

ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA DO CANAL DE NUCK NA PARAÍBA: DESCRIÇÃO TÉCNICA DO MANEJO CIRÚRGICO.

Carolina Bandeira Domiciano¹, Deborah Cristina Nascimento de Oliveira², Aníbal Costa Filho¹, Geraldo Camilo Neto¹, Daniel Hortiz de Carvalho Nobre Felipe¹, Ana Cecília Maia¹, Bianca Vasconcelos Braga Cavalcante², Giovana Lins Basto²

CASO CLÍNICO

RESUMO

Introdução: Paciente, feminino, 41 anos, nulípara, refere dor pélvica crônica, dispareunia e dismenorréia intensa, edema de aumento progressivo e dor na região inguinal direita, acarretando em forte impacto da sua qualidade de vida. **Objetivos:** Descrever a técnica cirúrgica utilizada no tratamento de de um caso de endometriose infiltrativa do canal de Nuck, explorando a técnica utilizada, sendo, portanto, relevante o conhecimento dessa condição pela comunidade acadêmica. **Metodologia:** As informações serão obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e revisão da literatura. **Resultados:** A paciente refere dor pélvica crônica, dispareunia e dismenorréia intensa, edema e dor na região inguinal direita a qual irradia para a porção inferior do abdome que piora durante a menstruação. Associada a esses sintomas, a paciente relata dor em membro inferior direito. Relata ainda que possui esforço evacuatório doloroso e constipação, e negou história de sintomas do trato urinário inferior. **Conclusão:** Foram solicitados exames de imagem e estudo anatomopatológico, os quais evidenciaram formação sólida centrada na porção distal do canal inguinal direito. Realizada a retirada do fragmento tecidual nodular por meio de cirurgia videolaparoscópica, a paciente segue com ótimo prognóstico. Anatomopatológico confirmou o diagnóstico de endometriose do canal de Nuck.

Descritores: Canal inguinal; Dor pélvica; Endometriose.



INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS OF THE NUCK CANAL IN PARAÍBA: TECHNICAL DESCRIPTION OF SURGICAL MANAGEMENT

ABSTRACT

Introduction: Patient, female, 41 years old, nulliparous, reports chronic pelvic pain, dyspareunia and severe dysmenorrhea, progressive swelling and pain in the right inguinal region, with a strong impact on her quality of life. **Objectives:** To describe the surgical technique used in the treatment of a case of infiltrative endometriosis of the Nuck's canal, exploring the technique used, therefore, the knowledge of this condition by the academic community is relevant. **Methodology:** Information will be obtained by reviewing the medical records, interviewing the patient, photographing the diagnostic methods to which the patient was submitted and reviewing the literature. **Results:** The patient reports chronic pelvic pain, dyspareunia and severe dysmenorrhea, swelling and pain in the right inguinal region, which radiates to the lower portion of the abdomen, which worsens during menstruation. Associated with these symptoms, the patient reports pain in the right lower limb. She also reports that she has painful evacuation effort and constipation, and she denied a history of lower urinary tract symptoms. **Conclusion:** Imaging tests and anatomopathological study were requested, which showed solid formation centered on the distal portion of the right inguinal canal. After the removal of the nodular tissue fragment by means of videolaparoscopic surgery, the patient has an excellent prognosis. Pathology confirmed the diagnosis of endometriosis of Nuck's canal.

Keywords: Inguinal canal; Pelvic pain; Endometriosis

Instituição afiliada – ¹ Institute of Minimally Invasive Surgery Carolina Bandeira. ² Medical student at the Nova Esperança Faculty of Medicine.

Dados da publicação: Artigo recebido em 20 de Fevereiro, revisado em 15 de Março, aceito para publicação em 02 de Maio e publicado em 06 de Maio de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n2p130-140>

Autor correspondente: Deborah Cristina Nascimento de Oliveira debmedfamene@outlook.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



INTRODUÇÃO

A endometriose é uma afecção clínica e recorrente caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina e do miométrio. Embora seja considerada uma doença do século XX, é uma entidade reconhecida desde o século XVII, tendo sido detalhadamente descrita pela primeira vez por Von Rokitansky, em 1860, porém sua visão moderna surgiu com Sampson, em 1927. (SAMPSON, 1927)

Acredita-se que 6% a 10% das mulheres em idade reprodutiva, 50% a 60% de adolescentes e adultas com dores pélvicas e até 50% de mulheres com infertilidade sejam afetadas pela doença.(GIUDICE, 2010). A endometriose pode se mostrar assintomática em 2% a 22% das mulheres,(FARQUHAR, 2000) mas, na maioria dos casos, a sintomatologia envolve dismenorreia, dispáurenia, dor pélvica não cíclica, isquemia, disúria, alterações nos hábitos intestinais e, frequentemente, infertilidade.(FASSBENDER, 2015) No entanto, a apresentação clínica é muito variável e nenhum desses sintomas é específico para a endometriose, dificultando o seu diagnóstico.(BERKER, 2015)

