

**Como citar este artigo:**

Andres MP, Mendes RF, Hernandez C, Araújo SE, Podgaec S. O tratamento hormonal como terapia de primeira linha é seguro e melhora a dor pélvica em mulheres com endometriose intestinal. *einstein* (São Paulo). 2019;17(2):eAO4583. [http://dx.doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2019AO4583](http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4583)

**Autor correspondente:**

Camila Hernandez  
Avenida Albert Einstein, 627/701 – bloco A,  
2º subsolo, sala staff 2 – Morumbi  
CEP: 05652-900 – São Paulo, SP, Brasil  
Tel: (11) 2151-1031  
E-mail: [camila.hernandes@einstein.br](mailto:camila.hernandes@einstein.br)

**Data de submissão:**

21/5/2018

**Data de aceite:**

17/12/2018

**Conflitos de interesse:**

não há.

**Copyright 2019**

Esta obra está licenciada sob  
uma Licença *Creative Commons*  
Atribuição 4.0 Internacional.

**ARTIGO ORIGINAL**

# O tratamento hormonal como terapia de primeira linha é seguro e melhora a dor pélvica em mulheres com endometriose intestinal

Hormone treatment as first line therapy is safe and relieves pelvic pain in women with bowel endometriosis

Marina Paula Andres<sup>1</sup>, Renata Franco Pimentel Mendes<sup>2</sup>, Camila Hernandez<sup>3</sup>, Sérgio Eduardo Alonso Araújo<sup>3</sup>, Sérgio Podgaec<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

**DOI:** [10.31744/einstein\\_journal/2019AO4583](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4583)

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar características clínicas e complicações em pacientes com endometriose intestinal submetidos ao tratamento hormonal. **Métodos:** Dados de prontuários de 238 pacientes com endometriose de retossigmoide tratadas entre maio de 2010 e maio de 2016 foram coletados para este estudo retrospectivo. **Resultados:** Durante o período de acompanhamento, 143 (60,1%) mulheres mantiveram tratamento clínico, enquanto 95 (39,9%) tiveram piora dos sintomas de dor ou aumento da lesão intestinal (grupo falha de tratamento clínico), sendo 54 submetidas ao tratamento cirúrgico. As mulheres no Grupo Tratamento Clínico eram mais velhas ( $40,5 \pm 5,1$  anos *versus*  $37,3 \pm 5,8$  anos;  $p < 0,0001$ ) e tinham lesões intestinais menores ( $2,1 \pm 1,9$  *versus*  $3,1 \pm 2,2$ ;  $p = 0,008$ ) em comparação ao grupo falha de tratamento clínico. Redução significativa e semelhante do escore de dor na dismenorreia, dor pélvica crônica, disquezia cíclica e disúria cíclica foi observada nos Grupos Tratamento Clínico e Cirúrgico. Dispareunia, no entanto, teve uma redução maior no Grupo Cirurgia. A redução subjetiva dos sintomas dolorosos também foi semelhante entre os Grupos Clínico e Cirúrgico (100% *versus* 98,2%;  $p = 0,18$ ). O Grupo Tratamento Cirúrgico foi relacionado a uma maior taxa de complicações graves (9,2% *versus* 0,6%;  $p = 0,001$ ) em comparação ao Grupo Tratamento Clínico. **Conclusão:** Falha no tratamento clínico em pacientes com endometriose de retossigmoide foi observada em mulheres mais jovens que tinham lesões intestinais maiores. O tratamento clínico hormonal foi igualmente eficaz na melhora dos sintomas de dor, exceto dispareunia, em comparação ao tratamento cirúrgico em mulheres com endometriose intestinal, mas com menor taxa de complicações. O tratamento clínico deve ser oferecido como primeira opção em pacientes com endometriose intestinal, enquanto o tratamento cirúrgico deve ser reservado para pacientes sem melhora nos sintomas de dor com tratamento hormonal, progressão das lesões ou suspeita de suboclusão intestinal.

