

## Focos de Endometriose não são tecido endometrial: Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional



Alessandra Ayala<sup>1</sup>, Gustavo F. Sutter Latorre<sup>2</sup>

### RESUMO

**Panorama:** À parte um conhecimento ao pior estilo telefone-sem-fio, até o presente momento inexistente um real consenso sustentado em evidências sobre as reais causas da endometriose. **Objetivo:** Descrever o tipo de célula encontrada em exames histológicos de focos de endometriose, e discutir a nova teoria da origem cinesiológico-funcional destas dores. **Método:** Revisão sistemática de artigos publicados entre os anos de 1994 e 2024, com dados histológicos sobre o tipo de tecido encontrado em biópsias de focos endometrióticos. **Resultados:** Até o presente inexistente sequer uma biópsia de focos de endometriose revelando tecido endometrial genuíno. Acumula-se a evidência de que a endometriose não é causada por implantes ectópicos de menstruação retrógrada. Há evidências de que a dor é causada por aderências conectivas profundas, e de que a Manobra do Ligamento Largo pode resolver o problema. **Conclusão:** Endometriose não é menstruação retrógrada; esta ideia deve ser abandonada. A Manobra do Ligamento Largo é eficiente no alívio dos sintomas destas dores, e a ideia de cirurgia para esta condição deve ser urgentemente repensada.

### ABSTRACT

**Background:** Apart from some knowledge in the best telephone game style, there is no real consensus supported by evidence about the real causes of endometriosis. **Aims:** To describe the type of cells found in histological examinations of endometriosis focuses, and to discuss the new theory of the kinesiological-functional origin for these pains. **Method:** Systematic review of papers published between 1994 and 2024, showing histological data on the type of tissue found in biopsies of endometriotic focuses. **Results:** Until now there is not a single biopsy of endometriosis focuses revealing genuine endometrial tissue. There is crescent evidence that endometriosis is not caused by ectopic implants of retrograde menstruation. There is evidence that pain is caused by deep connective adhesions, and the Broad Ligament Maneuver can solve the problem. **Conclusion:** Endometriosis is not retrograde menstruation; this idea should be abandoned. The Broad Ligament Maneuver is effective in relieving the symptoms of these pains, and the idea of surgery for this condition should be urgently reconsidered.

**Submissão:** 28/11/2024

**Aceite:** 05/12/2024

**Publicação:** 30/12/2024

gustavo@perineo.net

<sup>1</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Rede Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta Pélvico, doutor em medicina (UFPR), Rede Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Em 1921, há exatos 103 anos, um cirurgião novaiorquino publicou uma reflexão a respeito de certas lesões, encontradas por acaso durante laparoscopias (abertura cirúrgica da cavidade abdominal para observação interior), lesões à época ainda totalmente incompreendidas. Em seu argumento, John Sampson supunha que aquelas lesões seriam causadas por células endometriais, regurgitadas pelas tubas uterinas durante um refluxo menstrual e implantadas de maneira alienígena nas fáscias internas, ligamentos e órgãos pélvicos<sup>1</sup>. Interessantemente, por mais de 100 anos essa simples suposição, mesmo que sem a fundamentação científica necessária, sobreviveu e sobrevive até hoje entre todas as áreas das ciências da saúde, ao mais belo exemplo de um telefone-sem-fio. Apesar do consenso científico atual de que a ideia de implantes ectópicos de menstruação retrógrada não é mais aceitável como explicação para a endometriose<sup>2</sup>, a realidade clínica continua bastante distinta dos fatos, reforçando a evidência do abismo pragmático que continua a existir entre a ciência acadêmica e a prática clínica.

Talvez o maior problema de se tratar uma condição para a qual sequer entendemos a patofisiologia básica, é que este tratamento só vai funcionar na base da sorte. Mas tentativa e erro não deve ser a melhor escolha quando se trata da saúde alheia. O raciocínio se torna particularmente assustador quando o tratamento em questão é a cirurgia.

Na prática, a realidade é que mulheres cujos “focos de endometriose” foram removidos cirurgicamente, numa suposta tentativa de tratar a dismenorreia e outras dores pélvicas crônicas, acabam deixando a mesa de cirurgia com as mesmas dores de antes<sup>3</sup> além, é claro, dos novos desconfortos causados pela cirurgia em si. Somam-se ainda, a esta observação, todos os casos nos quais o útero todo, incluindo os ovários, é removido pelo mesmo – e malgrado – motivo.