Durante a embriogênese, o peritônio parietal evagina-se em cada lado da linha mediana, na parede abdominal ventral, acompanhando o ligamento redondo. Esta evaginação é denominada processo vaginal, que juntamente com as camadas musculares e fâscias, estendem-se até o tubérculo genital dando origem ao canal inguinal. A porção do processo vaginal compreendida no canal inguinal é denominada canal de Nuck, descrito pelo anatomista holandês Anton Nuck no século XVII (KONO, 2015; MANJUNATHA, 2012).

A endometriose do canal de Nuck é uma condição extremamente rara que se apresenta como uma massa inguinal. Até o momento, muitas teorias foram postuladas sobre a fisiopatologia da endometriose extrapélvica. A primeira teoria é que esse tipo de endometriose é decorrente da menstruação retrógrada. Enquanto isso, as outras duas teorias afirmam que se trata de disseminação vascular e linfática, ou metaplasia celômica.

As células endometriais podem se prender ao ligamento redondo e causar endometriose inguinal, mas esse fenômeno é uma condição rara. A patogênese da endometriose no canal de Nuck nesta paciente, incluindo seus sintomas de dor pélvica crônica, poderia ser explicada pelas teorias acima mencionadas.



ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA DO CANAL DE NUCK NA PARAÍBA: DESCRIÇÃO TÉCNICA DO MANEJO CIRÚRGICO.

Domiciano et al.

A anamnese sobre a característica da dor, um exame físico cuidadoso e investigações adicionais apropriadas devem ser feitas para evitar o diagnóstico incorreto. Embora a endometriose no Canal de Nuck seja uma condição incomum, este caso lembra aos urologistas que eles devem estar cientes desse diagnóstico.

A paciente deste trabalho apresentava massa sólida de aspecto fibrótico, com focos hemorrágicos de permeio, centrada no canal inguinal direito, fixa, dolorosa principalmente durante a menstruação. Além do exame físico compatível com o quadro clínico, foi solicitado uma ressonância de pelve para avaliar a presença da massa em região inguinal. A lesão foi removida cirurgicamente por videolaparoscopia, preservando a função nervosa e o anatomopatológico revelou o diagnóstico de endometriose do canal de Nuck.

A importância de descrever tal técnica se dá primeiramente pela contribuição científica, visto que, é relevante que a comunidade acadêmica e médica tome conhecimento de tal patologia e de como abordá-la. Em segundo lugar, há poucos casos desta entidade descritos na literatura mundial, sendo este o primeiro relato da Paraíba. Além disso, a endometriose do canal de Nuck é um diagnóstico diferencial para hérnia inguinal, a qual é uma afecção muito prevalente com impacto socioeconômico relevante no mundo e frequente no meio médico.

OBJETIVO

Descrever a técnica cirúrgica utilizada no tratamento de um caso de endometriose infiltrativa do canal de Nuck, explorando a técnica utilizada com êxito, sendo, portanto, relevante o conhecimento dessa condição pela comunidade acadêmica. Por tratar-se de uma afecção rara, há poucos casos descritos na literatura, evidenciando assim, a importância deste trabalho.

METODOLOGIA

As informações serão obtidas por meio de revisão do prontuário (sob autorização), entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido, além de revisão da literatura. Este trabalho foi avaliado e aprovado de acordo com todo protocolo vigente perante o Comitê de Ética e Pesquisa, diante da



abordagem com seres humanos. Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que, ao analisar e decidir, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes. Segue número do CAAE: 50853921.3.0000.8069.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, feminino, 41 anos, nulípara, com queixa de “nódulo na virilha direita há 7 anos”. A paciente refere dor pélvica crônica, dispareunia e dismenorréia intensa, edema de aumento progressivo e dor na região inguinal direita a qual irradia para a porção inferior do abdome que piora durante a menstruação. Associada a esses sintomas, a paciente relata dor em membro inferior direito a qual pontua como 9 numa escala 0 a 10. Relata ainda que possui esforço evacuatório doloroso e constipação, e negou história de sintomas do trato urinário inferior.

