RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0177

ENDOMETRIOSE URETERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA MALIGNA DO TRATO URINÁRIO SUPERIOR: RELATO DE CASO

CASSIANO MACHADO (1), GIULIA AZOLIN MACHADO5, SAMYA HAMAD MEHANNA (4), ALISSA FERNANDA DE SOUZA BRITTO (1), RAFAEL MENDES E SILVA GONÇALVES (1), FERNANDO MEYER (2,3)

(1) Serviço de urologia, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba; (2) Professor titular de urologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR); (3) Preceptor da Residência Médica em Urologia do Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba; (4) Serviço de patologia, Centro de Patologia de Curitiba (CPC); (5)Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente relato tem como objetivo descrever a ocorrência de endometriose no trato urinário superior, em especial no ureter, além de suas manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. A endometriose é caracterizada pela presença de glândulas endometriais fora da cavidade uterina e pode ser classificada como superficial, peritoneal, ovariana ou infiltrativa profunda (DIE). O envolvimento do sistema urinário pela endometriose é incomum, e quando ocorre afeta principalmente a bexiga e o ureter.

APRESENTAÇÃO DO CASO: Mulher de 52 anos, com hematúria, infecções urinárias de repetição e presença de tumoração em ureter distal esquerdo evidenciada em ressonância magnética é submetida a nefroureterectomia robótica e diagnósticada com endometriose de ureter em anatomopatológico. Conclusão: O acometimento restrito ao ureter por endometriose é incomum, e, como no relato, pode ser confundido com neoplasias malignas do trato urinário superior, requerendo tratamento com nefroureterectomia.

Palavras-chave: Endometriose, Neoplasias Ureterais, Trato Urinário

ABSTRACT

INTRODUCTION: This case report aims to describe the occurrence of endometriosis in the upper urinary tract, particularly in the ureter, as well as its clinical manifestations, diagnosis, and treatment. Endometriosis is characterized by the presence of endometrial glands outside the uterine cavity and may be classified as superficial peritoneal, ovarian, or deep infiltrating endometriosis (DIE). Urinary tract involvement is uncommon and, when present, most frequently affects the bladder and ureter.

METHODS: A 52-year-old female presenting with hematuria, recurrent urinary tract infections, and a distal left ureteral mass detected on magnetic resonance imaging underwent robotic nephroureterectomy.

RESULTS: Histopathological examination of the surgical specimen confirmed ureteral endometriosis.

CONCLUSIONS: Isolated ureteral involvement by endometriosis is rare and, as in this case, may mimic upper urinary tract malignancies, potentially requiring surgical treatment such as nephroureterectomy.

Keywords: Endometriosis; Ureteral Neoplasms; Urinary Tract.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como a presença de glândulas endometriais e estroma fora do útero, podendo ser classificada como superficial, peritoneal, ovariana ou infiltrativa profunda (DIE). A DIE refere-se a invasão endometriótica subperitoneal com ao menos 5 mm de profundidade, invasão de outros órgãos abdominais como ureter, bexiga e intestino (1).

O acometimento do sistema urinário devido a endometriose é incomum, afetando 1-5,5% das mulheres com endometriose, e envolve a bexiga em 70-85% dos casos, ureter em 9-23%, rins em 4% e uretra em 2% dos casos, e geralmente estão associados a outros focos de endometriose. Sua prevalência no ureter varia entre 0,01-1,7%, com pico entre 30-35 anos (2).

Endometriose ureteral geralmente é unilateral, a esquerda, podendo ser bilateral em 10-42% dos casos e afeta principalmente a porção distal do ureter (2). As manifestações clínicas não são específicas, pode ser assintomática ou apresentar sintomas como cólica renal e hematúria durante a menstruação, sendo este o sintoma mais sugestivo de envolvimento ureteral e presente em < 17% das pacientes (3). Casos extremos e não diagnosticados por longos períodos podem levar a disfunção renal. São descritos dois tipos patológicos de endometriose: extrínseco (mais frequente) e intrínseco. No padrão extrínseco, a endometriose acomete apenas a túnica adventícia ou os tecidos conectivos, sendo capaz de causar uma compressão ureteral. Já na forma intrínseca, o tecido endometrial infiltra diretamente a camada muscular, submucosa ou mucosa do ureter.