Hoje já se sabe que a ideia de conseguir remover todos os focos de endometriose por meio de cirurgia não passa de crença, sem suporte na evidência disponível: boa parte das lesões ou não são visualizadas via laparoscopia, ou são mal diagnosticadas no momento do exame<sup>4</sup>. Reoperações são realizadas em pelo menos uma em cada cinco pacientes<sup>5-8</sup>, mas seriam elas necessárias?

O quadro fica ainda mais sombrio quando observamos que a cirurgia para endometriose é, de fato, um tratamento assustadoramente frequente. Somente pelo SUS, são operadas de endometriose cerca de 10 mil brasileiras ao ano<sup>9</sup>, isso sem contar toda a rede privada. Estas cirurgias causam

diversos tipos de complicações, como retenção urinária<sup>10</sup>, fístulas uretrais, ureterais e vesicais<sup>11</sup>, infertilidade por diminuição da reserva ovariana<sup>12</sup>, perfuração acidental do reto<sup>13</sup>, dentre outras tantas.

Ainda, antecipando aqueles que intentem o argumento de que *a evidência sustenta que a cirurgia alivia os sintomas de dor*, invocamos aqui as conclusões de Jarrell e colegas<sup>14</sup>, que há vinte anos mostraram que a cirurgia *sham* (uma espécie de “cirurgia-placebo”, onde a paciente é aberta, mas não operada) também resultou em “alívio da dor”. Pensar estar sendo operada também alivia os sintomas da endometriose.

As dores sofridas por mulheres diagnosticadas como endometriose são reais e cruéis<sup>9</sup>, bem como são reais as lesões internas à cavidade pélvica, responsáveis por estas dores<sup>1</sup>. Porém tais lesões não são causadas por células endometriais ectópicas<sup>2</sup>. Então, afinal, de que são compostos os tecidos destas lesões? Ante o exposto, o presente estudo objetivou descrever o tipo de tecido contido em exames histológicos de lesões endometrióticas, bem como discutir as possíveis causas kinesiológico-funcionais relacionadas a estas lesões.

## MÉTODO

Revisão sistemática das bases de dados PUBMED, Scielo e LILACS, restrita a ensaios clínicos em humanas, publicados entre 1994 e 2024, incluindo estudos que descreveram observações histológicas diretas, de tecidos coletados laparoscopicamente, de supostos focos de endometriose, a partir das palavras-chaves *endometriose*, *biópsia*, *histologia* e *diagnóstico*, bem como suas associações e variantes em inglês. Os títulos de todos os retornos foram selecionados por dois pesquisadores de modo independente, que a partir daí efetuaram a leitura dos resumos, decidindo ou não pela inclusão. Após a leitura dos textos completos, foram excluídos estudos que descreviam a histologia sem citar exatamente qual tipo de tecido fora visualizado no exame. Desacordos foram resolvidos em reunião de consenso. Estudos foram organizados por autor, ano, método e resultados histológicos, para posterior discussão às luzes do atual estado da arte.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas brutas na base de dados PUBMED retornaram 185 artigos, 32 incluídos, mas

todos posteriormente excluídos. Resultado semelhante se observou para a base Scielo, que retornou sete estudos, nenhum incluído, bem como para a base LILACS, que retornou doze estudos, três incluídos e todos posteriormente excluídos.

A principal causa para não inclusão foi a descrição clara, já no resumo, de que os exames histológicos haviam utilizado apenas a aparência da lesão como critério diagnóstico. Para os poucos resumos que sobreviveram à inclusão, por citarem diagnóstico por histologia, a causa de exclusão foi que a leitura do artigo na íntegra revelou que o exame histológico em questão não citou o tipo de célula observado.

Surpreendentemente, nenhum dos estudos histológicos sobre amostras de endometriose descreveu o tipo de tecido em si, aparentemente por partirem da premissa, ao que parece dogmática, de que as amostras colhidas pela laparoscopia eram seguramente tecido endometrial fora de seu sítio anatômico habitual, sem a necessidade de conferência.

A maior preocupação dos estudos histológicos não foi observar qual tipo de células eram encontradas nas lesões, mas em classificar de acordo com a “severidade” do problema de acordo com o estadiamento da *American Society of Reproductive Medicine*, dando atenção para características geométricas da lesão, como largura e profundidade dos focos e sua distribuição, e não o tipo de tecido em si.

‘Dogma’ é aquela “verdade” que esquecemos de questionar. Ao que parece, o profissional que coleta a biópsia acredita – sem esperar por confirmação histológica – que aquelas lesões são, de fato, tecido endometrial ectópico. Do outro lado, o profissional que conduz a análise histológica acredita – sem a base empírica que deveria advir de sua própria observação! – que o tecido enviado por seu colega é, de fato, tecido endometrial ectópico. Como um cachorro correndo atrás do rabo.

