



Endometriose mimetizando neoplasia de glândula adrenal

Luiza Travassos da Rosa Netto ¹, Lucas Antonio Pereira do Nascimento ¹, Catarina Midori Ishirugi ¹, José Edmundo Costa Travassos da Rosa ², Bruno Amantini Messias ³

¹ Centro Universitário São Camilo (CUSC), Ipiranga, São Paulo, SP; ² Hospital Santa Rita, São Paulo, SP; ³ Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba, SP

» Resumo

A endometriose (ED) é uma doença que caracteriza-se pelo crescimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina e tem como principais manifestações clínicas a dor pélvica crônica e a infertilidade. Apresenta elevada incidência em mulheres em idade fértil e seu diagnóstico depende do elevado índice de suspeição. Relatamos um caso raro de endometriose em glândula adrenal e a dificuldade de seu diagnóstico devido à raridade de acometimento dessa patologia em tecidos extragenitais.

INTRODUÇÃO

A endometriose (ED) é uma doença inflamatória benigna, estrogênio dependente, que caracteriza-se pelo crescimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina (1, 2). Tem como principais manifestações clínicas a dor pélvica crônica e infertilidade (3, 4).

Apresenta elevada prevalência e acomete, aproximadamente, 170 milhões de mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo (3). De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), a endometriose está presente em até 38% das mulheres com queixa de infertilidade e em mais de 80% das mulheres com dor pélvica crônica (3).

Os sítios mais comuns de acometimento pela ED são os ovários, ligamento largo e o peritônio parietal pélvico (4, 5). Entretanto, também pode acometer outras regiões como o trato gastrointestinal e urinário, pulmões, parede abdominal, fígado, cérebro, retina e ossos (5). A prevalência de ED em tecidos extragenitais ainda é desconhecida, devido à raridade de implante do tecido endometrial nesses locais (5).

A suspeição da doença se dá através das manifestações clínicas e os métodos de imagem podem sugerir a patologia. Entretanto, o diagnóstico definitivo é cirúrgico e depende da análise histopatológica (3). O tratamento da endometriose é feito, principalmente, com terapia hormonal sendo que, em alguns casos, é necessário algum tipo de procedimento cirúrgico para controle da sintomatologia (2, 3, 5).

Este artigo tem como objetivo apresentar um caso raro de endometriose em glândula adrenal em paciente submetida a adrenalectomia por massa em adrenal, discutindo sobre a possibilidade de acometimento dessa patologia em tecidos extra-genitais.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 45 anos, veio ao serviço de urologia com queixas de disúria e polaciúria. Trouxe ressonância magnética e tomografia computadorizada que evidenciavam nódulo em glândula adrenal direita de 4.9cm e lesão hepática de 2cm (Figuras 1-4).

Com base na sintomatologia apresentada e nos laudos radiológicos, optou-se pela solicitação de análise de sedimento urinário, urinocultura, dosagem de metanefrinas urinárias, teste de supressão com dexametasona e relação renina/aldosterona. Baseando-se no resultado do exame de urina iniciou-se tratamento para infecção de trato urinário. Todos os demais exames solicitados encontraram-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Devido ao tamanho da lesão em glândula adrenal e pela concomitância de lesão hepática, aventou-se a possibili-

Figura 1 – Tomografia Computadorizada em Corte Coronal com Contraste Venoso e Oral: Lesão hepática nodulariforme apresentando realce com tendência a homogeneização na Tomografia com Contraste, podendo representar hemangioma dentre os diferenciais.

