

## CAPÍTULO 9

# SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL - SUA

**ANA LUÍSA DE BIAGGI CAVALHEIRO<sup>1</sup>**  
**GABRIELA FERRAZ DE ARAÚJO<sup>1</sup>**  
**NICOLE VAN DER HEIJDE FERNANDES SILVA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Discente – Medicina na Universidade Anhembi Morumbi – Campus São José dos Campos

*Palavras-chave: Sangramento uterino anormal; PALM-COEIN; Hemorragia uterina disfuncional.*

## INTRODUÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma das principais queixas nos consultórios ginecológicos. É definido como sangramento que se inicia no corpo uterino, anormal em sua regularidade, volume, frequência e duração, que ocorre na ausência de gestação. Pode ser considerado crônico quando ocorre por 6 meses, e agudo quando definido como episódio de sangramento maciço que, na opinião do médico, requer intervenção imediata para conter o sangramento e para evitar perda de sangue excessiva. A importância dessa afecção é dada de-

vido a sua frequência nas consultas ginecológicas, e por afetar a saúde física, mental, sexual e profissional das pacientes. O SUA afeta de 10 a 20% das mulheres, em sua maioria adolescentes. Entre as mulheres em idade reprodutiva, sua prevalência é de aproximadamente 3-30%. Aproximadamente um terço das mulheres são afetadas com SUA uma vez na vida (GOMES *et al.*, 2021; BENETTI-PINTO *et al.*, 2017; MUNRO *et al.*, 2018).

A **Tabela 9.1** mostra os parâmetros para considerar sangramento uterino normal e anormal.

**Tabela 9.1** Parâmetros do sangramento uterino normal e anormal

Parâmetro	Normal	Anormal
Frequência	Normal (> 24 a ≤ 38 dias)	Sem sangramento (amenorreia) ou pouco frequente (> 38 dias) ou frequente (< 24 dias)
Duração	Normal (≤ 8 dias)	Prolongada (> 8 dias)
Regularidade	Normal ou regular (≤ 7-9 dias). Varia com a duração do fluxo.	Irregular (≥8-10 dias)
luxo sanguíneo (determinado pela paciente)	Ausente	Espontâneo ou cíclico
Sangramento intermenstrual (sangramentos entre os inícios cíclicos de cada menstruação)	Nenhum	Espontâneo ou cíclico (inicial, médio ou tardio)

Fonte: Adaptado de MUNRO *et al.*, 2018.

A etiologia do SUA pode ser estrutural ou não estrutural, sendo a não estrutural a mais comum. As causas não estruturais são mais comuns entre adolescentes, principalmente as causas anovulatórias, devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. O sangramento de origem anovulatória está associado à presença de distúrbios hematológicos. As coagulopatias estão presentes em 20% das

adolescentes com SUA, e podem levar a necessidade de hospitalização em 30% dessas pacientes. Conquanto, é importante que nenhuma causa de SUA seja descartada levando em consideração apenas a idade (GOMES *et al.*, 2021; FAREEDA HAMID *et al.*, 2017).

A **Tabela 9.2** mostra a classificação das causas de SUA em mulheres não gestantes em idade reprodutiva.

**Tabela 9.2** Classificação das causas de SUA em mulheres não gestantes em idade reprodutiva

<b>PALM (causas estruturais)</b>	<b>COEIN (não estruturais)</b>
Pólipo	Coagulopatias
Adenomiose	Ovulatória (disfunções)
Leiomioma	Endometrial
Malignidade e hiperplasia	Iatrogenia
	Outras

Fonte: Adaptado FAREEDA HAMID *et al.*, 2017.

