

# DESEMPENHO DA ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL NO DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PROFUNDA DE COMPARTIMENTO POSTERIOR

JULIANA V. DE MENDONÇA  
MARCO AURÉLIO P. DE OLIVEIRA

## RESUMO

A endometriose apresenta prevalência de até 70% em pacientes com dor pélvica e infertilidade. O comprometimento intestinal ocorre entre 3 e 37% das mulheres em que se detecta a endometriose ginecológica, cujo sítio de maior acometimento é retossigmoide (73%) e o septo retovaginal (13%).

Entre os exames de imagem, a ultrassonografia transvaginal ainda é o exame com melhor relação custo-benefício para a avaliação inicial da endometriose. Quando realizado por profissional capacitado e com um aparelho adequado, preferencialmente no período perimenstrual, pode fornecer dados importantes como: dimensões da lesão, grau de comprometimento da parede do reto, acometimento das vísceras ocas ou dos ligamentos uterossacros. Postula-se que a realização do enema retal previamente à ultrassonografia transvaginal tornaria o diagnóstico dos nódulos endometrióticos localizados em região retrocervical mais preciso.

O objetivo deste artigo é fazer uma revisão de literatura sobre os estudos que abordam a acurácia na investigação da endometriose de compartimento posterior através da ultrassonografia transvaginal, nos quais alguns autores realizam um preparo intestinal prévio e outros não realizam qualquer tipo de preparo antes do exame.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Endometriose infil-*

*trativa profunda; Endometriose de compartimento posterior; Enema retal; Preparo intestinal; Ultrassonografia transvaginal.*

## INTRODUÇÃO

A endometriose apresenta prevalência de até 70% em pacientes com dor pélvica e infertilidade<sup>1,2</sup>. O comprometimento intestinal ocorre entre 3 e 37% das mulheres em que se detecta a endometriose ginecológica<sup>3</sup>, cujo sítio de maior acometimento é retossigmoide (73%) e o septo retovaginal (13%)<sup>4</sup>.

As mulheres com Endometriose Infiltrativa Profunda (EIP) normalmente se queixam de dismenorreia progressiva, dor pélvica acíclica, dispareunia e alterações intestinais (disquezia, tenesmo, proctorragia e diarreia) especialmente no período menstrual. O toque vaginal e/ou retal podem revelar áreas de fibrose em graus variados e lesões nodulares, geralmente próximas à inserção dos ligamentos uterossacros<sup>5</sup>.

Entre os exames de imagem, a ultrassonografia transvaginal ainda é o exame com melhor relação custo-benefício para a avaliação inicial da endometriose<sup>6,7</sup>. Quando realizado por profissional capacitado e com um aparelho adequado, preferencialmente no período perimenstrual, pode fornecer dados importantes como:

dimensões da lesão, grau de comprometimento da parede do reto, acometimento das vísceras ocas ou dos ligamentos uterossacros<sup>8</sup>.

A ressonância magnética pode ser utilizada como método complementar à ultrassonografia transvaginal, especialmente para avaliação de outros sítios, como assoalho pélvico, bexiga, ureteres ou planos musculares<sup>9</sup>. Bahr<sup>10</sup> afirma que a ultrassonografia transretal também é uma técnica válida para identificação da infiltração do reto nas pacientes com endometriose pélvica profunda e que poderia ser mais amplamente usada pelos ginecologistas para mensuração da infiltração retal antes da cirurgia, para um melhor planejamento cirúrgico.

O diagnóstico definitivo da endometriose infiltrativa profunda é dado pelo histopatológico do material obtido, normalmente realizado no ato cirúrgico, no qual é possível avaliarmos a extensão e a profundidade da lesão.

Em relação à EIP de compartimento posterior, a delimitação precisa do nódulo pode permitir uma melhor programação da cirurgia. A avaliação ultrassonográfica do nódulo pode, talvez, ajudar na decisão sobre a extensão da cirurgia: poder-se-á ser realizada a ressecção segmentar da porção intestinal, a excisão discoide ou apenas o *shaving*, por exemplo. Nas pacientes com indicação de tratamento e acompanhamento clínico, a ultrassonografia também poderá ser um grande instrumento na avaliação da evolução em relação ao tamanho do nódulo. Poderá ser estimado o volume do nódulo antes da terapêutica e realizar seu seguimento, conforme a necessidade de cada caso, onde será visto se o nódulo está aumentando de tamanho, ou se mantendo estável, ou, até mesmo, diminuindo.

