

Frequência de endometriose pélvica em pacientes submetidas à videolaparoscopia por dor pélvica crônica

Juliana Barroso Zimmermann^{*}
Marília Guimarães Quirino^{**}
Daniel Sad da Silveira^{**}
Dulciana Maria Ferreira Pena^{**}
Monique Policiano Pereira^{**}
Sebastião Guerra Zimmermann^{***}

RESUMO

A endometriose consiste na presença de tecido endometriótico fora da cavidade uterina. O diagnóstico pode ser suspeitado pela clínica da paciente, porém exames complementares auxiliam ao diagnóstico. Objetivando avaliar a frequência de endometriose em pacientes com dor pélvica crônica, foram estudadas 120 pacientes submetidas à videolaparoscopia para diagnóstico. Os achados ultrassonográficos foram associados aos achados videolaparoscópicos e aos da histopatologia. Identificou-se 38% das pacientes com endometriose, sendo que destas, a endometriose mínima foi encontrada em 52%, a leve em 24%, a moderada em 15% e a grave em 9%. Outros achados encontrados foram: pelve normal em 12%, aderências em 25%, varizes em 18%, e outros achados em 7%. A sensibilidade da ultrassonografia para detecção dos casos leves foi baixa (14,7%), enquanto que esse valor aumentou com a gravidade da doença (72,7%). Conclui-se que a endometriose é uma patologia comum e associada aos quadros de dor pélvica crônica. A ultrassonografia normal não exclui a doença, principalmente nos casos mínimos e leves.

Palavras-chave: Endometriose. Laparoscopia. Dor pélvica.

1 INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica é caracterizada como a dor localizada na pelve, não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, intensa para interferir nas atividades habituais, necessitando de tratamento clínico ou cirúrgico. A etiologia não é clara e se associa a uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico, endócrino e fatores sociais e culturais (CAMPBELL; COLLETT, 1994; HOWARD, 2003; NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006). A prevalência estimada da dor pélvica crônica é de 3,8% em mulheres com idade de 15 a 73 anos, determinando impacto na vida conjugal, social e profissional, o que a transforma em um sério problema de saúde pública (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006). Dentre as inúmeras causas de dor pélvica crônica, destaca-se a endometriose pélvica (ALMEIDA; NOGUEIRA; REIS, 2002).

A endometriose é uma doença multifocal caracterizada pela presença de glândulas e/ou estroma endometrial

em localizações atípicas. Acomete mulheres em idade reprodutiva, porém há casos relatados na pós-menopausa e antes da menarca (AMARAL; SANSON; SEPULCRI, 2006; SEPULCRI; AMARAL, 2007). Os sintomas encontrados com mais frequência são dor pélvica crônica e infertilidade. Em mulheres assintomáticas estima-se prevalência de 2% a 20%, dependendo do critério diagnóstico utilizado. Nas portadoras de dor pélvica crônica este índice aumenta para 15% a 45% e nas pacientes inférteis, sem outra causa definida, 30% a 71% são portadoras de endometriose (MURPHY, 2002; SEPULCRI; AMARAL, 2007).

O diagnóstico inicia-se com a suspeita clínica, como, por exemplo, queixa de dor pélvica, a qual se associa sintomas como: dor lombar, cólicas, distensão abdominal e dispareunia (PODGAEC; ABRÃO, 2004). A avaliação complementar mais comumente utilizada é o exame ultrassonográfico transvaginal. Entretanto, nos casos de endometriose leve, o diagnóstico pode

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento Materno Infantil - Juiz de Fora, Minas Gerais - E-mail: julianabz@uol.com.br

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina - Juiz de Fora, MG

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia - Juiz de Fora, MG

ser protelado pela falta de achados ao exame clínico e ultrassonográfico. Neste caso, a investigação videolaparoscópica será mandatória (BALLARD; LOWTON; WRIGHT, 2006; JACOBSON et al., 2009; WALTER et al., 2001).

Com o objetivo de verificar a frequência de endometriose pélvica em pacientes com dor pélvica crônica, avaliaram-se pacientes submetidas à videolaparoscopia diagnóstica.

