

ENDOMETRIOSE DO TRATO GENITURINÁRIO: REVISÃO DE LITERATURA

ENDOMETRIOSIS OF THE GENITOURINARY TRACT: A LITERATURE REVIEW

Milton Skaff Junior¹, Deborah Meyer Rosa², Fabio Sandrini³, Rodrigo Batista Rocha², André Cassiani³ e Lucia de Fátima C. Hime⁴

¹ Médico; doutor em Urologia, pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro – Unisa.

² Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro – Unisa.

³ Médico; Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro – Unisa.

⁴ Médica; mestre em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo – USP; docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro – Unisa.

RESUMO

Endometriose é definida como a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, que responde a estímulos hormonais. Um total aproximado de 1% a 2% dos casos atinge o sistema urinário, sendo a bexiga o órgão mais frequentemente afetado, com 84% dos casos. As manifestações clínicas incluem síndrome da dor pélvica cíclica, síndrome uretral aguda, sintomas de cistite e hematúria. O diagnóstico precoce é importante, diminuindo a morbidade da doença, o que reduz despesas com a saúde e melhora a qualidade de vida destas pacientes. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre endometriose no trato geniturinário. Os temas mais abordados sobre a endometriose vesical foram seu diagnóstico e tratamento, encontrados em 48 trabalhos pesquisados. Os autores destes trabalhos encontraram a biópsia como único meio de diagnóstico de certeza. Devido à alta taxa de recidiva com o tratamento hormonal, o tratamento cirúrgico tem sido proposto com grande frequência.

Palavras-chave: endometriose; endometriose vesical; hematúria cíclica.

ABSTRACT

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity, which responds to hormonal stimuli. About 1 to 2% of cases affect the urinary system, the bladder being the most frequent presentation with 84% of cases. Clinical manifestations include cyclic pelvic pain syndrome, acute urethral syndrome, symptoms of cystitis and hematuria. Early diagnosis is important, reducing morbidity, reducing health costs and improving quality of life for these patients. The aim of the study was a literature review of endometriosis in the genitourinary tract. The most recurrent theme on the bladder endometriosis was the diagnosis and treatment, encountered in 48 papers. The authors of these works show the biopsy as the only means of definitive diagnosis. Because of the high rate of recurrence with hormonal treatment, surgery has been proposed with great frequency.

Keywords: endometriosis; bladder endometriosis; cyclic hematuria.

I. INTRODUÇÃO

Endometriose é a presença de tecido endometrial ectópico e/ou estroma funcionalmente ativo fora do local normal na cavidade uterina. Em 1860, Rokitansky foi o primeiro a definir endometriose a partir de autópsias. Em 1927, Sampson definiu a endometriose por achados histológicos, e Judd descreveu o primeiro caso de endometriose vesical em 1921 (LE TOHIC *et al.*, 2009; PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002).

O aumento da frequência de endometriose nos últimos anos provavelmente está relacionado à mudança de hábitos femininos, como aumento da idade da primeira gestação e maior intervalo entre as gestações, promovendo assim um maior tempo de exposição ao estrógeno. A endometriose possui estágios diferentes de evolução, sendo que as formas mínimas e leves podem se agravar com o passar do tempo. A patologia em referência pode provocar sintomas variados durante o ciclo menstrual, o que evidencia o seu caráter hormonodependente (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009).

A suspeita diagnóstica da endometriose é clínica, principalmente em pacientes com antecedentes de cistite de repetição e, também, em mulheres sintomáticas em pós-menopausa realizando terapia de reposição hormonal. Para o diagnóstico definitivo da doença, são essenciais os métodos que possibilitam visualizar as lesões sugestivas da enfermidade e obter amostra tecidual para que a análise histológica confirme a suspeita (GRANESE *et al.*, 2008; MAEDA, UCHIDA & NAKAJIMA, 2009; ABRÃO *et al.*, 2003).

O tratamento clínico com uso de agentes hormonais demonstra muitas recidivas e, por isso, pode ser combinado ou substituído pelo tratamento cirúrgico, baseando-se no quadro clínico e nos exames de imagem. Nos casos de endometriose vesical, o diagnóstico e o tratamento podem ser realizados através de cistoscopia com a realização de biópsia, ou ressecção transuretral da lesão (RTU de bexiga) (LE TOHIC *et al.*, 2009; GRANESE *et al.*, 2008; SCHNEIDER, TOULOUPIDIS & PAPATSORIS, 2006; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003).