**Descritores:** Endometriose/terapia; Ultrassonografia; Doenças do colo sigmoide; Hormônios/uso terapêutico; Anticoncepcionais orais combinados; Progestinas; Dor pélvica

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate clinical features and complications in patients with bowel endometriosis submitted to hormonal therapy. **Methods:** Retrospective study based on data extracted from medical records of 238 women with recto-sigmoid endometriosis treated between May 2010 and May 2016. **Results:** Over the course of follow-up, 143 (60.1%) women remained in medical

treatment while 95 (39.9%) presented with worsening of pain symptoms or intestinal lesion growth (failure of medical treatment group), with surgical resection performed in 54 cases. Women in the Medical Treatment Group were older ( $40.5 \pm 5.1$  years *versus*  $37.3 \pm 5.8$  years;  $p < 0.0001$ ) and had smaller recto sigmoid lesions ( $2.1 \pm 1.9$  *versus*  $3.1 \pm 2.2$ ;  $p = 0.008$ ) compared to those who had failed to respond to medical treatment. Similar significant reduction in pain scores for dysmenorrhea, chronic pelvic pain, cyclic dyschezia and dysuria was observed in both groups; however greater reduction in pain scores for dyspareunia was noted in the Surgical Group. Subjective improvement in pain symptoms was also similar between groups (100% *versus* 98.2%;  $p = 0.18$ ). Major complications rates were higher in the Surgical Group (9.2% *versus* 0.6%;  $p = 0.001$ ).

**Conclusion:** Patients with recto-sigmoid endometriosis who failed to respond to medical treatment were younger and had larger intestinal lesions. Hormonal therapy was equally efficient in improving pain symptoms other than dyspareunia compared to surgery, and was associated with lower complication rates in women with recto-sigmoid endometriosis. Medical treatment should be offered as a first-line therapy for patients with bowel endometriosis. Surgical treatment should be reserved for patients with pain symptoms unresponsive to hormonal therapy, lesion growth or suspected intestinal subocclusion.

**Keywords:** Endometriosis/therapy; Ultrasonography; Sigmoid diseases; Hormones/therapeutic use; Contraceptives, oral, combined; Progestins; Pelvic pain

## INTRODUÇÃO

A endometriose corresponde à presença de tecido endometrial fora do útero. A prevalência estimada da doença vai de 10% a 15% em mulheres em idade reprodutiva, podendo chegar a 70% e 48% em pacientes com dor pélvica crônica e infertilidade, respectivamente.<sup>(1)</sup> A endometriose pode ser de três tipos: endometriose profunda, endometriose peritoneal e endometrioma ovariano.<sup>(2,3)</sup> A endometriose profunda representa quase metade dos casos de endometriose, podendo afetar o intestino em 50% deles.<sup>(4,5)</sup>

A suspeita clínica de endometriose se baseia na anamnese e no exame físico.<sup>(6,7)</sup> O exame diagnóstico de imagem de eleição é a ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal, dado seu baixo custo, a facilidade de acesso e a alta acurácia. A sensibilidade e a especificidade para lesões retossigmoides são 98,1% e 100%, respectivamente.<sup>(5)</sup> O preparo intestinal que precede a USTV se volta para a eliminação do conteúdo intestinal e a redução da ocorrência de artefatos de imagem decorrentes da presença de gases e fezes no reto.<sup>(8,9)</sup>

Uma vez confirmada a suspeita, existem duas possibilidades de tratamento: clínico e cirúrgico. Entretanto, o tratamento adequado é complexo e controverso,<sup>(10,11)</sup> uma vez que a endometriose é uma doença heterogênea, e as pacientes afetadas apresentam condições clínicas distintas.<sup>(12,13)</sup>

O tratamento clínico da endometriose se baseia na redução dos ciclos menstruais. Os progestogênios ou contraceptivos combinados são os tratamentos mais indicados e, segundo as evidências atuais e as diretrizes das sociedades de ginecologia, os diversos tratamentos hormonais são igualmente efetivos.<sup>(13-22)</sup> A escolha do tratamento deve ser baseada no desejo de engravidar, nas características clínicas da paciente e no local da lesão endometriótica.<sup>(23)</sup> O tratamento clínico tem por objetivo o alívio dos sintomas de dor e a melhora da qualidade de vida da paciente, além da estabilização das lesões.<sup>(3)</sup> Entretanto, representa um impedimento para a mulher que deseja engravidar.<sup>(13)</sup>

