

# Capítulo 17

## SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

**GABRIELA SAYÃO ARAUJO MANSO<sup>1</sup>**  
**ANNA BEATRIZ ZAPALOWSKI GALVÃO<sup>1</sup>**  
**RODRIGO PIRES LACERDA<sup>1</sup>**  
**ANNA JÚLIA ARRAES ALVES DE SOUZA<sup>1</sup>**  
**JÚLIA LIMA ROCHA DA SILVA<sup>1</sup>**  
**INGRIDY MARIA OLIVEIRA FERREIRA<sup>2</sup>**  
**GABRIELA QUEIROZ CAMPELO<sup>2</sup>**  
**PAOLINNE LIMA SILVA<sup>3</sup>**

1. Discente - Centro Universitário de Brasília
2. Discente - Centro Universitário de Brasília
3. Orientador

*Palavras-chave:* Sangramento Uterino Anormal; PALM-COEIN; Menorragia

## INTRODUÇÃO

Sangramento uterino anormal (SUA) é definido como um sangramento, proveniente do corpo uterino, em mulheres que não estejam grávidas, que apresente alteração em frequência, volume, regularidade ou duração<sup>1</sup>. De maneira que, essas modificações provoquem repercussões físicas, emocionais, sociais ou materiais na vida da mulher<sup>1,2</sup>.

A prevalência do SUA apresenta grande variabilidade de acordo com a faixa etária da mulher. Existe uma dificuldade na avaliação e mensuração do volume do sangramento para fins diagnósticos por parte dos médicos, pela falta de precisão das informações colhidas durante a entrevista. Contudo, estima-se que, aproximadamente um terço das mulheres sejam afetadas<sup>3</sup>.

Existe uma variedade de etiologias que podem provocar o SUA, que foram classificadas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) pelo acrônimo *PALM COEIN*, sendo divididas em causas estruturais e não estruturais. As etiologias estruturais correspondem à: (P) Pólipo Uterino, (A) Adenomiase, (L) Leiomioma e (M) Malignidade. Enquanto as causas não estruturais são: (C) Coagulopatias, (O) distúrbios da Ovulação, (E) disfunção endometrial, (I) Iatrogenia e (N) Não classificadas anteriormente. Vale ressaltar que essa classificação pode ser utilizada somente após excluir causas de sangramento relacionado à gravidez<sup>1</sup>.

## ETIOLOGIAS

### Pólipos

O pólipo uterino é definido como uma hipertrofia do tecido glandular com projeção digitiforme. É necessário levar em

consideração a quantidade, o tamanho e a localização dos pólipos. Em sua superfície ocorre uma fragilidade vascular, associada à microerosões e à inflamação crônica, que facilitam o processo do sangramento<sup>4,5</sup>.

### Adenomiase

A adenomiase é caracterizada pela invasão benigna do endométrio no miométrio, podendo aumentar o volume uterino. O sangramento pode ocorrer por aumento da vascularização miometrial, dificuldade nas contrações do miométrio ou aumento volumétrico<sup>4,5</sup>.

### Leiomioma

Leiomiomas são tumores de células musculares lisas e tecido conjuntivo, que formam nódulos densos. Existe uma expressão elevada de fatores angiogênicos, fator de crescimento do endotélio vascular, fator ligante da heparina e fator de crescimento derivado das plaquetas. Assim como nos pólipos, varia de acordo com tamanho, número, localização e vascularização<sup>4,5</sup>.

### Malignidade

As malignidades devem ser consideradas em todas as etapas da vida, porém, sua incidência aumenta no período perimenopausa. No caso do câncer de endométrio, deve-se suspeitar quando há sangramento profuso após a menopausa. O adenocarcinoma é o tipo mais comum de malignidade endometrial, e os fatores de risco envolvidos são obesidade, diabetes, hipertensão e o uso prolongado de estrogênios. O câncer de colo uterino também pode causar SUA, que ocorre de forma independente do ciclo menstrual e tem intensidade variável de acordo com o estadiamento do tumor. Também deve ser suspeitado em caso de sinusorragia e de sangramento após a menopausa<sup>4,5</sup>.

### **Coagulopatias**

A principal alteração de coagulação que provoca SUA é a doença de von *Willebrand* (DVW), porém outras causas são hemofilia, disfunções plaquetárias, púrpura trombocitopênica e coagulopatias devido à leucemia, anemia aplástica, doença/insuficiência renal ou hepática. É comum em jovens com histórico de sangramento abundante desde a menarca e com anemia<sup>4,5</sup>.