O diagnóstico precoce pode diminuir a morbidade da doença. Entretanto, muitas vezes, esta patologia é subdiagnosticada, seja pela dificuldade de acesso aos

meios diagnósticos, seja pelo próprio desconhecimento sobre esta patologia, sendo esta muitas vezes enquadrada como síndrome da dor pélvica crônica. Deve-se ressaltar que o diagnóstico tardio ou o não diagnóstico da referida doença pode elevar as despesas com a saúde e piorar a qualidade de vida destas pacientes. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre trabalhos que abordassem a relação da endometriose com o trato genitourinário.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma revisão da literatura sobre endometriose no trato genitourinário, através de literaturas científicas nacionais e internacionais nos últimos dez anos. Para tanto, utilizaram-se os bancos de dados Lilacs¹, Medline², SciELO³ e PubMed⁴. Foram excluídos trabalhos com mais de dez anos de publicação, relatos de caso sem revisão de literatura e trabalhos relacionados à endometriose fora do trato urinário. Pesquisaram-se 159 trabalhos; destes, 126 eram relacionados apenas ao acometimento vesical. Os temas mais abordados sobre a endometriose vesical foram seu diagnóstico e tratamento, encontrados em 48 trabalhos.

2.1 Etiopatogenia

Várias teorias têm sido propostas para explicar a presença de endométrio ectópico que se prolifera sob a influência do estrógeno, produzindo uma série de lesões, incluindo reações inflamatórias, fibrose e cicatrizes (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006).

A teoria embrionária postula que tecido endometrial ectópico se desenvolve a partir de remanescentes do ducto de Müller. A teoria da metaplastia celômica afirma que células de origem embriológica do mesotélio celômico, ao serem estimuladas por fatores desconhecidos (provavelmente de origem hormonal ou inflamatória), poderiam ser transformadas em células endometriais. A teoria migratória ou metastática supõe que, por meio de embolização linfática ou hematogênica,

¹ Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

² Literatura Internacional em Ciências da Saúde, base de dados da NLM (National Library of Medicine, USA).

³ Scientific Electronic Library On-line.

⁴ Banco de dados em publicações médicas.

ocorre implantação em decorrência da menstruação retrógrada; esta teoria foi proposta por Cullen, em 1897, e avançada por Sampson, sendo demonstrada experimentalmente em animais, no ano de 1922, por Jacobson. Pode haver também invasão por contiguidade ou extensão direta através do interstício da parede uterina. É possível ocorrer ainda durante a histerossalpingografia ou cirurgia pélvica do aparelho reprodutivo, em especial a cesariana, na qual a bexiga é geralmente a única estrutura afetada. Tem sido especulado que, em alguns casos, a menstruação pode ascender através da uretra e implantar-se na bexiga. As teorias mais aceitas pela comunidade científica são a das migrações e a que defende a ocorrência por disseminação hematogênica e/ou linfática (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006).

A atual linha de pensamento reconhece duas formas de patogenicidade da endometriose vesical, resumidas da seguinte forma: (1) espontânea ou primária, que representa apenas um sinal de uma doença mais difundida; (2) *single* ou isolada vesical, ou, ainda, iatrogênica, quando ocorre por sementeira após a cirurgia ginecológica, especialmente depois de cesariana (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; SÁNCHEZ MERINO, GUILLÁN MAQUIEIRA & GARCÍA ALONSO, 2005; WESTNEY, AMUNDSEN & MCGUIRE, 2000).

2.2 Incidência

A endometriose pode se manifestar em qualquer mulher entre a menarca e a menopausa, com maior incidência na segunda e terceira décadas de vida. Endometriose do trato urinário ocorre em 1% a 2% dos casos e pode afetar a bexiga (84%), o ureter (7% a 15%), os rins (4%) e a uretra (2%). Na bexiga, as regiões mais frequentemente acometidas são o trígono e o colo vesical. A endometriose ureteral geralmente envolve o terço inferior do ureter, cerca de 3cm a 4cm acima da junção ureterovesical. De acordo com a literatura pertinente, o lado esquerdo é afetado com maior frequência (65%), enquanto a participação bilateral está presente em, aproximadamente, 20% dos casos (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002; MAEDA, UCHIDA & NAKAJIMA, 2009; SCHNEIDER, TOULOUPIDIS & PAPATSORIS, 2006; WESTNEY, AMUNDSEN & MCGUIRE, 2000).

