

# GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Edição XII

## Capítulo 2

### ENDOMETRIOSE APENDICULAR

AMANDA XAVIER FUCHS DE JESUS<sup>1</sup>  
GABRIELLE FERREIRA MORAES<sup>1</sup>  
YASMIN DA SILVA FREITAS<sup>1</sup>  
VIVIANE LOZANO ESPASANDIN<sup>2</sup>

1. Discente - Acadêmicas de Medicina do Instituto de Educação Médica – IDOMED (Estácio de Sá, Campus Cittä), Rio de Janeiro, RJ.

2. Docente – Departamento de Clínica Médica e Gastroenterologia do Instituto de Educação Médica – IDOMED (Estácio de Sá, Campus Cittä), Rio de Janeiro, RJ.

*Palavras-chave*

*Endometriose Apendicular; Apendicite; Endometriose.*

## INTRODUÇÃO

A endometriose é um distúrbio ginecológico benigno comum, que pode ser sintomático ou assintomático, caracterizado pela presença ectópica de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina. É uma patologia hormônio dependente, sendo, por isso, encontrada sobretudo em mulheres em idade reprodutiva, com uma estimativa de 10 a 15%. Afeta predominantemente ovários, tubas uterinas e ligamentos útero-sacrais, podendo acometer órgãos intestinais, como o apêndice e a bexiga, o que dificulta o diagnóstico clínico devido à sintomatologia inespecífica. Além disso, pode estar diretamente ligada com a perda da qualidade de vida, tornando esse um dos aspectos mais importantes da doença, sendo multifatorial, e impactando profundamente o bem-estar físico, emocional, social e profissional (SCHORGE *et al.*, 2020).

Embora não exista relato preciso do primeiro caso descrito, a endometriose apendicular foi inicialmente documentada em 1860, e é uma condição rara que pode simular quadros clínicos de apendicite aguda ou outras patologias abdominais. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial em mulheres jovens que apresentam dor abdominal recorrente, inespecífica, principalmente na região do quadrante inferior direito, muitas vezes associada à história de infertilidade (DRUMOND *et al.*, 2020; ROMAN *et al.*, 2020).

Sendo assim, é muito importante o diagnóstico precoce, principalmente nas pacientes que apresentam sintomas de apendicite aguda, a fim de que seja realizado o manejo correto, evitando-se mais complicações. As manifestações clínicas podem incluir dor abdominal crônica ou cíclica, melena, intussuscepção cecal, obstrução, perfuração apendicular e perda da qualidade de vida (ALAHQOLI *et al.*, 2023; HUMES & SIMPSON, 2006; NOGUEIRA *et al.*, 2023).

Um dos exames indicados, primeiramente, no momento da apresentação das manifestações clínicas, é a ressonância magnética (RM) pélvica para a confirmação do diagnóstico. O manejo terapêutico padrão para esta entidade clínica consiste inicialmente em terapias hormonais e anti-inflamatórias.

O tratamento cirúrgico, geralmente por via de apendicectomia associada à análise histopatológica para confirmação diagnóstica, é indicado em casos de dor refratária, falha da terapia conservadora ou acometimento anatômico significativo (ASRM, 2022; DUNSELMAN *et al.*, 2014; DI SAVERIO *et al.*, 2020; BRASIL, 2016).

## DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A endometriose é definida pela implantação de tecido endometrial (glândulas e estroma) funcional fora da cavidade uterina, inflamação crônica e capacidade de responder aos estímulos hormonais. A endometriose pode se desenvolver em qualquer sítio dentro da pelve e em outras superfícies peritoneais extrapélvicas. O mais comum é encontrá-la nas áreas dependentes da pelve, como ovário, peritônio pélvico e ligamentos uterossacrais. Além disso, ureter, apêndice, bexiga e pericárdio também podem ser afetados. A sintomatologia da doença está frequentemente relacionada à localização das lesões. Embora a apendicite aguda seja a patologia cirúrgica mais comum responsável por dor abdominal no quadrante inferior direito, a endometriose apendicular pode mimetizar seus sintomas, e representa uma apresentação extremamente rara da endometriose extragonadal. Afeta comumente mulheres em idade reprodutiva, com um amplo espectro de manifestações clínicas (ARAGONE *et al.*, 2023; LOBRIGATTE *et al.*, 2013; SCHORGE *et al.*, 2020).

