

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA

DIOGO MATHEUS SILVA UMBELINO

**Sangramento Uterino Anormal de Causa Orgânica**

MACEIÓ  
2024

DIOGO MATHEUS SILVA UMBELINO

**Sangramento Uterino Anormal de Causa Orgânica**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do  
curso de Medicina da Universidade  
Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ  
2024

Gerson Odilon Pereira

# URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro  
Sandrele Carla dos Santos  
Tauani Belvis Garcez

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

# Sangramento Uterino Anormal de Causa Orgânica

• Diogo Matheus Silva Umbelino

## ► DEFINIÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é conceituado como o sangramento advindo do corpo uterino, que varia da normalidade em sua regularidade, frequência, volume ou duração, estando presente em mulheres não grávidas.<sup>5</sup>

O SUA é uma condição comum que pode afetar até 40% das mulheres no mundo. Estima-se que, entre as mulheres com SUA agudo que procuram atendimento, 49,2% apresentam uma condição médica que justifica o sangramento e 53% delas já apresentaram um quadro prévio de SUA que exigiu tratamento. Ademais, 35% manifestaram anemia no momento do atendimento, sendo que 13,7% apresentaram índices de hemoglobina menores do que 10g/dL.<sup>3</sup>

Além de ser um problema de saúde pública com elevados custos diretos e indiretos para o sistema, o SUA provoca prejuízos significativos na qualidade de vida das mulheres, de modo a afetar seus relacionamentos interpessoais e seu desempenho nas atividades diárias.

## ► ETIOLOGIA

O SUA é uma condição frequente provocada por diferentes etiologias e que pode ocorrer em qualquer fase do período reprodutivo da mulher.

Neste capítulo, iremos abordar o SUA provocado por causas orgânicas ou estruturais, para as quais se utiliza o mnemônico PALM (Pólipo, Adenomiose, Leiomioma e Malignidade), preconizado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

## ► FISIOPATOLOGIA

Os pólipos endometriais são geralmente originados de hiperplasia focal endometrial e correspondem a uma das causas mais frequentes de SUA, seja na pré ou na pós menopausa. São caracterizados por estruturas únicas ou múltiplas, com dimensões varia-

das, formadas por um eixo conjuntivo vascular recoberto por epitélio, que cresce em qualquer local da cavidade uterina. Os pólipos, em geral, são benignos, mas podem sofrer malignização. Podem causar aumento do volume menstrual, menstruações irregulares, sangramento após relação ou sangramento intermenstrual.<sup>2</sup>

A adenomiose é definida como a presença de tecido endometrial no miométrio, provocando aumento difuso do útero. Se a Adenomiose for profunda, atingindo uma profundidade maior do miométrio, ocorre sintomatologia dolorosa, com dismenorreia e dispareunia.

O leiomioma ou mioma é uma neoplasia benigna monoclonal da musculatura lisa do miométrio, composta por matriz extracelular contendo colágeno, fibronectina e proteoglicanos. Apesar de serem comuns, uma parcela reduzida desses tumores irá provocar sintomatologia. Alguns estudos identificaram alterações genéticas nas células dos miomas e, com essa modificação, os hormônios atuam como promotores e os fatores de crescimento como efetores. Portanto, seu desenvolvimento decorre da interação de hormônios esteroides, citocinas e mutações somáticas. Os miomas submucosos são mais frequentemente associados ao SUA.<sup>2,4</sup>

As principais malignidades que podem produzir SUA são a hiperplasia endometrial, o câncer de colo uterino, o câncer de endométrio e o leiomiossarcoma. Destaca-se, neste capítulo, os fatores de risco para câncer de endométrio, que são subdivididos em maiores (exposição crônica a estrógeno sem oposição progestagênica, síndrome de Lynch, tumor produtor de estrogênio) e menores (obesidade, nuliparidade, síndrome do ovário policístico, infertilidade, menopausa tardia, uso de tamoxifeno, diabetes tipo 2, hipertensão, tireoideopatia) e que devem ser avaliados junto à história clínica de qualquer paciente com SUA.<sup>5</sup> Essas condições malignas apresentam diferentes sintomatologias, que não serão abordadas neste capítulo.

## ► DIAGNÓSTICO

A abordagem inicial da paciente com SUA inclui a avaliação da instabilidade hemodinâmica e anemia, de modo que o primeiro passo é identificar se a condição é aguda ou crônica, pois condições agudas necessitam da intervenção imediata e, posteriormente, da investigação etiológica.

A colheita da história clínica, a anamnese detalhada com inclusão de antecedentes ginecológicos, bem como o exame físico geral, abdominal e pélvico são ações essenciais para auxiliar no diagnóstico.

Realiza-se, também, a quantificação do fluxo por meio do escore: Pictorial Blood Assessment Chart (PBAC), com sensibilidade de 86% e especificidade de 89%, que é calculado a partir das características dos absorventes usados pela mulher durante o período de sangramento. Ao final do cálculo, somam-se os valores obtidos; se apresentar escore maior ou igual 100, significa perda sanguínea excessiva, isto é, acima de 80mL.<sup>3</sup>

Solicita-se o exame do beta-HCG (idade reprodutiva) para descartar gravidez, assim como o hemograma completo.

A ultrassonografia da região pélvica é o principal exame de imagem inicial para identificação e avaliação de causas estruturais, com ótima sensibilidade, mas baixa especificidade para anormalidades uterinas.

