

# DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA

## ULTRASOUND DIAGNOSIS OF PELVIC ENDOMETRIOSIS

RITA DE CÁSSIA LIMA DA CRUZ<sup>1</sup>

WALDEMAR NAVES DO AMARAL<sup>2</sup>

WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO<sup>2</sup>

Palavras chave: Ultrassonografia, Endometriose pélvica, Dor Pélvica Crônica

Keyword: Ultrasound, pelvic endometriosis, chronic pelvic pain

### RESUMO

A endometriose pélvica é uma doença que atinge cerca de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva, causando dor e desconforto pélvico e está associada à infertilidade. O diagnóstico muitas vezes torna-se difícil somente com exame clínico, pois em geral o exame físico é pouco elucidativo e as manifestações clínicas nem sempre estão presentes, já que várias das pacientes podem ser assintomáticas.

A avaliação ultrassonográfica da pelve é o método inicial de escolha para a identificação da endometriose pélvica. O ultrassom transabdominal é usado para a exploração de toda a pelve, seguido pelo ultrassom transvaginal para uma avaliação mais detalhada das estruturas anatômicas próximas à sonda endovaginal. A sensibilidade da USG no diagnóstico de endometriose é de 96 sendo que a especificidade é de 97.

A partir do rastreamento promovido pela ultrassonografia o médico pode analisar a necessidade de outros exames complementares, como a tomografia computadorizada, ressonância magnética e laparoscopia, além de verificar o tratamento ideal para a melhora clínica e evitar possíveis complicações cirúrgicas.

### ABSTRACT

The pelvic endometriosis is a disease that affects around 10% to 15% of women of reproductive age, causing pelvic pain and discomfort and is associated with infertility. The diagnosis often is difficult with only clinical examination, for the general physical examination is rather plain and clinical manifestations are not always present, because several of the patients may be asymptomatic.

The ultrasound evaluation of the pelvis is the initial method of choice for identification of pelvic endometriosis. The transabdominal ultrasound is used to exploit the whole pelvis, followed by transvaginal ultrasound for a more detailed assessment of the anatomical structures near the endovaginal probe. The sensitivity of ultrasonography in the diagnosis of endometriosis is 96 although the specificity is 97.

From the trace promoted by ultrasound the doctor can examine the need for other examinations such as CT, MRI and laparoscopy, and to identify the ideal treatment for clinical improvement and prevent possible surgical complications.

### INTRODUÇÃO

A endometriose pélvica é considerada uma doença enigmática e ainda é um desafio para os ginecologistas já que o diagnóstico geralmente depende de um procedimento cirúrgico e há falta de consenso sobre a gestão terapêutica em todo o mundo. Esta doença corresponde a um dos principais motivos de publicações científicas em ginecologia, pelo aumento na sua incidência e pelas incertezas que cercam seu diagnóstico e tratamento. Atualmente, o Brasil ocupa posição de destaque entre os países que mais estudam esse problema. <sup>(1)</sup>

Ela é uma doença benigna caracterizada pela presença de glândulas endometriais e estroma fora da musculatura e da cavidade

uterina. É uma doença comum que atinge entre 10% e 15% das mulheres em idade reprodutiva, apresentando prevalência de até 60% se estudarmos apenas as mulheres com infertilidade. <sup>(14,9)</sup>

A ultrassonografia é o método de imagem mais acessível para diagnosticar endometriose pélvica e o método de escolha para diferenciar endometriomas de outros cistos ovarianos. Nos últimos anos, alguns trabalhos têm enfatizado o uso deste método para identificar a endometriose profunda, uma das mais difíceis de se diagnosticar, e resultados promissores têm sido descritos quanto à capacidade de avaliação e boa tolerabilidade do método. <sup>(1)</sup>

De acordo com uma pesquisa realizada com cerca de 1.600 ginecologistas brasileiros no estado de São Paulo sobre a conduta

1 - PÓS-GRADUANDA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ULTRASSONOGRAFIA GERAL

2 - PROFESSOR TITULAR DO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, VICE-PRESIDENTE NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRAFIA, MESTRE IPTESP-UFG, DOUTOR PELO IPTESP-UFG, PRESIDENTE NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA

3 - ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRÁSILIA

escolhida com relação a suspeita de endometriose em suas pacientes, 90% deles informou que solicita exames de imagem para fazer o diagnóstico, desse total 80,4% sempre ou quase sempre opta pela ultrassonografia transvaginal.<sup>(15)</sup>

O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância dos achados ultrassonográficos no diagnóstico da endometriose pélvica.

