

# Endometriose Renal: Um Relato de Caso

**Luiz Ricardo Campelo<sup>1</sup>, Tiago Ferrari<sup>2\*</sup>, Juliano Fabricio Santos Neto<sup>2</sup>, Ariana Ferrari<sup>3</sup>, Maurício Figueiredo Lima e Marchese<sup>4</sup>.**

Departamento de Urologia do Hospital Santa Rita de Maringá/PR.

1. Cirurgião Geral. Associação Beneficente Bom Samaritano. Hospital Santa Rita.
2. Residente de Cirurgia Geral. Associação Beneficente Bom Samaritano. Hospital Santa Rita.
3. Nutricionista e Doutora em Oncologia. UniCesumar.
4. Urologista. Associação Beneficente Bom Samaritano. Hospital Santa Rita.

**Correspondência\*:** Praça 7 de Setembro, 285  
CEP: 87015-290  
Maringá, Paraná, Brasil  
Telefone: (44) 3220-6000  
E-mail: dr.tiago.ferrari@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A endometriose do trato urinário (ETU) é pouco frequente quando consideramos todos os casos de endometriose. Embora seja uma condição benigna, pode apresentar manifestações clínicas devido ao comportamento agressivo da doença. Muitas mulheres com ETU apresentam poucos ou nenhuns sintomas. Quando presentes incluem: urgência miccional, poliúria, disúria, lombalgia e infecções recorrentes do trato urinário<sup>1</sup>. As presenças dos implantes ectópicos no rim são poucos descritos na literatura devido à raridade da doença, além disso, os mecanismos patogênicos ainda pouco esclarecidos contribuem para o atraso do diagnóstico e tendem a ser diagnosticados como tumor renal<sup>2</sup>. A endometriose renal (ER) tipicamente manifesta-se de forma insidiosa e pode estar presente durante vários anos antes do diagnóstico realizado<sup>1-4</sup>.

## RELATO DE CASO

RU, sexo feminino, 30 anos, branca, solteira, nulípara, costureira, hígida, natural de Maringá/PR. Iniciou com o quadro de dor súbita de forte intensidade em região lombar bilateral que irradiava para região supra púbica. Após a automedicação com analgésico evoluiu com melhora significativa do quadro, porém após três dias a dor se reinstalou e, agora,

associada à distensão abdominal importante. Procurou o pronto socorro do Hospital Santa Rita, Maringá/PR, sendo realizado uma ultrassonografia transvaginal e visualizado um cisto de ovário único a esquerda de 3cm. Com a melhora dos sintomas a paciente recebeu alta. Após a alta, a paciente apresentou novas dores abdominais intermitentes, de pouca a moderada intensidade, sendo solicitado ambulatorialmente uma ressonância magnética (RM) com achado de cisto de ovário esquerdo. Após um mês e sete dias a paciente retorna ao pronto socorro devido dor abdominal de forte intensidade que a impossibilitou de deambular, sendo evidenciado um quadro de abdômen agudo. Foi submetida a laparotomia exploradora, encontrando-se grande quantidade de lesões espalhadas sugestivas de endometriose avançada, comprometendo vários órgãos abdominais como útero, cólon esquerdo, ovário esquerdo e outras estruturas. No ato cirúrgico foi realizada a histerectomia subtotal associada à ooforectomia esquerda e colectomia esquerda, recebendo alta hospitalar depois de oito dias de internamento.

Após 1 ano de acompanhamento e uso de medicamentos hormonais para a endometriose, a paciente realizou uma nova RM solicitada pelo ginecologista e foi encaminhada ao urologista com um laudo de hidronefrose e afilamento do rim