Ao exame físico: abaulamento na região inguinal direita e dor ao toque vaginal em região anexial direita (10/10). Foram solicitados exames de imagem e estudo anatomopatológico para uma melhor investigação do caso, os quais evidenciaram formação sólida centrada na porção distal do canal inguinal direito. Realizada a retirada do fragmento tecidual nodular por meio de cirurgia videolaparoscópica para ressecção de todas as lesões visíveis infiltrando os locais pélvico e extrapélvico, a paciente segue com ótimo prognóstico. Anatomopatológico confirmou o diagnóstico de endometriose do canal de Nuck.

EXAMES

Os exames de imagem mais utilizados para confirmação diagnóstica em pacientes com suspeita de endometriose são a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética da pelve, por sua sensibilidade e especificidade, que variam de 80% a 94%. Ambos os métodos têm suas indicações e limitações, não existindo até o momento superioridade de um método sobre outro (BAZOT, 2009; DUNSELMAN, 2014).

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE COM PREPARO INTESTINAL

Técnica: Foram realizadas sequências multiplanares FSE e GRE ponderadas em T1 e



T2, sem a injeção endovenosa de contraste paramagnético. Foi introduzido gel endovaginal e soroendorretal.

História clínica: Nódulo palpável na região inguinal direita.

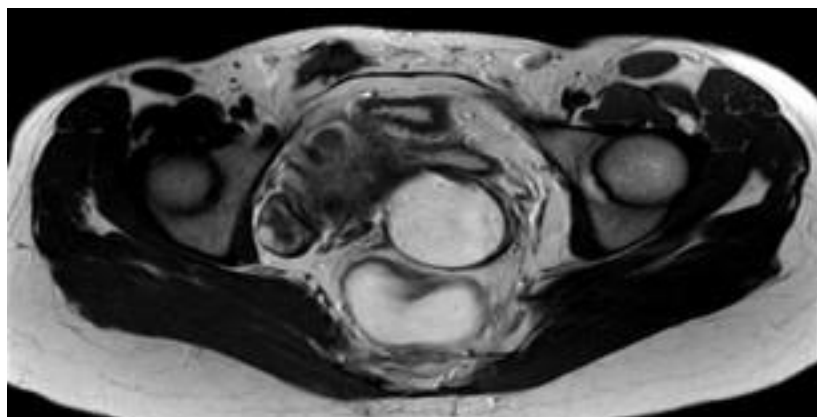
Comentários: Foi realizada compartimentalização da pelve para melhor avaliação e descrição dos achados:

COMPARTIMENTO ANTERIOR:

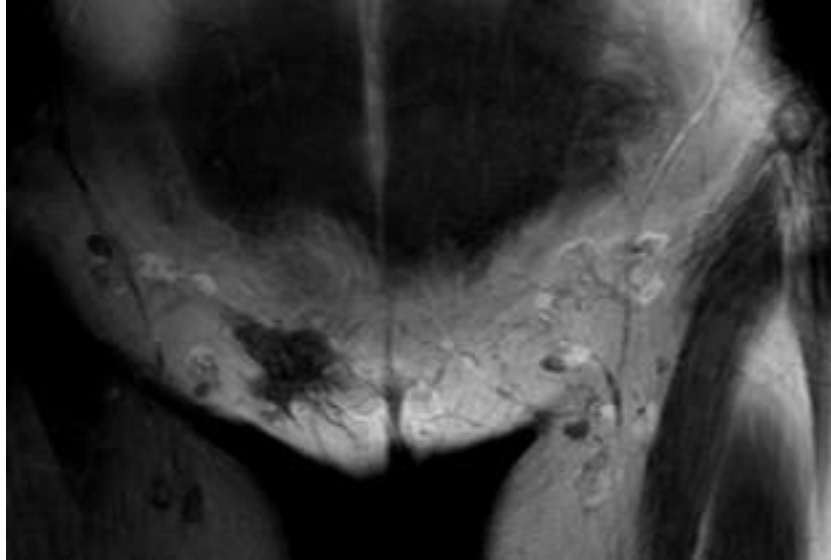
Formação sólida centrada na porção distal do canal inguinal direita, apresentando aparente contiguidade com o ligamento redondo direito e extensão aos planos subcutâneo da região inguinal direita, de contornos irregulares e margens espiculadas com hiposinal em T1 e Y2, com diminutos focos de hipersinal de permeio no T1 com supressão gordura, inferindo focos hemorrágicos, medindo 3,0 x 1,8 x 1,4 cm.

