



Os Aspectos Ginecológicos do Sangramento Uterino Anormal: Uma Atualização Clínica

(The Gynecological Aspects of Abnormal Uterine Bleeding: A Clinical Update)

Ludmila Lobo de Sousa
Medicina, Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Isabelle Teixeira Zambrzyck
Médica pela Universidad Privada del Este – Sede Presidente Franco

Tuila Pereira Nóbrega Gomes
Residente de ginecologia e obstétrica – ESP -Pb

Ana Carolina Buss Guedes
Médica pela UNIDERP

Maria Eduarda Neves de Alencar
Medicina pela Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO

Jéssica Andressa Silva Mota
Nutricionista, Universidade do Oeste Paulista

Nathália Maria Oliveira
Médica pela Faculdade Morgana Potrich

Mac Kenzy Alves de Lima
Medicina. UFPE

Karoliny Maria de Oliveira
Médica, pela universidade Ceuma- Maranhão

Wyro Vieira Paiva
Medicina pela Estácio FMJ (Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – CE)

Thiago Lobianco Viana
Médico, Mestrado pela Uninassau Vilhena

Matheus Lopes Soares
Medicina pela UFVJM

Anna Karynna Barbosa Gomes
Medicina pela UNIFAMAZ.

Nicole Ascencio Dangoni
Médica pela UFMT

Gabriela Neves Correia Santos
Residência Médica de Ginecologia e Obstetricia Santa casa de Ribeirão Preto

Jonas Rodrigues Bernardo
Médico pelo Centro Universitário de Patos(UNIFIP)

Kamilla Guenes Barbosa
Medicina pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Sergio Ricardo Alcolumbre de Albuquerque
Médico pela faculdade Uniceuma (São Luís – MA)

Bárbara Brito Bezerra
Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Barão de Lucena

Nathalia Bittencourt Graciano
Médica pela Universidade federal de Roraima

Rolando Gutierrez Rosales
Medico pela UNITPAC-Araguaina-TO, Residência em Cirurgia Geral- Hospital Regional de Ceilândia-DF

Alexandre velloso Sabino filo
Medicina pela SUPREMA – JUIZ DE FORA

Jose Wagner de Lima
Médico pela universidade federal da Paraíba

Williane Gonzalez Vasques
Medicina Unimes

Claudia Patrícia Machado Milone
Medicina, faculdade Estacio de As

Niel Nata Pereira da Silva
Médico pela Universidade Federal de Pernambuco, Campus Agreste

Luara Mendes Augustinho Pinto
Medica – Universidade do Vale do Itajai

Leonardo Cortes de Aguiar Franco
Médico pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Karylloranne Wysllen Souza Avelino
Medicina , UNIFACISA

Evellyn Kessila Cardoso Farias
Enfermagem, faculdade Anhanguera de Ciências e tecnologia de Brasília

Carlos Alberto Pereira Gonçalves Júnior
Medicina – UESPI

Jaqueline Giselle Farias Fernandes
Médica pelo Cesmac

Iara Gomes Breder
Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior

Neucileny Melo Barbosa
Medicina pela Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos

Fernanda Souza de Abreu Júdice
Médica pela Universidade Multivix

Carolina Queiroga de Miranda
Médica pela UNIT-AL

Marcus Vinícius Piedade de Alcântara
Médico pelo Centro Universitário do Pará(CESUPA)

Lillian Socorro Menezes de Souza
Médica pelo Centro Universitário de Mineiros- UNIFIMES

Anthony Benny da Rocha Balieiro
Medicina pela UFPA

Beatriz Brasileiro Diniz
Médica pela Faculdade Santa Maria

João Felipe Serrão da Silveira de Souza
Medicina, UFPA (Universidade Federal do Pará)

Júlio Oliveira Maciel
Médico pela UniRV Campus Aparecida de Goiania

Matheus Moreira Borba
Medicina, Unirv – Campus Goianésia

Thais Gil Jansen Pereira Pimenta
Medicina pela Unigranrio (Caxias)

Mylena Paula Paiva Nideck
Medicina pela Unigranrio

Carolina Vieira Targino Lopes Souza
Médica pela Cesmac

Michelle Freitas Melo
Medicina pela UNINTA

Jéssica da Silva Rezende
Universidad de Aquino Bolivia, Revalidada pelo INEP na UFPE

Thiago Reinaux Monteiro Alves
Médico pela Faculdade Pernambucana de Saúde

Leonardo Cortes de Aguiar Franco
Médico pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Rayanne Dutra Baldez
Medicina , Estácio de Sá RJ

Ana Carolina Freitas de Mendonça
Medicina pela Universidade Estácio de Sá, campus Citta, RJ

Bianca Regina Rosendo Lima
Médica pelo Centro Universitário Cesmac

Ana Claudia Ferraz Afonso
Medicina pelo Centro Universitário Fametro

Sabine Zuse Maros
Medicina FURG

Bruna Morgana Neves Silva
Medicina – ICS/Instituto de Ciências da Saúde – Funorte

Saiúry Possido Alves
Medicina pela Universidad Cristiana de Bolivia

Bruna Custódio
Médica pela Estácio Idomed FMJ

Tania Camila España Revollo
Médica pela Universidade Privada del Valle
Revalidada pela Universidade Federal Fluminense

Hyana Lorene Morato Gomes dos Santos
Medicina, UNIME

Maria Isabel Araújo Lima Duque Estrada
Médica pela Estácio de Sá/ IDOMED Campus Vista Carioca

Rafaella Gonçalves Brandao Muniz
Médica pelo centro universitário Cesmac

Maria Clara Rios de Deus
Medicina, UNIME

Ana Clara Boa Sorte Fernandes Conrado
Medicina, UNIME

Article Info

Received: 27 July 2024

Revised: 28 July 2024

Accepted: 28 July 2024

Published: 28 July 2024

Corresponding author:

Ludmila Lobo de Sousa

Medicina, Universidade Federal
do Tocantins (UFT)

Ludmilalobo.med@gmail.com

Palavras-chave:

Disfunção ginecológica; saúde da
mulher; sangramento uterino
anormal.

