

ESPAÇO RETROCERVICAL

RECORRÊNCIA DA DOENÇA ou DOENÇA RESIDUAL

Paciente com história prévia de videolaparoscopia para endometriose com ressecção intestinal segmentar, ooforoplastia e salpingectomia.

PÓS-CIRÚRGICO



A T2

PÓS-CIRÚRGICO



B T1

RM: espessamento com baixo sinal em T2 na região retrocervical e nas regiões paracervicais (fig. A) com focos de alto sinal em T1 (fig. B).

PÓS-CIRÚRGICO



C T1

PÓS-CIRÚRGICO



D T2

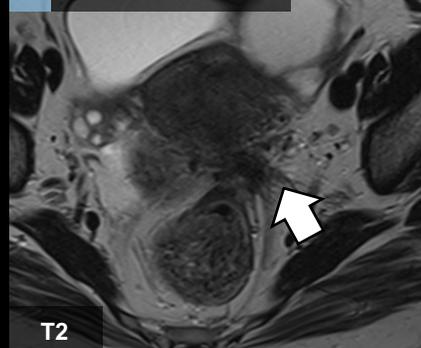
Fig. D: extensão da aderência ao fórnice vaginal e parede anterior do retossigmoide.

Fig. C: endometrioma no ovário esquerdo.

CICATRIZES FIBRÓTICAS

Paciente com queixas de dismenorreia e infertilidade. Realizou videolaparoscopia com ressecção discoide do intestino e ressecção de lesões de endometriose.

PRÉ-CIRÚRGICO



E T2

Fig. E (RM): lesão endometriótica com aspecto retrátil nas regiões retrocervical e paracervical esquerda.

PÓS-CIRÚRGICO



F T2

RM (fig. F) e US (fig. G) mostram cicatrizes fibróticas caracterizadas por faixas lineares, com marcado baixo sinal em T2 (RM) e hipoecogênico (US).

PÓS-CIRÚRGICO



PONTOS DE ENSINO

RECORRÊNCIA DA DOENÇA OU DOENÇA RESIDUAL

- Aspecto da lesão: lesão semelhante à lesão nativa no leito cirúrgico.
- Ultrassonografia (US): presença de focos hemáticos ou císticos ou glandulares.
- Ressonância magnética (RM): endometriomas (ovário é o local mais comum de recorrência).

CICATRIZES FIBRÓTICAS

- As cicatrizes fibróticas são vistas como bandas, placas ou faixas lineares.
- RM: marcado baixo sinal em T2 e margens retráteis.
- US: hipoecogênico, por vezes com ter sombra acústica posterior.

BEXIGA E ESPAÇO VESICOUTERINO

Paciente com queixas de disúria e dismenorreia. Pré e pós-operatório de cistectomia parcial.

