

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA (EMC)

IACI LUISA LOPES DE MATTOS

ENDOMETRIOSE TORÁCICA: RELATO DE CASO

RIO DE JANEIRO
2024

IACI LUISA LOPES DE MATTOS

ENDOMETRIOSE TORÁCICA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Área de Concentração: Ginecologia.

Orientador: Dr. Luiz Augusto Giordano

RIO DE JANEIRO
2024

IACI LUISA LOPES DE MATTOS

ENDOMETRIOSE TORÁCICA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e aprovado pela banca examinadora. Área de Concentração: Ginecologia.

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Maria Garcia de Almeida
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Dr. Mario Vicente Giordano
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Margareth Chiharu Iwata da Fonseca
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

À minha amada vovó Adelaide,

Dedico este marco da vida a você que sempre foi meu exemplo de força, amor, resiliência e dedicação. Estou aqui hoje porque você sempre esteve por mim. Honro nossa história na minha caminhada. Sua memória vive comigo a cada passo que dou.

Te encontro em outras vidas.
Com amor e saudades,
Sua neta querida.

AGRADECIMENTOS

A realização desse sonho só é possível por todo o amor, apoio e incentivo dos que caminham ao meu lado.

À minha mãe, que fez e faz de tudo para que eu seja feliz. Vivo esse sonho por nós duas. Ao meu irmão que é meu grande amigo e agora segue meus passos. Amo você. À minha querida avó Adelaide, que me criou e me deu todo o amor do mundo. Minha maior incentivadora. Eu queria que você estivesse aqui.

Ao Gabs, que viveu comigo a faculdade de medicina pela segunda vez, não há palavras suficientes que poderiam demonstrar minha gratidão. Obrigada por ter segurado minha mão e me levantado sempre que precisei. À sua família que me acolheu e torce sempre por mim.

Aos meus amigos, que são alegria nas conquistas e também colo quando a vida pesa. Dividir esses momentos com vocês é um prazer. Às minhas eternas roomies, Vitoria e Carol, obrigada por terem sido minha família fora de casa. Cada choro e riso compartilhado nessa jornada foram essenciais. À Gabi, minha melhor amiga e meu maior exemplo de cuidado. Espero poder um dia retribuir tudo que faz por mim.

Ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, o local onde nasci, onde vi cuidarem com amor da minha avó e onde foi casa pra mim nos últimos 6 anos.

À cada escola que fez parte da minha formação, em especial ao IFRJ, o lugar que me transformou como pessoa e me fez uma estudante melhor.

Aos professores que passaram por mim e fizeram parte do meu crescimento, os admiro muito. Em especial ao meu orientador Luiz, um grande exemplo de profissional. Obrigada pela oportunidade de me guiar nesse trabalho.

À pequena Cici que sonhava em ser médica e nunca desistiu: estamos quase lá.

MATTOS, Iaci Luisa Lopes de. **Endometriose Torácica: Relato de Caso**. 2024. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Escola de Medicina e Cirurgia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

RESUMO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica, benigna, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial caracterizada pela presença de tecido endometrial, incluindo glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina. A doença afeta cerca de 10% das mulheres em idade fértil. A presença de focos endometrióticos pode ocorrer fora da cavidade pélvica em localizações menos usuais, como tórax, sistema nervoso e outros. A endometriose torácica é uma das manifestações extrapélvicas mais comuns e pode acometer diafragma, pleura, pulmão, pericárdio e/ou vias aéreas. As manifestações clínicas são inespecíficas e nem sempre se relacionam com o período catamenial, tornando a suspeição e o diagnóstico desafiadores. O presente relato é um caso de endometriose torácica com presença de focos em diafragma diagnosticados durante laparoscopia para tratamento de endometriose pélvica. O objetivo do estudo é contribuir com conhecimento acerca de uma manifestação incomum para, possivelmente, auxiliar no diagnóstico e tratamento e contribuir para segurança e qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: Endometriose torácica. Endometriose diafragmática.

MATTOS, Iaci Luisa Lopes de. **Thoracic Endometriosis: Case Report**. 2024. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Escola de Medicina e Cirurgia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic, benign, oestrogen-dependent, multifactorial gynecological disease characterized by the presence of endometrial tissue, including gland and/or stroma, outside the uterine cavity. The disease affects about 10% of women of childbearing age. Endometriotic deposits can be found outside the pelvic cavity in less usual locations, such as thorax, nervous system and others. Thoracic endometriosis is one of the most common extrapelvic manifestations and may affect the diaphragm, pleura, lung, pericardium, and/or airways. Clinical manifestations are nonspecific and are not always related to the catamenial period, making suspicion and diagnosis challenging. The present report is a case of thoracic endometriosis with the presence of foci in the diaphragm diagnosed during laparoscopy for treatment of pelvic endometriosis. The aim of the study is to contribute knowledge about an uncommon manifestation to possibly support diagnosis and treatment and contribute to the patient's safety and quality of life.

Keywords: Thoracic endometriosis. Diaphragmatic endometriosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras 1 e 2. Exemplos de endometriose acometendo (1) diafragma e (2) pleura.	12
Figura 3. Teoria da Menstruação Retrógrada.	13

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CVL	Colecistectomia Videolaparoscópica
ESHRE	<i>European Society of Human Reproduction and Embryology</i>
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
LHP	Laudo histopatológico
RNM	Ressonância Magnética
SET	Síndrome da Endometriose Torácica
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA	11
1.2	ETIOPATOGENIA	12
1.3	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	14
1.4	RELEVÂNCIA DO RELATO DE CASO	15
2	OBJETIVOS	16
3	METODOLOGIA	17
4	RELATO DE CASO	18
5	DISCUSSÃO	21
6	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	26
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	29
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definição e Epidemiologia