Keywords:

Gynecological dysfunction;
women's health; abnormal uterine
bleeding

This is an open access article
under the CC BY license
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



RESUMO (POR)

O termo sangramento uterino anormal (SUA) é utilizado para definir alterações no sangramento proveniente do corpo uterino, isto é, com parâmetros diferentes dos habituais, seja por aumento do volume, da frequência ou da duração. Consiste em uma patologia, relativamente, comum na vida das mulheres, o que gera inúmeras repercussões negativas no cotidiano e no convívio social. A fim de classificar as possíveis etiologias do SUA, o acrônimo PALM-COEIN foi proposto pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em que o PALM é utilizado para causas de sangramento estruturais, como pólipos, adeniose, leiomioma e malignidades e o COEIN para causas não estruturais, como coagulopatia, disfunção ovariana, endometrial, iatrogênica, além de incluir causas não classificadas. A patogênese ainda carece de esclarecimentos, contudo sabe-se que está relacionada à disfunção da vasoconstrição das arteríolas endometriais, da hemostasia local e da epiteliação endometrial; contudo, vale salientar que cada etiologia possui seu mecanismo fisiopatológico intrínseco. Além disso, a depender da causa do SUA e da evolução do quadro, o manejo terapêutico e o prognóstico são diferentes. No que tange ao diagnóstico, este é, frequentemente, baseado na apresentação clínica, história pregressa e exame físico da paciente, podendo ser solicitado exames complementares específicos para exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais. O manejo terapêutico é imprescindível, a fim de evitar evolução do quadro e piora substancial na qualidade de vida, o qual visa promover a estabilidade hemodinâmica, corrigir a anemia aguda ou crônica, retornar o padrão de ciclos menstruais normais e prevenir a recorrência e as consequências da anovulação a longo prazo. Pode-se utilizar o tratamento farmacológico ou cirúrgico, a depender da etiologia do quadro. Usualmente, utiliza-se a terapia hormonal, associada à terapia antifibrinolítica. Nos casos refratários, a histerectomia ou ablação endometrial se tornam opções.

ABSTRACT (ENG)

The term abnormal uterine bleeding (AUB) is used to define changes in bleeding from the uterine body, that is, with parameters different from the usual ones, either due to an increase in volume, frequency or duration. It consists of a relatively common pathology in women's lives, which generates numerous negative repercussions in daily life and social life. In order to classify the possible etiologies of SUA, the acronym PALM-COEIN was proposed by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), in which PALM is used for structural causes of bleeding, such as polyp, adenomyosis, leiomyoma and malignancies and the COEIN for non-structural causes, such as coagulopathy, ovarian, endometrial, iatrogenic dysfunction, in addition to including unclassified causes. The pathogenesis still needs clarification, however it is known that it is related to the dysfunction of vasoconstriction of endometrial arterioles, local hemostasis and endometrial epithelialization; however, it is worth noting that each etiology has its intrinsic pathophysiological mechanism. In addition, depending on the cause of the AUB and the evolution of the condition, the therapeutic management and prognosis are different. With regard to the diagnosis, this is often based on the clinical presentation, past history and physical examination of the patient, and specific

complementary tests may be requested to exclude possible differential diagnoses. Therapeutic management is essential in order to avoid evolution of the condition and substantial worsening in quality of life, which aims to promote hemodynamic stability, correct acute or chronic anemia, return to the pattern of normal menstrual cycles and prevent recurrence and consequences of long-term anovulation. Pharmacological or surgical treatment can be used, depending on the etiology of the condition. Hormone therapy is usually used, associated with antifibrinolytic therapy. In refractory cases, hysterectomy or endometrial ablation become options.

INTRODUÇÃO / INTRODUCTION

O sangramento uterino anormal (SUA) consiste em uma das principais queixas registradas em consultas ginecológicas no Brasil e mundialmente. No contexto global, cerca de 10-30% das mulheres em idade reprodutiva não grávidas são afetadas por essa condição. Associado à sua relevância epidemiológica, mesmo com a subnotificação, observa-se que a complexidade de etiologias e os impactos do SUA corroboram a necessidade de discussão desse tema na comunidade científica. O SUA é conceituado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) como um episódio agudo ou crônico caracterizada por alterações no padrão de hemorragia uterina em volume, duração e frequência, na ausência de gravidez, acompanhado ou não de outros sinais e sintomas como anemia e dismenorréia. A partir desse conceito, nota-se que o SUA apresenta impactos não somente na saúde física da mulher, mas também em aspectos emocionais, sociais e econômicos, o que implica em uma abordagem holística da paciente. A heterogeneidade de causas e apresentações clínicas do SUA sempre foi inconsistente, o que dificulta o diagnóstico rápido e preciso, além de prejudicar a formulação de estudos e estratégias de tratamento e prevenção. Nesse contexto, em 2009, a FIGO propôs uma classificação etiológica de 9 categorias com a sigla PALM-COEIN, a qual corresponde a: pólipos, adenomiose, leiomioma, malignidade e hiperplasia do endométrio, coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogênica e causas não classificadas. Destaca-se que associado às diversas etiologias, esse sangramento pode acometer diferentes faixas etárias, o que também impacta na investigação quanto ao diagnóstico e terapêutica, é de extrema importância uma boa anamnese e exame físico, a fim de propor exames complementares condizentes com a clínica. Como exemplo de conduta, destaca-se a quantificação do fluxo pelo Escore Pictorial Blood Assessment Chart (PBAC - em inglês), coagulograma, exames de imagem como USG, entre outros. O tratamento está diretamente associado à etiologia e pode ser cirúrgico ou farmacológico, seja ele hormonal ou não hormonal. É válido ressaltar a necessidade de abordagem dos demais impactos do SUA, como a suplementação de ferro para a anemia e o manejo sintomatológico. O seguinte artigo objetivou descrever acerca das principais aspectos do sangramento uterino anormal de modo a apresentar as principais atualizações clínicas.

