

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

AMANDA ROBERTA BARBOSA JULIASSE DA SILVA

ISABELA CARDOSO BORGES

ISABELLA MOLICA PEREIRA DE BARROS

ENDOMETRIOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

AMANDA ROBERTA BARBOSA JULIASSE DA SILVA

ISABELA CARDOSO BORGES

ISABELLA MOLICA PEREIRA DE BARROS

ENDOMETRIOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA: RELATO DE
CASO

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professor Bruno Eduardo Morais Nunes

Duque de Caxias

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO- NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

S586e Silva, Amanda Roberta Barbosa Juliasse da.

Endometriose cutânea primária: relato de caso/ Amanda Roberta Barbosa Juliasse da Silva, Isabela Cardoso Borges, Isabella Molica Pereira de Barros.– Duque de Caxias, 2021.
29f. : il.;30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2021.
“Orientador: Prof.Bruno Eduardo Morais Nunes”.
Referências: f.26-27.

1. Medicina. 2.Ginecologia. 3. Endometriose. 4. Histerectomia. I.Borges, Isabela Cardoso. II. Barros, Isabella Molica Pereira de. III. Nunes, Bruno Eduardo Morais. IV. Universidade do Grande Rio “Prof.José de Souza Herdy”.V.Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

AMANDA ROBERTA BARBOSA JULIASSE DA SILVA

ISABELA CARDOSO BORGES

ISABELLA MOLICA PEREIRA DE BARROS

ENDOMETRIOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Duque de Caxias

2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus, pois sem Ele não teríamos forças para concluir este projeto de forma satisfatória. Aos nossos pais, que mesmo durante os momentos mais difíceis, foram perseverantes em nossa trajetória e nunca desistiram de nós.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela nossa vida, e por nos dar saúde e determinação para realização desse trabalho.

Aos nossos familiares, por todo apoio e ajuda, os quais muito contribuíram nessa jornada.

Aos professores, e em especial ao professor orientador Bruno Nunes, que nos auxiliou tanto na parte emocional como na construção da base do conhecimento desse TCC.

E por último, mas não menos importante, aos nossos companheiros de trajetória, que juntos, tiramos forças para concluir com excelência mais um projeto para o nosso desenvolvimento.

EPÍGRAFE

*A maior recompensa para o trabalho do homem não é o
que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.*

John Ruskin

RESUMO

Introdução: Endometriose é a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina e, em geral, acomete os órgãos pélvicos. Apresentações extrapélvicas são relatadas na literatura. A endometriose umbilical é rara, podendo ser primária que surge de forma espontânea ou secundária que surge após procedimentos cirúrgicos. **Objetivos:** objetivo deste trabalho salientar as características essenciais para o diagnóstico da endometriose cutânea primária pelos médicos, facilitando o reconhecimento do quadro clínico e acelerando a instituição de um plano de tratamento adequado, através de uma revisão bibliográfica dos casos ocorridos nos últimos 20 anos e apresentação de um caso clínico clássico. **Métodos:** foi realizado um relato de caso com referencial teórico baseado em uma breve revisão de literatura obtida através da seleção de estudos científicos publicados no período entre os anos 2000 e 2020, em bases de dados científicos. **Relato de Caso:** É relatado o caso de paciente do sexo feminino com lesão de endometriose cutânea primária na região umbilical, confirmada por exame histopatológico. O tratamento proposto foi a exérese ampla da lesão com histerectomia, que foi recusado pela paciente. Diante da recusa, optou-se por um tratamento expectante. É de fundamental importância que um diagnóstico diferencial deva ser considerado na presença de tumores umbilicais nas mulheres em idade reprodutiva. **Conclusão:** A endometriose umbilical é uma doença pouco frequente e deve ser incluída no diagnóstico diferencial de mulheres como nódulo umbilical. O tratamento de eleição é a exérese total da lesão.

Palavras-chave: Endometriose; Parede abdominal; Umbigo.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity that usually affects pelvic organs. Extrapelvic presentations are reported in the literature. Umbilical endometriosis is rare and can be primary when it appears spontaneously or secondary when it appears after surgical procedures. **Objectives:** The aim of this study is to highlight the essential characteristics for the diagnosis of primary cutaneous endometriosis, facilitating the recognition of the clinical picture and accelerating the establishment of an adequate treatment plan, through the review of cases that occurred in the last 20 years and the presentation of a case clinical. **Methods:** a case report was carried out with a theoretical framework based on a brief literature review obtained through the selection of scientific studies published from 2000 to 2020, in scientific databases. **Case Report:** female patient with primary cutaneous endometriosis lesion in the umbilical region, confirmed by histopathological examination. The proposed treatment was extensive excision of the lesion, which was refused by the patient. Faced with the refusal, we opted for an expectant treatment. It is of fundamental importance that a differential diagnosis should be considered in the presence of umbilical tumors in women of reproductive age. **Conclusion:** Umbilical endometriosis is an uncommon disease and should be included in the differential diagnosis of women as an umbilical nodule. The treatment of choice is complete excision of the lesion.

