

# GINECOLOGIA

- ♥ **Síndromes Sexualmente Transmissíveis ..... Pág 3**
  - Vaginose Bacteriana
  - Candidíase
  - Tricomoniase
  - Vaginose Citolítica
  - Vaginite atrófica
  - Cervicite
  - Bartolinite
  - Doença Inflamatória Pélvica
  - Corrimento Uretral
  - Úlcera Genital: Herpes, Cancro Mole, Sífilis, Linfogranuloma, Donovanose
  - Violência Sexual
  
- ♥ **Oncologia ..... Pág 8**
  - Derrame papilar
  - Nódulo palpável
  - Patologias benignas: Fibroadenoma, Tumor Filoides, Esteatonecrose, Alteração Funcional Benigna da mama
  - Câncer de Mama
  - Câncer de Ovário
  - Câncer de Colo Uterino
  - Câncer de Vulva
  - Câncer de Endométrio
  
- ♥ **Incontinência Urinária | Distopias | Ciclo Menstrual ..... Pág 19**
  - Incontinência de Esforço
  - Bexiga Hiperativa
  - Síndrome da Bexiga Dolorosa
  - Prolapso uterino | de cúpula | anterior | posterior
  
- ♥ **Amenorreia e Infertilidade ..... Pág 24**
  - Investigação da Amenorreia Primária
  - Síndrome de Turner
  - Síndrome de Rokitansky
  - Síndrome de Morris
  - Síndrome Ovário Policístico
  - Infertilidade
  
- ♥ **Sangramentos Ginecológicos Benignos ..... Pág 29**
  - Causas Estruturais e Não Estruturais
  - Pólipo
  - Mioma
  - Adenomiose
  - Endometriose

♥ <b>Anticoncepcional .....</b>	<b>Pág 32</b>
▪ DIU	
▪ Hormonais Sistêmicos	
▪ Combinado (Estrogênio + Progesterona)	
▪ Emergencial	
▪ Contracepção Cirúrgica	
♥ <b>Climatério e Osteoporose .....</b>	<b>Pág 34</b>

## SÍNDROMES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### ⇒ CORRIMENTO VAGINAL

#### >> BAIXO

- Vulvovaginite Infecciosas: Vaginose, Candidíase, Tricomoníase
- Cervicite

#### >> ALTO

Doença  
Inflamatória  
Pélvica

### VAGINOSE BACTERIANA

Desequilíbrio da flora, ↑ população de anaeróbios

**Agente:** *Gardnerella vaginalis*

**Causa:** ducha vaginal, sêmen, sexo oral



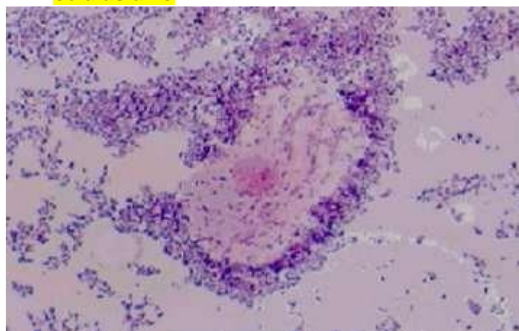
#### CLÍNICA

- Odor fétido que piora após o coito e menstruação (situações q tem o pH + alcalino e facilita a volatilização das aminas)
- Corrimento acinzentado e homogêneo.

#### DIAGNÓSTICO

3 de 4 critérios de **AMSEL**

1. Cor do corrimento: branco-acinzentado, branco, homogêneo, fino
2. pH da vagina > 4,5 (alcalino)
3. Teste das aminas – Whiff teste + (odor insuportável | peixe podre)
4. Microscopia (exame a fresco) – **Clue cells** | **células alvo**



Segundo o Ministério da Saúde (MS): Bacterioscopia Padrão Ouro Nugent (gram)

#### TRATAMENTO

Via Oral: Metronidazol 500 mg VO 12/12 hs x 7 dias  
Creme Vaginal: Metronidazol, gel vaginal, 1 aplicador x 5 noites

#### OBSERVAÇÕES

- Não é DST! Não tem que tratar parceiro.
- Se VO → **EFEITO ANTABUSE**. Não ingerir álcool na vigência do tratamento e até 24-48hrs após o término.

- Efeito dissulfiram-like (náuseas e gosto metálico na boca)

- Na gestação = tratar com metronidazol VO

- Somente o encontro de *Gardnerella* no preventivo = não é necessário tratar se não houver sintomas.

### CANDIDÍASE

**Agente:** *Candida albicans*

**Fatores predisponentes:** Gravidez, Obesidade, Uso de ACO de alta dose de estrogênio, Corticoides, imunossupressores, imunodeficiência, Estresse, contato com alérgenos ou irritantes, Hábitos de higiene e vestuário, Antibióticos, DM descompensado

#### CLÍNICA

Corrimento: grumoso, branco, sem odor, aderido  
Prurido, disúria, dispareunia, edema e hiperemia

#### DIAGNÓSTICO

Prurido, corrimento branco aderido, em nata, pH < 4,5 e **Pseudo-hifas**.



#### TRATAMENTO

Miconazol 7 noites/ Nistatina 14 noites ou Fluconazol 150 mg VO (+ na recorrente)

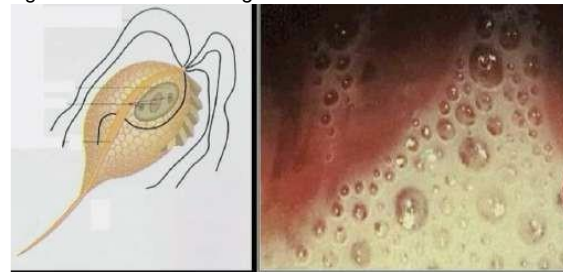
Se candidíase recorrente: Fluconazol VO 1 comp por dia nos dias 1, 4 e 7 e após 1 comp x semana x 6 meses  
É considerado Candidíase recorrente se ≥ 4x/ ano

#### OBSERVAÇÕES

- GESTANTE SEMPRE TRATAMENTO TÓPICO
- Não tratar parceiro (a menos que ele tenha sintomas)
- Não tratar preventivo

### TRICOMONÍASE

**Agente:** *Trichomonas vaginalis*



#### CLÍNICA

Corrimento abundante, bolhoso, com mau cheiro e purulento. Assim como a vaginose, também tem um odor bem fétido.

Irritação, hiperemia, prurido, colpíte (aspecto framboesa).

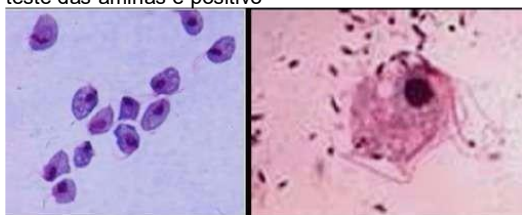
Quando pinta com o lugol (sol. Iodetada): assume o aspecto em tigre/pele de onça



#### **DIAGNÓSTICO**

Corrimento amarelo esverdeado, bolhoso, pH > 5, colo em framboesa, **protozoário móvel**.

**OBS:** "Obviamente se tem um odor desagradável, o teste das aminas é positivo"



#### **TRATAMENTO**

Metronidazol 500 mg VO 12/12 hs x 7 dias ou 2 gr VO DU

#### **OBSERVAÇÕES**

Tratamento TEM QUE SER VIA ORAL! CREME NÃO PODE!

Não pode ser creme vaginal pois não atinge nível terapêutico nem na uretra nem na cérvice uterina. Por isso tem que ser VO.

Convocar e tratar parceiro

Rastrear outras DSTs

Se tem *Trichomonas* no preventivo = tratar!

#### **✕ DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

##### **\* VAGINITE DESCAMATIVA**

Vaginite inflamatória descamativa – um tipo de corrimento vaginal volumoso e abundante.

Sem causa conhecida

Presença de *Streptococcus beta-hemolítico* (70%)

#### **>> CLÍNICA**

Eritema, dispareunia e corrimento purulento

+ comum na perimenopausa e pós-menopausa

Não tem sinal de Cervicite nem de DIP

Vaginite purulenta crônica na ausência de processo inflamatório cervical ou do trato genital superior.

#### **>> DIAGNÓSTICO**

Conteúdo vaginal purulento em grande quantidade

pH vaginal > 4,5

Perda de lactobacillus e presença de outras bactérias

#### **>> TRATAMENTO**

Clindamicina, creme vaginal 2%, 1 aplicador x 14 dias

Ou Clindamicina + Hidrocortisona, creme

##### **\* VAGINOSE CITOLÍTICA**

Com clínica semelhante a candidíase, sendo importante pesquisar quando a mulher tem coceiras constantes, queimação e corrimento branco que vão e

voltam, mas que não melhoram com o tratamento para candidíase.

#### **>> DIAGNÓSTICO**

Leucorreia, prurido, pH < 4,5

Sem patógenos à microscopia, **aumento de lactobacilos** e citólise.

#### **>> TRATAMENTO**

Alcalinizar com bicarbonato (30 a 60 gr) – Ducha vaginal – 2 a 3x por semana até melhorar

##### **\* VAGINITE ATRÓFICA**

#### **>> DIAGNÓSTICO**

Corrimento amarelado, prurido, pH > 5

Sem patógenos à microscopia, ↑ polimorfonuclear e de células basais e parabasais

#### **>> TRATAMENTO**

Estrogênio tópico

##### **\* CANDIDÍASE ATÍPICA**

Agente: *Candida glabrata* ou *Candida tropicalis*

#### **>> TRATAMENTO**

Ácido Bórico de 600 mg x 7 a 14 dias

Óvulo vaginal

Vulvovaginite	Corrimento	Exames	Tratamento
VAGINOSE	Acinzentado, homogêneo	Clue-cells	Metronidazol
CANDIDÍASE	Branco, nata, aderido	Pseudo-hifas, esporos	Imidazólicos, fluconazol
TRICOMONÍASE	Amarelo-esverdeado, bolhoso	Protozoário móvel	Metronidazol

### **CERVICITE**

**Agente:** Gonococo e Clamídia

**Fatores de risco:** transmissão sexual (IST)

#### **>> DIAGNÓSTICO**

Corrimento cervical, colo hiperemiado, friável, sinusorragia e dispareunia

#### **>> TRATAMENTO**

Ceftriaxone 500 mg IM DU (mata gonococo) + Azitromicina 1 gr VO DU (mata clamídia)

- Alternativa a Azitromicina é a Doxiciclina

### **BARTOLINITE**

**Agente:** Gonococo e clamídia e outros

#### **>>TRATAMENTO**

Drenagem (↑ recorrência), marsupialização e bartolinectomia

## DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Agentes Primários: Gonococo e Clamídia  
Depois vira Polimicrobiano: U. urealyticum, Gardnerella vaginalis.

**FATORES DE RISCO:** Coitardia precoce, IST prévia, DIP prévia, parceiro com IST.

### >> DIAGNÓSTICO

#### 3 CRITÉRIOS MAIORES ou MÍNIMOS:

- DOR hipogástrica
- DOR anexial
- DOR a mobilização do colo

#### + 1 CRIT MENOR ou ADICIONAL:

- Febre
- Leucocitose
- VHS/ PCR ↑
- Cervicite

#### OU 1 CRITÉRIO ELABORADO:

- Endometrite (na biópsia)
- Abscesso tubo-ovariano ou no fundo do saco
- DIP na laparoscopia

### >> TRATAMENTO

#### AMBULATORIAL → MONIF 1

- Ceftriaxone 500 mg IM dose única +
  - Metronidazol 500 mg VO 12/12 hs x 14d +
  - Doxiciclina 100 mg VO 12/12 hs 14d
- **SEMPRE** reavaliar em 48-72 hs

#### HOSPITALAR → MONIF > 1

Gestantes

Sem melhora após 72 hs

**MS:** Ceftriaxone IV + metronidazol IV + doxiciclina VO 14d

**Opção:** Clindamicina IV e Gentamicina IV

**OBS:** Realizar Tratamento do parceiro independente da gravidade do quadro que a paciente apresentar!

#### CLASSIFICAÇÃO DE MONIF:

- Estágio 1: DIP não complicada → **AMB**
- Estágio 2: DIP com peritonite → **HOSP**
- Estágio 3: Oclusão trompa/ Abscesso → **HOSP**
- Estágio 4: Abscesso > 10 cm ou roto → **HOSP + CIR**

### COMPLICAÇÕES

#### > PRECOSES

- Abscesso tubo-ovário
- Fase aguda da Sínd de Fitz-Hugh Curtis
- Óbito

#### > TARDIAS:

- Sínd Fitz-Hugh Curtis → aderências em corda de violino



- Infertilidade
- Dor pélvica crônica
- DIP a recorrência
- Gravidez ectópica
- Dispareunia

## CORRIMENTO URETRAL

URETRITE = CERVICITE

Gram disponível?

→ Diplococo Gram neg. intracelular

- Se - → Tratar para: Clamídia

- Se + → Tratar para: Gonococo e clamídia

Se é DST clássica convoca parceiros, trata parceiros

## ÚLCERA GENITAL

AVALIAR:

### • MÚLTIPLAS?

**SIM:** Herpes / Cancro / Donovanose

**NÃO:** Linfogranuloma / Sífilis

### • DOLOROSAS?

**SIM:** Herpes (limpa) / Cancro (suja)

**NÃO:** Linfogranuloma/ Sífilis/ Donovanose

### • FISTULIZAÇÃO LINFONODOS?

**SIM:** Cancro (único) / Linfogranuloma (múltiplos)

**NÃO:** Herpes / Sífilis / Donovanose

<u>Lesões</u>	<u>Sem</u>	<u>Dor</u>
<u>Linfogranuloma</u>	<u>Sífilis</u>	<u>Donovanose</u>

## HERPES

**Agente:** Herpes simplex (sorotipo 2)

### >> DIAGNÓSTICO

Vesículas e úlceras dolorosas e limpas;

Adenopatia dolorosa que não fistuliza;

*Teste de Tzanck, imunofluorescência direta e sorologia*

Exame Citopatológico de herpes: Células multinucleadas e Núcleos com aspecto de vidro fosco

### >> TRATAMENTO

Aciclovir 400 mg 3x/dia x 7 dias (1ª vez) ou por 5 dias (recorrência)

- Supressivo por 6 meses se tem ≥ 6 ep/ ano

### >> OBSERVAÇÃO



Lesão herpética ativa em trabalho de parto = CESÁREA – Indicação Absoluta

## CANCRO MOLE

**Agente:** Haemophilus ducreyi



### >> DIAGNÓSTICO

Múltiplas úlceras; doem; fundo sujo; adenopatia que fistuliza por 1 único orifício.