Esta suposição é sustentada pelas observações descritas, há duas décadas, por Marchino et al. (2005)<sup>15</sup>, que estudaram 122 biópsias obtidas de 54 mulheres. Destas, a grande maioria (75%) não tivera confirmação histológica de presença de tecido compatível à endometriose, muito embora todas haviam recebido previamente o diagnóstico laparoscópico (visual) da condição. Mas e quanto aos outros 25%? Seriam realmente endométrio ectópico?

A resposta é não, de acordo com as observações histológicas de Istrate-Ofițeru e colegas (2024)<sup>16</sup>. Elas analisaram amostras de lesões supostamente “endometrióticas”, de mulheres que

foram por isso operadas laparoscopicamente. As autoras descreveram, categórica e incisivamente, que nenhuma amostra das 243 mulheres estudadas possuía tecido endometrial verdadeiro mas, no máximo, “tecido semelhante ao endometrial”. Nas palavras das autoras: “*No caso da endometriose, o tecido é semelhante, mas não igual, ao tecido do endométrio normal*”.

Corroborando, Amro et al. (2022)<sup>2</sup> já haviam concluído que a endometriose não pode mais ser considerada como endométrio implantado fora do útero. A conclusão se apoia especialmente sobre o fato de que as lesões em questão são macroscópica e bioquimicamente diferentes<sup>4</sup>. De fato, apesar de 90% das mulheres apresentar menstruação retrógrada, apenas uma em cada dez apresenta sintomas de endometriose, apontando que a causa da condição deve, necessariamente, ser outra<sup>17</sup>. Para quem não vive de passado, um bom começo, portanto, é abandonar o termo endometriose – já que os tais focos de endométrio, em última análise, jamais existiram.

Como toda quebra de paradigma, certamente o fato de que a endometriose não é causada por focos ectópicos de endométrio – que já não é assim tão nova – deve enfrentar resistência. A mente humana evoluiu para, quando contrariada, sentir-se atacada, e não ensinada. Aprender com situações de confronto intelectual exige um obstinado treinamento – utilizar a metodologia científica é um deles. Todavia, a resistência dos que preferem conservar o obsoleto a reconhecer a necessidade pessoal de atualização, jamais foi obstáculo ao progresso. As novas gerações fazem o conhecimento avançar, independentemente dos preconceitos enferrujados que agrilhoam as mentes mais antigas, fadadas ao ostracismo.

### **Seria essa “endometriose” nada mais do que uma condição cinesiológico-funcional?**

Substituindo a obsoleta ideia dogmática dos implantes ectópicos de menstruação retrógrada estão novas teorias, como a da origem epigenética (genes que causariam o problema) e a da origem celônica (células-tronco no peritônio seriam as responsáveis)<sup>18</sup>. Recentemente têm ganhado espaço a teoria da origem cinesiológico-funcional para as dores crônicas hoje ainda chamadas endometriose.

Ano passado publicamos um estudo que apresentou as bases dessa nova teoria, pela qual as dores pélvicas crônicas profundas, dentre as quais as da endometriose, seriam oriundas de aderências nos tecidos conectivos (fáscias e ligamentos) internos à cavidade pélvica<sup>19</sup>. Apesar de, à época, ainda estarmos equivocados quanto a histopatologia da endometriose, apontamos a correlação teórica entre as aderências conectivas e contraturas musculares e a dor pélvica crônica. Todas as dores

pélvicas crônicas, tanto superficiais quanto profundas, podem ser classificadas em dores musculares e/ou dores conectivas<sup>20</sup> e, conforme os dados empíricos posteriormente publicados, tais dores podem ser tratadas com sucesso por técnicas de liberação miofascial, tanto com fins musculares quanto com fins conectivos, as quais apresentam eliminação da dor em cerca de quatro a cinco sessões<sup>21</sup>.

Naquele estudo descrevemos nossa surpresa frente à observação de que uma destas técnicas miofasciais, a Manobra do Ligamento Largo<sup>19</sup>, quando realizada em mulheres com sintomas de endometriose, surtia efeito no médio – e, hoje sabemos, até no longo – prazos. Àquela época ainda acreditávamos no dogma dos implantes ectópicos de endométrio aprisionados dentro de músculos ou fâscias, ciclando hormonalmente todos os meses, inflamando e causando dor no local. Por este motivo, pensávamos, aqueles focos provocariam dores mensais e, portanto, o alívio daquelas dores, por meio de liberação miofascial dos músculos e fâscias acometidos, deveria durar apenas até o próximo ciclo menstrual, quando nova inflamação reiniciaria todo o processo – e a dor. Mas não era isso o que se observava na prática. Dados empíricos mostravam que mulheres com endometriose (inclusive com indicação cirúrgica<sup>22</sup>), tratadas com a Manobra do Ligamento Largo, tinham os sintomas aliviados não apenas até o próximo ciclo menstrual, mas de forma perene. Como?

