e hemorrágico. A paciente retornou com 1 semana, 2 meses e 1 ano de pós-operatório, com melhora completa do quadro aqui descrito e não sendo identificado complicações.

DISCUSSÃO

Como já abordado, a presença do foco endometrial no ureter pode gerar sua obstrução, causando hidronefrose e consequente falência renal, se não tratado. No caso em questão, além de hidronefrose e de sua sintomatologia que já indicariam abordagem cirúrgica, a paciente possuía focos endometrióticos no paramétrio e peritônio.³⁻⁵

As queixas da paciente demonstravam fortemente o diagnóstico de endometriose, o qual foi confirmado através de US transvaginal para mapeamento de endometriose. Em nosso meio, é um exame diagnóstico empregado de forma rotineira a despeito da ressonância magnética, pela facilidade de acesso e o custo-benefício, tanto na rede pública quanto na privada.^{1,2}

O US transvaginal, além do mapeamento, permitiu o diagnóstico de hidronefrose e a definição do tratamento, já que a abordagem cirúrgica da endometriose é indicada nos casos de: infiltração profunda de intestino, obstrução intestinal ou ureteral, insuficiência renal, infertilidade, dor refratária.¹⁻³

Após definida a conduta cirúrgica, optou-se pela via videolaparoscópica, já que produz menos trauma cirúrgico, melhores cicatrizes e tempo de internação reduzido quando comparada a técnica aberta.⁵ Também é importante ressaltar que para potencializar tais benefícios, é preferível a realização por uma equipe experiente no tratamento de endometriose profundo e composta por diferentes especialidades cirúrgicas. No caso relatado, participaram da cirurgia três especialidades (ginecologia, digestiva e urologia), a fim de proporcionar um tratamento adequado através de diferentes expertises.

Por não haver comprometimento da função renal, optou-se por ressecção e reimplante ureteral.

CONCLUSÃO

A abordagem videolaparoscópica foi bem indicada e efetiva no caso descrito, tendo em vista a ressecção completa dos focos endometrióticos. Também é importante ressaltar as vantagens do uso dessa técnica em contraponto a abordagem laparotômica, incluindo menor morbidade, menor tempo de internação e dor no pós-operatório, bem como e estética da

cicatriz cirúrgica. Como perspectiva, também já descrito a na literatura o uso da cirurgia robótica para esse tipo de abordagem.

REFERÊNCIAS

1. Yela, DA; Trigo L; Benetti-Pinto, CL. Evaluation of Cases of Abdominal Wall Endometriosis at Universidade Estadual de Campinas in a period of 10 Years. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2017; 39(8): 403-407.
2. Ponticelli C, Graziani G, Montanari E. Ureteral endometriosis: a rare and underdiagnosed cause of kidney-dysfunction. Nephron Clin Pract. 2010;114(2):c89-93. doi: 10.1159/000254380. Epub 2009 Nov 3.
3. Nezhad C, Paka C, Goma M, Schipper E. Silent Loss of Kidney Secondary to Ureteral Endometriosis. JSLS. 2012 Jul-Sep; 16(3): 451-455.
4. Watanabe Y, Ozawa H, Uematsu K, Kawasaki K, Nishi H, Kobashi Y. Hydronephrosis due to ureteral endometriosis treated by transperitoneal laparoscopic ureterolysis. Int J Urol. 2004 Jul; 11(7):560-2.
5. Scioscia M, Molon A, Grosso G, Minelli L. Laparoscopic management of ureteral endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009 Aug; 21(4):325-8. doi: 10.1097/GCO.0b013e32832e0798.
6. Furriel F., Eufrásio P., Nunes P., Parada B., Figueiredo A., Mota A. Endometriose uretérica – breve revisão a propósito de dois casos clínicos. Acta Urológica Portuguesa. 2011 Dez; 4: 53-57.