## EPIDEMIOLOGIA

A endometriose configura-se como uma patologia de elevada prevalência e impacto significativo no contexto epidemiológico. No cenário global, a doença se manifesta predominantemente entre mulheres em idade reprodutiva, estimando-se que acometa entre 10 a 15% dessa faixa etária. Sua ocorrência também é registrada, embora com menor frequência, em mulheres pós-menopausa. Além disso, afeta de forma expressiva cerca de 35 a 50% daquelas que apresentam dor pélvica crônica e/ou infertilidade, sendo uma das principais causas dessas condições no sexo feminino. Isso reflete a natureza da doença, diretamente relacionada à atividade hormonal, sobretudo ao estrogênio. Estudos apontam também para a influência de fatores genéticos na susceptibilidade a esta patologia. Aproximadamente 7% das pacientes apresentam histórico familiar positivo, principalmente entre parentes de primeiro grau, como mães e irmãs (SMOLARZ *et al.*, 2021).

A apendicite aguda é uma das principais causas de internação e cirurgia de emergência no Brasil, com uma incidência anual estimada de aproximadamente 80 casos por 100 mil habitantes. Entre 2019 e 2020, foram registradas 155.430 hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com predominância de faixa etária entre 18 e 29 anos. A evolução clínica foi favorável na maioria dos casos (NOGUEIRA *et al.*, 2023).

A endometriose apendicular pode muitas vezes simular um quadro de apendicite aguda. Embora rara, ela representa uma manifestação clínica relevante dentro do espectro da doença. A sua prevalência varia conforme a população estudada, sendo estimada entre 0,05% e 1,69% nas mulheres com endometriose em geral, podendo alcançar índices superiores, de até

13,2%, entre aquelas com diagnóstico de endometriose profunda. Em contextos cirúrgicos, a endometriose do apêndice é identificada incidentalmente em aproximadamente 7,23% dos procedimentos ginecológicos, enquanto em casos de apendicite aguda acometendo mulheres, a presença de tecido endometriótico na região apendicular é descrita em até 2,67% das pacientes. Esses dados ressaltam a importância da consideração diagnóstica dessa condição frente a quadros de dor abdominal, especialmente na população feminina jovem (ALAHQOLI *et al.*, 2023; DRUMOND *et al.*, 2020; ROMAN *et al.*, 2020).

## ETIOLOGIA E PATOGÊNESE

A endometriose caracteriza-se como uma doença inflamatória crônica, estrogênio-dependente, cuja etiologia, embora estudada, ainda permanece não completamente esclarecida. Sua patogênese é complexa e multifatorial, sustentada por diversas teorias que buscam explicar a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A teoria mais amplamente aceita é a da menstruação retrógrada, proposta por Sampson, segundo a qual fragmentos de endométrio migram pelas tubas uterinas e se implantam na cavidade peritoneal. Outras hipóteses incluem a metaplasia celômica, que sugere a transformação de células peritoneais em tecido endometrial funcional, e a teoria embrionária, que atribui a origem da doença à persistência de células derivadas do ducto de Müller (Estrutura embrionária que dá origem a alguns órgãos da pelve feminina) em localizações ectópicas, ativadas após a puberdade. Além disso, é observado um componente genético importante, e a participação de fatores imunológicos e hormonais que favorecem um ambiente pró-inflamatório e a manutenção das lesões (ROLLA, 2019).

Além das localizações pélvicas clássicas, a inflamação crônica característica da endometriose pode se estender a regiões extrapélvicas, incluindo o trato gastrointestinal, com destaque para o apêndice cecal. O tecido endometrial ectópico infiltra a parede apendicular, induzindo resposta inflamatória local com quadro clínico compatível com apendicite. Essa disseminação poderia ocorrer por migração direta de células endometriais durante episódios de menstruação retrógrada, seguidas da implantação e proliferação em locais distantes sob a influência de fatores imunológicos e hormonais típicos da endometriose. Porém, a etiologia do tipo apendicular segue os mesmos princípios multifatoriais da forma pélvica, envolvendo outras teorias. Acredita-se que, no caso do apêndice, a migração e implantação de tecido endometrial funcional possivelmente ocorra por mecanismos de disseminação vascular (ALAHQOLI *et al.*, 2023; DRUMOND *et al.*, 2020).