A primeira abordagem do SUA, após a exclusão do diagnóstico de gravidez, requer a identificação de sinais de hipovolemia e instabilidade hemodinâmica. Seguida da investigação etiológica, que é feita seguindo o acrônimo PALM-COEIN: Pólipos, Adenomiose, Leiomiomas, Malignidade e hiperplasia, Coagulopatia, Ovulatória (disfuncional), Endométrio, Iatrogenia, Outro. Quando desenvolvido por causas patológicas, é devido a hiperandrogenismo, hiperprolactinemia, disfunções hipotalâmicas, disfunções pituitárias, ou por patologias da tireoide. A anamnese deve conter uma descrição detalhada do sangramento e de história pregressa de sangramento, com foco em fatores de risco para câncer de endométrio, presença de coagulopatias, medicamentos em uso, e história pregressa de alguma doença. Já o exame físico deve conter informações sobre sinais de síndrome do ovário policístico, sinais que indicam resistência à insulina, exclusão de doenças da tireoide, presença de petéquias e equimoses, lesões vaginais, lesões de colo de útero, e tamanho uterino. Exames laboratoriais como hemograma e ferritina, e exames de imagem como a ultrassonografia podem ser requeridos para diagnóstico diferencial. A histeroscopia ou a histerosonografia estão indicadas em caso de le-

sões intracavitárias que não possuem diagnóstico conclusivo (GOMES *et al.*, 2021; BENNETTI-PINTO *et al.*, 2017).

A identificação dos casos de SUA maciço também se inicia na anamnese. É necessário atentar para a história de troca de absorvente a cada 1-2 horas, ou uso de dupla proteção (absorvente interno e externo) na tentativa de conter o sangramento, ou até para história de vazamento de sangue para as roupas e para os lençóis. Para o manejo do paciente estável, é imprescindível iniciar com a identificação do sangramento crônico ou agudo, através da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos. Deve atentar-se para sinais de anemia e instabilidade hemodinâmica (hipovolemia), histórico reprodutivo e história sexual. Indagar sobre presença de doenças crônicas associadas ao sangramento uterino anormal maciço, e à prescrição medicamentosa da paciente. É necessário identificar a quantidade e a intensidade do sangramento através do exame da genitália para identificar presença de trauma. Para isso, considerar o exame especular com palpação bimanual. Os exames laboratoriais e radiológicos podem ser utilizados para reconhecer o grau de anemia e potenciais etiologias. Em casos de pacientes com instabilidade hemodinâmica, o cerne é manejar e torná-lo estável antes de iniciar o tratamento. O foco do tratamento nesses casos é o tratamento da causa adulta seguido do tratamento de manutenção (FAREEDA HAMID *et al.*, 2017).

Em caso de SUA crônico, deve-se investigar as causas de acordo com a história clínica, exame físico, e exames complementares. Uma história clínica positiva para função ovulatória, deve considerar a fertilidade da paciente para a escolha do tratamento, já a história clínica com relato de medicações prévias, distúrbios hematogênicos e fatores de risco para coagulopatias,

deve seguir com triagem para doenças hematológicas. O exame físico consiste na avaliação uterina, que identificará se a paciente possui risco positivo para hiperplasia, neoplasia, ou anomalias estruturais. Os exames laboratoriais incluem hemograma, endocrinopatias, e testes para coagulopatias hereditárias caso for pertinente.

O tratamento do SUA tem como principal objetivo a redução do fluxo menstrual, o que leva a diminuição da mortalidade e a melhora da qualidade de vida da paciente. A primeira escolha para o tratamento é a terapia medicamentosa. O SUA de origem não estrutural tem indicação cirúrgica em caso de falha no tratamento clínico medicamentoso. Em caso de SUA agudo, a primeira conduta é garantir a estabilidade hemodinâmica. A transfusão sanguínea pode ser necessária a depender do caso. Em seguida, a terapia medicamentosa é iniciada (BENNETTI-PINTO *et al.*, 2017).

O sangramento uterino anormal ganha atenção por ser uma afecção cada vez mais recorrente no consultório ginecológico. A frente deste capítulo, serão apresentados tópicos essenciais no manejo do SUA, como diagnóstico e tratamento das causas estruturais e não estruturais.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do SUA é baseado em uma anamnese e um exame físico detalhados. A anamnese deve ser guiada pelo sistema PALM-COEIN, onde é importante abordar a idade da menarca e menopausa, qual a intensidade, frequência, duração e regularidade do sangramento, dor associada, condição médica prévia, uso de medicamentos contínuos e/ou métodos contraceptivos, histórico de operações ginecológicas e/ou obstétricas, sinais e sintomas de um possível distúrbio hemostático (como por

exemplo a doença de Von Willebrand), hábitos sexuais e história de sangramento na família. É importante também perguntar a existência de fator precipitante para o surgimento do SUA, como traumas (causa mais frequente de sangramento vaginal – após relação sexual ou vítima de violência sexual), exercícios físicos exacerbados ou distúrbios alimentares (KHAFAGA & GOLDSTEIN, 2019; OBERMAN & RODRIGUEZ-TRIANA, 2018).