Atualmente, a ultrassonografia transvaginal tem obtido mais espaço no diagnóstico da EIP devido ao melhor co-

nhecimento e treinamento dos examinadores e à melhora das imagens dos aparelhos, que possuem novos recursos tecnológicos<sup>6,7,11-15</sup>. É comum ocorrer um atraso no diagnóstico da endometriose de compartimento posterior, que está em torno de 5 a 7 anos. Isso ocorre, principalmente, pela não valorização da dismenorrea pelo ginecologista<sup>16-19</sup>. Ultrassonografistas bem treinados e capacitados podem realizar diagnóstico preciso e valioso do nódulo de endometriose de compartimento posterior, especificamente da região retrocervical, colaborando no diagnóstico mais precoce da endometriose.

Postula-se que a realização do enema retal previamente à ultrassonografia transvaginal tornaria o diagnóstico dos nódulos endometrióticos localizados em região retrocervical mais preciso<sup>6,11</sup>. O esvaziamento do retossigmoide proporcionaria uma avaliação mais adequada desta região, possibilitando a identificação de nódulos que anteriormente passariam despercebidos pelo examinador<sup>6,11</sup>. Alguns estudos nos quais as pacientes não usaram o enema retal apresentaram bons resultados, assim como os poucos estudos nos quais as pacientes fizeram o uso do mesmo. Foram selecionados os trabalhos publicados nos últimos 15 anos no banco de dados eletrônico do Medline. Foram usadas as combinações dos seguintes unitermos: *ultrasound; transvaginal; ultrasonography; deep endometriosis; infiltrative endometriosis; bowel endometriosis; bowel prep and enema*.

## RESULTADOS

Alguns estudos não mencionam a realização de qualquer tipo de preparo retal, como o realizado por Hensen e cols.<sup>13</sup>, que avaliaram os achados clínicos e o aspecto ultrassonográfico da endometriose

de fundo de saco posterior em 25 pacientes, sendo o diagnóstico confirmado pelo exame histopatológico. A ultrassonografia transvaginal detectou uma ou mais massas hipoeoicas no fundo de saco posterior em todas as pacientes. Holland e cols.<sup>14</sup> também avaliaram a capacidade da ultrassonografia transvaginal na avaliação pré-operatória para estimar a gravidade da endometriose profunda, porém não mencionaram a realização de preparo retal. A sensibilidade e a especificidade no diagnóstico da ultrassonografia transvaginal na endometriose grave foi de 0,85 e 0,98, e os valores preditivos positivo e negativo foram 43,5 e 0,15, respectivamente. Neste estudo, as ultrassonografias foram realizadas por operadores com alto nível de experiência em ultrassonografia ginecológica. Não houve diferença significativa na acurácia do diagnóstico entre dois operadores que realizaram a maioria dos exames. Conforme avaliação dos autores, a avaliação ultrassonográfica da endometriose pode ser reproduzida com ótima concordância interobservadores.

Em relação aos estudos sem a realização do enema retal prévio, Hudelest e cols.<sup>20</sup> avaliaram duzentas pacientes com sintomas de endometriose, que foram prospectivamente submetidas à ultrassonografia transvaginal para detectar a presença da endometriose infiltrativa profunda antes de serem submetidas à ressecção radical da endometriose por laparoscopia. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, acurácia e a razão de verossimilhança positiva e negativa da ultrassonografia transvaginal na avaliação da infiltração da serosa/camada muscular do retossigmoide foi de 98%, 99%, 98%, 99%, 99%, 150,24, e 0,02, respectivamente, e os respectivos dados para o envolvimento das camadas submucosa/mucosa do reto foram de 62%, 96%, 53%, 97%, 93,8%, 16 e 0,4, respectivamente. Portanto, concluiu-se que a ultrassonogra-

fia transvaginal é um instrumento muito valioso na detecção pré-operatória da endometriose retal.

