

DOI: 10.35621/23587490.v10.n1.p812-823

TRATAMENTO CLÍNICO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA: UM PANORAMA ATUAL BASEADO EM EVIDÊNCIAS

*CLINICAL TREATMENT OF DEEP ENDOMETRIOSIS: A CURRENT
EVIDENCE-BASED OVERVIEW*

Ellen Gomes Farias¹
Pâmela Thayne Macêdo Sobreira²
Eulismenia Alexandre Valério³
Bruno Menezes de Carvalho⁴
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵
Gardson Marcelo Franklin de Melo⁶

INTRODUÇÃO: OBJETIVO: Descrever o melhor tratamento clínico, segundo as melhores evidências atuais, para endometriose profunda. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que foi realizada por meio de buscas nas bases de dados eletrônicos National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*Endometriosis*”, “*Deep*”, “*Infiltrative*” e “*Treatment*” em inglês e “Endometriose”, “Profunda”, “Infiltrativa” e “Tratamento” em português, com o operador booleano AND. Foram empregados como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2017 e 2022, disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português ou espanhol que correspondam ao objetivo do estudo. Foram excluídos artigos duplicados, monografias, dissertações, teses e resumos. Os resultados foram apresentados em tabela e em seguida colados em discussão. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O tratamento da endometriose profunda pode ser medicamentoso, cirúrgico, ou ambos, sendo direcionado pela idade e sintomas da paciente, extensão, localização e estadiamento da doença, desejam de engravidar e efeitos adversos aos medicamentos. O tratamento medicamentoso tem efeitos positivos, reduzindo o tamanho dos implantes, da infiltração e da vascularização, sendo o tratamento de escolha na ausência de indicações absolutas para cirurgia. O tratamento cirúrgico pode ser feito com laparoscopia ou laparotomia exploradora e

¹ ACADÊMICO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM.

² ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM.

³ ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM.

⁴ DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM.

⁵ DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM.

⁶ DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM.

deve ser oferecido às pacientes em que o tratamento clínico foi ineficaz ou contraindicado por alguma razão e para aquelas que desejam engravidar espontaneamente. **CONCLUSÃO:** Observou-se que o tratamento clínico falha em pacientes mais jovens com endometriose de retossigmoide que têm lesões intestinais maiores. No entanto, o tratamento hormonal clínico é tão eficaz quanto a abordagem cirúrgica na redução dos sintomas de dor, com exceção da dispareunia, e apresenta uma taxa menor de complicações em mulheres com endometriose intestinal.

PALAVRAS CHAVE: Endometriose. Profunda. Infiltrativa. Tratamento.

SUMMARY: OBJECTIVE: *To describe the best clinical treatment, according to the best current evidence, for deep endometriosis. METHODOLOGY:* *This is an integrative review of the literature, which was carried out through searches in the electronic databases National Library of Medicine (PubMed), Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), using the Descriptors in Health Sciences (DeCS): “Endometriosis”, “Deep”, “Infiltrative” and “Treatment” in English and “Endometriosis”, “Profunda”, “Infiltrativa” and “Treatment” in Portuguese, with the Boolean operator AND. The following inclusion criteria were used: articles published between 2017 and 2022, available in full, in English, Portuguese or Spanish that correspond to the objective of the study. Duplicate articles, monographs, dissertations, theses and abstracts were excluded. The results were presented in a table and then included in the discussion. RESULTS AND DISCUSSIONS:* *The treatment of deep endometriosis can be medical, surgical, or both, being guided by the patient's age and symptoms, extent, location and stage of the disease, desire to become pregnant and adverse effects of medications. Drug treatment has positive effects, reducing the size of implants, infiltration and vascularization, being the treatment of choice in the absence of absolute indications for surgery. Surgical treatment can be performed with laparoscopy or exploratory laparotomy and should be offered to patients in whom clinical treatment was ineffective or contraindicated for some reason and to those who wish to become pregnant spontaneously. CONCLUSION:* *It has been observed that clinical treatment fails in younger patients with rectosigmoid endometriosis who have larger intestinal lesions. However, clinical hormonal treatment is as effective as the surgical approach in reducing pain symptoms, with the exception of dyspareunia, and has a lower rate of complications in women with intestinal endometriosis.*

KEYWORDS: Endometriosis. Deep. Infiltrative. Treatment.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma afecção ginecológica benigna comum que afeta mulheres em idade reprodutiva. Trata-se de uma disfunção crônica estrogênio-dependente caracterizada pela presença de tecido endometrial, estroma e/ou glândulas endometriais fora da cavidade uterina (DUCCINI *et al.*, 2019).