2 PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal onde foram avaliados 300 pacientes submetidas à videolaparoscopia no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2009. Incluíram-se pacientes com queixa de dor pélvica, associada ou não a dispareunia e que tinham sido submetidas a pelo menos um exame ultrassonográfico para a avaliação da dor pélvica. Entretanto, todas as outras indicações de videolaparoscopia ou pacientes que não tinham avaliação ultrassonográfica transvaginal prévia foram excluídas do estudo. Utilizaram-se, então, 120 pacientes. O presente estudo foi aprovado pelo Serviço de Obstetria da Universidade Federal de Juiz de Fora – Comissão de Ética da Cooperativa Médica de Juiz de Fora – LTDA. Todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Avaliaram-se dados da anamnese (idade, gesta, para, abortos, escolaridade, estado civil, uso de contraceptivo), da ultrassonografia transvaginal (suspeita de endometriose ou não) e do exame videolaparoscópico (suspeita de endometriose ou não). Considerou-se a ultrassonografia transvaginal com imagens sugestivas de endometriose quando se identificaram as alterações descritas abaixo, pela mesma equipe de imaginologistas (FONTANA et al., 2009):

- 1 Identificação de endometriose ovariana (endometriomas): suspeitaram-se quando imagens císticas foram identificadas como ecos internos de baixa densidade, difusos e focos hiperecóticos na parede de cistos multiloculares. O ovário pode ainda conter múltiplos lóculos com níveis líquidos, que consistem de produtos de hemorragias repetidas, ou formar lesões homogêneas com múltiplas septações lineares internas;
- 2 Identificação de endometriose nos ligamentos útero-sacros: foi suspeitada quando o ligamento continha um nódulo ou apresentava espessamento na comparação com o ligamento contralateral;

- 3 Identificação de endometriose do septo reto-vaginal: suspeitaram-se quando ocorrem finas aderências e obliteração parcial do fundo-de-saco vaginal por tecido fibrótico, com perda das interfaces distintas entre as estruturas;
- 4 Identificação de endometriose vesical: o principal critério diagnóstico ultrassonográfico foi o espessamento localizado na parede vesical, ocasionalmente com protrusão para o interior do lúmen da bexiga, mimetizando um carcinoma vesical ou uma compressão extrínseca da parede da bexiga por mioma subseroso anterior;
- 5 Identificação de endometriose intestinal: foi sugerida ao ultrassom quando se identificou área hipocóica e irregular correspondente à camada de hipertrofia na muscular própria circundada por halo hiperecótico incluindo mucosa, submucosa e serosa. Massas nodulares no interior da parede retal são relativamente fáceis de identificar à ultrassonografia transvaginal.

A videolaparoscopia foi realizada em todas as 120 pacientes e as lesões suspeitas de endometriose foram biopsiadas, pela mesma equipe cirúrgica, e enviadas para estudo histopatológico. Como lesões suspeitas consideraram-se: identificação de placas ou nodulações que ocorrem devido à confluência de focos com reação fibrótica associada; aderências que foram associadas ao processo inflamatório local, pela presença do foco endometriótico sangrante e alterações no peritônio pélvico. Considerou-se implante endometriótico toda área com coloração parda clara ou vermelha vinhosa, com elevação e disseminadas na pelve, do seguinte modo:

- a implantação recente foi caracterizada por aspecto brilhante, rosado ou avermelhado e aderida à serosa peritoneal;
- a implantação antiga foi caracterizada por aspecto plano, irregular, de coloração escura;
- o foco achocolatado é localizado sobre o tecido fibroso denso cicatricial, produzindo espessamento dos ligamentos útero-sacrais e reações aderenciais.

Além disso, a endometriose foi classificada de acordo com os critérios da Sociedade Americana de Fertilidade, que utiliza como referência a localização, tamanho e profundidade dos focos. A pontuação foi dada levando-se em consideração o achado com maior expressão para cada área avaliada. A somatória desses pontos indicou o estágio da doença (mínimo, leve, moderado ou severo), conforme Tabela 1.

