Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença

Endometriosis in different age groups: perspectives on the current diagnosis and disease treatment

Érica Patrícia de Souza Cardoso¹; Neriane Magalhães Anselmo¹; Katia Jacqueline Miguel²;
Alessandra Bonacini Cheraim Silva³.

Resumo: A endometriose é uma patologia ginecológica crônica em sua maioria benigna, caracterizada pela presença de tecido endometriótico fora da cavidade uterina. É uma das principais causas de dor na região pélvica e infertilidade em pacientes na idade reprodutiva, estima-se que existam milhões de mulheres acometidas no mundo, em países industrializados é considerada uma das principais causas de hospitalização ginecológica. Através deste artigo buscamos descrever a patologia da endometriose juntamente com seu diagnóstico e tratamento, comparando o desenvolvimento em faixas etárias diferentes de acordo com suas manifestações, destacando suas principais características na mulher adolescente e adulta, visto que em estudos ascendentes à patologia era tratada como a doença da mulher moderna tendo predomínio de casos em mulheres adultas. Assim, através de estudos de revisão bibliográfica, concluímos que a endometriose afeta todo o período da vida reprodutiva da mulher desde a menarca na fase da adolescência até a menopausa, sendo necessário um diagnóstico precoce para a implantação de um tratamento eficaz a paciente, pois normalmente a doença é descoberta em mulheres adultas com problemas de fertilidade, não ocorrendo um acompanhamento adequado durante o amadurecimento da paciente, podendo acarretar danos irreversíveis ao aparelho reprodutivo feminino.

Palavras-chave: Endometriose; Faixa Etária; Adolescente; Mulher Adulta.

Abstract: Endometriosis is a chronic gynecological disease in its most benign, characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It is a major cause of pelvic pain and infertility in patients of reproductive age, it is estimated that there are millions of women living in the world, in industrialized countries is considered a leading cause of gynecologic hospitalization. Through this article we seek to describe the pathology of endometriosis along with its diagnosis and treatment, comparing the development in different age groups according to their manifestations, highlighting their main characteristics in adolescent and adult women, since studies in the ascending condition was treated as the disease of the modern woman with a predominance of cases in adult women. Thus, through studies of literature review, we conclude that endometriosis affects the entire period of the woman's reproductive life from menarche in adolescence through menopause, early diagnosis is necessary for the implementation of an effective treatment to patients because they usually the disease is discovered in adult women with fertility problems and there was no proper monitoring of the patient during ripening, which may cause irreversible damage to the female reproductive tract.

Keywords: Endometriosis; Age; Adolescent; Adult Woman.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma patologia ginecológica crônica que se manifesta em mulheres em idade reprodutiva sendo caracterizada pela presença de tecido endometriótico fora da cavidade uterina. É uma das principais causas de dor na região pélvica e infertilidade em pacientes na idade reprodutiva, estima-se que existam milhões de mulheres acometidas no mundo, em países industrializados é considerada uma das principais causas de hospitalização ginecológica. Os focos de células endometriais são estimulados por hormônios ovarianos e se implantam em diversos locais, sendo o mais comum peritônio, ovário, reto, bexiga, tuba uterina e ureteres, desenvolvendo um suprimento vascular capaz de

possibilitar o seu crescimento no local em que o tecido se implantar (LIMA; ROSA E SILVA; MOURA, 2006; AMARAL et al., 2009; CROSERÁ et al., 2010; BELLELIS et al.; 2010).