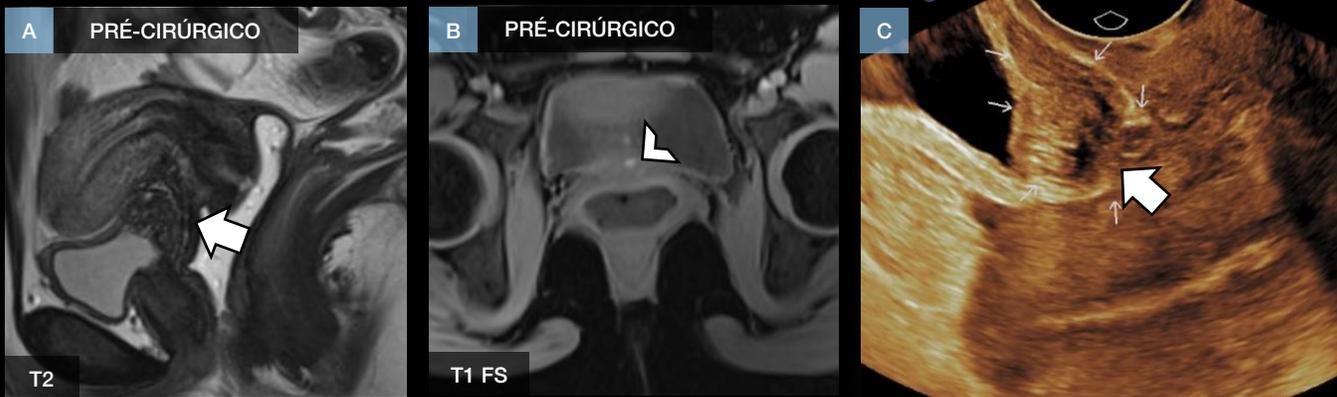
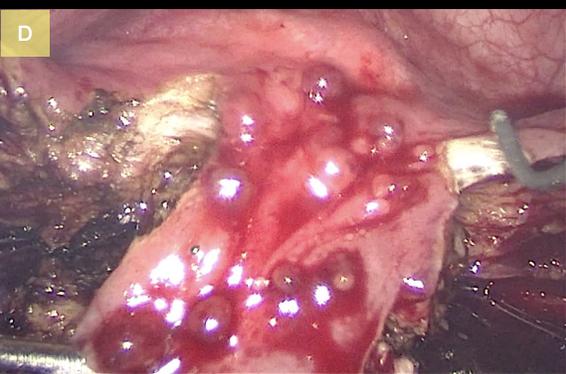
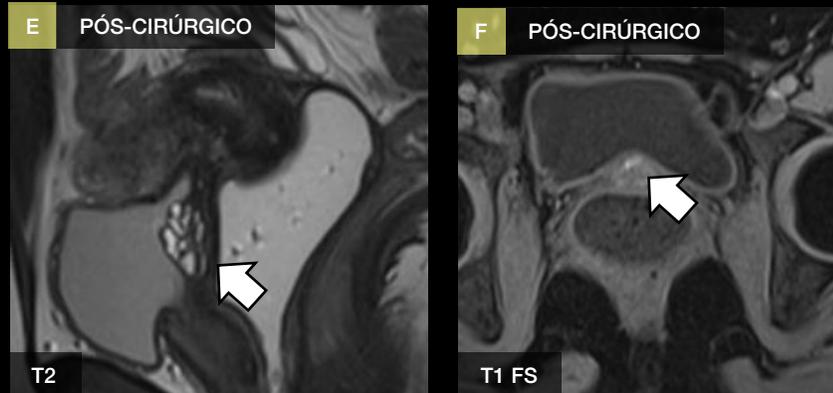


Fig. A-B: RM - formação tecidual obliterated the vesicouterine space (fig. A), with focal hemorrhagic (arrowhead) (fig. B), extending posteriorly to the anterior myometrium and involving anteriorly the detrusor muscle of the trigone and vesical base (fig. C - USTV).



Figs. D: imagem videolaparoscópica mostrando a lesão endometriótica durante a cistectomia parcial com conteúdo cístico/glandular.



Figs. E-F: formação tecidual com predomínio glandular obliterated the vesicovaginal recess, with focal hemorrhagic, extending anteriorly to the muscles of the posterior bladder wall and posteriorly to the vagina.

Pré e pós-operatório, em paciente de 40 anos, após cistectomia parcial e ressecção de lesões no espaço vesicouterino, miométrio e ligamentos redondos.