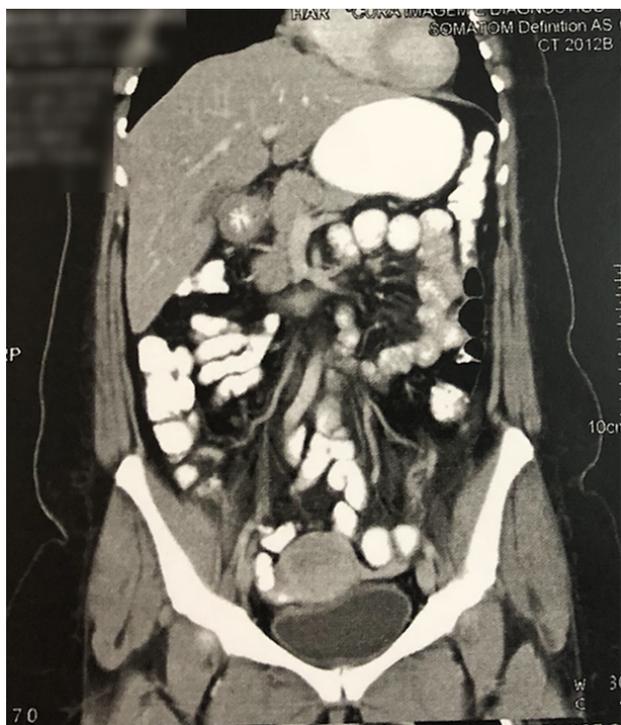


Figura 2 – Ressonância Nuclear Magnética Axial (RNM) T2 sem Supressão de Gordura: Formação nodular com sinal heterogêneo localizada em topografia de loja adrenal direita de aspecto indeterminado.

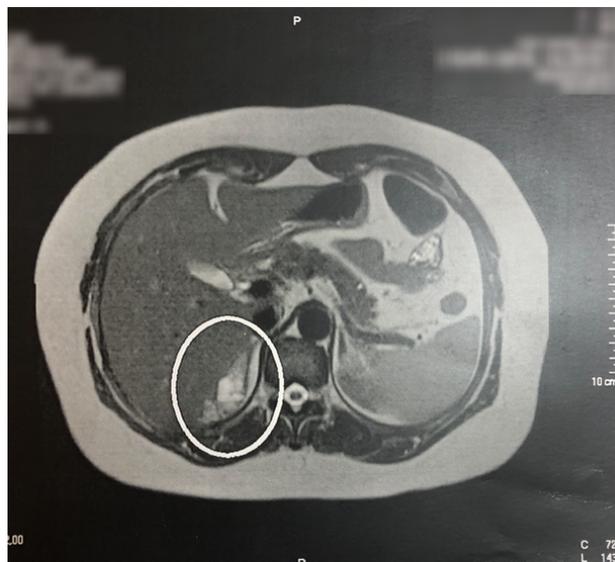


Figura 3 – RNM Axial T2 sem Supressão de Gordura: Imagem nodulariforme exibindo discreto hipersinal localizada na periferia do segmento hepático VII.

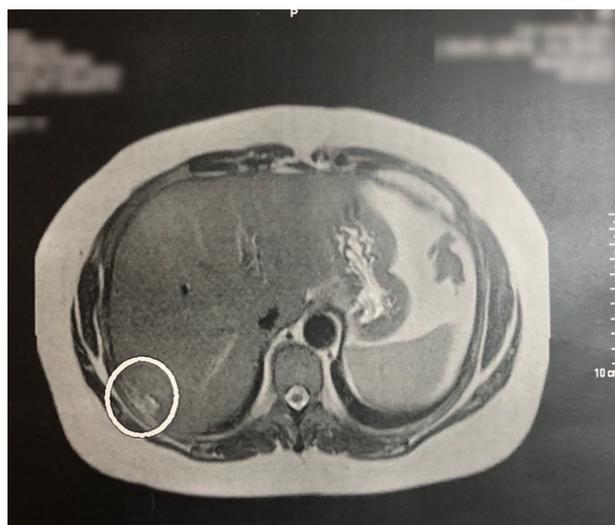
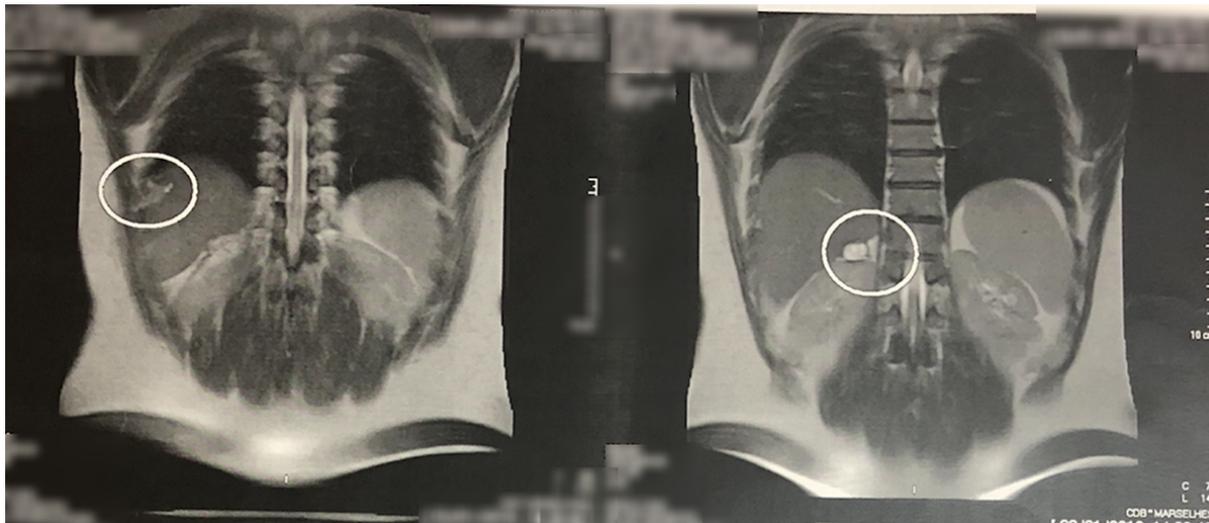