Na maioria dos casos o diagnóstico é feito acidentalmente durante exames de rotina. A ressonância magnética é o padrão ouro. Achados de obstrução ureteral, podem levar a suspeita de neoplasia maligna do trato urinário alto e consequentemente alterar a conduta frente a esta possibilidade, comprovando a importância na realização de biópsia da lesão na confirmação diagnóstica de tumores malignos. O tratamento da endometriose ureteral pode ser realizado com terapias hormonais para controle de sintomas e em casos iniciais. Já o tratamento cirúrgico pode incluir estratégias conservadoras como ureterólise e procedimentos endoscópicos ou procedimentos radicais, como ureterectomia com anastomose primária, ureterocistectomia ou nefroureterectomia. A escolha irá depender da extensão da endometriose ureteral e da função renal (4). Apesar de raro, o diagnóstico e tratamento precoces podem resultar em cirurgias menos invasivas e com preservação renal.

Este artigo tem por objetivo relatar um caso de endometriose ureteral, no qual a suspeita primária foi de neoplasia do trato urinário alto, evidenciando para a comunidade científica a sua suspeição, diagnóstico e tratamento.

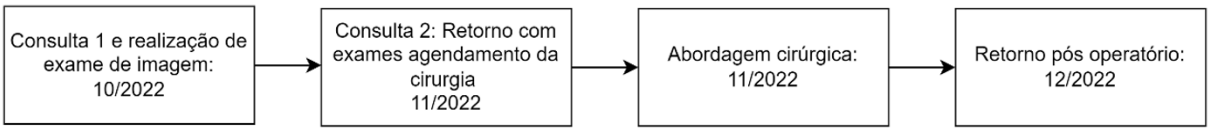
RELATO DO CASO

Informações do paciente: Paciente do sexo feminono, 52 anos, caucasiana, com queixa de infecções urinarias de repetição e hematúria, sem alterações ginecológicas. Ex-tabagista (2 anos/maço, parou há 15 anos), hipertensa e dislipidêmica, sem antecedentes familiares relevantes. Em uso de rosuvastatina e candesartana. Submetida a cirurgia de sling e com 4 gestações com partos normais.

Achados clínicos: Ao exame físico apresentava abdome plano, flácido, sem visceromegalias palpáveis e genitálias sem anormalidades. Paciente não apresentava sintomatologia. Negou hematúria e algia.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

CRONOGRAMA:

