

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVI

Capítulo 21

DIAGNÓSTICO DE RUPTURA DE CISTO HEMORRÁGICO

JULIA SILVA SARKIS¹
LUANA PONS POSSER²
MELIGREIZE ZAN³
GABRIEL VIEGAS REBELO³
DANIARA VIEGAS REBELO ASSIS⁴
ERICK SANTOS ELICKER⁸
PEDRO VIECELI JARDIM⁴
LARYSSA RODRIGUES CORREA⁴
RAIANE DA SILVA DE OLIVEIRA⁵
RITA DE CÁSSIA POSSAMAÍ³
NÂNDREA DA SILVA VESTEFAL⁴
CHRISTIAN SILVA DOS SANTOS⁴
GEOVANNA REBECA MATIAS PEREIRA⁶
ANA JÚLIA NEHRKE SALERNO⁶
JAYANA TEIXEIRA MACIEL⁸

¹Médica - pela Universidade Luterana do Brasil.

²Discente - Medicina da Universidade Feevale.

³Discente - Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

⁴Discente - Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

⁵Biomédica Imagenologista e Patologista Clínica - pelo Centro Universitário Maria Milza.

⁶Discente - Física Médica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

⁷Discente - Medicina da Universidade Luterana do Brasil.

⁸Discente - Medicina no Centro Universitário Cesuca.

Palavras-Chave: Cisto Hemorrágico; Diagnóstico por Imagem; Dor Pélvica Aguda.

DOI

10.59290/0011220150

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A ruptura de cisto hemorrágico ovariano é uma condição frequente na prática ginecológica, representando uma das principais causas de abdome agudo em mulheres em idade reprodutiva. Embora, em grande parte dos casos, o quadro seja autolimitado e de resolução espontânea, em algumas situações pode evoluir com hemoperitônio significativo, instabilidade hemodinâmica e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência (JAMIL, 2021; KIM *et al.*, 2019).

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que até 20% das mulheres em idade fértil apresentem algum episódio de dor pélvica aguda relacionado a alterações funcionais do ovário, sendo a ruptura de cisto hemorrágico uma das etiologias mais comuns (OKAI *et al.*, 2001). Essa prevalência reforça a importância do tema, sobretudo em serviços de emergência e pronto atendimento ginecológico, nos quais a diferenciação entre condições benignas e situações de maior gravidade é um desafio clínico constante.

O diagnóstico preciso é essencial não apenas para definir a conduta adequada, mas também para evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias e garantir segurança à paciente (YOFFE *et al.*, 2020). O grande desafio clínico reside no fato de que a ruptura de cisto hemorrágico compartilha sinais e sintomas com outras emergências ginecológicas, como gravidez ectópica rota e torção anexial, que demandam abordagem imediata.

Nesse contexto, a integração entre história clínica detalhada, exame físico minucioso, exames laboratoriais direcionados e, principalmente, os achados de imagem — com destaque para a ultrassonografia transvaginal com Doppler — constitui a base do diagnóstico.

MÉTODO

Este capítulo foi elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional sobre o diagnóstico da ruptura de cisto hemorrágico. Foram consultados livros-texto de referência em ginecologia e obstetrícia, diretrizes de sociedades médicas como FEBRASGO, ACOG e NICE, além de artigos indexados nas bases PubMed, SciELO e LILACS publicados nos últimos 20 anos. Os descritores utilizados incluíram “*hemorrhagic ovarian cyst*”, “*rupture*”, “*diagnosis*” e “*pelvic pain*”.

O processo de construção do livro seguiu as normas editoriais do edital da Editora Pasteur, contando com a participação de acadêmicos, residentes e especialistas em saúde da mulher. Cada capítulo foi estruturado de forma padronizada, iniciando com introdução, seguida da revisão dos principais tópicos, discussão crítica e conclusão. O objetivo foi compor uma obra acessível, com linguagem clara e embasamento científico atualizado, voltada tanto para estudantes quanto para profissionais da prática clínica, contribuindo para a formação e a tomada de decisão em ginecologia

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos Gerais dos Cistos Ovarianos

Classificação dos Cistos Ovarianos Funcionais

Os cistos ovarianos representam uma das afecções ginecológicas mais comuns, sendo classificados, de modo geral, em funcionais e não funcionais (LEVINE *et al.*, 2010; GUERRIERO *et al.*, 2016).