### >> TRATAMENTO

Azitromicina 1g DU VO ou Ceftriaxone 500 mg IM

**Convoca parceiro, rastreia parceiro, procura outras DSTs**



## SÍFILIS

Também conhecido como Cancro Duro | Protossifiloma  
Agente: *Treponema pallidum*

### FORMAS CLÍNICAS

#### >> Primária:

CANCRO DURO: úlcera única, indolor que some em 4-6 semanas e adenopatia que não fistuliza

#### >> Secundária:

CONDILOMA PLANO e cutaneomucosa não ulcerada  
Roséola, sífilides, madarose



>> Terciária: Gomas, tabes dorsalis, aneurisma aórtico, artropatia de charcot



### DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

→ Treponêmico (teste rápido): positiva 1º

→ Não treponêmico (VDRL): positiva 1-3 semanas

**VDRL → é para rastreio e seguimento**

**FTA-ABS (+) = tem ou teve sífilis**

RECOMENDAÇÃO MS: solicitar os 2 p/ diagnóstico  
MINISTÉRIO DA SAÚDE: gestantes com teste +, iniciam tratamento e fazem sorologia confirmatória, diferente da 1ª.

Ex: se 1º foi VDRL o 2º deve ser treponêmico

Padrão ouro na 1ª fase é **campo escuro**.

VDRL	FTA-Abs	INTERPRETAÇÃO
-	-	Não é sífilis ou é janela imunológica
-	+	Sífilis precoce ou curada
+	-	Falso-positivo
+	+	Sífilis não tratada/ tratada recentemente

### TRATAMENTO

- Penicilina benzatina

- Primária/ Secundária/ Latente recente (< 1 ano): 1 dose de 2,4 milhões UI, IM

- Terciária/ Latente tardia (> 1 ano): 3 doses de 2,4 milhões UI, IM; com intervalo de 1 semana entre as doses

PS: 1,2 em cada glúteo

#### → Alternativa a penicilina:

Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 15 dias se Primária ou Secundária; se Terciária fazer por 30 dias.

### Controle de Cura:

➤ VDRL mensal (obst) e trimestral (gineco)

### Tratamento inadequado gestação:

➤ Incompleto ou com outra droga  
➤ Iniciado há < 30 dias do parto

### OBSERVAÇÕES

GESTANTE → tem que cair a titulação pelo menos de 3-6 meses em 2 diluições.

EX: 1º: 1:64

2º: 1:16

### GESTANTE ALÉRGICA → NÃO TROCA ATB →

Fazer dessensibilização, mas NÃO troca ATB, caso não resolva faz Ceftriaxone, mas é considerado tratamento inadequado.

### >> REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER

Quadro reacional que pode ser observado na sífilis após administração de penicilina, com exacerbação de lesões cutâneas, febre, exantema e artralgias.

Quadro autolimitado

TRATAMENTO: Sintomático

## LINFOGRANULOMA

Agente: *Chlamydia trachomatis* L1, L2 e L3

OBS: Não é o mesmo sorotipo da cervicite e DIP. Aqui os sorotipos são L1, L2 e L3. E na Cervicite/DIP são os de D a K.

### >> DIAGNÓSTICO

Pápula/ úlcera indolor; adenopatia dolorosa fistuliza "bico de regador"



### >> TRATAMENTO

Doxiciclina VO 12/12 hs 14-21 d

### DICA PARA MEMORIZAR

Cervicite

Linfogranuloma

Adenite Fistuliza

Múltiplos Orifícios

Imunofluorescência

Doxiciclina

Azitromicina

## DONOVANOSE

Ag: *Calymmatobacterium granulomatis* – ANTIGO  
*Klebsiela* – ATUAL

### DIAGNÓSTICO

Úlcera profunda, indolor e crônica; biópsia com Corpúsculos de Donovan.



## TRATAMENTO

1. Azitromicina 1g VO 1x/ semana x 21 dias ou
  2. Doxiciclina 100 mg VO 12/12 hs x 21d
- Ou até desaparecer a lesão*

### **RESUMO MS ÚLCERA SEM LABORATÓRIO**

Úlcera < 4 semanas:

- **SEM** vesículas → TRATAR: sífilis/ cancro mole
- **COM** vesículas → TRATAR: herpes genital

## **VIOLÊNCIA SEXUAL**

Notificar vigilância sanitária, se < 18a notificar

### **>> CONTRACEPÇÃO**

Levonorgestrel 1,5 mg VO (até 5d) → SE não usar método de contracepção de alta eficácia

### **>> PROFILAXIA ISTs:**

#### **• VIRAIS**

- **HIV:** Tenofovir + Lamivudina, 1 comprimido conformulado, VO, 1x/dia + Dolutegravir, 1 comp, VO, 1x/dia por 4 semanas (28 dias) → *iniciar em até 72 hs*

- **HBV:** Vacina hepatite B (1ª dose) e Imunoglobulina de 0,06 ml/kg, DU, IM (fazer em lugares ≠) → *Pode realizar em até 2 semanas, sendo melhor em 24-48 horas*

#### **• NÃO VIRAIS:**

- Penicilina Benzatina: 2,4 milhões UI, IM, DU (sendo 1,2 milhões em cada nádega) → **Sífilis**

- Ceftriaxona: 500 mg, IM, DU → **Gonorreia**

- Azitromicina: 1 gr, VO, DU → **Clamídia e Cancro Mole**

- Metronizadol: 2 gr, VO, DU → **Tricomoníase**

**Azitromicina Benzetacil Ceftriaxone**  
(com ou sem metronizadol)

*Em caso de LACERAÇÃO lembrar:*

- Tétano → Vacina (levar em conta o calendário vacinal)

## **♣ VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL**

### **CONDUTA**

- Informar à mãe que há suspeita da criança ter sido vítima de abuso sexual;
- Encaminhar a mãe e a criança para amparo psicológico e social;
- Solicitar sorologia para HIV, sífilis, hepatite B; em caso de resultado negativo para HIV, iniciar profilaxia;
- Notificar o caso ao Conselho Tutelar e facilitar o registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas, com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual.

**REVALIDA 2020** – Uma gestante com 18 anos de idade e 32 semanas de gestação realizou tratamento com penicilina benzatina para sífilis no final do 1º trimestre de gestação. Desde então, não compareceu às consultas de pré-natal porque ficou isolada em casa devido à pandemia da COVID-19. A paciente, então, retorna com resultado de exames mostrando VDRL com aumento de 2 diluições em relação ao título anterior. Nesse caso, a conduta apropriada é:

**RESPOSTA:** repetir o tratamento com penicilina benzatina.

**REVALIDA 2020** – A Agente Comunitária de Saúde (ACS) visitou a casa de uma moradora de 26 anos de idade com suspeita de sofrer violência intradomiciliar pelo companheiro há 6 meses. Na ocasião da visita, o companheiro estava no trabalho, a mãe das crianças negou problemas e disse que elas estavam dormindo, entretanto, os vizinhos têm ouvido brigas frequentes do casal, cujos filhos de 2 e 3 anos de idade choram e gritam muito, além de apresentarem manchas roxas pelo corpo.

Após relato da ACS para a médica da equipe, qual é a conduta adequada para esse caso?

**RESPOSTA:** Programar visita domiciliar, notificar suspeita de violência, acionar o Conselho Tutelar considerando a evidência de agressões.

**REVALIDA 2020** – Uma adolescente com 18 anos de idade chega à UBS com queixa de sinusorragia, dispareunia e corrimento amarelado sem odor e sem prurido. A paciente nega outras queixas. Ao realizar exame físico, os resultados foram os seguintes: PA = 120 x 75 mmHg, pulso = 70 bpm, temperatura axilar = 36,5° C. Seu abdome está plano, flácido e indolor à palpação. Em exame especular, percebe-se corrimento amarelado sem bolhas e sem grumos presentes na vagina e no orifício cervical externo, colo uterino sangrante ao toque e doloroso à mobilização. Seu pH vaginal está próximo de 4,0 e o teste de Whiff deu negativo. Qual é o provável agente etiológico do quadro clínico apresentado por essa adolescente?

**RESPOSTA:** Chlamydia trachomatis

# ONCOLOGIA

**Incidência estimada de Câncer na mulher em 2016:**

1. Mama
2. Colorretal
3. Colo do útero

>> **Câncer mais comum = pele não melanoma**

## ★ MAMA

ASPECTOS CLÍNICOS	CLASSIFICAÇÃO
Sensibilidade Mamária Pré-Menstrual	Mastodínea
Mastalgia	Cíclica, Acíclica, Extramamária
Adensamentos e Cistos	AFBM
Derrame papilar	Galactorreia e DP anormal
Nódulos dominantes	Fibroadenoma Papiloma intraductal Tumor filoides
Doenças Inflamatórias e Infeciosas	Mastites puerperais Esteatonecrose Eczema areolopapilar Abscessos subareolares recidivantes

## DERRAME PAPILAR

Saída de secreção pela papila fora do ciclo gravídico, puerperal e do período de lactação



## TIPOS

>> **Lácteo**

Hiperprolactinemia??

- Gestação
- Prolactinoma
- Medicamentosa

>> **Multicolor** (verde/ amarelo/ marrom)

Alteração funcional benigna da mama e ectasia ductal

>> **Sanguíneo/ Serosanguíneo**

Maior causa? → **Papiloma intraductal**

FISIOLÓGICO	PATOLÓGICO
Descarga provocada	Descarga espontânea
Multiductal	Uniductal
Bilateral	Unilateral
Multicolorida	Aquosa/sanguínea
Esporádica	Profusa e persistente

## QUANDO INVESTIGAR?

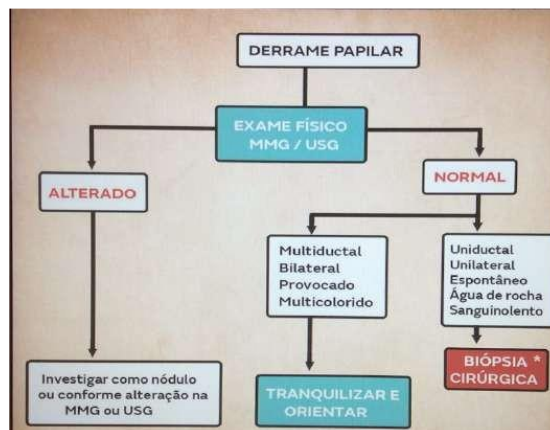
Esponâneo, uniductal, unilateral  
"água de rocha" ou sanguinolento"

**BIÓPSIA...**

Citologia negativa não exclui diagnóstico!!

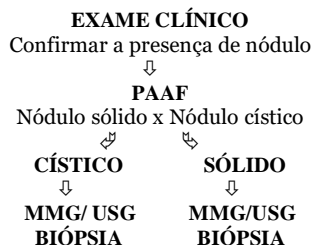
OBS: independente de biópsia negativa ou + para o CA, a conduta é ressecar o ducto.

**USP-SP 2019:** Derrame papilar sanguinolento suspeito (ducto único, unilateral). Conduta? Ressonância magnética. Exame mais adequado para a investigação diagnóstica.



## NÓDULO PALPÁVEL

1º passo: Definir a existência de lesão palpável.



**PAAF:** Punção Aspirativa por Agulha fina

A PAAF é o 1º passo na investigação dos nódulos mamários **PÁLPÁVEIS**, pois diferencia IMEDIATAMENTE as lesões císticas de sólidas.

## EXAME CLÍNICO

**Sugere BENIGNIDADE:**

Móvel, regular, fibroelástico, sem retração da pele

**Sugere MALIGNIDADE:**

Aderido, irregular, duro, com retração de pele

**CA DE MAMA** (incidência nos quadrantes)

<b>QSI (15%)</b>	<b>QSE (50%)</b> >> + glândulas
<b>QII (6%)</b>	<b>QIE (11%)</b>

**QSE = Quadrante Superior Externo.**

**Próximo passo** → Investigar e Localizar as lesões nodulares

## PAAF – Estudo Citológico

Líquido amarelo-esverdeado

(não deve ser Ca ...ainda assim, solicitar exames)

**MAMOGRAFIA(>40ª)**

**USG**

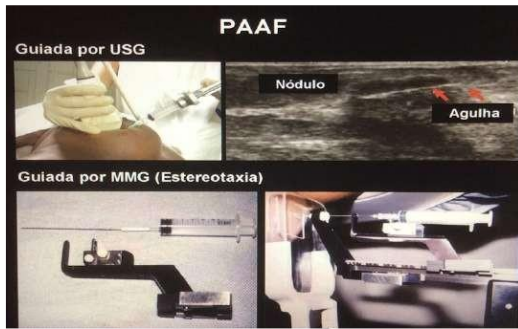
... de acordo com a idade

Líquido sanguinolento, > 2 recidivas,

Massa residual ou nódulo sólido

**BIÓPSIA**





#### ULTRASSONOGRAFIA

**Indicações:** MMG inconclusiva (BI-RADS 0), diferenciação sólido x cístico, avaliação de nódulo em jovem e gestante.

Sugere BENIGNIDADE	Sugere MALIGNIDADE
Anecoico Homogêneo Bem delimitado <b>Reforço</b> acústico posterior	Misto (cístico + sólido) Heterogêneo Mal delimitado <b>Sombra</b> acústica posterior <b>BIÓPSIA</b>

- Todo nódulo anecoico, seja mama ou ovário, sugere benignidade. A sombra sugere malignidade somente na mama! No ovário é diferente!  
- Nódulo cístico, benigno e assintomático encontrado a USG = acompanhamento clínico

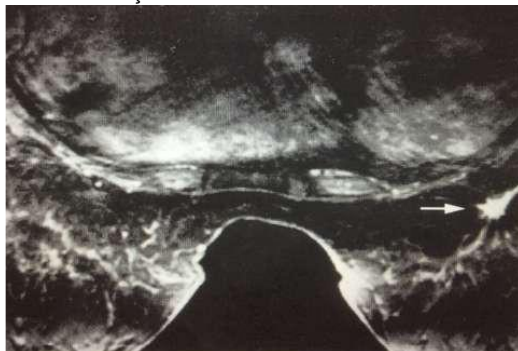


Descrição: estrutura ecogênica heterogênea, diâmetro anteroposterior maior do que o latero-lateral e sombra acústica posterior. Características de **MALIGNIDADE**.

