



FACULDADE TIRADENTES

RESIDÊNCIA MÉDICA

MIRELLA FAEIRSTEIN

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO VAGINAL: RELATO DE
CASO**

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

FACULDADE TIRADENTES

RESIDÊNCIA MÉDICA

MIRELLA FAEIRSTEIN

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO VAGINAL: RELATO DE
CASO**

TCC apresentado à Faculdade de
Medicina Tiradentes como requisito
para a conclusão da Residência
Médica de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Alexandre Marlon
Carvalho Oliveira

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

MIRELLA FAEIRSTEIN

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO VAGINAL: RELATO DE
CASO**

TCC apresentado à Faculdade de
Medicina Tiradentes como requisito para
a conclusão da Residência Médica de
Ginecologia e Obstetrícia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Alexandre Marlon Carvalho Oliveira (Orientador)
Faculdade de Medicina Tiradentes

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador 1)
Faculdade

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador 2)
Faculdade

RESUMO

Introdução: A Endometriose ocorre quando células endometriais ectópicas se implantam, crescem e provocam uma resposta inflamatória em determinado local do corpo podendo causar diversos sintomas que podem variar de mínimos a severamente debilitantes. É definitivamente diagnosticada pela avaliação histológica de uma lesão e deve ser vista como uma doença crônica que requer um plano de manejo vitalício. **Objetivos:** Relato de caso de paciente portadora de Endometriose profunda abdominal de acometimento vaginal que evoluiu para abordagem cirúrgica. **Métodos:** As informações do caso clínico foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com equipe médica, entrevista com paciente, registro de imagens e de exames e revisão da literatura. **Desenvolvimento:** Mulher, 35 anos com quadro de fortes dores pélvicas há três dias refratária a analgesia, acrescido de sangramento vaginal aumentado. Submetida a procedimento cirúrgico que evoluiu com Histerectomia total abdominal + Anexectomia bilateral + Lise de aderências pélvicas + *Shaving* de implante endometriótico em Retossigmoide baixo + Cura de endometriose peritoneal + Colpectomia parcial, sem intercorrências. **Discussão:** As lesões de endometriose podem ser superficiais, ovarianas ou profundas, as lesões vaginais são tipicamente císticas e pigmentadas devido à presença de hemossiderina. O diagnóstico é sugerido por achado no exame físico ou na ultrassonografia pélvica. A ultrassonografia transvaginal é o estudo de imagem de primeira linha e a ressonância magnética é reservada para mulheres com suspeita, porém sem achados no exame físico ou na ultrassonografia transvaginal. As principais opções terapêuticas para endometriose retovaginal sintomática são terapia médica sistêmica ou tratamento cirúrgico. **Conclusão:** A paciente em questão foi submetida ao tratamento cirúrgico para endometriose profunda, apesar de ser um manejo complexo trouxe benefícios para a mesma, tendo em vista a melhora na qualidade de vida e diminuição das dores pélvicas.

Palavras-chave: Endometriose; Endometriose Vaginal; Cirurgia Ginecológica;

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis occurs when ectopic endometrial cells implant, grow and provoke an inflammatory response at a certain place in the body and can cause several symptoms that can range from minimal to severely debilitating. It is definitely diagnosed by histological evaluation of an injury and should be seen as a chronic disease that requires a lifelong management plan. **Objectives:** Case report of a patient with deep abdominal endometriosis of vaginal involvement that evolved into a surgical approach. **Methods:** The information of the clinical case was obtained through a review of medical records, interviews with medical staff, interviews with patients, recording of images and examinations and literature review. **Development:** A 35-year-old woman with severe pelvic pain for three days refractory to analgesia, plus increased vaginal bleeding. Submitted to a surgical procedure that evolved with total abdominal hysterectomy + Bilateral anexectomy + Lise of pelvic adhesions + Endometriotic implant shaving in low rectosigmoid + Curate peritoneal endometriosis + partial colectomy, without complications. **Discussion:** Endometriosis lesions may be superficial, ovarian or deep, vaginal lesions are typically cystic and pigmented due to the presence of hemosiderin. Diagnosis is suggested by finding on physical examination or pelvic ultrasound. Transvaginal ultrasound is the first-line imaging study and magnetic resonance imaging is reserved for women with suspicion, but without findings on physical examination or transvaginal ultrasound. The main therapeutic options for symptomatic retovaginal endometriosis are systemic medical therapy or surgical treatment. **Conclusion:** The patient in question was submitted to surgical treatment for deep endometriosis, although it was a complex management brought benefits to it, in view of the improvement in quality of life and reduction of pelvic pain.