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COMPLICAÇÕES

A endometriose é uma condição ginecológica crônica caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Suas manifestações clínicas são bastante variáveis, dependendo da localização e da extensão das lesões. Os sintomas mais comuns incluem dor pélvica crônica, dismenorreia (cólica menstrual intensa), menorragia (sangramento uterino excessivo), dispareunia (dor durante a relação sexual), infertilidade e alterações gastrointestinais como constipação, diarreia, disquesia (dor à evacuação) e hematoquezia (sangue nas fezes). Também podem ocorrer sintomas urinários, como disúria, hematúria e incontinência urinária (DUNSELMAN *et al.*, 2014).

Uma manifestação rara, porém, relevante, é a endometriose abdominal, que acomete mulheres jovens em idade fértil. Essa variante pode incluir a endometriose apendicular, cujas manifestações muitas vezes simulam quadros de apendicite aguda, como dor na fossa ilíaca direita (FID), náuseas e vômitos. Entretanto, essa forma também pode ser assintomática e o diagnóstico é feito apenas durante procedimentos cirúrgicos, como a laparoscopia exploratória, ou por meio de exames de imagem (DRUMOND *et al.*, 2020).

A diferenciação clínica entre endometriose abdominal e apendicite aguda é desafiadora, pois ambas podem cursar com dor localizada em FID. Na apendicite clássica, a dor se inicia na região epigástrica ou periumbilical e migra para a FID em até 24 horas, sendo acompanhada por náuseas, vômitos, anorexia e febre baixa. O exame físico pode revelar sinais típicos como Blumberg (dor à descompressão brusca), Rovsing (dor na FID provocada pela palpação da fossa ilíaca esquerda), Psoas (dor na FID ao realizar movimento com a coxa direita) e Obturador (dor na FID com flexão e rotação interna da coxa direita), que são indicativos de irritação peritoneal ou posição atípica do apêndice (BALL *et al.*, 2020).

Contudo, o diagnóstico diferencial pode ser difícil em apresentações atípicas, como em crianças, idosos e gestantes, ou quando o apêndice se encontra em diferentes posições anatômicas, como retroceais ou pélvicos, causando sintomas urinários ou intestinais semelhantes aos da endometriose. Quando não tratada precocemente, a apendicite pode evoluir com complicações graves, como perfuração, peritonite difusa ou formação de abscesso (NOGUEIRA *et al.*, 2023).

Portanto, é fundamental que o profissional de saúde reconheça as possíveis manifestações da endometriose abdominal, especialmente

quando mimetizam quadros de apendicite. Um diagnóstico preciso é essencial para evitar condutas inadequadas e garantir o tratamento correto, preservando a saúde da paciente.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A endometriose abdominal, por sua localização e variabilidade clínica, pode ser confundida com diversas condições ginecológicas, gastrointestinais e urinárias. O reconhecimento adequado de seus diagnósticos diferenciais é fundamental para evitar atrasos no tratamento e garantir condutas apropriadas (SCHORGE *et al.*, 2020).

Do ponto de vista ginecológico, algumas doenças apresentam sintomas muito semelhantes. A dismenorreia primária, por exemplo, caracteriza-se por dor pélvica cíclica associada ao ciclo menstrual, geralmente em mulheres jovens, mas sem lesões anatômicas detectáveis, o que a diferencia da endometriose, que envolve tecido ectópico visível. A miomatose uterina, especialmente quando envolve miomas submucosos ou intramurais, pode causar dor pélvica, sensação de peso abdominal e sangramento uterino anormal, sintomas que também são comuns na endometriose (SCHORGE *et al.*, 2020).

Outra condição importante é a adenomiose, que envolve a invasão do tecido endometrial no miométrio. Ela pode levar a dor pélvica crônica, sangramento uterino intenso e aumento do volume uterino, o que muitas vezes gera confusão diagnóstica com a endometriose profunda. Cistos ovarianos, por sua vez, geralmente são assintomáticos, mas podem causar dor aguda em casos de torção ou ruptura, mimetizando crises dolorosas da endometriose, especialmente se localizados próximos ao apêndice ou intestino (DUNSELMAN *et al.*, 2014).