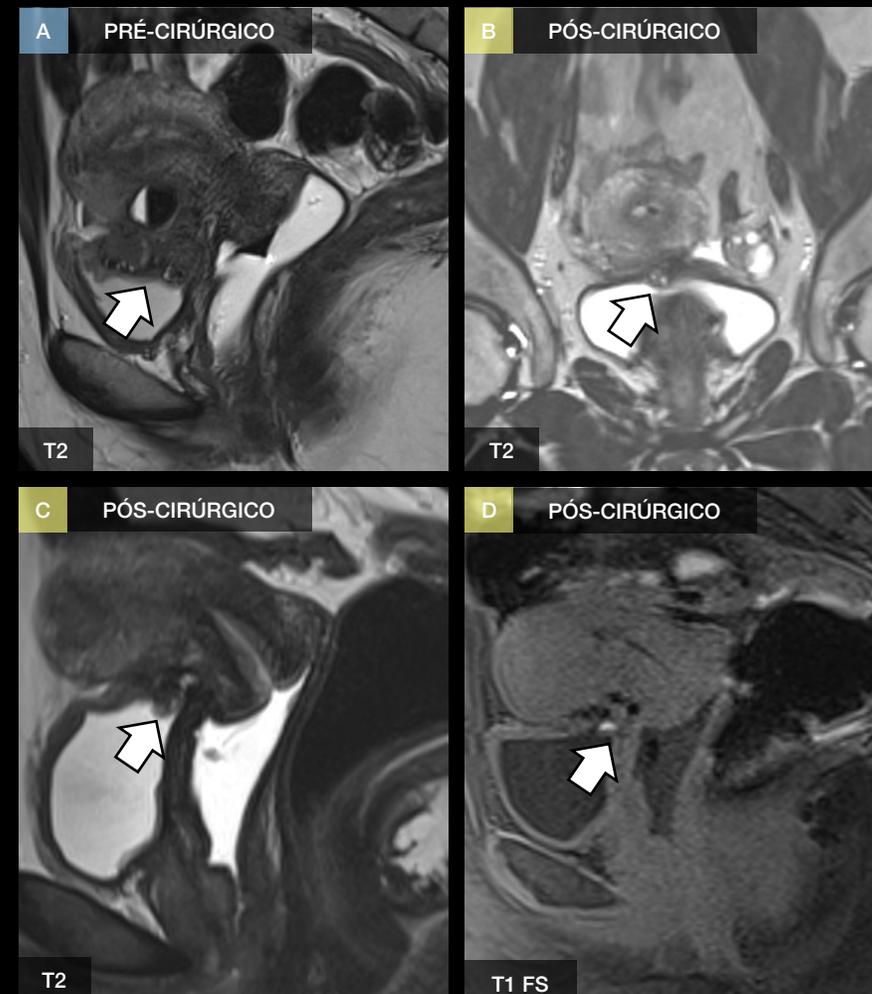


Fig. A: lesão extensa no compartimento anterior, com envolvimento do músculo detrusor, obliteração do espaço vesicouterino e envolvimento cístico do miométrio. **Figs. B-D:** focos residuais de endometriose caracterizados por lesão nodular no músculo detrusor (figs. B-C) com conteúdo hemático (fig. D).

INTESTINO

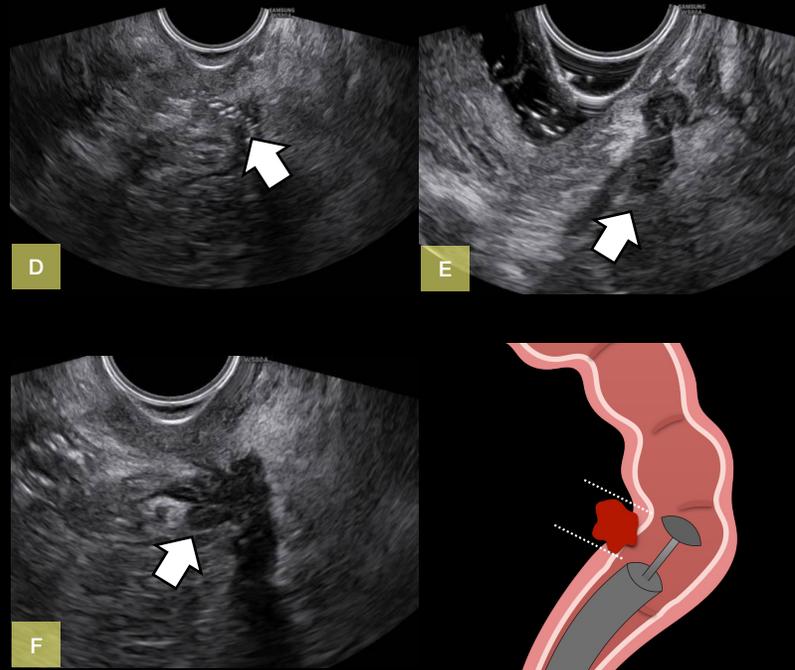
SHAVING RETAL



- Indicações: lesão única, menor que 1,5 cm, comprometendo a serosa e a camada muscular externa.
- A ressecção satisfatória por shaving pode passar despercebida na avaliação de imagem.
- Alguns casos, no US, podem ser vistas algumas linhas hiperecogênicas devido a pontos cirúrgicos.

RESSECÇÃO DISCOIDE

- Indicações: lesões únicas, menores que 3,0 cm, que acometem a camada muscular própria profunda, distando até 15,0 cm da borda anal.
- Achados de imagem: sutura semicircular geralmente na parede anterior do intestino, hiperecogênica no US e com baixo sinal em T2 na RM.



