

J O R N A D A D E

ATUALIZAÇÃO MÉDICA PILAR

25 e 26 de fevereiro



CREMAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

A thick black L-shaped frame is positioned around the text. It starts at the top left, goes right, then down, then right again, and finally down to the bottom right corner.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Nenhum conflito de interesse para esta apresentação.

Gilza Maria Soares Bulhões Calheiros

CRM-AL 1877.RQE 515

Ginecologia – Obstetrícia

Conselheira CREMAL



Introdução e Epidemiologia

27%

das mulheres em idade
reprodutiva

1/3

De todas as consultas
ginecológicas

70%

Das histerectomias no
mundo

Impacto clínico e social

- Causa frequente de anemia ferropriva e comprometimento da qualidade de vida
- Repercussões físicas, emocionais, sociais

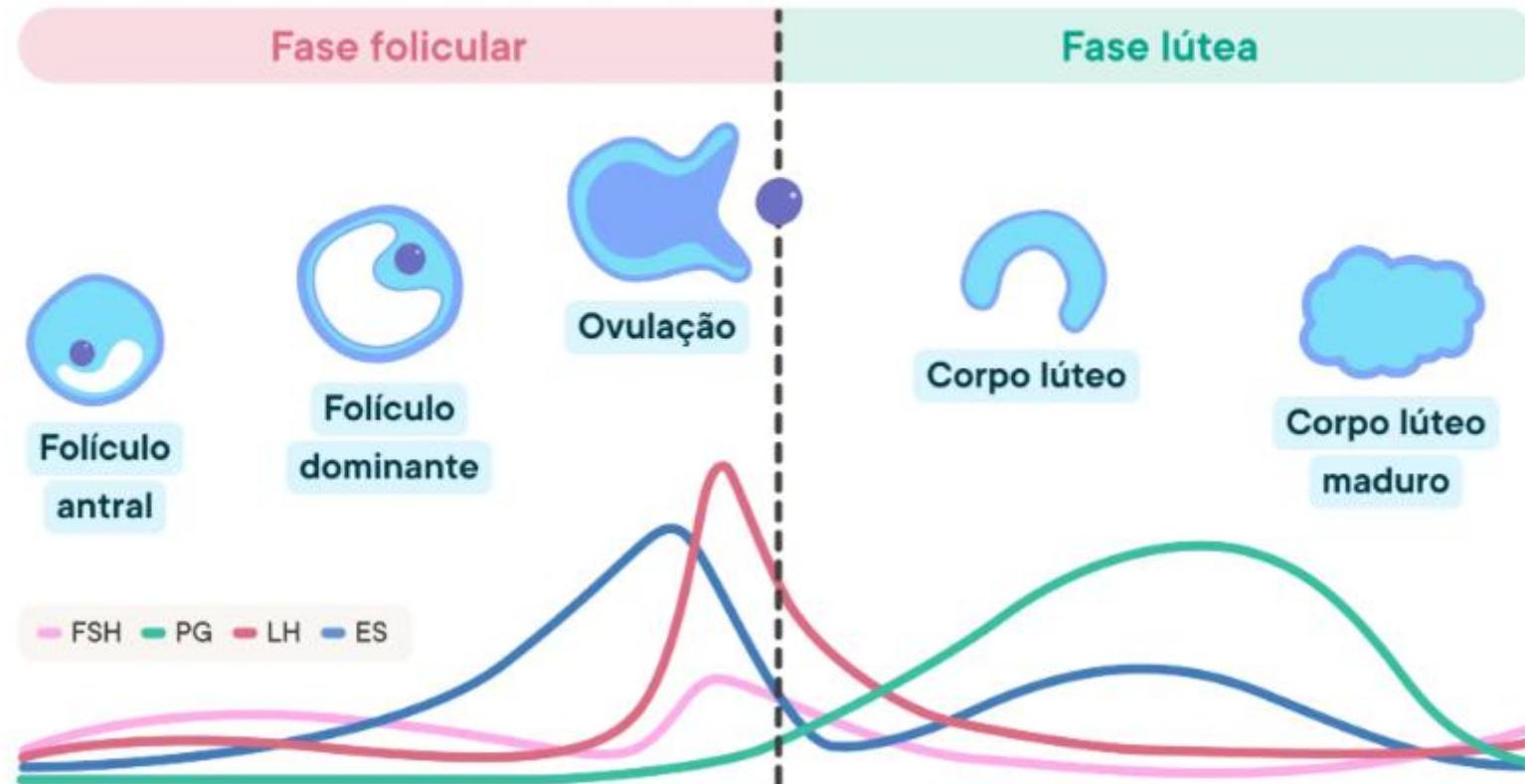
Definição – FIGO 2018

- É definido como qualquer alteração no volume, duração , regularidade ou frequência de sangramento uterino que cause impacto negativo na qualidade de vida da paciente, excluídas causas gestacionais e sistêmicas identificáveis

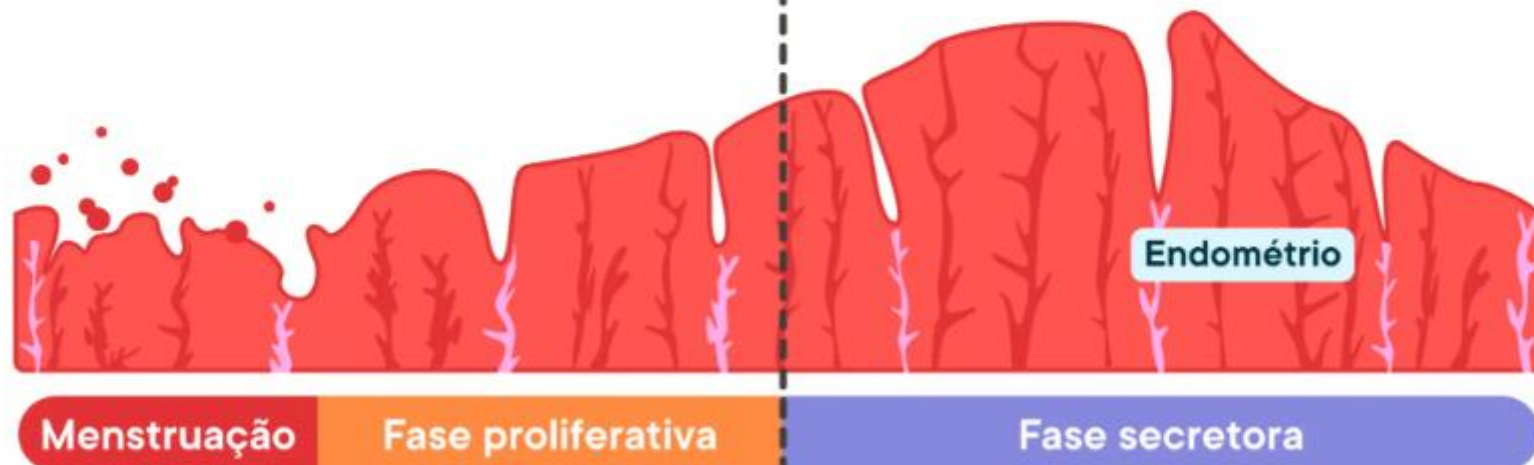
NOMENCLATURA

Parâmetro	Terminologia
Frequência	Ausente (sem sangramento) = amenorréia
	Infrequente (>38 dias)
	Normal (≥ 24 e ≤ 38 dias)
	Frequente (≤ 24 dias)
Duração	Normal (≤ 8 dias)
	Prolongada (≥ 8 dias)
Volume (descrito pela paciente)	Pouco
	Normal
	Muito

Ciclo ovariano



Ciclo uterino



Sangramento uterino normal

Características:

- Tecido Estável
- Queda dos níveis de progesterona



Vasoconstricção Prolongada

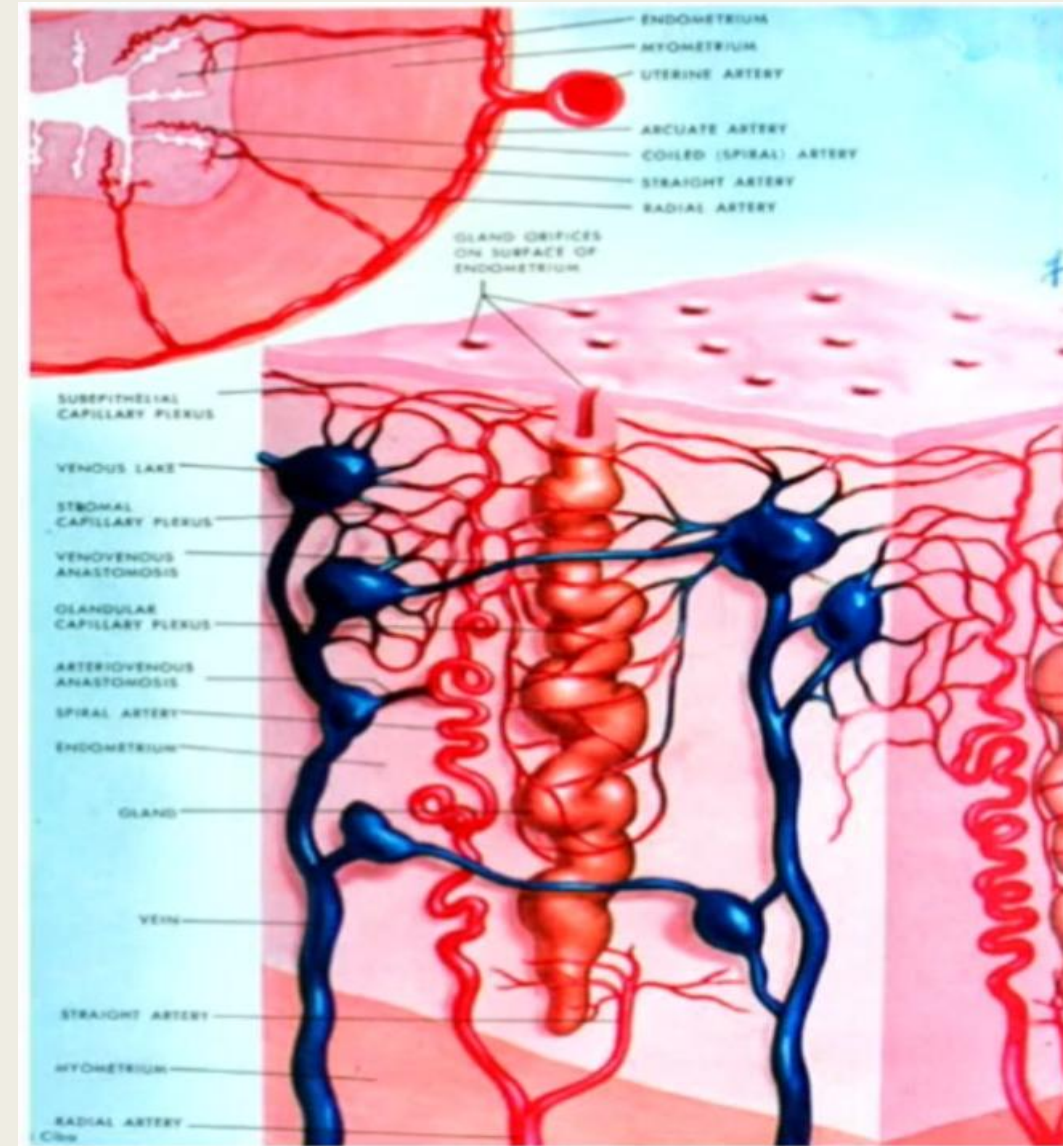


Colapso Tecidual

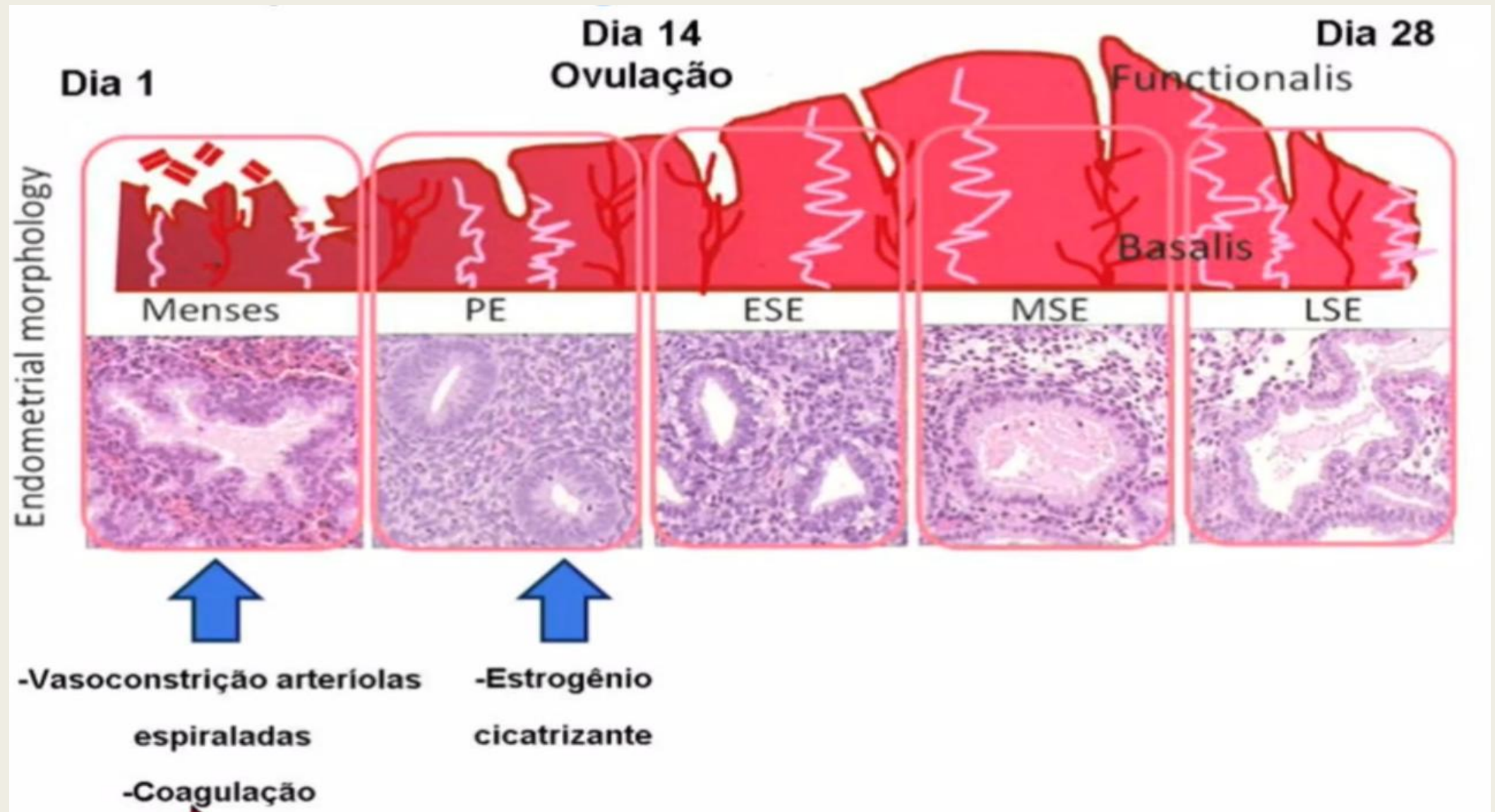


Sangramento Universal

- Estrogênio cicatrizante



Mecanismos locais de parada do sangramento



Possíveis causas do SUA

- Regeneração inadequada
- Vasodilatação / Vasoconstricção inadequada
- Aumento da degradação do coágulo
- Estímulo hormonal inadequado

Mecanismos locais inadequados de parada do sangramento



Classificação

Estruturais

P olyp
A denomyosis
L eiomyoma
M alignancy & hyperplasia



Não estruturais

C oagulopathy
O vulatory dysfunction
E ndometrial
I atrogenic
N ot otherwise classified



Etiopatogenia

Disfunção ovariana

- Anovulação → Deficiência de P → proliferação endometrial sem oposição
- Sangramento irregular, imprevisível e variável em volume

Distúrbio Hemostasia Endometrial

- ↓ TXA2 e endotelina-1 → vasoconstrição inadequada
- ↑ PGI2 e PGE2 → vasodilatação e inibição plaquetária local
- Alterações em VEGF, MMP e sistema fibrinolítico endometrial

Causas Estruturais

- Polipos: hiperplasia focal glandular estromal e vasos frágeis
- Adenomiose: invasão miometrial áreas sangrantes e diminui a contratilidade
- Leiomioma submucoso: distorção cavitária e aumento área endometrial

Coagulopatias

- Doença de von Willebrand: até 13% dos SUA
- Defeitos plaquetários e fatores de coagulação
 - Uso de anticoagulante – Causa iatrogênica frequente.