A doença inflamatória pélvica (DIP) também deve ser considerada, pois cursa com dor pélvica crônica, febre, dispareunia e corrimento vaginal purulento, o que pode ser confundido com endometriose associada a aderências e inflamação pélvica crônica. Já condições como infecção urinária e cistite intersticial compartilham sintomas como disúria, polaciúria e dor suprapúbica. A cistite intersticial, em especial, pode cursar com dor pélvica crônica sem infecção aparente, o que aumenta a semelhança com casos de endometriose vesical (SCHORGE *et al.*, 2020).

No grupo das doenças gastrointestinais, destaca-se a síndrome do intestino irritável (SII), que se manifesta por dor abdominal crônica associada a alterações do hábito intestinal (diarreia, constipação ou ambos), sem alterações inflamatórias visíveis nos exames de imagem. A doença inflamatória intestinal (DII), incluindo doença de Crohn e retocolite ulcerativa, pode causar dor abdominal, diarreia crônica, sangramento e perda de peso. Quando a endometriose acomete o intestino, especialmente o reto ou o sigmoide, pode simular perfeitamente essas doenças, inclusive em exames de imagem. A doença de Crohn com acometimento do íleo terminal pode causar dor em fossa ilíaca direita, diarreia crônica e emagrecimento, quadro semelhante ao da endometriose intestinal avançada (BASSI *et al.*, 2009).

Um diagnóstico diferencial particularmente relevante é a apendicite, especialmente na forma aguda. A endometriose apendicular pode se manifestar com dor localizada na fossa ilíaca direita, náuseas e vômitos, sintomas praticamente idênticos aos da apendicite clássica. Em alguns casos, a apendicite crônica também entra como diagnóstico diferencial, por apresentar dor recorrente na mesma região. Outras causas de dor abdominal, como gastroenterite, geral-

mente vêm acompanhadas de sintomas sistêmicos e diarreia, mas em fases iniciais podem ser confundidas com endometriose intestinal. A diverticulite de Meckel, embora rara, pode mimetizar apendicite quando inflamada, especialmente em crianças e jovens adultos. Diante de tantas possibilidades clínicas que se sobrepõem, a avaliação diagnóstica da endometriose abdominal deve ser criteriosa. Exames de imagem, como ultrassonografia transvaginal, tomografia computadorizada e ressonância magnética de pelve, são fundamentais. Em casos de dúvida, a laparoscopia diagnóstica continua sendo o padrão-ouro, pois permite visualização direta das lesões e, se necessário, tratamento cirúrgico imediato (BASSI *et al.*, 2009).

## TRATAMENTO E MANEJO DA DOENÇA

O tratamento da endometriose abdominal exige uma abordagem individualizada e multidisciplinar, considerando fatores como a intensidade dos sintomas, o desejo de fertilidade, a extensão das lesões e a resposta aos tratamentos prévios. Diferentemente de outras formas de endometriose restritas à pelve, essa pode acometer órgãos como intestinos, apêndice e parede abdominal, exigindo condutas específicas e, em muitos casos, intervenção cirúrgica (DUNSELMAN *et al.*, 2014).

De forma geral, o manejo da endometriose pode ser dividido em tratamento clínico, cirúrgico ou uma combinação de ambos. O tratamento clínico é considerado primeira linha na maioria dos casos, com o objetivo de suprimir o estímulo hormonal cíclico que alimenta a atividade das lesões. Isso é feito principalmente por meio do uso de anticoncepcionais hormonais combinados (estrogênio e progestagênio) ou à base apenas de progestagênios. Outra op-

ção eficaz é o uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), que induzem um estado de hipoestrogenismo, levando à atrofia das lesões endometrióticas. Além disso, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são amplamente utilizados para controle da dor, principalmente nos casos leves e moderados (SCHORGE *et al.*, 2020).

Quando o tratamento clínico não é suficiente, ou quando as lesões são extensas, comprometem órgãos abdominais, ou provocam sintomas intensos e refratários, a cirurgia passa a ser o procedimento indicado. A abordagem cirúrgica da endometriose abdominal pode envolver desde a remoção de nódulos até ressecções intestinais segmentares ou apendicectomia, no caso da endometriose apendicular. Nesses casos, a técnica minimamente invasiva por videolaparoscopia é preferida, por permitir melhor visualização das lesões, menor tempo de internação e recuperação mais rápida. A escolha pelo procedimento também deve considerar o desejo reprodutivo da paciente, sendo possível preservar estruturas anatômicas importantes em casos de mulheres que desejam engravidar futuramente (DUNSELMAN *et al.*, 2014).