Cistos funcionais derivam da atividade fisiológica ovariana e incluem:

Cisto folicular: resulta da falha de ruptura do folículo dominante, permanecendo como uma estrutura de paredes finas, geralmente menor que 3 a 8 cm, autolimitada.

Cisto de corpo lúteo: ocorre após a ovulação, quando o corpo lúteo persiste e acumula líquido ou sangue em seu interior.

Cisto hemorrágico: forma particular do cisto funcional, no qual há sangramento intra-cístico, frequentemente a partir da ruptura de pequenos vasos da parede do corpo lúteo.

Cistos não funcionais incluem entidades como endometriomas, cistoadenomas e teratomas, que não são foco deste capítulo.

Fisiopatologia do Cisto Hemorrágico

O cisto hemorrágico é, em essência, um corpo lúteo ou cisto folicular que sofre sangramento interno devido à ruptura de vasos sanguíneos de sua parede altamente vascularizada (CHANG *et al.*, 2011).

A fase lútea é particularmente vulnerável, visto que o corpo lúteo possui intensa rede capilar e fragilidade vascular.

O sangramento pode permanecer restrito ao interior do cisto, resultando em aumento progressivo de volume e dor pélvica, ou pode extravasar para a cavidade peritoneal, caracterizando a ruptura hemorrágica.

O grau de hemorragia depende da extensão da lesão vascular e da capacidade de tamponamento local, variando desde pequenos sangramentos autolimitados até hemoperitônio de risco vital.

Fatores Predisponentes para Ruptura

Diversos fatores podem aumentar a probabilidade de ruptura do cisto hemorrágico:

Fase do ciclo menstrual: maior risco na fase lútea, devido à intensa vascularização do corpo lúteo.

Atividade física intensa ou relação sexual: aumentam a pressão intra-abdominal e podem precipitar a ruptura.

Uso de anticoagulantes: favorece sangramentos mais volumosos.

Distúrbios de coagulação: condições hematólogicas podem amplificar o risco de hemoperitônio.

Tamanho do cisto: cistos maiores têm maior risco de ruptura sintomática.

Histórico prévio de ruptura: pode indicar fragilidade vascular recorrente.

Esses aspectos ressaltam a necessidade de atenção clínica a mulheres com fatores predisponentes que se apresentam com dor pélvica aguda, permitindo ao médico manter elevada suspeita diagnóstica para ruptura de cisto hemorrágico (SECKIN *et al.*, 2020).

Manifestações Clínicas da Ruptura de Cisto Hemorrágico

Quadro Clínico Típico

A ruptura de cisto hemorrágico geralmente se apresenta de forma súbita, em mulheres jovens em idade reprodutiva. A queixa mais comum é dor pélvica aguda, unilateral, de início abrupto, localizada em fossa ilíaca correspondente ao ovário acometido. A dor pode ser:

Intensa e contínua, muitas vezes levando a procura imediata por atendimento de urgência.

Exacerbada por movimentos, tosse ou palpação abdominal.

Em alguns casos, acompanhada de náuseas, vômitos e mal-estar.

Variações de Apresentação Conforme Intensidade do Sangramento

A intensidade do quadro clínico varia de acordo com o volume de sangramento associado:

Rupturas leves: caracterizam-se por dor localizada, sem repercussão hemodinâmica significativa. Muitas vezes autolimitadas.

Rupturas moderadas: cursam com dor intensa, sinais de irritação peritoneal e instabilidade hemodinâmica leve (taquicardia, hipotensão postural).

Rupturas graves: podem evoluir com hemoperitônio volumoso, hipotensão arterial susten-

tada, taquicardia e lipotímia, configurando emergência cirúrgica.