Keywords: Endometriosis; Abdominal wall; Belly button.

LISTA DE ABREVIATURAS E\OU SIGLAS

AVE – Acidente vascular encefálico

bpm – batimentos por minuto

DIU – Dispositivo intrauterino

FC - Frequência cardíaca

FSH - Hormônio folículo estimulante

IMC - Índice de massa corporal

LH - Hormônio luteinizante

mm - milímetros

MmHg - milímetros de mercúrio

NK – Natural Killer

PA - Pressão arterial

RNM - Ressonância nuclear magnética

TSH - Hormônio tireoestimulante

T4L - T4 livre

USG - Ultrassonografia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nódulo cutâneo em região umbilical	19
Figura 2. Nódulo cutâneo à dermatoscopia	19
Figura 3a. Presença de glândula endometrial, epitélio e estroma adjacente típico de endometriose	23
Figura 3b. Observa epitélio colunar pseudoestratificado com secreção ativa semelhante à das glândulas apócrinas, à direita observa-se extravazamento de eritrócitos	23
Figura 4a. Excisão circular do endometrioma com margem cirúrgica	23
Figura 4b. Exérese em bloco da lesão e cordão umbilical	23
Figura 4c. Visualização da aponeurose subjacente	23
Figura 4d. Síntese da derme na aponeurose com pequena área cruenta central	23

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo 2 - Termo de autorização de uso de imagens e depoimentos.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	13
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	14
3 – OBJETIVOS	16
4 – MATEIRAL E MÉTODOS	17
5 – RELATO DE CASO	18
6 – DISCUSSÃO	21
7 – CONCLUSÃO	25
8 – REFERÊNCIAS	26
9 – ANEXOS	28

1. INTRODUÇÃO

A endometriose é caracterizada pelo implante ectópico de glândulas e estroma endometrial, normalmente funcionante e sensível a hormônio. Constitui uma doença relativamente comum, crônica e benigna, que afeta geralmente os órgãos pélvicos, sendo os ovários o foco mais frequente. Aproximadamente de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, porém pode ocorrer também em mulheres na menarca e menopausa.¹⁻⁷

Em cerca de 12% das mulheres, pode ocorrer envolvimento extrapélvico da endometriose. A incidência de endometriose umbilical é ainda menor, em torno de 0,5 a 1% do total de casos.⁷ A endometriose cutânea pode apresentar-se na forma primária, metastática ou secundária (iatrogênica). As pacientes com endometriose primária devem ser rastreadas quanto a possibilidade de transformação maligna destas lesões. Embora seja rara, pode mimetizar outras lesões dermatológicas como quelóides ou até mesmo metástases, que tornam o diagnóstico extremamente complexo e atrasado, levando a uma morbidade para a paciente e consequente perda da qualidade de vida.

Diante de uma queixa clínica de dor abdominal intensa, nódulo palpável sangrante ou não próximo a região de cicatriz abdominal, que pioram no período da menstruação, o médico deve ser atento para colher uma anamnese ginecológica detalhada, com histórico de cirurgias ou traumas, que podem sugerir a endometriose primária cutânea como diagnóstico principal.

Além de uma boa anamnese e exame físico, exames de imagem podem e devem ser utilizados para melhor delimitação e diferenciação das lesões. Porém, para um diagnóstico definitivo, uma biópsia da lesão deve ser realizada. Diante da confirmação diagnóstica de endometriose cutânea primária, o tratamento pode ser terapia hormonal e excisão cirúrgica com uma margem de segurança para evitar remissão.¹⁻⁸

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A endometriose pode ser definida pela presença de tecido endometrial não neoplásico, fora do endométrio, causando dor abdominal profunda, dispareunia e dismenorréia, acometendo cerca de 10-15% das mulheres em idade fértil. Ainda não há uma etiologia definitiva, e o que existem são hipóteses de como as lesões se desenvolvem. Possivelmente o mecanismo está apoiado na menstruação retrógrada, que constitui uma característica do ciclo menstrual quando há uma saída do revestimento endometrial através da parede das trompas de falópio para o espaço pélvico. Este fluxo retrógrado, associado à circulação hematogênica ou linfática, pode resultar na disseminação e implantação de tecido endometrial em locais ectópicos. Entretanto, a menstruação retrógrada é comum, enquanto a endometriose é menos comum. Sendo assim, outros fatores, como o meio hormonal, inflamatório ou imunológico podem determinar se as lesões serão implantadas na cavidade pélvica. A endometriose ectópica pode ser encontrada em inúmeros tipos de tecidos, porém com mais afinidade pelos órgãos pélvicos, como ovários, parede pélvica, ligamentos uterinos e trompas.¹⁻⁶