US - sutura semicircular hiperecogênica na parede anterior do retossigmoide (fig. D), com lesão residual (figs. E-F).

RESSECÇÃO SEGMENTAR

- Indicações: lesões múltiplas, com mais de 3,0 cm de diâmetro, estenosantes e com distribuição multifocal.
- Achados de imagem: anastomose circular hiperecogênica no US e com acentuado baixo sinal na RM; líquido livre ou loculado associado a cicatrizes fibróticas ao redor da anastomose intestinal.

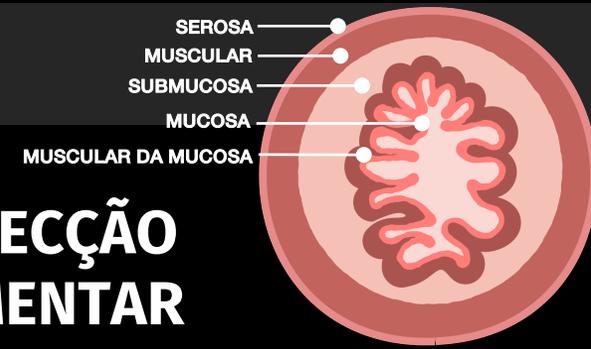


Fig. G: RM - anastomose circular com baixo sinal em T2 (seta) e líquido adjacente (*).

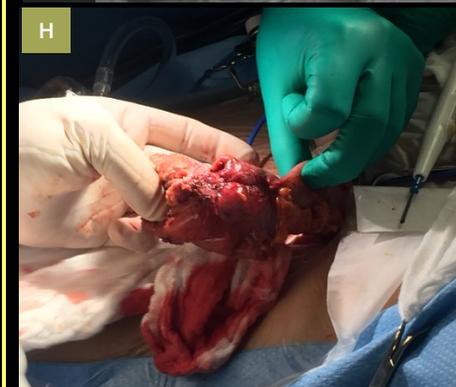
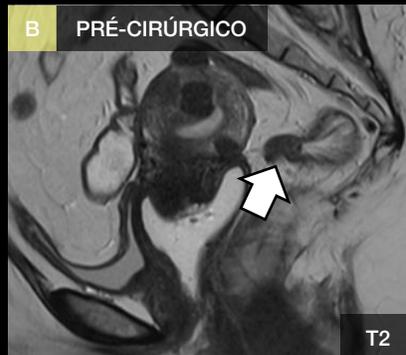


Fig. H: ressecção segmentar com anastomose circular no intraoperatório.



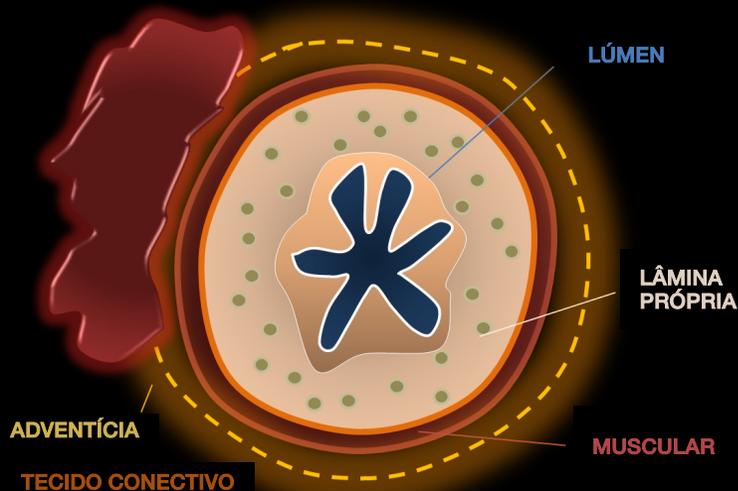
US (fig. A) e RM (fig. B): pequena lesão de endometriose na parede anterior do retossigmoide com retração intestinal.

Fig C: RM - alterações pós-cirúrgicas no retossigmoide com shaving satisfatório, sem sinais de lesões residuais e sem mais retração intestinal.