Keywords: Endometriosis; Vaginal Endometriosis; Gynecological Surgery

LISTA DE ABREVIACES

CA 125	Ant�geno de C�ncer S�rico
IL-6	Interleucina 6
GnRH	Horm�nio Liberador de Gonadotrofinas
IA	Inibidores da Aromatase
DIE	<i>Deep Infiltrating Endometriosis</i> (Endometriose profunda infiltrativa)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
3 MÉTODOS	12
4 DESENVOLVIMENTO	13
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	18
7 CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

A Endometriose ocorre quando células endometriais ectópicas se implantam, crescem e provocam uma resposta inflamatória em determinado local do corpo (GIUDICE LC, 2010). As lesões estão tipicamente localizadas na pelve, mas podem ocorrer em vários locais, incluindo o intestino, diafragma, vagina e cavidade pleural. Embora a endometriose seja um processo comum e não maligno, o tecido endometrial ectópico e a inflamação resultante podem causar dismenorrea, dispareunia, dor crônica e infertilidade. Os sintomas podem variar de mínimos a severamente debilitantes.

Globalmente, estima-se que cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva tenham endometriose (ADAMSON GD et al., 2010; SOLIMAN AM et al., 2018; SHAFRIR AL et al., 2018). As faixas de prevalência relatadas para diferentes populações incluem (DOVEY S, SANFILIPPO J, 2010; HICKEY M et al., 2014; LAUFER MR et al., 1997):

- Mulheres assintomáticas (1-7%);
- Mulheres submetidas a histerectomia benigna (15%);
- Adolescentes com anomalias do trato genital (40%);
- Mulheres que apresentam infertilidade (até 50%);
- Mulheres adolescentes e adultas que se apresentam para avaliação da dor pélvica crônica (até 70%).

A patogênese da doença parece ser multifatorial, incluindo o transporte do tecido endometrial ectópico do útero para a cavidade peritoneal, imunidade alterada, proliferação celular desequilibrada e apoptose, sinalização endócrina aberrante e fatores genéticos (GIUDICE LC, 2010).

Os fatores estabelecidos associados a um risco aumentado de endometriose incluem história familiar, nuliparidade, exposição prolongada ao estrogênio endógeno (menarca precoce [antes dos 11 a 13 anos] ou menopausa tardia), ciclos menstruais mais curtos (definidos como ≤ 27 dias), sangramento menstrual intenso, obstrução do fluxo menstrual (estenose cervical, anomalias Müllerianas), exposição

ao Dietilestilbestrol no útero, alta estatura e menor índice de massa corporal (MISSMER AS et al., 2004; BENAGIANO G, BROSENS I, 2014).

Os fatores associados a uma diminuição do risco de endometriose incluem nascimentos múltiplos, intervalos prolongados de lactação (MISSMER SA, 2004; FARLAND LV et al., 2017) e menarca tardia (após os 14 anos de idade) (TRELOAR AS et al., 2010).

Os achados do exame físico em pessoas com endometriose são variáveis e dependem da localização e do tamanho dos implantes (VERCELLINI P et al., 1996). Os achados sugestivos de endometriose incluem sensibilidade focal ao exame vaginal, nódulos no fórnix posterior, massas anexiais e imobilidade ou lateralização do colo do útero (HICKEY M, 2014). Raramente, uma lesão de endometriose será visualizada no colo do útero ou na mucosa vaginal.

Não há achados laboratoriais patognomônicos para endometriose. Embora vários biomarcadores urinários e endometriais tenham sido estudados para o diagnóstico não invasivo da doença, nenhum é clinicamente útil, incluindo o antígeno do câncer sérico 125 (CA 125) e a interleucina 6 (IL-6) (LIU E et al., 2015; GUPTA D et al., 2016; NISENBLAT V et al., 2016). A endometriose é definitivamente diagnosticada pela avaliação histológica de uma lesão biopsiada durante a cirurgia (tipicamente laparoscopia) (DUFFY JM et al., 2014).