É importante destacar que o acompanhamento multidisciplinar, envolvendo ginecologistas, cirurgiões, radiologistas e clínicos, é essencial para um manejo seguro e eficaz da endometriose abdominal. Essa cooperação permite não apenas um diagnóstico mais preciso, mas também a definição de um plano terapêutico completo e ajustado às necessidades de cada paciente, com foco na redução da dor crônica, manutenção da fertilidade e melhora da qualidade de vida (ROLLA, 2019).

Assim, a endometriose abdominal demanda uma avaliação mais cuidadosa e personalizada, que leve em consideração os sintomas a longo prazo, o desejo reprodutivo e os impactos fun-

cionais da doença. É importante reforçar a importância do diagnóstico precoce e da escolha do tratamento mais adequado para garantir a segurança, eficácia e bem-estar dos pacientes (SCHORGE *et al.*, 2020).

## MÉTODO

Foram coletados dados através de pesquisa bibliográfica nas plataformas PubMed e Scielo, utilizando os termos endometriose, apendicite por endometriose, apendicite, endometriose ectópica, *endometriosis*, *endometriosis case report*, sob diversas estratégias de busca. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês no período entre 2004 e 2024 e excluídos aqueles que não atenderam à metodologia abordada no trabalho em desenvolvimento. Além disso, utilizou-se a publicação *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose*, disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

## DISCUSSÃO

A endometriose apendicular permanece subdiagnosticada e pouco discutida, em parte devido à ausência de sinais clínicos específicos e pela falta de diretrizes claras que indiquem a inspeção sistemática do apêndice em pacientes submetidas à cirurgia por endometriose. A presença de endometriose no apêndice é mais comum em mulheres com comprometimento intestinal ou profundo da doença. Isso indica que a inspeção e a remoção profilática do apêndice em pacientes com endometriose intestinal e/ou profunda poderiam ser justificadas, dado o risco elevado de comprometimento simultâneo. Contudo, mesmo em pacientes com lesões limitadas, o apêndice pode ser acometido de forma isolada, exigindo uma avaliação criteriosa durante o ato operatório (ROMAN *et al.*, 2020).

Embora os critérios de imagem para endometriose intestinal estejam mais bem definidos, a detecção de lesões apendiculares ainda enfrenta limitações técnicas. É relatado que, mesmo com o avanço das técnicas de imagem, como a ressonância magnética pélvica especializada, a endometriose no apêndice é raramente visualizada antes da cirurgia. A confirmação diagnóstica depende, na maioria dos casos, da análise histopatológica após a retirada do apêndice. Isso reforça a importância de uma abordagem integrada entre ginecologia, cirurgia e patologia, voltada não apenas para o controle da dor, mas também para prevenir recorrências e progressão da doença. O acompanhamento especializado permite avaliar a indicação de tratamento hormonal e monitorar o risco de novas lesões em outros locais (ALAHQOLI *et al.*, 2023).

Outro ponto pouco discutido, que diz respeito à base genética e inflamatória da endometriose, sugere que o envolvimento do apêndice pode não ser meramente anatômico, mas possivelmente relacionado à resposta imunológica exacerbada local. Essa hipótese ajuda a entender por que mesmo pacientes sem endometriose pélvica extensa podem apresentar comprometimento apendicular isolado (SMOLARZ *et al.*, 2021).

Por fim, a heterogeneidade das manifestações da endometriose extrauterina, como a apendicular, reforça a urgência por classificações mais amplas que incluam localizações atípicas. A classificação atual da ASRM, frequentemente utilizada, não contempla adequadamente esses casos, o que pode impactar negativamente o planejamento terapêutico. A integração de dados clínicos, anatômicos, patológicos e imunológicos poderia contribuir para um sistema mais sensível e específico para guiar condutas, nesses casos raros, mas clinicamente relevantes (ASRM, 2022).

