

## FEBRASGO POSITION STATEMENT

# Tratamento da endometriose ovariana

Número 1 – 2026

A Comissão Nacional Especializada em Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta, e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

### Pontos-chave

- A endometriose é uma doença benigna comum que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres, bem como sua fertilidade.
- O endometrioma ovariano, uma das formas da doença, pode comprometer a fertilidade das mulheres, além de poder gerar dor e desconforto.
- A preservação da fertilidade é um ponto-chave a ser considerado no cuidado de mulheres com endometriose, principalmente aquelas com endometriomas ovarianos.
- Ainda não conhecemos adequadamente a etiopatogenia da doença, bem como o desenvolvimento do endometrioma ovariano.
- São vários os mecanismos responsáveis pela infertilidade em mulheres com endometriose, incluindo o aumento da produção de citocinas e quimiocinas, um ambiente hormonal alterado, aumento do estresse oxidativo e comprometimento da função tubária e espermática. Além disso, os endometriomas podem interferir na foliculogênese.

### Recomendações

- O tratamento cirúrgico do endometrioma, quando indicado, deve ser preferencialmente realizado com drenagem e exérese da pseudocápsula.
- Em casos selecionados, técnicas alternativas que preservem melhor a reserva ovariana, tais como drenagem e escleroterapia ou alcoolização, podem ser realizadas, desde que em comum acordo com a paciente.
- A preservação da fertilidade deve ser um ponto importante a ser considerado no cuidado de mulheres com endometriose, principalmente aquelas com endometriomas ovarianos.
- As mulheres com endometriomas bilaterais não operados e aquelas que anteriormente tiveram endometriomas unilaterais removidos e precisam de cirurgia para uma recorrência contralateral devem ser aconselhadas sobre a preservação da fertilidade e sobre as estratégias disponíveis que incluem criopreservação de embriões e oócitos.
- Como a idade é o fator de prognóstico mais importante, todas as pacientes devem estar cientes do efeito da idade em seus planos de fertilidade.
- As mulheres devem ser aconselhadas individualmente sobre os riscos, benefícios e custos envolvidos no tratamento da doença, incluindo tratamento clínico e cirúrgico e reprodução assistida.
- A abordagem por uma equipe multidisciplinar com *expertise* em endometriose é fundamental para a obtenção de melhores resultados.

### Contexto clínico

O endometrioma ovariano é mais bem definido como um pseudocisto que se origina do tecido endometrial ectópico dentro do ovário que invagina progressivamente o córtex ovariano.<sup>(1)</sup> Ele contém um fluido espesso, castanho, que pode ser referido como “cisto de chocolate”, conteúdo esse composto por sangue metabolizado e células endometriais. A endometriose é uma doença muitas vezes de difícil diagnóstico, principalmente em mulheres assintomáticas. Existe na literatura uma ampla variação na incidência de endometriose em mulheres assintomáticas estimada entre 2% e 50%.

Entre essas, 17% a 44% teriam endometrioma.<sup>(2)</sup> A incidência de endometriomas assintomáticos é desconhecida, pois muitas dessas mulheres não procuram tratamento médico.

Estudos demonstram uma associação importante do endometrioma com endometriose profunda ou infiltrativa em outros locais que não o ovário, com quadros dolorosos que não estariam relacionados somente com a presença do endometrioma.<sup>(3)</sup>

Outra característica importante sobre os endometriomas é não existir, em vários casos, uma relação entre o estágio da endometriose e a severidade dos sintomas.<sup>(4)</sup>

O diagnóstico do endometrioma ovariano pode ser sugerido pela queixa clínica da paciente (dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade) e/ou suspeitado pelo exame físico, mas sempre deve ser confirmado pela ultrassonografia (US) transvaginal ou ressonância magnética (RM) da pelve. A confirmação se dá pela inspeção laparoscópica, sendo o padrão-ouro a confirmação histopatológica.

Com o avanço nas técnicas de imagem, tanto a US pélvica como a RM da pelve podem ser usadas no diagnóstico dos endometriomas. A US realizada por profissionais com *expertise* mostrou boa especificidade (96%) e sensibilidade (93%). A RM apresenta resultados semelhantes aos da US.<sup>(5)</sup>

As opções de tratamento incluem a conduta expectante e terapêutica medicamentosa ou cirúrgica, a depender da clínica em relação à intensidade dos sintomas e à gravidade da doença, do desejo de gravidez, da idade da paciente, do tamanho do endometrioma e de antecedente de cirurgias para o tratamento da endometriose, principalmente ovariana.<sup>(6)</sup>