Às luzes do conhecimento mais recente, este fenômeno já não surpreende mais. Se endometriose não são focos de endométrio ciclando hormonalmente todo mês, então técnicas capazes de aliviar instantaneamente os sintomas doloroso locais – como é o caso da Manobra do Ligamento Largo – devem apresentar os mesmos resultados, tanto no médio quanto no longo prazos, que outras técnicas de liberação miofascial para tecidos conectivos previamente publicadas<sup>21</sup>. A teoria da origem cinesiológico-funcional – contraturas de músculos e aderências de fâscias e ligamento – para as dores da antiga endometriose é perfeitamente compatível com todas estas observações. Soma-se a este fato a conclusão de Marchino et al. (2005), de que a fibrose é o diagnóstico histológico mais comum em biópsias de endometriose<sup>15</sup>.

Corroborando, recentemente Leonel e colegas demonstraram, em série de ensaios clínicos, que a Manobra do Ligamento Largo reduziu em mais de 70% a dor e outros sintomas de jovens universitárias vitimadas pela dismenorreia primária<sup>24,25</sup>, condição que impacta sobre a qualidade de vida uma em cada duas mulheres. Ainda, o tratamento a partir desta mesma manobra retirou da faixa de diagnóstico clínico (curou) jovens com Síndrome Pré-Menstrual severa<sup>26</sup>, condição que afasta dos estudos e do trabalho até 8% das mulheres<sup>27</sup>.

Ao que tudo indica, aquela condição que foi conhecida por mais de um século como endometriose, nada mais é do que a presença de múltiplas aderências com características inflamatórias, já bem conhecidas pela Fisioterapia Pélvica para outras partes da região genital, como por exemplo no vestíbulo vulvar<sup>28</sup>. Para estas aderências, manobras específicas de liberação miofascial para tecidos conectivos apresentam resultados não só rápidos e perfeitamente eficientes (ao aliviar 100% da dor em menos de uma semana)<sup>21</sup>, mas também aparentemente perenes. Cabe, portanto, às fisioterapeutas pélvicas assumirem desde já o tratamento destas mulheres, aliviando finalmente o sofrimento de, nada a mais, nada a menos, que a metade da população feminina mundial.

Neste meio tempo, nova estudos histológicos sobre o real caráter do tecido que compõe aquelas lesões observadas laparoscopicamente, na cavidade pélvica de mulheres que sofrem com dores pélvicas crônicas, são necessários. Enquanto isso, a ideia de tratamento cirúrgico para a “endometriose” deve ser urgente e seriamente revisada.

## CONCLUSÃO

O fato de que a condição de saúde hoje conhecida pela alcunha de “endometriose” não é causada por implantes ectópicos de menstruação retrógrada é solidamente sustentado na evidência científica disponível. Estudos diagnósticos utilizando amostras de tecido de lesões supostamente causadas por células endometriais, coletadas laparoscopicamente da cavidade pélvica, não apresentam suporte histológico: não existem histologias demonstrando que o tecido deste tipo de biópsia é, de fato, tecido endometrial, senão, no máximo, um tecido “semelhante ao endometrial”.

Há suporte teórico e empírico para a teoria da origem cinesiológico-funcional das dores de mulheres diagnosticadas com endometriose, bem como suporte para o uso de técnicas de liberação miofascial específicas, particularmente a Manobra do Ligamento Largo, no alívio completo destas dores. A ideia de tratar cirurgicamente a endometriose deve ser urgentemente repensada.

## REFERÊNCIAS

1. Sampson, J.A. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary. Their importance and especially their relation to pelvic adenomas of the endometrial type. Arch. Surg. 1921, 3, 245–323.
2. Amro B, Ramirez Aristondo ME, Alsuwaidi S, Almaamari B, Hakim Z, Tahlak M, Wattiez A, Koninckx

PR. New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 31;19(11):6725. doi: 10.3390/ijerph19116725. PMID: 35682310; PMCID: PMC9180566.