Figura 4 – RNM Coronal T2 sem Supressão de Gordura confirmando a topografia das lesões: Segmento hepático VII (imagem da direita) e adrenal direita (imagem da esquerda).



dade de lesão maligna, sendo optado pela realização de adrenalectomia direita vídeo-laparoscópica. Após o procedimento, a peça cirúrgica foi enviada para avaliação histopatológica. Paciente recebeu alta em boas condições clínicas e foi encaminhada ao ambulatório de urologia para acompanhamento e análise do resultado anatomopatológico.

No retorno, o laudo anatomopatológico documentava adrenal direita de 7.5x3.0cm em seus maiores eixos e com peso de 15.0 gramas. Documentava ausência de achados sugestivos de malignidades e diagnosticava endometriose de padrão glandular pouco diferenciado.

DISCUSSÃO

Diversas teorias tentam explicar a patogênese da endometriose, no entanto, sua fisiopatologia exata ainda é desconhecida (2, 6). Dentre as teorias existentes, as mais aceitas são: Teoria da Menstruação Retrógrada, como responsável pela implantação de tecido endometrial ectópico, Teoria Celômica, em que células indiferenciadas do peritônio pélvico convertem-se em células endometriais por estímulos desconhecidos, Teoria do Transplante Direto, pela qual os focos endometriais são gerados por procedimentos cirúrgicos e Teoria da Disseminação Celular por vasos sanguíneos e linfáticos (5, 6). A ocorrência de ED em glândula adrenal (GA) poderia ser explicada por mais de uma dessas teorias.

A endometriose se apresenta, geralmente, de maneira atípica quando acomete sítios extragenitais. Quando localizada na

glândula adrenal, pode caracterizar-se como uma massa não funcionante e apresentar uma ampla possibilidade de diagnósticos diferenciais.

As massas adrenais (MA) podem ser divididas de acordo com o funcionamento do tecido anômalo. São ditas funcionantes as massas que possuem a capacidade de secretar hormônios, enquanto que, as que não possuem essa característica integram o grupo de massas não funcionantes (5). Qualquer massa detectada na GA exige a investigação de seu tamanho, funcionalidade e pesquisa de tumores primários ou secundários (7).

A investigação das MA deve ser feita inicialmente com exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada (TC), a ultrassonografia e a ressonância magnética os métodos mais utilizados. Entretanto, a ressonância magnética é o método de escolha por permitir melhor detalhamento do território glandular, maior precisão na documentação das medidas da massa e por sugerir a natureza do tecido que acomete a glândula (7, 8).