O diagnóstico dos pólipos é realizado pela ultrassonografia que revela espessamento endometrial e confirmado por histeroscopia com estudo anatomopatológico. Atualmente, indica-se a retirada dos pólipos diagnosticados mesmo quando assintomáticos, tendo em vista que a análise histológica é mandatória. O diagnóstico diferencial é feito com pequenos miomas submucosos.<sup>2,4</sup>

O diagnóstico definitivo da adenomiose requer análise histopatológica da peça de histerectomia. Entretanto, a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética evidenciam imagens altamente sugestivas da patologia.<sup>4</sup>

Os miomas podem ter seu diagnóstico sugerido por meio do exame pélvico, que terá massa abdominal palpável e abaulamento ao toque vaginal. Todavia, para um diagnóstico preciso, são necessários exames de imagens, as quais podem ser obtidas por meio de ultrassonografia, hidrossonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.<sup>4</sup>

As malignidades, em geral, são diagnosticadas com análise histopatológica da biópsia adquirida por histeroscopia ou curetagem.

A avaliação histopatológica (biópsia de endométrio) é sempre indicada nas seguintes pacientes: pós-menopáusicas, com 45 anos ou mais, com risco elevado de carcinoma endometrial e em pacientes que não obtiveram sucesso com o tratamento medicamentoso.<sup>5</sup>

## ► TRATAMENTO

### SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL AGUDO

Em casos de perda sanguínea aguda e intensa, a primeira ação terapêutica é restabelecer o equilíbrio hemodinâmico, com o uso de cristaloides e, eventualmente, de vasopressores e hemocomponentes. Essas medidas são realizadas antes mesmo de se determinar a etiologia, com o intuito principal de estancar o sangramento.<sup>5</sup>

O emprego de altas doses de estrogênio endovenoso (EV) provoca crescimento acelerado do endométrio, contraindo as artérias uterinas e promovendo a agregação plaquetária e coagulação, de modo que se recomenda o uso conjugado EV 25mg a cada 4 a 6 horas nas primeiras 24h, seguido de uma combinação de estrogênio e progestágeno nos dias seguintes.<sup>5</sup>

Os contraceptivos orais combinados (COCs) podem ser utilizados no tratamento de SUA agudo, indicando-se um COC com 35 mcg de etinilestradiol três vezes ao dia, por 7 dias. Vale destacar que os tratamentos com estrogênios (EV ou oral) são contraindicados para pacientes com alto risco de tromboembolismo.<sup>5</sup>

Caso haja contraindicação aos estrogênios, pode-se fazer uso de múltiplas doses de progestágenos como o acetato de medroxiprogesterona (AMP) 20mg três vezes ao dia ou noretisterona 5mg três vezes ao dia durante 7 dias, seguidos de uma dose ao dia por 3 semanas.<sup>5</sup>

As opções terapêuticas hormonais, utilizadas com a dose de ataque inicial e com a dose menor de manutenção por 7 dias, podem ser mantidas enquanto se realiza o diagnóstico etiológico.

O ácido tranexâmico pode ser utilizado no manejo do sangramento agudo, na dose de 10mg/kg de peso EV a cada oito horas ou 20 a 25mg/kg via oral (VO) a cada oito horas. Esse antifibrinolítico pode reduzir em até 50% o sangramento, mas é preciso ter cuidado em pacientes com risco de tromboembolismo.<sup>5</sup>

## SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL DE CAUSA ORGÂNICA

A descoberta da patologia estrutural fornecerá um direcionamento mais preciso para o tratamento a ser realizado.

No que tange aos pólipos, a remoção cirúrgica por meio da histeroscopia é a terapêutica mais eficiente, com boa recuperação e retorno precoce às atividades.<sup>3</sup>

Na adenomiose, se for sintomática, o tratamento clínico para controle dos sintomas pode ser feito com os contraceptivos combinados, os progestágenos ou o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, principalmente quando há desejo de manter a capacidade reprodutiva. Em caso de falha nesse tratamento, pode-se indicar a ablação do endométrio ou a histerectomia como terapia definitiva. Para situações de adenomiose severa, pode-se propor a embolização de artérias uterinas, com redução de até 83% dos sintomas.<sup>2,5</sup>

Nos miomas sintomáticos, inicia-se o tratamento medicamentoso com os mesmos medicamentos utilizados para patologias não estruturais. Caso não haja resposta ao tratamento clínico, considera-se a abordagem cirúrgica, a qual depende do número, localização, tamanho do mioma e desejo futuro de concepção. Em lesões intracavitárias, a miomectomia pode ser exclusivamente histeroscópica, enquanto em lesões com grande componente intramural utiliza-se a laparoscopia. Em miomas muito grandes, utiliza-se análogo de GnRH previamente à cirurgia para redução do volume, recomendando-se o uso por três meses e cirurgia antes da menstruação, além de alertar a paciente sobre a possibilidade intraoperatória de conversão da cirurgia para histerectomia. Em pacientes que não possuem desejo reprodutivo, a histerectomia está indicada.<sup>1,3</sup>

As causas de malignidade requerem tratamento específico que não será abordado neste capítulo.

## ► REFERÊNCIAS

1. Benetti-Pinto AL, Rosa e Silva A, Yela DA, Soares Junior JM. **Sangramento uterino anormal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria FEBRASGO, 2017. p. 9-30; (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, 7).
2. CAMPANER, Adriana Bittencourt *et al.* **Protocolos de emergência em ginecologia e obstetria**. 1. ed. Barueri [SP]: Manole, 2019.
3. Fernandes CE *et al.* **Tratado de ginecologia Febrasgo**. 1. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
4. Lasmar, RB *et al.* **Tratado de Ginecologia**. 1ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
5. Salazar CC. **Sangramento uterino anormal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); 2021. cap.5, p.70-84 (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.4/Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso e Hemorragia na Mulher).