Bazot e cols.<sup>21</sup> compararam a acurácia da ultrassonografia transvaginal, sem o enema retal prévio, e da ultrassonografia endoscópica retal no diagnóstico da endometriose do compartimento posterior. Os resultados foram comparados com os achados histológicos. A endometriose foi confirmada histologicamente em 28 (93%) das 30 pacientes. No diagnóstico da endometriose do ligamento úterosacro, a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos positivo e negativo para a ultrassonografia transvaginal e ultrassonografia endoscópica retal foram 75% e 75%, 83% e 67%, 95% e 90% e 45% e 40%, respectivamente. No diagnóstico da endometriose de retossigmoide, a sensibilidade, especificidade e os valores preditivos positivo e negativo foram 95% e 82%, 100% e 88%, 100% e 95%, e 89% e 64%, respectivamente. Os resultados são considerados muito bons, mesmo sem o preparo intestinal prévio.

Entre os estudos que avaliaram a realização da ultrassonografia transvaginal após enema retal, Pereira e cols.<sup>11</sup> estudaram 51 pacientes, nas quais foram realizadas as medidas da distância entre a lesão do retossigmoide e a borda anal, com posterior excisão laparoscópica da lesão. Dezoito lesões de intestino foram ressecadas em 16 mulheres. As lesões foram divididas em três grupos, conforme a sua distância em relação à borda anal: grupo 1 foi categorizado como de 1 a 5cm (1/18; 5,6%); grupo 2 foram as com distância de 6 a 10cm (9/18; 50%) e o grupo 3 foram as com distância maior que 11cm (8/18; 44,4%) . O uso da ultrassonografia transvaginal após o preparo retal estimou corretamente a distância entre as lesões do retossigmoide e a borda anal em todas as mulheres (100%) que possuíam lesões a menos de 11cm da

borda anal. Em duas pacientes, as lesões de sigmoide não foram identificadas, nos casos em que a distância da lesão era maior que 11 cm (acurácia de 75%). Neste estudo, os fatores que podem ter causado um impacto negativo no diagnóstico das lesões de sigmoide incluem a grande distância em relação à borda anal, a presença de resíduos fecais devido ao esvaziamento incompleto do segmento intestinal e a presença de aderências. Apesar de não compararem a imagem com ou sem preparo, os autores acreditam que o preparo intestinal melhora a detecção e a caracterização da lesão intestinal, permitindo a identificação da camada afetada e a distância entre a margem inferior da lesão e borda anal.

Ainda envolvendo estudos com preparo intestinal, Abrão e cols.<sup>22</sup> compararam a ultrassonografia transvaginal com preparo retal, com o toque vaginal e a ressonância magnética em 104 pacientes, com suspeita clínica de endometriose, antes de serem submetidas à laparoscopia. A endometriose foi confirmada histologicamente em 98 das 104 (94,2%) pacientes. Com relação à localização em retossigmoide e em região retrocervical, respectivamente, o exame de toque vaginal teve a sensibilidade de 72% e 68%, especificidade de 54% e 46%, valor preditivo positivo de 63% e 45%, valor preditivo negativo de 64% e 69%, e acurácia de 63% e 55%. Para a ultrassonografia transvaginal, a sensibilidade foi de 98% e 95%, especificidade de 100% e 98%, valor preditivo positivo de 100% e 98%, valor preditivo negativo de 98% e 97%, e acurácia de 99% e 97%. A ressonância magnética teve sensibilidade de 83% e 76%, especificidade de 98% e 68%, valor preditivo positivo de 98% e 61%, valor preditivo negativo de 85% e 81%, e acurácia de 90% e 71%. Os autores concluíram que a ultrassonografia transvaginal teve melhor sensibilidade, especificidade e acurácia em casos de endometriose

em região retrocervical e em retossigmoide quando comparada com o toque vaginal e com a ressonância magnética. Neste estudo, todas as pacientes foram submetidas a um enema retal simples (*Fleet enema*) uma hora antes da realização do exame de ultrassonografia para eliminar resíduos fecais e gases presentes no retossigmoide.