Esse espectro clínico torna indispensável a avaliação rápida da estabilidade hemodinâmica no momento da admissão (LEE *et al.*, 2014).

Exame Físico Ginecológico

Os achados do exame físico variam de inespecíficos a francamente sugestivos:

Exame abdominal: dor à palpação profunda em fossa ilíaca, defesa muscular localizada e, em casos de maior extravasamento, sinais de irritação peritoneal difusa.

Exame ginecológico bimanual: dor acentuada à mobilização do colo uterino, sensibilidade anexial unilateral e, ocasionalmente, aumento do volume anexial palpável.

Sinais vitais: taquicardia e hipotensão podem indicar perda sanguínea significativa.

O conjunto desses achados deve sempre ser interpretado em associação com a história clínica e exames complementares, uma vez que não são patognomônicos e se sobrepõem a outras causas de abdome agudo ginecológico (NILSSON *et al.*, 2018).

Diagnóstico Laboratorial

Hemograma e Avaliação Hematimétrica

O hemograma é exame fundamental na suspeita de ruptura de cisto hemorrágico (BORRELLI *et al.*, 2016).

Hemoglobina e hematócrito: valores normais nas fases iniciais, mas quedas progressivas podem indicar sangramento significativo e necessidade de conduta intervencionista.

Leucócitos: podem estar discretamente elevados por resposta inflamatória, mas leucocitose importante deve levantar suspeita de outras causas, como infecção pélvica ou apendicite. A repetição seriada do hemograma é essencial para monitorar a evolução do sangramento e guiar conduta.

Exames Bioquímicos Auxiliares

Embora não sejam específicos, alguns exames complementares podem auxiliar no manejo:

Função renal e eletrólitos: avaliados em contextos de instabilidade ou preparo cirúrgico.

Coagulograma: útil em pacientes anticoaguladas ou com suspeita de coagulopatias, condições que podem agravar o quadro hemorrágico.

Papel do Beta-hCG na Exclusão de Gestação Ectópica

A dosagem sérica do hormônio beta-hCG é obrigatória em toda mulher em idade fértil com dor pélvica aguda.

Um beta-hCG positivo deve direcionar prioritariamente a investigação para gravidez ectópica rota, condição potencialmente letal e de diagnóstico diferencial imediato.

Um beta-hCG negativo, associado a quadro clínico compatível e achados de imagem, favorece a hipótese de ruptura de cisto hemorrágico.

Portanto, o beta-hCG é um divisor de águas na investigação laboratorial, permitindo excluir rapidamente o principal diagnóstico diferencial e garantindo segurança na tomada de decisão (BARNHART, 2012).

Diagnóstico por Imagem

Ultrassonografia Transvaginal com Doppler – Método de Escolha

A ultrassonografia transvaginal (USTV), associada ao Doppler colorido, é o exame de primeira linha no diagnóstico da ruptura de cisto hemorrágico. É um método de alta sensibilidade, não invasivo, amplamente disponível e sem contraindicações (LEVINE *et al.*, 2010; GUERRIERO *et al.*, 2016).

Permite avaliar a morfologia do ovário e a presença de líquido livre na cavidade pélvica.

A utilização do Doppler auxilia na análise do fluxo sanguíneo anexial, distinguindo entre

lesões vasculares ativas e processos benignos estáticos.

Principais Achados Ultrassonográficos

Os achados variam conforme o momento do sangramento:

Cisto com conteúdo heterogêneo: áreas ecogênicas internas, formando padrões característicos como “teia de aranha” ou “rede de fios finos”.

Ausência de fluxo central ao Doppler: sugere material hemático, diferenciando de lesões sólidas ou neoplásicas.

Coágulos aderidos à parede: visualizados como áreas hiperecogênicas.

Líquido livre na pelve ou abdome: corresponde ao extravasamento de sangue; volumes maiores indicam hemoperitônio significativo, **Figura 21.1**.

A associação entre imagem de cisto hemorrágico e presença de líquido livre é altamente sugestiva de ruptura.