A endometriose cutânea primária, foi descrita pela primeira vez por Villar em 1886, sendo chamada de "nódulo umbilical de Villar". A endometriose umbilical ocorre substancialmente em decorrência de cicatrizes cirúrgicas, comumente laparoscópicas. Uma lesão endometriótica umbilical sem história cirúrgica é uma condição rara. Constitui uma forma de endometriose com patogênese desconhecida até o momento, presente em mulheres na faixa etária reprodutiva, comumente associada a dores cíclicas menstruais e presença de uma pápula ou nódulo subcutâneo que podem estar inchados ou até sangrarem durante a menstruação. Já a endometriose secundária ocorre essencialmente em cicatrizes cirúrgicas abdominais, sendo correlacionada com a implantação iatrogênica de células de endometriose durante as cirurgias laparoscópicas. Dentre as endometrioses cutâneas, a primária umbilical ainda é considerada a menos comum. Em um intervalo de 16 anos, apenas 29 estudos de endometriose umbilical primária foram publicados, demonstrando que a média de idade de acometimento entre as mulheres é de aproximadamente 35 anos. Embora seja uma condição rara, aparentemente os casos estão aumentando, possivelmente por melhora do processo diagnóstico.^{1,2,4,5}

A patogênese da endometriose cutânea secundária é mais esclarecida como uma implantação de células endometriais na cicatriz de uma ferida cirúrgica laparoscópica. No

entanto, a patogênese da endometriose cutânea primária permanece incompreendida, com algumas teorias como uma implantação das células endometriais por disseminação via hematológica ou linfática, e a endometriose cutânea primária no umbigo com implantação das células de forma parecida com a secundária, pois considera a cicatriz fisiológica no umbigo. Uma terceira hipótese baseia-se na origem da endometriose cutânea primária e secundária como resultado de células mesenquimais pluripotentes primitivas submetidas a tratamento especializado, e diferenciação e metaplasia em tecido endometrial.^{2,4,5}

O diagnóstico diferencial envolve principalmente quelóides, metástases de carcinoma visceral (nódulos Irmã Mary Joseph), melanomas, dermatofibromas, dermatofibrossarcoma protuberans, quando não houver queixa de dor relacionada à menstruação. A história patológica pregressa, com informações de cirurgias ou traumas, é de fundamental importância para este diagnóstico, bem como a correlação dos sintomas com o período menstrual. Após anamnese detalhada e exame físico, para associar com a queixa ginecológica, podem ser solicitados exames complementares como ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas ou ultrassonografias, porém, o diagnóstico só poderá ser confirmado através da análise de material histopatológico. O diagnóstico pode ser realizado também por exclusão após prova terapêutica com injeção de corticosteróide dentro da lesão, pois geralmente a endometriose cutânea não responde a esta abordagem. O tratamento hormonal (agonistas de hormônio liberador de gonadotrofina, anticoncepcional oral e Danazol), que previne a proliferação cíclica do tecido endometrial, pode ser instituído anteriormente ao processo cirúrgico excisional para redução do tamanho da lesão e minimizar os sintomas. Porém, a terapia hormonal apresenta maior chance de recidiva. Atualmente, a excisão cirúrgica é considerada o tratamento definitivo, padrão ouro, para a endometriose cutânea primária. O prognóstico do tratamento geralmente é favorável.¹⁻⁵

A endometriose é um quadro clínico com contexto complexo e é importante que os médicos conheçam as principais características da endometriose primária para que o diagnóstico seja realizado de forma precoce e minimize a convalescência decorrente de tal condição.

3 – OBJETIVOS

3.1 GERAL

Salientar as características essenciais para o diagnóstico da endometriose cutânea primária pelos médicos, facilitando o reconhecimento do quadro clínico e acelerando a instituição um plano de tratamento adequado.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar se existe associação entre a presença de endometriose e o desenvolvimento de endometriose cutânea primária;
- Analisar as principais características clínicas da endometriose cutânea primária relevantes para o diagnóstico e seu impacto na qualidade de vida das pacientes.