A cirurgia se faz necessária em casos de endometriose intestinal refratária ao tratamento clínico, lesões obstrutivas ou obstrução intestinal.<sup>(3)</sup> Sabe-se que a ressecção dos implantes de endometriose melhora a dor pélvica e a qualidade de vida, além de reduzir a taxa de recorrência da doença.<sup>(22-25)</sup> Por outro lado, complicações importantes do tratamento cirúrgico da endometriose intestinal foram relatadas em 6,3% dos casos, incluindo trombose, infecção, hemorragia, fístula, deiscência de anastomose e lesões intestinais, ureterais, vesicais e de grandes vasos durante o procedimento.<sup>(26,27)</sup>

## OBJETIVO

Comparar a melhora da dor, a taxa de complicações e a eficácia do tratamento em pacientes com lesões de endometriose de retossigmoide submetidas ao tratamento clínico e cirúrgico, e avaliar o tratamento clínico como terapia de primeira linha.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo de coorte com base em dados coletados de protocolos médicos de mulheres com endometriose de retossigmoide tratadas entre maio de 2010 e maio de 2016.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, protocolo 1.631.417, CAAE: 57077816.0.0000.0068. Por se tratar de estudo retrospectivo, não foi necessário obter o Termo de Consentimento das pacientes.

A endometriose de retossigmoide foi definida como presença de lesão intestinal de mais de 5mm na USTV com preparo intestinal. As pacientes com história de tratamento cirúrgico para endometriose, doença pélvica inflamatória e dados inacessíveis ou incompletos foram excluídas.

Após anamnese e exame ginecológico completo, todas as pacientes com suspeita de endometriose foram submetidas à USTV realizada por radiologista. Uma vez feito o diagnóstico de lesão em retossigmoide, indicou-se o tratamento clínico hormonal com contraceptivos combinados ou progestogênios de uso contínuo, exceto para pacientes que manifestaram desejo de engravidar. Nos casos de endometriose ureteral, apendicular, ileal ou de retossigmoide com sinais de suboclusão, a cirurgia foi prontamente indicada.

As pacientes incluídas na análise foram acompanhadas por pelo menos 6 meses, sendo submetidas à reavaliação clínica e de imagem. A ausência de melhora dos sintomas ou o aumento do tamanho da lesão foram considerados falha do tratamento clínico.

As pacientes foram avaliadas quanto a dismenorreia, dor pélvica acíclica, dispareunia de profundidade e sintomas de dor intestinal e urinária cíclicas, empregando-se uma escala visual analógica (EVA) de dor graduada de zero a 10. Outros parâmetros analisados foram o tipo de tratamento e as complicações ocorridas durante o período de seguimento. Foram comparados também os sintomas relatados pelas pacientes submetidas exclusivamente a tratamento clínico (Grupo Clínico) e por aquelas submetidas ao tratamento cirúrgico (Grupo Cirúrgico). As avaliações foram realizadas na primeira consulta e no retorno de 6 meses (Grupo Clínico) ou durante a consulta pré-operatória e após 3 meses da cirurgia (Grupo Cirúrgico).

A normalidade da amostra foi verificada empregando-se o teste de Komolgorov-Smirnov. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa *Statplus for Mac*, versão 5.8. As variáveis categóricas foram analisadas empregando-se o teste do  $\chi^2$  ou teste exato de Fisher. Para análise das variáveis contínuas, foi empregado o teste *t* de Student ou o teste de Mann-Whitney. O nível significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