A endometriose deve ser vista como uma doença crônica que requer um plano de manejo vitalício com o objetivo de maximizar o uso de tratamento médico e evitar procedimentos cirúrgicos repetidos. As decisões de tratamento são individualizadas e consideram a apresentação clínica (por exemplo, dor, infertilidade, massa), gravidade dos sintomas, extensão e localização da doença, desejos reprodutivos, idade do paciente, efeitos colaterais da medicação, taxas de complicações cirúrgicas e custo (Comitê de Prática da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, 2014).

As opções de tratamento médico incluem analgésicos não esteroides, contraceptivos hormonais, análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas

(GnRH) e inibidores da aromatase (IA). Como não há dados que apoiem um tratamento ou combinação de tratamento em detrimento de outro, a escolha do tratamento envolve a tomada de decisão compartilhada com o paciente e é baseada na gravidade dos sintomas, preferências do paciente, efeitos colaterais da medicação, eficácia do tratamento, necessidades contraceptivas, custos e disponibilidade (ESHRE Diretriz Endometriose).

2 OBJETIVOS

Relatar caso de paciente portadora de Endometriose profunda abdominal de acometimento vaginal que evoluiu para cirurgia de Laparotomia exploradora + Histerectomia total abdominal + Anexectomia bilateral + Lise de aderências pélvicas + *Shaving* de implante endometriótico em Retossigmoide baixo + Cura de endometriose peritoneal + Colpectomia parcial.

3 MÉTODOS

As informações contidas nesta descrição de caso clínico foram obtidas por meio de revisão de prontuário obtido nos registros do Hospital Guararapes localizado na cidade de Jaboatão dos Guararapes - PE, entrevista com equipe médica, registro de imagens e de exames e revisão da literatura.

Não se faz necessário preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que os dados coletados serão analisados de forma anônima, não sendo possível a identificação do participante da pesquisa, sendo garantida a preservação dos dados coletados em confidencialidade.

Não há conflitos de interesse entre a pesquisadora e o tema abordado.

4 DESENVOLVIMENTO

Paciente mulher C.M.S.B, 35 anos de idade, procurou serviço de emergência ginecológica em hospital localizado na cidade de Jaboatão dos Guararapes – PE no dia 08 de março de 2021 com quadro de fortes dores pélvicas há três dias refratária a analgesia, acrescido de sangramento vaginal aumentado. Passou pela avaliação da plantonista portando de exames de imagem que evidenciavam útero e ovário direito sem alterações significativas, ovário esquerdo com dimensões aumentadas (volume: 19cm³) às custas de imagem cística hipoecóica, podendo corresponder a endometrioma, formação nodular no espaço retrocervical sugestivo de implante de endometriose, lesão em parede retal e em mucosa vaginal.

A paciente foi medicada, submetida a exames laboratoriais, evitado realizar toque vaginal e exame especular pelas fortes dores pélvicas e foi internada no serviço hospitalar.

Em 09 de março de 2021 a paciente foi avaliada pela diarista do hospital, a mesma permanecia com dor pélvica à palpação profunda, porém em menor intensidade. Foram mantidas as medicações analgésicas, resgatados exames laboratoriais (Tabela 1) e solicitado parecer cardiológico e reserva sanguínea de dois concentrados de hemácias para programação cirúrgica em 11 de março de 2021.

No dia 10 de março de 2021 foi submetida a avaliação cardiológica no serviço e realizado parecer cardiológico com risco cirúrgico grau I. Em 11 de março de 2021, as 15:45 a paciente foi levada ao bloco cirúrgico do hospital para ser submetida ao procedimento cirúrgico proposto. No bloco cirúrgico a paciente foi colocada em posição semiginecológica sob efeito de anestesia geral inalatória, realizada assepsia e antissepsia e, em seguida, colocação dos campos cirúrgicos estéreis. O procedimento cirúrgico foi iniciado com uma incisão umbilical para realização do pneumoperitônio e seguimento da cirurgia videolaparoscópica.

Ao instalar o pneumoperitônio, visualizado útero de volume aumentado, cerca de 4 vezes o habitual, com firmes aderências com retossigmóide, anexo esquerdo, parede pélvica, omento e bexiga. Anexo direito de aspecto normal, anexo esquerdo

com endometrioma de, aproximadamente, 10 x 10cm, com firmes aderências com parede uterina posterior, parede pélvica, ureter esquerdo, omento e retossigmóide. Peritônio pélvico com múltiplos implantes endometrióticos, sem provável invasão de mucosa. Em vagina havia lesão endometriótica em região de fundo, se estendendo até terço médio de, aproximadamente, 6 x 5cm. Desta forma, foi decidido por esvaziamento do pneumoperitônio e conversão da cirurgia para lapartomia.