TABELA 1

Classificação da endometriose conforme critérios da Sociedade Americana de Fertilidade

Distribuição da pontuação		< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
Endometriose				
Peritônio	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
Ovário D	Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
Ovário E	Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
Obliteração do fundo de saco posterior		Parcial 4	Completa 40	
Aderências (envolvimento)		< 1/3	1/3 a 2/3	> 2/3
Ovário D	Finas	1	2	4
	Densas	4	8	16
Ovário E	Finas	1	2	4
	Densas	4	8	16
Trompa D	Finas	1	2	4
	Densas	4	8	16
Trompa E	Finas	1	2	4
	Densas	4	8	16
Classificação da endometriose				
Mínima		1 a 5 pontos		
Leve		6 a 15 pontos		
Moderada		16 a 40 pontos		
Grave		> 40 pontos		

Fonte: Os autores (2010).

Toda a avaliação histopatológica foi realizada por um mesmo profissional, que permitiu a padronização dos resultados. Somente com a presença de glândulas endometriais e estroma o diagnóstico de endometriose foi confirmado.

Os dados foram processados em computador através de recursos de processamento estatístico do software Epi-Info, versão 6.04. Foram construídas as distribuições da frequência das variáveis examinadas e calculadas as taxas de prevalência indicadas para cada caso. Foram calculadas as médias e desvios-padrão de variáveis expressas em escala numérica. A comparação de grupos identificados entre os participantes do estudo foi realizada em tabelas de contingência, tipo R x C. No teste de significância estatística das diferenças observadas na análise, utilizou-se o teste do qui-quadrado (χ^2) e o nível de significância adotado na análise foi o de 5%.

3 RESULTADOS

Os dados clínicos e epidemiológicos são apresentados como características da amostra e, a seguir, os dados da videolaparoscopia.

3.1 Característica da amostra

A amostra se caracterizou por mulheres com idade média de $34,4 \pm 4,2$ anos, com nível superior de escolaridade em 48% dos casos, com média de $1,6 \pm 0,4$ gestações e $1,1 \pm 0,1$ partos. Além disso, 42% eram casadas, 70,2% tinham parceiros fixos e 41% eram usuárias de contraceptivo hormonal oral combinado, seja para controle da natalidade, regularidade do ciclo menstrual ou tratamento da dismenorréia.

3.2 Videolaparoscopia

Diagnosticou-se endometriose através da videolaparoscopia com posterior confirmação histológica em 38% dos casos ($n=46$). Os demais achados laparoscópicos foram: pelve normal em 12%, aderências em 25%, varizes em 18% e outros achados em 7%, conforme Gráfico 1. Em outros se incluiu a identificação de apendicite crônica, cisto hemorrágico de ovário e hidrossalpinge.

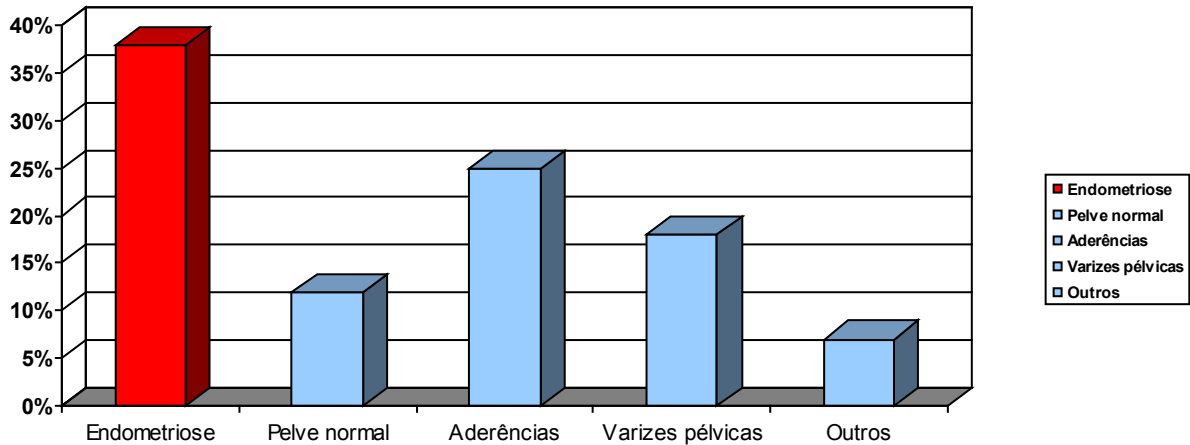


Gráfico 1: Achados da videolaparoscopia realizada nas 120 pacientes estudadas.
Fonte: Os autores (2010).