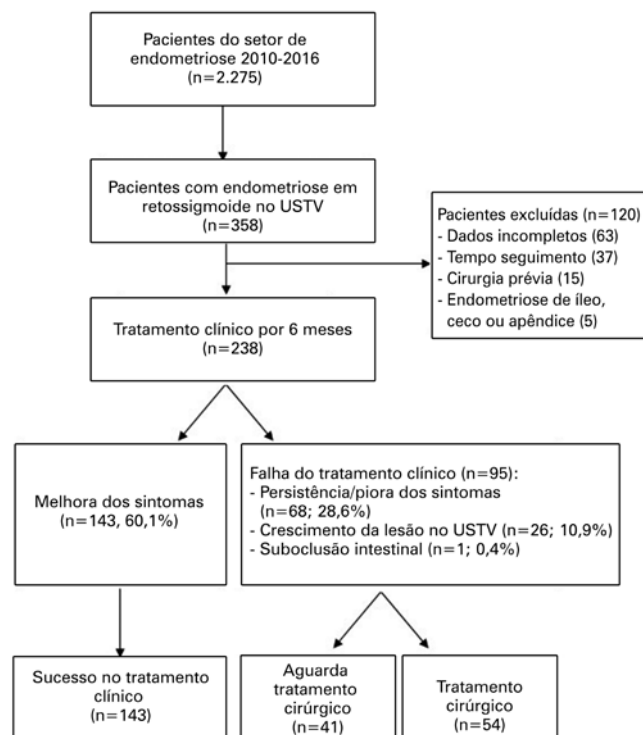
## RESULTADOS

Entre maio de 2010 e maio de 2016, o total de 2.275 pacientes foi atendido no Setor de Endometriose; destas, 358 foram diagnosticadas com endometriose de retossigmoide mediante USTV com preparo intestinal. Ao todo, 120 pacientes foram excluídas, sendo 63 (17,6%) por dados insuficientes no prontuário médico, 37 (10,3%) por acompanhamento incompleto (menos de 6 meses), 15 (4,2%) por terem sido operadas previamente e 5 por terem sido encaminhadas diretamente para cirurgia (4 com endometriose apendicular e 1 com endometriose ileal), restando 238 pacientes incluídas na amostra final.

O fluxo de tratamento encontra-se delineado na figura 1. Após 6 meses, 143 (60,1%) pacientes apresentaram melhora dos sintomas de dor, não necessitando de tratamento cirúrgico, enquanto 95 (39,9%) foram encaminhadas para tratamento cirúrgico por piora ou persistência dos sintomas de dor ( $n=68$ ; 28,6%), crescimento da lesão endometriótica intestinal ( $n=26$ ; 10,9%) ou sintomas de suboclusão intestinal ( $n=1$ ; 0,4%).

Durante o período de estudo, 54 pacientes foram submetidas ao tratamento cirúrgico para endometriose (Grupo Cirúrgico), 41 foram encaminhadas para cirurgia e 143 permaneceram em tratamento exclusivamente clínico (Grupo Clínico). Para efeito de análise, as pacientes com indicação cirúrgica foram agrupadas (falha do tratamento clínico;  $n = 95$ ).

As pacientes que responderam ao tratamento clínico eram mais velhas do que as que apresentaram falha do tratamento ( $40,5 \pm 5,1$  anos *versus*  $37,3 \pm 5,8$  anos;  $p < 0,0001$ ). O tempo médio de seguimento foi  $19,9 \pm 13,6$  meses e  $20,5 \pm 15,5$  meses, para responsivas e não responsivas, respectivamente. Os parâmetros clínicos encontram-se descritos na tabela 1. As pacientes que não responderam ao tratamento clínico apresentaram escores de EVA mais altos de dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica, disúria e disquezia cíclica na primeira consulta do que as responsivas.



USTV: ultrassonografia transvaginal.

Figura 1. Fluxo de seleção e inclusão das pacientes

**Tabela 1.** Características clínicas das pacientes com endometriose de retossigmoide incluídas por grupo (sucesso ou falha do tratamento clínico)

Características	Tratamento clínico		Valor de p
	Sucesso (n=143)	Falha (n=95)	
Idade, anos	40,5±5,1	37,3±5,8	0,0001*
IMC, kg/m <sup>2</sup>	27,4±5,2	26,8±4,9	0,566*
Seguimento, meses	19,9±13,6	20,5±15,5	0,72*
Infertilidade	66 (46,2)	54 (56,8)	0,13 <sup>†</sup>
Dismenorreia, EVA	4,9±4,0	6,2±4,3	0,02*
Dispareunia, EVA	3,6±3,9	5,1±3,9	0,004*
Dor pélvica crônica, EVA	3,6±3,7	5,1±3,6	0,002*
Disúria, EVA	0,7±1,7	2,0±3,5	0,0001*
Disquezia, EVA	2,0±2,9	3,6±3,8	0,0007*

Resultados expressos por média±desvio padrão ou n (%). \* teste t de Student; <sup>†</sup> teste do  $\chi^2$ .  
IMC: índice de massa corporal; EVA: escala visual analógica.