O procedimento cirúrgico durou cerca de três horas e evoluiu com Histerectomia total abdominal + Anexectomia bilateral + Lise de aderências pélvicas + *Shaving* de implante endometriótico em Retossigmoide baixo + Cura de endometriose peritoneal + Colpectomia parcial, sem intercorrências (Figuras 1, 2 e 3). O material retirado foi enviado para análise histopatológica em laboratório terceirizado pela própria paciente.

Tabela 1 – Exames laboratoriais (08/03/2011)

Exame	Resultado
Hb	11.8
Ht	36.0
Leucograma	7.800
Plaquetas	393.000
Tempo de Coagulação	35 seg.
Sumário de urina	Normal

Fonte: Autoria Própria (2021)

Figura 1 – Laparotomia exploradora

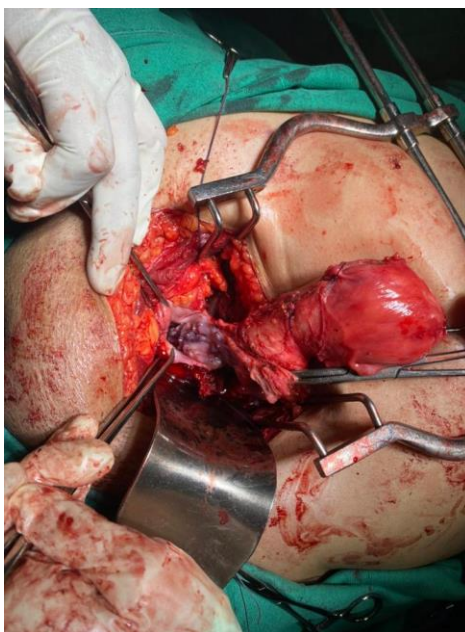


Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2021)

Figura 2 – Laparotomia exploradora



Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2021)

Figura 3 – Peça cirúrgica: Útero + Parede posterior da vagina com implantes endometriais



Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2021)

5. RESULTADOS

No pós-operatório imediato a equipe de intercorrência foi acionada devido sangramento de ferida operatória, realizado curativo compressivo e crioterapia com melhora do quadro. No primeiro dia pós-operatório a paciente evoluiu sem queixas em leito de enfermaria, recebendo alta no segundo dia após o procedimento cirúrgico em boas condições e com orientações de cuidados com ferida operatória.

Em 22 de março de 2021, portanto no 12º dia pós operatório, a paciente retornou ao serviço para consulta de revisão cirúrgica, na ocasião apresentava-se sem queixas, negou sangramento vaginal, febre ou dores pélvicas. Durante a consulta foram retirados os pontos da ferida operatória sem intercorrências e prescrito Zoladex 2mg/dia (Acetato de Gosserrelina).

Dia 26 de março de 2021 foi liberado o laudo da análise anatomopatológica que evidenciou: Corpo uterino que pesa 148,87g e mede 5,7 x 5,7 x 4,5cm. A superfície externa é parcialmente revestida por serosa, acastanhada e lisa. O miométrio mede 2,5cm de espessura, constituído por tecido firme, estriado e pardo-claro, tendo de permeio múltiplas cavidades acastanhadas. O endométrio é róseo e amolecido, medindo até 0,3cm. Útero: Adenomiose e endométrio de padrão proliferativo. Colo uterino: Cervicite crônica com metaplasia escamosa madura do epitélio colunar. Vagina: Endometriose glandular e estromal bem diferenciada. Ovário maior: Endometriose glandular e estromal bem diferenciada. Tuba uterina maior: Tuba uterina congesta. Ovário menor: Ovário exibindo cisto folicular, cisto de corpo lúteo hemorrágico e corpos albicantes. Tuba uterina menor: Tuba uterina congesta. Peritônio: Endometriose glandular e estromal bem diferenciada.