A paciente com endometriose pode apresentar um quadro clínico variável, podendo até mesmo ser assintomáticas. No entanto, grande parte apresenta manifestações clínicas de intensidade variada, podendo apresentar dor pélvica, que é o sintoma mais comum, dismenorréia (dor na região pélvica em forma de cólicas), dispareunia (dor durante a relação sexual), disquesia (dor associados ao ato de defecação), dor ovulatória, fadiga e também problemas intestinais durante a fase menstrual, as quais tendem a aparecer durante o perí-

¹Discente de Biomedicina da Faculdade de Uberaba (UNIUBE)

²Docente de Biomedicina da Faculdade de Uberaba (UNIUBE)

³Docente do curso de Biomedicina da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG) e da Faculdade de Uberaba (UNIUBE). **Email:** cheraim@hotmail.com

odo menstrual e pré-menstrual causando fortes dores, havendo melhora após o termino da menstruação. Algumas mulheres ainda apresentam quadros de infertilidade (AMARAL et al., 2009; BELLELIS et al., 2010; NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Essas manifestações clínicas prejudicam a qualidade de vida da mulher, afetando tanto a vida pessoal como a profissional, devido às fortes dores geradas pelos focos de células endometriais. A endometriose não tem cura, o tratamento busca diminuir os focos endometrióticos aliviando as dores na tentativa de melhorar a qualidade da vida da portadora da doença (SCHINDLER, 2011).

Não tem sido fácil estabelecer a real incidência da patologia, determinando a idade correta em que a endometriose pode se desenvolver, mas novos estudos confirmam a presença de uma variação de faixa etária da mulher com endometriose, atingindo adolescentes, mulheres jovens adultas e pré-menopausadas, ou seja, a mulher esta suscetível da menarca a ultima menstruação (GYLFASON et al.; 2010; SANTOS et al.; 2012).

Este estudo busca demonstrar a patologia, comparando o desenvolvimento em faixas etárias diferentes e suas manifestações, destacando suas principais características na mulher adolescente e adulta, dentro do contexto ginecológico.

DETERMINAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA

A determinação correta da faixa etária da endometriose na mulher tem passado por novas análises e estudos, sendo identificada a presença de algumas dificuldades para se estabelecer uma incidência real quanto à idade e as primeiras manifestações, algumas exemplificações seriam o acesso a saúde que ocorre na maioria dos países de forma desigual, a determinação de estudos sobre grupos fechados não sendo possível avaliar de forma correta a extensão da doença, outro fato é que muitas pacientes são assintomáticas por longos períodos e acabam tendo o seu achado por coincidência, ou o ocultamento dos sintomas faz com que a mulher só seja diagnosticada após longos períodos a partir do desenvolvimento dos primeiros sintomas (GYLFASON et al.; 2010; SCHMIDT; HERTER, 2002; SEPUCRE ; AMARAL, 2007).

Segundo SANTOS et al. (2012), as manifestações clínicas da endometriose podem afetar a vida das pacientes no trabalho, nas relações pessoais e na fertilidade, por isso a demora para o diagnóstico é prejudicial e como consequência pode manifestar prejuízos, altos gastos com a saúde em internações hospitalares e exames, mas também prejuízos indiretos como o afastamento de inúmeras mulheres jovens em períodos mais produtivos. No Brasil em 2001 foi relatado uma média de 7 anos para o efetivo diagnóstico de endometriose, no presente estudo foi avaliado um período de 3,4 anos entre o inicio dos sintomas e seu diagnóstico, talvez esta diferença apresentada possa ser devido a importância das mulheres terem o conhecimento sobre a doença

e seus sintomas. Mas infelizmente ainda há dificuldades do diagnóstico em algumas regiões e pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que enfrentam maiores dificuldades a chegarem aos cuidados de hospitais-escolas com atendimentos terciários.

ENDOMETRIOSE NA ADOLESCÊNCIA

Através de estudos atuais hoje e possível se observar o desenvolvimento puberal e maturidade sexual cada vez mais precoce, onde a o aparecimento da menarca por volta dos 11 anos. A adolescência é um período com intensas modificações físicas e psicológicas, pode ser dividida em inicial (10 a 14 anos), média (14 a 17) e tardia (acima de 17 anos). Há desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e surge a menarca, configurando a transição da infância à idade reprodutiva. Emocionalmente há a formação do caráter e essas jovens que precisam ser orientadas, para diminuir dúvidas e incertezas, no que se refere à sexualidade feminina. É de extrema importância para o ginecologista esteja preparado a atender e orientar estas jovens pacientes, pois após o pediatra ele tem a responsabilidade de direcionar a saúde destas pacientes quanto a sexologia, doenças infecciosas, fisiologia genital, sintomas entre outras patologias como a endometriose (GIORDANO; GIORDANO, 2009).