### **Distúrbios da Ovulação**

Sangramentos anovulatórios são mais frequentes no início e no final do período reprodutivo, sendo que a causa mais comum é a Síndrome dos Ovários policísticos (SOP). Pode-se considerar também sangramentos irregulares devido à disfunções como insuficiência do corpo lúteo e o encurtamento da fase folicular da pré-menopausa<sup>5</sup>.

### **Disfunção Endometrial**

Distúrbios endometriais alteram a hemostasia deste órgão decorrente de uma resposta inflamatória que gera deficiência na vasoconstrição e produção elevada de plasminogênio. É necessário investigar hiperplasia endometrial e câncer de endométrio a partir da quarta década de vida, em caso de sangramento prolongado, excessivo ou não programado<sup>4,5</sup>.

### **Iatrogenia**

As causas mais comuns de iatrogenia são devidas à terapia hormonal, com fármacos que alteram o endométrio e sistemas intrauterinos medicados ou inertes que agem influenciando na coagulação ou na ovulação e anticoncepcionais hormonais. Além disso, destacam-se anticoagulantes, o ácido acetilsalicílico, os antiepiléticos, os hormônios da tireoide, os antidepressivos, o

tamoxifeno e os corticosteroides também interferem<sup>5</sup>.

### **Não Classificadas**

Dentre as etiologias não classificadas, salientam-se os casos sistêmicos raros e as lesões locais as quais podem causar SUA, como por exemplo: malformações arteriovenosas, malformações müllerianas, hipertrofia miometrial e istmocele<sup>5</sup>.

### **Causas não incluídas no PALM-COEIN**

Vale ressaltar a importância de causas não incluídas no sistema *PALM-COEIN*, como algumas doenças sistêmicas que podem cursar com SUA. São exemplos: amiloidose, insuficiência hepática, cirrose, insuficiência renal, hipotireoidismo e disfunção adrenal<sup>5</sup>.

## **QUADRO CLÍNICO**

O SUA é caracterizado pelo fluxo menstrual que possui alteração no volume, na duração ou na frequência em comparação ao sangramento fisiológico, tendo pelo menos um desses parâmetros aumentados. O sangramento uterino normal é caracterizado por fluxo menstrual com duração de 3 a 8 dias, ciclo entre 24 a 38 dias e com perda sanguínea de 5 a 80 mL, sendo subjetivo e sendo considerado fisiológico o volume que não interfere na vida da mulher. Na maior parte dos casos, os sintomas são intermitentes, recorrentes e com fluxo de sangue de pequena ou média intensidade. Porém, há casos em que há sangramento intenso, gerando repercussões hemodinâmicas, necessitando de intervenção imediata para estabilização da paciente<sup>4</sup>.

Além disso, é caracterizado por sangramento excessivo que afeta a paciente e sua qualidade de vida em aspectos físicos, emocionais e sociais. Em casos de cronicidade, o sangramento pode gerar repercussões

médicas e psicológicas mais graves, podendo gerar casos subsequentes de anemia ferropriva<sup>4</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Para elucidação diagnóstica é preciso excluir a hipótese de gravidez, e identificar a doença subjacente. Para descartar a suspeita de gravidez, é feito um exame laboratorial da dosagem sérica de gonadotrofina coriônica humana  $\beta$  ( $\beta$ -hCG)(6). Uma vez dada a negatividade do teste, deverá ser realizada uma anamnese e um exame físico bem feitos, para identificar a etiologia do sangramento.

O exame físico é de suma importância, visto que muitos sangramentos podem ser localizados por meio do exame especular<sup>1</sup>. Feito isto, exames como ultrassonografia, biópsia endometrial e histeroscopia são utilizados para confirmar ou descartar causas estruturais, baseados no acrônimo *PALM-COEIN*<sup>6</sup>. Além disso, a solicitação de exames como testes de função tireoidiana, gonadotrofinas, prolactina e investigações de coagulopatias podem elucidar as causas não estruturais do SUA e excluir diagnósticos diferenciais (**Tabela 17.1**)<sup>7</sup>.