METODOLOGIA / METHODOLOGY

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, adequado para debater sobre os principais aspectos do sangramento uterino anormal de modo a apresentar as principais atualizações clínicas. É composto por uma análise abrangente da literatura, a qual o método baseou-se por ser uma análise bibliográfica a respeito do sangramento uterino anormal e suas respectivas repercussões, associado aos famosos efeitos

dos fármacos, foram recuperados artigos indexados nas bases de dados do PubMed, Lilacs, SciELO, Latindex e demais literaturas pertinentes a temática, durante o mês de janeiro de 2024, tendo como período de referência os últimos 15 anos.

Foram utilizados os termos de indexação ou descritores: transtornos ginecológicos, saúde da mulher, sangramento uterino anormal, isolados ou de forma combinada. O critério eleito para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona aos aspectos vinculados às repercussões clínicas do sangramento uterino anormal e o potencial, a qual os fármacos mais utilizados possuem em interferir na regularidade orgânica. Os artigos excluídos não continham o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações restauradas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses.

Após terem sido recuperadas as informações-alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, foi realizada a leitura completa dos 20 textos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, delimitando aqueles cujas amostras são dos aspectos fisiopatológicos do transtorno e aqueles cujas amostras são dos efeitos colaterais de cada classificação. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia utilizada, resultados obtidos e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO / RESULTS & DISCUSSION

A busca dos artigos que compuseram este estudo identificou 155 referências a respeito dos desequilíbrios fisiopatológicos da depressão e as repercussões da terapêutica farmacológica nas bases de dados referidas, das quais 33 publicações foram incluídas na revisão. Entre os estudos selecionados, 28 artigos são de abordagem teórica, 1 apresenta desenho transversal, dois artigos tratam de um estudo de caso. Observou-se a prevalência de publicações na língua inglesa, representando 84% do total, quando comparada às línguas espanhola (9,6%) e portuguesa (6,4%).

O sangramento uterino anormal é uma queixa ginecológica, afetando a qualidade de vida e a prática profissional das mulheres portadoras. Esse sintoma é o motivo de cerca de 1/3 das consultas ginecológicas. O sangramento uterino é raro antes da menarca e após a menopausa e é muito frequente durante a menarca, principalmente nas adolescentes e na perimenopausa.

O sangramento uterino anormal (SUA) condiz a qualquer variação da menstruação normal, seja na frequência, regularidade, duração ou volume. Isto é, abrange os sangramentos que ocorrem durante e fora do período menstrual (sangramento intermenstrual). Conforme a FIGO, ele pode ser classificado em:

- Sangramento uterino anormal agudo: é a ocorrência de sangramento uterino na mulher em idade reprodutiva, que não está grávida, em quantidade abundante para que seja necessária uma intervenção para cessar a perda sanguínea.
- Sangramento uterino anormal crônico: é o SUA que está ocorrendo pelo menos nos últimos seis meses.

O sangramento uterino anormal não se trata de uma patologia específica. O SUA é um sintoma que pode ser desencadeado por várias doenças ginecológicas ou sistêmicas. Pode, também, se originar pelo uso de alguns medicamentos. É

indispensável determinar a causa do SUA para estabelecer o tratamento correto. A SUA pode incidir entre as menstruações, designado por “sangramento intermenstrual”. Majoritadamente, é desafiador a diagnose, principalmente em portadores de ciclos menstruais irregulares.

A etiologia é proporcional a fase do ciclo menstrual em que incide:

- Sangramento do meio do ciclo: é fisiológico e comum. Ocorre devido ao declínio dos níveis de estradiol que ocorre antes da ovulação. Cerca de 10% das mulheres são afetadas por esse sintoma.
- Sangramento intermenstrual cíclico ou pós-menstrual: pode ocorrer na primeira ou na segunda fase do ciclo menstrual. Geralmente, cursa como um sangramento discreto por um ou mais dias. Pode ocorrer devido a um defeito da fase lútea ou devido a patologias estruturais.
- Sangramento intermenstrual acíclico (aleatório): não é cíclico nem previsto. Na maioria das casos, é causado por patologias benignas, como a cervicite ou os pólipos, mas também pode ser causado por câncer do colo do útero ou do endométrio.

Fisiopatologia do SUA

O sangue nutre o útero através das artérias uterina e ovariana. Essas artérias ramificam-se e nutrem o miométrio através das artérias arqueadas. As artérias arqueadas ramificam-se nas artérias radiais que nutrem o endométrio. As artérias radiais bifurcam-se nas artérias basais e espiraladas. As artérias espiraladas são sensíveis às variações dos níveis hormonais.

Justificando, a queda dos níveis de estrógeno e progesterona no final do ciclo menstrual leva à descamação da camada funcional (menstruação). Em situações que o endométrio é atrofico, principalmente nas mulheres menopausadas, devido ao hipoestrogenismo, o sangramento ocorre pela exposição dos vasos da camada basal do endométrio. O sangramento uterino anormal ocorre quando a “arquitetura” do endométrio está comprometida devido à presença de patologias estruturais ou quando o equilíbrio entre o estrógeno e a progesterona está

prejudicado (nos distúrbios ovulatórios). A manutenção do endométrio “íntegro” depende de um nível adequado de estrógeno que promova sua proliferação e mantenha-o com uma espessura “ideal”, ao mesmo tempo que esse endométrio depende da ação da progesterona, que faz oposição ao estrógeno, impossibilitando que o endométrio se prolifere excessivamente, estabilizando-o e evitando sua “descamação” (menstruação).