Menada e cols.<sup>23</sup> realizaram um estudo com 90 pacientes com o objetivo de avaliar se a colocação de contraste de água no reto, durante a realização da ultrassonografia transvaginal, melhora o diagnóstico da infiltração do reto nas mulheres com endometriose retovaginal. A ultrassonografia transvaginal com contraste de água no reto foi realizada com a injeção de solução salina no lúmen do reto, guiada por ultrassonografia, através de um cateter de 6mm. Os resultados da ultrassonografia foram comparados com os achados cirúrgicos e histológicos. A ultrassonografia transvaginal com contraste de água no reto teve uma elevada acurácia, comparativamente a ultrassonografia transvaginal convencional, no diagnóstico da endometriose retovaginal, mas a diferença entre as duas técnicas não foi estatisticamente significativa. A ultrassonografia transvaginal com contraste de água no reto foi significativamente mais precisa do que a ultrassonografia transvaginal convencional na determinação da presença da endometriose infiltrativa que alcança, pelo menos, a camada muscular da parede do reto. A sensibilidade da ultrassonografia transvaginal com contraste de água no reto na identificação das lesões do reto foi de 97,1%, a especificidade 100%, valor preditivo positivo 100%, valor preditivo negativo 91,3% e acurácia 97,8%, porém causou aumento da intensidade da dor, comparativamente à ultrassonografia transvaginal convencional. A ultrassonografia transvaginal convencional teve sensibilidade de 92,8%, especificidade 90,5%,

valor preditivo positivo 97%, valor preditivo negativo 79,2% e acurácia de 92,2%.

Hudelist et al.<sup>24</sup> realizaram uma revisão sistemática e meta-análise, avaliando a acurácia do diagnóstico da ultrassonografia transvaginal como método não invasivo no diagnóstico da endometriose intestinal. O objetivo deste estudo foi realizar uma análise crítica do valor do diagnóstico da ultrassonografia transvaginal como método não invasivo na avaliação pré-operatória da endometriose intestinal. Foi realizada uma busca no banco de dados do Medline (1966-2010) e Embase (1980-2010) para estudos relevantes que investigaram a acurácia do diagnóstico da ultrassonografia transvaginal no diagnóstico da endometriose infiltrativa profunda envolvendo o intestino. O diagnóstico foi

estabelecido pela laparoscopia e/ou análise histopatológica. Em 188 estudos, um total de 10 cumpriu os critérios definidos previamente, envolvendo 1106 pacientes com suspeita de endometriose. A prevalência da endometriose intestinal variou de 14% a 73.3%. A razão de verossimilhança positiva variou de 4,8 a 48,56 e a negativa variou de 0,02 a 0,75, com amplo intervalo de confiança. A sensibilidade e especificidade foram de 91% e 98%; a razão de verossimilhança positiva e negativa foi de 30,36 e 0,09; o valor preditivo positivo e negativo foram de 98% e 95%, respectivamente. Três estudos usaram a preparação do intestino para aumentar a visibilidade da parede do reto; um estudo comparou diretamente o uso de contraste com água versus nenhum enema intestinal prévio.

**Tabela. Análise dos dados dos estudos incluídos (adaptado de Hudelist<sup>24</sup>)**

Estudo	N	P	S	E	VPP	VPN	A	RVP	RVN
<b>SEM PREPARO</b>									
Bazot(2003) et al. <sup>21</sup>	60	73.3%	95%	100%	100%	89%	97%	-	0.05
Bazot(2004) et al. <sup>25</sup>	284	33%	87%	97%	93%	94%	94%	27.62	0.13
Carbognin(2006) et al. <sup>26</sup>	64	53.1%	71%	100%	100%	75%	84%	4.8	0.29
Guerrero(2008) et al. <sup>27</sup>	176	44.3%	66%	92%	87%	78%	81%	8.17	0.36
Piketty(2009) et al. <sup>7</sup>	267	60%	91%	97%	97%	89%	93%	26.29	0.10
Bazot(2009) et al. <sup>28</sup>	184	68.5%	94%	100%	100%	88%	96%	-	0.06
Hudelist(2009) et al. <sup>20</sup>	400	24%	96%	98%	94%	99%	98%	48.56	0.04
<b>COM PREPARO</b>									
Abrão(2007) et al. <sup>22</sup>	208	51.9%	98%	100%	100%	98%	99%	-	0.02
Valenzano(2008) et al. <sup>29</sup>	180	25.5%	96%	100%	100%	99%	99%	-	0.04
Gonçalves(2010) et al. <sup>30</sup>	388	41.7%	98%	100%	100%	98%	99%	-	0.02

N = Número total de pacientes

P = Prevalência da endometriose retossigmoide

S = Sensibilidade/ E = Especificidade

VPP = Valor preditivo positivo/ VPN = Valor preditivo negativo

RVP = Razão de verossimilhança positiva/ RVN = Razão de verossimilhança negativa

SEMP = sem preparo retal / COMP = com preparo retal

A razão de verossimilhança negativa foi de 0,04 para o contraste com água versus 0,47 com a ultrassonografia sem preparo intestinal. Como conclusão, foi evidenciada que a ultrassonografia transvaginal com ou sem preparo intestinal prévio é um teste não invasivo, com boa acurácia, na detecção pré-operatória da endometriose infiltrativa profunda do reto-sigmoide (Tab.).