Não existe consenso sobre o melhor tratamento para os endometriomas ovarianos, clínico ou cirúrgico, porém, devido à ineficácia na involução desses cistos por completo no tratamento clínico, a cirurgia muitas vezes se torna necessária. Por outro lado, a cirurgia carrega um risco bastante aumentado de comprometimento do tecido ovariano e, por consequência, de redução na reserva ovariana e comprometimento do potencial reprodutivo futuro.<sup>(6)</sup>

### Endometriomas assintomáticos: como conduzir?

Nos casos de mulheres com endometriomas assintomáticos, os critérios para a abordagem cirúrgica se baseiam em casos de suspeita de malignidade (US, RM, marcadores tumorais), mulheres acima de 40 anos, endometriomas de grandes proporções ou em casos em que percebemos um crescimento importante. Em mulheres jovens e/ou com endometriomas pequenos, não seria adequada a indicação cirúrgica.<sup>(7)</sup> Outro detalhe importante é que a abordagem cirúrgica também nos daria o diagnóstico definitivo e histopatológico e impediria uma possível ruptura do cisto, que raramente ocorre, protegendo, assim, a paciente de uma cirurgia de urgência.

O tratamento conservador deve ter acompanhamento clínico e por imagem, porém o tempo de seguimento e seu intervalo é desconhecido. Assim o tratamento deveria ser individualizado com base nos tratamentos prévios e atual e na severidade dos sintomas e da doença.<sup>(7)</sup>

Não há consenso na literatura sobre como deveria se o acompanhamento dessas mulheres e com qual frequência. A recomendação é de que a avaliação seja individualizada, levando em consideração a intensidade dos sintomas, os tratamentos anteriores e o desejo reprodutivo.<sup>(8)</sup>

Em caso de se indicar a retirada do endometrioma, embora não haja consenso na literatura, segundo a Sociedade

Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE), devemos realizar a cistectomia (*stripping technique*).<sup>(8)</sup> A punção e a aspiração do conteúdo por inteiro como método de tratamento parece ser ineficaz e está associada a alta taxa de recorrência. E a drenagem seguida da eletrocoagulação do cisto também se mostrou menos eficaz que a exérese completa da cápsula do cisto.<sup>(9)</sup>

### Endometriomas e infertilidade: exérese ou não? qual a melhor conduta para não comprometer a fertilidade?

A avaliação do endometrioma em pacientes inférteis tem despertado interesse cada vez maior, visto que não existe consenso de causalidade entre a presença do endometrioma e a infertilidade. Por outro lado, vários artigos demonstram a perda do arsenal folicular, levando a uma perda da reserva ovariana, principalmente em casos de endometriomas bilaterais.<sup>(10,11)</sup> Garcia-Velasco e Somigliana<sup>(12)</sup> relacionaram situações específicas em relação à possível abordagem do endometrioma em mulheres que seriam candidatas a técnicas de reprodução assistida. Situações em que a cirurgia com a remoção da cápsula beneficiaria (a favor) ou prejudicaria (contra) constam no quadro 1.

**Quadro 1.** Consideração na abordagem do endometrioma em mulheres candidatas a fertilização *in vitro*

	A favor	Contra
Cirurgia de endometriose prévia	Não	Sim
Reserva ovariana	Normal	Alterada
Sintomas	Sim	Não
Acometimento ovariano	Unilateral	Bilateral
Crescimento	Sim	Estável
Suspeita de malignidade visualizada na ultrassonografia	Não	Sim

Fonte: Adaptada de Garcia-Velasco e Somigliana (2009).<sup>(12)</sup>

Recomenda-se que as mulheres com endometrioma sejam aconselhadas sobre os riscos da função ovariana reduzida após a cirurgia e a possível perda do ovário. A decisão de prosseguir com a cirurgia deve ser compartilhada e considerada com cuidado, principalmente se a mulher teve cirurgia ovariana prévia.<sup>(9)</sup> Nesses casos, a mulher deverá receber orientação sobre preservação da fertilidade por meio do congelamento de óvulos.<sup>(13)</sup>

A capacidade de resposta ovariana em ciclos de fertilização *in vitro* (FIV) não é afetada em endometriomas não operados, sugerindo que a sua presença pode não afetar fortemente a reserva ovariana. Em endometriomas menores que 4 cm, a taxa de gravidez é semelhante em pacientes submetidas a exérese do endometrioma, em comparação a pacientes não operadas, portanto nesses casos a cirurgia deve ser evitada, principalmente, para preservar os folículos ovarianos e, por consequência, a reserva ovariana.<sup>(14)</sup> Em casos de endometriomas bilaterais, os critérios para a abordagem cirúrgica devem ser ainda mais

restritos, pois os riscos de insuficiência ovariana podem chegar até a 2,4%.<sup>(10)</sup> Não há recomendação para a realização de cirurgia do endometrioma com o objetivo de melhorar as taxas de sucesso na FIV.<sup>(8)</sup>