## CONCLUSÃO

A endometriose tem inúmeras causas, que até o momento não são bem definidas. É uma doença multifatorial e acredita-se que fatores genéticos, imunológicos, hormonais e menstruação retrógrada possam estar envolvidos. É uma patologia bastante complexa, onde o tecido endometrial pode surgir em outras partes do corpo, e, para pacientes que já lidam com sintomas dolorosos, impactos psicossociais e atraso no diagnóstico, a variedade de apresentações patológicas representam uma barreira para que recebam tratamento adequado e oportuno, bem como alívio dos sintomas (ROLLA, 2019; SMOLARZ *et al.*, 2021).

A endometriose apendicular, embora rara, é uma importante forma da doença que pode simular um quadro de apendicite aguda. Sua apresentação clínica muitas vezes limita o diagnóstico diferencial e leva a significativa redução da qualidade de vida, sobretudo quando acompanhada de abdome agudo com dor à descompressão no ponto de McBurney, evidenciando a complexidade diagnóstica. Esses fatores ressaltam a necessidade de maior atenção a suas formas atípicas, ficando claro que a endometriose apendicular é um diagnóstico diferencial e de caráter limitante, onde suas manifestações

resultam em uma redução significativa da qualidade de vida (ALAHQOLI *et al.*, 2023; ROMAN *et al.*, 2020).

Portanto, apesar de ser a principal causa de abdome agudo cirúrgico em jovens, o diagnóstico de apendicite pode ser desafiador, especialmente em mulheres, devido à semelhança de sintomas com diversas condições ginecológicas e gastrointestinais, como gravidez ectópica, cisto ovariano, endometriose apendicular, entre outras. Por isso, uma avaliação clínica cuidadosa, com apoio de exames de imagem, e, quando necessário, laparoscopia, são essenciais para diagnóstico preciso e tratamento adequado (HUMES & SIMPSON, 2006; BALL *et al.*, 2020; DI SAVERIO *et al.*, 2020).

Quando o apêndice não é considerado na avaliação da doença, os pacientes apresentam um risco aumentado de dor não resolvida e, conseqüentemente, da necessidade de novos procedimentos laparoscópicos. Portanto, uma apendicectomia profilática deve ser considerada em pacientes com dor pélvica crônica que já estão sendo submetidos à laparoscopia. A laparoscopia desempenha papel fundamental na investigação diagnóstica de pacientes com dor pélvica crônica (CPP), especialmente naqueles com achados clínicos ou radiológicos inespecíficos (DUNSELMAN *et al.*, 2014; ASRM, 2022; BRASIL, 2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAHQOLI, L. *et al.* Appendiceal endometriosis: a comprehensive review of the literature. *Diagnostics*, v. 13, p. 1827, 2023. doi: 10.3390/diagnostics13111827.
- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE - ASRM. Guidelines for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 2022.
- BALL, E. *et al.* The diagnostic value of clinical, laboratory and imaging features in acute appendicitis: systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, v. 18, p. 237, 2020.
- BASSI, M.A. *et al.* Endometriose intestinal: uma doença benigna? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, p. 611, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da endometriose. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- DI SAVERIO, S. *et al.* Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 15, p. 27, 2020.
- DRUMOND, J.P.N. *et al.* Acute appendicitis secondary to appendiceal endometriosis. *Case Reports in Surgery*, v. 2020, 2020. doi: 10.1155/2020/8813184.
- DUNSELMAN, G.A.J. *et al.* ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, v. 29, p. 400, 2014.
- HUMES, D. J. & SIMPSON, J. Acute appendicitis. *BMJ*, v. 333, p. 530, 2006.
- LOBRIGATTE, M.F.P. *et al.* Endometriose de bexiga e apêndice: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 2, p. 26, 2013.
- NOGUEIRA, P.L.B. *et al.* Epidemiologia das doenças do apêndice em adultos nos anos de 2019 e 2020 no Brasil. *Coorte – Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, n. 15, 2023.
- ROLLA, E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*, v. 8, art. F1000 Faculty Review, 2019. doi: 10.12688/f1000research.14817.1.
- ROMAN, H. *et al.* Endometriosis of the appendix: When to predict and how to manage - a multivariate analysis of 1935 endometriosis cases. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 27, p. 100, 2020. doi: 10.1016/j.jmig.2019.02.015.
- SCHORGE, J.O. *et al.* *Ginecologia de Williams*. 3. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020.
- SMOLARZ, B. *et al.* Endometriosis: Epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *International Journal of Molecular Sciences*, v. 22, p. 10554, 2021. doi: 10.3390/ijms221910554.