### CONCLUSÃO

A ultrassonografia transvaginal, com ou sem preparo intestinal, oferece boa acurácia diagnóstica da endometriose infiltrativa profunda de compartimento posterior.

### REFERÊNCIAS

- Babash J, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum Reprod.* 1996;11:387-91.
- Cramer DW. Epidemiology of endometriosis. In: Wilson E, editor, *Endometriosis*. New York: Alan Liss;1987. p.5-22.
- Jemkinson EL, BROWN WH. Endometriosis: a study of 117 cases with special reference to constructing lesion of the rectum and sigmoid colon. *Jama.* 1943;122:349-54.
- Chapron C, et al. Anatomical distribution of deeply infiltration endometriosis: surgical implications and position for a classification. *Hum Reprod.* 2003; 18(1): 157-61.
- Neme RM, Abrão MS. Fisiopatologia e quadro clínico da endometriose. Separata de: Abrão MS (ed). *Endometriose: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.p.55-65.
- Chapron C, et al. Preoperative work-up for patients with deeply infiltrating endometriosis: transvaginal ultrasonography must definitely be the first-line imaging examination. *Hum Reprod.* 2009;24(3):602-7.
- Piketty M, et al. Preoperative work-up for patients with deeply infiltrating endometriosis: transvaginal ultrasonography must definitely be the first-line imaging examination. *Hum Reprod.* 2009;24(3):602-7.
- Koninckx PR, Poppe W, Deprest J. Carbon dioxide laser for laparoscopic enterocele repair. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1995;2:181-5.
- Abrão MS, Neme RM, Averbach M. Endometriose de Septo Retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. *Arq. Gastroenterol, São Paulo.* 2003 Jul/Set;40(3).
- Bahr A, et al. Endorectal ultrasonography in predicting rectal wall infiltration in patients with deep pelvic endometriosis: a modern tool for an ancient disease. *Dis Colon Rectum.* 2006 Jun;49(6):869-75.
- Pereira RMA, et al. Transvaginal ultrasound after bowel preparation to assist surgical planning for bowel endometriosis resection. *Intern Journal Gynecol Obstet.* 2009;104:161.
- Griffiths A, et al. Transrectal ultrasound and the diagnosis of rectovaginal endometriosis: a prospective observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008 April;87(4):445-8.
- Hensen JHJ, Puylaert JBCM. Endometriosis of the posterior cul-de-sac: Clinical presentation and findings at transvaginal ultrasound. *AJR Women's Imaging.* 2009;192:1618-24.
- Holland TK, et al. The value of transvaginal ultrasound in assessing the severity of pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010 Aug; 36(2): 241-8.
- Fedele L, et al. Transrectal Ultrasonography in the Assessment of Rectovaginal Endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1998;91:444-8.
- Hoogeveen M, Dorr PJ, Puylaert JB. Endometriosis of the rectovaginal septum: endovaginal US and MRI findings in two cases. *Abdom Imaging.* 2003;28:897-901.
- Griffiths A, et al. Transrectal ultrasound and the diagnosis of rectovaginal endometriosis: a prospective observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008 April;87(4):445-8.