#### RESSONÂNCIA

**Indicações:** COMPLEMENTAÇÃO À MMG = dúvidas em casos de prótese, múltiplas cirurgias (cicatriz no parênquima >> assimetria no parênquima na MMG), BIRADS 0, doença multicêntrica

**Desvantagens:** não mostra lesões < 2mm ou microcalcificações ... → **NÃO É RASTREIO DE CA**



Descrição: nódulo hipertenso, de forma irregular, com contorno espiculado.

#### MAMOGRAFIA

Para **RASTREIO DE CA DE MAMA**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE (+ importante): Mamografia BIENAL de 50 a 69 anos.**

**Em 2015 o MS contraindicou o autoexame de mama**  
Exame clínico tem benefício incerto.

#### FEBRASGO

Baixo risco	MMG anual de 40 a 69 anos
Alto risco	MMG < 40 anos EX: mutações BRCA1/ BRCA2 Hiperplasia atípica Parente de 1º grau c Ca < 50ª Parente de 1º grau c Ca bilateral Parente c Ca de mama masculino

**Incidências:**

**MEDIOLATERAL** (identifica o que é superior/ inferior)

**CRANIOCAUDAL** (identifica o que é medial/ lateral)

#### >> CLASSIFICAÇÃO DE BIRADS

BI-RADS	Descrição	CONDUTA
BI-RADS 0	<b>MMG inconclusiva</b> (Ex: densa)	Compressão, USG ou RM
BI-RADS 1	<b>Nenhuma alteração</b> (só mama)	Repetir de acordo com idade
BI-RADS 2	<b>Alterações benignas</b> Regular, homogêneo, calcificação grosseira	Repetir de acordo com idade
BI-RADS 3	<b>Duvidosa</b> (provável benigna)	Repetir 6 meses
BI-RADS 4-5	<b>Suspeita/ fortemente suspeita</b> Espiculado, microcalcificação pleomórfica agrupada	<b>BIÓPSIA</b>
BI-RADS 6	<b>Malignidade Confirmada</b>	<b>Terapia Específica</b>

**OBS:** BI-RADS 3 = deve ser acompanhado por 3 anos – 6/6m no 1º. Ano e depois anual >> se após 3 anos, a lesão continuar como benigna, ela será reclassificada como 2

Sempre que possível = tentar fazer a biópsia ambulatorialmente – **CORE BIOPSY** (punção com agulha grossa) e **MAMOTOMIA** >> somente para lesões palpáveis

**CORE BIOPSY:** punção com agulha grossa. Mais facilmente realizada e mais disponível.

**MAMOTOMIA:** + agressiva; a vantagem é que retira um fragmento maior (agulha mais grossa).

**BIÓPSIA CIRÚRGICA:** padrão ouro

**UNIFESP-19:** nódulo arredondado com **Margens não-circunscritas** BIRADS 4B = core biopsy

**UNESP-19:** Paciente de alto risco + mastalgia + mamografia BIRADS 2. **Conduta:** Nova mamografia em 1 ano (e orientar que a mastalgia raramente está associada a CA).

#### CORE BIOPSY e MAMOTOMIA

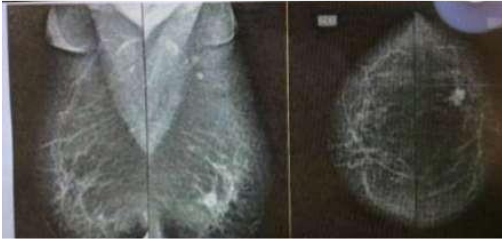
Biópsia ambulatorial de lesões palpáveis

Se (-) mais ainda com forte suspeita (exame clínico/ exame de imagem) ... **BIÓPSIA**

CORE guiada por USG



USP-RP 19: Mulher de 52ª realizou mamografia abaixo de rastreamento. Exame físico normal. Qual a conduta?



Biópsia percutânea com agulha grossa (CORE)



Mamotomia guiada por USG

#### BIÓPSIA CIRÚRGICA

##### É O PADRÃO-OURO

- **Biópsia incisional:** retira parte do tumor. Lesões maiores
- **Biópsia excisional:** retira todo tumor. Lesões menores

Obs.: biópsia excisional = também o método de escolha para cistos suspeitos.

E se a lesão não for palpável (ex.: microcalcificações pleomórficas) ...

**LESÃO IMPALPÁVEL = ESTEREOTAXIA** (minimamente invasiva)

#### PATOLOGIAS BENIGNAS

Tumor sólido benigno + comum: **FIBROADENOMA**

##### FIBROADENOMA

- Mais comum
- Mulheres jovens (20-35 anos)
- Lesão 2-3 cm
- Calcificações grosseiras – “pipocas”
- Quando retirar: lesão muito grande/ mulheres > 35 anos

##### TUMOR FILOIDES

- Parece fibroadenoma, mas com crescimento rápido >> Biópsia
- Crescimento absurdamente rápido
- Apesar de benigno, tem comportamento agressivo
- Conduta: ressecção com margem cirúrgica (caso contrário = recidiva)

##### ESTEATONECROSE

- Nódulo após trauma (recente e em mulher jovem), cirurgia mamária (mamoplastia redutora) ou radioterapia
- Tumoração < 3 cm
- Regridem espontaneamente

##### ALTERAÇÃO FUNCIONAL BENIGNA DA MAMA

- Adensamentos, cistos e Mastalgia
- Conduta: orientações para a paciente – explicar que se trata de alteração benigna

#### MASTALGIA

CÍCLICA	ACÍCLICA
Mais na fase lútea Bilateral em QSE Ex: AFBM	Confirmar se é mamaria ou não Unilateral Ex: Mastalgia, abscesso, nevralgia, angina

#### >> LESÕES COM RISCO DE MALIGNIDADE

- ❖ Adenose Esclerosante
- ❖ Papiloma Intraductal
- ❖ Cicatriz Radial
- ❖ Hiperplasia Ductal / Lobular
- ❖ CA Ductal in situ

#### CÂNCER DE MAMA

##### >> FATORES DE RISCO

- \* Sexo feminino
- \* Idade
- \* História familiar (1º. grau)
- \* Mutação BRCA
  - BRCA1 – relacionado com CA de ovário
  - BRCA2 – relacionado com CA mama masculino
- \* Nuliparidade
- \* Menarca prolongado (menarca precoce < 11ª e menopausa tardia)
- \* Dieta rica em **GORDURA** (obesidade não entra)
- \* Carcinoma in situ e hiperplasias atípicas

**REVALIDA 2020** – Além do nódulo sólido palpável, qual outro fator de risco para Câncer de Mama que a paciente da questão apresenta?

**RESPOSTA:** Primeira gestação em idade avançada.

#### HISTÓRIA NATURAL

##### EPITÉLIO NORMAL



##### HIPERPLASIA EPITELIAL TÍPICA



##### HIPERPLASIA EPITELIAL ATÍPICA



##### CARCINOMA INTRADUCTAL/LOBULAR



##### CARCINOMA INVASOR

#### TIPOS HISTOLÓGICOS

- Precursoras: **DUCTAL** e **LOBULAR IN SITU**
- Tipo invasor mais comum: **DUCTAL INFILTRANTE**
- Tendência a bilateralidade e multicêntrico: **LOBULAR INFILTRANTE**
- Tumor localmente avançado: **CARCINOMA INFLAMATÓRIO** >> incluir biópsia de pele
- Diferencial de eczema: **DOENÇA DE PAGET** – “mama que descama”
- Local + comum de metástase a distância: **OSSO**

ECZEMA	DOENÇA DE PAGET
Geralmente bilateral Não destrói papila Reponde a corticoide	Descamação da mama unilateral + destruição/ deformidade do complexo aureolo-papilar Não responde a corticoide

#### CARCINOMA DUCTAL IN SITU – CDIS

Lesão precursora do CA de mama, caracteriza-se, à microscopia, pela presença de uma dilatação da luz dos ductos e pelo achado de células de padrão ductal com alterações malignas que não invadem a membrana basal. Microcalcificações agrupadas pleomórficas e numerosas. O carcinoma ductal infiltrante corresponde à doença invasiva que está + associado a nódulo denso de bordas irregulares na mamografia.

## IMUNO-HISTOQUÍMICA

- Receptor hormonal
- Superexpressam HER
- Ki-67

## TRATAMENTO

### TIPOS DE CIRURGIA

#### CONSERVADORA

→ Avaliar a relação tumor/ mama (até 3,5 cm / corresponda 20% da mama)

#### SEGMENTECTOMIA

QUADRANTECTOMIA (retira um pouco + de pele)

**OBS:** obrigatória a RT pós-operatória

**CONTRAINDICAÇÃO:** doença multicêntrica, relação mama/tumor ruim, impossibilidade de radio pós-operatória e gestação (relativa)

#### RADICAL – MASTECTOMIA

- ♣ **HALSTED** – tira os 2 peitorais
- ♣ **PATEY** – tira o peitoral menor
- ♣ **MADDEN** – deixa os 2 peitorais

### TUMOR INFILTRANTE = AVALIAR AXILA

ESVAZIAMENTO COMPLETO

X

LINFONODO SENTINELA

#### Linfonodo sentinela:

- ★ 1º linfonodo a drenar a região tumoral
  - ★ Negativo → evita dissecação axilar radical
- NÃO FAZER SE AXILA CLINICAMENTE POSITIVA!

#### Complicação do esvaziamento radical ....

##### Lesão do nervo torácico longo

(m. serrátil anterior = ajuda na estabilização da escápula)



**ESCÁPULA ALADA**

#### QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

- Tumores > 1 cm
- Linfonodo positivo (≥ N1)
- Metástase hematogênica (M1)

#### QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Antes da cirurgia para reduzir o tumor

**Obs.:** se for feita a QT neoadjuvante = não é necessário fazer a QT adjuvante

#### RADIOTERAPIA ADJUVANTE

- Cirurgia conservadora
- Tumores > 4 cm

#### HORMONIOTERAPIA

Receptor estrogênio (+) usar **tamoxifeno** (antagonista para mama, mas agonista para endométrio) ou **inibidores de aromatase** por 5 anos

#### TERAPIA ALVO-DIRIGIDA (↓ efeito adverso)

**TRASTUZUMABE** → Superexpressam HER2

(Ac monoclonal para pacientes que superexpressam HER-2)

Superexpressão de HER-2 = relação com pior prognóstico e agressividade

## ★ CÂNCER DE OVÁRIO

### FATORES DE RISCO

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| História familiar (↑ 3x) | Idade (± 30 anos)            |
| Mutação no BRCA          | CA mama/ ovário              |
| Dieta rica em gordura    | Menopausa longo              |
| Nuliparidade             | <b>Indutores de ovulação</b> |
| <b>Obesidade</b>         | <b>Tabagismo</b>             |

**OBS.:** Terapia de reposição hormonal não aumenta o risco de câncer de ovário! Dieta rica em gordura não é consenso no ovário, pra mama já é bem estabelecido. A imensa maioria dos Ca de ovário são esporádicos, mas quando há história familiar, há um risco até 3x maior. 5-10% das mulheres com câncer de ovário tem histórico familiar.

### FATORES DE PROTEÇÃO

Amamentação

**Uso de anovulatórios**

Laqueadura tubária

Ooforectomia profilática

### DIAGNÓSTICO

#### CLÍNICA E USG → SUSPEITA

(\*) USGTV com Dopplerfluxometria

A clínica é muito inespecífica

A USG pode nos ajudar na suspeita

- assintomático nas fases iniciais
- diagnóstico precoce difícil
- ALTA morbiletalidade (dx tardio)
- 4ª neoplasia ginecológica em frequência segundo dados do INCA

<b>S</b>	ólida
<b>U</b>	SG DOPPLER ↓ IR < 0,4 / IP < 1,0
<b>S</b>	espada (espesso)
<b>P</b>	apiladas intracísticas
<b>E</b>	espessamento parede
<b>I</b>	irregular/ implantes
<b>T</b>	amanho > 8 cm
<b>A</b>	antes/ após menopausa

#### CA 125 → principal marcador

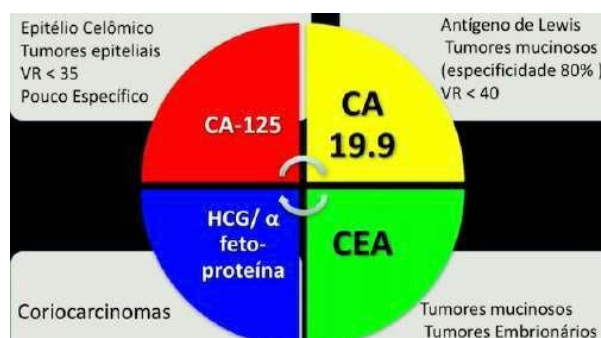
**RUIM:** Ca ovário inicial pode dar normal

Inespecífico: ↑ DIP, mioma, gravidez

**BOM:** Complementar avaliação tumoral

Seguimento pos tratamento

**USP-SP 2019:** CEA e CA-125 não tem sensibilidade e especificidade para ser utilizado como forma de rastreamento e, se aumentados isoladamente, provavelmente não tem relevância clínica. Exceto a alfafetoproteína no cirrótico, nenhum marcador tumoral tem papel no rastreio de CA em assintomático. PSA é controverso!



### Dx Definitivo → HISTOPALÓGICO



## ♥ TUMORES BENIGNOS

NÃO NEOPLÁSICOS	NEOPLÁSICOS
- Cistos funcionais (folicular / corpo lúteo)	- Teratoma benigno
- Endometriomas	- Cistadenoma
- Abscesso	- Struma ovarii*
	- Fibromas**

(\*) tem tecido tireoidiano → secreta hormônio tireoidiano

(\*\*) **SD DE MEIGS** = tumor de ovário (geralmente é um fibroma) + ascite + derrame pleural

**USP-RP 2019:** Adolescente usuária de DIU com dor abd súbita. Ecografia com massa de 5 cm em anexo direito e áreas de conteúdo líquido. Dx? Cisto hemorrágico. Se fosse torção ovariana não teríamos fluxo ao Doppler. E no abscesso teríamos febre.



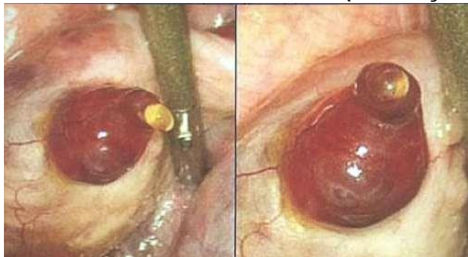
### >> CISTOADENOMA SEROSO



### >> CISTOADENOMA MUCINOSO



### >> CISTOADENOMA FOLICULAR (OVULAÇÃO)



### >> CISTODERMOIDE OVARIANO



**USP-SP 2018:** 30 anos, tumor anexial 10cm, dismenorrea 4m. - Imagem: Hipoecogênico, homogêneo, bem delimitado. Compatível com endometrioma. CONDUTA.