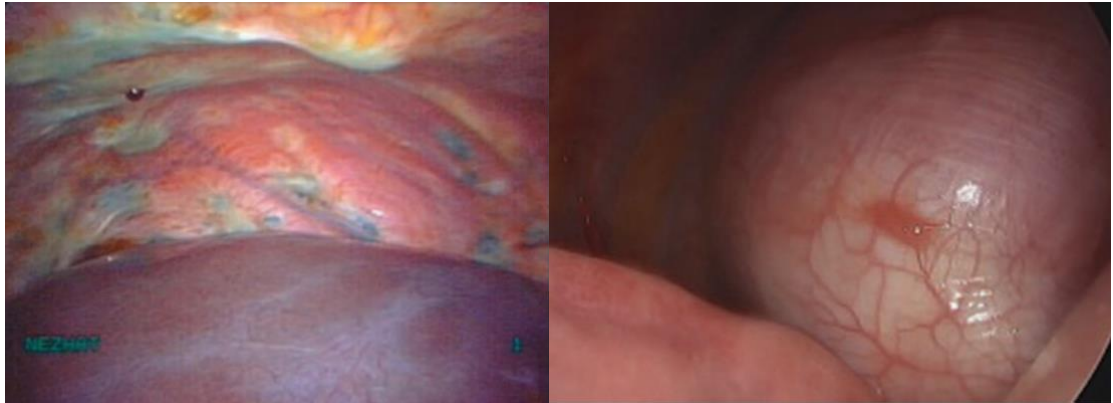
Primeira vez descrita em 1860 por Rokitansky (1,2), a endometriose é uma doença ginecológica crônica, benigna, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial caracterizada pela presença de tecido endometrial, incluindo glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina (2,3). De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), essa patologia possui uma prevalência estimada entre 5 e 10% da população feminina em idade reprodutiva (2). Já em mulheres que sofrem de dor pélvica crônica e infertilidade essa incidência pode aumentar para 30-60% (3). Porém, é difícil determinar com precisão a prevalência e incidência, pois há na literatura uma apresentação muito variada de dados entre os autores, tendo em vista que a doença é frequentemente subdiagnosticada, não possui critérios diagnósticos bem definidos e a confirmação se faz a partir de procedimentos invasivos (2–5).

A endometriose acomete mulheres, principalmente, na faixa etária média entre 25 e 45 anos e pode ser considerada um problema de saúde pública na atualidade (2,6). Devido à dor crônica e infertilidade, a população acometida é impactada negativamente nas esferas: social, familiar, profissional, sexual, psicológica e física. Além disso, existem questões socioeconômicas envolvidas com diagnóstico e tratamento, visto que custos com hospitalização, medicamentos e consultas médicas são altos e a dor crônica pode ocasionar ausência e diminuição da produtividade no ambiente laboral (2,6).

A depender da localização das células endometriais, a doença pode ser categorizada em duas formas: pélvica, a apresentação mais comum, que pode contar com implantes em ovários, trompas, fundo de saco pélvico, ligamento largo e/ou ligamento uterossacro, bexiga e retossigmoide (7); e a forma extrapélvica, a apresentação menos comum e que pode surgir em órgãos torácicos, trato gastrointestinal, sistema nervoso, tecido cutâneo, entre outras localizações (8). Por sua vez, a manifestação torácica, apesar de rara, é uma das mais frequentes dentre as localizações da endometriose extrapélvica (9).

A endometriose torácica caracteriza-se pela presença de tecido endometrial ectópico em pleura, pulmão, vias aéreas, pericárdio e/ou diafragma (7). Essa patologia foi descrita primeiramente em 1912 por Hart como uma causa de lesões pulmonares (10). Mais especificamente, o acometimento diafragmático foi descrito pela primeira vez por Brews em 1954 (8,11), desde então encontram-se descrições de acometimento torácico da doença na literatura (10).

Figuras 1 e 2. Exemplos de endometriose acometendo (1) diafragma e (2) pleura.



Fonte: Nezhat, 2019 (12).

Atualmente acredita-se que a endometriose torácica seja uma manifestação da progressão da endometriose, evidenciada pela observação epidemiológica de aumento da média de idade do início dos sintomas para 35 anos e a correlação com a manifestação pélvica. Embora possa ocorrer de forma isolada, é usualmente associada a um acometimento pélvico e abdominal extenso (12). Outra explicação para a idade avançada dessa apresentação atípica é a frequência com que a doença é subdiagnosticada devido aos seus sintomas inespecíficos, que muitas vezes não revelam a complexidade e necessidade de investigação, principalmente porque os pacientes em geral buscam os serviços de pronto atendimento ou de cirurgia torácica para resolução dos sintomas agudos (13).

Por fim, a literatura sobre a endometriose torácica apresenta-se escassa, com poucos protocolos e diretrizes que citam essa manifestação da doença e com muitas divergências entre os autores, tornando a identificação e manejo ainda mais desafiadores (13).