A etiologia da endometriose ainda não é totalmente compreendida, principalmente considerando suas heterogêneas formas de acometimento, de apresentação e de evolução. Nesse sentido, uma das hipóteses mais consideradas para explicar a ocorrência da doença está baseada na teoria da menstruação retrógrada, na qual o fluxo de sangue menstrual reflui através das tubas uterinas e as células endometriais se fixam na cavidade peritoneal ou nos órgãos pélvicos. Tal hipótese está envolvida com outros fatores, como ambiente metabólico favorável, respostas inflamatórias exacerbadas e desequilíbrios imunológicos, sobretudo em mulheres geneticamente suscetíveis que apresentam fatores de risco, como menarca precoce, ciclos menstruais curtos e histórico familiar de endometriose (KAPOOR, STRATOPOULOU, DOLMANS, 2021).

A endometriose profunda ou profunda infiltrativa (DIE) é uma desordem multifatorial estrogênio-dependente definida como presença de tecido endometrial ectópico em localizações extrauterinas com invasão maior que 5 mm da superfície peritoneal, associado a fibrose e a reação inflamatória. Embora todos os tipos possam causar dor, as lesões profundas estão relacionadas a um quadro clínico mais grave, afetando a qualidade de vida, as relações sociais e sexuais e as atividades diárias dessas mulheres (CAMPOS *et al.*, 2021).

Apesar de ser comum nos consultórios, a epidemiologia exata da endometriose ainda é dificultada devido a pequena parcela de mulheres que chegam ao diagnóstico definitivo e ao fato da sua etiologia ainda não ser totalmente compreendida (PEREIRA, 2021). Nesse sentido, uma das principais hipóteses consideradas para explicar a ocorrência da doença é a teoria da menstruação retrógrada. Esta propõe que o tecido

endometrial viável reflui através das tubas uterinas durante a menstruação e se implanta no peritônio ou nos órgãos pélvicos, combinada a fatores genéticos, hormonais e imunológicos (KAPOOR, STRATOPOULOU, DOLMANS, 2021).

A endometriose é classificada em três tipos: endometriose peritoneal, ovariana e profunda. A endometriose peritoneal é caracterizada pela presença de implantes superficiais no peritônio. Já a ovariana, tem presença de implantes superficiais ou cistos - endometriomas - no ovário (LEE, KOO, LEE, 2020). A profunda ou profunda infiltrativa (DIE), por sua vez, é definida como presença de tecido endometrial que penetra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos com profundidade de 5 milímetros ou mais (ANDRES, 2018).

A endometriose profunda é a forma mais grave da doença, caracterizada por um quadro mais intenso de dor pélvica crônica próxima ao período menstrual, dispareunia, dismenorreia grave e infertilidade, podendo afetar a cavidade pélvica e os intestinos (CHAMIÉ, 2018). Diante disso, o diagnóstico pode ser feito através da anamnese e do exame físico associado a exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética (TANG, 2018).

A média de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico efetivo é de cerca de sete anos, dificultando o diagnóstico precoce da endometriose. Apesar de a suspeita se iniciar com o exame clínico, esse método é limitado. Devido a isso, a suspeita diagnóstica é confirmada pela identificação e biópsia da lesão por videolaparoscopia, considerada padrão ouro, porém, os métodos diagnósticos não invasivos também possuem alta sensibilidade e especificidade na investigação da DIE. Portanto, atualmente, a ultrassonografia (USG) pélvica e transvaginal e a ressonância magnética (RNM) são os principais métodos por imagem para detecção e estadiamento da doença, sendo a USG transvaginal a técnica de imagem mais acessível e difundida, devendo ser parte da avaliação inicial para pacientes com suspeita de endometriose (TEIXEIRA, PODGAEC, BARACAT, 2017).

Os tratamentos para a endometriose profunda têm como foco reduzir a dor e tratar a infertilidade, levando-se em consideração o estadiamento da doença e a sintomatologia da paciente. O tratamento pode ser clínico e/ou cirúrgico, sendo o clínico frequentemente feito com hormônios para bloqueio do ciclo menstrual, no qual

os mais utilizados são os anticoncepcionais combinados, os progestágenos isolados, e, mais recentemente, o implante de gestrinona (ARAÚJO, 2020).