**Resposta** Cistectomia via laparoscópica com preservação do ovário.

\*Não realizar punção pois é associada a altas taxas de recorrência

**USP-RP 2019:** Mulher na pós-menopausa com dor em hipogástrio e lesão cística em anexo Esq de 4cm, presença de septo de 3mm e CA-125 de 35. Conduta = Salpingooforectomia bilateral



**TTO DOS TUM BENIGNOS:** CONSERVADOR (ooforoplastia / cistectomia – retirada de cisto)

## ♥ TUMORES MALIGNOS

### EPITELIAL

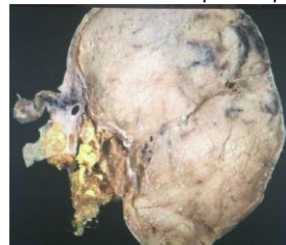
- **Adenocarcinoma seroso:** + comum
- **Adenocarcinoma mucinoso:** pseudomixoma peritoneal  
Pseudomixoma = CA ovário mucinoso (benigno ou maligno) ou CA de apêndice
- **Cistoadenocarcinoma mucinoso**
- **Cistoadenocarcinoma endometriode**
- **Tumor de céls claras**
- **Tumor de brenner**
- **Tumor de céls transicionais**

### GERMINATIVO

**Disgerminoma:** germinativo maligno mais comum



**Teratoma imaturo:** pseudopuberdade precoce



### CORDÃO SEXUAL

**ANDROblastoma:** secretor de **ANDRO**gênio

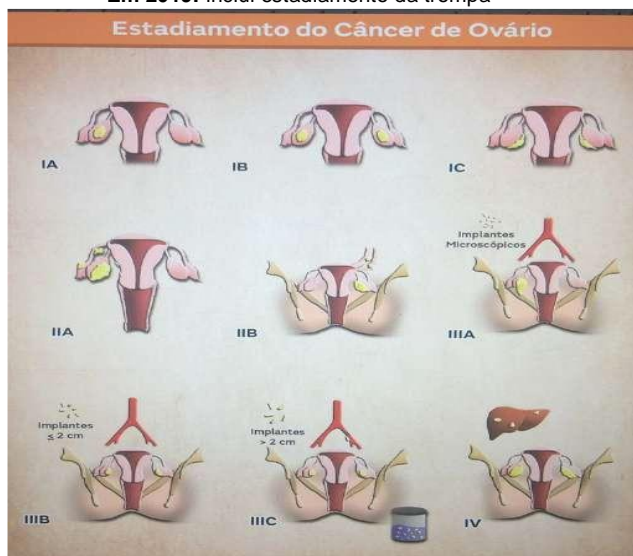
**KRUKENBERG** = metástase TGI (**ANEL DE SINETE**)



## ESTADIAMENTO

### TODOS OS ESTADIAMENTOS GINECOLÓGICOS SÃO CIRÚRGICOS, exceto COLO

Em 2019: inclui estadiamento da trompa



## OVÁRIO

IA: Apenas um ovário

IB: Bilateral

IC: Cápsula rota

II: pelve

III: abdome

IV: metástase fora do abdome

OBS: Disseminação em ginecologia é LINFÁTICA

Exceto em OVÁRIO → transcelômica

## >> TRATAMENTO

LAPAROTOMIA → diag, estadiamento e tratamento

### CIRURGIA RADICAL CITOREDUCTORA:

Lavado + Biópsias peritoneais + Histerectomia total + Anexectomia bilateral + Omentectomia infracólica + Ressecar implantes e linfonodos

Idade fértil IA e G1 (bem diferenciado)

- avaliar salpingo-ooforectomia unilateral

## QT ADJUVANTE:

A partir de IC (citologia + / cápsula rota) ou para todo tumor indiferenciado (G3)

G1: bem diferenciado

G2: moderadamente indiferenciado

G3: indiferenciado

Quase todas as pacientes necessitam de QT adjuvante

UNIFESP-18: 22 anos com torção anexial à E é submetida a anexectomia e apresenta, após biópsia, dx de disgerminoma. Qual a conduta?

Resposta: Reabordagem cirúrgica com linfadenectomia e omentectomia para definir necessidade de terapia adjuvante



Corpos psamomatosos	Cistoadenoma Seroso
Corpúsculo de Shiller Durval	Tumores do seio endodérmico
Corpúsculo de Carl-Exner	Tumores da teca granulosa
Pseudomixoma peritoneal	Cistoadenocarcinoma mucinoso
Céls em anel de sinete	Tumor de krukemberg
Sd de Meigs	Fibroma e Brenner
Principal FR p Ca	Historia familiar
Fatores de proteção	Amamentação, ACO, laq tubária, ooforectomia
Forma + precoce de disseminação	Transcelômica
Tipo histol. De pior prognostico entre os epiteliais	Carcinoma de cels claras
Metástase a distancia	Fígado, pulmão e cérebro

## COLO

### >> SANGRAMENTO VAGINAL

As causas a serem pensadas conforme a faixa etária...

Em uma mulher de 27 anos:

Obstétrico → Sem atraso, útero pequeno

Infecção → Sem corrimento do colo

Neoplasia → em JOVEM? → HPV

Disfuncional → Menstruação regular

Ca de Colo de útero → 2º tum + comum em mulheres

### >> HPV (PAPILOMA VÍRUS HUMANO)

Mais oncogênicos: 16 e 18

Condiloma: 6 e 11 → baixo potencial oncogênico

## VACINAS:

Composição: partículas semelhantes a vírus (fragmentos semelhantes ao vírus)

BIVALENTE	QUADRIVALENTE
HPV 16 e 18	HPV 6, 11, 16 e 18
10-25 anos	9-26 anos

(\*) Existe sempre uma reação cruzada, de maneira que a vacina sempre acaba tendo uma proteção adicional (assim, a proteção não é exclusiva contra os sorotipos descritos acima)

Público-alvo: mulheres que idealmente ainda não tiveram contato com o HPV (mulheres que já tiveram lesão de alto grau por HPV – podem fazer a vacina)

2014 – SUS meninas dos 11 aos 13 anos

2015 – SUS meninas dos 9 aos 11 anos

Vacina adotada = QUADRIVALENTE (3 doses)

Esquema recomendado (laboratório): 0, 2 e 6 meses

Esquema adotado (MS): 0, 6 e 60 meses

### ATUALIZAÇÃO EM 2015:

✓ Vacinar mulheres HIV 9-26 anos (público) = esquema 0, 2 e 6 meses → pacientes com imunidade baixa evoluem muito + rapidamente para câncer invasor

✓ Quadrivalente pode até 45 anos (privado)

### ATUALIZAÇÃO EM 2016:

✓ Apenas 2 doses 9-13 anos – esquema 0 e 6 meses



## ⇒ **CÂNCER DE COLO**

**Fator de risco:** HPV (e fatores p/ DST), tabaco, ↓ imunidade, ACO, sexarca precoce, nº de parceiros sexuais

**OBS:** Na UNIFESP, a paridade precoce é considerada um fator de risco.

### **ANAMNESE + EXAME FÍSICO**

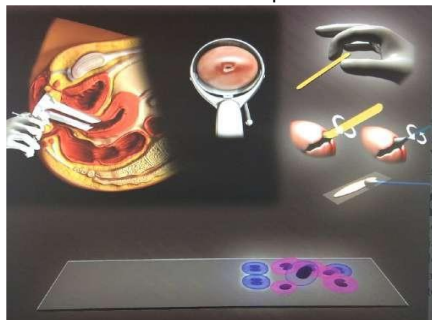
Estágios avançados: **dor, corrimento, sangue**

### **Incidência do Ca de Colo Uterino segundo as regiões:**

- 1º Norte
- 2º Centro Oeste e Nordeste
- 3º Sudeste
- 4º Sul

### **RASTREIO**

**COLPOCITOLOGIA** → lesão precursoras



### **1. QUANDO COLHER?**

**1x/ ano, após 2 negativos → a cada 3 anos**  
**... entre 25 a 64 anos, após a sexarca**

PS: se ela iniciou a vida sexual de forma + precoce tem que esperar até os 25 anos, é uma patologia que demora muito tempo para evoluir

**FIM:** após 64a com 2 negativos nos últimos 5 anos

### **SITUAÇÕES ESPECIAIS**

**GESTANTE:** tudo igual

**HIV +:** após sexarca em qualquer idade começar a colher, no 1º ano de 6/6 meses... e depois coleta ANUAL (se CD4 < 200 - continuar coletar de 6/6 m até corrigir o CD4, p só então retornar ao intervalo anual)

**VIRGEM:** não colher preventivo NUNCA

### **2. COMO COLHER?**

**Coleta DUPLA:**

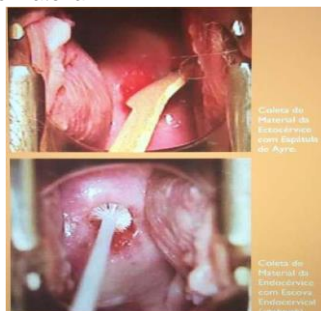
**1º → Coleta ectocervical:** encosta e gira o palitinho (espátula de Ayre)

**2º → Coleta endocervical:** entra com a escova e gira (escova endocervical)

**OBS:** alguns locais ainda realizam coleta tripla (+ coleta fundo de saco vaginal)

**MS: NÃO PRECONIZA COLETA TRÍPLICE**

Após coletar NÃO esquecer de fixar a lâmina  
Identificar a lâmina, nome da paciente, data, material ecto/ endo, fixa o material



### **3. COMO CONDUZIR?**

**LIE-BG (LSIL):** Repetir colpocitologia  
Em 6m (≥ 25a) ou 3a (<25a)

**ASC-US:** Repetir

6m (≥ 30a) ou 12m (25-29a) ou 3a (< 25a)

**ASC-H:** Colposcopia

**AGC (AGUS):** Colposcopia

→ Avaliando canal cervical

→ Se tiver > 35 anos e tiver atipia, é bom olhar o endométrio

**LIE-AG (HSIL):** Colposcopia

**AOI (origem indefinida):** Colposcopia

**HIV + c/ LIE-BG ou ASC-US:** Colposcopia

**...se parece CA:** Colposcopia

Se vier 2 resultados de baixo grau (LIE-BG / ASC-US)  
→ mandar direto p colposcopia

Em mulheres menopausadas, a JEC fica mais interiorizada – logo, em pós-menopausadas, pode-se entrar um pouco mais com a escova endocervical (até as cercas desaparecerem)

**OBS:**

**LSIL** = corresponde na biópsia a NIC I

**HSIL** = corresponde na biópsia a NIC II e III

### **DIAGNÓSTICO**

#### **COLPOSCOPIA + BIÓPSIA**

**ÁCIDO ACÉTICO** → ↑ ativ proteica fica acetobranco.

**UNIFESP 2016:** O aspecto colposcópico epitélio acetobranco resulta de **proliferação celular por metaplasia ou por ação viral.**

**TESTE DE SCHILLER (LUGOL)** → ↓ glicogênio fica iodo negativo (sinônimo de Schiller +)

**GESTANTE:** Biópsia só na suspeita de invasão

→ **Achado + suspeito de invasão:** VASOS ATÍPICOS  
→ **Colposcopia insatisfatória (sem JEC):** JEC → onde tem + risco de Ca de colo

Abrir + espéculo / espéculo endocervical / estrogênio

→ **Avaliação do canal endocervical** → ESCOVADO / CURETAGEM / HISTEROSCOPIA

>> **HISTOLOGIA:**

Preconizado pelo MS

- Lesões intraepiteliais
- Câncer cervical

### **CURETAGEM UTERINA**

Procedimento cirúrgico, deve ser realizado sob raquianestesia ou sedação e os passos são:

1. Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos
2. Sondagem vesical
3. Colocação de espéculo vaginal
4. Pinçamento do colo uterino
5. Histerometria
6. Dilatação do colo
7. Curetagem uterina
8. Histerometria final

ACHADO	SIGNIFICADO
<b>Epitélio Acetobranco</b>	Área espessa do epitélio que se torna esbranquiçada após aplicação de ácido acético, refletindo imaturidade celular.
<b>Pontilhado Vascular</b>	Pontos vermelhos finos ou grosseiros, frequentemente encontrados em áreas acetobranças, correspondentes a extremidades de vasos capilares.
<b>Mosaico</b>	Padrão anormal de pequenos vasos sanguíneos assemelhando-se a uma confluência de tijolos ou mosaico. Surgem também nas áreas acetobranças e possuem o mesmo significado dos vasos pontilhados.
<b>Vasos Atípicos</b>	Vasos anormais (saca-rolhas, alça, forma de J), atípicos e irregulares, com cursos e padrões abruptos. É o achado colposcópico de maior suspeição de malignidade. Também apresentam mudanças bruscas de direção, irregularidade de calibre e stops bruscos. Geralmente, indicam invasão do estroma.
<b>Orifícios Glandulares com Halo espessado</b>	Todo orifício glandular se apresenta, após aplicação de ácido acético, com um pequeno halo branco que, quando saliente e espesso configura um elemento de grave alteração.



#### LESÕES INTRAEPITELIAIS (NIC)

**DESTRUTIVO → NIC I** acompanhar por 2 anos  
Se continuar NIC I persistente depois de 2 anos → Realizar Crioterapia/ Cauterização

**EXÉRESE → (≥ NIC II)** → Como escolher EZT x CONE

CAF ou EZT: passa uma alça com corrente elétrica e tirar uma fatia

#### Exérese da zona de transformação

CI: Suspeita invasão; Não vê limite da lesão;  
Gestante; JEC não visível → **CONE**

#### CÂNCER CERVICAL

- Ca de colo + comum: **EPIDERMÓIDE**  
(sinônimos: escamoso / espinocelular)  
(\*) Epidermoide = + comum em colo, vulva e vagina  
- 2º + comum é o **ADENOCARCINOMA** (+ relacionado ao HPV 18)

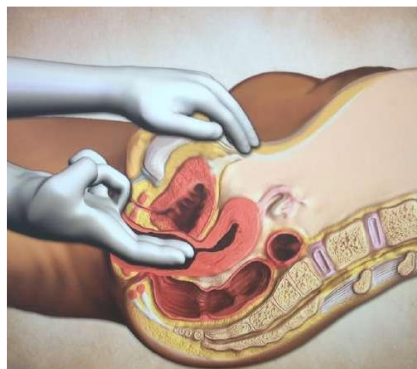
#### ESTADIAMENTO 2018

**Estadiamento do Ca de colo é CLÍNICO → ou seja não precisa de cirurgia**

#### >> PRÉ-CIRÚRGICO:

**CLÍNICO** (≠ de estadiamento pós- cirúrgico)

- Ex ginecológico (exame especular, toque vaginal e retal)
- Colposcopia
- Histopatológico
- Imagem (RM não pode usar para alterar o estadiamento).