As características das lesões de retossigmoide à USTV estão resumidas na tabela 2. As pacientes que não responderam ao tratamento clínico apresentaram lesões maiores ( $3,1\pm 2,2$  versus  $2,1\pm 1,9$ ;  $p=0,008$ ) e maior circunferência da alça intestinal comprometida ( $28,8\pm 10,6$  versus  $25,0\pm 11,4$ ;  $p=0,02$ ) quando comparadas às responsivas ( $3,1\pm 2,2$  versus  $2,1\pm 1,9$ ;  $p=0,008$ ). O tratamento clínico foi proposto a todas as mulheres e variou de acordo com os respectivos perfis e queixas. Os tratamentos mais utilizados foram progestogênio oral (50,5%), contraceptivo combinado (18,6%), analgésicos (17,6%), medroxiprogesterona injetável (8,0%), dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (4,3%) e análogos de GnRH (1,1%).

No Grupo Cirúrgico, todas as lesões de endometriose foram ressecadas. Os casos de endometriose de retossigmoide foram tratados da seguinte maneira: ressecção intestinal segmentar seguida de reanastomose ( $n=35$ ) nas lesões múltiplas ou com mais de 3cm; ressecção intestinal discoide ( $n=7$ ) nas lesões únicas menores de 3cm; e *shaving* nas lesões que afetavam até a camada muscular externa da alça ( $n=12$ ). Em todas as pacientes, a análise histológica das lesões ressecadas confirmou o diagnóstico de endometriose.

Os sintomas de dor foram avaliados antes e depois do tratamento (Tabela 3). Observou-se redução significativa dos escores EVA para dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica, disúria e disquezia, tanto após o tratamento clínico quanto o cirúrgico. A redução do EVA de dispareunia foi maior no Grupo Cirúrgico do que no Grupo Clínico ( $-3,6\pm 4,8$  versus  $1,65\pm 3,8$ ;  $p<0,0001$ ). Entretanto, a avaliação subjetiva da dor foi semelhante nos dois grupos, com melhora na maioria das mulheres incluídas (100% versus 98,2%;  $p=0,18$ ; Figura 2).

**Tabela 2.** Características ultrassonográficas (ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal) das lesões de endometriose retossigmoide por grupo (sucesso ou falha do tratamento clínico)

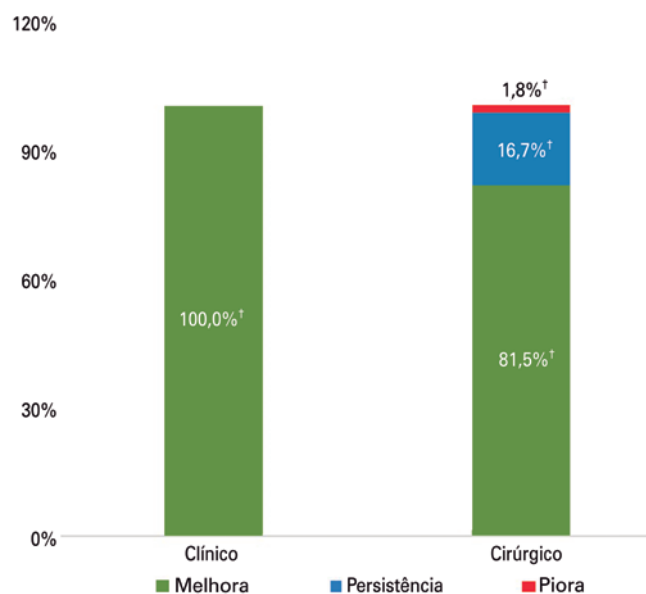
Características das lesões de retossigmoide	Tratamento clínico		Valor de p
	Sucesso (n=143)	Falha (n=95)	
Maior diâmetro, cm	2,1±1,9	3,1±2,2	0,008*
Distância da borda anal, cm	11,2±2,9	11,0±2,8	0,66*
Circunferência comprometida, %	25,0±11,4	28,8±10,6	0,02*
Camada afetada			0,16 <sup>†</sup>
Serosa	14 (9,8)	9 (9,5)	
Muscular	96 (65,7)	58 (61,1)	
Mucosa	13 (9,1)	18 (18,9)	
Não relatado	20 (14,0)	10 (10,5)	

Resultados expressos por média±desvio padrão ou n (%). \* teste t de Student; <sup>†</sup> teste do  $\chi^2$ .