Figura 21.1 Ultrassom



Legenda: Ruptura de cisto hemorrágico ovariano vista no Ultrassom, presença de líquido livre e ovários aumentados. **Fonte:** ANAN, 2025.

Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética: Indicações e Limitações

Embora a ultrassonografia seja o exame de eleição, outros métodos podem ser necessários em situações específicas:

Tomografia Computadorizada (TC):

Útil quando a ultrassonografia é inconclusiva ou quando há necessidade de descartar outras causas de abdome agudo, como apendicite ou diverticulite.

Permite quantificação mais precisa do hemoperitônio (CLEVELAND CLINIC, 2020), **Figura 21.2**.

Figura 21.2 Tomografia Computadorizada



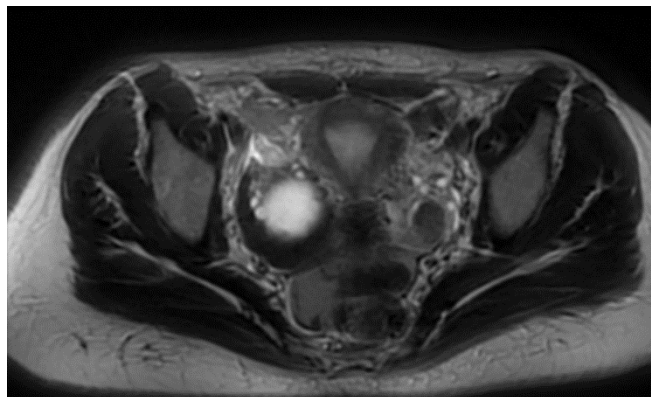
Legenda: TC de ruptura de cisto hemorrágico de ovário, com coleção densa ao redor de ovário esquerdo. **Fonte:** SABER, 2025.

Ressonância Magnética (RM):

Tem maior acurácia na caracterização tecidual e pode diferenciar cistos hemorrágicos de endometriomas e neoplasias ovarianas. **Figura 21.3**.

Indicado em casos eletivos ou complexos, quando há dúvida diagnóstica persistente (KIM *et al.*, 2019).

Figura 21.3 Ressonância Magnética



Legenda: RM de cisto ovariano hemorrágico roto com presença de hemoperitônio. **Fonte:** IBRAHIM, 2025.

Entretanto, tanto TC quanto RM apresentam menor aplicabilidade em contextos de urgência pela menor disponibilidade, maior custo e, no caso da TC, pela exposição à radiação.

Diagnósticos Diferenciais

A ruptura de cisto hemorrágico compartilha sinais e sintomas com diversas outras condições ginecológicas e não ginecológicas. O diagnóstico diferencial adequado é fundamental para evitar atrasos na intervenção em situações potencialmente graves.

Gravidez Ectópica Rota

É o principal diagnóstico diferencial e o de maior gravidade, devido ao risco de choque hemorrágico (BARNHART, 2012).

Clínica: dor abdominal aguda, atraso menstrual, sangramento vaginal escuro e sinais de instabilidade hemodinâmica.

Exame físico: dor à palpação pélvica e sinal de irritação peritoneal.

Laboratório: beta-hCG positivo.

Imagem: pode revelar massa anexial, ausência de gestação intrauterina e líquido livre na pelve.

O beta-hCG é, portanto, essencial para a diferenciação entre essas duas entidades.

Torção Anexial

Ocorre quando há rotação do pedículo ovariano, levando à obstrução vascular (WHITE *et al.*, 2019) **Figura 21.4**.

Clínica: dor pélvica súbita, intensa, unilateral, frequentemente associada a náuseas e vômitos.

Exame físico: dor exacerbada à palpação, mas geralmente sem sinais de hemoperitônio.

Imagem: ultrassonografia mostra ovário aumentado de volume, com fluxo sanguíneo ausente ou reduzido ao Doppler.

A torção requer intervenção cirúrgica imediata para preservação do ovário.

Figura 21.4 Torção



Legenda: Macroscopia de cisto hemorrágico causando torção de ovário. **Fonte:** WANI *et al.*, 2023.