2.3 Classificação

Diversos autores vêm tentando estabelecer uma classificação universal. O primeiro foi Sampson que, em 1921, propôs a classificação dos hematomas endometriais de acordo com a distribuição de aderências. A *American Fertility Society* propôs uma classificação da endometriose em sistema de escores reunidos em estádios. Em 1992, Koninckx e Martin sugeriram classificar a endometriose em três tipos, de acordo com suas características infiltrativas (ABRÃO *et al.*, 2009).

Como a biópsia confirma o diagnóstico e pode se relacionar com a resposta terapêutica e o prognóstico de cada caso, foi criada uma classificação a partir do ponto de vista histológico, diferenciando as lesões em endometriose estromal e a endometriose glandular, esta última é subclassificada em (1) bem diferenciada; (2) indiferenciada e (3) com diferenciação mista (ABRÃO *et al.*, 2003; ABRÃO *et al.*, 2009).

2.4 Quadro clínico

Lesões pequenas podem não apresentar sintomas e ser diagnosticadas acidentalmente; por outro lado, as grandes lesões na bexiga produzindo efeito de massa são raras. As lesões que afetam o detrusor manifestam sintomas em 75% dos casos, quase sempre mais intensa durante o período pré-menstrual. A condição se manifesta basicamente como uma síndrome uretral aguda, com frequência, tenesmo, sensação de ardor, dor durante a micção, desconforto e dor suprapúbica, podendo estar associada a sintomas de cistite intersticial, urgência urinária, polaciúria e disúria. No entanto, como um terço dos pacientes com endometriose da bexiga permanece assintomático, deve haver elevado índice de suspeita em doentes com sintomas urinários e culturas negativas. A hematúria cíclica é encontrada em cerca de 25% dos casos, enquanto que distúrbios menstruais (dismenorreia, menorragia, metrorragia) foram observados em torno de 50% dos casos (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009; SCHNEIDER, TOULOUPIDIS & PAPATSORIS, 2006; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003; WESTNEY, AMUNDSEN & MCGUIRE, 2000; ABRÃO *et al.*, 2009; DONNEZ *et al.*, 2000; COMITER, 2002).

A endometriose ureteral que está localizada principalmente no segmento distal do ureter e apresenta sintomas vagos, podendo ocorrer hematúria ou obstrução ureteral cíclica (CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO

& MICHELENA-BARCENA, 2006; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002). Independentemente da localização da lesão, quanto mais precoce o diagnóstico, menor será a agressividade cirúrgica, proporcionando, muitas vezes, cirurgias conservadoras, fator este de grande importância, principalmente para o acometimento ureteral.

2.5 Diagnóstico

O aumento no soro de CA-125, por não ser específico, é mais usado como controle para a terapia hormonal (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003; BOLOGNA & WHITMORE, 2001).

A tomografia computadorizada e, principalmente, a ressonância magnética podem delimitar mais precisamente a área afetada e a profundidade da lesão na parede da bexiga e servir como um estudo explorador. O achado mais comum é vegetação endoluminal na parede vesical. A urografia excretora pode revelar falha de enchimento vesical ou hidronefrose se houver comprometimento ureteral. A urografia venosa é considerada fundamental, por alguns estudos, para a avaliação da endometriose de rins e ureteres (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009; VESGA MOLINA *et al.*, 2000). A importância de uma boa avaliação pré-operatória é direcionar o cirurgião ao tipo de procedimento a ser adotado: uma abordagem cirúrgica mais conservadora, como a RTU de bexiga, pode ser utilizada em lesões menores que não atinjam planos profundos da bexiga; caso contrário, deve-se optar pela cistectomia parcial como primeira linha de tratamento.

Segundo a maioria dos autores, o método de escolha para diagnóstico da endometriose vesical é a cistoscopia com biópsia. Na cistoscopia, os achados são lesões com halo edematoso, bolhas ou cistos azulados, que aumentam de tamanho e pigmentação durante a menstruação. Dessa forma, pode haver necessidade de várias cistoscopias em diferentes fases do ciclo menstrual para um diagnóstico mais preciso (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003).