A endometriose mínima foi encontrada em 52% das pacientes, a leve em 24%, a moderada em 15% e a grave em 9% dos casos. Das pacientes com endometriose mínima ou leve (n=35), apenas cinco apresentaram alteração ultrassonográfica, conforme Tabela 2, o que evidencia que existe associação entre

endometriose mínima/leve e ultrassonografia normal. As alterações ultrassonográficas mais comumente identificadas, neste caso, foram alteração da anatomia ovariana, sugerindo aderência pélvica ou obliteração parcial do fundo de saco.

TABELA 2

Associação entre endometriose mínima/leve e alteração ultrassonográfica.

USG Alterada	Endometriose Mínima/Leve		Total
	SIM	NÃO	
SIM	5	8	13
NÃO	30	3	33
Total	35	11	46

$p=0,00007$; $X^2=14,10$; $OR=0,06$ (IC= 0,01-0,39), $S=14,3\%$; $E=27,3\%$; $VPP=38,5\%$; $VPN=9,1\%$.
Fonte: Os autores (2010).

Por outro lado, nos casos de maior gravidade (endometriose moderada/ grave) a ocorrência de achados anormais ao exame de ultrassonográfico foi

mais frequente, conforme Tabela 3, mostrando que existe associação entre endometriose grave e alteração ultrassonográfica.

TABELA 3

Associação entre endometriose moderada/grave e alteração ultrassonográfica

USG Alterada	Endometriose Moderada/Grave		Total
	Sim	Não	
Sim	8	5	13
Não	3	30	33
Total	11	35	46

$p=0,0007$; X^2 Fisher= 11,36; $OR=16,0$ (IC= 2,54-119,0), $S=72,7\%$; $E=85,7\%$; $VPN=90,9\%$; $VPP=61,5\%$.
Fonte: Os autores (2010).

4 DISCUSSÃO

A paciente com dor pélvica crônica é sempre um desafio para o ginecologista, considerando sua etiologia multifatorial. Por isso, o desgaste emocional, devido a diversas consultas com profissionais diferentes e exageros em exames complementares traz angústia e desconforto para a paciente (NEIS; NEIS, 2009; SANTOSH et al., 2010). Além disso, o diagnóstico de endometriose é, muitas vezes, tardio (SHAH et al., 2010). Acredita-se que a média de atraso neste diagnóstico pode chegar a 8,5 anos, do início das manifestações clínicas.

No presente estudo, 38% das mulheres com queixa de dor pélvica crônica foram diagnosticadas como portadoras de endometriose após a realização de laparoscopia e biópsia de lesões suspeitas. Estudos de prevalência realizado em 2006 por Guo e Wang (2006), a frequência encontrada variou de 2% a 74% (com média de 33%), mostrando a heterogeneidade de fatores que podem interferir no diagnóstico, como por exemplo, o ano da realização do estudo, a amostra escolhida, ou mesmo se há uma mudança na incidência da doença ao longo dos anos. Em outra avaliação de dor pélvica crônica realizada por Lukanova e outros (2008), 56,98% das mulheres eram portadoras de endometriose. Nesse mesmo estudo outras causas encontradas e que poderiam estar relacionadas à dor pélvica crônica foram: aderências 39,53%, varizes pélvicas em 17,44% e síndrome de Allen-Masters em 24,42%. Recente estudo realizado por Sharma e outros (2010) com pacientes submetidas à laparoscopia por dor pélvica crônica, identificou aderências em 40%, endometriose em 18% e a síndrome de congestão pélvica em 20%, enquanto 10% dos pacientes apresentavam pelve completamente normal. De maneira semelhante, nosso trabalho evidenciou pelve normal em 12%, aderências em 25%, varizes em 18%, e outros achados em 7%, entretanto, a frequência de endometriose foi maior em nossa série de pacientes. Alguns autores acreditam que a maior sintomatologia esteja associada à endometriose profunda que é caracterizada pela penetração subperitoneal dos implantes endometriais > 5 mm, sendo encontrada no septo retovaginal, reto, bexiga e outras estruturas pélvicas fibromusculares, como ligamentos uterinos e vagina (COUTINHO JUNIOR et al., 2008; CROSIGNANI et al., 2006; DEL FRATE et al., 2006; HOWARD, 2003). Entretanto, embora a sintomatologia tenha associação com a profundidade e localização da lesão, não existe associação com a extensão da lesão (VISCOMI et al., 2004).