Pode-se estimar a quantificação da perda de sangue através do Pictorial Blood Loss Assessment Chart que analisa a quantidade de sangue perdida de acordo com quantos absorventes foram usados e o tipo de absorvente usado durante a menstruação/sangramento, também pela quantidade de sangue que fica no papel higiênico e a presença ou ausência de coágulos para obter uma pontuação (YULIANTI *et al.*, 2018).

O exame físico precisa ser completo sendo necessária a realização da inspeção, palpação abdominal, toque bimanual (para análise do tamanho e contorno do útero) e exame especular, pois mensura o quão importante foi a perda. É através do exame especular que é possível descartar sangramentos advindos de lesões vaginais ou de colo, e assim, confirmar se o sangramento de fato tem origem uterina (KAUNITZ, 2019; SILVA, 2022).

Os exames laboratoriais que ajudam no diagnóstico e a descartar outras causas são: Teste de gravidez, hemograma completo, TSH, exame de *Chlamydia trachomatis* e investigação diagnóstica dos distúrbios hemorrágicos quando necessário (OBERMAN & RODRIGUEZ-TRIANA, 2018; KHAFAGA & GOLDSTEIN, 2019).

Os exames de imagem que podem ajudar no diagnóstico quando indicado são: Sono-histerografia com infusão salina, USG transvaginal (se paciente virgem ou não visualização pode ser

realizado o USG da região pélvica), Ressonância Magnética e histeroscopia, sendo o USG transvaginal o melhor exame de imagem inicial para avaliar SUA (KREMER *et al.*, 2018; KOLHE, 2018; KHAFAGA & GOLDSTEIN, 2019).

O puerpério, a menarca em adolescentes, a perimenopausa e pós menopausa são diagnósticos diferenciais para SUA (KOLHE, 2018).

Em suma é através da anamnese, exame físico e de exames laboratoriais e de imagem, quando necessários, que é feito o diagnóstico de SUA e sua etiologia, sendo assim o diagnóstico etiológico orienta a terapia e está diretamente relacionado ao sucesso do tratamento.

## TRATAMENTO

O tratamento do sangramento uterino anormal (SUA) é baseado em suas causas, sejam elas estruturais (PALM) ou não estruturais (COEIN) e no manejo agudo do sangramento, em ambientes de urgência e emergência.

### Tratamento do sangramento agudo

O tratamento se inicia nos ambientes de urgência e emergência, com o intuito de manejar o sangramento agudo uterino. Sendo assim, em casos de perda sanguínea aguda, acentuada e sinais de hipovolemia, como aumento do enchimento capilar, hipotensão e diminuição do nível de consciência, é essencial restabelecer o equilíbrio hemodinâmico, por meio da reposição volêmica com cristaloides ou se necessário, transfusão sanguínea com hemoderivados. Além disso, é necessário atuar com medicações que estanquem o sangramento, as drogas mais utilizadas são estrogênio endovenoso, progestágeno oral em multidoses, ácido tranexâmico e contraceptivo oral combinado monofásico em múltiplas doses (FEBRASGO, 2017).

O uso do estrogênio endovenoso é indicado para casos de pacientes que possuam alto risco de vida. A droga de escolha é o Premarin® na forma endovenosa, na dose de 25 mg, que deve ser administrada a cada 4-6 horas durante um período de 24 horas, em conjunto com medicamentos antieméticos. Caso o sangramento não cesse dentro do período de 8 horas, é necessário obter uma abordagem diferente. O uso do estrogênio endovenoso deve ser cauteloso, principalmente em mulheres com doenças cardiovasculares, câncer de mama, tabagistas, hipertensas e com enxaqueca com aura (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018).