Desta forma devemos trabalhar diretamente com a prevenção da patologia é ter consciência de que sua manifestação começa na adolescência, não se pode determinar e quantificar com eficácia os casos, mais através de novos estudos pode ser analisado que mulheres adultas afirmam a manifestação dos sintomas pélvicos antes dos 20 anos, tendo uma proporção de cerca de 70% das adolescentes, explicando a manifestação do principal sintoma a dismenorréia e sangramentos irregulares (BROSENS; BENARGIANO, 2011; SEPUCRE; AMARAL, 2007).

A demora em diagnosticar a endometriose na adolescência ainda é maior sendo em média de 10 anos. Sendo assim, os ginecologistas e imagenologistas devem ficar sempre atentos para qualquer tipo de achado em exame bimanual procurando nódulos palpáveis, queixa de dores pélvicas, sintomas como a presença de dor à mobilização uterina, observar pelo toque se a posição anatômica do útero é retrovertido, ou se há um aumento considerável do volume ovariano, estas ocorrências, mesmo não sendo específicas para a doença, são sugestivas e quando encontradas precisam ser investigadas (ARRUDA et al., 2010; NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Os principais relatos de sintomas nesta fase começam com estágios leves, aumentando as manifestações com a idade, a dismenorréia é caracterizada por cólicas fortes na região do abdômen, que se manifestam durante o período menstrual podendo se estender até o período intramenstrual, a dor tem manifestação intensa normalmente no primeiro dia do ciclo ocasionando sintomas como náusea, cefaléia e diarreia, estas alterações ocorrem sem causa aparente e atuam de duas maneiras, cíclica ou não

cíclica, já em adultos a dor na maioria das vezes é cíclica, podendo haver um aumento da dor ao longo do tempo, as quais podem permanecer durante todo o mês, tendo a manifestação de problemas intestinais e sintomas vesicais. Cerca de 90 % das mulheres possuem cólicas, em algumas as cólicas interferem nas suas atividades habituais prejudicando o seu bem estar. (SCHMIDT; HERTER, 2002; SEPUCRE ; AMARAL, 2007).

Os ginecologistas devem estar atentos aos achados visualizados por videolaparoscopia em adolescentes, as quais podem revelar lesões atípicas como; lesões avermelhadas, pápulas claras e lesões glandulares, um estudo com pacientes jovens e adultos com endometriose revelou que as adolescentes possuem lesões vermelhovoivo, sendo menos comum lesões em pólvora. O número de focos de células endometriais não determina a intensidade da dor sentida pela paciente. Mas as lesões avermelhadas são mais ativas produzindo uma maior quantidade de prostaglandinas, o aumento de prostaglandina faz com que haja contração intensa do músculo liso que incluem contrações do miométrio e intestinas, o que explica por que adolescentes com endometriose sentem mais dor do que pacientes adultas (SEPUCRE; AMARAL, 2007; BELLELIS et al.; 2010).

Ainda não há um tratamento definitivo para essa enfermidade, sendo assim as adolescentes com endometriose precisam realizar o tratamento por todo o período da vida reprodutiva de forma eficaz, pois se não houver um acompanhamento ocasionara um aumento progressivo dos focos de células endometriais. É importante que a fertilidade da adolescente seja preservada, sendo a escolha do tratamento realizado, e analisado pelo médico correlacionando a idade da paciente e o estágio em que a doença se encontra (SEPUCRE; AMARAL, 2007; BELLELIS et al.; 2010).