## MÉTODOS

Foram analisados diversos artigos sobre o tema endometriose e destes, selecionados os artigos que tivessem relatos de ultrassonografia como método de diagnóstico das afecções endometriais pélvicas. A literatura revisada foi escolhida entre os anos de 1998 à 2009.

## DISCUSSÃO

A endometriose é mais comumente encontrada em estruturas da cavidade pélvica envolvendo ovários, ligamentos útero-sacos, fundo de saco posterior, folheto posterior do ligamento largo e espaço véscico-uterino, entre outros.<sup>(9)</sup>

A causa desta doença ainda não é completamente conhecida. Acreditava-se que o endométrio, ao descamar durante as menstruações voltaria pelas tubas uterinas e se implantaria na cavidade abdominal. Mas hoje se sabe que mulheres normais têm esta “menstruação retrógrada” e só algumas desenvolvem endometriose. A partir de 1980, estudos relacionaram a endometriose com alterações do sistema imunológico. Isto explica porque é considerada a doença da mulher moderna. Hoje as mulheres menstruam mais vezes durante a vida do que no início do século passado. Portanto, há mais endométrio preenchendo a cavidade abdominal. Elas demoram para engravidar e têm menos filhos. As mulheres também estão mais sujeitas ao estresse, o que debilita as defesas do organismo.<sup>(2)</sup>

O diagnóstico muitas vezes torna-se difícil somente com exame clínico, pois em geral o exame físico é pouco elucidativo e as manifestações clínicas — dismenorreia, irregularidade menstrual e infertilidade — nem sempre estão presentes, já que até 44% das pacientes podem ser assintomáticas. Com isso, torna-se necessário o uso de exames subsidiários, estando à ultrassonografia em posição importante para o diagnóstico.<sup>(9)</sup>

As manifestações anatômicas da endometriose são implantes endometrióticos peritoniais, endometriomas (cistos endometrioides), infiltração endometriótica profunda e aderências pélvicas.<sup>(13,10)</sup>

Atualmente, a ultrassonografia transvaginal, a ultrassonografia transretal e a ressonância magnética são os principais exames não-invasivos recomendados para o diagnóstico e a localização da doença.<sup>(5)</sup>

A avaliação ultrassonográfica da pelve é o método inicial de escolha para a identificação e caracterização de componentes císticos anexiais. O ultrassom transabdominal é usado para a exploração de toda a pelve, seguido pelo ultrassom transvaginal para uma avaliação mais detalhada das estruturas anatômicas próximas à sonda endovaginal.

Imagens de alta resolução podem ser obtidas via transvaginal utilizando-se uma sonda de 7,5 MHz. A acurácia diagnóstica pode

ser aumentada com a avaliação Doppler.

A ultrassonografia transretal com sondas de alta frequência tem sido recomendada para a detecção da endometriose no reto e em localizações retovaginal, uterossacral ou retosigmoidal, por apresentar pouca penetração. Estudos preliminares mostram que a ultrassonografia transretal parece melhor que a ressonância magnética para o diagnóstico de infiltração na parede intestinal.<sup>(7)</sup>

Os achados ultrassonográficos variam de acordo com a localização da endometriose assim como sua relevância diagnóstica, porém em todos os casos de endometriose, seja necessário os exames ultrassonográficos antes de qualquer procedimento.