3. Parker JD, Leondires M, Sinaii N, Premkumar A, Nieman LK, Stratton P. Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. *Fertil Steril*. 2006 Sep;86(3):711-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.030. Epub 2006 Jun 16. PMID: 16782099.
4. Koninckx PR, Ussia A, Gordts S, Keckstein J, Saridogan E, Malzoni M, Stepanian A, Setubal A, Adamyan L, Wattiez A. The 10 "Cardinal Sins" in the Clinical Diagnosis and Treatment of Endometriosis: A Bayesian Approach. *J Clin Med*. 2023 Jul 7;12(13):4547. doi: 10.3390/jcm12134547. PMID: 37445589; PMCID: PMC10342682.
5. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril*. 2017;107(3):533–536.
6. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(5):261–275.
7. Vercellini P, De Matteis S, Somigliana E, et al. Long-term adjuvant therapy for the prevention of postoperative endometrioma recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92:8–16.
8. De Cicco C, Corona R, Schonman R, et al. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG*. 2011;118(3):285–291.
9. Ministério da Saúde: Endometriose: uma a cada 10 mulheres sofre com os sintomas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/endometriose-uma-a-cada-10-mulheres-sofre-com-os-sintomas>. Acesso em 02/12/2024.
10. Koovor E, Nassif J, Miranda-Mendoza I, Lang-Avérous G, Wattiez A. Long-term urinary retention after laparoscopic surgery for deep endometriosis. *Fertil Steril*. 2011 Feb;95(2):803.e9-12. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.07.1043. Epub 2010 Aug 24. PMID: 20739020.
11. Rozsnyai F, Roman H, Resch B et al. Outcomes of surgical management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder. *JSLs* 15(4), 439–447 (2011).
12. Celik HG, Dogan E, Okay E et al. Effect of laparoscopic excision of endometriomas on ovarian reserve: serial changes in the serum antimüllerian hormone levels. *Fertil. Steril*. 97(6), 1472–1478 (2012).
13. Donnez J, Squifflet J. Complications, pregnancy and recurrence in a prospective series of 500 patients operated on by the shaving technique for deep rectovaginal endometriotic nodules. *Hum. Reprod*. 25(8), 1949–1958 (2010).
14. Jarrell J, Mohindra R, Ross S, Taenzer P, Brant R. Laparoscopy and reported pain among patients with endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 May;27(5):477-85. doi: 10.1016/s1701-2163(16)30531-x. PMID: 16100643.
15. Marchino GL, Gennarelli G, Enria R, Bongioanni F, Lipari G, Massobrio M. Diagnosis of pelvic endometriosis with use of macroscopic versus histologic findings. *Fertil Steril*. 2005 Jul;84(1):12-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.09.042. PMID: 16009147.

16. Istrate-Ofițeru AM, Mogoantă CA, Zorilă GL, et al. Clinical Characteristics and Local Histopathological Modulators of Endometriosis and Its Progression. *Int. J. Mol. Sci.* 2024.
17. Podgaec S, Caraça DB, Lobel A, Bellelis P, Lasmar BP, Lino CA, et al. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 32/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
18. Bastos LF, Camacho SD, Rodrigues LD, et al. Endometriose: fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet].* 2023 Aug. 7 [cited 2024 Dec. 3];6(4):16753-64.
19. Latorre GFS. Manobras de liberação miofascial dos ligamentos profundos (Manobra do Ligamento Largo) nos tratamentos de infertilidade e endometriose. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(2)27-33. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(2)27-33.
20. Latorre GFS. Nova classificação funcional para as disfunções genitais dolorosas. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2021;1(2)71-82. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)71-82.
21. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, Rohenkohl SD, Parise B, Oriente T, Silva PM, Rocha CS, Vianna FH, Motta IC, Lanz I. Novas técnicas de Liberação Miofascial para dor genital, pélvica crônica e sexual, são eficazes e eficientes (dor zero) em no máximo dez sessões. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2022;2(3)5-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)5-15.
22. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
23. Latorre GFS, Gil NAP, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial pélvica e abdominal (manobra do ligamento largo) associada ou não ao LPF. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2022;2(1)4-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(1)4-15.
24. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorrea primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)45-54. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54.
25. Zanella ME, Leonel AT. Liberação miofascial instrumentalizada lombar e abdominal reduz dismenorrea primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)76-85. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)76-85.
26. Cavalheiro E, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo versus Liberação Miofascial Instrumentalizada na SPM e dismenorrea. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)55-66. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)55-66.
27. Sadler C, Smith H, Hammond J, Bayly R, Borland S, Panay N, et al. Lifestyle factors, hormonal contraception, and premenstrual symptoms: the United Kingdom Southampton Women's Survey. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19:391-6.
28. Latorre GFS, Ayala A. Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: estudo piloto. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(1)5-14. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(1)5-14.