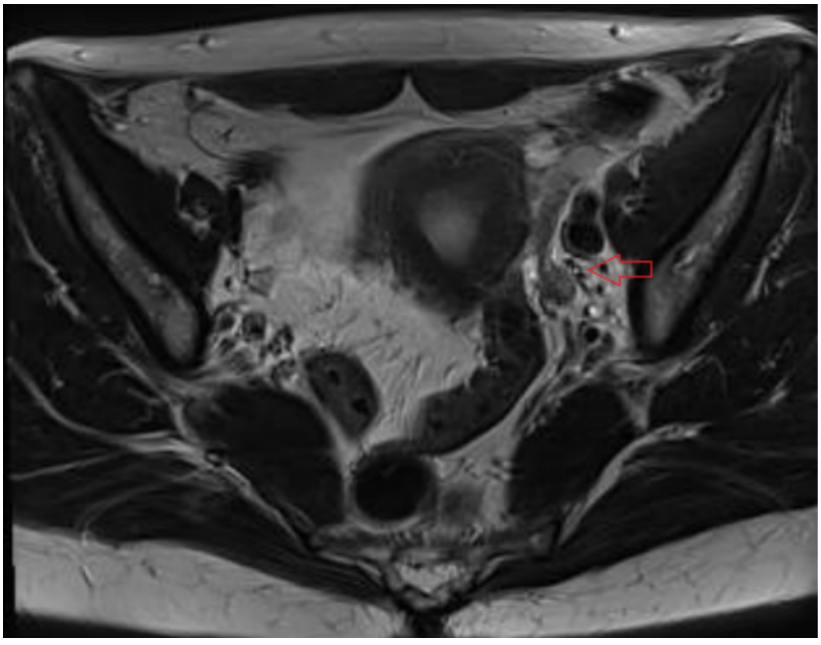


Avaliação diagnóstica: Ecografia de abdome evidenciando hidronefrose à esquerda sem fator obstrutivo identificado. Optado por prosseguir a investigação com ressonância magnética que demonstrou rim esquerdo com contornos lobulados, pequenos cistos corticais, discreta redução na espessura do parênquima e retardo na excreção; moderada/ acentuada ureterohidronedrose à esquerda secundária a presença de lesão sólida com realce pelo contraste no terço distal do ureter esquerdo medindo 21x11 mm, devendo-se considerar a hipótese de neoplasia primária (Fig 1 e Fig 2).

Intervenção terapêutica: Frente a hipótese de neoplasia de ureter e rim com sinais de redução funcional, optado pela realização tratamento cirúrgico com nefroureterectomia radical esquerda robótica. Durante o procedimento presença de intensa fibrose peri-ureteral em uréter distal, restante sem alterações, com procedimiento transcorrendo sem intercorrências.

Acompanhamento e desfechos: Paciente apresentou boa recuperação pós-operatória com alta no dia seguinte à cirurgia. O espécime foi enviado para análise anatomopatológica. Na macroscopia observou-se presença de lesão esbranquiçada e firme, medindo 2,0x1,4 cm nos maiores eixos, localizada no terço distal do ureter, gerando obstrução local. Quando analisado microscopicamente: proliferação estromal e glandular de padrão endometrial afetando de forma transmural a parede ureteral (Figura 3) com sinais de hemorragia recente e antiga. As características histopatológicas são, portanto, con-

Figura 1. Imagem de ressonância magnética demonstrando lesão com realce pelo contraste em ureter distal esquerdo.



© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figura 2. Imagem de ressonância magnética demonstrando rim esquerdo com moderada/ acentuada dilatação pielocalicial, com redução na espessura do parênquimas, secundárias à lesão em ureter distal.