18. Menada MV, et al. Does transvaginal ultrasonography combined with water contrast in the rectum aid in the diagnosis of rectovaginal endometriosis infiltrating the bowel? *Hum Reprod.* 2008;23:1069-75.
19. Griffiths NA, Koutsouridou RN, Penketh RJ. Rectovaginal endometriosis: a frequently missed diagnosis. *J Obstet Gynaecol.* 2007;27:605-7.
20. Hudelist G, et al. Can transvaginal sonography predict infiltration depth in patients with deep infiltration endometriosis of the rectum? *Hum Reprod.* 2009; 24(5):1012-7.
21. Bazot M, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24:180-5.
22. Abrão MS, et al. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22:3092-7.
23. Menada MV, et al. Transvaginal ultrasonography combined with water-contrast in the rectum in the diagnosis of rectovaginal endometriosis infiltrating the bowel. *Fertil Steril.* 2008 Mar;89(3):699-700.
24. Hudelist G, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37:257-63.
25. Bazot M, et al. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison. *Hum Reprod.* 2003;18:1686-92.
26. Carbognin G, et al. Assessment of pelvic endometriosis: correlation of US and MRI with laparoscopic findings. *Radiol Med.* 2004 Aug;111(5):687-701.
27. Guerriero et al. Diagnostic value of transvaginal "tenderness-guided" ultrasonography for the prediction of location of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2008;23(11):2452-7.
28. Bazot M, et al. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* 2009;92(6):1825-33.
29. Valenzano M et al. Does transvaginal ultrasonography combined with water-contrast in the rectum aid in the diagnosis of rectovaginal endometriosis infiltrating the bowel? *Hum Reprod.* 2008;23(5):1069-75.
30. Gonçalves MO, et al. Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and rectosigmoid layers in cases of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Hum Reprod.* 2010;25(3):665-71.

### ABSTRACT

Endometriosis has a prevalence of up to 70% in patients with pelvic pain and infertility. Intestinal dysfunction occurs between 3% and 37% of women that detects gynecological endometriosis, whose site is greater rectosigmoid involvement (73%) and rectovaginal septum (13%). Among the imaging, transvaginal ultrasound examination is still the most cost-effective for the initial evaluation of endometriosis. When performed by a trained professional and with a suitable apparatus, preferably in the perimenstrual period, can provide important data such as size of lesion, degree of involvement of the rectal wall, involvement of hollow viscera or the uterosacral ligaments. The aim of this paper is to review the literature on studies that address the accuracy in the investigation of posterior compartment of endometriosis by transvaginal ultrasound, which some authors perform a bowel preparation prior to normal rectal enema before the day of transvaginal ultrasound, and others do not do any sort of preparation before the exam. It is postulated that the completion of a phosphate enema transvaginal ultrasound prior to make the diagnosis of endometriotic nodules located in retrocervical more accurate.

**KEYWORDS:** Deep infiltrating endo-

metriosis; Endometriosis of the posterior compartment; Rectal enema; Bowel preparation.

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

---

**ARTIGO 1: A IMPORTÂNCIA DOS QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

**LETÍCIA N. C. DEL CASTILLO**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Fisioterapeuta.

**GUSTAVO LEPORACE**

Mestrando - Engenharia Biomédica/COPPE/UFRJ;  
Fisioterapeuta - Laboratório de Biomecânica e Comportamento.

**THEMIS M. CARDINOT**

Doutora - FM/USP;  
Professora Adjunta - IB/UFRRJ.

**ROGER A. LEVY**

Doutor - Ciências Biológicas/UFRJ;  
Professor Adjunto - FCM/UERJ.

**LISZT P. OLIVEIRA**

Doutor - FCM/UERJ;  
Professor Adjunto - FCM/UERJ.

**ARTIGO 2: EPIDEMIOLOGIA DA SARCOIDOSE NO BRASIL E NO MUNDO**

**VINÍCIUS L. SILVA**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ.

**ROGÉRIO RUFINO**

Vide Editorial.

**CLÁUDIA HENRIQUE DA COSTA**

Doutora - UFRJ;  
Professora Adjunta e Coordenadora - Disciplina de Pneumologia e Tisiologia/FCM/UERJ.

**ARTIGO 3: SÍNDROMES MIOLODISPLÁSTICAS (SMD)**

**MARIA CHRISTINA PAIXÃO MAIOLI**

Professora Adjunta - Disciplina de Hematologia/  
FCM/UERJ.

**MARIA HELENA FARIAS ORNELLAS DE SOUZA**

Professora Associada - Departamento de Patologia e Laboratório/FCM/HUPE/UERJ.

**ARTIGO 4: PREVALÊNCIA DE DOENÇA CELÍACA EM PACIENTES DISPÉPTICOS SEM DIARRÉIA**

**DIALINA C. M. MACHADO**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Professora - Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia/FCM/UERJ.

**ANA TERESA PUGAS CARVALHO**

Professora Adjunta - Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva/FCM/UERJ.

**DAURITA DARCI DE PAIVA**

Doutora - Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz;  
Professora Adjunta - Anatomia Patológica/FCM/UERJ.