O objetivo desse estudo é revisar a terapêutica para endometriose profunda, em especial, o tratamento clínico.

MÉTODO

O seguinte estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual, para alcançar os objetivos traçados, foi realizada por meio de pesquisas bibliográficas referenciadas de acordo com a literatura científica, sintetizando os estudos consideradas de maior importância atualmente para o título em questão: Tratamento clínico da endometriose profunda: um panorama atual baseado em evidências. Após a definição da temática, as pesquisas foram conduzidas pela pergunta norteadora: Qual o melhor tratamento clínico, segundo as melhores evidências atuais, para endometriose profunda?

A pesquisa foi realizada com a seleção dos descritores universais em inglês “*Endometriosis*”, “*Deep*”, “*Infiltrative*” e “*Treatment*”, e em português “Endometriose”, “Profunda”, “Infiltrativa” e “Tratamento” nos quais foram consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo utilizados de forma isolada e de forma combinada por meio do conectivo booleano *AND*.

Os artigos foram selecionados nas plataformas de dados eletrônicos National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e devem ter sido publicados nos últimos cinco anos, entre 2017 e 2022, contendo argumentos que justifiquem a temática proposta “Tratamento clínico da endometriose profunda: um panorama atual baseado em evidências”, a fim de garantir contribuição na literatura para o tema proposto.

Os artigos no qual foram selecionados para a pesquisa seguiram os seguintes critérios de inclusão: artigos em textos disponíveis na íntegra dos tipos pesquisas científicas, revisões integrativas, revisões sistemáticas e relatos de casos publicados

nos idiomas em inglês, em espanhol e em português, que correspondam ao objetivo do estudo.

Quanto aos critérios de exclusão, foram utilizados: artigos pagos, duplicados ou incompletos, estudos pilotos, resumos, teses, dissertações e monografias.

Posteriormente, foi realizada uma análise quantitativa, descritiva e sistematizada dos dados obtidos nos artigos pesquisados, e os resultados encontrados serão sintetizados e apresentados na seção resultados e discussões em forma de tabela.

RESULTADOS DISCUSSÕES

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO
CHAMIÉ <i>et al.</i> , 2018.	Locais atípicos de endometriose profundamente infiltrativa: características clínicas e achados de imagem	Revisar juntamente com manifestações clínicas comuns, protocolos de imagem apropriados para avaliação e achados de imagem para endometriose
VERCELLINI <i>et al.</i> , 2018.	Tratamento médico no tratamento da endometriose profunda infiltrando o reto proximal e o cólon sigmóide: uma revisão abrangente da literatura	Identificar relatos de estudos incluindo pacientes com diagnóstico instrumental de endometriose infiltrando a camada muscular do trato retal proximal
PEREIRA <i>et al.</i> , 2021.	Comparação entre contraceptivos hormonais combinados e progestágenos isolados na efetividade do tratamento da endometriose: uma revisão de literatura	Analisar e comparar os medicamentos citados para avaliar sua efetividade no tratamento da endometriose
DUCCINI <i>et al.</i> , 2019.	Endometriose: uma causa da infertilidade feminina e seu tratamento	Analisar a relação da endometriose com a infertilidade feminina
BAFORT <i>et al.</i> , 2020.	Cirurgia laparoscópica para endometriose	Avaliar a eficácia e segurança da cirurgia laparoscópica no tratamento da dor e infertilidade associada à endometriose
PENG; HUANG; ZHOU, 2021.	Didrogesterona no tratamento da endometriose: mapeamento de evidências e metanálise	Identificar, descrever e analisar as evidências atualmente disponíveis sobre a didrogesterona para o tratamento da endometriose

Autores, 2023.

DISCUSSÕES

O tratamento da endometriose profunda pode ser medicamentoso, cirúrgico, ou ambos, sendo direcionado pela idade e sintomas da paciente, extensão, localização e estadiamento da doença, desejo de engravidar e efeitos adversos aos medicamentos. O tratamento medicamentoso tem efeitos positivos, reduzindo o tamanho dos implantes, da infiltração e da vascularização, sendo o tratamento de escolha na ausência de indicações absolutas para cirurgia. Por ser uma doença estrogênio-dependente, o uso do estrogênio isolado deve ser evitado (VERCELLINI *et al.*, 2018).