Diagnóstico

Anamnese Dirigida

- Caracterização do sangramento:
Quantidade(nº de absorventes/dia,
coágulo>2,5 cm)relação com ciclo
 - Histórico Ginecológico
- Rastreio de coagulopatia: menarca
abundante, hematomas fáceis, história
familiar
- Medicamentos : AINEs, anticoagulante

Exame físico

Exame ginecológico

Hemograma

Beta – hCG

TSH

Coagulograma

Rastreio de neoplasia cervical conforme
protocolo vigente

Diagnóstico – Exames complementares de imagem

- 1ª Linha:
 - ✓ Ultrassonografia pélvica/Transvagina
- Complementar
 - ✓ Histerossonografia
- Casos selecionados:
 - ✓ Ressonância Nuclear Magnética
- Padrão Ouro
 - ✓ Histeroscopia + biopsia de endométrio

Tratamento Do Sangramento Uterino Anormal

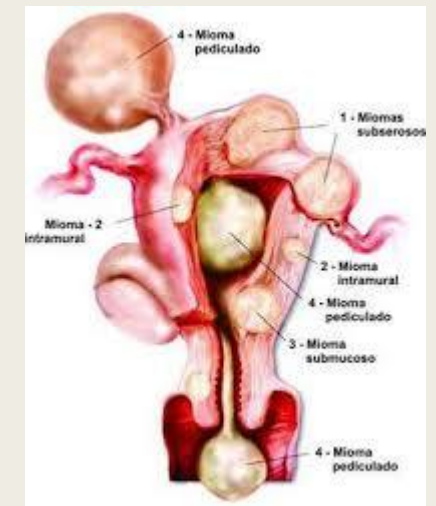
■ Estrutural - PALM

■ Polipo

■ Adenomiose

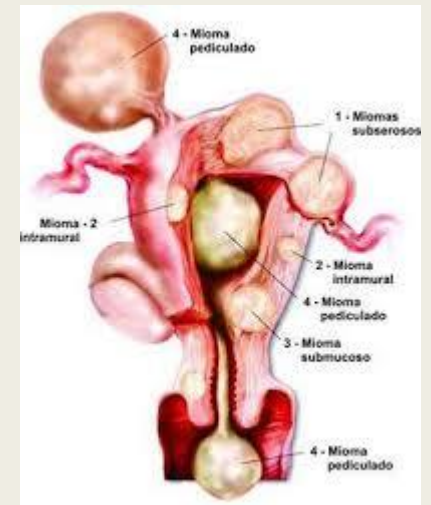
■ Leiomioma

■ Malignidade; hiperplasia



Tratamento Do Sangramento Uterino Anormal

- **Princípio do tratamento**
 - **Indivualização conforme:**
 - Idade e desejo reprodutivo
 - Gravidade do sangramento
 - Anemia associada
 - Tamanho/ localização da lesão
 - Suspeita de malignidade



Tratamento Do Sangramento Uterino Anormal

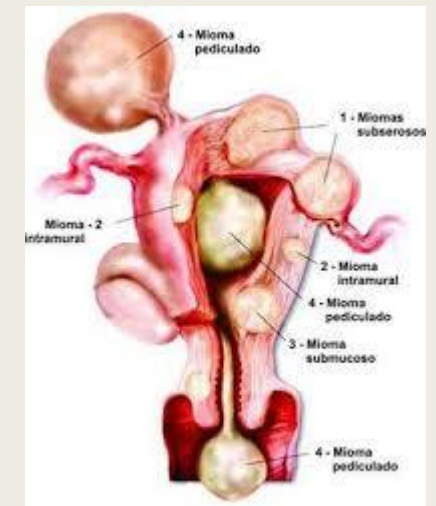
■ Estrutural - PALM

- Polipo
- Adenomiose
- Leiomioma
 - Malignidade; hiperplasia

■ Tratamento medicamentoso(adjuvante ou temporário)