A biópsia deve ser realizada em todos os casos onde há suspeita de endometriose. Muitas vezes, é

necessária a realização de RTU de bexiga caso não seja possível ressecar a lesão, em sua totalidade, somente com a biópsia. No aspecto histológico, a princípio, identificam-se glândulas e/ou estroma endometrial aderido à parede vesical que, num estágio inicial, pode estar confinada à serosa e, se não for tratada, progredirá para a camada muscular, submucosa e mucosa. A lesão endometrial pode ser desde única até múltipla, em forma de placas até massas císticas grandes. Na inspeção, nota-se superfície irregular com fluido enegrecido, proveniente dos cistos que estão, na maioria das vezes, na superfície externa da lesão. Na histologia, encontra-se tecido endometrial infiltrado entre fibras musculares lisas da bexiga. As glândulas podem estar preenchidas por sangue ou material necrótico. A dependência hormonal do tecido endometrial pode ser confirmada histologicamente com técnicas de imuno-histoquímica, usando-se anticorpo para estrogênio e progesterona (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003).

Como os sintomas urinários podem ser similares àqueles de cistite de repetição, cistite intersticial, carcinoma *in situ* ou tuberculose, esses processos devem ser incluídos no diagnóstico diferencial. Quando a lesão vesical for identificada o diagnóstico diferencial deverá incluir varizes, angiomas, papilomas, miomas, amiloidose vesical, cistite glandular, adenoma nefrogênico, inflamação ou úlcera vesical localizada e tumores. Devido à relação com o aumento estrogênios circulantes pela produção dos ovários ou glândulas adrenais, os tumores destes órgãos devem ser descartados (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003; BOLOGNA & WHITMORE, 2001).

2.6 Relação com câncer

Apesar da constante evolução do quadro, a endometriose apresenta-se como uma doença benigna. Ainda que pouco frequente, lesões extraovarianas encontradas no septo retovaginal, cólon, bexiga, vagina e peritônio da região pélvica também já foram associadas a neoplasias malignas. A endometriose possui, de fato, algumas características tipicamente neoplásicas, como a capacidade de invasão do estroma adjacente e a associação com lesões à distância. Pode ainda aderir a outros tecidos, invadi-los ou distorcê-los,

embora geralmente não origine estados metabólicos consumptivos (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; ABRÃO *et al.*, 2009; DONNEZ *et al.*, 2000; ABRÃO *et al.*, 2006).

2.7 TRATAMENTO

A escolha da terapêutica para endometriose vesical é de responsabilidade tanto do urologista quanto do ginecologista, e deve ser baseada em algumas condições, como idade da paciente, desejo de gestações, extensão da lesão vesical, importância dos sintomas vesicais, presença de patologia pélvica e gravidade das alterações menstruais (TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; SÁNCHEZ MERINO, GUILLÁN MAQUIEIRA & GARCÍA ALONSO, 2005).

A terapia hormonal com progestágenos locais, ou DIU com Levonorgestrel, além de possuir muitos efeitos adversos, gera muitas recidivas. Os análogos de GnRh⁵ em uso contínuo pode induzir uma clínica de pós-menopausa com estado anovulatório, hipogonadismo hipogonadotrófico com concentrações de níveis séricos de estrogênio menores, fazendo com que o tecido endometrial regrida (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; BOLOGNA & WHITMORE, 2001; VERCELLINI *et al.*, 2004; FEDELE *et al.*, 2008; MARTÍN-MARTÍNEZ *et al.*, 2003).

Através da RTU de bexiga, é possível realizar biópsia para confirmar o diagnóstico e, junto ao bloqueio hormonal com análogos de GnRh, obter bons resultados, chegando ao desaparecimento dos sintomas clínicos na maioria dos pacientes, apesar de uma possibilidade de recorrência de 25% a 35%. Uma opção de tratamento é a utilização do Neodymium Yag-laser para lesões recorrentes ou persistentes. Este método, apesar de apresentar baixa morbidade, impossibilita a coleta de material para anatomopatológico (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003; FEDELE *et al.*, 2005).