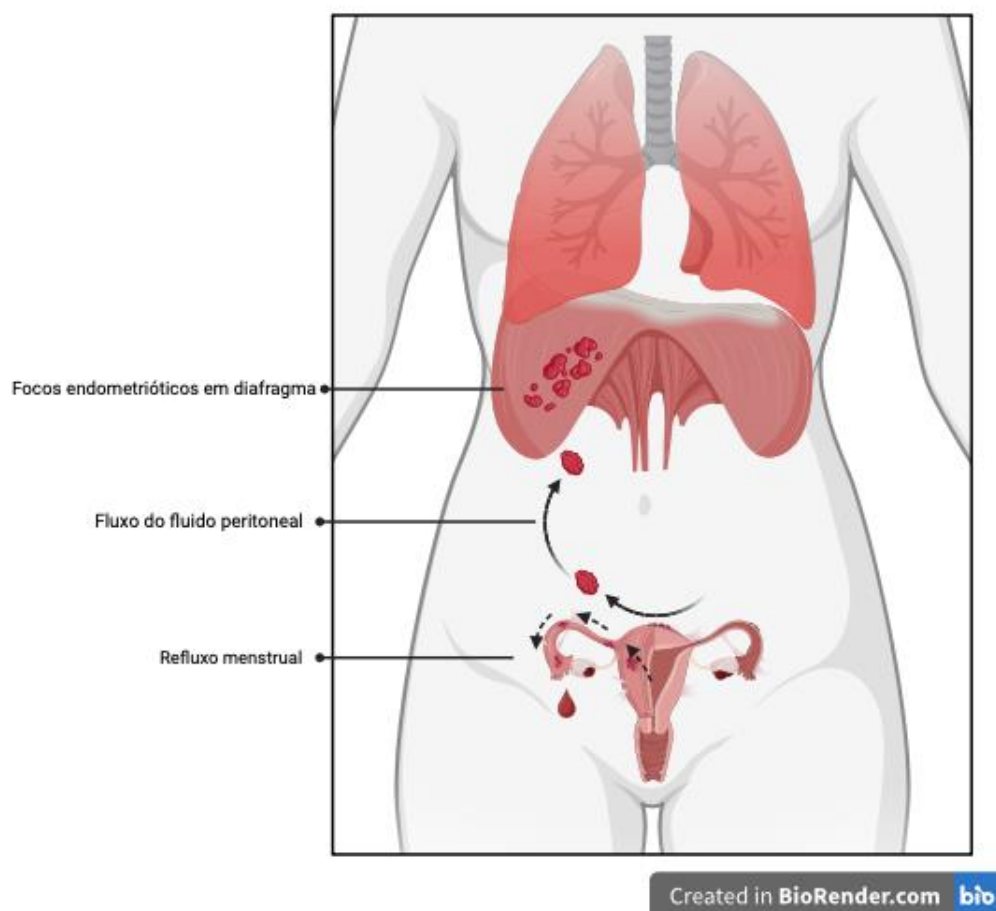
1.2 Etiopatogenia

A etiologia da doença ainda hoje é muito controversa e segue questionável. Múltiplas teorias foram propostas a fim de explicá-la e há a discussão sobre a existência de uma origem única ou origens distintas para as suas diferentes apresentações (2). Entre as teorias mais aceitas estão a menstruação retrógrada, metaplasia celômica, disseminação linfática ou hematogênica, restos müllerianos embrionários e recrutamento de células tronco (14). Outras teorias já foram postuladas e novas teorias vêm sendo estudadas na tentativa de compreender a origem da patologia com a finalidade de melhorar a abordagem terapêutica (14). Fatores como genética, epigenética, mecanismos imunológicos e microbiota são alguns exemplos de possíveis explicações para a patogênese da doença (7).

Atualmente, dentre as teorias existentes para explicar a etiologia da endometriose torácica, nenhuma sozinha é capaz de explicar todas suas manifestações. Sendo assim, a doença provavelmente possui etiologia multifatorial (12).

Primeiramente, a teoria da menstruação retrógrada, proposta por Sampson há um século (15), é a mais reconhecida e aceita até hoje. Essa teoria argumenta sobre a implantação ectópica de células endometriais provenientes do refluxo menstrual através das tubas uterinas para a cavidade abdominal, causando adesão e crescimento de endometriose nas estruturas acometidas. Essa teoria considera a capacidade de autotransplantação e proliferação dessas células (14). Apesar de existirem algumas evidências que não sustentam essa teoria, ela explica em parte a ocorrência da endometriose torácica. O transporte de células endometriais viáveis seguiria o padrão de circulação do fluido peritoneal no sentido horário, seguindo o fluxo do lado esquerdo da pelve até o espaço subfrenico direito, ficando retido ali devido ao ligamento falciforme e consequentemente favorecendo a implantação das células no local (11).

Figura 3. Teoria da Menstruação Retrógrada.



Fonte: Criado pelo autor em BioRender.com

Dessa forma, o padrão de manifestação hemidiafragmática e torácica à direita seria explicado, enquanto a manifestação em pleura e pulmão poderiam ser esclarecidos pela passagem transdiafragmática dessas células, tanto por defeitos congênitos quanto por defeitos adquiridos. Os defeitos adquiridos poderiam ser explicados pela própria manifestação da endometriose, que produziria lesões circulares no diafragma por erosão cíclica (10,16,17).

Em outra perspectiva, a teoria da metaplasia celômica levanta a hipótese de células da pleura e peritônio sofrerem metaplasia se transformando em células endometriais após exposições prolongadas ao estrogênio, levando em consideração que esses tecidos e o endométrio compartilham a mesma origem embriológica (14,17).

Por último, outra teoria propõe a disseminação linfática e hematogênica de células endometriais, sendo capaz de explicar a presença de endometriose intrapulmonar e em outras localizações extrauterinas (10).

1.3 Manifestações Clínicas

A apresentação clínica da endometriose torácica engloba um largo espectro da doença e pacientes podem apresentar mais de uma manifestação ou se revelar assintomáticos. O local acometido vai ser responsável pela sintomatologia apresentada e geralmente o hemitórax direito é mais comumente envolvido do que o esquerdo (18). As manifestações podem ou não ser catameniais e o conceito “catamenial” refere-se à ocorrência dos sintomas tipicamente entre 24 horas antes e 72 horas depois do início da menstruação (19).

O termo “Síndrome da Endometriose Torácica” (SET) é usado para agrupar uma série de manifestações clínicas e radiológicas decorrentes da presença de tecido endometrial intratorácico (20). A seguir serão relatados os achados descritos inicialmente por Joseph em 1996 e posteriormente reformulado por Bobbio em 2017, chamando-a de definição expandida da Síndrome da Endometriose Torácica (21):

- a. Pneumotórax catamenial e não catamenial: é a manifestação clínica mais comum, ocorrendo em aproximadamente 70% dos casos. Os sintomas compreendem dor torácica e dispneia (19). A fisiopatologia do pneumotórax explica-se pela passagem de ar proveniente do trato genital através das fenestrações diafragmáticas (14).
- b. Hemotórax catamenial
- c. Hemoptise catamenial: resulta da presença de tecido endometrial endobrônquico (19).