Estima-se uma prevalência de 20 a 35% entre mulheres com endometriose em idade reprodutiva, frequentemente cursando com sintomas que vão desde dor pélvica crônica, dispareunia e dismenorreia grave, a problemas intestinais e miccionais, representando cerca de 50% das mulheres que se apresentam com infertilidade no consultório. As localizações mais comuns dos implantes endometriais são o ligamento uterossacro, a junção reto-sigmoide - aproximadamente 90% das lesões intestinais - a vagina e a bexiga, sendo o acometimento do TGI inferior uma das formas mais graves da doença, com incidência aproximada de 5,3 a 12% (CHAMIÉ *et al.*, 2018).

Em relação aos progestágenos isolados, eles podem ser administrados por via oral ou parenteral. A medroxiprogesterona é a mais utilizada, tendo como vantagens, na aplicação pela via intramuscular (IM), o baixo custo, a possibilidade de ser feita trimestralmente e a boa eficácia sobre a dismenorréia. As desvantagens são o controle incompleto do sangramento menstrual e a impossibilidade de interromper a medicação em casos de efeitos adversos, como aumento de peso, surgimento de acne, alopecia, mudanças de humor, diminuição da libido, entre outros sintomas (SANCHEZ, 2018).

A didrogesterona, também da classe das progestágenos, tem como mecanismo farmacológico a decidualização inicial e eventual atrofia do tecido endometrial ectópico, sem suprimir o endométrio normal, sendo capaz de inibir o desenvolvimento de novas lesões endometrióticas e melhorar os índices de gravidez

nas pacientes com infertilidade, visto que não inibe a ovulação nas doses usuais. Quando comparada à gestrinona, possui menos efeitos adversos e gera um alívio maior da dismenorréia (PENG, HUANG, ZHOU, 2021).

O sistema intrauterino de levonogestrel (SIU-LNG), ou DIU Mirena, é um meio alternativo de administração de progesterona que pode ser usado durante 5 anos. Ele promove atrofia do endométrio, controlando os sintomas da doença e melhorando a qualidade de vida da paciente, sendo uma possível escolha para o tratamento da endometriose profunda. Em comparação ao danazol e aos análogos do GnRH, após a cirurgia laparoscópica, se mostrou mais eficaz na melhora da dor pélvica (PEREIRA *et al.*, 2021).

Os contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona são muito prescritos atualmente, considerados a primeira linha para o tratamento da endometriose profunda. Têm como vantagens a possibilidade de uso a longo prazo, a fácil administração e a boa tolerabilidade das pacientes. Acarreta uma redução importante da dismenorréia e da dor pélvica crônica. Porém, deve-se levar em conta os riscos-benefícios de seu uso prolongado, visto que a endometriose é uma doença estrogênio-dependente. Os progestágenos de uso oral demonstraram benefício semelhante aos anticoncepcionais combinados nos desfechos da dismenorreia, da dor pélvica, da dispareunia e da dor pélvica crônica. Em relação aos efeitos adversos, houve mais sangramento de escape com o uso de progestágenos isolados e mais ganho de peso com anticoncepcionais combinados. Quando comparado seu uso de forma contínua aos agonistas do GnRH, não houve diferença significativa entre os resultados (PEREIRA *et al.*, 2021).

Acerca do danazol, é um derivado da 17 α -etiniltestosterona que age inibindo a liberação de hormônio luteinizante (LH) e aumentando a testosterona livre. Ele bloqueia o eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano, diminuindo o estrogênio circulante e induzindo a atrofia do tecido endometrial ectópico. Apesar da boa eficácia, o danazol deve ser utilizado na menor dose possível e não deve ser usado a longo prazo, devido aos seus efeitos colaterais, como alteração lipídica, dano hepático, hirsutismo, acne e ganho de peso (SANCHEZ, 2018).