- Progestagênios
- Contraceptivo hormonais combinados
- SIU-LNG
- Análogos d GnRH(uso temporário)
- Ácido tranexâmico

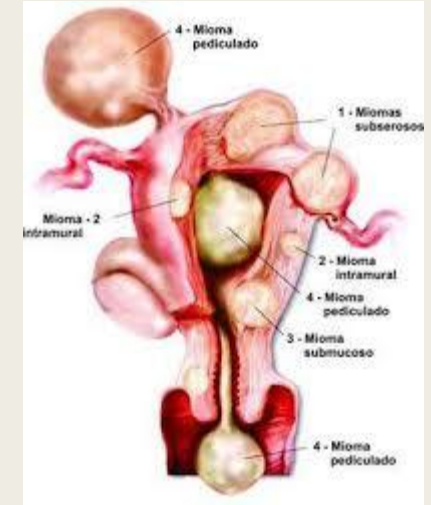
Geralmente não resolve definitivamente quando há lesão estrutural significativa.



Tratamento Do Sangramento Uterino Anormal

■ Estrutural - PALM

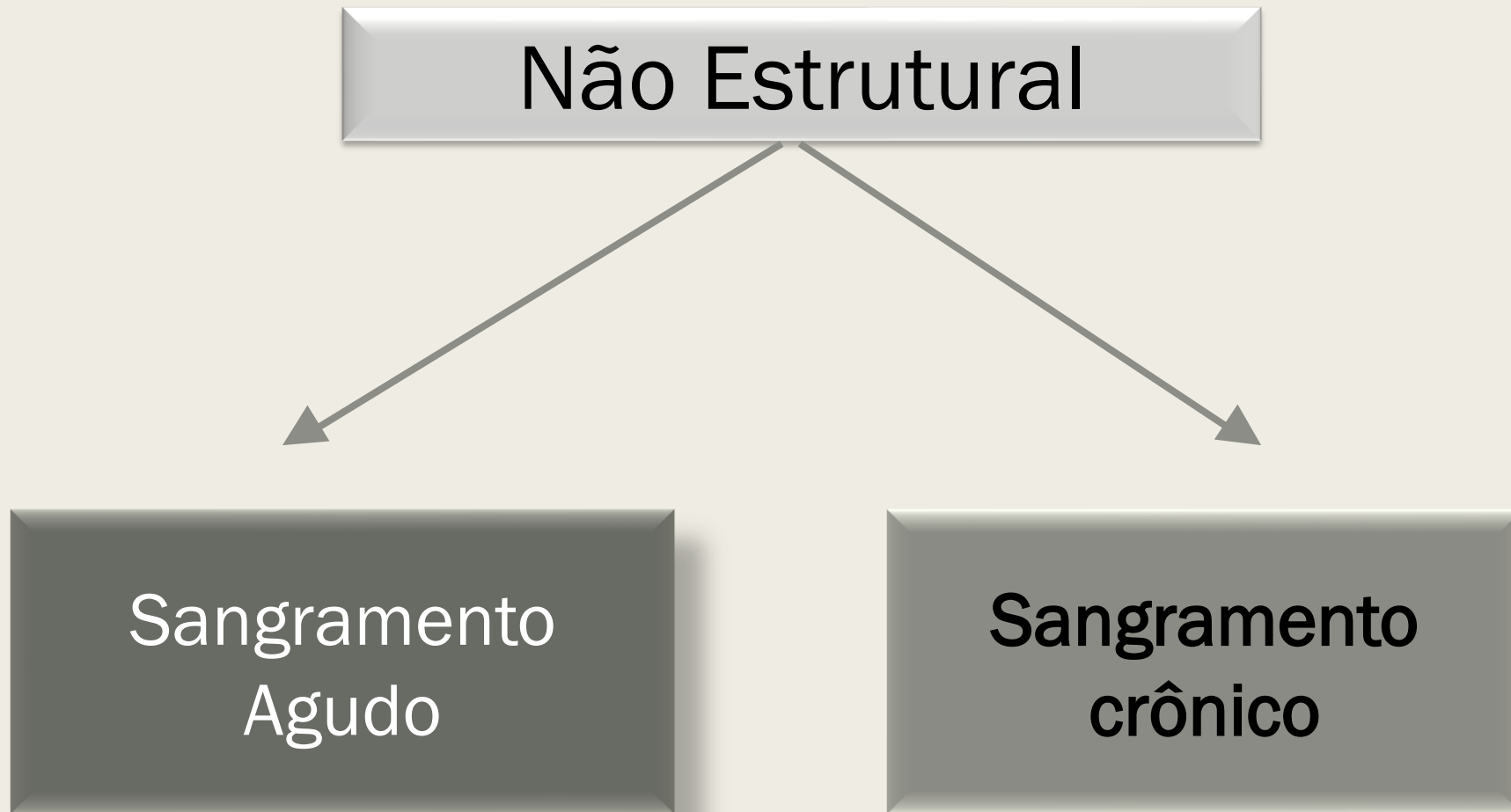
- Polipo
- Adenomiose
- Leiomioma
 - Malignidade; hiperplasia