Os medicamentos orais também são uma alternativa para o tratamento agudo do sangramento, dentre os medicamentos estão os contraceptivos orais combinados monofásicos (AOCs) e o progestágeno oral em multidoses. Os AOCs escolhidos são os que possuem 35 mg de estrogênio, que devem ser administrados 3 vezes ao dia durante um período de 7 dias, após esse período, é indicado apenas a administração de um comprimido por dia. O progestágeno de escolha é o acetato de medroxiprogesterona, na dose de 20 mg, que deve ser utilizado 3 vezes ao dia durante 7 dias, e após os 7 dias, é utilizado apenas 20 mg durante 3 semanas (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018).

Ainda, uma alternativa para o tratamento do sangramento uterino agudo, é o uso do ácido tranexâmico, que só deve ser utilizado em pacientes que não possuem história de tromboembolismo venoso ou doença vascular cerebral prévia. Deve ser utilizado na dose de 10 mg/Kg EV ou 1,3 g VO administrado 3 vezes ao dia durante 5 dias (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018).

Após o controle do sangramento agudo e controle dos parâmetros hemodinâmicos da paciente, é necessário realizar o tratamento direci-

onado para a causa do sangramento. Dessa forma, a divisão do tratamento se dá conforme a divisão das causas.

### **Causas estruturais (PALM)**

#### **Pólipos:**

O procedimento clássico para o tratamento de pólipos uterinos é a polipectomia histeroscópica, essa além de retirar o pólipos também é capaz de retirar uma amostra do tecido uterino para avaliação histológica (CLARK, 2016).

Dessa forma, pólipos que possuem tamanho <0,5 cm podem ser extraídos em ambulatorios de ginecologia, no entanto, pólipos de tamanho >0,5 cm devem ser extraídos nos centros cirúrgicos de hospitais (FEBRASGO, 2017).

No geral, este tratamento é eficaz tanto para a remoção dos pólipos causadores do sangramento uterino anormal, como também para tratamento de endometriose severa (CLARK, 2016).

#### **Adenomiose:**

O tratamento da adenomiose é baseado na presença de sintomas, como dor, sangramento uterino anormal e infertilidade (ABBOTT, 2017).

As opções terapêuticas podem ser medicamentosas ou cirúrgicas. O tratamento medicamentoso consiste em utilizar medicamentos de primeira linha associado aos medicamentos de alívio sintomático, como anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e contraceptivos orais combinados (ABBOTT, 2017). De acordo com estudos prospectivos realizados durante o período de 2012-2013, foi demonstrado que o uso do dispositivo intrauterino com levonorgestrel proporciona alívio sintomático, redução do volume uterino e possibilidade de gravidez futura, em comparação à histerectomia, procedimento esse em que há a retirada do útero, não permi-

tindo assim, gravidez futura após tratamento da adenomiose (ABBOTT, 2017).

Assim, como o tratamento medicamentoso, existem também algumas opções cirúrgicas que visam manter a possibilidade de gravidez futura, dentre essas opções estão a cirurgia excisional ou citoredutora. Já as opções em que não há visibilidade de gravidez futura, existem: Ablação endometrial (contraindicada em gestantes) e histerectomia, considerada padrão ouro, por não apresentar recidivas (ABBOTT, 2017).

#### **Mioma:**

O tratamento para pacientes que possuem mioma é baseado não apenas na melhora dos sintomas presentes, mas também no desejo de gravidez futura (GIULIANI *et al.*, 2020). Inicialmente, o tratamento consiste na abordagem farmacológica, envolvendo diversos medicamentos, como antifibrinolíticos, AINES, contraceptivos orais combinados, progestágenos, moduladores seletivos de progesterona, anti-progestágenos, inibidores da aromatase e hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) (GIULIANI *et al.*, 2020).

Caso o tratamento farmacológico não promova melhora dos sintomas e redução dos miomas, opta-se pelo tratamento cirúrgico. No geral, os miomas são classificados em submucoso ou intramural, sendo o primeiro a causa mais comum de SUA. Dessa forma, a partir da definição da localização do mioma é possível escolher o melhor método cirúrgico (BENETTI-PINTO *et al.*, 2017).

Logo, os miomas que se localizam na região da submucosa possuem como tratamento preferencial a exérese histeroscópica. Para a realização desse método é necessário obter alguns critérios relacionados ao tamanho, penetração em endométrio e localização do mioma no útero

(BENETTI-PINTO *et al.*, 2017). Em relação aos miomas localizados em região intramural, o tratamento de escolha é a laparoscopia ou laparotomia exploratória (BENETTI-PINTO *et al.*, 2017).