**Tabela 17.1** Diagnóstico Diferencial

<b>Causas ligadas à gestação</b>	Abortamento tóxico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional
<b>Doenças genitais orgânicas e externas</b>	Úlceras vulvares, traumas, escoriações, vulvites e neoplasias de vulva, vulvovaginites, cervicites, pólipos cervicais, corpo estranho, traumas, neoplasia de vagina, neoplasia de colo uterino, mioma, adenomiose, endometrite e/ou anexite, pólipos endometriais, sarcoma uterino, câncer de endométrio e tumores ovarianos
<b>Doenças sistêmicas</b>	Distúrbios de coagulação, hipotireoidismo, insuficiência renal, insuficiência hepática e diabetes
<b>Causas iatrogênicas</b>	Contraceptivos orais, vaginais, subdérmicos, transdérmicos ou injetáveis; terapia de reposição hormonal; tratamento de hirsutismo; tratamento de endometriose; uso de medicações como tranquilizantes, antidepressivos, psicotrópicos, digitálicos, fenitoína, anticoagulantes, aspirina, clopidogrel, ginko biloba, corticoides e contraceptivos intra-uterinos.

**Fonte** Adaptado pelos autores a partir de BRENNER, P. (1996)

## TRATAMENTO

Ao analisar as origens estruturais, percebe-se que existe uma abordagem terapêutica particular para cada origem. Os pólipos uterinos são tratados através de polipectomia histeroscópica no caso de sangramento anormal. A adenomiose geralmente é tratada com histerectomia.

Embora pesquisas mostram que os sintomas podem ser controlados por terapia supressiva caso a mulher possua desejo reprodutivo<sup>1</sup>.

Os miomas podem ser tratados com opções farmacológicas, incluindo os mesmos medicamentos utilizados para diminuir o sangramento de origem não estrutural. Não respondendo à abordagem clínica, deve-se considerar a cirúrgica, avaliando o número, localização, tamanho do mioma uterino e

desejo futuro de engravidar. A abordagem cirúrgica ideal é determinada com base na proporção de componentes submucosos e intramurais. Algumas lesões estão localizadas na cavidade e podem ser removidas simplesmente por histeroscopia, enquanto componentes intramurais devem ser submetidos a laparoscopia. Para miomas muito grandes, análogos de GnRH podem ser usados antes da cirurgia. Se a miomectomia não for possível ou a preservação da fertilidade não for desejada, a histerectomia é necessária para controlar o sangramento uterino anormal. Em certos casos de miomas uterinos que requerem preservação da fertilidade ou em casos de adenomiose grave, a técnica de embolização da artéria uterina pode ser utilizada<sup>1</sup>.

Para o tratamento de etiologias não estruturais o objetivo se baseia em obter uma estabilidade endometrial ou controlar os fatores que provocam a descamação e cicatrização do endométrio. Para isso, os medicamentos

utilizados podem ser hormonais, como estrogênio e progestagênio combinados, progestagênio oral cíclico ou contínuo, progestagênio injetável ou Sistema uterino liberador de levonorgestrel, ou não hormonais, incluindo anti-inflamatórios e antifibrinolíticos. Em caso de falha terapêutica, pode-se recorrer a opções cirúrgicas como ablação do endométrio ou histerectomia<sup>1</sup>.

Nos casos de SUA agudo, com perda sanguínea acentuada, que cursa com anemia ou hipovolemia, é necessário primeiramente obter a estabilização hemodinâmica, empregando soluções cristalóides ou colóides. Em algumas situações, pode haver necessidade de transfusão sanguínea. Além disso, é de extrema importância estancar o sangramento, que pode ser realizado por meio de estrogênio endovenoso, contraceptivo oral combinado monofásico em multidoses, progestagênio oral em multidoses ou ácido tranexâmico<sup>1,9</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 7, 2017. Sangramento Uterino Anormal. 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 fev. 2024.
2. BENETTI-PINTO, C. *et al.* Abnormal Uterine Bleeding. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 39, n. 07, p. 358–368, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1603807
3. MUNRO, M. G.; CRITCHLEY, H. O. D.; FRASER, I. S. 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. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 143, n. 3, p. 393–408, 2018. DOI: 10.1002/ijgo.12666
4. FERNANDES, CESAR EDUARDO; SILVA DE SA, MARCOS FELIPE. *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda Brasil, 2018.
5. LIAO, ADOLFO. *Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente 2a ed.* Editora Manole, 2020. E-book. ISBN 9786555763249.
6. HOFFMAN, BARBARA L. *et al.* *Ginecologia de Williams*. 2 ed. Editora Artmed, 2014. p. 223.
7. WHITAKER, L.; CRITCHLEY, H. O. D. Abnormal uterine bleeding. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 34, p. 54–65, 2016. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012.
8. BRENNER, P. F. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 175, n. 3, p. 766–769, set. 1996. DOI: 10.1016/s0002-9378(96)80082-2.
9. 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. DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.12.012.