■ Tratamento Cirúrgico (Definitivo na maioria dos casos)

- Polipectomia histeroscópica
- Miomectomia (histeroscópica, laparoscópica ou laparotômica)
- Ablação endometrial (casos selecionados)
- Histerectomia (falha terapêutica, doença extensa ou malignidade)

Tratamento Do Sangramento Uterino Anormal



Tratamento do Sangramento Uterino Anormal Agudo

- Estabilidade Hemodinâmica
- Recuperação do Estado feral

Facilitar coagulação → E

Vasoconstrição → AINE

Dificultar a fibrinólise → anit-fibrinolítico

Cicatrizar endométrio → E

Regenerar endométrio → E

Estabilizar endométrio → P

Estabilização endometrial-cicatrização

Fase Aguda:

- Estrogênio em altas dose
 - E+P em altas doses
 - P em altas doses
 - Anti-fibrinolítico
 - AINE

Tratamento do Sangramento Uterino Anormal Agudo

Há possibilidade de uso de estrogênios?



Contraceptivo Hormonal combinado 30 -35 mcg de EE



Cicatrizante endometrial
Pró-coagulante

Esquema recomendado (FEBRASGO):

- 1 comprimido VO 8/8h por 7 dias
- Após controle → 1 comprimido/dia até completar cartela
 - Primeira linha na paciente elegível
 - Controle do sangramento em 24-48h

Mecanismo: rápida estabilização endometrial

Nível de evidência: B

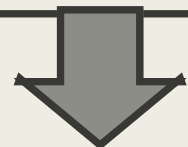
Tratamento do Sangramento Uterino Anormal Agudo

Contraindicação aos estrogênios?



SIM

Progestagênios em Alta doses



Esquema recomendado (FEBRASGO):

Medroxiprogesterona: 20 mg VO 8/8h por 7 dias

ou

Noretisterona: 10 mg VO 12/12h até 30 dias

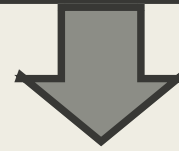
- Preferível em anovulação
- Seguro em risco trombótico

Nível de evidência: B

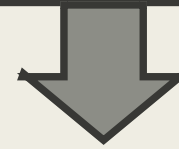
- Estabiliza o endométrio
- Inibe atividade proliferativa
- Inibe angiogênese
- Estimula conversão de E2 → E1

Tratamento do Sangramento Uterino Anormal Agudo

Terapia não Hormonal



Ácido tranexâmico



Esquema recomendado (FEBRASGO)

500–1000 mg VO 8/8h por 3–7 dias

- ✓ Reduz perda sanguínea em 40–50%
- ✓ Pode ser isolado ou adjuvante
- ✓ Não regula ciclo

Nível de evidência: A

Tratamento de Manutenção



AINEs
3-5 dias

**AMP 5 – 10
mg.
Progesterona
micronizada
200 mg /dia
Diidrogesterona
10 mg/
dia
12-14 dias**

**Valerato de
estradiol +
P (AMP, lng,
micronizada
ou
diidrogesterona**

**DIU – LNG
52 mg**

**Contraceptivos
orais :
Combinado
cíclico
Combinado
estendido
Progestagenios**

**Antifibrinolíticos
orais
500 a 1000
de 8/8 h**

Obrigada 