### Endometriomas e algia pélvica: quando e como tratar?

A relação entre dor pélvica crônica e endometrioma não é muito bem estabelecida.<sup>(15)</sup> Na maioria dos casos, não é possível relacionar os sintomas somente ao endometrioma, às aderências periovarianas ou à endometriose profundamente.<sup>(2)</sup>

A diminuição do tamanho dos endometriomas com uso de tratamento hormonal varia de 14% a 89%, com média de 51%, contudo não existem estudos correlacionando a supressão hormonal com a dor pélvica crônica em mulheres com endometrioma.<sup>(16,17)</sup>

O tratamento cirúrgico do endometrioma sintomático parece ser a primeira opção nas mulheres com prole constituída.<sup>(7)</sup> Ele inclui drenagem com ou sem escleroterapia, drenagem com diatermo ou *laser* com vaporização da parede do cisto, drenagem e cistectomia (*stripping technique*) e, por fim, o tratamento radical na forma de histerectomia com ou sem ooforectomia.

Apesar de estudos não controlados demonstrarem alívio dos sintomas em grande proporção de pacientes submetidas à cirurgia por endometrioma,<sup>(17)</sup> uma alta taxa de recorrência foi observada nesses casos após a cirurgia.<sup>(7)</sup>

A drenagem do endometrioma, por laparoscopia ou por US, está associada com uma alta e rápida taxa de recorrência e, raramente, são efetivas no alívio dos sintomas.<sup>(18,19)</sup> Pode estar associada a maior risco de infecção e a aderências pélvicas.<sup>(20)</sup>

A excisão do endometrioma envolve a drenagem seguida por exérese da pseudocápsula do cisto (*stripping technique*). Quando comparada com a drenagem e a coagulação do endometrioma, a excisão tem a vantagem de prover material para o diagnóstico histológico e excluir malignidade, e de ter melhores resultados em relação à taxa de recorrência, à dismenorrea, à dispareunia profunda e à dor pélvica não menstrual.<sup>(19)</sup>

A excisão do endometrioma está associada a uma taxa de recorrência considerável. Em um estudo com 366 pacientes submetidas a excisão do endometrioma, observou-se taxa de 11,7% de recorrência diagnosticada pela US, de 8,2% de uma segunda cirurgia e de 73% de recorrência da dor após 48 meses de acompanhamento.<sup>(20)</sup>

Não existe evidência científica para o uso de medicação hormonal antes da cirurgia do endometrioma. Embora tais medicações hormonais reduzam o tamanho do endometrioma, elas podem induzir fibrose da cápsula e dificultar a cirurgia, levando, assim, a maior perda de folículos ovarianos.<sup>(21)</sup>

Com relação à utilização de análogos do GnRH após a cirurgia de endometrioma, estudos observaram que a taxa de recorrência foi de 16,5%, em até 36 meses, tanto para o

grupo que utilizou a medicação como para o grupo que não a utilizou, não mostrando ser efetiva.<sup>(22)</sup>

Em relação ao uso de anticoncepcionais orais combinados após a cirurgia de endometrioma, os estudos são conflitantes, mas mostram menor recorrência no grupo que realizou a cirurgia conservadora (*stripping technique*) e, posteriormente, usou anticoncepcionais de forma contínua ou cíclica.<sup>(23,24)</sup>

### Endometrioma e risco de malignidade: mito ou realidade?

A chance de malignidade diante do diagnóstico de endometrioma é uma preocupação, mas os estudos disponíveis indicam que é ela baixa, variando de 0,8% a 0,9%. Estudos de caso-controle de câncer de ovário revelam, entretanto, um risco significativamente aumentado (9,2% a 20,2%) de tumores serosos e endometrioides de baixo grau em mulheres com endometriose. Nesse contexto, a avaliação ultrassonográfica pode sugerir a presença de sinais de malignidade e acompanhamento por ginecologista oncológico.<sup>(25)</sup>

### Subtipo seroso ou mucinoso

As características ultrassonográficas que indicam malignidade segundo o *International Ovarian Tumor Analysis (IOTA)*<sup>(25)</sup> incluem:

1. Tumor sólido irregular;
2. Ascite;
3. Pelo menos quatro estruturas papilares;
4. Tumor sólido multilocular irregular com o maior diâmetro  $\geq 100$  mm;
5. Fluxo sanguíneo aumentado no exame Doppler.