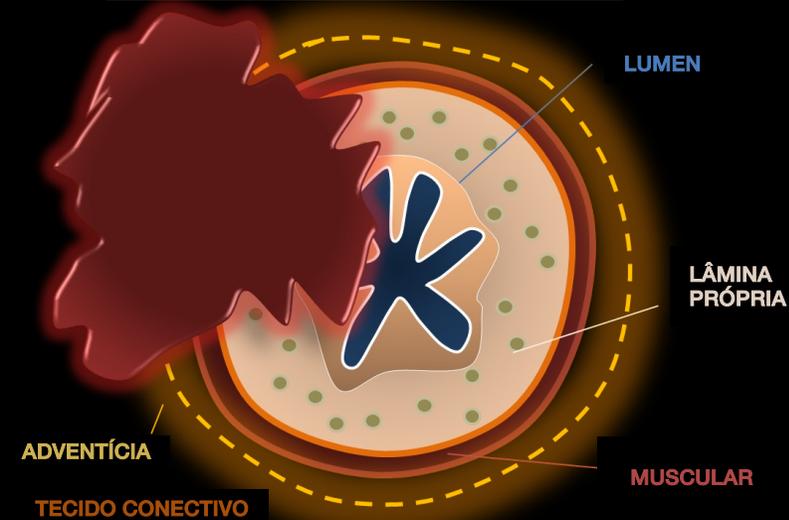
URETER

Os ureteres também podem ser envolvidos pela endometriose, principalmente por uma extensão lateral de uma lesão retrocervical.

O envolvimento do ureter é dividido em intrínseco e extrínseco:



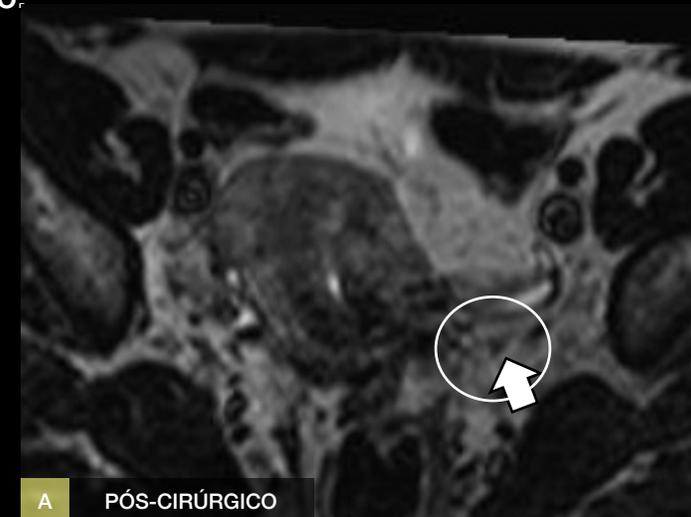
ENVOLVIMENTO EXTRÍNSECO



ENVOLVIMENTO INTRÍNSECO

Endometriose extrínseca é aquela localizada apenas na adventícia ureteral e nos tecidos periureterais. Nesses casos, a ureterólise pode ser realizada.

Os achados de imagem são variáveis: filamentos ou bandas lineares, hipocogênicos no US e com acentuado baixo sinal em T2 na RM adjacente ao trajeto ureteral (fig. A) e espessamento circunferencial da parede ureteral fibrótica.



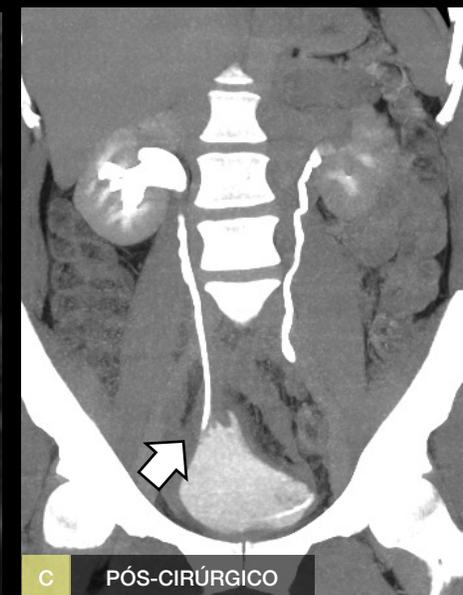
A PÓS-CIRÚRGICO

Endometriose intrínseca é caracterizada por estroma e glândulas endometriais na lâmina própria, túnica muscular ou luz ureteral (fig. B).