O exame complementar mais comumente utilizado frente a uma paciente com queixa de dor pélvica crônica é a ultrassonografia transvaginal (UTV) podendo fornecer informações úteis para a condução terapêutica, tais como: dimensões da lesão, grau de comprometimento e se há concomitância de acometimento de outros sítios em vísceras ocas pélvicas ou dos ligamentos uterossacros (DIESEL et al., 2009). Em nosso estudo, as pacientes portadoras de endometriose de grau mínimo/leve apresentaram alterações ultrassonográficas em 11% dos casos, porém nas portadoras de endometriose moderada a grave mais de 70% tiveram achados ultrassonográficos sugestivos de endometriose, como cistos ovarianos ou alterações estruturais importantes. Com isso, a sensibilidade variou de 14,3% nos casos mais leves a 72,7% nos casos mais graves. Acredita-se que a UTV seja um importante exame nos casos de endometriose profunda. Nos casos de pequenos focos superficiais, o UTV poderá ser normal. Recente estudo realizado por Savelli e outros (2009) verificaram que a endometriose de bexiga foi corretamente identificada na UTV em 18/41 casos (43,9%) com taxa de detecção relacionada ao diâmetro médio da lesão medido pelo patologista ($p=0,029$), de forma que quanto maior a lesão medida, maior a chance de detecção pela UTV. Outros estudos mostraram sensibilidade e especificidade semelhantes aos verificados nesta avaliação e associaram sua variação à localização e tamanho da lesão (ABRÃO et al., 2007; BAZOT et al., 2007, 2009; FONTANA et al., 2009; GONÇALVES et al., 2009; GUERRIERO et al., 2007; HUDELIST et al., 2009).

5 CONCLUSÕES

- 1 A frequência de endometriose pélvica em paciente com dor pélvica crônica, associada ou não a dispareunia foi de 38%, o que sugere a importância dessa etiologia em pacientes com queixa de dor pélvica;
- 2 a videolaparoscopia tem grande utilidade neste diagnóstico, devendo ser indicada mesmo em pacientes com ultrassonografia normal, na vigência de clínica sugestiva.
- 3 as alterações ultrassonográficas são mais frequentes em pacientes com endometriose moderada a grave, já que pacientes com endometriose mínima e leve têm mais chance de ter ultrassonografia normal.

Frequency of endometriosis in patients assessed by laparoscopy for chronic pelvic pain

ABSTRACT

Endometriosis is the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. The diagnosis can be suspected by clinical patients, but additional tests to help diagnosis. To evaluate the frequency of endometriosis in patients with chronic pelvic pain were studied 120 patients. The ultrasonographic findings were associated with videolaparoscopic findings and histopathology. We identified 38% of patients with endometriosis and of these, the minimal endometriosis was found in 52% to 24% in mild, moderate to severe in 15% and 9%. Other findings were: normal pelvis in 12%, 25% adhesions, varices in 18% and 7% in other findings. The sensitivity of ultrasonography for detection of mild cases was low (14.7%), whereas this value increased with the severity of the disease (72.7%). We conclude that endometriosis is a common condition and associated with pictures of chronic pelvic pain. A normal ultrasound does not exclude the disease, especially in minimal cases.