Fedele *et al.* demonstraram que, quando a ressecção incluiu tanto a lesão vesical quanto uma porção de 0,5-1,0cm de profundidade do urotélio adjacente, a recorrência foi significativamente menos frequente se comparada com a remoção somente da lesão da bexiga. O estudo concluiu que a ressecção cirúrgica conser-

vadora parece ser eficaz na garantia de alívio de longo prazo para os casos de endometriose da cúpula vesical, enquanto que as taxas de sucesso para as lesões mais profundas, que envolvem a base vesical e o septo vesicouterino, são mais baixos. Dependendo do grau de ressecção cirúrgica, estes autores propuseram laparoscopia para lesões em cúpula vesical e laparotomia para lesões que envolvem a base vesical (FEDELE *et al.*, 2008 e 2005). Em 1993 e 1994, Chapron, Nehzat e colaboradores publicaram os primeiros casos tratados com sucesso através de laparoscopia. Além de permitir bons resultados em longo prazo, trata-se de uma abordagem menos invasiva. Os índices de recidivas foram praticamente nulos, e os poucos casos que seguiram com algum sintoma relataram melhora de qualidade de vida (LE TOHIC *et al.*, 2009; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009; GRANESE *et al.*, 2008; SCHNEIDER, TOULOUPOIDIS & PAPATSORIS, 2006).

O tratamento cirúrgico da endometriose ureteral é um processo complexo que envolve ureterectomia com uretro-uretero anastomose ou ureteroneocistostomia. A via de acesso depende da experiência do cirurgião, da localização, da extensão e do grau de infiltração das lesões. A excisão das lesões deve ser guiada visualmente, preservando-se o tecido sadio adjacente ao nódulo endometriótico (ABRÃO *et al.*, 2009).

Medidas agressivas não devem ser tomadas para a endometriose de bexiga diagnosticada em mulheres que se aproximam da menopausa, porque geralmente as lesões regridem espontaneamente quando a menopausa ocorre, uma vez que o tecido endometrial é dependente de estrógeno para o crescimento (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; MAEDA, UCHIDA & NAKAJIMA, 2009). Desta forma, pode ocorrer estabilização ou até mesmo regressão do quadro clínico.

3. DISCUSSÃO

Embora existam poucos casos relatados em território brasileiro, a endometriose, quando localizada no trato urinário, é mais frequente na bexiga, apresentando uma prevalência de 84%, seguido de ureter 7% a 15%, sendo o lado esquerdo afetado com maior frequência (65%), enquanto a participação bilateral está presente em aproximadamente 20% dos casos. Outros locais acometidos no trato urinário são rins (4%) e uretra (2%). Vale a pena ressaltar que as regiões mais frequentemente acometidas da bexiga são

⁵ Hormônio liberador de gonadotrofina.

o trígono e o colo vesical (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002; MAEDA, UCHIDA & NAKAJIMA, 2009; SCHNEIDER, TOULOUPIDIS & PAPATSORIS, 2006; WESTNEY, AMUNDSEN & MCGUIRE, 2000).

As lesões que afetam o detrusor manifestam sintomas em 75% dos casos, quase sempre mais intensos durante o período pré-menstrual. Os sintomas são semelhantes a uma síndrome uretral aguda, com frequência de tenesmo, sensação de ardor, dor durante a micção, desconforto e dor suprapúbica, urgência urinária, polaciúria e disúria. A hematúria cíclica é encontrada em cerca de 25% dos casos. No entanto, um terço dos pacientes com endometriose da bexiga permanece assintomático (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; SZOPIŃSKI *et al.*, 2009; SCHNEIDER, TOULOUPIDIS & PAPATSORIS, 2006; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003; WESTNEY, AMUNDSEN & MCGUIRE, 2000; ABRÃO *et al.*, 2009; DONNEZ *et al.*, 2000; COMITER, 2002).

A endometriose ureteral que está localizada principalmente no segmento distal ureter apresenta sintomas vagos, podendo ocorrer hematúria ou obstrução ureteral cíclica. O tratamento da endometriose ureteral muitas vezes é complexo, necessitando realização de ureterectomia com reconstrução do trânsito urinário (CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002).

A investigação deve ser realizada em mulheres em idade fértil com manifestações clínicas cíclicas de dor pélvica cíclica, alterações urinárias e cistite de repetição. Para definição diagnóstica, exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, podem ajudar a definir localização e tamanho das lesões; já a urografia excretora tem seu espaço nos casos de