A FIGO classificou as etiologias do sangramento uterino anormal das mulheres em idade reprodutiva não grávidas em nove categorias básicas, conforme o mnemônico PALM-COEIN: pólipo, adenomiose, leiomioma, malignidade e hiperplasia, coagulopatia, disfunção ovulatória, disfunção endometrial, iatrogênica e “não classificado de outra forma”.

O grupo PALM representa as patologias estruturais que podem ser diagnosticadas através de exames de imagem ou estudo anatomopatológico. O grupo COEIN representa as patologias não estruturais, que não são se mostram nos exames de imagem.

Conforme a classificação PALM-COEIN, uma mulher pode ter uma ou mais causas de sangramento uterino anormal. Nos casos de sangramento uterino anormal, é muito importante definir a verdadeira causa do sangramento. Por exemplo, uma paciente pode ter um mioma assintomático e estar sangrando por uma causa não estrutural ovulatória.

Palm	Coein
Pólipo	Coagulopatia
Adenomiose	Ovulatório
Leiomioma	Endometrial
Malignidade e hiperplasia	Iatrogênica não classificada

O conceito de “sangramento uterino disfuncional” está em desuso. Atualmente, a FIGO inclui essa denominação numa tríade de possíveis categorias do sistema PALM-COEIN. São elas:

- Distúrbios sistêmicos da hemostasia (coagulopatias).
- Distúrbios ovulatórios – disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, que geralmente se manifestam com irregularidade menstrual.
- Distúrbios endometriais – causados pela desregulação do meio de controle local do volume sanguíneo perdido na menstruação. Os distúrbios endometriais infecciosos, como a endometrite por Chlamydia, também devem ser abordados.

Mas, mais comumente, o sangramento disfuncional é descrito como um sangramento de origem “hormonal”, isto é, mais relacionado aos distúrbios ovulatórios.

Etiologia

A idade da mulher é uma boa orientação para as possíveis causas do sangramento uterino anormal.

Nos primeiros anos após a menarca, é bastante frequente a irregularidade menstrual devido à imaturidade do eixo H-H-O e os ciclos anovulatórios. A segunda causa mais frequente de SUA desde a menarca são as coagulopatias, principalmente a síndrome De Von Willebrand.

Nas mulheres entre 20 e 40 anos de idade, o eixo já está amadurecido e as menstruações costumam ser regulares. Nessa faixa etária, as causas mais comuns de sangramento uterino anormal são as estruturais.

Próximo à menopausa, as causas mais frequentes de SUA são os ciclos anovulatórios devido à proximidade do esgotamento folicular dos ovários. Após a menopausa são mais comuns as causas endometriais.

Causas Estruturais

P – Pólipos

Os pólipos são tumores epiteliais localizados. Podem ser localizados na cavidade endometrial ou no canal cervical. Sua prevalência é de cerca de 20% a 30% dos casos de sangramento uterino anormal, sendo mais comuns perto da menopausa. A principal manifestação clínica dos pólipos é a menorragia ou a metrorragia. O tratamento dos pólipos é feito com a ressecção histeroscópica.

A – Adenomiose

A adenomiose é a presença de tecido endometrial entremeadado no miométrio. O diagnóstico definitivo é feito por meio do estudo anatomopatológico do útero (proveniente de histerectomia). Entretanto, é possível fazer o diagnóstico presumido, através da história, exame físico e exames de imagem (ultrassonografia e ressonância magnética) da paciente. Os principais sintomas da adenomiose são o aumento do fluxo menstrual (sangramento menstrual intenso ou menorragia) e a dismenorreia (cólica menstrual). Acomete principalmente as mulheres na perimenopausa.

L- Leiomioma

Os leiomiomas do útero (também chamados de “miomas”) são neoplasias benignas do músculo liso do útero (miométrio). Podem ser submucosos, intramurais ou subserosos. Os submucosos e os intramurais podem causar o sangramento uterino anormal, sendo que os submucosos costumam provocar metrorragia (sangramento durante o mês inteiro) e os intramurais costumam causar a menorragia ou hipermenorreia (menstruação com fluxo aumentado e prolongado).

A leiomiomatose uterina pode apresentar-se no exame físico, com a presença de um útero aumentado de consistência fibroelástica e contornos bocelados. O ultrassom é o exame de imagem mais comumente utilizado para confirmar essa hipótese diagnóstica. Outro exame que pode ser indicado para a investigação diagnóstica e planejamento do tratamento cirúrgico é a ressonância magnética.

M - Malignidade e hiperplasia

A malignidade pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais

frequente nas mulheres perto da menopausa e após a menopausa.

Por isso, nesses casos, sempre devemos pensar em avaliar o endométrio. Tanto a hiperplasia endometrial com atipia quanto o câncer de endométrio e o sarcoma podem causar sangramento uterino anormal.

A observação no exame ultrassonográfico de espessamento endometrial maior que 4 a 5 mm nas mulheres pós-menopausa sem uso de TH e maior que 8 mm nas mulheres pós-menopausa em uso de TH sugere o diagnóstico de hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio. Nesses casos, está indicada a biópsia de endométrio. O valor considerado como normal para eco endometrial durante o menacme não está estabelecido e é controverso.