4 – MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso trata de uma paciente sem comorbidades, com diagnóstico de Endometriose cutânea primária, assistida e acompanhada nos ambulatórios de Dermatologia e ginecologia da Policlínica PDC Saúde em Duque de Caxias, por meio de anamnese, exame clínico e histopatológico. A paciente concedeu autorização através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o uso de seus dados para o relato do caso clínico (Anexo 1). Além disso, uma breve revisão de literatura foi realizada através da seleção de estudos científicos publicados no período entre os anos 2000 e 2020, identificados nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Medline, Scielo e Pubmed. Os descritores utilizados para a busca foram: "Cutaneous endometriosis", "Endometriosis of umbilicus", "Primary cutaneous endometriosis", "Umbilical endometriosis". Foram incluídos na análise os artigos de revisão e estudos clínicos sobre endometriose cutânea primária. A paciente concedeu autorização através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) e o Termo de autorização de uso de imagens e depoimentos para divulgação do relato do caso clínico (Anexo 2).

5 – RELATO DE CASO

Paciente B.C.F.V., sexo feminino, 39 anos, casada, do lar, natural do Rio de Janeiro, é atendida na Policlínica Duque de Caxias com queixa de ansiedade e muito calor matinal em região peitoral e de ombros bilateralmente, seguido de sudorese há um ano, acompanhados de aumento de apetite e do peso (5kg – SIC). Referiu hiperhidrose em região axilar mesmo em temperaturas amenas, com melhora à ingesta de chá de amora, do qual faz uso diário. Associou tal quadro ao período menstrual, sendo mais intenso no período pré-menstrual. Relatou também, edema em membros inferiores em dias quentes há 15 anos, com melhora nos meses de inverno e quando os eleva. No momento da consulta, relatou estar com conjuntivite. Na história patológica pregressa negou hipertensão, diabetes ou dislipidemia, bem como alergias medicamentosas e alimentares. Apresentava histórico de varicela, sarampo e parotidite infecciosa na infância. Referiu a realização de uma cirurgia cesárea há 12 anos. Fez uso de anticoncepcional oral (Triquilar^R) por 3 anos. Negou traumas ou transfusões sanguíneas. Calendário vacinal atualizado (SIC). Em sua história gestacional, referiu ser G1P2A0, com gestação sem intercorrências. Na história familiar, seu pai é hipertenso e teve um AVE há 12 anos; mãe hipertensa, e tem artrite e artrose. Em sua história fisiológica, relata alimentação equilibrada com carnes e legumes durante a semana e refeições mais gordurosa aos finais de semana. Apresenta sono regular, boa memória e ingesta hídrica satisfatória, além de micção e evacuação sem alterações.

Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada, normocorada, hidratada, eupneica em ar ambiente, afebril, anictérica, acianótica. Apresentava PA 140x90 mmHg e demais sinais vitais sem alterações. Na ectoscopia apresentava edema palpebral com hiperemia em olho esquerdo, sem secreção. Presença de acantose nigricans em região cervical. Foi observada uma lesão de aspecto verrucoso, eritemato-violácea, endurecida e arredondada em cicatriz umbilical (Figuras 1 e 2), com dor à palpação que apresenta secreção sanguinolenta no período pré-menstrual segundo seu relato. Edema bilateral em região maleolar medial (3+/4+) que se estendia até os joelhos, sem sinais flogísticos. Sinais de insuficiência venosa em membros inferiores, sem queixas. No momento da consulta, apresentava como dados antropométricos o peso de 115,3 kg, altura de 1,72 m, e IMC de 38,9. Após anamnese detalhada e exame físico, foram levantadas as hipóteses diagnósticas de Endometriose cutânea e Hipotireoidismo sendo solicitados exames laboratoriais, USG de parede abdominal total, e encaminhada para o serviço de Ginecologia e Nutrição.

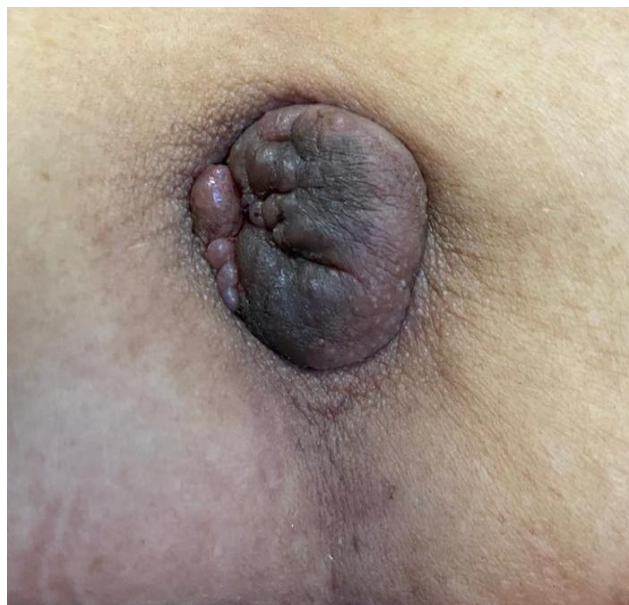


Figura 1) Nódulo cutâneo em região umbilical.