Nesses casos, geralmente é realizada ressecção segmentar, com anastomose ureteroureteral ou reimplante ureteral - a junção ureterovesical estará em posição mais elevada que a habitual (fig. C).



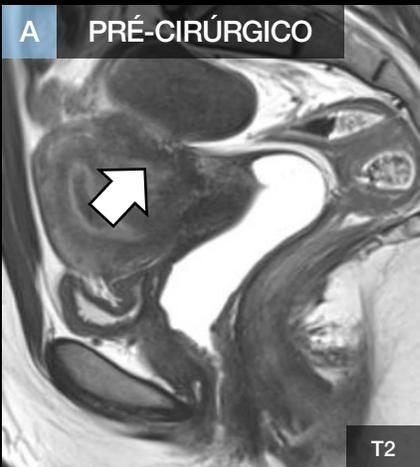
B PRÉ-CIRÚRGICO



C PÓS-CIRÚRGICO

MIOMÉTRIO

- Nos casos com infiltração profunda da parede uterina de fora para dentro por tecido endometriótico, a ressecção radical pode ser realizada. Os achados de imagem incluem adelgaçamento da parede uterina.
- Recomenda-se às pacientes com desejo reprodutivo uma abordagem mais conservadora, com o objetivo de prevenir a rotura uterina durante uma futura gestação.



Figs. A-B: lesão retrocervical com infiltração profunda do miométrio posterior.

Figs. C-D: devido ao desejo reprodutivo da paciente, optou-se por uma abordagem mais conservadora. Nas imagens pós-operatórias, encontramos lesão residual envolvendo pequena parte do miométrio.



O acometimento miometrial é marcador de doença grave

OVÁRIO

- Os achados de imagem podem variar de ovário normal, ovário reduzido sem folículos antrais ou endometrioma persistente quando a parede cística não foi retirada.
- A contagem de folículos antrais é obrigatória no pós-operatório em pacientes com desejo reprodutivo.

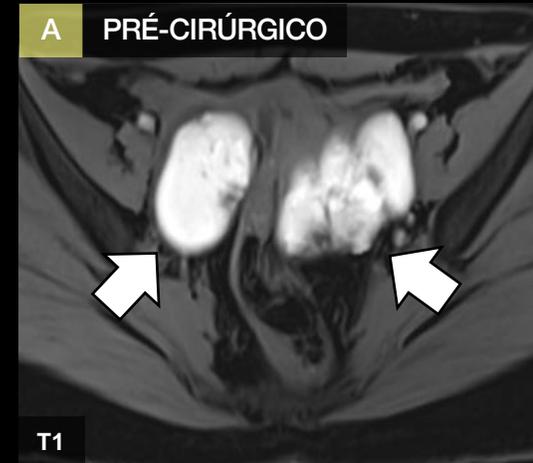


Fig. A: RM - endometriomas volumosos ocupando o estroma ovariano bilateral.

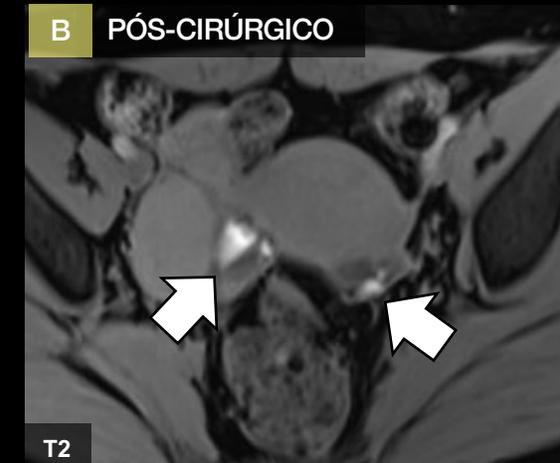


Fig. B: RM - pequenos endometriomas revestindo a margem posterior das respectivas cápsulas ovarianas.



O ovário é o sítio mais comum de recidiva, mesmo em pacientes sem endometriomas ovarianos prévios.

As abordagens cirúrgicas incluem cistectomia com remoção completa da parede e microablação e cistectomia sem remoção completa da parede ou aspiração cística seguida de ablação.

É importante diferenciar endometrioma de cisto hemorrágico funcional.