Causas Não Estruturais (Coein)

C- Coagulopatia

As coagulopatias são distúrbios da hemostasia que podem se manifestar clinicamente através de SUA. Elas podem ser encontradas em cerca de 20% das mulheres com sangramento menstrual aumentado, principalmente nas adolescentes. A coagulopatia mais frequente é a doença de von Willebrand.

Outras coagulopatias que podem causar o SUA são as hemofilias A e B (deficiência dos fatores VII e IX), a púrpura trombocitopênica, as disfunções plaquetárias, os distúrbios relacionados às doenças do fígado e as leucemias.

A anamnese é essencial para o diagnóstico. É indispensável suspeitar de coagulopatia quando a paciente refere sangramento aumentado desde o início da menarca, outros episódios de hemorragia (em cirurgias, parto ou tratamento dentário), hematomas frequentes de causa desconhecida (a paciente não sabe referir onde bateu), episódios de epistaxe ou sangramento gengival frequentes e antecedente familiar de coagulopatias.

Risco De Coagulopatia

Histórico familiar de coagulopatias

Fluxo menstrual aumentado desde a menarca

Epistaxe no último ano

Sangramento importante de feridas muito pequenas

Sangramento oral ou gastrointestinal sem lesão anatômica

Sangramento prolongado após extração dentária

Sangramento pós-operatório inesperado

Cisto ovariano hemorrágico

Hemorragia que urgiu por transfusão sanguínea

Hemorragia pós-parto

Hemorragia que não responde ao tratamento convencional

A confirmação do diagnóstico é feita através dos exames laboratoriais. Os exames que devem ser solicitados são o hemograma completo (com contagem de plaquetas), o tempo de protrombina e de tromboplastina parcial (TP e TTPA). A doença de von Willebrand é a coagulopatia mais frequente dentre as causas de SUA. É uma deficiência hereditária do fator de von Willebrand, que é uma glicoproteína produzida nas células endoteliais, importante no processo de adesão plaquetária.

As causas mais corriqueiras de SUA nas adolescentes são a anovulação devido à imaturidade do eixo HHO e as coagulopatias, principalmente a doença de von Willebrand. Para diferenciar as duas, basta sabermos o início do sangramento uterino anormal. As pacientes com von Willebrand (coagulopatia) apresentam sangramento menstrual intenso desde a menarca. Além disso, as pacientes com coagulopatias costumam ter ciclos regulares e as pacientes com anovulação costumam ter ciclos irregulares.

O – Distúrbio Ovulatório

Os distúrbios ovulatórios ocorrem quando a mulher não está ovulando ou ovula raramente. É mais comum nos extremos da vida reprodutiva, logo após a menarca e pouco antes da menopausa.

Durante o menacme, a causa mais frequente de anovulação crônica é a síndrome dos ovários policísticos, já que é a doença endócrina mais frequente nesse período, afetando cerca de 10% das mulheres.

O sintoma mais frequente da anovulação crônica é a irregularidade menstrual. Pode ocorrer também variação no volume da menstruação, com episódios de sangramento menstrual intenso. Tudo isso acontece porque nos ciclos anovulatórios ocorre a falta de progesterona (que é produzida pelo corpo lúteo após a ovulação) para evitar a proliferação excessiva e estabilizar o endométrio nesses ciclos.

Condições relacionadas à anovulação e SUA

SOP (hiperandrogenismo)
Anorexia nervosa
Bulimia
Exercícios físicos excessivos
Doenças crônicas
Insuficiência ovariana prematura (esgotamento folicular)
Alcoolismo e uso de drogas
Estresse
Hipotireoidismo
Hipertireoidismo
Diabetes

E – Causas Endometriais

Essa categoria refere-se aos distúrbios primários do endométrio, que ocorrem devido à alteração da hemostasia local, devido a uma resposta inflamatória. Isso é o que ocorre na doença inflamatória pélvica (endometrite por Chlamydia), por exemplo. Em geral, o diagnóstico de patologias endometriais é difícil por este ser um diagnóstico de exclusão, feito após afastarmos as causas estruturais, a anovulação e as coagulopatias. A dificuldade no diagnóstico pode ser maior quando há associação com outras doenças que podem ser assintomáticas ou que também podem causar SUA, como a miomatose e a adenomiose. O diagnóstico das causas endometriais geralmente precisa de estudo histológico (biópsia) para ser confirmado.

Endometrite Crônica

A cavidade uterina não é estéril e pode ser exposta às bactérias do trato genital. A presença de microrganismos não significa obrigatoriamente infecção, mas a interação entre agentes infecciosos e o endométrio é a causa desta patologia, que é caracterizada por inflamação persistente do endométrio e pela existência de plasmócitos no estroma endometrial, os principais agentes etiológicos da endometrite crônica são o Mycoplasma, Ureaplasma sp, além das bactérias comuns mais frequentemente encontradas na área urogenital, tais como:

Streptococcus sp., Escherichia coli, Enterococcus faecalis, Klebsiella, Pneumoniae, Staphylococcus sp. E Corynebacterium. Outros agentes como Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae são menos frequentes. Também podem estar presentes microrganismos como fungos e bactérias anaeróbicas. O Mycobacterium tuberculosis é um microrganismo causador da endometrite crônica granulomatosa.

O agente etiológico da endometrite crônica não é identificado em aproximadamente um terço dos casos, mesmo quando é realizada cultura de tecido endometrial. O diagnóstico clínico de endometrite crônica é difícil, pois cerca de ¼ das pacientes são assintomáticas e, quando presentes, os sintomas são inespecíficos, tais como desconforto pélvico, dispareunia, leucorreia. O sintoma mais frequente é o sangramento uterino anormal. O exame padrão-ouro para o diagnóstico de endometrite crônica é a detecção histológica de plasmócitos no estroma endometrial.