Segundo BROSENS e BENARGIANO (2011) na adolescência a mulher é mais suscetível e oferecer uma janela de oportunidade para a manipulação hormonal da endometriose, as atuais recomendações do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, apresentam o início de um tratamento com anti-inflamatórios não-esteróides e cíclicos contraceptivos orais combinados (COCs) em adolescente com dismenorréia continua acima de 3 meses, apesar destas intervenções, deve se fazer o diagnóstico por exames e pela laparoscopia. A utilização de contraceptivos orais combinados cíclicos é recomendada para evitar a regressão dos implantes no momento da cirurgia laparoscópica. Adolescentes identificadas com endometriose devem ser tratados por cauterização cirúrgica, ou tratamento a laser. Todas as adolescentes que são diagnosticadas pela laparoscopia e confirmadas histologicamente com endometriose deve ser colocada em terapia supressiva para inibir a progressão da doença ate o momento do desejo de se engravidar. A primeira linha de recomendação para os pacientes com idade inferior a 16 é COCs contínua.

Para os pacientes com mais de 16 anos de idade, deve se administrar COCs contínuo ou um agonista de GnRH. Os agonista de GnRH não são geralmente recomendados para os pacientes com idade inferior a 16 dadas preocupações quanto a mineralização óssea.

ENDOMETRIOSE NA MULHER

A endometriose através de vários autores vem sendo comparada a doença da mulher moderna, sendo diagnosticada normalmente em mulheres com crises de dor pélvica ou que tentam engravidar sem sucesso na fase adulta, a infertilidade é considerada neste caso em mulheres que possuem relacionamentos estáveis e tentam engravidar sem uso de métodos anticoncepcionais por pelo menos um ano. A endometriose é a principal causa de infertilidade em mulheres acima dos 25 anos, onde estudos demonstram que de 30% a 40% das mulheres inférteis possuem endometriose em níveis variados (BROSENS; BENARGIANO, 2011; MATTA; MULLER, 2006).

A endometriose pode ser classificada de acordo com os critérios da American Society for Reproductive Medicine (ASRM) sendo classificada de acordo com a profundidade dos implantes e os tipos de aderência no tubo ovariano, dependendo do estágio em que a doença se encontra. Sendo assim a endometriose pode ser estágio I (mínima), estágio II (leve), estágio III (moderada) e estágio IV (severa) (LIMA; ROSA E SILVA; MOURA, 2006; NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Mesmo sem a realização da videolaparoscopia é possível suspeitar que a mulher possua endometriose tendo como base exames físicos e ginecológicos bem realizados. Deve-se avaliar bem a duração da dor sentida pela paciente. Mulheres que possuem grande sangramento menstrual e não respondem a tratamento com anticoncepcionais, com historia familiar de endometriose possuem grande chance de desenvolver a doença, devido à predisposição genética. Algumas anormalidades no trato genital também podem levar ao desenvolvimento da doença (SEPUCRE ; AMARAL, 2007).

No exame físico se recomenda uma avaliação pélvica no período menstrual, quando é mais fácil a percepção a sensibilidade da paciente. Nódulos dos ligamentos uterossacos e fundo-de-saco vaginal posterior, são encontrados em cerca de um terço de casos. Pode se observar uma alteração no tamanho dos ovários e retroversão uterina. Esta retroversão não é um fator etiológico da endometriose (PASSOS et al., 2006).

O método ouro para diagnosticar a endometriose é a videolaparoscopia, pois é o mais acurado na determinação da patologia em adolescentes e adultos. Mas por ser uma forma invasiva, deve ser feita sobre orientações e critérios estabelecidos pelo médico. Por este método as lesões podem ser vistas em seus diferentes estágios, aspectos e evoluções. A lesão típica é encontrada com pigmentação azul escura (powder-burn) nos ovários, na superfície do peritônio, na bexiga e nos ligamentos uterinos

entre outros. Cada vez mais se pesquisa e busca novos métodos para somar ao diagnóstico rápido e menos invasivo como a micro laparoscopia, assim como as técnicas descritas a cima, tem como papel fazer um mapeamento da dor pélvica, a diferença e que nesta técnica se usa anestesia local (ABRÃO; PODGAEC; DIAS JR, 2007; PASSOS et al., 2006; SEPUCRE ; AMARAL, 2007).