6 DISCUSSÃO

As lesões de endometriose podem ser superficiais, ovarianas ou profundas. As lesões de endometriose que invadem o espaço retovaginal e/ou intestinal são formas de endometriose infiltrante profunda. A natureza invasiva desses implantes causa dor significativa, disfunção intestinal e desafios de tratamento (DE CICCIO C et al., 2011)

Embora a prevalência de endometriose na população em geral não seja precisamente conhecida, estudos cirúrgicos de mulheres assintomáticas submetidas a cirurgia não relacionada relataram taxas de prevalência de 1 a 7% (HICKEY M et al., 2014; SANGI-HAGHPEYKAR H, POINDEXTER NA, 1995). Entre as mulheres com endometriose, a prevalência relatada de envolvimento retovaginal ou intestinal varia amplamente, de 5 a 25% (WILLS HJ et al., 2008; WEED JC, RAO JE, 1987; SERACCHIOLI R et al., 2007).

As lesões de endometriose vaginal são tipicamente císticas e pigmentadas devido à presença de hemossiderina (Figura 4). Os nódulos da parede vaginal posterior que são palpáveis, mas profundos à mucosa vaginal, não devem ser biopsiados em um ambiente de consultório, pois podem ser bastante profundos e podem envolver a parede retal. Na ausência de nódulos vaginais que confirmem a endometriose, a presença de endometriose retovaginal ou intestinal é tipicamente sugerida por um achado de exame físico de um nódulo retovaginal doloroso ou por achados na ultrassonografia pélvica (DUNSELMAN GA et al., 2014).

A ultrassonografia transvaginal é o estudo de imagem de primeira linha quando há suspeita de endometriose retovaginal (GERGES B et al., 2021; REMORGIDA V et al., 2007). Em uma metanálise de 32 estudos, a ultrassonografia transvaginal teve uma especificidade superior a 85% para DIE em todos os locais (NOVENTA M et al., 2015). A ressonância magnética geralmente é reservada para mulheres nas quais há suspeita de doença do septo retovaginal, mas não detectada no exame físico ou ultrassonografia transvaginal (BAZOT M et al., 2017).

A paciente relatada apresentava clinicamente dor intensa em região pélvica refratária à medicação, sangramento uterino anormal, dispareunia profunda,

sangramento retal e incontáveis atendimentos em urgências devido dor incapacitante.

As principais opções terapêuticas para endometriose retovaginal sintomática são terapia medicamentosa sistêmica ou tratamento cirúrgico. Faltam ensaios clínicos randomizados comparando diretamente o tratamento médico e cirúrgico para a resolução de sintomas e doenças; assim, o tratamento ideal não é conhecido. A escolha de um plano de tratamento é baseada tanto na tolerância ao risco e nos objetivos do paciente quanto na eficácia do tratamento. (VERCELLINI P et al., 2018).

Em estudos observacionais, as taxas gerais de melhora nos sintomas de dor são de 70% ou mais para tratamento médico ou cirúrgico, mas esses estudos não fornecem informações sobre a gravidade da doença e a maioria não fornece dados de longo prazo (DE CICCIO C et al., 2011; FERRERO S et al., 2010; FEDELE L et al., 2001; RAZZI S et al., 2007).

Figura 4 – Lesão endometriótica em parede vaginal posterior



Fonte: NICOLA BERLANDA MD et al. (2022)

7 CONCLUSÃO

Infelizmente, existem poucos dados sobre a eficácia da terapia medicamentosa no tratamento da dor pélvica especificamente em mulheres com endometriose retovaginal.

Devido a raridade de acometimento de mucosa vaginal em casos de endometriose profunda, faz-se necessário maiores estudos para uma melhor caracterização da doença, bem como definição de tratamentos e acompanhamentos destas pacientes.

A paciente em questão foi submetida ao tratamento cirúrgico para endometriose profunda, apesar de ser um manejo complexo trouxe benefícios para a mesma, tendo em vista a melhora na qualidade de vida e diminuição das dores pélvicas.

REFERÊNCIAS

Adamson GD, Kennedy S, Hummelshoj L. Criando soluções em endometriose: colaboração global através da World Endometriosis Research Foundation. J Endometriose 2010; :3.

Bazot M, Bharwani N, Huchon C, et al. Diretrizes da Sociedade Europeia de Radiologia Urogenital (ESUR): RM da endometriose pélvica. Eur Radiol 2017; 27:2765.

Benagiano G, Brosens I. Exposição no útero e endometriose. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27:303.

Comitê de Prática da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva. Tratamento da dor pélvica associada à endometriose: um parecer do comitê. Fertil Estéril 2014; 101:927.

De Cicco C, Corona R, Schonman R, et al. Ressecção intestinal para endometriose profunda: uma revisão sistemática. BJOG 2011; 118:285.