A histeroscopia é o exame indicado para visualização direta da cavidade uterina e a identificação de sinais visuais de inflamação, direcionando a coleta da biópsia dos locais mais suspeitos. Este procedimento deve ser realizado preferencialmente na fase proliferativa do ciclo, para facilitar a coleta de material da camada basal.

A histeroscopia pode apresentar os seguintes achados nos casos de endometrite crônica: strawberry aspect, (hiperemia focal ou difusa apresentando pontos brancos de permeio) hiperemia focal, como pequenas áreas de endométrio hiperemiado, pontos hemorrágicos, como áreas focais avermelhadas com bordas agudas e irregulares possivelmente em continuidade com capilares - micropólipos, como pequenas protrusões

pedunculadas e vascularizadas na superfície endometrial medindo menos de 1 mm, distribuídas em áreas focais ou em toda a cavidade aparência pálida e espessa do endométrio na fase folicular por causa de edema estromal. Mas, a ausência de sinais histeroscópicos não descarta a possibilidade de endometrite crônica, já que cerca de 20% dos casos apresentam histeroscopia normal. A avaliação diagnóstica completa dos casos suspeitos de endometrite crônica deve incluir a histeroscopia com biópsia endometrial para estudo histológico e realização de estudo imuno-histoquímico para a detecção de CD138, além da pesquisa do agente infeccioso através de cultura.

O tratamento da endometrite crônica deve ser feito com a doxíciclina na dosagem de 100 mg por via oral, duas vezes ao dia, por 10 a 14 dias, sendo observada melhora do sangramento uterino anormal, da infertilidade, além de diminuir a taxa de abortamentos. Outra opção de antibioticoterapia é a ceftriaxona 250 mg intramuscular em dose única, associada à doxíciclina 100 mg VO e metronidazol 500 mg VO, ambos duas vezes ao dia, por 14 dias. Não há indicação de tratamento para os parceiros.

Causas iatrogênicas

Está classificação condiz às falhas médicas. A qual, se abrange o SUA oriundo dos dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e SIU de levonorgestrel) e alguns medicamentos. Os medicamentos que podem causar SUA são:

anticoncepcionais (estrogênios e progestágenos) e andrógenos, tratamentos hormonais, tais como análogos do GnRH, os inibidores da aromatase, os SERMS (agonistas parciais do estrogênio-tamoxifeno). Os anticoagulantes e agonistas e antagonistas dopaminérgicos.

Previamente, a inserção do DIU de cobre, é indispensável informar a paciente acerca da possibilidade do aumento do fluxo e da duração da menstruação, devido ao processo inflamatório provocado cobre no endométrio

N – Causas Não classificadas

Todas as causas de sangramento uterino anormal que não se encaixam nas outras categorias podem ser colocadas aqui, logo essa categoria adentra no “resto”. São causas bastante raras, tais como a malformação arteriovenosa uterina, a hipertrofia miometrial, as malformações müllerianas e a istmocele.

A istmocele é uma falha do miométrio que se forma devido a um defeito de cicatrização na incisão da cesárea. Pode haver acúmulo de sangue nesse espaço, causando sangramento uterino anormal. O tratamento é cirúrgico, podendo ser realizado pela via histeroscópica.

O quadro clínico do SUA consiste no sangramento fora dos limites da menstruação normal. É essencial uma anamnese detalhada dos antecedentes menstruais da paciente. Uma opção extremamente útil nesses casos é solicitar que a paciente faça um diário da menstruação dos últimos meses, onde descreva a frequência e a duração do fluxo menstrual.

É imprescindível esclarecer se realmente a paciente está sangrando mais que o normal. Durante a anamnese, é

necessário registrar sobre o número de absorventes usados durante a menstruação. A fim de avaliar mais objetivamente, podemos utilizar o score Pictorial Blood Assessment Chart (PBAC).

Exame Físico

O exame físico também é fundamental para o diagnóstico do sangramento uterino anormal. Isso porque é essencial nesses casos verificar se o sangramento é uterino mesmo. Assim, o exame físico ginecológico deve verificar se existem lesões no trato genital inferior, (vulva, vagina, colo) que possam estar causando o sangramento genital, afastando, assim, o diagnóstico de SUA. Pode ser difícil diferenciar sangramentos cervicais dos sangramentos uterinos somente com a anamnese e o exame físico. Nesses casos, devemos fazer o rastreamento para o câncer (Papanicolau) e exames para cervicite a fim de investigar possíveis causas de sangramento do colo do útero.

O diagnóstico da causa do sangramento uterino depende do raciocínio clínico e dos exames complementares. Nas mulheres com queixa de possível sangramento uterino, algumas perguntas devem ser respondidas inicialmente para confirmar o estado reprodutivo e a origem do sangramento. Seguindo essa lógica fica mais fácil a identificação da etiologia do SUA e a administração do tratamento mais adequado.

A investigação diagnóstica do sangramento uterino anormal deve seguir os seguintes passos:

1. Anamnese e exame físico.
2. Solicitação do teste de gravidez.
3. Solicitação de hemograma completo e coagulograma.
4. Solicitação de ultrassonografia para avaliar causas estruturais do SUA.
5. Solicitar dosagens hormonais se o quadro clínico sugerir endocrinopatia (anovulação ou hiperandrogenismo).
6. Se necessário, avaliação secundária com histeroscopia e biópsia do endométrio.