CONCLUSÃO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA:

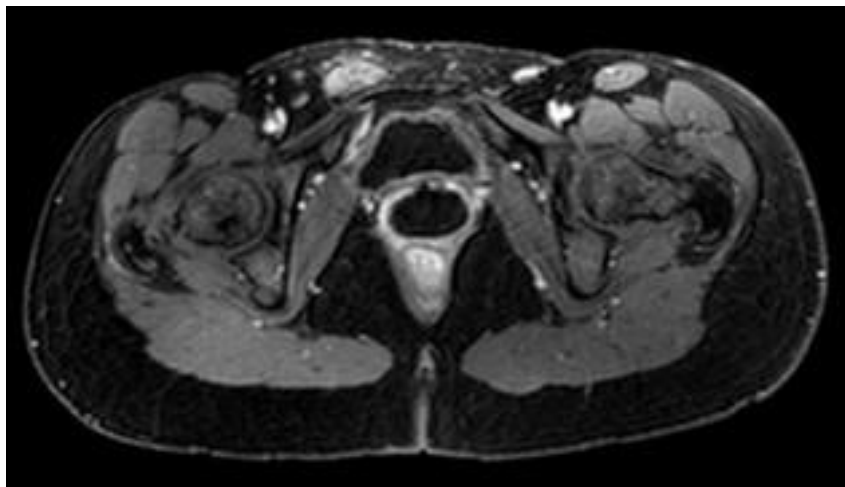
- Massa sólida de aspecto fibrótico, com focos hemorrágicos de permeio centrada no canal inguinal direito. De acordo com a apresentação clínica relatada, localização anatômica da massa e achados da ressonância magnética, sugere-se como principal hipótese endometriose inguinal (canal de Nuck).
- Discreto espessamento tecidual hipointenso na região retrocervical e dos ligamentos uterossacos, achados que podem estar relacionados com endometriose do comportamento posterior, dentro do contexto clínico.
- Vide imagens 1, 2, 3 e 4.



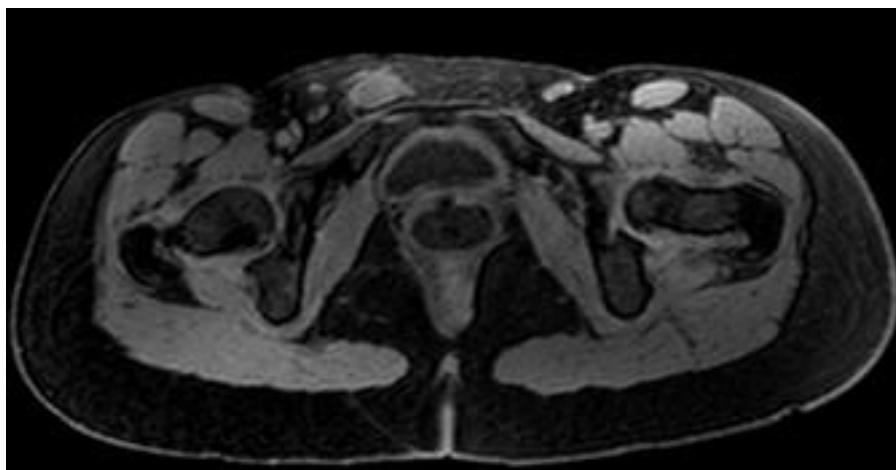
1. A
XIAL T2



2. C
ORONAL T2



1 AXIAL T1 APÓS CONTRASTE



LAUDO DO ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO:

MACROSCOPIA: O material recebido para exame consta de fragmento tecidual nodular, medindo 4,5 x 3,0 x 2,0cm, apresentando superfície amarelada e lobulada. Aos cortes, nota-se área branco-acinzentada e firme com 2,8cm. Parte do material incluído para exame histológico (3/LMG).