#### **Causas não estruturais (COEIN)**

O objetivo do tratamento para as causas não estruturais está correlacionado em garantir a estabilidade do endométrio, impedindo com que ocorra descamação, e consequentemente, sangramento. Dessa forma, as terapêuticas são baseadas no tratamento farmacológico (seja hormonal ou não hormonal) e cirúrgico, em casos de falha ao tratamento medicamentoso (BENETTI-PINTO *et al.*, 2017).

#### **Coagulopatias:**

As coagulopatias são uma das principais causas de sangramento uterino anormal de causa não estrutural. Um estudo controlado, realizado pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção nos Estados Unidos evidenciou que a coagulopatia mais frequente associada a menorragia em mulheres é a Doença de Von Willebrand, principalmente a tipo 1 (DELIGEOROGLOU & KAROUNTZOS *et al.*, 2018). Esta doença deve ser considerada em mulheres em idade reprodutiva inicial com história frequente de equimoses, epistaxe, sangramento gengival, cirurgia com histórico de sangramento intenso e hemorragia pós-parto (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018).

Além disso, outras coagulopatias podem estar associadas, como a deficiência de fatores VIII e IX e alterações plaquetárias (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018).

O tratamento para as coagulopatias depende da severidade dos sintomas e do sangramento uterino. Dessa forma, é essencial avaliar a

quantidade de sangramento e estabilidade da paciente, pois em casos de altos níveis de perda de sangue e instabilidade hemodinâmica é indicado transfusão de sangue, se necessário. Quando o sangramento é maciço, além da transfusão de sangue, é necessário repor fatores de coagulação e plaquetas (DELIGEOROGLOU & KAROUNTZOS *et al.*, 2018).

Em relação ao tratamento medicamentoso, pode ser utilizado métodos hormonais e não hormonais. Dentre os métodos hormonais estão: estrogênio intravenoso, contraceptivo oral combinado e DIU com levonorgestrel (DELIGEOROGLOU & KAROUNTZOS *et al.*, 2018). Em relação ao estrogênio intravenoso, método mais utilizado, é indicado atuar com Premarin®, na dose de 25 mg a cada 4-6 horas durante 24 horas associado com contraceptivos orais 3 vezes por dia durante 7 dias (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018). Os métodos não hormonais preferidos são os antifibrinolíticos e a desmopressina. O anti-fibrinolítico mais utilizado é o ácido tranexâmico no modo de uso igual ao tratamento do sangramento agudo (MARNACH & LAUGHLIN-TOMMASO, 2018). Em relação à desmopressina, tal método é indicado para adolescentes com a doença de Von Willebrand tipo 1 (DELIGEOROGLOU & KAROUNTZOS *et al.*, 2018).

Além disso, existem as opções cirúrgicas para o tratamento do sangramento uterino correlacionado às coagulopatias, dentre os métodos cirúrgicos estão ablação endometrial e balão endometrial. A ablação endometrial é recomendada para mulheres com a doença de Von Willebrand e deve ser evitada em adolescentes que possuem interesse em gravidez futura. O balão endometrial tamponado com o cateter de Foley promove o controle temporário do sangramento em pacientes instáveis hemodinami-

camente, dessa forma, pode ser utilizado no controle agudo do sangramento, e da mesma forma, não deve ser utilizado em pacientes adolescentes com perspectiva de gravidez (DELIGEOROGLOU & KAROUNTZOS *et al.*, 2018).

#### **Disfunções ovarianas:**

As disfunções ovarianas ou sangramento anovulatório apresentam um sangramento uterino que não segue o ciclo menstrual, ou seja, é caracterizado como um sangramento irregular, prolongado e em grande quantidade de volume (JONES & SUNG, 2022).

Acredita-se que a causa desse sangramento esteja associada a alterações no eixo hipotálamico-hipofisário-ovariano, ou imaturidade deste algo comum em mulheres mais jovens. No entanto, não há uma causa totalmente definida, dessa forma, é possível rastrear outras causas, como endocrinopatias, hipotireoidismo, hiperprolactinemia, assim como fatores extrínsecos, como obesidade, estresse emocional, anorexia, iatrogênico por uso de esteroides, dentre outros (MUNRO *et al.*, 2018).