Indicações de avaliação endometrial no SUA

Idade acima de 45 anos
Espessamento endometrial
Mulheres com fatores de risco para câncer de endométrio
História de exposição estrogênica sem oposição da progesterona
Dúvida no diagnóstico
Idade entre 35 e 45 anos
Sem melhora com o tratamento medicamentoso
Suspeita de sangramento anovulatório
Idade < 35 anos
Estimulação estrogênica prolongada

Histerossonografia

A histerossonografia é uma ultrassonografia realizada após a injeção de solução salina dentro do útero. É indicada se houver suspeita de patologia na cavidade endometrial, tais como o pólipos, o mioma submucoso e o mioma intramural que abaula a cavidade. Ela também é útil na avaliação de casos suspeitos de istmocele.

Ressonância Magnética

A ressonância magnética pode ser utilizada na investigação diagnóstica do SUA quando o ultrassom não é capaz de avaliar completamente a causa. Além disso, também pode ser útil para o planejamento do tratamento em alguns casos.

Histeroscopia

A histeroscopia é um exame que possibilita a visualização da cavidade

endometrial em tempo real, sendo considerado o padrão ouro para a avaliação dessa cavidade. Existem dois tipos de histeroscopia: diagnóstica e cirúrgica.

Tratamento

A eleição do tratamento depende, principalmente, da causa do sangramento uterino anormal. Se for possível, o tratamento do SUA não deve ser iniciado até que a etiologia tenha sido esclarecida e tenham sido afastadas lesões precursoras ou câncer.

É muito importante avaliar a possibilidade de câncer e iniciar o tratamento específico caso esse seja confirmado. Isso porque o tratamento empírico (sem identificação da causa) pode mascarar os sintomas da doença ou nos fazer perder uma chance de cura. O objetivo principal do tratamento do sangramento uterino normal é simples: fazer o sangramento parar. Isso é importante tanto para a manutenção da estabilidade hemodinâmica da paciente nos casos de sangramento agudo quanto para a melhora da qualidade de vida da mulher nos casos de SUA crônico.

Tratamento Da Causa De Sangramento Uterino Anormal

Os pólipos endometriais e os miomas submucosos podem ser ressecados por histeroscopia cirúrgica.

O sangramento por anovulação pode ser causado por doenças endócrinas. A doença endócrina mais frequente do menarca é a Síndrome dos ovários policísticos, que deve ser tratada com anticoncepcionais (1ª escolha) para regularizar a menstruação. Outras doenças endócrinas como o hipotireoidismo e a hiperprolactinemia têm um tratamento específico, que fará com que a paciente volte a ovular, normalizando sua menstruação.

O sangramento uterino anormal em pacientes com endometrite crônica devido à infecção por Chlamydia pode ser tratado com antibioticoterapia (Aзитromicina ou Doxiciclina).

Os distúrbios hemorrágicos devem ser tratados clinicamente antes de iniciar qualquer outra terapia. Essas doenças têm um tratamento específico que inclui agentes hemostáticos.

Os defeitos da cicatriz de cesárea (istmocele) podem ser ressecados cirurgicamente via histeroscopia cirúrgica, cirurgia vaginal, laparotomia ou laparoscopia.

As malformações arteriovenosas podem ser tratadas com procedimentos radiológicos intervencionistas como a embolização

Tratamento do SUA de acordo com a etiologia Pólipos Ressecção cirúrgica

Adeniose Histerectomia ou adenomiectomia/tratamento clínico

Leiomioma Miectomia ou histerectomia/tratamento clínico

Malignidade Cirurgia – tratamento adjuvante/altas doses de progestágenos/paliativo

Coagulopatia Ácido Tranexâmico

Ovulatório Modificação do estilo de vida/cabergolina (hiperprolactinemia)/levotiroxina (hipotireoidismo)

Endometrial Terapia específica/antibioticoterapia Iatrogênico Suspende o fator causal

Não classificado Embolização para malformação arteriovenosa O tratamento medicamentoso é o primeiro tratamento indicado para quase todos os casos de sangramento uterino anormal, com o objetivo de parar o sangramento ou pelo menos diminuir sua intensidade. Como dito acima, é muito importante investigar a etiologia do SUA para fazer o tratamento específico, mas, em algumas situações, podemos prescrever o tratamento medicamentoso até que o tratamento específico curativo seja realizado.

Por exemplo, os miomas submucosos, os pólipos endometriais e a adeniose podem causar um sangramento intenso. O tratamento curativo indicado para esses casos é a ressecção cirúrgica, mas precisamos interromper o sangramento o quanto antes e por isso usamos o tratamento medicamento até que o tratamento cirúrgico seja realizado.

Existem várias opções medicamentosas para o tratamento do sangramento uterino anormal.

Anticoncepcionais combinados

As pílulas anticoncepcionais combinadas (estrogênio e progestágenos) são a primeira escolha medicamentosa para o tratamento do SUA. Agem bloqueando o eixo hipotálamo-hipófise-ovário, interrompendo a produção de estrogênio e progesterona nos ovários. Com isso, ocorre a atrofia do tecido endometrial, diminuindo ou interrompendo o sangramento. Reduzem o fluxo menstrual em cerca de 50%, além de melhorar a dismenorria.

Entretanto, as pílulas combinadas são contra indicadas para pacientes com história de trombose.

Progestágenos

Os progestágenos orais ou injetáveis em altas doses também podem ser usados no tratamento do SUA. São opções para esses casos: medroxiprogesterona 150 mg IM a cada 90 dias ou, pela via oral, o acetato de medroxiprogesterona ou a noretisterona. Assim como os anticoncepcionais combinados, agem provocando a atrofia endometrial. As minipílulas (progestágeno exclusivo em baixas doses) e o implante de etonogestrel não são eficazes para o tratamento do SUA, porque podem provocar sangramento irregular ou escapes. SIU de levonorgestrel

O SIU de levonorgestrel é uma boa opção medicamentosa para o tratamento do SUA. Tem ação direta no local, levando à atrofia endometrial, com baixa absorção sistêmica da progesterona e duração de cinco anos. Provoca amenorréia em 85% das mulheres que o utilizam. O SIU de levonorgestrel reduz pela metade a necessidade de histerectomia nas mulheres com sangramento uterino anormal.