**Tabela 3.** Sintomas relatados por pacientes com endometriose retossigmoide antes e depois do tratamento clínico

Sintoma	Tratamento clínico			Tratamento cirúrgico			Valor de p <sup>†</sup>
	Antes (EVA)	Depois (EVA)	Valor de p*	Antes (EVA)	Depois (EVA)	Valor de p*	
Dismenorreia	4,9±4,0	2,4±3,4	<0,0001	6,1±4,4	2,1±3,5	<0,0001	0,8566
Dispareunia	3,6±3,9	1,9±3,2	<0,0001	5,1±3,9	1,5±2,9	<0,0001	<0,0001
DPC	3,6±3,7	1,7±1,7	<0,0001	5,3±3,6	2,6±3,5	<0,0001	0,6928
Disúria	0,7±0,1	0,1±0,8	<0,0001	2,0±3,7	0,3±1,3	0,0013	0,392
Disquezia	2,0±2,9	0,3±1,2	<0,0001	3,7±4,1	1,4±2,9	<0,0001	0,878

Dados expressos como média±desvio padrão. \* teste t de Student; <sup>†</sup> teste de Mann-Whitney comparando a redução dos sintomas de dor entre os grupos submetidos a tratamento clínico ( $n=143$ ) ou cirúrgico ( $n=54$ ). EVA: escala visual analógica; DPC: dor pélvica crônica.



<sup>†</sup> teste do  $\chi^2$ .

**Figura 2.** Evolução dos sintomas em pacientes com endometriose retossigmoide submetidas a tratamento clínico ou cirúrgico

Foram observadas seis complicações graves durante o período de seguimento, descritas a seguir: uma paciente do Grupo Clínico (0,6%) apresentou suboclusão intestinal e foi submetida à cirurgia de urgência; e cinco no Grupo Cirúrgico (9,2%;  $p=0,001$ ), incluindo hérnia incisional ( $n=1$ ), deiscência da ileostomia ( $n=1$ ), lesão vascular ( $n=1$ ), síndrome compartimental em ambas as pernas ( $n=1$ ) e obstipação crônica ( $n=1$ ).

## DISCUSSÃO

A endometriose intestinal representa até 20% dos casos de endometriose e tem impacto negativo sobre a qualidade de vida das pacientes. Seu tratamento adequado é complexo e controverso.<sup>(10,11)</sup> Recentemente, a USTV passou a ser usada para o diagnóstico da endometriose profunda. A sensibilidade e a especificidade desse método foram demonstradas em diversos estudos, com índices de mais de 85%, dependendo da experiência do examinador.<sup>(8,9,28)</sup> A ressonância magnética também pode ser usada no diagnóstico da endometriose profunda, com acurácia semelhante, porém com custo mais elevado.<sup>(29)</sup>

Este estudo comparou os sintomas de dor de 238 pacientes com endometriose de retossigmoide. Segundo o protocolo de tratamento usado, todas as pacientes foram inicialmente submetidas a tratamento clínico. Em um período de 6 meses, 60,1% apresentaram melhora dos sintomas de dor, sem evidências de crescimento da lesão intestinal, dispensando-se o tratamento cirúrgico. A falha do tratamento clínico foi mais comum nas pacientes mais jovens e nas que apresentavam lesões maiores. Além disso, observou-se redução significativa semelhante dos escores EVA de dismenorreia, dor pélvica crônica, disúria e disquezia nessas pacientes comparadas às submetidas ao tratamento cirúrgico. Entretanto, no caso da dispareunia, observou-se redução maior dos escores EVA 3 meses após o tratamento cirúrgico. Esse resultado é corroborado por outros autores, que relataram resultados semelhantes para tratamentos clínico e cirúrgico.<sup>(21,30)</sup> Vercellini et al.,<sup>(31)</sup> em estudo de coorte paralelo realizado em 2012, compararam o tratamento cirúrgico e clínico em 154 pacientes com dispareunia profunda associada à endometriose. As pacientes relataram melhora rápida e maior da dor durante a relação sexual e da função sexual após o tratamento cirúrgico. Entretanto, observou-se piora progressiva dos sintomas 6 meses após a cirurgia, sugerindo resultados equivalentes de ambos os tratamentos após 1 ano de acompanhamento.