A ultrassonografia é o método de escolha para a identificação de endometriomas, que são tumorações ovarianas benignas persistentes após três meses de seguimento. A apresentação ecográfica típica corresponde a ecos internos de baixa densidade difusos, que ocorrem em 95% dos endometriomas, e focos hiperecoicos na parede de cistos multiloculares.<sup>(11)</sup>

A ultrassonografia (transvaginal, transretal, vaginossografia e ecocolonosopia), chega a alcançar 96% de sensibilidade e 97% de especificidade no diagnóstico e mapeamento das lesões da endometriose profunda do septo retovaginal, bexiga e intestino, auxiliando na definição do tipo de cirurgia.<sup>(17)</sup>

Os ligamentos útero-sacos são os principais locais de acometimento da endometriose profunda. Ao ultrassom, o envolvimento dos ligamentos útero-sacos pela endometriose ocorre quando o ligamento contém um nódulo ou apresenta um espessamento fibrótico se comparado ao ligamento contralateral, com margens regulares ou irregulares<sup>(4)</sup>. A ultrassonografia transretal pode ser utilizada com uma sutil pressão da sonda contra o ligamento para a visualização de seu eixo longitudinal. A espessura não é alterada pela pressão da sonda. Os ligamentos são facilmente observados quando o útero é retrovertido, condição comum entre pacientes com endometriose pélvica, e quando a bexiga está levemente distendida. A imagem ultrassonográfica dos ligamentos útero-sacos é obtida como um par de arcos hipoecoicos.

Para a endometriose intestinal os critérios diagnósticos sonográficos incluem área hipoecoica e irregular correspondente à camada de hipertrofia na muscular própria circundada por halo hiperecoico incluindo mucosa, submucosa e serosa. Massas nodulares no interior da parede retal são relativamente fáceis de identificar à ultrassonográfica transvaginal. Localizações acima da junção retosigmoidal ficam além da visão de alcance da sonda endovaginal e são limitadas pela presença de ar ao exame transabdominal.<sup>(3,10)</sup>

A ultrassonográfica transretal, um exame simples e não-invasivo, é muito efetivo na detecção de infiltração intestinal profunda em pacientes com lesões endometrióticas retroperitoniais. Sua utilização na avaliação pré-operatória distingue pacientes que necessitam de ressecção intestinal daquelas que podem ser tratadas pela laparoscopia.<sup>(6)</sup>

Já a endometriose vaginal o exame clínico identifica 80% dos casos, cujos principais sintomas são defecações dolorosas durante o período menstrual e dispareunia. A sensibilidade diagnóstica do ultrassom tem sido reportada como cerca de apenas 40%. A

dificuldade decorre da configuração da sonda transvaginal, com seu receptor orientado na direção do fórnice vaginal. O direcionamento da sonda para a parede vaginal posterior é limitado pela sínfise púbica e associado a dor. A sonovaginografia já foi proposta para aumentar a sensibilidade do ultrassonografar transvaginal, através da instilação de solução salina durante o exame, identificando até 91% das lesões contra 44% pelo exame convencional. <sup>(8)</sup>

A endometriose do septo retovaginal é relativamente infrequente, recente estudo demonstrou que a ultrassonográfica transvaginal apresenta melhores sensibilidade (98% VS. 83%), especificidade (100% vs. 98%) e acurácia (99% VS 90%) nos casos de endometriose profunda retrocervical quando comparado à ressonância magnética e ao exame de toque vaginal, sendo um importante exame pré-operatório para a definição de estratégias cirúrgicas. <sup>(2, 8)</sup>

O comprometimento do trato urinário pela endometriose pode ocorrer, sendo a bexiga afetada em 84% dos casos. <sup>(16)</sup>

O principal critério diagnóstico ultrassonográfico é um espessamento localizado na parede vesical, ocasionalmente com protrusão para o interior do lúmen da bexiga, mimetizando um carcinoma vesical ou uma compressão extrínseca da parede da bexiga por mioma subseroso anterior. ultrassonográfica abdominal. <sup>(10)</sup>