Dessa forma, o método terapêutico para esses casos é manejar as possíveis causas do sangramento anovulatório e tratá-las. O tratamento medicamentoso é o principal método terapêutico, este inclui o uso de progesterona isolada e contraceptivos combinados. No geral, os métodos que incluem apenas a progesterona, estão dispositivos intrauterinos (DIUs), injeções intramusculares e pílulas orais com progesterona (JONES & SUNG, 2022). Os métodos cirúrgicos são apenas indicados em casos de falha no tratamento medicamentoso ou em casos de contraindicação medicamentosa. Dentre as opções estão a perfuração ovariana por método laparoscópico, opção essa muito indicada para pacientes com síndrome dos ovários policísticos e a

ablação endometrial, que é um método contra-indicado em mulheres com hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio (JONES & SUNG, 2022). Mulheres com risco de hiperplasia ou doenças malignas em região de endométrio, o tratamento considerado de primeira linha para mulheres com idade maior que 45 anos é a retirada de uma amostra de tecido endometrial, assim como, biópsia endometrial ou dilatação + curetagem. No entanto, no geral, o tratamento definitivo é a histerectomia, indicada para mulheres que não possuem visão futura de gravidez (JONES & SUNG, 2022).

#### **Desordens endometriais:**

As disfunções endometriais estão correlacionadas aos mecanismos de homeostase anormais da região endometrial que podem causar aumento do sangramento menstrual, alterações no ciclo menstrual ou sangramento intermenstrual (BRENNAN & HICKEY, 2018). Estas desordens são administradas por meio dos métodos hormonais e não hormonais. Dentre os métodos não hormonais, o mais utilizado é o ácido tranexâmico, principalmente, em casos de sangramento agudo. Um estudo realizado demonstrou que a dose de 3 g utilizada durante 5 dias é eficaz para o tratamento, sem necessidade de manejo adjuvante (BRENNAN & HICKEY, 2018).

Os métodos hormonais são o uso do DIU com levonorgestrel, contraceptivos orais combinados e progestágeno oral, no entanto, o primeiro método citado possui melhor eficácia, de acordo com estudos realizados pelo Colégio Real de Obstetrícia e Ginecologia do Reino Unido, que considera o DIU com levonorgestrel o método terapêutico de primeira linha para o sangramento uterino anormal (BRENNAN & HICKEY, 2018).

Uma revisão sistemática demonstrou que 60% das pacientes que recebem tratamento via oral requerem procedimentos cirúrgicos em um período de dois anos, dessa forma, os métodos cirúrgicos preconizados em desordens endometriais são histerectomia e ablação endometrial (BRENNAN & HICKEY, 2018).

#### **Iatrogênica:**

O sangramento uterino de causa iatrogênica está associado as terapêuticas utilizadas pelas mulheres, principalmente medicamentos associados à contracepção, como dispositivos intrauterinos (DIUs), contraceptivos orais combinados, contraceptivos intramusculares, e medicamentos relacionados à coagulação, como varfarina (MUNRO *et al.*, 2018). Nos casos de sangramento causados por contraceptivos orais combinados, o tratamento consiste no uso contínuo desses medicamentos por 4-6 meses, sem associação com outros medicamentos, além disso, é necessário tranquilizar a paciente quanto ao quadro. Em casos de contraceptivos subdérmicos, o uso de estrogênio na dose de 1 mg por dia durante 10 dias pode resolver o quadro, ainda, o uso de AINES ou doxaciclina na dose de 100mg, utilizado duas vezes ao dia durante 10 dias, também pode ser eficaz (MARNACH *et al.*, 2018).

#### **Não classificada:**

Esta apresentação é rara e pouco definida. Acredita-se que as causas são malformações arteriovenosas, hipertrofia do miométrio e istmocele secundária à cicatriz cesariana (MARNACH *et al.*, 2018). Dessa forma, os métodos terapêuticos não são muito difundidos.

## **CONCLUSÃO**

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma das queixas mais comuns nos consultórios de ginecologia e obstetrícia, dessa forma o diagnóstico precoce e o tratamento correto da causa do sangramento devem ser realizados de maneira correta e sem prejuízo à saúde da paciente.