**LÚCIA TURAZZI CARVALHO**

Especialização - Microbiologia e Imunologia/  
UFRJ;  
Biomédica - Laboratório de Imunologia/ HUPE/  
UERJ.

**ARTIGO 5: TÉCNICAS HISTOPATOLÓGICAS SEMIQUANTITATIVAS E DE ANÁLISE DE IMAGENS DIGITAIS NA AVALIAÇÃO DO ESTADIAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE CRÔNICA PELOS VÍRUS B E C**

**CARLOS F.F. CAMPOS**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Médico Patologista - Hospital Federal de Bonsucesso.

## Titulação dos Autores

### **DAURITA D. PAIVA**

Vide Artigo 4.

### **PARANAGUÁ S. MOREIRA**

Mestre - Anatomia Patológica/UFRJ;  
Professor Adjunto/UERJ.

### **HUGO P. P. BARBOSA**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Médico Pós-graduando/UERJ.

### **RENATA PEREZ**

Doutora em Gastroenterologia pela UFSP;  
Professora Adjunta da UFRJ.

### **CARLOS TERRA**

Doutor em Medicina - Universidade de Barcelona;  
Professor Visitante da UERJ.

### **LUIZ F. F. ARECO**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ  
Médico.

### **FÁTIMA A. F. FIGUEIREDO**

Pós-Doutora em Ecoendoscopia Terapeutica no  
Insituto Paoli-Calmettes-França;  
Médica da Endoscopia Digestiva do Hospital Uni-  
versitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

## **ARTIGO 6: AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA O ESPESSEAMENTO MÉDIO-INTIMAL DA CARÓTIDA EM MULHERES HIPERTENSAS**

### **MICHELLE TRINDADE**

Doutoranda - PGCM/FCM/UERJ;  
Nutricionista.

### **RENATA B. MARTUCCI**

Professora Adjunta do Instituto de Nutrição da  
UERJ;  
Nutricionista.

### **ADRIANA K. BURLÁ**

Doutora - PGCM/FCM/UERJ;  
Médica.

### **WILLE OIGMAN**

Professor Titular do Departamento de Clínica Mé-  
dica da FCM/UERJ.

### **MÁRIO F. NEVES**

Vide Editorial.

### **DENIZAR V. ARAÚJO**

Vide Editorial.

## **ARTIGO 7: ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO DIAS-TÓLICA COMO EFEITO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

### **MAURÍCIO P. COSTA**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Supervisor Médico - Instituto Nacional do Câncer-  
INCA/HC III.

### **MÁRCIA BUENO CASTIER**

Doutora em Cardiologia - USP;  
Professora Adjunta/UERJ;  
Chefe do Setor de Ecocardiografia do Serviço de  
Cardiologia/UERJ.

## **ARTIGO 8: TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO POR MEIO DA ELETROESTIMULAÇÃO FUNCIONAL DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO**

### **RODRIGO M. P. DANTAS**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Especialista em Geriatria e Gerontologia;  
Fisioterapeuta.

### **CÉLIA P. CALDAS**

Pós-doutora - UNIFESP;  
Vice-diretora - Programa Universidade Aberta da  
Terceira Idade/UERJ.

**ARTIGO 9: DESEMPENHO DA ULTRASSONO-  
NOGRAFIA TRANSVAGINAL NO DIAGNÓSTI-  
CO DA ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PRO-  
FUNDA DE COMPARTIMENTO POSTERIOR**

**JULIANA V. DE MENDONÇA**

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;  
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Habili-  
tação em Videoesteroscopia).

**MARCO AURÉLIO P. DE OLIVEIRA**

Professor Adjunto - Ginecologia/FCM/UERJ;  
Chefe do Departamento/DGO;  
Coordenador do Laboratório de Endometriose/  
HUPE/UERJ.

**ARTIGO 10: RESPOSTA CLÍNICA À VARDE-  
NAFILA EM HIPERTENSOS COM DISFUNÇÃO  
ERÉTIL VASCULOGÊNICA**

**VALTER JAVARONI**

Doutor - PGCM/FCM/UERJ;  
Médico Urologista.

**MÁRIO Q. MIGUEZ**

Médico Radiologista/HUPE/UERJ.

**WILLE OIGMAN**

Vide Artigo 6.

**MARIO F. NEVES**

Vide Editorial.