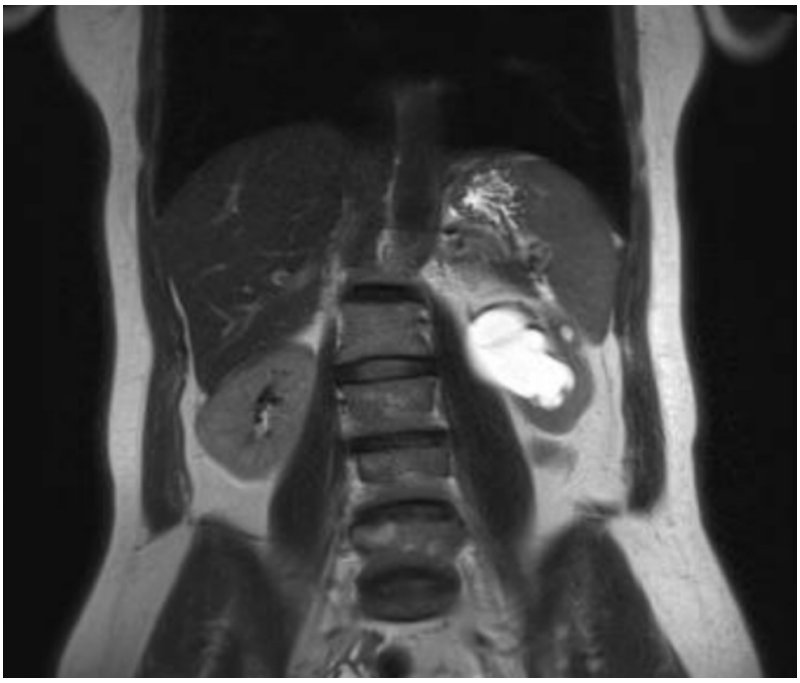
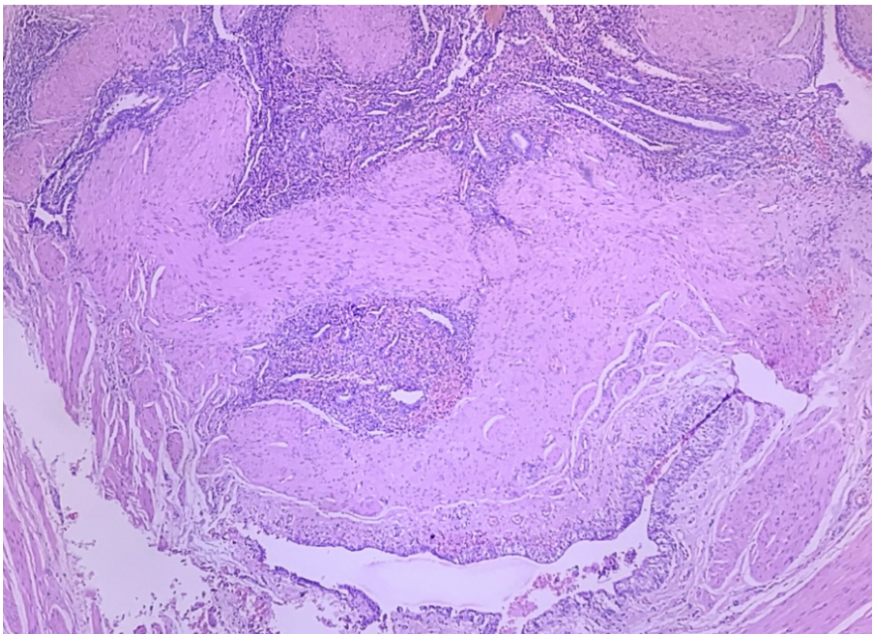


Figura 3. Presença de proliferação estromato-glandular de padrão endometrial em parede de ureter, centrada em camada muscular (Microscopia Óptica, Hematoxilina-Eosina, 40x).



© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

dizentes com diagnóstico de endometriose intrínseca ureteral. Não foram observados sinais de malignidade nas amostras.

Diferentes pesquisas foram realizadas no PubMed usando os termos relacionados a "neoplasias ureterais, endometriose". Os resultados foram então analisados pelos autores visando endometriose ureteral como um possível diagnóstico diferencial às neoplasias ureterais. Este estudo foi realizado de acordo com as diretrizes éticas para estudos clínicos do Ministério da Saúde.

A paciente não foi questionada diretamente, pois todas as informações foram obtidas em laudo médico, resguardando o seu anonimato e garantido o sigilo dos dados coletados

DISCUSSÃO

A endometriose afeta cerca de 6% a 10% de mulheres na idade fértil, e estima-se que no mundo 70 milhões de mulheres apresentam essa doença, sendo a idade média de diagnostico entre os 25-29 anos. As características clínicas variam muito podendo ser sintomática ou assintomática. Os principais sintomas são: dismenorreia, dispareunia, dor pélvica constante, infertilidade e menstruação desregulada. Além de hematúria e hematoquezia, se houver lesões com acometimentos urinário ou entérico (4).

O diagnóstico da endometriose embasa-se na anamnese, exame físico e exames complementares, como ultrassonografia e ressonância nuclear. O padrão ouro para o diagnóstico é a laparoscopia com inspeção direta da cavidade. A ultrassonografia pélvica transvaginal é o primeiro exame de imagem a ser solicitado em pacientes com história e exame físico sugestivos da doença. No acometimento do trato urinário a ressonância magnética torna-se o exame de imagem de escolha.