O diagnóstico por imagem tem proporcionado avanço para detecção da doença, como a ultra-sonografia pélvica pelo diagnóstico ovariano, em pacientes adultos é comum encontrar endometriomas, mais raramente é encontrado em adolescentes. A ultrassonografia é um excelente método de diagnóstico de endometriose, sendo possível diagnosticar os focos de células endometriais em estágios iniciais, outro método é a ultra-sonografia transvaginal especializada com o preparo retal que pode demonstrar e sugerir uma maior profundidade da doença, de forma retrocervical ou septo retovaginal (SEPUCRE; AMARAL, 2007).

A Ressonância Magnética Nuclear tem sido adotada como uma forma mais sofisticada, mais que não ultrapassa a qualidade da ultrassonografia, podendo ser útil no diagnóstico da endometriose profunda por se detectar massa pélvica. Tem boa funcionalidade o método endo-endoscopia retal (ecocolonosopia) usada em casos de suspeita da profundidade da doença, sendo também um exame de custo e disponibilidade de pouco acesso (BELLELIS et al.; 2010; PASSOS et al., 2006).

O marcador Laboratorial biológico mais utilizado para o diagnóstico e monitoramento da endometriose é o CA-125, trata-se de uma glicoproteína que tem origem epitelial, podendo ser encontrado no epitélio normal e neoplásico de origem endometrial, endocérvice, nas Tubas Uterinas e células cancerosas no ovário. Sua dosagem deve ser realizada do primeiro ao terceiro dia do ciclo menstrual, quando superior a 100 UI ml a endometriose é caracterizada como em estágio avançado. Porém, apenas com os níveis elevados de CA-125 não é possível fechar o diagnóstico, pois ele também se encontra elevado em outras patologias. É necessária a realização de outros exames como videolaparoscopia e ultrassonografia, correlacionando com os sintomas sentindo pela mulher, para que então seja possível fechar o quadro da doença. Infelizmente ainda não há um marcador sérico específico apenas para a endometriose. Esse é o grande alvo de pesquisadores, que buscam métodos de diagnósticos não invasivos, que preservem a fertilidade da adolescente e sejam menos traumáticos. Porém, ainda não se descobriu nenhum marcador sérico que seja específico apenas para a endometriose (ABRÃO; PODGAEC; DIAS JR, 2007; SEPUCRE; AMARAL, 2007; AMARAL et al.; 2006).

Ainda não se tem um tratamento ideal para a doença, mas existem procedimentos terapêuticos recomendados, os quais podem ser medicamentoso, cirúrgico ou uma associação entre os dois. O tratamento da en-

ometriose deve ser feito de acordo com os sintomas da paciente, o estágio em que a doença se encontra e a idade da paciente, visando melhorar a qualidade de vida, diminuindo as fortes dores e eliminando os focos de células endometriais (AMARAL et al., 2009).

A gravidez e a menopausa estão associadas à resolução da dor pélvica que é um dos principais sintomas da doença. Os anticoncepcionais combinados (AC) vêm sendo utilizados como tratamento inicial para a dor pélvica. O tratamento medicamentoso é de fácil administração e pode ser utilizado por períodos prolongados fazendo com que haja condições hormonais semelhantes a que ocorre durante a gestação, amenizando os sintomas. Porém pode haver alguns efeitos colaterais como ganhos de peso, hipertensão e sangramento anormal (SEPUCRE; AMARAL, 2007; NAVARO; BARCELOS; SILVA, 2006; YAMAL; GAITÁN, 2008).