O dienogeste (DNE) é um progestágeno derivado da nortestosterona, que tem efeito antiandrogênico. Pode ser utilizado como tratamento a longo prazo pois diminui

os níveis de estrogênio, tem efeito anti-inflamatório nos implantes endometriais e apresenta efeitos colaterais clinicamente tratáveis, como alteração no fluxo menstrual, aumento de peso, alteração no humor, acne, entre outros sintomas, sendo mais frequentes no início do tratamento e geralmente desaparecendo com o uso continuado. Ele ocasiona atrofia das lesões endometriais e melhora significativamente a dor pélvica em um período de 3 meses. Possui boa tolerabilidade quando administrado em mulheres entre 18 e 45 anos, porém, não aumenta os índices de gravidez, quando utilizado em pacientes com infertilidade. Ademais, pode ser usado empiricamente desde a fase inicial dos sintomas da endometriose (LIMA *et al.*, 2021).

Os análogos do GnRH agem no hipotálamo, ocupando os receptores do GnRH, levando a um estado de hipoestrogenismo hipogonadotrófico, podendo acarretar fogachos, redução da libido e secura vaginal, semelhante ao observado no climatério. Eles são muito eficazes na redução da dismenorreia, no entanto, devem ser usados por um período máximo de 6 meses, pois a longo prazo pode levar a uma diminuição da densidade mineral óssea e, conseqüentemente, a uma diminuição da qualidade de vida das pacientes (SANCHEZ, 2018).

A gestrinona é um progestágeno com efeito androgênico, com resultados semelhante aos análogos do GnRH no controle da dismenorreia e da dor pélvica crônica. Possui características anovulatórias, efeito anabolizante e hemostático, porém, apresenta alguns efeitos adversos que muitas vezes não são suportáveis pelas pacientes, como sangramento de escape, acne, hipertensão, edema e ganho de peso (FEBRASGO, 2021).

O Implanon é um dispositivo subcutâneo de liberação de progesterona, que age inibindo a secreção do LH e da ovulação, reduzindo os níveis de estrogênio no sangue. Ele diminui significativamente a dor pélvica, a dispareunia e o fluxo menstrual nas pacientes com endometriose, liberando etonogestrel lentamente por até 3 anos. Pode ser usado para pacientes que tem contraindicação para uso de hormônio via oral, pois não tem passagem hepática (NIU *et al.*, 2021).

O tratamento cirúrgico pode ser feito com laparoscopia ou laparotomia exploradora e deve ser oferecido às pacientes em que o tratamento clínico foi ineficaz ou contraindicado por alguma razão e para aquelas que desejam engravidar espontaneamente. Tem como objetivo a remoção completa de todos os focos de

endometriose, restaurando a anatomia da pelve e preservando a função reprodutiva (DUCCINI *et al.*, 2019).

Atualmente a laparoscopia é o método de preferência para diagnóstico e tratamento da endometriose profunda, pois dificulta a disseminação de células endometriais para outros focos, diminui o tempo de recuperação e os custos. Pode ser realizada utilizando diferentes técnicas, dentre elas a dissecação afiada, a eletroexcisão e o laser (BAFORT *et al.*, 2020).

A cirurgia conservadora consiste na remoção apenas das lesões endometrióticas, sem histerectomia, pois as pacientes normalmente visam um futuro reprodutivo. Nesta, ocorre significativa redução da dor, porém, geralmente é necessário fazer tratamento medicamentoso após a cirurgia, visando manter níveis baixos de estrogênio e prevenir a recorrência da doença. Nas mulheres que não apresentam infertilidade e desejam engravidar, porém o grau da doença é avançado, a cirurgia conservadora é preconizada. Já a cirurgia radical inclui a retirada do útero - histerectomia - e está indicada quando não há mais desejo de gestação e a doença é grave, com sintomas persistentes e incapacitantes mesmo após a terapia medicamentosa ou a cirúrgica conservadora (ROLLA, 2019).

CONCLUSÃO

Observou-se que o tratamento clínico falha em pacientes mais jovens com endometriose de retossigmoide que têm lesões intestinais maiores. No entanto, o tratamento hormonal clínico é tão eficaz quanto a abordagem cirúrgica na redução dos sintomas de dor, com exceção da dispareunia, e apresenta uma taxa menor de complicações em mulheres com endometriose intestinal. Portanto, recomenda-se que o tratamento clínico seja a primeira opção para pacientes com endometriose intestinal, enquanto o tratamento cirúrgico deve ser considerado apenas para aquelas que não experimentam alívio nos sintomas de dor com o tratamento hormonal, têm progressão nas lesões ou são suspeitas de suboclusão intestinal.