Sabe-se que MA maiores do que 3cm possuem etiologia maligna em até 95% dos casos. Por outro lado, lesões menores do que esse tamanho são benignas em quase 80% dos casos (8).

As lesões maiores que 4cm geralmente são elegíveis para tratamento cirúrgico, enquanto que as menores que 4cm devem ter suas características avaliadas, inicialmente, por exames de imagem (4). Caso a lesão tenha características benignas, os exames de imagem devem ser repetidos em 6 meses para avaliação do comportamento evolutivo da lesão (9). Além da avaliação radiológica, devem ser realizados testes hormonais que permitam a análise da funcionalidade da glândula. A avaliação

hormonal consiste em diversos testes, entre eles, o teste de supressão com dexametasona, o teste do cortisol salivar noturno, teste de metanefrinas urinárias, entre outros (10, 9). Caso não seja identificada nenhuma alteração pela avaliação hormonal, o seguimento laboratorial deve ser realizado anualmente (9). Por outro lado, caso identifique-se alguma alteração hormonal, o procedimento cirúrgico está indicado (5, 9).

Além dos métodos diagnósticos já citados anteriormente, a punção aspirativa por agulha fina guiada por TC também pode ser utilizada (7). Entretanto, por se tratar de um procedimento invasivo e pode cursar com complicações graves, como pneumotórax, pancreatite e hemorragia, é menos utilizada na prática clínica (7). Essa investigação radiológica-funcional permite auxiliar na diferenciação dos principais diagnósticos de tumores primários de GA, representados pelo feocromocitoma, adenoma secretor de cortisol e adenoma secretor de aldosterone (10).

A presença de metastases em glândula adrenal, apesar de rara, também deve ser investigada em pacientes com história atual ou pregressa de qualquer tipo de neoplasia (10). Os principais tumores que geram metástase para a glândula adrenal são: mama, pulmão, melanoma, rim, estômago, colorretal e linfomas (8).

A adrenalectomia laparoscópica é o procedimento de escolha para o tratamento das massas adrenais funcionantes ou maiores que 4cm (5, 9). Este procedimento pode ser realizado tanto por via transabdominal, como retroperitoneal (5).

CONCLUSÃO

Apesar da raridade e dos poucos casos descritos na literatura, a endometriose deve ser lembrada como possível diagnóstico diferencial de massas adrenais não funcionantes em mulheres em idade fértil. A investigação deve ser feita com base na funcionalidade e tamanho da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Santos Filho PVD, Santos MPD, Castro S, Melo VAD. Primary umbilical endometriosis. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [Internet]. 2018 [citado 12 de janeiro de 2019];45(3).
2. Nácúl AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. junho de 2010;32(6):298–307.
3. Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod*. junho de 2013;28(6):1552–68.
4. Armstrong C. ACOG Updates Guideline on Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *AFP*. 1o de janeiro de 2011;83(1):84.
5. Rehman J, Yildirim G, Khan SA, Chughtai B, Nezhat F. A case of successful laparoscopic resection of adrenal gland endometriosis. *Fertil Steril*. novembro de 2008;90(5):2015. e7-9.
6. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. setembro de 2012;98(3):511–9.
7. Oliveira AT de, Silveira VMF, Carneletto Jr A, Rotta EM, Berçot RR. Incidentaloma de supra-renal: manejo diagnóstico e terapêutico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. dezembro de 2000;44(6):523–7.
8. Gahir JK, Carrod S, Arnaout A, Edey A, Ebbs S. Adrenal endometriosis mimicking adrenal carcinoma. *European Journal of Radiology Extra*. 1o de maio de 2005;54(2):73–5.
9. Nieman LK. Approach to the Patient with an Adrenal Incidentaloma. *J Clin Endocrinol Metab*. 1o de setembro de 2010;95(9):4106–13.
10. Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, Dralle H, Newell-Price J, Sahdev A, et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *European Journal of Endocrinology*. 1o de agosto de 2016;175(2):G1–34.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Luiza Travassos da Rosa Netto

Centro Universitário São Camilo (CJSC)

Avenida Nazaré, 1501, Ipiranga, São Paulo - SP

CEP 04263-200

Email: luizatrnetto@gmail.com