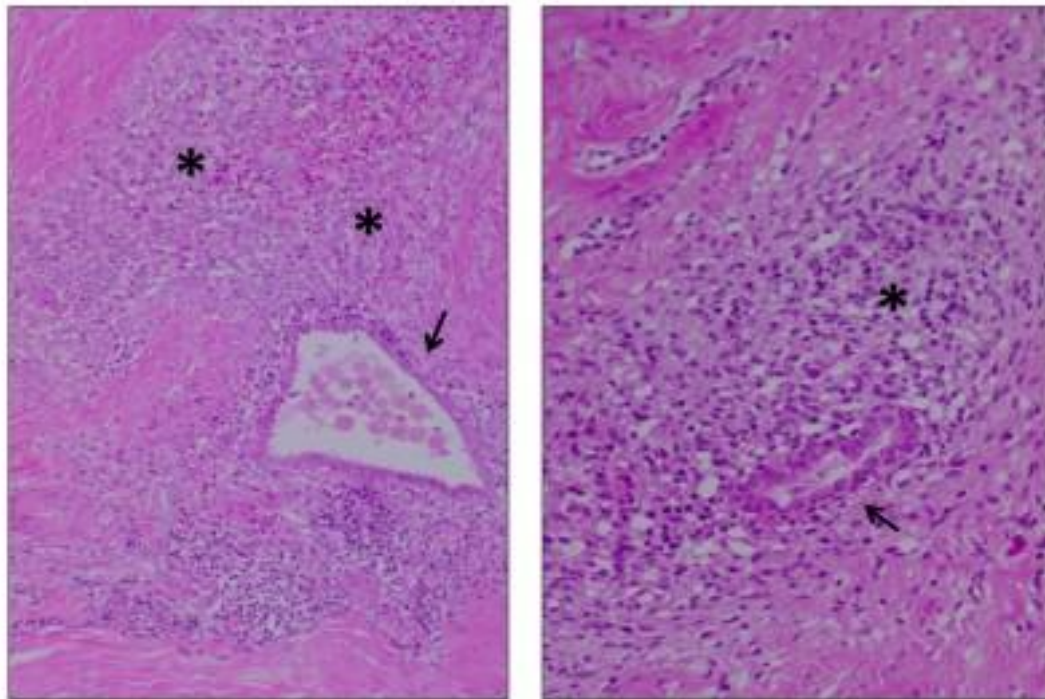


Fig. A e B: Endometriose representada por células estromais (*) e glândulas (setas). HE

DIAGNÓSTICO: BIÓPSIA DO CANAL DE NUCK

- Endometriose envolvendo os tecidos muscular liso e conjuntivo fibroadiposo.
- Ausência de sinais de malignidade.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:



ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA DO CANAL DE NUCK NA PARAÍBA: DESCRIÇÃO TÉCNICA DO MANEJO CIRÚRGICO.

Domiciano et al.

A cirurgia se iniciou com uma laparoscopia diagnóstica. Durante o inventário da cavidade identificamos área nodular na região do orifício interno do canal inguinal direito lateral aos vasos epigástricos inferiores, infiltrando o ligamento redondo direito. Realizada liberação e secção do ligamento redondo e dissecação até sua entrada no canal inguinal. A partir desse momento mudamos para abordagem anterior.

Realizada inguinotomia direita, diérese por planos até a aponeurose do músculo oblíquo externo e identificação do orifício externo do canal inguinal. Abertura do canal inguinal onde identificamos ligamento redondo espessado, nodular, e já liberado do orifício interno previamente. Realizada ressecção em bloco do nódulo junto ao ligamento redondo até sua inserção na região posterior do grande lábio. Peça enviada para exame anatomopatológico. Síntese por planos e finalizado o procedimento.

PROGNÓSTICO

Paciente submetida à ressecção da massa sólida por meio de videolaparoscopia, sob anestesia geral e peridural. Ato cirúrgico e anestésico sem intercorrências. Paciente com bom prognóstico, recebeu alta hospitalar um dia após a cirurgia, sem tratamento complementar. Relata melhora da qualidade de vida, principalmente pela redução da dor pélvica e dos demais sintomas ginecológicos.

REFERÊNCIAS

BAZOT, Marc; LAFONT, Clarisse; ROUZIER, Roman; ROSEAU, Gilles; THOMASSIN-NAGGARA, Isabelle; DARAI, Emile. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. **Fertil Steril.** 2009;92(6):1825-33.



BERKER, Bulent; SEVAL, Murat. Problems with the diagnosis of endometriosis. **Womens Health (Lond)**. 2015;11(5):597-601.

DUNSELMAN, Gaj; et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. **Hum Reprod**. 2014;29(3):400-12.

FARQUHAR, Cynthia. Extracts from the "clinical evidence". Endometriosis. **BMJ**. 2000;320(7247):1449-52.

FASSBENDER, Amelie; BURNEY, Richard; GIUDICE, Linda. Update on biomarkers for the detection of endometriosis. **Biomed Res Int**. 2015;2015:130854.

GIUDICE, Linda. Clinical practice. Endometriosis. **N Engl J Med**. 2010;362(25):2389-98.

KONO, Rei; TERASAKI, Hiroshi; MURAKAMI, Naotaka; TANAKA, Maki; TAKEDA, Jinryou; ABE, Toshi. Hydrocele of the canal of Nuck: a case report with magnetic resonance hydrography findings. **Surg Case Rep**. 2015;1:86.

MANJUNATHA, Yc; BEEREGOWDA, Yc; BHASKARAN, Um. Hidrocele do canal de Nuck: achados de imagem. **Acta radiologica short reports**. vol. 1, n. 3, abril de 2012, pp.1-3

SAMPSON, John. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the pelvic cavity. **Am J Obstet Gynecol**. 1927;14(4):422-69.