Figura 2) Nódulo cutâneo à dermatoscopia.

A paciente descontinuou o tratamento por motivos pessoais, retornando após 3 anos referindo piora da dor e aumento da secreção sanguinolenta da lesão umbilical no período pré-menstrual, quando novamente foram solicitados exames laboratoriais (TSH, T4L, FSH e

LH), RMN de pelve e USG de parede abdominal total. Nesta ocasião, era G2P2A0, com novo parto cesáreo sem intercorrências, e havia interrompido o uso de anticoncepcional oral em decorrência da colocação de DIU hormonal há 10 meses.

Os resultados dos exames laboratoriais e da USG não apresentaram alterações dignas de nota, sendo realizada biópsia incisional (punch 3mm) da lesão pelo departamento de Dermatologia, cujo resultado histopatológico mostrou derme com presença de estroma fibrovascular típico pálido com células fusiformes, focos hemorrágicos difusos, presença exuberante de eritrócitos extravasados e hemossiderina na derme. Observadas glândulas endometriais retilíneas revestidas por epitélio colunar pseudo-estratificado com secreção ativa, semelhantes às glândulas apócrinas. Tal descrição associada a clínica apresentada pela paciente, sugere o diagnóstico de Endometriose cutânea, sendo encaminhada para seguimento com o setor de ginecologia, por tratar-se de doença sistêmica. Foi proposta a exérese ampla da lesão seguida de histerectomia como opção terapêutica, porém a paciente ainda necessita realizar a RNM, que por motivos de agenda Sistema Único de Saúde ainda não foi realizado, sendo adotada uma conduta expectante.

6 – DISCUSSÃO

A endometriose extrapélvica pode comprometer vários órgãos, sendo as localizações mais frequentes, em ordem de maior prevalência, o intestino, pele (umbigo e cicatrizes abdominais), região inguinal e coxa, pulmões e pleura, pâncreas, meninges e vértebras.⁷

Geralmente, o acometimento cutâneo é secundário a algum processo cicatricial após procedimentos cirúrgicos abdominais e/ou pélvicos como, laparoscopia/laparotomia, cesariana, histerectomia, metroplastia, miomectomia, episiotomia, apendicectomia, remoção do cisto da glândula de Bartholin, amniocentese e injeções intrauterinas para aborto.^{7,8,9}

A endometriose umbilical representa 0,5% a 1% de todos os casos de endometriose extragenital. Geralmente ocorre de forma secundária a cicatrizes cirúrgicas, mas muito raramente se apresenta como endometriose umbilical primária. Embora a paciente do estudo tenha sido submetida a uma cesariana, o implante ocorre na cicatriz umbilical e não na cicatriz abdominal, o que faz suspeitar de endometriose espontânea. Apesar de sua baixa incidência, a cicatriz umbilical é o local primário mais comumente acometido, entre outros como a vulva, perineo, região inguinal e extremidades. A endometriose espontânea pode ocorrer durante a gravidez, frequentemente na região umbilical e regredir de forma espontânea após o parto.⁷⁻¹⁰

A endometriose cutânea primária é observada principalmente no umbigo e apresenta-se clinicamente como um nódulo de consistência firme, com coloração variável do preto-azulado ao vermelho intenso/acastanhado. Eventualmente, o nódulo pode ser normocorado. Comumente é um nódulo único, porém pode ser multilobulado. As pacientes referem sintomas como dor, hiperestesia, sangramento, edema e crescimento associados com o período menstrual. No entanto, alguns casos podem ser assintomáticos.⁷

Na endometriose pélvica diversos sintomas ginecológicos podem ser descritos que não ocorrem na endometriose cutânea, como dismenorrea, dispareunia, infertilidade e irregularidades menstruais.¹⁰

O diagnóstico geralmente é clínico, baseado nos sintomas relatados pelos pacientes. Às vezes, também podemos usar ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética para estudar a profundidade e a extensão da massa e se é cística ou sólida. No entanto, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm pouco valor no diagnóstico da endometriose intra-abdominal. A ultrassonografia, é de pouca específica,

pois evidencia somente área hipoeecogênica, de dimensões que podem variar de acordo com a lesão e margens irregulares. A dermatoscopia pode evidenciar uma coloração avermelhada homogênea com pequenas estruturas globulares vermelhas contribuindo para o diagnóstico. A punção por agulha fina guiada por ultrassom é um método controverso, pois apresenta precisão variável e pode ocorrer implantação de tecido endometrial além do sítio de punção e não deve ser usada para excluir malignidade.⁶⁻¹⁰