Keywords: Endometriosis. Laparoscopy. Pelvic pain.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, M. S. et al. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. **Human Reproduction**, Oxford, v. 22, no. 12, p. 3092-3097, 2007.
- ALMEIDA, E. C. S.; NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C. Aspectos etiológicos da dor pélvica crônica na mulher. **Revista Femina**, Belo Horizonte, v. 30, n. 10, p. 699-703, 2002.
- AMARAL, V. F.; SANSON, L. T.; SEPULCRI, R. P. Novas perspectivas no tratamento da endometriose pélvica. **Revista Femina**, Belo Horizonte, v. 34, n. 3, p. 189-196, 2006.
- BALLARD, K.; LOWTON, K.; WRIGHT, J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. **Fertility and Sterility**, New York, v. 86, no. 5, p. 1296-301, 2006.
- BAZOT, M. et al. Accuracy of transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography in the diagnosis of deep infiltrating endometriosis. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, Carnforth, v. 30, no. 7, p. 994-1001, 2007.
- BAZOT, M. et al. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. **Fertility and Sterility**, New York, v. 92, no. 6, p. 1825-1833, 2009.
- CAMPBELL, F.; COLLET, B. J. Chronic pelvic pain. **British Journal of Anaesthesia**, Altrincham, v. 73, no. 5, p. 571-573, 1994.
- COUTINHO JUNIOR, A. C. et al. Ressonância magnética na endometriose pélvica profunda: ensaio iconográfico. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 2, n. 41, p. 129-134, 2008.
- CROSIGNANI, P. et al. Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. **Human Reproduction Update**, Oxford, v. 12, no. 2, p. 179-189, 2006.
- DEL FRATE, C. et al. Deep retroperitoneal pelvic endometriosis: MR imaging appearance with laparoscopic correlation. **Radiographics**, Easton, v. 26, no. 6, p. 1705-1718, 2006.
- DIESEL, M. et al. Ultra-sonografia e endometriose do septo retovaginal. **Experts in Ultrasound: Reviews and Perspectives**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 13, p. 163-166, 2009.
- FONTANA, G. C. N. et al. Achados ultra-sonográficos na endometriose. **Experts in Ultrasound: Reviews and Perspectives**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 57-65, 2009.
- GONÇALVES, M. O. et al. Transvaginal ultrasound for diagnosis of deeply infiltrating endometriosis. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 104, no. 2, p. 156-160, 2009.
- GUERRIERO, S. et al. Tenderness-guided transvaginal ultrasonography: a new method for the detection of deep endometriosis in patients with chronic pelvic pain. **Fertility and Sterility**, New York, v. 88, no. 5, p. 1293-1297, 2007.
- GUO, S. W.; WANG, Y. The prevalence of endometriosis in women with chronic pelvic pain. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, Basel, v. 62, no. 3, p. 121-130, 2006.
- HOWARD, F. M. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. **Obstetrical & Gynecological Survey**, Baltimore, v. 48, no. 6, p. 357-387, 2003.

- HUDELIST, G. et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. **Human Reproduction**, Oxford, v. 24, no. 5, p. 1018-1024, 2009.
- JACOBSON, T. Z. et al. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 7, no. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821276>>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- LUKANOVA, M. et al. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. **Akusherstvo i Ginekologiya**, Sofia, v. 47, no. 3, p. 32-39, 2008.
- MURPHY, A. A. Clinical aspects of endometriosis. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 955, p. 1-10, 2002.
- NEIS, K. J.; NEIS, F. Chronic pelvic pain: cause, diagnosis and therapy from a gynaecologist's and an endoscopist's point of view. **Gynecological and Endocrinology**, London, v. 25, no. 11, p. 757-761, 2009.
- NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 12, p. 733-740, 2006.
- PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S. Endometriose: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento, **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 41-46, 2004.
- SANTOSH, A. et al. Chronic pelvic pain: a dilemma. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 60, no. 4, p. 257-260, 2010.
- SAVELLI, L. et al. Diagnostic accuracy and potential limitations of transvaginal sonography for bladder endometriosis. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, Carnforth, v. 34, no. 5, p. 595-600, 2009.
- SEPULCRI, R. P.; AMARAL, V. F. Endometriose pélvica em adolescentes: novas perspectivas. **Revista Femina**, Belo Horizonte, v. 35, n. 6, p. 355-362, 2007.
- SHAH, D. K. et al. Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, London, v. 89, no. 5, p. 646-650, 2010.
- SHARMA, D. et al. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Munchen, 2010. In press.
- VISCOMI, F. A. et al. Correlation between laparoscopic aspects and glandular histological findings of peritoneal endometriotic lesions. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 344-348, 2004.
- WALTER, A. et al. Endometriosis: correlation between histologic and visual findings at laparoscopy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 184, no. 7, p. 1407-1411, 2001.

Enviado em 23/6/2010

Aprovado em 2/9/2010