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Processo infeccioso que pode simular abdome agudo ginecológico (WORKOWSKI & BOLAN, 2015).

Clínica: dor pélvica de início mais insidioso, febre, leucorreia, dispareunia e sangramento vaginal anormal.

Exame físico: dor à mobilização do colo uterino, sensibilidade anexial difusa.

Laboratório: leucocitose e marcadores inflamatórios elevados.

Imagem: pode mostrar espessamento tubário, abscessos tubo-ovarianos ou líquido livre inflamatório.

Outras Causas Não Ginecológicas de Abdome Agudo

Algumas condições extraginecológicas podem mimetizar o quadro de ruptura de cisto hemorrágico (KIERANS *et al.*, 2012):

Apendicite aguda: dor em fossa ilíaca direita, febre e leucocitose.

Diverticulite: dor em fossa ilíaca esquerda, febre e alteração do hábito intestinal.

Litíase ureteral: dor lombar irradiada para fossa ilíaca, hematúria e cólica intensa.

Doenças gastrointestinais funcionais: como síndrome do intestino irritável, que podem gerar dor inespecífica.

Implicações Diagnósticas na Conduta Clínica

O diagnóstico da ruptura de cisto hemorrágico não se encerra na definição da entidade clínica, mas orienta diretamente a conduta terapêutica. A interpretação integrada da história, exame físico, exames laboratoriais e de imagem é determinante para a escolha entre acompanhamento conservador e intervenção cirúrgica.

Quando Indicar Tratamento Conservador

A conduta expectante é a mais frequentemente adotada, visto que a maioria dos casos é autolimitada. Os critérios que favorecem essa abordagem incluem (LEE *et al.*, 2014):

Estabilidade hemodinâmica da paciente.

Ausência de sinais de irritação peritoneal difusa.

Hemoperitônio discreto ou moderado, sem queda progressiva da hemoglobina.

Dor controlável com analgésicos comuns.

Nessas situações, o tratamento consiste em:

Analgesia adequada.

Repouso relativo.

Monitorização clínica e laboratorial (hemograma seriado).

Acompanhamento ultrassonográfico até a resolução do quadro.

Critérios para Intervenção Cirúrgica

A abordagem cirúrgica deve ser considerada quando há risco de instabilidade ou complicações. Os principais indicadores são (NILSSON *et al.*, 2018):

Instabilidade hemodinâmica (hipotensão persistente, taquicardia).

Queda significativa da hemoglobina em exames seriados.

Hemoperitônio volumoso identificado à imagem.

Dor intensa, refratária a analgesia convencional.

Dúvida diagnóstica, especialmente quando não se pode excluir gravidez ectópica rota ou neoplasia ovariana.

A via cirúrgica pode ser laparoscópica ou laparotômica, dependendo da gravidade do quadro e da experiência da equipe, priorizando sempre a preservação da função ovariana em mulheres jovens (BORRELLI *et al.*, 2016).

A Importância do Diagnóstico Precoce na Redução da Morbimortalidade

O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico é determinante no prognóstico. O reconhecimento rápido da ruptura de cisto hemorrágico permite:

Diferenciar de emergências ginecológicas graves, como gravidez ectópica rota.

Evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias em casos autolimitados.

Reduzir risco de complicações associadas a hemoperitônio volumoso.

Preservar a função reprodutiva da paciente.

Assim, o raciocínio clínico-radiológico integrado deve sempre nortear a conduta, equilibrando segurança, preservação ovariana e minimização de riscos.

CONCLUSÃO

A ruptura de cisto hemorrágico é uma causa frequente de dor pélvica aguda em mulheres em idade reprodutiva e representa um desafio diagnóstico pela semelhança clínica com outras emergências ginecológicas potencialmente graves, como a gravidez ectópica rota e a torção anexial.

O diagnóstico deve ser entendido como clínico-radiológico, baseado na integração entre história clínica, exame físico, exames laboratoriais e métodos de imagem. A ultrassonografia transvaginal com Doppler constitui o exame de escolha, sendo capaz de identificar os achados característicos do cisto hemorrágico e o líquido

livre associado. O beta-hCG sérico é mandatório em todas as pacientes, por permitir a exclusão rápida da gravidez ectópica.