- d. Nódulos pulmonares: não é a apresentação mais comum e podem ser assintomáticos. Em tomografia computadorizada (TC) podem aparecer de diferentes tamanhos e formatos dependendo da sua relação temporal com o ciclo menstrual (19).
- e. Ruptura diafragmática/Hérnia diafragmática relacionada a endometriose: pode ser considerada uma evolução das lesões da endometriose diafragmática em que a ruptura pode levar a herniação de órgãos abdominais para a cavidade torácica (21).
- f. Efusão pleural catamenial
- g. Dor torácica catamenial: percebida como um dor visceral profunda localizada no hipocôndrio e hemitórax inferior, que pode irradiar para o ombro (21).

Enfim, além dos sintomas torácicos, deve-se levar em consideração que ao menos 50% dos casos de endometriose torácica também cursam com endometriose pélvica (22). Dessa forma, essas pacientes também podem manifestar sintomas como dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, alterações intestinais e/ou urinárias cíclicas e infertilidade (2).

1.4 Relevância do Relato de Caso

A endometriose torácica é uma doença incomum, de manifestação complexa e variada, diagnóstico de suspeição e tratamento que não conta com protocolos ou diretrizes definidas. A dificuldade diagnóstica, atraso no início do tratamento e desconhecimento pelos profissionais da saúde podem acarretar consequências graves na vida de pacientes acometidas pelas manifestações dessa patologia.

Nesse contexto, tornam-se desejáveis a realização de mais trabalhos, como o presente relato, sobre seus sintomas, manejo e desfecho que possam gerar dados úteis para, eventualmente, fomentar mais conhecimento ou conscientização sobre o tema e, possivelmente, ajudar a gerar maior segurança e qualidade de vida às pacientes.

2 OBJETIVOS

Relatar um caso clínico de endometriose torácica, perpassando por suas manifestações clínicas, condutas diagnósticas e manejo do quadro.

Contribuir com conhecimento acerca de aspectos de uma doença ainda pouco compreendida, de difícil diagnóstico e grande impacto na qualidade de vida de muitas pessoas.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo descritivo do tipo relato de caso, que visa a descrição e melhor entendimento de uma doença inusitada. A seleção do caso clínico obedeceu aos seguintes critérios: paciente do sexo feminino diagnosticada com endometriose torácica acompanhada pelo serviço de ginecologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

A descrição da história clínica e suas particularidades foi realizada através da coleta de dados do prontuário médico de forma retrospectiva, além de entrevista com a paciente e exames e imagens obtidas durante os procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Para tal, o estudo está em conformidade com as diretrizes e normas regulamentares das resoluções nº 466 de dezembro de 2012 e nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, o projeto de pesquisa foi submetido para avaliação e aprovado (anexo A) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG antes do início da obtenção das informações, bem como a concordância da participação pela participante da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B).

Além disso, para fomentar a discussão e elucidar o tema proposto, foi elaborada uma revisão bibliográfica a partir da busca de artigos nas plataformas de base de dados SciELO, MEDLINE, PubMed e Google Scholar nas línguas portuguesa e inglesa, além da busca de guidelines e publicações das sociedades de ginecologia. A bibliografia foi selecionada de acordo com sua relevância para o tema.

4 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino 29 anos, negra, nuligesta. Encaminhada ao serviço de ginecologia do HUGG em 2021 devido a dor intensa em hipogástrio, flanco direito, membros inferiores direito e esquerdo, ombro direito, hipocôndrio direito, dor em região anal ao evacuar e urinar e dispneia aos médios esforços que coincidia com o período menstrual. Além disso, também relatava constipação intestinal iniciada há 2 anos e dispareunia. O quadro teve início há pelo menos 6 anos, quando já buscava atendimento médico em unidade de pronto atendimento para alívio da dor.

Menarca aos 15 anos, com menstruação regular de 4 dias de duração. Nuligesta, manifestava desejo de gestar. Negava alergias, comorbidades e medicações de uso contínuo. Apresentava em história patológica pregressa diagnóstico prévio de endometriose pélvica e cirurgia para ressecção de focos endometrióticos em julho de 2018, resultando também em apendicectomia e salpingooforectomia à direita. Laudo de alta hospitalar descreveu: endometrioma de ovário direito rompido, focos em útero, peritônio, apêndice e ceco.

Em tomografia computadorizada (TC) de pelve, realizada anteriormente à intervenção, demonstrou-se: pequena quantidade de líquido livre na pelve, formação hipodensa de paredes finas com realce periférico pelo meio de contraste localizada na região anexial direita medindo 4,1 cm e outra imagem de aspecto semelhante em adjacência a mesma medindo 2,3 cm. Além disso, apêndice cecal de paredes espessadas, com borramento da gordura mesentérica em adjacência medindo até 9,5 mm de espessura.

O laudo histopatológico de julho de 2018 (LHP) revelou: Apendicite aguda leve, com mucosa preservada, paredes com infiltrado inflamatório leucocitário e congestão vascular. Endometrioma ovariano apresentando cisto revestido por células colunares, sobre paredes com áreas de hemorragia, depósitos de hemossiderina em células histiocitárias, além de raras glândulas endometriais. Tuba exibindo paredes com edema, vasos congestos e discreto infiltrado mononuclear.

Em 2021, foi referenciada ao serviço de ginecologia do HUGG apresentando os sintomas descritos anteriormente. O exame físico geral não revelou alterações dignas de nota. No exame especular apresentou colo róseo, orifício puntiforme e leucorreia fisiológica. Além disso, evidenciou-se nodulação de cerca de 1 cm em região vesicouterina e nodulação de 1-1,5 cm em fórnix vaginal posterior, ambas dolorosas ao toque. Colo de útero sem alterações ao toque e indolor à mobilização. Foram solicitados novos exames de imagem para melhor avaliação do quadro.

Realizou ressonância magnética (RNM) de pelve em fevereiro de 2021 que evidenciou sinais de endometriose profunda dos compartimentos anterior e posterior, com comprometimento dos ligamentos redondos e uterossacro esquerdo, fórnix vaginal posterior, paracolpo e reto médio. Pequeno foco de sangramento no ovário esquerdo, sugestivo de foco endometriótico. Pequena/moderada quantidade de líquido na cavidade pélvica, com finas septações de permeio. Além disso, a possibilidade de endometriose peritoneal não pôde ser afastada.