Em pacientes operadas para endometriose umbilical, a exploração laparoscópica tem sido defendida para excluir possíveis focos adicionais de endometriose intra-abdominal, uma vez que a endometriose pélvica não pode ser definitivamente excluída na ultrassonografia transvaginal ou exame clínico. Porém, a exploração laparoscópica permanece discutível em pacientes assintomáticas.^{10,11}

Os principais diagnósticos diferenciais da endometriose cutânea são o granulomapiogênico, hérnia, tecido embrionário residual, pênfigo vegetante, adenocarcinoma primário ou metastático, abscesso, fístula, lipoma, quelóide, endossalpingose cutânea, ou até mesmo melanoma. Para diferenciar estas lesões é possível lançar mão do uso de ressonância magnética e dermatoscopia. Já a correlação entre a dermatoscopia e o exame histopatológico pode ser de extrema importância na confirmação diagnóstica, no entanto a superioridade da dermatoscopia frente à histopatologia ainda não foi bem definida.⁷⁻¹⁰

Desta forma, para o diagnóstico final da endometriose cutânea, o padrão ouro é a confirmação através do exame histopatológico através de uma amostra tecidual da lesão. Nas lâminas histopatológicas podem ser observados espaços glandulares irregulares, circulares, alongados ou angulares, na derme reticular ou hipoderme, circundados por estroma altamente vascular e celular, semelhante ao do endométrio funcionante (Figura 3a). O aspecto histológico corresponde ao endométrio uterino em fases proliferativa e secretória (Figura 3b). Achados de hemossiderina na derme podem estar presentes, representando sangramento prévio, como no caso da paciente apresentada.⁸⁻¹³

O tratamento da endometriose não foi padronizado. Alguns autores prescrevem inicialmente tratamentos hormonais com progesterona, danazol ou análogos do hormônio liberador de gonadotrofina. Embora o tratamento hormonal alivie em alguns casos a sintomatologia dolorosa e o sangramento, não elimina a endometriose, especialmente as formas cutâneas. É preferível que se faça a excisão cirúrgica completa e ampla da lesão com pelo menos 5 mm de diâmetro e de profundidade, pois dessa forma pode-se alcançar a cura

para a alteração (Figura 4). Nos casos em que as lesões são grandes, pode-se realizar o tratamento hormonal adjuvante para diminuir o tamanho da tumoração para garantir que possam ser ressecadas com boas margens de segurança.^{9,13}

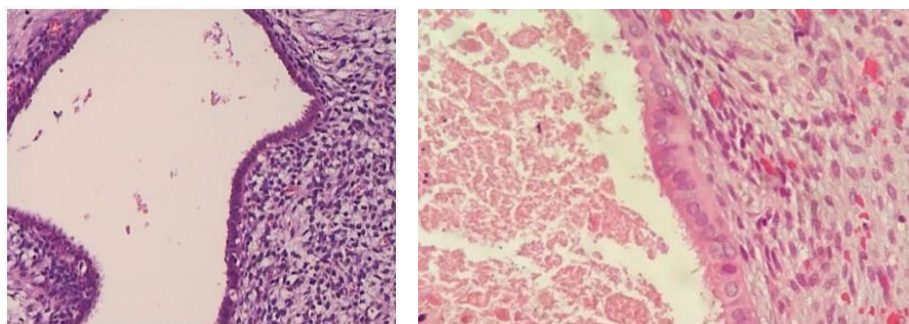


Figura 3) a) presença de glândula endometrial, epitélio e estroma adjacente, típicos de endometriose; (Fonte: SODRÉ et al, 2017) **b)** observa epitélio colunar pseudoestratificado com secreção ativa semelhante à das glândulas apócrinas, à direita observa-se extravazamento de eritrócitos. (Fonte: FIDELIS et al, 2018)