O reconhecimento precoce e preciso do quadro tem impacto direto na conduta clínica. A maioria dos casos pode ser manejada de forma conservadora, desde que a paciente se mantenha estável e sob vigilância clínica e laboratorial. Em contrapartida, a identificação de sinais de instabilidade hemodinâmica, hemoperitônio volumoso ou queda significativa da hemoglobi-

na exige abordagem cirúrgica imediata, com ênfase na preservação da função ovariana sempre que possível.

Portanto, a ruptura de cisto hemorrágico deve ser considerada no diagnóstico diferencial de toda dor pélvica súbita em mulheres jovens. A conduta baseada em diagnóstico rápido, integrado e individualizado é fundamental para garantir segurança, reduzir complicações e preservar a saúde reprodutiva da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAN, R. Ruptured haemorrhagic ovarian cyst. Case study, Radiopaedia.org. Acesso em: 14 set. 2025. DOI: <https://doi.org/10.53347/rID-86342>.
- BARNHART, K. T. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 4, p. 370-378, 2012.
- BORRELLI, G. M. *et al.* Hemorrhagic corpus luteum: Clinical management update. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 207, p. 72-76, 2016.
- CHANG, H. C. *et al.* Hemorrhagic ovarian cyst rupture: CT findings. *Emergency Radiology*, v. 18, n. 5, p. 377-382, 2011.
- CLEVELAND CLINIC. Ovarian Cysts and Rupture. 2020. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9135-ovarian-cysts-and-rupture>. Acesso em: 14 set. 2025.
- GUERRIERO, S. *et al.* Imaging of endometriomas and hemorrhagic ovarian cysts. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 48, n. 3, p. 318-327, 2016.
- IBRAHIM, D. Ruptured haemorrhagic ovarian cyst with haemoperitoneum. Case study, Radiopaedia.org. Acesso em: 14 set. 2025. DOI: <https://doi.org/10.53347/rID-81876>.
- IBRAHIM, D. A rare case of ovarian torsion in premenarcheal age – Case report and review of literature. *ResearchGate*, 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/375858514>. Acesso em: 14 set. 2025.
- JAMIL, S. *et al.* Ruptured hemorrhagic ovarian cyst: an unusual cause of hemoperitoneum. *Cureus*, v. 13, n. 1, e12664, 2021.
- KIERANS, A. S. *et al.* Imaging of acute gynecologic disorders. *Radiographics*, v. 32, n. 6, p. 1483-1500, 2012.
- KIM, S. H. *et al.* Differentiation of hemorrhagic ovarian cysts and endometriomas with MR imaging. *Radiology*, v. 291, n. 3, p. 710-719, 2019.
- LEE, E. J. *et al.* Hemoperitoneum caused by ruptured ovarian cyst: Clinical features and risk factors. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 57, n. 4, p. 323-329, 2014.
- LEVINE, D. *et al.* Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Radiology*, v. 256, n. 3, p. 943-954, 2010.
- NILSSON, C. *et al.* Emergency surgery for gynecologic causes: predictors of outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 97, n. 1, p. 70-77, 2018.
- OKAI, T. *et al.* Transvaginal sonographic appearance of hemorrhagic functional cysts of the ovary. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, v. 51, n. 1, p. 33-37, 2001.
- SABER, M. Ruptured ovarian haemorrhagic cyst. Case study, Radiopaedia.org. Acesso em: 14 set. 2025. DOI: <https://doi.org/10.53347/rID-89358>.
- SECKIN, B. *et al.* Hemorrhagic ovarian cyst in women receiving anticoagulants: case series and review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 27, n. 6, p. 1212-1216, 2020.
- WHITE, M. *et al.* Adnexal torsion: Clinical and imaging features. *Radiographics*, v. 39, n. 2, p. 475-490, 2019.
- WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recommendations and Reports*, v. 64, n. RR-03, p. 1-137, 2015.