Também realizou TC de tórax em julho de 2021 que não demonstrou alterações significativas. Além disso, realizou TC de abdome e pelve com o seguinte resultado: Vesícula biliar com pequeno cálculo, sem dilatação das vias biliares. Espessamento tecidual de partes moles adjacente à região capsular do segmento VI hepático, estendendo-se à parede abdominal posterior, fazendo discreto contato com a região perirrenal, medindo aproximadamente 1,9 x 1,6 cm (axiais). Formação arredondada de baixa densidade na região anexial esquerda, medindo 2,4 cm.

Após discussão com a equipe médica, foi iniciado dienogeste 2 mg e agendada laparoscopia ginecológica associada a colecistectomia videolaparoscópica (CVL). Ao retornar para reavaliação e preparo pré-operatório, não demonstrou melhora significativa da dor pélvica com uso de dienogeste, portanto, devido a não resolução dos sintomas com o tratamento clínico, dor de forte intensidade, desejo de gravidez e achados nos exames de imagem, optou-se por prosseguir com o tratamento cirúrgico.

Foi realizada a laparoscopia ginecológica em agosto de 2021, sendo descrita em boletim operatório ressecções de lesões endometrióticas em ambos os ligamentos redondos, útero sacro esquerdo, peritônio da fossa ovariana esquerda e porção proximal do paramétrio e paracolpo esquerdo. Além disso, foi realizada ressecção discoide de lesão de reto com grameador circular intraluminal de 31 mm, ressecção de aderências na cápsula hepática e fulguração com bipolar em parede anterior abdominal e diafragma. Em mesmo ato cirúrgico também foi realizado CVL. Focos endometrióticos foram encontrados em diafragma durante inventário de cavidade, porém não puderam ser totalmente resolvidos devido a extensão da lesão e possível necessidade de colaboração com a equipe de cirurgia torácica.

O resultado do LHP de agosto de 2021 revelou endometriose comprometendo parede vaginal, ligamento largo esquerdo, peritônio e parede retal. Adenomiose em parede uterina anterior, além de colecistite crônica.

Em seguimento ambulatorial imediato, paciente relatou melhora significativa da sintomatologia. Optou-se por manter uso de dienogeste, já que não planejava engravidar no

momento. Durante o período de janeiro de 2022 e abril de 2022 interrompeu o uso da medicação por conta própria. Em consulta de abril de 2022, pactuou-se manter sem a medicação, pois não apresentava sintomas.

Em consulta de outubro de 2022, paciente relata dismenorreia e dor em hipocôndrio direito de forte intensidade durante período menstrual de julho de 2022. Reiniciou dienogeste por conta própria em agosto do mesmo ano, porém manteve queixas de dor. Devido ao quadro, foram solicitados novos exames de imagem e encaminhamento para cirurgia torácica.

Paciente retorna, em dezembro de 2022, com piora de dor em hipocôndrio direito, fossa ilíaca direita e membro inferior direito. Foi sugerida a troca de medicação por acetato de leuprorrelina e associação com a amitriptilina. Porém, em consulta de maio de 2023 paciente não havia seguido as orientações e manteve uso de dienogeste referindo melhora da dor no período.

Em RNM de pelve e abdome realizada em abril de 2023 observou-se imagens irregulares com sinal hipointenso em T2 e com focos de sangramento de permeio situadas na porção anterior do espaço subfrênico à direita, junto à superfície hepática dos segmentos VIII/IV e na topografia do espaço sub-hepático posterior direito (hepatorrenal), sugestivos de focos de endometriose profunda. Pequenos focos hemáticos na porção lateral esquerda deste ovário, podendo representar pequenos endometriomas.

Durante o acompanhamento, a paciente relatou questões relacionadas à saúde mental em praticamente todas as consultas. Devido à dor crônica, a endometriose teve forte impacto em sua vida sexual, no ambiente de trabalho, na realização das tarefas diárias e de atividades físicas. Não iniciou tratamento psiquiátrico ou psicológico no período e não refere mudanças no estilo de vida.

Apesar do quadro clínico, no momento, a paciente não deseja reabordagem cirúrgica. O seguimento ambulatorial será mantido para acompanhamento do caso.

5 DISCUSSÃO

A clínica da endometriose torácica se apresenta muito variável, incluindo a possibilidade de pacientes assintomáticas. O achado mais comum é o pneumotórax catamenial, aparecendo em 80% das pacientes, seguido de hemotórax catamenial, hemoptise catamenial e nódulos pulmonares (12).

Além disso, alguns autores reportam o acometimento diafragmático como uma entidade individual com sintomas característicos, podendo ser apresentado em associação com a endometriose torácica. A prevalência estimada é de 1 a 1,5% dentro dos casos de endometriose (23). De acordo com Ceccaroni (2021), 70% dos casos podem se apresentar assintomáticos. Em pacientes sintomáticos, os sinais e sintomas são: dor referida em ombro direito, dor torácica, dor em quadrante abdominal superior direito e a SET (23–25). Os sintomas algicos podem ser explicados pela distribuição anatômica do nervo frênico e por sua estimulação sensitiva durante a ativação dos focos endometriais diafragmáticos (8). A gravidade dos sintomas varia de acordo com a localização e profundidade das lesões (26). Esses sintomas podem se apresentar de forma cíclica ou não (20). Algumas condições graves associadas a endometriose diafragmática se relacionam à possibilidade de expansão das fenestrações no diafragma, como a herniação de órgãos abdominais (26).

A paciente do caso apresentava sintomas como dor cíclica em ombro direito e em quadrante superior direito de abdome, concomitantes com a doença pélvica, configurando uma suspeita forte da presença da SET.