As complicações do tratamento clínico se restringiram a 0,6% das pacientes (suboclusão intestinal), com crescimento da lesão endometriótica em 10,9%. De forma

oposta, observamos incidência de 9,2% de complicações graves após o tratamento cirúrgico ( $p=0,001$ ). Uma revisão sistemática recente relatou incidência de 6,3% de complicações maiores após a ressecção da endometriose intestinal, incluindo fístula, retenção urinária transitória e deiscência da anastomose intestinal em 2,7%, 3,5% e 0,8% dos casos, respectivamente.<sup>(27)</sup>

Os progestogênios e contraceptivos combinados costumam ser recomendados como terapia de primeira linha para a dor relacionada à endometriose, com alta eficácia e tolerância e poucos efeitos adversos.<sup>(21,29,30,32)</sup> Analogamente, o progestogênio oral foi a medicação mais usada neste estudo, seguido pelos contraceptivos orais combinados. O dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel foi usado em apenas 4,3% das pacientes, de acordo com o que é relatado na literatura.<sup>(29)</sup>

As limitações deste estudo incluem o desenho retrospectivo e o tratamento clínico heterogêneo, baseado na preferência e no perfil das pacientes. Além disso, a indicação cirúrgica baseada na falha do tratamento clínico pressupõe sintomas mais graves em tais pacientes, o que pode ter representado um viés na análise dos resultados.

## CONCLUSÃO

Este estudo reforça a hipótese de que a terapia hormonal é segura e eficaz para alívio dos sintomas de dor associada à endometriose intestinal. A ressecção cirúrgica deve ser reservada para mulheres com endometriose apendicular, ileal ou cecal, e para as que apresentam lesões progressivas ou sem melhora após 6 meses de tratamento clínico. As pacientes candidatas ao tratamento clínico devem ser informadas da possibilidade de persistência ou até mesmo progressão da doença, devendo ser monitoradas quanto à sintomatologia e a achados de imagem. Ensaios prospectivos randomizados comparando os tratamentos cirúrgico e clínico da endometriose de retossigmoide devem ser realizados para confirmar os resultados apresentados.

## INFORMAÇÃO DOS AUTORES

Andres MP: <http://orcid.org/0000-0002-6552-6359>  
Mendes RF: <http://orcid.org/0000-0001-7616-7518>  
Hernandes C: <http://orcid.org/0000-0001-7352-6933>  
Araújo SE: <http://orcid.org/0000-0002-2361-254X>  
Podgaec S: <http://orcid.org/0000-0002-9760-6003>