#### PROCEDIMENTOS DE ESTADIAMENTO

<b>EXAME FÍSICO</b>	Palpar linfonodos Examinar a vagina Exame retovaginal bimanual (recomendado sob anestesia)
<b>EXAMES RADIOLÓGICOS</b>	Pielografia intravenosa Enema baritado Radiografia de tórax Radiografia óssea
<b>PROCEDIMENTOS</b>	Biópsia Conização Histeroscopia Colposcopia Curetagem endocervical Cistoscopia Proctoscopia
<b>EXAMES OPCIONAIS</b>	Tomografia axial computadorizada Linfangiografia Ultrassonografia Ressonância magnética Tomografia por emissão de pósitrons Cintigrafia com radionuclídeos Laparoscopia

#### >> ESTADIAMENTO

**ESTÁDIO 0:** Carcinoma in situ

**ESTÁDIO I:** restrito ao colo uterino

**Ia1:** < 3mm

**Ia2:** ≥ 3 a 5 mm

**Ib1:** ≥ 5 mm a 2 cm

**Ib2:** ≥ 2 cm a 4 cm

**Ib3:** ≥ 4 cm

**ESTÁDIO II:**

**IIA:** parte superior da vagina → **IIA1:** até 4 cm / **IIA2:** > 4 cm

**IIB:** invade paramétrio

**ESTÁDIO III:**

**IIIA:** 1/3 inferior da vagina

**IIIB:** parede pélvica / hidronefrose

**IIIC:** linfonodo pélvico (**IIIC1**) ou para-aórtico (**IIIC2**)

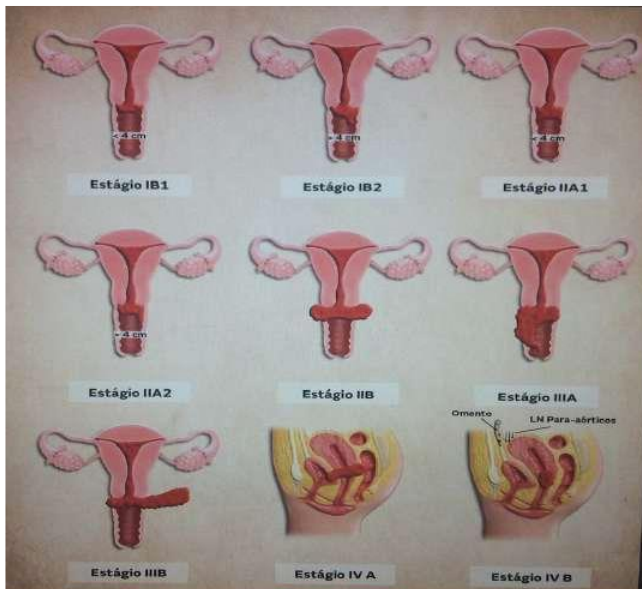
**ESTÁDIO IV:**

**IVA:** bexiga e reto

**IVB:** metástase à distancia

**OBS:** como avaliar paramétrio = toque retal

\*Movimento natural do CA de colo: começa no colo, vai pra cima por continuidade e pega vagina, depois vai para os lados. Saiu do colo, um pouco pra baixo, um pouco pro lado... Vai pra baixo e pro lado, pra baixo e pro lado...



## >> TRATAMENTO

<b>Estádio 0</b>	<b>Cone</b> é diagnóstico e terapêutico
<b>Estádio I A1</b>	<b>Padrão:</b> HT <b>tipo 1</b> <b>Deseja gestar:</b> cone
<b>Estádio I A2</b>	<b>Padrão:</b> HT <b>tipo 2</b> + linfadenectomia previa
<b>Estádio I B1 e 2</b>	<b>Padrão:</b> Wertheim-Meigs
<b>Estádio I B3</b>	<b>Wertheim-Meigs</b> ou Quimiorradioterapia
<b>Estádio II A1</b>	<b>Wertheim-Meigs</b> ou Quimiorradioterapia
<b>Estádio ≥ II A2</b>	Quimiorradioterapia

**OPÇÃO:** RT para todas (exceto IVB)

- O que + cai em provas: estágio IB1 = clássica  
indicação de Wertheim-Meigs

- Paramétrio comprometido: não se discute mais cirurgia.
- CA de colo/outros CA ginecológicos: disseminação linfática
- CA ovário: disseminação transcelômica

## CIRURGIA DE WERTHEIM-MEIGS

Histerectomia total + retirada paramétrios e  
uterossacos + terço superior da vagina +  
linfadenectomia pélvica

\*\*Anexectomia não é obrigatória\*\*

**UNIFESP-17:** 23 anos, dx prévio de lesão de baixo grau foi submetida a tratamento destrutivo e apresenta esfregaço cervicocaginal de lesão de alto grau. Onde está a lesão e qual a conduta?



**Resposta:** Na parede vaginal direita e deverá ser biopsiada.

**UNIFESP-16:** Pct com estadiamento inicial IB1 é submetida a Wertheim-Meigs. Após cirurgia a biopsia evidencia infiltração de paramétrios laterais. Qual a conduta?

## - Radioterapia pélvica adjuvante

- O estadiamento pós-cirúrgico é IIB. E como a paciente já foi submetida a cirurgia (excluindo a possibilidade de quimiorradio adjuvante), o tratamento de escolha é a Radioterapia.

## ✕ CÂNCER DE VULVA



## >> Fatores de risco

HPV, tabagismo, linfogranulomas venéreos, imunossupressão, lesões inflamatórias crônicas vulvares.

**OBS:** Vitiligo e Nuliparidade **NÃO SÃO** Fatores de risco

## >> CLÍNICA

- Úlcera – crônica, indolor (em uma mulher mais velha)
- Prurido – sintoma mais comum e precoce (70%)

## >> DIAGNÓSTICO

Clínica → Prurido (+ comum) – 70%

Exames → **Teste de Collins** (para direcionar a biópsia - mas geralmente não é necessária, pois a lesão é característica) e **Biópsia**

**TIPO HISTOLÓGICO: ESCAMOSO** – mais comum  
**LOCAL MAIS COMUM: GRANDES LÁBIOS**  
**DISSEMINAÇÃO: LINFÁTICA** ↓

(1º acometido – inguinais)

## >> TRATAMENTO

Se > 2 cm → vulvectomy

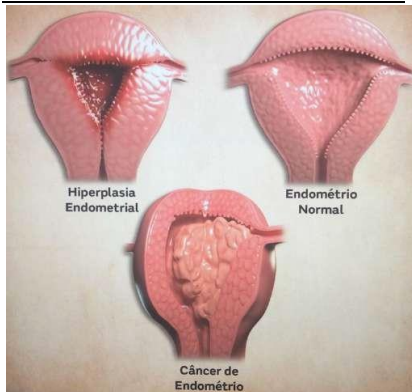
Se < 2 cm pode fazer uma ressecção com margem de 2 cm

## ➔ Outras Lesões Vulvares:

<b>Líquen Escleroso</b>	Idosa com apagamento de pequenos lábios, hipocromia vulvar e prurido = <b>BIÓPSIA</b> - Tratamento: pomada de clobetasol (corticoide de alta potência).
<b>Melanoma</b>	Lesão hiperpigmentada = <b>BIÓPSIA</b>
<b>Paget</b>	Erosão e descamação na vulva = <b>BIÓPSIA</b>



## SANGRAMENTO NA PÓS MENOPAUSA



**ATROFIA ENDOMETRIAL (30%):** USG com endométrio fino

**USO DE TERAPIA HORMONAL (30%)**

**CA ENDOMÉTRIO (15%):** USG com endométrio espesso + fatores de risco

Portanto, 75% das causas de sangramento vaginal na pós-menopausa podemos resolver com 2 propeleuticas:

- Questionar uso de hormônio
- Realizar USG-TV

## ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS ENDOMETRIAIS



## CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

### >> FATORES DE RISCO

Obesidade, > 60 anos, nuliparidade, branca, anovulação crônica, menarca longo, diabetes, hiperplasia, HAS\*, Terapia Hormonal com estrogênio, tamoxifeno

(\*) alguns autores falam que tb é um FR

**Qual é o principal risco? → OBESIDADE,** especialmente após a menopausa

### >> FATORES DE PROTEÇÃO

Multiparidade, tabagismo e contracepção com progesterona

PS: tem substância no tabaco que exerce efeito anti-estrogênico no endométrio

### >> FATORES PROGNÓSTICOS

Tipo e Grau de diferenciação histológica  
Estadiamento  
Grau de invasão miometrial  
Presença de metástase  
Citologia peritoneal

### >> CLÍNICA

#### SUA na peri ou pós menopausa

Pós-menopausa:

ATROFIA (30%) → USG → endométrio fino

TERAPIA HORMONAL (30%) → Não fala de TH no caso

CA ENDOMÉTRIO (15%) → USG → endométrio espesso + fator de risco

## SUSPEITA DE CÂNCER

<b>MENOPAUSA</b>	Endométrio > 4 mm sem TH Endométrio > 8 mm com TH
<b>COLPOCITOLOGIA Pode ser suspeita</b>	Atipia glandular em > 35 a Célula endometrial após menopausa



**Imagem:** nodular e hiperecogênica no fundo da cavidade uterina compatível com pólio endometrial

## HISTOLOGIA

- Endometriode + comum
- Células claras e seroso papilar + agressivos

**Fazer LAPAROTOMIA:** diagnóstico, estadiamento e tratamento

## ESTADIAMENTO FIGO

**AQUI É CIRÚRGICO!**

**ESTÁDIO I → corpo uterino**

**IA:** só endométrio

**IB:** até metade do miométrio { **IA**

**IC:** além da metade do miométrio → **IB**

**ESTÁDIO II → colo uterino**

**IIA:** glandular endocervical → **I**

**IIB:** estroma cervical → **II**

**ESTÁDIO III**

... outros sítios ginecológicos

Anexos/ vagina/ paramétrio/ linfonodo

**ESTÁDIO IV**

... não ginecológicos

Bexiga/ intestino/ distância

## >> DIAGNÓSTICO

**CLÍNICA e USG → SUSPEITA !**

**SUSPEITA = realizar BIÓPSIA**

### \* CURETA DE NOVAK

Vantagem: ambulatorial

Desvantagens: às cegas/ muitos resultados falso negativos



### \* CURETAGEM FRACIONADA

Desvantagem: às cegas/ possibilidade de falso negativo

- ★ **HISTEROSCOPIA COM BIÓPSIA**  
= biópsia sob visualização direta (padrão-ouro)
- **LESÕES PRECURSORAS**  
• **CÂNCER DE ENDOMÉTRIO**

#### **Lesões Precursoras**

##### **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL**

Precede 80% dos CA endométrio

*HIPERPLASIA É LAUDO HISTOPATOLÓGICO*

##### **Tipos de Hiperplasia OMS (Risco de Malignização)**

- SIMPLES SEM ATÍPIA (1%)
- COMPLEXA SEM ATÍPIA (3%)
- SIMPLES **COM ATÍPIA** (8%)
- COMPLEXA **COM ATÍPIA** (29%)

*International Endometrial Group*

BENIGNA OU **SEM ATÍPIA**

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ENDOMETRIAL (**NIE**)

OU **ATÍPICA**

(\*) quem manda na conduta = ter ou não atipia

#### **TRATAMENTO HIPERPLASIAS**

*Atipia X Desejo de Gestar*

##### **→ Benigna ou SEM atipia**

- Progesterona: é o + utilizado
- Histerectomia: pós-menopausa com falha  
TTO clínico (exceção)

##### **→ NIE ou COM atipia**

- Progesterona: desejo de gestar (exceção)
- Histerectomia: eleição na presença **atipia**

#### **CÂNCER ENDOMETRIAL**

*Qual é o tipo + comum? → ENDOMETRIOIDE !!!*

TTO: **LAPAROTOMIA** → estadiamento e tratamento

*Lavado + HTA + anexectomia + linfadenectomia*

Radioterapia: ≥ 50% invasão miometrial (≥ IB)

Quimioterapia: Metástase

**REVALIDA 2020** – Uma mulher com 30 anos de idade, assintomática, vem UBS para mostrar o resultado do exame de colo uterino. A paciente havia realizado a coleta há cerca de 20 dias, como rotina ginecológica. No dia da coleta, nenhuma anormalidade foi detectada no exame especular. O resultado da citologia oncológica revelou células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US). Qual conduta médica deveria ser adotada a partir desse resultado?

**RESPOSTA:** Orientar repetir a citologia oncológica em 6 meses.



# INCONTINÊNCIA / DISTOPIAS / CICLO MENSTRUAL

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA

### >> MÚSCULOS QUE COMPÕEM O LEVANTADOR DO ÂNUS (QUESTÃO DE PROVA)

- Músculo pubococcígeo ou pubovisceral: se divide de acordo com suas inserções em músculo pubovaginal, músculo puboperineal e músculo puboanal.
- Músculo puborretal
- Músculo iliococcígeo

O músculo levantador do ânus associado ao músculo isquiococcígeo compõem o diafragma pélvico.

#### ➤ DIAFRAGMA UROGENITAL

- Transverso profundo
- Esfíncter uretral externo / Transverso superficial do períneo

### ♣ Manutenção da continência do trato urinário feminino

#### >> EXTRÍNSECO – ATIVO

- Tecido conjuntivo pélvico subperitoneal e sua fixação à parede pélvica;
- Músculos elevadores do ânus;
- Conexão dos músculos elevadores do ânus ao tecido conjuntivo pélvico subperitoneal;
- Coordenação da contração dos elevadores do ânus nos momentos de aumento súbito da pressão intra-abdominal.