Dessa forma, em primeira instância é dever médico avaliar se o sangramento uterino é agudo ou crônico, pois caso seja um sangramento agudo, é necessário atuar com intervenções que priorizem a estabilidade hemodinâmica da paciente, por meio de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos. A partir da estabilização do quadro, é importante compreender a causa do sangramento. As causas do sangramento uterino anormal são divididas conforme a recomendação da FIGO, de acordo com o sistema PALM-COEIN, que engloba as causas estruturais e não estruturais.

A partir da elucidação da causa do sangramento, é necessário avaliar a melhor terapêutica para cessar o sangramento, inicialmente opta-se pelo tratamento clínico, envolvendo métodos farmacológicos, como forma de evitar a submissão de pacientes a intervenções cirúrgicas desnecessárias, caso a paciente não obtenha resultado no controle do sangramento, é indicado o tratamento cirúrgico, no qual, o tipo de procedimento é escolhido conforme número, localização e tamanho das lesões.

Portanto, a escolha do tratamento para o controle do sangramento uterino anormal deve ser pautado na escolha racional diante das situações específicas de cada paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, J.A. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding (AUB-A) - Pathogenesis, diagnosis, and management. Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 40, p. 68–81, 2017.

BENETTI-PINTO, C.L. *et al.* Sangramento uterino anormal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 39, p. 358–368, 2017.

BRENNAN, A. & HICKEY, M. Abnormal uterine bleeding: Managing endometrial dysfunction and leiomyomas. The Medical Journal of Australia, v. 208, n. 2, p. 90–95, 2018.

DELIGEOROGLOU, E. & KAROUNTZOS, V. Abnormal uterine bleeding including coagulopathies and other menstrual disorders. Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 48, p. 51–61, 2018.

FAREEDA HAMID, *et al.* Heavy menstrual bleeding in adolescents. Education Committee Naspag Committee Opinion, v. 30, n. 3, p. 335–340, 2017.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sangramento Uterino Anormal - Série Orientações e Recomendações Febrasgo, 2017. Disponível em: < [https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/11-SANGRAMENTO\\_UTERINO\\_ANORMAL.pdf](https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/11-SANGRAMENTO_UTERINO_ANORMAL.pdf) >. Acesso em: 28 nov. 2022.

GIULIANI, E. *et al.* Epidemiology and management of uterine fibroids. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 149, p. 3–9, 2020.

GOMES, H. *et al.* Hemorragia uterina anormal na adolescência: Quando a menarca revela outras surpresas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 43, n. 10, p. 789–792, 2021.

JONES, K. & SUNG, S. Anovulatory bleeding. In *StatPearls*. StatPearls Publishing, 2022.

KAUNITZ, A.M. Abnormal uterine bleeding in reproductive-age women. JAMA, v. 321, n. 21, p. 2126–2127, 2019.

KHAFAGA, A. & GOLDSTEIN, S.R. Abnormal uterine bleeding. Obstetrics and gynecology clinics of North America, v. 46, n. 4, p. 595–605, 2019.

KOLHE, S. Management of abnormal uterine bleeding - Focus on ambulatory hysteroscopy. International Journal of Women's Health, v. 10, p. 127–136, 2018.

KREMER, T.G. *et al.* Isthmocele: An overview of diagnosis and treatment. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 65, n. 5, p. 714–721, 2019.

MARNACH, M.L. & LAUGHLIN-TOMMASO, S.K.. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding. Mayo Clinic Proceedings, v. 94, n. 2, p. 326–335, 2019.

MUNRO, M.G. *et al.* The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. 2018 revisions, v. 143, n. 3, p. 393–408, 2018.

OBERMAN, E. & RODRIGUEZ-TRIANA, V. Abnormal uterine bleeding: Treatment options. Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 61, n. 1, p. 72–75, 2018.

SILVA, de N.K. Abnormal uterine bleeding in adolescents: Evaluation and approach to diagnosis. Up To Date, 2022.

WATKINS, E. Abnormal uterine bleeding. JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants, v. 31, n. 9, p. 47–48, 2018.

YULIANTI, F. *et al.* Compatibility between menstrual pictogram assessment and haemoglobin assessment in abnormal uterine bleeding. Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 6, n. 3, p. 172–178, 2018.