## REFERÊNCIAS

1. Halis G, Mechsner S, Ebert AD. The diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(25):446-55; quiz 456.

2. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril*. 1997;68(4):585-96. Review.
3. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, Heikinheimo O, Horne AW, Kiesel L, Nap A, Prentice A, Saridogan E, Soriano D, Nelen W; European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29(3):400-12.
4. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. *Gynecol Endocrinol*. 1993;7(3):207-21.
5. Abrao MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod*. 2007;22(12):3092-7.
6. Berbel BT, Podgaec S, Abrão MS. Analysis of the association between symptoms referred by patients with endometriosis and the site of the disease. *Rev Med (São Paulo)*. 2008;87(3):195-200.
7. Seracchioli R, Mabrouk M, Guerrini M, Manuzzi L, Savelli L, Frascà C, et al. Dyschezia and posterior deep infiltrating endometriosis: analysis of 360 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15(6):695-9.
8. Goncalves MO, Podgaec S, Dias JA Jr, Gonzalez M, Abrao MS. Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and recto-sigmoid layers affected in cases of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Hum Reprod*. 2010;25(3):665-71.
9. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone FP, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;48(3):318-32.
10. Dai Y, Leng JH, Lang JH, Li XY, Zhang JJ. Anatomical distribution of pelvic deep infiltrating endometriosis and its relationship with pain symptoms. *Chin Med J (Engl)*. 2012;125(2):209-13.
11. Bellelis P, Dias JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis—a case series. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(4):467-71.
12. Vercellini P. Introduction: Management of endometriosis: moving toward a problem-oriented and patient-centered approach. *Fertil Steril*. 2015;104(4):761-3.
13. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, Barbara G, Somigliana E, Bosari S. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril*. 2016;106(7):1552-71. e2.
14. Vercellini P, Cortesi I, Crosignani PG. Progestins for symptomatic endometriosis: a critical analysis of the evidence. *Fertil Steril*. 1997;68(3):393-401.
15. Vercellini P, Fedele L, Pietropaolo G, Frontino G, Somigliana E, Crosignani PG. Progestogens for endometriosis: forward to the past. *Hum Reprod Update*. 2003;9(4):387-96.
16. Vercellini P, Crosignani P, Somigliana E, Viganò P, Frattaruolo MP, Fedele L. 'Waiting for Godot': a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2011;26(1):3-13.
17. Vercellini P, Giudice LC, Evers JL, Abrao MS. Reducing low-value care in endometriosis between limited evidence and unresolved issues: a proposal. *Hum Reprod Update*. 2015;30(9):1996-2004. Review.
18. Ferrero S, Alessandri F, Racca A, Leone Roberti Maggiore U. Treatment of pain associated with deep endometriosis: alternatives and evidence. *Fertil Steril*. 2015;104(4):771-92. Review.
19. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2010;116(1):223-36.
20. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS; SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. *J Obstet Gynecol Can*. 2010;32(7 Suppl 2):S1-32.
21. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2014;101(4):927-35. Erratum in: *Fertil Steril*. 2015;104(2):498.
22. Vercellini P, Frontino G, Pietropaolo G, Gattei U, Daguati R, Crosignani PG. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004;11(2):153-61. Review.
23. Fleisch MC, Xafis D, De Bruyne F, Hucke J, Bender HG, Dall P. Radical resection of invasive endometriosis with bowel or bladder involvement—long-term results. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;123(2):224-9.
24. Landi S, Pontrelli G, Surico D, Ruffo G, Benini M, Soriano D, et al. Laparoscopic disk resection for bowel endometriosis using a circular stapler and a new endoscopic method to control postoperative bleeding from the stapler line. *J Am Coll Surg*. 2008;207(2):205-9.
25. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril*. 2012;98(3):564-71. Review.
26. Kössi J, Setälä M, Enholm B, Luostarinen M. The early outcome of laparoscopic sigmoid and rectal resection for endometriosis. *Colorectal Dis*. 2010;12(3):232-5.
27. Roman JD. Surgical treatment of endometriosis in private practice: cohort study with mean follow-up of 3 years. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(1):42-6.
28. de Paula Andres M, Borrelli GM, Kho RM, Abrão MS. The current management of deep endometriosis. A systematic review. *Minerva Ginecol*. 2017;69(6):587-96.
29. Hudelist G, English J, Thomas AE, Tinelli A, Singer CF, Keckstein J. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37(3):257-63. Review.
30. Vercellini P, Frattaruolo MP, Somigliana E, Jones GL, Consonni D, Alberico D, et al. Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. *Hum Reprod*. 2013;28(5):1221-30.
31. Vercellini P, Somigliana E, Consonni D, Frattaruolo MP, De Giorgi O, Fedele L. Surgical versus medical treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia: I. Effect on pain during intercourse and patient satisfaction. *Hum Reprod*. 2012;27(12):3450-9.
32. Vercellini P, Frattaruolo MP, Rosati R, Dridi D, Roberto A, Mosconi P, et al. Medical treatment or surgery for colorectal endometriosis? Results of a shared decision-making approach. *Hum Reprod*. 2018;33(2):202-11.