#### >> INTRÍNSECO - PASSIVO

- Vasos sanguíneos
- Coaptação da mucosa uretral
- Musculatura estriada e lisa da parede uretral
- Elasticidade da parede uretral
- Inervação autonômica
- Tônus uretral

### • PERDA DE URINA

<b>Transbordamento</b>	Lesões neurológicas, diabetes
<b>Incontinência de esforço</b>	Tosse, espirro
<b>Bexiga hiperativa</b>	Urgência, polaciúria, noctúria
<b>Fístula</b>	Cirurgia pélvica, radioterapia

### BEXIGA HIPERATIVA x INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

EAS (urina tipo I) e Urinocultura

→ hematúria sem ITU, > 50a e tabagista = cistoscopia

→ Mobilidade do colo vesical → Teste do cotonete; USG



### >> Exame Padrão-ouro → URODINÂMICA

Quando pedir?

- Incontinência urinária de esforço sem perda no exame físico
- IU mista
- Falha no TTO clínico
- Antes de cirurgia

## URODINÂMICA

### → FLUXOMETRIA

Fluxo máximo, volume...

### → CISTOMETRIA

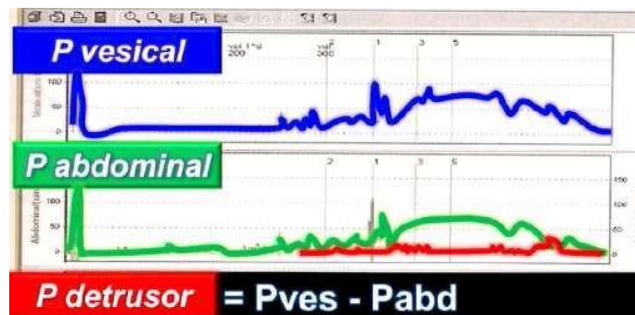
Fase de enchimento

NÃO PODE HAVER nesse momento:

- atividade do detrusor
- perda da urina
- dor

### → ESTUDO MICCIONAL

Avalia obstrução ao fluxo



Inicialmente a paciente senta e urina em um funil – nesse funil existe um transdutor que irá ver fluxo, volume...

Após ter esvaziado a bexiga, passa-se 2 sondas vesicais (um para medir a pressão da bexiga e o outro para encher a bexiga) e 1 retal (pressão abdominal).

O que não pode ocorrer na fase de enchimento: perda de urina, dor, contração do músculo detrusor (a contração deve ocorrer na fase de esvaziamento).

Durante a fase de enchimento, verificamos se a paciente apresenta perda aos esforços (e com qual pressão), quando ocorre o primeiro desejo de urinar...

Após, pede-se para que a paciente urine novamente, agora sob monitorização.

**P detrusor = P vesical – P abdominal**

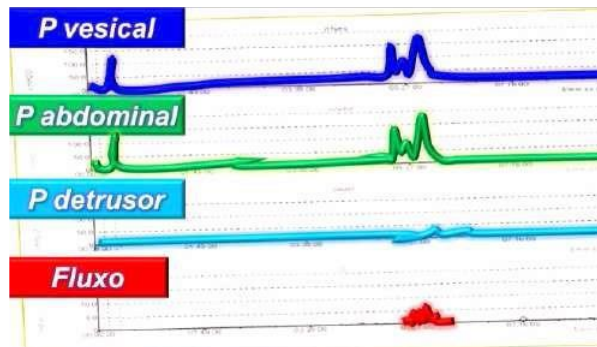
## INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

Quando a perda ocorre por falha do fechamento da uretra. Perda de urina ao tossir, espirrar, ao levantar da cadeira... existem graus de perda aos esforços – para avaliar, o ideal é posicionar a paciente numa posição semi-elevada, simulando uma situação cotidiana.

**- Hiper mobilidade vesical: PPE > 90 cm H2O**

**- Defeito esfíncteriano: PPE < 60 cm H2O**

PPE = pressão de perda ao esforço



### >> TRATAMENTO

#### CLÍNICO

↓ peso, fisioterapia (Kegel, biofeedback), duloxetine e agonistas alfa-adrenérgicos (↑ AVE)

## CIRÚRGICO

\* **Hipermotilidade:** padrão já foi cirurgia de Burch  
Padrão-ouro atual é SLING

\* **Defeito esfinteriano:**

Padrão-ouro SLING (TVT/ TOT)

## BEXIGA HIPERATIVA

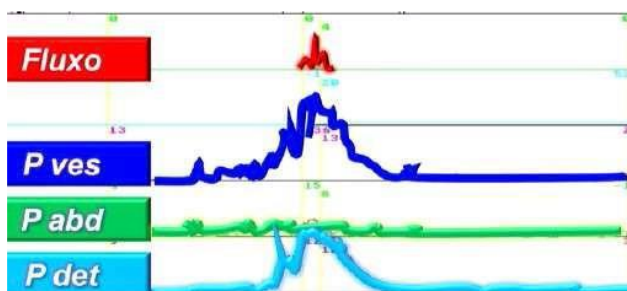
Síndrome de urgência ou urgeincontinência

Bexiga ativa demais – qualquer quantidade de urina leva a contração da bexiga elevando a vontade incontrolável de urinar.

Urina várias vezes ao dia, urgência, polaciúria, noctúria.

*Contração não inibida do detrusor*

Há contrações involuntárias do músculo detrusor da bexiga, levando a episódios de urgência aliados a urgeincontinência.



### >> FISIOPATOLOGIA

O modelo neurogênico (teoria neurog.) determina que os sintomas de urgência e o aumento da frequência miccional estão associados com denervação e ligações intercelulares anormais.

### >> TRATAMENTO

Gerais: ↓ peso, cafeína e fumo

Fisioterapia: cinesioterapia e eletroestimulação

Medicamentoso → Anticolinérgicos

- Oxibutinina / Tolderodina / Darifenacina / Solifenacina

- ou Imipramina (opção) – droga de 2ª linha

CI anticolinérgicos: arritmias, glaucoma de ângulo fechado, gestação/lactação

$\beta$  → receptor  $\beta$  agonista adrenérgico

M → receptor muscarínico acetilcolina

**NOVIDADE** → Agonista  $\beta 3$  adrenérgico (Mirabegrona)

## SÍNDROME DA BEXIGA DOLOROSA

Nome antigo: Cistite Intersticial

Urgência e polaciúria + dor à distensão vesical que alivia ao esvaziar

Úlcera de Hunner

Diagnóstico de exclusão

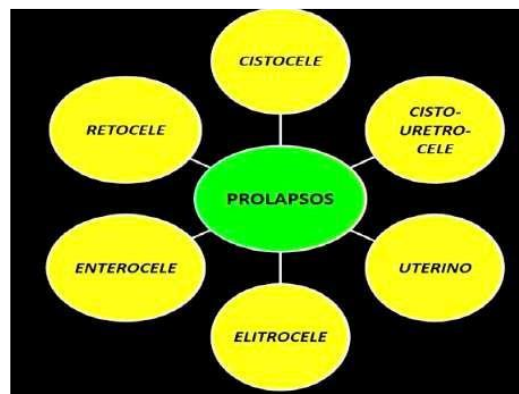
## INCONTINÊNCIA FUNCIONAL

Ocorre quando uma pessoa reconhece a necessidade de urinar, mas está impossibilitada de ir ao banheiro devido a alguma doença ou complicação que a impede de chegar ao banheiro por conta própria.

## DISTOPIAS GINECOLÓGICAS

**Distopia:** deslocamento de um órgão de seu posicionamento e/ou localização habitual. Um dos tipos de distopia é o prolapso genital.

**Prolapso genital:** É definido como todo deslocamento caudal dos órgãos pélvicos (uretra, bexiga, alças intestinais e reto) através da vagina, podendo ocorrer em diferentes graus.



**Cistocele:** deslocamento inferior da bexiga

**Cistourethrocele:** prolapso de bexiga incluindo a uretra  
**Prolapso uterino (uterocele):** descida do útero em direção ou através do introito vaginal

**Retocele:** protrusão do reto pela parede vaginal posterior (lesão da fáscia retovaginal)

**Enterocel:** herniação do intestino delgado para a cavidade vaginal

**Elitrocele:** eversão da cúpula vaginal após histerectomia.

### APARELHO DE SUSPENSÃO - LIGAMENTOS

<b>Anteriores</b>	Pubovesicouterinos
<b>Laterais</b>	Cardinais ou paramétricos
<b>Posteriores</b>	Uterossacros

### APARELHO DE SUSTENTAÇÃO - MÚSCULOS

<b>Diafragma Pélvico</b>	- Elevador do ânus (ileococcígea, pubococcígea e puborretal) - Coccígeo
<b>Diafragma Urogenital</b>	- Transverso superficial e profundo do períneo - Esfíncter uretral / anal e isquio / bulbocavernoso

Ao fazer uma **episiotomia médio-lateral**, quais músculos são seccionados: **bulbocavernoso e transverso superficial do períneo**. Se a episiotomia expandir: **puborretal**.

A episiotomia mediana (perineotomia) somente deve ser feita para aquelas com corpo perineal longo (distância da vagina – ânus grande).

### ✂ **PROLAPSO UTERINO**

Alongamento Hipertrófico colo x Prolapso

### MEDIDA DO COLO

Alongamento hipertrófico: só um colo longo

Prolapso: colo tamanho normal; prolapso fundo de saco

*Visualmente o aspecto é o mesmo*

### TRATAMENTO

- ASSINTOMÁTICAS: não precisam operar

- SINTOMÁTICAS: Histerectomia vaginal total com reconstrução do assoalho pélvico Ou Manchester (Ex: nulíparas).

**Manchester:** amputação parcial do colo e fixação do paramétrio.

**Manchester para Manter o útero**  
(também trata colo hipertrófico)

- SINTOMÁTICAS com ALTO risco cirúrgico: fisioterapia (Kegel) e uso de pessários

## ✕ ENTEROCELE

Herniação do intestino delgado para a cavidade vaginal.



## >> TIPOS

- **Congênita:** ocorre na ausência de fusão do septo retrovaginal, deixando o saco aberto.
- **Por tração:** mais comum, ocorrendo conjuntamente com prolapso uterino, cistocele e retocele.
- **Por pulsão:** secundária a condições que levam ao aumento da pressão intra-abdominal (tosse, constipação)
- **Iatrogênica:** ocorre após procedimentos cirúrgicos que alterem o eixo vaginal para anterior.

## >> CLÍNICA

Peso na pelve, bola na vagina, dor hipogástrica, dispareunia... (inespecífica)

## >> DIAGNÓSTICO

Manobra: introdução de um tampão vaginal que reposicione a cúpula vaginal e realização do toque retal. A seguir, a paciente executa a manobra de Valsalva. Caso desça, entre o dedo do examinador e o tampão, um saco herniário contendo omento ou alça de intestino delgado, podemos concluir que se trata de uma ENTEROCELE.

## TRATAMENTO

Via vaginal – Culdoplastia de McCall: fechamento do FSP por via vaginal.

## ✕ PROLAPSO DE CÚPULA

Sempre → Complicação de Pós-histerectomia

## >> TRATAMENTO

Fixar cúpula vaginal ao promontório (sacro) ou colpocleise (cirurgia de Le Fort)

- Empurrar o útero para dentro e voltar suturando

**Colpocleise → Contraindicar se vida sexual ativa**

## ⇒ PROLAPSO ANTERIOR

### ♣ CISTOCELE

Descida da parede vaginal anterior



## >> ETIOLOGIA

→ Defeito central ou de distensão:

- > Lesão da fásia vesicovaginal
- > Vagina perde a rugosidade, mas mantém sulcos anterolaterais

→ Defeito de deslocamento ou lateral ou paravaginal:

- Perda da fixação da fásia vesicovaginal ao arco tendíneo
- Vagina mantém a rugosidade, mas há apagamento dos sulcos anterolaterais

## >> QUADRO CLÍNICO

Peso na pelve, dor hipogástrica, "bola" na vagina, sintomas urinários: IU + ITU, dispareunia, disfunção sexual.



## >> CONDUTA

Defeito central ou de distensão: Colporrafia (colpoperineoplastia) anterior

Defeito de deslocamento ou lateral ou paravaginal: Correção da fásia pubovesicuterina

## ⇒ PROLAPSO POSTERIOR

### ♣ RETOCELE



**Conduta:** colporrafia posterior

Sutura da fásia retovaginal

## \* CLASSIFICAÇÃO POP-Q

**Pelvic Organ Prolapse Quantification - POP-Q**

Para melhor uniformização dos prolapso, foi criada esta classificação, mais moderna.

O maior ponto de prolapso deve ser avaliado durante as manobras de esforço. Ele é representado em centímetros, tanto para cima como para baixo das carúnculas himenais.

Se o ponto máximo desse prolapso se encontra acima das carúnculas, é graduado negativos; se abaixo, em números positivos. Temos seis pontos de referência.

Aa e Ba → parede Anterior  
Ap e Bp → parede Posterior  
C → Colo ou Cúpula  
D → fundo-de-saco de Douglas  
CVT → comprimento vaginal total  
- Número **negativo** → dentro da vagina  
- Número **positivo** → além do hímen

parede anterior	parede anterior	cérvice ou cúpula
<b>Aa</b>	<b>Ba</b>	<b>C</b>
hiato genital	corpo perineal	comprimento vaginal total
<b>gh</b>	<b>pb</b>	<b>tvL</b>
parede posterior	parede posterior	fórnice posterior
<b>Ap</b>	<b>Bp</b>	<b>D</b>



**Hiato genital:** distância entre a linha média do meato uretral externo da uretra e a linha média posterior da carúncula himenal (+/- 2 cm).

**Corpo perineal:** distância entre a linha média posterior da carúncula himenal e o ponto médio do orifício anal.

**Comprimento vaginal total:** medida entre o introito vaginal e o ponto mais profundo da vagina, quando C ou D estão nas posições habituais (+/- 10cm).

<b>Estádio de Distopia</b>
Estádio 0: ausência de prolapso
Estádio I: < - 1
Estádio II: entre -1 e +1 (< +2)
Estádio III: ≥ +2 mas não total
Estádio IV: total

### Obs.: ROTURA PERINEAL

- 1º. Grau: pele e mucosa
- 2º. Grau: músculo
- 3º. Grau: Ânus
- 4º. Grau: Reto

## CICLO MENSTRUAL

### >> CONCEITOS

**Menarca:** é a primeira menstruação. É o amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise- ovário. Acontece em média entre os 11 e os 14 anos, sendo aceitável dos 9 aos 16 anos.

**Menstruação:** é o sangramento genital de origem intrauterina, periódico e temporário na mulher, que se manifesta aproximadamente a cada mês, que se inicia com a menarca e termina com a menopausa.