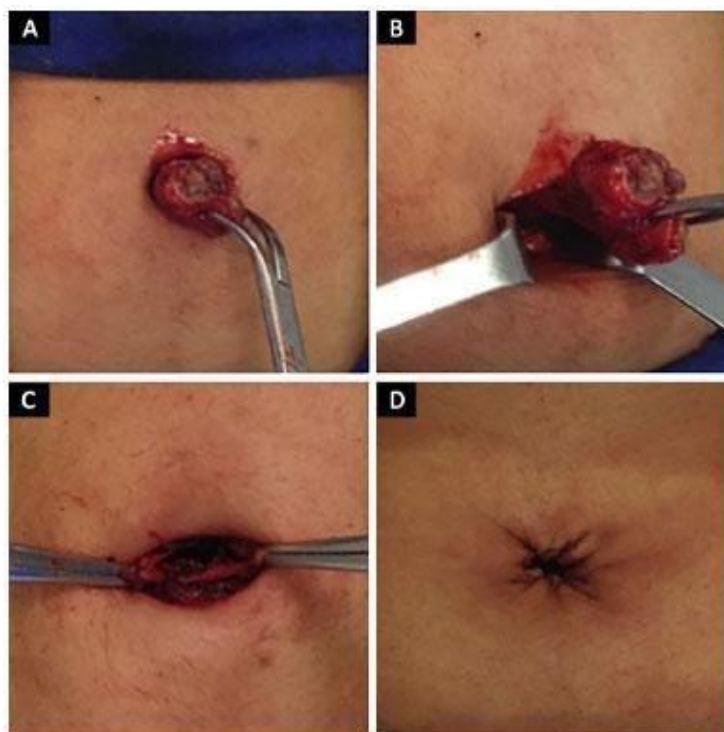


Figura 4) a) Excisão circular do endometrioma com margem cirúrgica; **b)** Exérese em bloco da lesão e cordão umbilical; **c)** Visualização da aponeurose subjacente; **d)** Síntese da derme na aponeurose com pequena área cruenta central. (Fonte: SODRÉ et al, 2017)

O prognóstico da endometriose cutânea é bom e as recorrências são incomuns. Entretanto, a transformação maligna pode ocorrer em até 1% dos casos de cicatriz de endometriose e deve ser suspeitada em lesões recorrentes ou de crescimento rápido. Deve-se sempre investigar a possibilidade de coexistência de endometriose genital e/ou abdominal, o que piora o prognóstico, assim como modifica o tratamento, que, nesse caso, deve ser associado à terapia hormonal.^{10,11}

O risco de transformação maligna da endometriose umbilical é muito reduzido. Poucos casos relatados sofreram transformação maligna, e em nenhum tratamento a longo prazo pode ser observada a malignização da lesão.⁸⁻¹⁰

Diversas teorias buscam compreender o desenvolvimento da endometriose, no entanto, a patogênese ainda não foi totalmente esclarecida. A teoria da regurgitação transtubária, defende que o tecido endometrial ectópico é transportado para o local em que se instala a endometriose por meio da menstruação retrógrada. Já a teoria da transplantação mecânica, defende que o implante intra-abdominal de células endometriais ocorre através da disseminação linfática, propagação vascular ou por deslocamento de tecido endometrial durante cirurgias, como em procedimentos laparoscópicos, especialmente quando a principal hipótese é a endometriose cutânea. A teoria da metaplasia celômica defende que o endométrio ectópico se desenvolve a partir de um estímulo hormonal estrogênico em células com a mesma origem embrionária. A teoria da resposta de imunidade diminuída fala que a redução da atividade de células NK levaria a diminuição da depuração de células endometriais da cavidade peritoneal. Além destas teorias, existe ainda uma associação do aparecimento destas lesões com fatores autoimunes e genéticos.^{7, 10-12}

7 – CONCLUSÃO

Diante da presença de uma condição rara e que pode mimetizar diversas outras doenças impactantes sobre a saúde das pacientes, entendemos a fundamental importância de descrever a endometriose cutânea primária, reunindo dados atualizados sobre incidência de tal condição, para que possamos aumentar o conhecimento clínico na abordagem de queixas que podem se confundir com lesões exclusivamente dermatológicas e até mesmo lesões malignas, quando a rapidez no diagnóstico é diretamente relevante para o desfecho clínico.

A endometriose cutânea primária é, portanto, afecção rara, mas deve ser considerada no diagnóstico diferencial nos casos de mulheres em idade fértil que apresentem lesão na cicatriz umbilical, mesmo que assintomática. O diagnóstico definitivo é histopatológico, e a excisão cirúrgica é o tratamento de eleição.

Sendo assim, o estabelecimento de um raciocínio clínico mais direcionado, baseado em uma anamnese adequada e um exame físico criterioso pode ser decisivo nos planejamentos para diagnóstico e de tratamento com o objetivo de reduzir a morbidade causada pela endometriose cutânea nas mulheres, devendo envolver idealmente uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião geral, radiologista, dermatologista e ginecologista.