Este estudo fortalece a ideia de que a terapia hormonal é segura e eficaz no alívio dos sintomas de dor associados à endometriose intestinal. A cirurgia de ressecção deve ser reservada para mulheres com endometriose apendicular, ileal ou cecal, ou para aquelas cujas lesões pioram ou não melhoram após 6 meses de tratamento clínico. As pacientes que optarem pelo tratamento clínico devem ser informadas sobre a possibilidade de persistência ou progressão da doença e devem ser monitoradas quanto aos sintomas e aos achados de imagem. Além disso, recomenda-se a realização de ensaios prospectivos randomizados para comparar as abordagens cirúrgica e clínica da endometriose de retossigmoide e confirmar os resultados apresentados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORZI, Saeed. Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, transvaginal, and transrectal ultrasonography in deep infiltrating endometriosis. **Medicine**. [s.l.] (2018) 97:8.

BAFORT, Celine. et.al. Laparoscopic surgery for endometriosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [s. l.], 2020.

CAMPOS, F. A. de O. et. al. A relação entre endometriose e infertilidade: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.6, p. 24379-24390 nov. /dec. 2021.

CADERNO CIENTÍFICO FEBRASGO. Endometriose Do diagnóstico ao tratamento. **Feminina**. [s. l.] Volume 49, Número 3, 2021.

CHAMIÉ, L. P. et. al. Atypical Sites of Deeply Infiltrative Endometriosis: Clinical Characteristics and Imaging Findings. **RSNA**. [s.l.] V. 38, N. 1., 2018.

DONNEZ, Jacques. et. al. Endometriosis: An Inflammatory Disease That Requires New Therapeutic Options. *Int. J. Mol. Sci.* [s.l.] 2022, 23, 1518. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijms23031518>.> Acesso em 23 de abr. de 2022.

DUCCINI, E. C. et al. ENDOMETRIOSE: UMA CAUSA DA INFERTILIDADE FEMININA E SEU TRATAMENTO. **Rev. Caderno de Medicina**. [s.l.] Vol 2. No 2 (2019).

LIMA, R. V. et al. Função sexual feminina em mulheres com suspeita de endometriose infiltrativa profunda. **Rev. Bras Ginecol Obstet**. [s.l.] Vol. 40 No. 3/2018.

LIMA, T. T. et. al. Tratamento com dienogeste (DNG) para endometriose: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.6, p. 26703-26728 nov/dec. 2021.

NIU, Xiaocen. et. al. Effects of Etonogestrel implants on pelvic pain and menstrual flow in women suffering from adenomyosis or endometriosis. **Medicine**. [s.l.], 2021.

PENG, C.; HUANG Y.; ZHOU, Y. Dydrogesterone in the treatment of endometriosis: evidence mapping and meta-analysis. **Rev. Gynecologic Endocrinology And Reproductive Medicine.** [s.l.] 2021; 304:231-252.

PEREIRA, A. C. C. *et. al.* Comparação entre contraceptivos hormonais combinados e progestágenos isolados na efetividade do tratamento da endometriose: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 4081-4093, 2021.

ROCHA, A. M. *et. al.* Impacto Tardio do Tratamento Laparoscópico da Endometriose Profunda Infiltrativa com Ressecção Segmentar Colorretal. **ABCD Arq Bras Cir Dig.** [s. l.] 2018; 31(4):e1406. ROLLA, E. Endometriosis: advances and controversies in classification, **F1000 Faculty Rev**, [s.l.] 2019.

SANCHEZ, F. F. S. Tratamentos Atuais das lesões endometrióticas: Revisão Integrativa. **Rev. CuidArte Enfermagem.** [s. l.], 2018, 12(1): 106-112.

TANG, X. *et. al.* Deep infiltrating endometriosis MR imaging with surgical correlation. **Rev. Quant Imaging Med Surg.** [s.l.] 2018;8(2):187-195.

TEIXEIRA, M. Z.; PODGAEC, Sérgio; BARACAT, Edmund Chada. Estrogênio potencializado no tratamento homeopático da dor pélvica associada à endometriose: Um estudo de 24 semanas, randomizado, duplocego e placebo-controlado. **Rev. de Homeopatia.** [s.l.] 2017; 80(1/2).

VERCELLINI, P. *et al.* Medical treatment in the management of deep endometriosis infiltrating the proximal rectum and sigmoid colon: a comprehensive literature review. 2018 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.** [s. l.] 97 / 942-955, 2018.