O diagnóstico da endometriose torácica permanece sendo um desafio, tendo em vista suas características inespecíficas e apresentações variadas. Portanto, a suspeição clínica possui grande relevância diagnóstica. Em consultas ginecológicas com suspeita e/ou diagnóstico prévio de endometriose pélvica devem ser avaliadas sistematicamente localizações extra pélvicas, já que muitas pacientes podem não correlacionar os sintomas à endometriose (23,27). De modo semelhante, mulheres que apresentam, por exemplo, pneumotórax recorrente ou dor torácica catamenial devem ser questionadas sobre endometriose pélvica. A ausência dessa indagação pode levar a atrasos diagnósticos e possivelmente a um agravamento da doença (27).

Exames complementares, como ultrassonografia abdominal, radiografia do tórax, tomografia computadorizada, ressonância magnética e broncoscopia podem ser utilizados para auxiliar na caracterização da doença, porém a ausência de achados não permite descartar a hipótese e a realização desses exames não é obrigatória (8). Consequentemente, a avaliação do diafragma em abordagens cirúrgicas da manifestação pélvica se torna essencial (28). Na

paciente do estudo, o inventário completo da cavidade abdomino-pélvica no intraoperatório evidenciou extensas lesões diafragmáticas.

Aspectos da SET na TC são pouco específicos, porém esse exame permanece como primeira linha já que é capaz de descartar diagnósticos diferenciais e mapear as lesões para cirurgia se necessário. A correlação da TC com a clínica pode auxiliar na definição diagnóstica. Por outro lado, a RNM é capaz de caracterizar melhor os focos hemorrágicos e apresenta maior sensibilidade (entre 78% e 83%) em relação a TC, apesar de também apresentar algumas desvantagens (27,29). Esses métodos de imagem apresentam melhor desempenho quando realizados durante o período menstrual ao comparar com as imagens previamente realizadas em outras fases do ciclo (12,29).

O método “padrão-ouro” para diagnóstico é a visualização direta das lesões, realizada através de procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos, tanto pela abordagem laparoscópica abdominal quanto pela toracoscopia vídeo assistida (8,12,19). A avaliação do diafragma por videolaparoscopia deve ser feita em posição de Trendelenburg reversa com afastamento do fígado para uma melhor visualização (12,22,30). A inspeção da parte posterior do diafragma é importante, visto que ali se localizam as lesões maiores e mais invasivas (22).

A visualização de focos endometrióticos se apresentam geralmente como lesões pretas, azuis ou roxo-avermelhadas. Entretanto, existe uma grande variedade morfológica de lesões, como lesões vesiculares claras, lesões brancas fibróticas e aderências hepáticas (12). Por fim, amostras teciduais obtidas durante procedimentos cirúrgicos podem ser enviadas para análise histológica e imuno-histoquímica (19).

A suspeita diagnóstica do presente caso se iniciou com a investigação clínica. Somado a isso, os exames de imagem realizados no pré-operatório (TC e RNM) não foram conclusivos, evidenciando a importância do entendimento desta patologia pelos profissionais de saúde. Deve-se levar em consideração alguns fatores: o atendimento foi realizado em um centro terciário especializado de referência em infertilidade, proporcionando uma investigação mais direcionada; a limitação do sistema de saúde público para realização dos exames diagnósticos durante o período menstrual, havendo maior risco da não identificação de lesões; e avaliação desses exames por um radiologista não especializado em endometriose.

A endometriose diafragmática foi confirmada após inspeção da região abdominal superior durante a laparoscopia para tratamento dos focos pélvicos. A investigação do diafragma é indicada para toda paciente submetida a videolaparoscopia para tratamento da manifestação pélvica, sobretudo com a apresentação clínica e a confirmação prévia de endometriose pélvica.

O tratamento da endometriose torácica deve ser individualizado considerando uma série de fatores únicos de cada paciente, incluindo os sintomas apresentados (6,31). O manejo da doença consiste inicialmente na resolução das suas manifestações secundárias, como por exemplo o pneumotórax, que pode necessitar de uma drenagem torácica em selo d'água e um acompanhamento pós-operatório da função ventilatória (31).

Embora a literatura careça de protocolos padronizados de tratamento para a endometriose torácica, podemos nos guiar pela visão da literatura atual. Nesse contexto, podemos dividir a abordagem terapêutica da endometriose torácica em clínica, cirúrgica ou uma combinação de ambas (6).

O tratamento clínico, assim como na endometriose pélvica, consiste no bloqueio hormonal, seja pela supressão da atividade ovariana ou pela ação direta nos receptores dos esteróides. Portanto, o objetivo final é inibir a proliferação do tecido endometrial ectópico (12). De acordo com o guideline de endometriose mais recente da *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) essas medicações incluem: progestágenos, anti-progestágenos, contraceptivos orais combinados, agonistas e antagonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), sistema intrauterino de levonorgestrel, danazol e inibidores de aromatase (32). Ademais, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais são amplamente utilizados para controle da dor apesar da baixa evidência científica (32).

Além disso, a abordagem cirúrgica se faz necessária em situações emergenciais ou de tratamento clínico insatisfatório. A cirurgia é indicada também para casos de mulheres muito sintomáticas que possuem o desejo de concepção nos quais a supressão hormonal deve ser interrompida e quando a qualidade de vida é afetada pela dor (31). As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são a videolaparoscopia e a toracoscopia vídeo-assistida (8).

O tratamento de lesões no tórax pode ser realizado pela toracoscopia vídeo-assistida e diversas técnicas são implementadas dependendo da localização, características e profundidade dos implantes. Como exemplo, a fulguração dos focos superficiais e até lobectomia no caso de nódulos pulmonares e lesões mais profundas. A pleurodese também corresponde a uma intervenção alternativa em casos de pneumotórax recorrente (12).

Nas lesões diafragmáticas, pode ser necessária uma abordagem em conjunto da equipe da cirurgia torácica e da cirurgia ginecológica. A abordagem do diafragma pode ser realizada através de laparoscopia e da toracoscopia vídeo assistida (8). O objetivo do tratamento cirúrgico é alcançar a ressecção completa da doença e o alívio dos sintomas. Dito isso, lesões que acometem toda a espessura do diafragma se beneficiariam dessa abordagem combinada (12).