**Menacme:** é o período reprodutivo da mulher.

**Climatério:** tem início com o declínio progressivo da atividade gonadal da mulher. É o período de transição entre a vida reprodutiva e a não reprodutiva.

**Síndrome climatérica:** é o conjunto de sintomas que são atribuíveis à insuficiência ovariana progressiva. Nem sempre é sintomático.

**Menopausa:** é a última menstruação. Ocorre em geral entre os 45 e 55 anos e só pode ser diagnosticada após 12 meses consecutivos de amenorreia. Caracteriza-se por uma amenorreia hipergonadotrófica em decorrência da população folicular que não responde mais as gonadotrofinas (hipoestrogenismo).

• **Precoce:** quando ocorre antes dos 40 anos.

• **Tardia:** quando ocorre após os 55 anos.

**Período perimenopausa:** período que se inicia antes da menopausa com ciclos menstruais irregulares, acompanhadas ou não de manifestações vasomotoras, e termina 12 meses após a menopausa.

**Período pós-menopausa:** período que se inicia um ano após a última menstruação e vai até os 65 anos de idade.

**Senectude ou senilidade:** período após o climatério, que se inicia aos 65 anos.

\*Os extremos de vida reprodutiva, logo após a menarca e na perimenopausa caracterizam-se por uma concentração maior de ciclos anovulatórios ou irregulares.

Hipotálamo	GnRH
Hipófise	FSH e LH
Ovário	E e P
Uterovaginal	Proliferação/ Secreção/ Menstruação

**DEFINIÇÃO:** o ciclo menstrual é o conjunto de eventos endócrinos interdependentes do eixo hipotálamo-hipófise-ovário e as modificações fisiológicas no organismo consequentes, visando a preparação para a ovulação e para uma futura gravidez.

A secreção de GnRH deve ser pulsátil. Pela forma como ocorre a pulsatilidade (pulsos que variam em amplitude e frequência), a hipófise irá liberar LH ou FSH. Devemos lembrar que temos a **adeno-hipófise** e a **neuro-hipófise** (a neuro-hipófise pode ser entendida como um prolongamento do hipotálamo). A adeno-hipófise é a parte glandular.

Pulsos variam em frequência e amplitude  
**1ª FASE:** ↑ freq. e ↓ amplitude (folicular)  
**2ª FASE:** ↓ freq. e ↑ amplitude (lútea)

Adeno-hipófise	FSH, LH, TSH, GH, ACTH, prolactina
Neuro-hipófise	Não produz hormônios; ela libera hormônios hipotalâmicos: ocitocina e ADH

O HIPOTÁLAMO ESTIMULA HIPÓFISE;  
 EXCETO DOPAMINA QUE INIBE A PROLACTINA.

### >> OVÁRIO

#### Teoria 2 Células 2 Gonadotrofinas



### >> CICLO OVARIANO

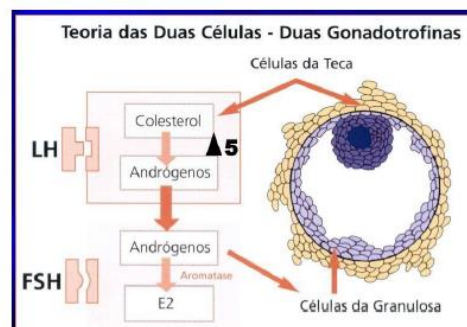
→ **FASE FOLICULAR:** ↑ FSH e recrutamento folicular

Característica: ↑ **estrogênio e inibina B**

Seleção folículo dominante (**tem + receptores FSH**)

Elevação do estrogênio e inibina **INIBEM** o FSH

**OBS:** a fase folicular que determina a duração do ciclo menstrual. Sua duração varia de 10 a 14 dias. Já a fase lútea é fixa e possui duração de 14 dias.



### TEORIA DAS DUAS CÉLULAS:

O ovário é subdividido nas funções de síntese hormonal entre as células da granulosa e as células da teca.

As células da teca sintetizam a partir do colesterol os andrôgenos, que são convertidos a estrogênios na camada granulosa.

Com o uso da pílula para tratamento de SOP, ocorre um bloqueio da liberação hipofisária de LH, levando a uma menor produção androgênica pelas células da teca.

→ **FASE OVULATÓRIA**: Pico estradiol → Pico LH → se mantém por 48 a 50 hs  
Ovulação 32-36h após início ↑ LH e 10-12 hs após seu PICO máximo



→ **FASE LÚTEA**: Folículo roto → corpo lúteo

Característica: ↑ **progesterona e inibina A**

→ tem duração ± **fixa de 14 dias**

Elevação da progesterona **INIBE LH**

Regressão do corpo lúteo → ↓ E, P e inibina A

Novo recrutamento com ↑ FSH



**Fase menstrual**: caracteriza-se por uma ruptura irregular do endométrio.

Esta sequência de eventos ocorre devido ao término da produção de estrogênio e progesterona. A diminuição dos níveis desses hormônios leva a reações vasomotoras, perda decidual e à menstruação.

**Fase proliferativa**: possui um grande número de glândulas, células estromais e células vasculares endoteliais. A síntese de DNA é intensa e a atividade mitótica é elevada. O número máximo de céls endometriais ocorre por volta do 8º e 10º dias do ciclo, período que corresponde ao pico de estradiol, com maior número de receptores endometriais e maior número de mitoses. Observa-se uma pseudoestratificação.

**Fase secretora**: caracteriza-se pela atuação da progesterona produzida pelo corpo lúteo em contraposição à ação estrogênica.

Ocorre diminuição do número de receptores estrogênicos endometriais, com limitação do crescimento endometrial pelo declínio nas taxas de mitoses e síntese de DNA.

Há edema estromal e as glândulas se encontram tortuosas com colabamento dos vasos espiralados.

## >> **CICLO UTERINO**

**Fases: proliferativa/ secretora/ menstrual**

Quem prolifera: estrogênico

Quem torna o endométrio secretor: progesterona

**Camadas do endométrio:**

- Compacta (superficial)
- Esponjosa (média)
- Basal (profunda)

Quem descama: compacta com parte da esponjosa (chamadas de funcional)

**E NOS DEMAIS ÓRGÃOS ...**

## >> **MUCO CERVICAL**

**Folicular**: predomina ação estrogênio – filância + cristalização

**Lútea**: predomina ação da progesterona – sem filância/ muco espesso + sem cristalização

## **CICLO MENSTRUAL NORMAL**

Duração do ciclo menstrual	21 a 35 dias, média de 28 dias
Duração do fluxo menstrual	<b>2 a 6 dias</b>
Perda sanguínea	<b>20 a 60 ml</b>
Fases do ciclo ovariano	<b>Folicular e Lútea</b>
Fases do ciclo uterino	<b>Proliferativa, Secretora e Menstrual</b>



# AMENORREIA E INFERTILIDADE

## AMENORREIA

PRIMÁRIA	SECUNDÁRIA
14ª sem menstruação sem desenvolv sexual 2º	Sem menstruação por 6 meses ou 3 ciclos
16ª sem menstruação com desenvolv sexual 2º	

**OBS1.:** o problema da amenorreia pode estar no compartimento IV (hipotálamo), III (hipófise), II (ovário) ou I (uterovaginal).

**OBS2.:** Se a paciente não teve nem telarca nem pubarca, partimos para investigação etiológica mais aprofundada. Portanto, se presença de infantilismo sexual, investigamos a partir dos 14 anos. Se presença de telarca ou pubarca esperamos até os 16 para iniciar a investigação.

### Desenvolvimento genital e gonadal:

o Ductos de Muller → útero, Trompas e 2/3 superiores da vagina

o Ductos de Wolff → Cistos de Gardner

o Seio urogenital → Uretra e 1/3 inferior da vagina

o Tubérculo genital → Clitóris

o Protuberâncias urogenitais → Grandes lábios

o Pregas urogenitais → Pequenos lábios

### Classificação das amenorreias:

Compartimento I → Desordens do trato de saída do fluxo menstrual

Compartimento II → Desordens ovarianas

Compartimento III → Desordens hipofisárias

Compartimento IV → Desordens hipotalâmicas

## INVESTIGAÇÃO

### ♥ AMENORREIA SECUNDÁRIA

#### 1º) EXCLUIR GESTAÇÃO → BHCG

#### 2º) DOSAR TSH E PROLACTINA

\* *hipotireoidismo* e *hiperprolactinemia* são causas de amenorreia (lembrar que hipotireoidismo é causa de hiperprolactinemia) – os 2 exames sempre devem ser solicitados juntos.

Atenção: Se a paciente apresenta hipotireoidismo e hiperprolactinemia associados, provavelmente a causa é o hipotireoidismo, que também causa hiperprolactinemia.

#### >> Prolactinoma – Normal: 5 e 20 mcg/L

DX: solicitar RM

TTO: inicial é clínico

Cabergolina (+ seguro) ou Bromocriptina

A cabergolina tem vantagem posológica e possui menos efeitos colaterais (a cabergolina também é utilizada em casos de pacientes HIV+ após o parto para inibir a lactação)

#### >> Medicamentosa: várias medicações interferem com a prolactina por interferirem com a dopamina:

Metoclopramida, Neurolépticos (haloperidol), Tricíclicos, Ranitidina, ACO, Fluoxetina, Metildopa, Opiáceos, Verapamil...

A dopamina alta inibe a prolactina. Bem como os medicamentos que inibem a dopamina causam hiperprolactinemia.

#### >> Outras: gestação, lactação, estimulação, lesão torácica, insuficiência renal...

### 3º) Teste da PROGESTERONA

Avalia os níveis estrogênio e trato de saída

#### Estrogênio



Progesterona

Anatomia

→ Medroxiprogesterona 10 mg por 5-10 dias

**Houve sangramento:** Anovulação Crônica (não tem progesterona suficiente para estabilizar o endométrio)

→ EX: SOP

### Sem sangramento:

- falta de estrogênio?

- Lesão endométrio?

- Obstrução ao fluxo?

Prosseguir...

#### Avaliar compartimentos:

1. Anatômico

2. Ovariano

3. Hipófise

4. Hipotálamo

### 4º) ESTROGÊNIO + PROGESTERONA

Avalia endométrio e trato de saída

#### Estrogênio + Progesterona por 21 dias

**Houve sangramento** → *excluídas causas uterovaginais / falta de estrogênio:*

→ CAUSAS: ovariana ou central

### Sem sangramento:

→ CAUSAS: uterovaginais

Avaliar USG, histeroscopia, RNM

- **Sd de Asherman:** lesão endometrial (abortamento, curetagem, manipulação da cavidade uterina)

DX: histeroscopia (sinequias, aderências intra uterinas)

- **Hiperplasia Adrenal Congênita:** causa genitália ambígua na mulher (pseudo-hermafroditismo feminino)

*Maior causa* → ↓ da 21-hidroxilase

Há ↑ 17 OH progesterona e androgênio

### 5º) DOSAGEM DE FSH

Causa OVARIANA ou CENTRAL???

>> Se FSH ↑ (> 20) → Causas: ovarianas

- **Insuficiência/ Falência ovariana prematura:**

< 40 anos esgotamento folicular

- **Sd de Savage:**

Resistência às gonadotrofinas

DX DEFINITIVO: biópsia

TTO: terapia hormonal

>> Se FSH normal ou ↓ (< 5) → Causas: hipófise ou hipotálamo

**OBS.:** Mulher com < 40 anos com FSH > 40, pensar em falência ovariana precoce.

### 6º) TESTE DO GnRH

Administra GnRH:

- Se LH ↑ e/ou FSH ↑ → Hipotalâmicas

- Se não ↑ FSH e LH → Hipofisárias

## ✂ DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

### >> CAUSAS HIPOFISÁRIAS – compartimento III

- Tumores: **PROLACTINOMA**

- **Sd de Sheehan**: necrose hipofisária pós-parto por sangramento importante que leva à vasoconstrição do sistema porta-hipofisário. A paciente pode evoluir para hipopituitarismo completo (déficit de FSH, LH, prolactina, ACTH e TSH): não menstrua, não amamenta, apresenta hipotireoidismo e insuficiência adrenal.

EX: atonia uterina, acretismo

### >> CAUSAS HIPOTALÂMICAS – compartimento IV

- Tumores: **CRANIOFARINGIOMAS**

- **Sd de Kallman** → TRIÁDE: amenorreia 1ª + anosmia + infantilismo sexual – podendo ou não ter cegueira para cores

- Outras: Estresse, Anorexia, Exercícios

### >> CAUSA OVARIANAS – compartimento II

- **Falência ovariana precoce** (<40ª) – FSH > 40

- **Síndrome de Savage**: folículo resistente às gonadotrofinas (pode ser causa de amenorreia primária ou secundária)

– o diagnóstico diferencial entre falência ovariana precoce e Sd Savage é feita através de biópsia ovariana (na prática não é feita pois o tratamento das duas condições é o mesmo – reposição hormonal)

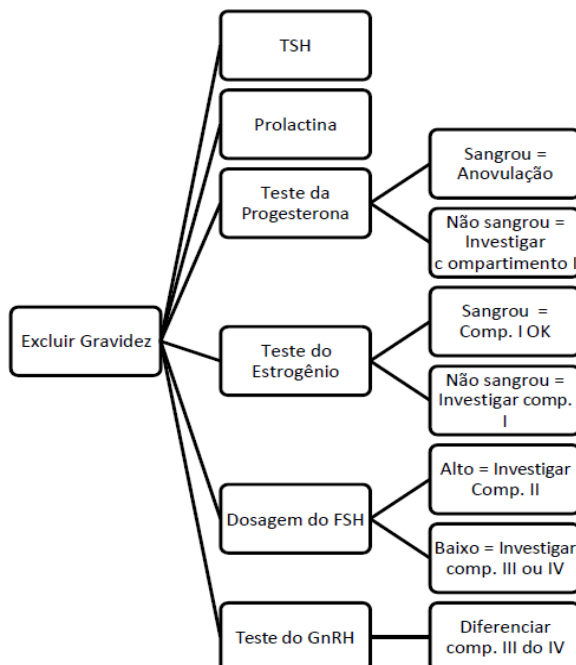
- Diagnóstico definitivo: biópsia;

- Tratamento: terapia hormonal.

- **Disgenesia gonadal**: maior causa de amenorreia primária

**DISGENESIA COM Y → RETIRAR GÔNADA!**

(ex.: **Síndrome de Swyer 46XY**: o fator determinante testicular está no Y → a gônada será o testículo → testículo fibrosado – não funciona = fenótipo feminino – genitália interna e externa feminina)



## ♥ AMENORREIA PRIMÁRIA

Exame físico: estigmas de Turner, hímen imperfurado...