Dovey S, Sanfilippo J. Endometriose e a adolescente. Clin Obstet Gynecol 2010; 53:420.

Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Cirurgia laparoscópica para endometriose. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD011031.

Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. Diretriz ESHRE: manejo de mulheres com endometriose. Hum Reprod 2014; 29:400.

ESHRE Diretriz Endometriose. Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia. Janeiro de 2023. <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline> (Acessado em 18 de janeiro de 2023).

Farland LV, Eliassen AH, Tamimi RM, et al. História de aleitamento materno e risco de endometriose incidente: estudo de coorte prospectivo. *BMJ* 2017; 358:j3778.

Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, et al. Uso de um dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel no tratamento da endometriose retovaginal. *Fertil Estéril* 2001; 75:485.

Ferrero S, Camerini G, Ragni N, et al. Acetato de noretisterona no tratamento da endometriose colorretal: um estudo piloto. *Hum Reprod* 2010; 25:94.

Gerges B, Li W, Leonardi M, et al. Modalidade de imagem ideal para detecção de endometriose profunda retossigmoide: revisão sistemática e metanálise. *Ultrassom Obstétrico Gynecol* 2021; 58:190

Giudice LC. Prática clínica. Endometriose. *N Engl J Med* 2010; 362:2389.

Gupta D, Hull ML, Fraser I, et al. Biomarcadores endometriais para o diagnóstico não invasivo da endometriose. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4:CD012165.

Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriose. *BMJ* 2014; 348:g1752.

Laufer MR, Goitein L, Bush M, et al. Prevalência de endometriose em adolescentes com dor pélvica crônica que não respondem à terapia convencional. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10:199

Liu E, Nisenblat V, Farquhar C, et al. Biomarcadores urinários para o diagnóstico não invasivo da endometriose. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD012019.

Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Exposições no útero e a incidência de endometriose. *Fertil Estéril* 2004; 82:1501.

Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. História reprodutiva e endometriose em mulheres na pré-menopausa. *Obstet Gynecol* 2004; 104:965.

Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Incidência de endometriose confirmada por laparoscopia por fatores demográficos, antropométricos e de estilo de vida. *Am J Epidemiol* 2004; 160:784.

Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PM, et al. Combinação dos testes não invasivos para o diagnóstico de endometriose. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7:CD012281.

Noventa M, Saccardi C, Litta P, et al. Técnicas de ultrassonografia no diagnóstico da endometriose pélvica profunda: algoritmo baseado em revisão sistemática e metanálise. *Fertil Estéril* 2015; 104:36

Razzi S, Luisi S, Calonaci F, et al. Eficácia do tratamento com danazol vaginal em mulheres com endometriose profundamente infiltrante recorrente. *Fertil Steril* 2007; 88:789.

Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, et al. Endometriose intestinal: apresentação, diagnóstico e tratamento. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:461.

Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN 3º. Epidemiologia da endometriose em mulheres pardas. *Obstet Gynecol* 1995; 85:983.

Seracchioli R, Poggioli G, Pierangeli F, et al. Resultado cirúrgico e acompanhamento a longo prazo após ressecção retossigmoide laparoscópica em mulheres com endometriose infiltrante profunda. *BJOG* 2007; 114:889.

Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, et al. Risco e consequências da endometriose: uma revisão epidemiológica crítica. *Melhor Prática Res Clin Obstet Gynaecol* 2018; 51:1.

Soliman AM, Surrey E, Bonafede M, et al. Avaliação do mundo real da carga econômica direta e indireta entre pacientes com endometriose nos Estados Unidos. *Adv Ther* 2018; 35:408.

Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, et al. Características menstruais precoces associadas ao diagnóstico subsequente de endometriose. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:534.e1.

Vercellini P, Frattaruolo MP, Rosati R, et al. Tratamento médico ou cirurgia para endometriose colorretal? Resultados de uma abordagem de tomada de decisão compartilhada. *Hum Reprod* 2018; 33:202.

Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, et al. Endometriose e dor pélvica: relação com o estágio e localização da doença. *Fertil Steril* 1996; 65:299.

Weed JC, Raio JE. Endometriose do intestino. *Obstet Gynecol* 1987; 69:727.

Wills HJ, Reid GD, Cooper MJ, Morgan M. Resultados de fertilidade e dor após ressecção segmentar intestinal laparoscópica para endometriose colorretal: uma revisão. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48:292.