Em casos em que se encontram fenestrações diafragmáticas, o fechamento dessas irregularidades é realizado utilizando sutura, grampeadores ou até mesmo retalhos (10,25).

De forma complementar, o uso da terapia hormonal em pós-operatório tem o objetivo de diminuir o risco de recorrência da doença (32).

Por fim, uso de terapias complementares e abordagem multidisciplinar devem ser consideradas com a finalidade de reduzir a dor e melhorar qualidade de vida, especialmente para mulheres com dor pélvica crônica. Portanto, medidas como fisioterapia, psicoterapia, nutrição, exercícios físicos, reflexologia e encaminhamento para clínica da dor podem ser adotadas e indicadas quando necessárias (6).

A intervenção realizada no caso em questão tinha como objetivo principal o alívio dos sintomas pélvicos, tendo em vista que a paciente apresentava dor refratária ao uso de tratamento farmacológico e apresentava o desejo de gestar. Considerando a extensão da lesão em região posterior de diafragma e as dificuldades técnicas para realizar a ressecção completa da doença, decidiu-se por uma segunda abordagem concomitante com a cirurgia torácica. Entretanto, o uso da medicação após a cirurgia foi suficiente para cessar a sintomatologia por alguns meses.

Notou-se recorrência dos sintomas após 5 meses em associação com interrupção do tratamento medicamentoso. Imagens de RNM de abdome e pelve no acompanhamento pós-cirúrgico evidenciaram focos endometrióticos em região diafragmática. Além disso, apresentou sintomas sugestivos de SET (dor em hipocôndrio e ombro direito). Entretanto, apesar de haver indicação, a paciente manifestou desejo de não realizar um novo procedimento.

O tratamento ambulatorial será mantido para controle dos sintomas e o encaminhamento para realização de terapias complementares é de extrema importância nesse caso. Em contrapartida, deve-se levar em consideração a dificuldade do acesso dessas terapias no sistema de saúde público e o impacto disso na vida da paciente.

6 CONCLUSÃO

A endometriose torácica é um subtipo de apresentação clínica de difícil manejo e com abordagem terapêutica complexa. É necessário que os ginecologistas e outros especialistas mantenham alto grau de suspeição dessa entidade clínica.

O presente relato demonstrou como a doença pode impactar na qualidade de vida das pacientes e demonstra que a cirurgia em pacientes sintomáticas pode ser uma abordagem terapêutica eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Hudelist G, Keckstein J, Wright JT. The migrating adenomyoma: past views on the etiology of adenomyosis and endometriosis. *Fertil Steril*. 2009;92(5):1536–43.
2. Fernandes CE, Silva de Sá MF, organizadores. *Tratado De Ginecologia Febrasgo*. 1 ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER; 2019.
3. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose [Internet]. Brasil: Secretaria de Atenção à Saúde; jul 12, 2016. Disponível em: www.saude.gov.br/sas.
4. Quida Salles Pereira Primo W, José Silva Corrêa F, Pierre Barguil Brasileiro J, organizadores. *Manual de Ginecologia*. 2 ed. Brasília: Editora Luan Comunicação; 2017.
5. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: Epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004;18(2):177–200.
6. Oliveira CB de, Souza DR de, Costa MC da, Cotta LC, Oliveira LPB de. Abordagem da endometriose - uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024;7(3):e69404.
7. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, Zarogoulidis P, Kouroutou P, Tsiamis N, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol*. 2013;8(194).
8. Viguera Smith A, Cabrera R, Kondo W, Ferreira H. Diaphragmatic endometriosis minimally invasive treatment: a feasible and effective approach. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2021;41(2):176–86.
9. Domiciano CB, Camilo Neto G, Felipe DH de CN, Maia AC, Costa Filho A, Oliveira DCN de, et al. Endometriose torácica: uma revisão bibliográfica. *E-Acadêmica*. 2022;3(3):e1633291.
10. Azizad-Pinto P, Clarke D. Thoracic endometriosis syndrome: case report and review of the literature. *Perm J*. 2014;18(3):61–5.
11. Pagano F, Schwander A, Vaineau C, Laura K, Nirgianakis K, Imboden S, et al. True Prevalence of Diaphragmatic Endometriosis and its Association with Severe Endometriosis: a Call for Awareness and Investigation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2023;00(00)
12. Nezhat C, Lindheim SR, Backhus L, Vu M, Vang N, Nezhat A, et al. Thoracic endometriosis syndrome: A review of diagnosis and management. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2019;23(3).
13. Ciriaco P, Muriana P, Lembo R, Carretta A, Negri G. Treatment of Thoracic Endometriosis Syndrome: A Meta-Analysis and Review. *Ann Thorac Surg*. 2022;113:324–36.