Por outro lado, as cinco características que sugerem que uma massa é benigna são:

1. Cisto unilocular;
2. Maior componente sólido  $< 7$  mm;
3. Sombras acústicas;
4. Tumor multilocular regular  $< 10$  mm;
5. Nenhum fluxo sanguíneo detectável no exame Doppler.

A ESHRE recomenda que as mulheres com endometriose devem ser informadas de que não há risco significativamente maior de câncer em geral. Embora a endometriose esteja associada a risco maior de câncer de ovário, mama e tireoide, o aumento do risco absoluto, em comparação com mulheres da população geral, é baixo.<sup>(8)</sup>

### Considerações finais

As indicações e técnicas para a abordagem cirúrgica dos endometriomas ainda devem ser estabelecidas, de forma que tenhamos as condutas bem determinadas para cada situação clínica. Os endometriomas assintomáticos devem ser tratados em mulheres com idade mais avançada, para confirmar o diagnóstico, excluir malignidade em casos suspeitos e prevenir complicações, principalmente rotura dos cistos. Em mulheres com diagnóstico histológico

gico de endometriose, não é aconselhável a remoção dos endometriomas assintomáticos, pois a excisão pode diminuir a função ovariana. Recomenda-se a excisão laparoscópica do endometrioma (técnica de *stripping*) com cuidado para preservar o tecido ovariano normal, em vez de fenestração e ablação. Os principais critérios para realizar o tratamento cirúrgico baseiam-se em avaliar se a reserva ovariana está intacta, ausência de cirurgia ovariana prévia, doença unilateral, rápido crescimento do cisto e dúvida da natureza do cisto. Por outro lado, convém evitar as cirurgias em casos com cirurgias prévias para endometriose, reserva ovariana reduzida e endometriomas bilaterais.

## Referências

- Hachisuga T, Kawarabayashi T. Histopathological analysis of laparoscopically treated ovarian endometriotic cysts with special reference to loss of follicles. *Hum Reprod.* 2002;17(2):432-5. doi: 10.1093/humrep/17.2.432
- Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2005;11(6):595-606. doi: 10.1093/humupd/dmi029
- Chapron C, Pietin-Vialle C, Borghese B, Davy C, Foulot H, Chopin N. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* 2009;92(2):453-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.06.003
- Szendei G, Hernádi Z, Dévényi N, Csapó Z. Is there any correlation between stages of endometriosis and severity of chronic pelvic pain? Possibilities of treatment. *Gynecol Endocrinol.* 2005;21(2):93-100. doi: 10.1080/09513590500107660
- Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PM, Farquhar C, Hull ML, Johnson N. Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7(7):CD012281. doi: 10.1002/14651858.CD012281
- Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Siufi Neto J, Zanluchi A, Abrão MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:102-10. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.020
- Fedele L, Bianchi S, Zanonato G, Berlanda N, Raffaelli R, Fontana E. Laparoscopic excision of recurrent endometriomas: long-term outcome and comparison with primary surgery. *Fertil Steril.* 2006;85(3):694-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.08.028
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open.* 2022;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009
- Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD004992. doi: 10.1002/14651858.CD004992
- Busacca M, Riparini J, Somigliana E, Oggioni G, Izzo S, Vignali M, et al. Postsurgical ovarian failure after laparoscopic excision of bilateral endometriomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(2):421-5. doi: 10.1016/j.ajog.2006.03.064
- Tsoumpou I, Kyrgiou M, Gelbaya TA, Nardo LG. The effect of surgical treatment for endometrioma on in vitro fertilization outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2009;92(1):75-87. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.05.049
- García-Velasco JA, Somigliana E. Management of endometriomas in women requiring IVF: to touch or not to touch. *Hum Reprod.* 2009;24(3):496-501. doi: 10.1093/humrep/den398
- Carneiro MM, Cunha Filho JS, Petta CA, Lino CA, Castro CL, Schor E, et al. Fertility preservation in women with endometriosis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(10):796-802. doi: 10.1055/s-0041-1739234
- Nakagawa K, Ohgi S, Kojima R, Sugawara K, Ito M, Horikawa T, et al. Impact of laparoscopic cystectomy on fecundity of infertility patients with ovarian endometrioma. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007;33(5):671-6. doi: 10.1111/j.1447-0756.2007.00630.x
- Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Bréart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod.* 2003;18(4):760-6. doi: 10.1093/humrep/deg152
- Rana N, Thomas S, Rotman C, Dmowski WP. Decrease in the size of ovarian endometriomas during ovarian suppression in stage IV endometriosis. Role of preoperative medical treatment. *J Reprod Med.* 1996;41(6):384-92.
- Jones KD, Sutton C. Patient satisfaction and changes in pain scores after ablative laparoscopic surgery for stage III-IV endometriosis and endometriotic cysts. *Fertil Steril.* 2003;79(5):1086-90. doi: 10.1016/s0015-0282(02)04957-9
- Zanetta G, Lissoni A, Dalla Valle C, Trio D, Pittelli M, Rangoni G. Ultrasound-guided aspiration of endometriomas: possible applications and limitations. *Fertil Steril.* 1995;64(4):709-13. doi: 10.1016/s0015-0282(16)57843-1
- Alborzi S, Momtahan M, Parsanezhad M, Dehbashi S, Zolghadri J, Alborzi S. A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. *Fertil Steril.* 2004;82(6):1633-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.04.06
- Busacca M, Marana R, Caruana P, Candiani M, Muzii L, Calia C, et al. Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(3 Pt 1):519-23. doi: 10.1016/s0002-9378(99)70247-4
- Tsujioka H, Inoue Y, Emoto M, Sadamori R, Shirota K, Hachisuga T, et al. The efficacy of preoperative hormonal therapy before laparoscopic cystectomy of ovarian endometriomas. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009;35(4):782-6. doi: 10.1111/j.1447-0756.2009.01017.x
- Jee BC, Lee JY, Suh CS, Kim SH, Choi YM, Moon SY. Impact of GnRH agonist treatment on recurrence of ovarian endometriomas after conservative laparoscopic surgery. *Fertil Steril.* 2009;91(1):40-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.11.027
- Sesti F, Capozzolo T, Pietropoli A, Marziali M, Bolle MR, Piccione E. Recurrence rate of endometrioma after laparoscopic cystectomy: a comparative randomized trial between post-operative hormonal suppression treatment or dietary therapy vs. placebo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;147(1):72-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.07.003
- Seracchioli R, Mabrouk M, Frascà C, Manuzzi L, Montanari G, Keramyda A, et al. Long-term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial. *Fertil Steril.* 2010;93(1):52-6. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.09.052
- Miller CE. The endometrioma treatment paradigm when fertility is desired: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(3):575-86. doi: 10.1016/j.jmig.2020.11.020