lesões de ureter e pelve renal, onde se poderá notar uma distorção da anatomia destes órgãos. A cistoscopia ou ureteroscopia com biópsia são os melhores exames na identificação desta patologia, sendo muitas vezes realizado o tratamento através da ressecção transuretral das lesões no momento do diagnóstico, sendo que este tratamento deve ser associado a um bloqueio hormonal para uma melhor resposta ao tratamento. A laparoscopia realizada em mãos experientes apresenta bons resultados (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; TOBIAS-MACHADO *et al.*, 2001; LLARENA IBARGUREN *et al.*, 2002; CÁNOVAS-IVORRA, CASTILLO-GIMENO & MICHELENA-BARCENA, 2006; CASASOLA CHAMORRO *et al.*, 2003; SÁNCHEZ MERINO, GUILLÁN MAQUIEIRA & GARCÍA ALONSO, 2005; FEDELE *et al.*, 2005); entretanto, cada medida terapêutica deve ser avaliada de acordo com a idade do paciente, o desejo de futuras gestações, a gravidade dos sintomas, o local afetado e a possibilidade de outros órgãos estarem envolvidos. Por depender de estrogênio, o tecido endometrial pode regredir na menopausa e, sendo assim, medidas agressivas devem ser evitadas perto dessa fase da vida (PASTOR-NAVARRO, GIMÉNEZ-BACHS & DONATE-MORENO, 2007; MAEDA, UCHIDA & NAKAJIMA, 2009).

4. CONCLUSÃO

A ressecção transuretral da lesão junto ao bloqueio hormonal com análogos de GnRh proporciona bons resultados e desaparecimento dos sintomas clínicos na maioria dos pacientes.

O conhecimento adequado sobre endometriose no trato geniturinário, com consequente diagnóstico precoce, permite uma redução dos custos ao sistema de saúde, diminui a morbidade inerente ao desenvolvimento da doença e proporciona uma melhor qualidade de vida a estes pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Maurício S.; BASSI, Marco Antônio; PODGAEC, Sergio; DIAS JÚNIOR, João Antônio; SOBRADO, Carlos Walter & D'AMICO FILHO, Nicolau. Endometriose intestinal: uma doença benigna? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 5, p. 611-616, São Paulo, setembro/outubro, 2009.
- ABRÃO, Maurício S.; NEME, Rosa Maria; CARVALHO, Filomena M.; ALDRIGHI, José M. & PINOTTI, José Aristodemo. Histological classification of endometriosis as a predictor of response treatment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 82, n. 1, p. 31-40, July, 2003.
- ABRÃO, Maurício S.; PODGAEC, Sergio; DIAS JÚNIOR, João Antônio; AVERBACH, Marcelo; GARRY, Ray; FERRAZ SILVA, Luiz Fernando & CARVALHO, Filomena M. Deeply infiltrating endometriosis affecting the rectum and lymph nodes. *Fertility and Sterility*, v. 86, n. 3, p. 543-547, September, 2006.
- BOLOGNA, Raymond A. & WHITMORE, Kristene E. La endometriosis genitourinaria. In: BALL JR., Thomas P.(ed.). *AUA update series*. Vol. 1. Barcelona: Medical Trends, S.L., 2001. p. 21-29.
- CÁNOVAS-IVORRA, José Antonio; CASTILLO-GIMENO, José María & MICHELENA-BARCENA, Jesús. Bladder endometriosis. Case report and review of the literature. *Archivos Españoles de Urología*, v. 59, n. 3, p. 290-292, Madrid, abril, 2006.
- CASASOLA CHAMORRO, Javier; GUTIÉRREZ GARCÍA-A, Sonia; FERNÁNDEZ ROJO, F.; GUERREIRO-GONZÁLEZ, Rafael; DE BLAS GÓMEZ, Víctor & GALLO ROLANÍA, Francisco Javier. Bladder endometriosis. Diagnostic and treatment. *Actas Urológicas Españolas*, v. 27, n. 5, p. 394-396, May, 2003.
- COMITER, Craig V. Endometriosis de la vía urinaria. Urología femenina. *Clínicas Urológicas de Norteamérica*, n. 3, p. 635-645, Barcelona, 2002.
- DONNEZ, Jacques; SPADA, Francesca; SQUIFFLET, Jean & NISOLLE, Michelle. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertility and Sterility*, v. 74, n. 6, p. 1.175-1.181, December, 2000.
- FEDELE, Luigi; BIANCHI, Stefano; MONTEFUSCO, Sarah; FRONTINO, Giada & CARMIGNANI, Luca. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a continuous oral contraceptive pill in the treatment of bladder endometriosis. *Fertility and Sterility*, v. 90, n. 1, p. 183-184, July, 2008.
- FEDELE, Luigi; BIANCHI, Stefano; ZANCONATO, Giovanni; BERGAMINI, Valentino; BERLANDA, Nicola & CARMIGNANI, Luca. Long-term follow-up after conservative surgery for bladder endometriosis. *Fertility and Sterility*, v. 83, n. 6, p. 1.729-1.733, June, 2005.
- GRANESE, Roberta; CANDIANI, Massimo; PERINO, Antonino; VENEZIA, Renato & CUCINELLA, Gaspare. Bladder endometriosis: laparoscopic treatment and follow-up. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 140, n. 1, p. 114-117, September, 2008.
- LE TOHIC, Arnaud; CHIS, Carmen; YAZBECK, Chadi; KOSKAS, Martin; MADELENAT, Patrick & PANEL, Pierre. Endométriose vésical: diagnostic et traitement. À propos d'une série de 24 patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, v. 37, n. 3, p. 216-221, Paris, mars, 2009.
- LLARENA IBARGUREN, Roberto; LECUMBERRI CASTAÑOS, David; PADILLA NIEVA, Jesús; CRESPO ATIN, Victor; MARTIN BAZACO, Jesús; AZURMENDI SASTRE, Victor & PERTUSA PEÑA, Carlos. Endometrioma urinario. *Archivos Españoles de Urología*, v. 55, n. 10, p. 1.209-1.215, Madrid, diciembre, 2002.
- MAEDA, Takahiro; UCHIDA, Yasumitsu & NAKAJIMA, Fumio. Vesical endometriosis following the menopause. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, v. 20, n. 12, p. 1.515-1.517, December, 2009.
- MARTÍN-MARTÍNEZ, Alicia; PLASENCIA-ACEVEDO, Walter M.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, Raquel; MEDINA-RAMOS, Norberto & GARCÍA-HERNANDEZ, José Angel. Tratamiento laparoscópico de la endometriosis vesical. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, v. 46, n. 9, p. 403-406, Madrid, 2003.
- PASTOR-NAVARRO, Héctor; GIMÉNEZ-BACHS, José M. & DONATE-MORENO, María J. Update on the diagnosis and treatment of bladder endometriosis. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, v. 18, n. 8, p. 949-954, August, 2007.
- SÁNCHEZ MERINO, José María; GUILLÁN MAQUIEIRA, Cristina & GARCÍA ALONSO, Jesús. Tratamiento de la endometriosis vesical. Revision de la literatura española. *Archivos Españoles de Urología*, v. 58, n. 3, p. 189-194, Madrid, abril, 2005.
- SCHNEIDER, Andreas; TOULOUPIDIS, Stravos & PAPATSORIS, Athanasios G. Endometriosis of the urinary tract in