14. Signorile PG, Viceconte R, Baldi A. New Insights in Pathogenesis of Endometriosis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:879015.
15. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 1927;14(4):422–69.
16. Alifano M, Trisolini R, Cancellieri A, Regnard JF. Thoracic endometriosis: Current knowledge. *Annals of Thoracic Surgery*. fevereiro de 2006;81(2):761–9.
17. Chen C, Zhai K, Tang Y, Qu W, Zuo J, Ke X, et al. Thoracic endometriosis: A case report and review of the literature. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):3500–3.
18. Sharma N, Todhe P, Ochieng P, Ramakrishna S. Refractory thoracic endometriosis. *BMJ Case Rep*. 2020;13(8).
19. Kanth Velagapudi R, Egan III JP. Thoracic Endometriosis: a Clinical Review and Update of Current and Evolving Diagnostic and Therapeutic Techniques. *Curr Pulmonol Rep*. 2021;10:22–9.
20. Larraín D, Suárez F, Braun H, Chapochnik J, Diaz L, Rojas I. Thoracic and diaphragmatic endometriosis: Single-institution experience using novel, broadened diagnostic criteria. *Journal of the Turkish German Gynecology Association*. 2018;19(3):116–21.
21. Bobbio A, Canny E, Mansuet Lupo A, Lococo F, Legras A, Magdeleinat P, et al. Thoracic Endometriosis Syndrome Other Than Pneumothorax: Clinical and Pathological Findings. *Annals of Thoracic Surgery*. 2017;104(6):1865–71.
22. Soares T, Oliveira MA, Panisset K, Habib N, Rahman S, Klebanoff JS, et al. Diaphragmatic endometriosis and thoracic endometriosis syndrome: A review on diagnosis and treatment. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2022;43(2):137–43.
23. Ganesan PR, Kang D, Khan Z, Milteer HB. Diaphragmatic Endometriosis Presenting as Recurrent Catamenial Pneumothorax: A Case Report. *Cureus*. 2023;15(9).
24. Naem A, Andrikos A, Constantin AS, Khamou M, Andrikos D, Laganà AS, et al. Diaphragmatic Endometriosis—A Single-Center Retrospective Analysis of the Patients' Demographics, Symptomatology, and Long-Term Treatment Outcomes. *J Clin Med*. 2023;12(20).
25. Ceccaroni M, Roviglione G, Farulla A, Bertoglio P, Clarizia R, Viti A, et al. Minimally invasive treatment of diaphragmatic endometriosis: a 15-year single referral center's experience on 215 patients. *Surg Endosc*. 2021;35(12):6807–17.
26. Kaveh M, Tahermanesh K, Mehdizadeh Kashi A, Tajbakhsh B, Mansouri G, Sadegi K. Endometriosis of diaphragm: A case report. *Int J Fertil Steril*. 2018;12(3):263–6.
27. Wetzel A, Philip CA, Golfier F, Bonnot PE, Cotte E, Brichon PY, et al. Surgical management of diaphragmatic and thoracic endometriosis': A French multicentric descriptive study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021;50(8).

28. Nezhat C, Seidman DS, Nezhat F, Nezhat C, Nezhat S. Laparoscopic surgical management of diaphragmatic endometriosis. *Fertil Steril*. 1998;69(6).
29. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, Mansuet-Lupo A, Buy JN, Revel MP. Thoracic endometriosis syndrome: CT and MRI features. *Clin Radiol*. 2014;69(3):323–30.
30. Nezhat C, Nicoll LM, Bhagan L, Huang JQ, Bosev D, Hajhosseini B, et al. Endometriosis of the Diaphragm: Four Cases Treated with a Combination of Laparoscopy and Thoracoscopy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(5):573–80.
31. Santos KAS, Godoy LF de, Teixeira L de J de S, Diniz VGB, Malta ÁL da S, Pacheco MCS, et al. Revisão narrativa: desafios diagnósticos da endometriose torácica. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024;7(3):e69654.
32. ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [Internet]. fev 2, 2022. Disponível em: www.eshre.eu/guidelines

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ENDOMETRIOSE TORÁCICA: RELATO DE CASO

Pesquisador: Luiz Augusto Giordano

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80748424.0.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.915.479

Apresentação do Projeto:

A endometriose torácica é uma doença incomum, de manifestação complexa e variada, diagnóstico de suspeição e tratamento que não conta com protocolos ou diretrizes definidas.

Por tratar-se de uma doença incomum há dificuldade diagnóstica, atraso no início do tratamento, e desconhecimento pelos profissionais da saúde que pode acarretar consequências na vida de pacientes acometidas por manifestações graves. Nesse sentido faz-se necessário maiores estudos sobre essa doença.

Trata-se de um estudo de caso realizado serviço de ginecologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). P

Será realizado para o estudo: coleta de dados que consistirá em revisão do prontuário médico, apresentação da história clínica e suas particularidades, entrevista com a paciente e exames e imagens obtidas durante os procedimentos diagnósticos e cirúrgicos

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo são:

- (a) relatar um caso clínico de uma paciente do sexo feminino com diagnóstico de endometriose torácica acompanhada pelo serviço de ginecologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).
- (b) realizar uma revisão da literatura sobre o caso relatado.

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO**



Continuação do Parecer: 6.915.479

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram descritos com clareza.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema do estudo é relevante por tratar-se de doença incomum e haver poucos estudos na literatura.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados através da plataforma.

No TCLE que no paragrafo 4, última linha há frase: "É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa". Sugere-se que a frase seja reformulada, pois a palavra "indenização" pode dar a conotação de remuneração.

Recomendações:

Sugere-se que a frase "É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa" seja retirada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2344687.pdf	10/06/2024 17:56:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Endometriose_Toracica.docx	10/06/2024 17:54:37	IACI LUISA LOPES DE MATTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	IaciLuisaLopesDeMattosProjetoTCC.docx	10/06/2024 17:27:15	IACI LUISA LOPES DE MATTOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	10/06/2024 17:08:22	IACI LUISA LOPES DE MATTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5177 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cep.hugg@unirio.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.915.479

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Junho de 2024

Assinado por:
Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisadores: Luiz Augusto Giordano e Iaci Luisa Lopes de Mattos
Telefone para contato: (21) 99802-7976 e (21) 996426522
E-mail para contato: luagiordano@gmail.com e iacilopesdemattos@gmail.com

Prezado (a) participante, você está sendo convidado a participar do trabalho de conclusão de curso denominado **“Endometriose Torácica: Relato de Caso”**. Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Será fornecido a qualquer momento, antes e no decorrer da pesquisa, todos os esclarecimentos necessários relacionados ao estudo.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em seu prontuário médico no ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato. Se aceitar participar, contribuirá para um maior conhecimento acerca da endometriose torácica. Os dados serão utilizados no Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UNIRIO e ficarão sob guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital, mantendo o anonimato.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais e não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Sua participação é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo sem nenhum prejuízo ao seu tratamento. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Rúbrica participante: _____ Rúbrica pesquisador: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO/EBSEH e este se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177, whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cephugg@gmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria da Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004.).

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu, _____, autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Telefone: () _____

Pesquisador:

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Rúbrica participante: _____ Rúbrica pesquisador: _____