8 – REFERÊNCIAS

1. Loh SH, Lew BL, Sim WY. Primary Cutaneous Endometriosis of Umbilicus. *Ann Dermatol* [Internet]. 2017 Oct [Cited 2020 Nov 13]; 29(5):621-625. DOI: 10.5021/ad.2017.29.5.621.
2. Raffi L, Suresh R, McCalomont TH, et al., Cutaneous endometriosis, *International Journal of Women's Dermatology* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Nov 13]; 5(5):384–386 <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2019.06.025>
3. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2017 Mar;6(1):34-41. DOI: 10.1007/s13669-017-0187-1. Epub 2017 Jan 27.
4. Santos Filho PV, Santos MP, Castro S, Melo VA. Endometriose umbilical primária. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 13] ; 45(3): e1746. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181746>
5. Lopez-Soto A, Sanchez-Zapata MI, Martinez-Cendan JP, Reina SO, Mañas Bernal CM, Solano MR. Cutaneous endometriosis: Presentation of 33 cases and literature review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2018 [Cited 2020 Nov 13]; (221)221:58–63. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.11.024>
6. Kvaskoff M, Um F, Terry KL, Harris RL, Poole EM, Farland L, and Missmer SA. Endometriosis: a high-risk population for major chronic diseases?. *Oxford Journal Human Reproduction Update* [Internet]. 2015 Jul [Cited 2020 Nov 13]; 21(4):500–516 DOI:10.1093/humupd/dmv013.
7. Mattos e Dinato et al. Primary umbilical endometriosis. *Surg Cosmet Dermatol* 2015;7(3 Supl 1):S43-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2015731451>
8. Bostanci et al. Primer umbilikal endometriosis. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereolgy* 2017;51:101-3. DOI:10.4274/turkderm.00243
9. S. Egin et al. Primary umbilical endometriosis: A painful swelling in the umbilicus concomitantly with menstruation. *International Journal of Surgery Case Reports* 28 (2016) 78–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.09.029>

10. Ferreira SC, Prata JP, Abreu R et al. Villar's Nodulle: a rare case report. Acta Obstet Ginecol Port 2015;9(5):421-424.
11. Pessoa et al. Endometriose cutânea primária. Revista SPDV 78(4) 2020.
12. Sacht GL et al. Primary Umbilical Cutaneous Endometriosis. PECIBES, 2017, 1, 09-11 | 09 <http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>
13. Sodré et al. Primary umbilical endometriosis: excision and neo-omphaloplasty. Rev.Bras. Cir. Plást. 2017;32(1):151-154. DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0023
14. Fidelis et al. Endometriose cutânea umbilical: relato de caso. Revista SPDV 76(3) 2018.

8 – ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Escola de Ciências
da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado(a) para participar do projeto para Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado **Endometriose Cutânea Primária: Relato de Caso**. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

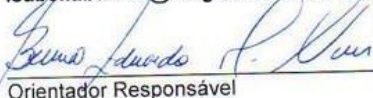
O objetivo desse trabalho será o de discutir as características de sua doença em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado.

Sua participação consistirá em autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas de seu caso clínico que se encontram em sua ficha de prontuário no ambulatório da Policlínica PDC Saúde de Duque de Caxias para finalidades científicas (apresentação de trabalhos ou publicação do caso em revista científica como "Relato de caso"), visando ampliar o conhecimento na área.

Não haverá riscos ou benefícios relacionados com sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com as alunas **Amanda Roberta Barbosa Juliasse da Silva, Isabela Cardoso Borges, Isabella Molica Pereira de Barros**, o orientador responsável **Bruno Eduardo Morais Nunes**, no e-mail **isabellabarros@unigranrio.br** ou no telefone **(21)989692492**.


Dr. Bruno Eduardo M. Nunes
Médico Dermatologista
CRM 5288041-7 RQE 22490

Orientador Responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação no projeto de TCC e concordo em participar.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2021.


Participante do Relato de Caso

Anexo 2 - Termo de autorização de uso de imagens e depoimentos.

Escola de Ciências
da Saúde



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu BARBARA CRISTINA VICTORIO PASSOS, CPF 08542763785, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do tipo Relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as alunas **Amanda Roberta Barbosa Juliasse da Silva, Isabela Cardoso Borges, Isabella Molica Pereira de Barros**, e o orientador responsável **Bruno Eduardo Moraes Nunes**, do projeto intitulado "**Endometriose Cutânea Primária: Relato de Caso**" a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das alunas de TCC, acima especificadas, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Duque de Caxias, 14 de março de 2021


Dr. Bruno Eduardo M. Nunes
Médico Dermatologista
CRM 52809/1-7 RJ 22.666
Orientador Responsável


Participante do Relato de Caso