A endometriose perineal, assim como a endometriose do septo retovaginal é infrequente, e pode surgir após episiotomia, colporrafia e curetagem uterina. O papel da ultrassonográfica transretal na avaliação pré-operatória do envolvimento do esfíncter anal é importante para o planejamento cirúrgico, a fim de evitar recorrências e complicações. <sup>(13)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ultrassonografia tem se mostrado um importante exame, para que o ginecologista possa avaliar a presença da endometriose e seu grau de acometimento na pelve das pacientes, principalmente por ser um método não-invasivo e com um excelente custo-benefício. Além disso, a partir dos resultados dos exames ultrassonográficos o médico pode analisar a necessidade de outros exames complementares, dentre eles a tomografia computadorizada, ressonância magnética e laparoscopia, verificando principalmente o tratamento ideal para a melhora clínica e para evitar

possíveis complicações cirúrgicas. O ultrassonografista deve estar atento à relação dos achados ecográficos com a suspeita clínica de endometriose, avaliando sempre a presença de outras patologias com características de imagem semelhantes, para o diagnóstico diferencial da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrão MS, Goncalves MO, Dias JA, Jr., Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod* 2007; 22(12): 3092-3097.
2. Abrão MS, Podgaec S, Dias Junior JA. Endometriose, a mulher moderna e o Brasil. *Prática Hospitalar*; ano IX, 50, 2007
3. Bazot M, Detchev R, Cortez A, Amouyal P, Uzan S, Daray E. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison. *Human Reproduction* 2003; 18(8):1686-1692.
4. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24(2): 180-185.
5. Bazot M, Bornier C, Dubernard G, Roseau G, Cortez A, Darai E. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 2007; 22(5): 1457-1463.
6. Chapron C, Dumontier I, Dousset B, Fritel X, Tardif D, Roseau G. Results and role of rectal endoscopic ultrasonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1998; 13(8): 2266-2270.
7. Del Frate C, Girometti R, Pittino M, Del Frate G, Bazzocchi M, Zuiani C. Deep retroperitoneal pelvic endometriosis: MR imaging appearance with laparoscopic correlation. *Radiographics* 2006; 26(6): 1705-1718.
8. Dessole S, Farina M, Rubattu G, Cosmi E, Ambrosini G, Nardelli GB. Sonovaginography is a new technique for assessing rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2003; 79(4): 1023-1027.
9. Ferreira AC, Mauad Filho F, Nicolau LGC, Leston AR, Mendonça JV, Serrano VAM, Barra DA, Oliveira JAM. Contribuição da ultrassonografia de alta frequência no diagnóstico de endometrioma de parede abdominal: rela de caso. *Ver. Imagem*, 2006; 28(3): 193-6
10. Fontana GCN, Nastri CO, Martins WP, Filho FM. Achados ultrassonográficos na endometriose. *EURP*, 2009;1(2): 57-65
11. Kinkel K, Chapron C, Balleyguier C, Fritel X, Dubuisson JB, Moreau JF. Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. *Hum Reprod* 1999; 14(4): 1080-1086.
12. Kinkel K, Frei KA, Balleyguier C, Chapron C. Diagnosis of endometriosis with imaging: a review. *Eur Radiol* 2006; 16(2): 285-298.
13. Park SB, Kim JK, Cho KS. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *J Clin Ultrasound* 2008; 36(2): 91-97.
14. Passos EP, Freitas F, Cunha Filho JS, Facin AC. Endometriose. In: Freitas F, Menke KH, Rivoire W, Passos EP. *Rotinas em Ginecologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001; 102-9
15. PETTA, Carlos A. et al. Current practice in the management of symptoms of endometriosis: a survey of Brazilian gynecologists. *Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo*, v. 53, n. 6, 2007
16. Umaria N, Olliff JF. Imaging features of pelvic endometriosis. *Br J Radiol* 2001; 74(882): 556-562.
17. Fedele L; Bianchi S; Portuese A; Borruto F; Dorta M. Transrectal ultrasonography in the assessment of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol*; 1998, 91(3):444-8.