REFERÊNCIAS

- women of reproductive age. *International Journal of Urology*, v. 13, n. 7, p. 902-904, Tokyo, July, 2006.
- SZOPIŃSKI, Tomasz R.; SUDOL-SZOPIŃSKA, Iwona; DZIK, Tomasz & BORÓWKA, Andrzej. Ectopic decidual reaction in the urinary bladder presenting as a vesical tumor. *Urology*, v. 74, n. 6, p. 1.232-1.233, December, 2009.
- TOBIAS-MACHADO, Marcos; DI GIUSEPPE, R.; BARBOSA, Caio P.; BORRELLI, Milton & WROCLAWSKI, Eric Roger. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 1, p. 37-40, São Paulo, janeiro/março, 2001.
- VERCELLINI, Paolo; FRONTINO, Giada; PIETROPAOLO, Giuliana; GATTEI, Umberto; DAGUATI, Raffaella & CROSIGNANI, Pier Giorgio. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, v. 11, n. 2, p. 153-161, May, 2004.
- VESGA MOLINA, Félix; SERRANO BARTOLOMÉ, Juan Mamuel; GUTIÉRREZ MINGUEZ, Emilio; TELLO ROYLOA, Alberto; ECHEVARRIA ITURBE, Celina & MARCOS DIAZ, José. Endo-metriosis ureteral. *Archivos Españoles de Urología*, v. 53, n. 5, p. 470-472, Madrid, junio, 2000.
- WESTNEY, O. Lenaine; AMUNDSEN, Cindy L. & MCGUIRE, Edward J. Bladder endometriosis: conservative management. *Journal of Urology*, v. 163, n. 6, p. 1.814-1.817, June, 2000.