Anti-inflamatórios não hormonais

Os anti-inflamatórios não esteroides são medicamentos com alta disponibilidade e de baixo custo. Melhoram o sangramento menstrual intenso em cerca de 30% e melhoram a dismenorreia em cerca de 70%.

Os anti-inflamatórios podem ser combinados com os anticoncepcionais ou usados isoladamente nas mulheres que desejam engravidar. Os anti-inflamatórios mais utilizados para o tratamento do SUA são o naproxeno, o ibuprofeno e o ácido mefenâmico.

Quando existe suspeita de coagulopatia, não se deve utilizar esses medicamentos, principalmente o ácido acetilsalicílico (aspirina – AAS) e outras substâncias inibidoras da agregação plaquetária

Antifibrinolíticos

O ácido tranexâmico é um agente hemostático que age impedindo a fibrinólise e facilitando a coagulação. É um medicamento antifibrinolíticos. Reduz a perda sanguínea em cerca de 50%, mas não melhora a dismenorreia. A dose ideal é de 3 a 4 g por dia (dividida em 3 a 4 vezes).

Os anti-inflamatórios e o ácido tranexâmico estão indicados para pacientes com contraindicações para o uso de medicamentos hormonais, mas também podem ser utilizados em associação com esses medicamentos.

CONCLUSÃO / CONCLUSION

Considerando às informações expostas neste estudo, o SUA consiste em uma condição em que o sangramento uterino tem seus parâmetros aumentados, seja o volume, a frequência ou a duração, o que impacta negativamente na qualidade de vida da mulher, podendo gerar dificuldades no dia a dia e no convívio social de quem possui tal condição. Consiste em uma condição clínica multifatorial, podendo ser causa estrutural (pólipo, adenomiose, leiomioma e malignidades) ou não estrutural

(coagulopatia, disfunção ovariana, endometrial, iatrogênica ou não classificada). Quando uma paciente apresenta SUA, além da anamnese detalhada e exclusão de gestação, deve-se realizar o exame especular para confirmação da origem uterina do sangramento, além de exames complementares, como USTV ou RM. Após isso, prossegue-se com o tratamento, o qual pode ser medicamentoso ou cirúrgico, a depender da causa e da evolução do quadro. Embora grandes avanços tenham sido identificados, algumas questões ainda permanecem indefinidas, ficando evidente a necessidade de novos estudos que abordem de maneira metódica o SUA, objetivando-se sanar as lacunas do conhecimento e conferir melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS / REFERENCES

- BRYANT-SMITH, A. C. et al. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2018, n. 6, 15 abr. 2018.
- CHODANKAR, R.; CRITCHLEY, H. O. D. Biomarkers in abnormal uterine bleeding. *Biology of Reproduction*, v. 101, n. 6, p. 1155–1166, 1 nov. 2018.
- COOPER, K. et al. Laparoscopic supracervical hysterectomy compared with second-Generation endometrial ablation for heavy menstrual bleeding: the HEALTH RCT. *Health Technology Assessment*, v. 23, n. 53, p. 1–108, set. 2019.
- CRITCHLEY, H. O. D. et al. Menstruation: science and society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 223, n. 5, p. 624–664, nov. 2020.
- DICKERSON, K. E.; MENON, N. M.; ZIA, A. Abnormal Uterine Bleeding in Young Women with Blood Disorders. *Pediatric Clinics of North America*, v. 65, n. 3, p. 543–560, Jun. 2018.
- HENRY, C.; EKEROMA, A.; FILOCHE, S. Barriers to seeking consultation for abnormal Uterine bleeding: systematic review of qualitative research. *BMC Women's Health*, v. 20, n. 1, 12 jun. 2020.
- JAIN, V. et al. Uterine bleeding: how understanding endometrial physiology underpins Menstrual health. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 18, n. 5, p. 290–308, 8 fev. 2022.
- RAMALHO, I.; LEITE, H.; ÁGUAS, F. Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents: A Multidisciplinary Approach. *Acta Médica Portuguesa*, v. 34, n. 4, p. 291–297, 31 mar. 2021.
- SOONTRAPA, N. et al. The effectiveness of desogestrel for endometrial protection in women with abnormal uterine bleeding-ovulatory dysfunction: a non-inferiority randomized controlled trial. *Scientific Reports*, v. 12, n. 1, 31 jan. 2022.
- TSOLOVA, A. O. et al. Pre-clinical models to study abnormal uterine bleeding (AUB). *eBioMedicine*, v. 84, p. 104238, out. 2022.
- YAŞA, C.; GÜNGÖR UÇURLUCAN, F. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, v. 12, n. 1, p. 1–6, 1 jan. 2020.
- Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health-care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health*. 2007; 10(3):183-94.
- Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive Years. *Fertil Steril*. 2011; 95(7):2204-8.
- Babacan A, Gun I, Kizilaslan C, Ozden O, Muhcu M, Mungen E, Atay V. Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of uterine Pathologies. *Int J Clin Exp Med*. 2014; 7(3):764-9.
- Farquhar C, Ekeroma A, Furness S, Arroll B. A systematic review of transvaginal Ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(6):493-504.
- Ribeiro CT, Rosa-E-Silva JC, Silva-de-Sá MF, Rosa-E-Silva AC, Poli Neto OB, Candido dos Reis FJ, et al. Hysteroscopy as a standard procedure for assessing endometrial Lesions among postmenopausal women. *São Paulo Med J*. 2007; 125(6):338-42.