direito com obstrução do ureter distal por estria de baixo sinal em T2, nódulo adjacente a parede vesical posterior e formação tecidual entre a cúpula vaginal e segmento do cólon sigmoide também de aspecto fibrocicatricial, podendo estar relacionada à endometriose profunda. Após o início do segmento com urologista, foi realizada uma investigação do sistema excretor onde foram solicitados exames e intervenção cirúrgica para a tentativa de passagem de cateter duplo j em ureter à direita. Durante o procedimento foi visualizada impossibilidade de cateterização do meato ureteral direito devido as fibroses cicatriciais no local. Em evolução do caso e acompanhamento com urologista foi realizado a citilografia renal com ausência de imagem cintilográfica. Após isso, foi solicitada a urotomografia que segundo laudo foi encontrado hidronefrose acentuada, afilamento da cortical renal, sem observação de excreção renal à direita. Desta maneira, foi feito o diagnóstico de exclusão funcional do rim direito e decidido à realização da nefrectomia total videolaparoscópica do rim direito. A paciente evoluiu o pós-operatório sem intercorrências e a função renal do rim esquerdo permaneceu inalterada. O laudo anatomopatológico apontou endometriose de rim direito, com formação de granulomas epitelióides e focos de infiltração por estroma e glândulas endometriais ectópicas, sem atipia. A paciente segue em acompanhamento multidisciplinar e se apresenta em um bom estado geral e assintomática até o presente momento.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A paciente do presente trabalho relatou, por diversas vezes, dor lombar aguda que irradiava para abdômen anterior de início súbito, porém apenas no primeiro ato cirúrgico teve a suspeita mais exata de uma possível endometriose abdominal extensa. Uma característica específica da endometriose renal é a dor cíclica lombo-dorsal e hematúria, que se relaciona com o ciclo menstrual das pacientes<sup>5</sup>.

As lesões de endometriose envolvendo o rim podem ser completamente assintomáticas e diagnosticadas apenas após a nefrectomia, pensando em outra condição como, por exemplo, um carcinoma renal<sup>1,4</sup>. Após todo tratamento inicial e as primeiras cirurgias para tratamento da endometriose abdominal, a paciente permaneceu internada por alguns dias. A ER foi diagnosticada secundariamente, 1 ano após a primeira intervenção. As técnicas de imagem podem ser usadas para confirmar a suspeita clínica, porém raramente é conclusivo para a endometriose<sup>6</sup>, pois não possuem achados específicos em TC ou em RM, evidenciando apenas imagens inconclusivas para endometriose.

As diretrizes da Associação Europeia de Urologia sugerem que pacientes com lesões renais avançadas sejam submetidos a nefrectomia total<sup>7,8</sup>. Aliando o descrito na literatura com os achados no caso, de um rim direito não funcionando, justificou a nefrectomia total a direita, sendo comprovado sua efetividade sobre a nefrectomia parcial<sup>9</sup>. É importante ressaltar que a tomografia e a ressonância magnética podem ser utilizadas nesses pacientes, embora que o diagnóstico definitivo requer confirmação histológica, identificando-se glândulas endometriais e estroma dentro das lesões renais<sup>9,10</sup>.

Como seguimento desses pacientes sugere-se que haja um acompanhamento de forma constante, já que a endometriose também apresenta alto risco de recorrência<sup>11</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Khandeparkar SG, Pinto RG. Histopathological spectrum of tumor and tumor-like lesions of the paratestis in a Tertiary Care Hospital. *Oman Med J* 2015;30:461-8
2. Felkl ,R.A. Mesotelioma bem diferenciado (benigno) de túnica vaginal: relato de um caso e revisão da literatura. *Rev. AMRIGS*, 2015 – Disponível em: [www.amrigs.org.br](http://www.amrigs.org.br)
3. Rodriguez D, Olumi AF. Management of spermatic cord tumors: a rare urologic malignancy. *Ther Adv Urol.* 2012;4:325–34.
4. Brimo F, Illei PB, Epstein JI. Mesothelioma of the tunica vaginalis: a series of eight cases with uncertain malignant potential. *Mod Pathol.* 2010;23:1165–1172.
5. Erdogan S, Acikalin A, Zeren H, Gonlusen G, Zorludemir S, Izol V, et al. Well-differentiated papillary mesothelioma of the tunica vaginalis: A case study and review of the literature. *Korean J Pathol.* 2014;48:225–8. [PMC free article] [PubMed]
6. Hirsch, M.S. Anatomy and pathology of testicular tumors [Internet]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>
7. Campbell, S.C., Lane, B.R. *Campbell-Walsh Urology, Neoplasm of Testis.* 11 ed. Elsevier, New York; 2016.