Em alguns casos é recomendado o tratamento cirúrgico, que visa retirar o tecido endometrial, delicadamente para evitar a formação de novos focos endometrióticos. O tratamento cirúrgico é realizado no intuito de remover as lesões endometrióticas, sendo indicado apenas para mulheres que não respondem a tratamento medicamentoso. O tratamento para o endometrioma é a laparoscopia, no entanto esse tratamento cirúrgico possui dois riscos, a cirurgia excessiva com a remoção do córtex ovariano, e quando a cirurgia é incompleta onde há recorrência da doença. A remoção cirúrgica dos endometriomas pode ser prejudicial para a função ovariana devido a estresse mecânico, processos inflamatórios e prejuízos da vascularização os quais causam traumatismo. Em mulheres jovens ou com desejo de engravidar deve-se optar por cirurgia conservadora podendo ser realizada a retirada do cisto ou a exérese da pseudocápsula realizando análise histopatológica para confirmar o diagnóstico. Após remoção cirúrgica mulheres portadoras da doença apresentam melhora em até 80% dos sintomas, porém, pode haver recorrência após algum tempo. Em pacientes com endometriose leve e infertilidade, a remoção cirúrgica dos focos de endometriose parece melhorar a fertilidade (NÁCUL; SPRITZER, 2010; FRANKFURT et al., 2009).

O tratamento cirúrgico pode ser dividido em duas categorias, conservador preservando a fertilidade da paciente, ou radical levando a histerectomia. Se a histerectomia for realizada em pacientes jovens é recomendada a utilização de reposição hormonal, porém antes se deve analisar o risco benefício (NAVARO; BARCELOS; SILVA, 2006).

Tendo sua importância no diagnóstico a laparoscopia atua também no tratamento através da destruição de focos endometrióticos, com a eletrocauterização ou laser, a fim de diminuir os focos de células endometriais melhorando a sintomatologia e fertilidade da paciente, visto que cerca de 30 a 50% das mulheres portadoras dessa patologia se tornam inférteis (AMARAL et al., 2009, CROSERÁ et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose por um longo período foi conhecida como a doença da mulher moderna, pois com a chegada de novos tempos, com a industrialização e urbanização a mulher passou a ter mais oportunidades no mercado de trabalho, estudo e formação acadêmica, como consequência passou a buscar primeiramente sua carreira profissional, deixando relacionamentos, casamentos e gravidez em segundo plano, este novo modelo de vida acarreta a um quadro de menos filhos, onde a mulher fica mais exposta a vários ciclos menstruais.

Alguns sintomas clínicos da patologia podem levar anos para se manifestarem, por isso o diagnóstico em sua maioria é realizado em mulheres adultas com problemas de fertilidade, levando a algumas pacientes a ter danos irreversíveis na parte anatômica feminina e nas funções dos seus órgãos reprodutivos.

O que foi constatado através deste trabalho e que esta patologia não é exclusiva da mulher na fase adulta, ela está presente na vida da mulher desde a menarca na fase da adolescência. Este fato, não tem sido fácil de ser confirmado, tendo em vista a dificuldade de se chegar à confirmação do quadro na adolescência, à precariedade no atendimento a maioria da população que depende do SUS (Sistema Único de Saúde), pela aplicação de estudos direcionados a grupos pequenos que não proporcionam uma incidência real da doença, não se estabelecendo uma idade certa do início do desenvolvimento da endometriose. Mas através de estudos e relatos podemos observar a presença de uma variação de faixa etária na mulher, onde se atinge as adolescentes, mulheres jovens adultas e pré-menopausadas.

Analisando o crescimento da doença na população, buscamos através deste, conscientizar as mulheres quanto à faixa etária acometida e novas perspectivas de diagnóstico e tratamento, sendo visto que a doença causa dores, infertilidade, depressão, frustrações, e angústia, acarretando uma má qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Mauricio Simões; PODGAEC, Sergio; DIAS JR, João Antonio. Endometriose, a mulher moderna e o Brasil. **Prática Hospitalar**, ano IX, n. 50. São Paulo, 2007.

AMARAL, Vivian Ferreira et al. Positive correlation between serum and peritoneal fluid CA-125 levels in women with pelvic endometriosis. **São Paulo Medical Journal**, v.124,n.4,São Paulo, 2006.

AMARAL, Vivian Ferreira; LAGO, Eduardo Andrea; DALZADA, William; SOUZA, Luiz César Guarita; FRANCISCO, Júlio César. Desenvolvimento de modelo experimental de endometriose em Ratas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**,v.36,n.3, Rio de Janeiro, 2009.