Atualmente, a avaliação histológica da endometriose ureteral baseia-se no grau de infiltração da parede ao invés de apenas relatarmos a composição do tecido (estromal, glandular). Dessa maneira, é classicamente dividida em dois grupos de acordo com a profundidade de infiltração da parede ureteral pela endometriose: extrínseca, o tipo mais comum (80%), envolvendo a adventícia e a intrínseca, afetando a camada muscular em direção a camada mucosa, como mostrado na Figura 3.

Endometriose uretereral é rara, ocorre em 0.1-1% dos casos de endometriose, com pico de incidência entre 30-35 anos de idade. Nos casos com envolvimento do trato urinário, a frequência do acometimento apenas do ureter representa 9-23%. A endometriose uretral é associada a endometrioma ovariano em 52-68% casos.

Um possível diagnóstico diferencial, principalmente na forma intríseca, são os tumores do trato urinário superior, fato que reforça a importância de um diagnóstico preciso, seja através de exames de imagem ou anatomopatológico através da biópisia, prévio ao tratamento definitivo (5).

Barra et al. (4) em seu artigo discute sobre formas de tratamento para endometriose de ureter. A terapia cirúrgica, depende da extensão da endometriose além da função renal, é recomendada em casos de obstrução uretral e para evitar recorrências. Pode-se incluir as medidas conservadoras como ureterólise laparoscóspica, para casos sem hidronefrose ou medidas mais radicais para endometriose uretral grave, como ureterectomia segmentar, ureteroneocistostomia ou nefroureterectomia.

No presente caso, a paciente foi submetida a uma nefroureterectomia radical esquerda robótica, devido a moderada/ acentuada ureterohidronedrose com redução da função renal à esquerda e devido a hipótese de neoplasia primária. Na análise anatomopatológica foi confirmado o diagnóstico de endometriose intrínseca ureteral sem sinais de malignidade nas amostras.

Em conclusão, este relato de caso mostra que, apesar de rara, a endome-

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

triose de ureter é um possível diagnóstico diferencial de neoplasias do ureter, devendo sempre ser excluída para que terapias menos agressivas possam ser oferecidas como tratamento. Na suspeita de tumores malignos podemos optar por realizar uma biopsia confirmatória (5). No presente caso a paciente já apresentava ccomprometimento da função renal, o que não alteraria a conduta tomada.

PONTOS DE APRENDIZAGEM

Endometriose ureteral sem outras formas de endometriose, apesar de rara, deve ser sempre pensado.

Endometriose como diagnóstico diferencial de neoplasias malignas do ureter

Sempre que possível realizar biópsia da lesão ureteral

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: Pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2014;10(5):261–75.
2. Berlanda N, Vercellini P, Carmignani L, Aimi G, Amicarelli F, Fedele L, et al. Ureteral and Vesical Endometriosis Two Different Clinical Entities Sharing the Same Pathogenesis [Internet]. 2009. Available from: www.obgynsurvey.com
3. Abrao MS, Dias JA, Bellelis P, Podgaec S, Bautzer CR, Gromatsky C. Endometriosis of the ureter and bladder are not associated diseases. Fertil Steril. 2009 May;91(5):1662–7.
4. Barra F, Scala C, Biscaldi E, Vellone VG, Ceccaroni M, Terrone C, et al. Ureteral endometriosis: A systematic review of epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, risk of malignant transformation and fertility. Vol. 24, Human Reproduction Update. Oxford University Press; 2018. p. 710–30.
5. Coleman JA, Clark PE, Bixler BR, Buckley DI, Chang SS, Chou R, et al. Diagnosis and Management of Non-Metastatic Upper Tract Urothelial Carcinoma: AUA/SUO Guideline. Journal of Urology. 2023 Jun 1;209(6):1071–81.

AUTOR CORRESPONDENTE
Dr. Cassiano Machado
Serviço de urologia, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba
Rua Brigadeiro Franco 320, Ap 302, Curitiba-PR
Email: cassiano.machado01@gmail.com

Submissão em:
02/2024

Aceito para publicação em:
01/2025

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.