**Marcos Tcherniakovsky** 

Setor de Videoscopia Ginecológica e Endometriose, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

**Márcia Mendonça Carneiro** 

Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**João Sabino Lahorgue da Cunha Filho** 

Departamento de Ginecologia e Obstetria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Carlos Alberto Petta** 

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.  
Clínica Fertilidade & Vida, Campinas, SP, Brasil.  
Serviço de Reprodução Assistida, Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

**Carlos Augusto Pires Costa Lino** 

Hospital Aliança, Salvador, BA, Brasil.  
Instituto de Perinatologia da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

**Corival Lisboa Alves de Castro** 

Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

**Eduardo Schor** 

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.  
Sociedade Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva, São Paulo, SP, Brasil.

**João Nogueira Neto** 

Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

**Marco Aurélio Pinho de Oliveira** 

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Maurício Simões Abrão** 

Divisão de Ginecologia, Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.  
Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Omero Benedicto Poli Neto** 

Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Ricardo de Almeida Quinteiros** 

Núcleo de Endometriose, Hospital Porto Dias, Belém, PA, Brasil.

**Sidney Pearce** 

Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil.

**Helizabet Salomão Abdalla** 

Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Sergio Podgaec** 

Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.  
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

**Julio Cesar Rosa e Silva** 

Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Conflitos de interesse:** nada a declarar.

**Disponibilidade dos dados:** os autores não disponibilizaram os dados deste artigo em repositórios antes da submissão.

**Comissão Nacional Especializada em Endometriose da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO)**

**Presidente:**

Ricardo De Almeida Quinteiros

**Vice-presidente:**

Márcia Mendonça Carneiro

**Secretário:**

Carlos Augusto Pires Costa Lino

**Membros:**

Carlos Alberto Petta

Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro

João Nogueira Neto

João Sabino Lahorgue Da Cunha Filho

Julio Cesar Rosa e Silva

Marcia Cristina Franca Ferreira

Marco Aurelio Pinho De Oliveira

Marcos Tcherniakovsky

Mauricio Simoes Abrao

Omero Benedicto Poli Neto

Raquel Papandreus Dibi

Sergio Podgaec

Sidney Pearce Furtado