ARRUDA, Maurício de Souza; CAMARGO, Márcia Martos Amâncio; CAMARGO JR, Hélio Sebastião Amâncio; TEXEIRA, Sandra Regina Campos. Endometriose profunda: aspectos ecográficos. **Femina**, v.38,n. 7, Campinas, 2010.

BELLELLIS, Patrick; DIAS JR, João Antônio; PODGAEC, Sergio; GONZALES, Midgley; BARACAT, Edmund Chada; ABRÃO, Mauricio Simões. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.4,São Paulo,2010.

BROSENCE, Ivo; BENAGIANO, Giuseppe. Endometriosis, a modern syndrome. **The Indian Journal of Medical Research**, v.133, n.6, pg.581-593. 2011.

CROSERIA, Ana Maria L. Vieira; VIEIRA, Carlos Henrique Fontana; SAMAMA, Marise; MARTINHAGO, Ciro Drech. UENO, Joji. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura. **Femina**,v.38,n.5, São Paulo, 2010.

ANCO, Bianca; BARBOSA, Caio Parente. Avaliação dos níveis basais de FSH em pacientes inférteis com endometriose profunda de ovário tratadas cirurgicamente. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**,v.31,n.7,Santo Andre,2009.

GIORDANO, Maria Vicente; GIORDANO, Luiz Augusto. Contracepção na adolescência. **Revista Adolescência & Saúde**, vol. 6, n. 4, Rio de Janeiro, 2009.

GYLFASON; Jon Torfi; KRISTJANSSON, Kristijan Andri; SVERRISDOTTIR, Gudlaug; JONSDOTTIR, Kristin; RAFNSSON, Vilhalmur; GEIRSSON, Reynir Tomas. Pelvic Endometriosis Diagnosed in an Entire Nation Over 20 Years. **American Journal of Epidemiology**, vol. 172, n.3, 2010.

LIMA, Andréa Pereira; ROSA E SILVA, Alzira Amélia Martins; MOURA, Marcos Dias; Concentrações de FSH, LH, estradiol, progesterona e histamina no soro, no fluido peritoneal e no fluido folicular de mulheres com e sem endometriose. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**,v.28,n.11,Rio de Janeiro,2006.

MATTA, Adriana Zanona; MULLER, Marisa Campio. Uma Análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, saúde & doenças**, v.7, n.1, Rio grande do sul, 2006.

NÁCUL, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v.32, n.6, Rio de Janeiro, 2010.

NAVARRO, Paula Andrea de Albuquerque Salles; BARCELOS, Ionara Diniz Santos; SILVA, Julio Cesar Rosa. Tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**,v.28,n.10, Rio de Janeiro,2006.

- PASSOS, Eduardo Pandof et al. Endometriose. **Rotinas em ginecologia**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.119-125.
- SANTOS, Tânia Vieira Mara; PEREIRA, Ana Gomes Maria; LOPES, Reginaldo Guedes Coelho; DEPES, Daniela de Batista. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. **REVISTA EISTEIN**, vol. 10 n. 1, pg 39-43. São Paulo, 2012.
- SCHINDLER, Adolf. Diagnóstico no tratamento a longo prazo da endometriose. **Saúde da Mulher Int J**, v.3, n.175, Alemanha, 2011.
- SCHIMIDT, Ellen; HERTER, Liliane Diefenthaler. Dismenorréia em adolescentes escolares. **Adolescência Latinoamericana**, v 3, n.1, Porto Alegre, 2002. Disponível em: . Acesso em: 18 out.2011.
- SEPULCRI, Rodrigo de Pinho; AMARAL, Vivian Ferreira. Endometriose pélvica em adolescentes: novas perspectivas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** – Femina, V. 35, N.6, Rio de Janeiro, 2007.
- YAMAL, Ivonne Jeannete Diaz; GAITAN, Alef Tsade Sanabria. Tratamiento de La endometriosis I y II: revisión de la literatura. **Revista colombiana de obstetrícia y ginecologia**, v.59, n.3, Colombia, 2008.