- **Caracteres sexuais 2º presentes?**

**NÃO:**

→ LH FSH ↑

Pedir Cariótipo

Disgenesia gonadal → Ex: TURNER

→ LH FSH ↓

Teste GnRH

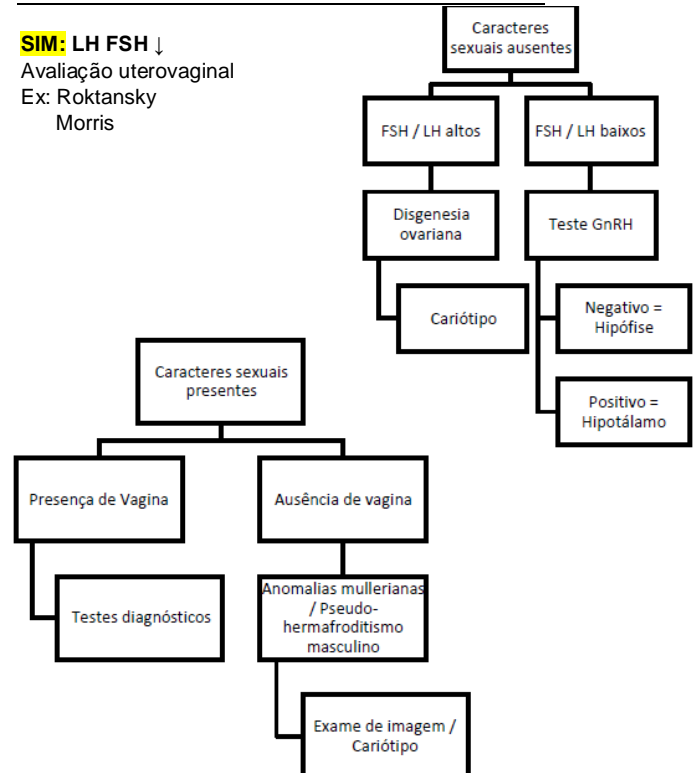
Hipófise ou hipotálamo

**SIM:** LH FSH ↓

Avaliação uterovaginal

Ex: Roktansky

Morris



## ✂ SÍNDROME DE TURNER

Cariótipo 45 XO

LH e FSH ↑↑

É a disgenesia gonadal + comum

Pescoço alado, tórax em escudo, ↓ a estatura

## ✂ SD ROKTANSKY

Agénese Mulleriana

LH e FSH ↓↓

Ductos paramesonéfricos

**46 XX** e ovário normal (produção hormonal normal)

**Clínica:** amenorreia 1ª, com **característica sexual 2ª**, sem útero, vagina curta e pelo normal

## ✂ SD DE MORRIS

Defeito recept. Androgênico

LH e FSH ↓↓

**46 XY** e testículo funcional

Tem q retirar o testículo pelo risco de câncer

**Clínica:** amenorreia 1ª, com **mama pequena**, sem útero, vagina curta mas **sem pelos**

Hérnia inguinal

TTO: Gonadectomia devido ao risco de malignização

## SÍNDROME OVÁRIO POLICÍSTICO

**Síndrome do Ovário Policístico OU Anovulação Crônica Hiperandrogênica**

**TRIÁDE CLÁSSICA:** Menstruação atrasada + hiperandrogenismo + infertilidade  
- 5 a 10% mulheres / > causa de hiperandrogenismo

Resistência insulínica → ↓ SHBG → ↑ **estrogênio**  
↑ **androgênio**  
(frações livres)

Hiperandrogenismo ←  
Anovulação

### >> FISIOPATOLOGIA

Ocorre secreção inadequada de gonadotrofinas por alteração na pulsatilidade do GnRh, com secreção preferencial de LH.

### >> CLÍNICA

Acantose nigricans – indica resistência à insulina  
Acne, alopecia androgênica, hirsutismo  
Escala de Ferriman ≥ 8 →  
Irregularidade menstrual e infertilidade

*Hirsutismo:* pelos grossos com distribuição masculina  
*Hipertricose:* excesso de pelos

### >> LABORATÓRIO

Excluir outras doenças

TSH, prolactina, 17-OH-progesterona, cortisol

Testosterona e estrona ↑↑

LH ↑

**QUESTÃO DE PROVA → SOP: SHBG ↓ e FSH ↓ ou normal**

→ **SDHEA elevado pensar em ADRENAL!**  
(>700 pedir TC ou RM – neoplasia?)

### >> DIAGNÓSTICO – CRITÉRIOS DE ROTTERDAM 2 dos 3 deve estar presente

- Oligo ou anovulação
- Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial
- Ovários Policísticos à USG
- Excluir outras causas de hiperandrogenismo

**USGTV:** 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado (> 10 cm<sup>3</sup>)



Ovário Androgênico, anovulatório

**OBS:** 20% das mulheres saudáveis tem achado de ovário policístico na USGTV mas não tem a síndrome dos ovários policísticos

### >> DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Seu diagnóstico diferencial inclui afecções que podem cursar com oligo-anovulação e/ou hiperandrogenismo.

- **Anovulação:** Hipotireoidismo ou hipertireoidismo, hiperprolactinemia, hipogonadismo hipogonadotrófico e insuficiência ovariana primária.

- **Hiperandrogenismo:** tumor secretor de androgênio (sejam eles de origem ovariana ou adrenal), hiperplasia adrenal congênita não clássica e Síndrome de Cushing.

### >> CONSEQUÊNCIAS DE SOP

#### → CURTO PRAZO

- obesidade
- infertilidade
- menstruação irregular
- dislipidemia
- hirsutismo
- acne
- acantose nigricans

#### → LONGO PRAZO

- DM
- CA endometrial
- Doença cardiovascular

### >> TRATAMENTO

Atividade física + Dieta + ↓ peso

+

Controle insulina	Tratar hirsutismo	Controle ciclo	Gestação
Metformina	Estético ACO com Ciproterona	ACO ou Progesterona	Indutores de ovulação – Clomifeno

ACO: Drospirenona + Etinilestradiol

Obs.: se o clomifeno não der certo = tentar associar clomifeno + metformina

Atenção: Ciproterona é a mais antiandrogênica no entanto é a mais trombogênica!

Obs.:

**Hipertricose:** excesso de pelos em locais habituais

**Hiperandrogenismo:** pelos grossos com distribuição masculina

## INFERTILIDADE

Ausência de gravidez após 1 ano...

### Principais causas:

- \* Fator masculino – 40%
- \* Fator feminino – 40%
- \* Fatores combinados – 20%
- \* Fator tuboperitoneal → principal causa é DIP  
Se 1 episódio: risco de 11%  
Se 2 episódios: risco de 34%  
Se ≥ 3 episódios: risco de 54%
- \* Anovulação

A frequência da infertilidade 1<sup>aria</sup> aumenta com o avançar da idade da mulher.

### Investigação do casal infértil

Idade mulher X Frequência relações (3-4 relações)

< 35 anos = aguardar até 1 ano

> 35 anos = imediato ou após 6 meses

### \* AVALIAÇÃO BÁSICA

Hormônios (FSH, progesterona, TSH, prolactina)

USG-TV

Histerossalpingografia

Espemograma

### \* AVALIAÇÃO AVANÇADA

VÍDEO (Laparoscopia/ Histeroscopia)

## ❖ INFERTILIDADE MASCULINA

Avaliação → **ESPERMOGRAMA**

Parâmetro	Valor
<b>Volume</b>	1,5 ml ou mais
<b>Liquefação</b>	Dentro de 60 min
<b>pH</b>	7,2-8
<b>Viscosidade</b>	Ausente
<b>Concentração</b>	> 15 milhões/ml
<b>Número total de espermatozoides</b>	39 milhões por ejaculado ou mais
<b>Motilidade</b>	32% ou mais (A e B) – A + B + C > 40%
<b>Morfologia</b>	> 30% de formas ovais (critério da OMS) e > 4% (morfologia estrita de Kruger)
<b>Vitalidade</b>	58% ou mais

1 espermograma **NORMAL**: não precisa repetir  
Se **ANORMAL**: repetir após 3 meses (12 sem)

## ❖ INFERTILIDADE FEMININA

- **Fator Ovariano**

### **BIÓPSIA ENDOMÉTRIO**

- já foi padrão ouro (em desuso)

### **DOSAGEM PROGESTERONA**

- na fase lútea / 2ª fase (entre 21º - 24º dia do ciclo)

### **DOSAGEM DE FSH**

- avalia reserva ovariana (boa se 3º dia < 10)  
- opção: hormônio antimülleriano (qq fase do ciclo)

### **USTV SERIADA**

- documenta ovulação: programar coito ou intervenções  
Ajuda na contagem de folículos, quanto maior o núm de folículos recrutados, melhor o prognóstico  
- Contagem de folículos → prognóstico na reprodução assistida

- **Fator Tuboperitoneal**

### **HISTEROSSALPINGOGRAFIA**

Exame INICIAL para trompa, para avaliar se estão pérvias (percebe extravasamento de contraste dos 2 lados)

**Trompa pérvia = Prova de Cotte Positiva**

**Se Pr de Cotte Negativa = VIDEOLAPAROSCOPIA**

↳ **PADRÃO OURO** p doença tubária e peritoneal!!!

- **Fator Uterino**

### **USTV e HISTEROSSALPINGOGRAFIA**

Se alterado

### **HISTEROSCOPIA**

**PADRÃO OURO** p cavidade endometrial

## **TRATAMENTO**

**MASCULINO** → maioria fertilização in vitro (FIV)

Conc. > 5 milhões → Inseminação

Conc. entre 2 – 5 milhões → FIV convencional

Conc. < 2 milhões → FIV – ICSI

FIV convencional: oócito e SPTZ na placa

FIV em ICSI: SPTZ é injetado no oócito

**FATOR OVARIANO** → indução (citrato de clomifeno)  
ou FIV

## **INDUÇÃO DA OVULAÇÃO**

**Grupo 1** → **Hipogonadismo Hipogonadotrófico (10%)**

• Falência hipofisária em produzir FSH e LH

**Grupo 2** → **Normogonadismo Normogonadotrófico (85%)**

• Disfunção do EHHO

**Grupo 3** → **Hipogonadismo Hipergonadotrófico (5%)**

• Falência ovariana

**Citrato de Clomifeno**: CI presença de cistos ovarianos, hepatopatias, tumor hipofisário, disfunções adrenais e tireoidianas não controladas.

**Gonadotrofinas**: Está indicados em pacientes que não respondem ao Citrato de Clomifeno.

**Metforminas**: Indicada em pacientes com resistência insulínica (Sd. Metabólica)

**FATOR TUBOPERITONEAL** → Laparoscopia

Retirar aderência, endometriose, salpingoplastia

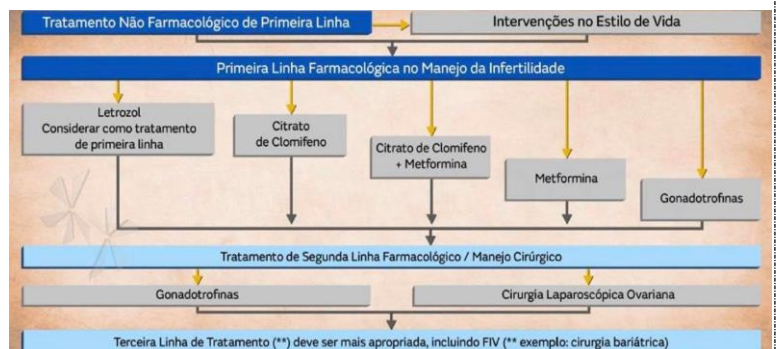
**FATOR UTERINO** → Histeroscopia

Retirada de pólipos, septos...

→ **Quando indicar inseminação intrauterina?**

- infertilidade sem causa aparente

- só masculino leve: (> 5 milhões SPTZ normais)





## PROPEDÊUTICA BÁSICA DO CASAL INFÉRTIL

**Casal:** questionar duração da infertilidade, filhos em relacionamentos anteriores/atual, atividade sexual regular, membro da família com história de infertilidade.

**Homem:** história familiar de infertilidade, infecções, traumas ou cirurgias em órgãos genitais, história de varicocele, uso de drogas lícitas e ilícitas.

**Mulher:** idade, alterações de peso, atividade física, alcoolismo/tabagismo, uso de fármacos, doença sexualmente transmissível, DIP, cirurgias abdominais/pélvicas, comorbidades, métodos contraceptivos, ciclo menstrual.

Exame do trato geniturinário

Exame pélvico ginecológico

PROPEDÊUTICA BÁSICA

PROPEDÊUTICA BÁSICA

Espermograma

Pesquisa do estado ovulatório e ciclos menstruais

Pesquisa da permeabilidade tubária

Pesquisa da cavidade uterina e canal cervical (fator uterino e cervical)

NORMAL

alterada

alterada

alterada

Se ciclos irregulares e/ou paciente > 35 anos

**DOSAGENS HORMONAIS**

- FSH
- Estradiol
- Prolactina
- TSH e T4 livre

**RASTREAMENTO DA OVULAÇÃO**

- USG seriada
- Contagem de folículos antrais

HSG

USGTV  
HSG

LSC com cromotubagem

HSC diagnóstica e/ou LSC

alterada

HSC cirúrgica e/ou LSC

ISCA



# SANGRAMENTOS GINECOLÓGICOS BENIGNOS

## SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

### ESTRUTURAIS / ANATÔMICAS

Pólipo

Adenomiose

Leiomioma

Maligna

### NÃO ESTRUTURAIS

Coagulopatia

Ovulatória

Endometriais

Iatrogênica

Não Classificada

### ... AVALIAR POR FAIXA ETÁRIA

#### NEONATAL

Privação estrogênio materno

#### INFÂNCIA

**Corpo Estranho:** apresenta corrimento, odor fétido, persistente, profuso, sanguinolento, purulento...

**Infecção:** irritação vulvar, pode causar prurido e levar ao ato de coçadura excessiva na região vulvar, que pode resultar em escoriação, maceração da pele vulvar e fissuras com sangramento. Outras causas de irritação vulvar incluem os condilomas, o molusco contagioso e a cistite.

#### Trauma (Queda à cavaleiro)

TODAS as vezes que ver uma criança com sangramento vaginal, pensar na possibilidade de

#### ABUSO SEXUAL

**Neoplasia** → **Sarcoma** **Botriode** (Rabdomiossarcoma), responsável por 20% dos casos de sangramento em crianças < 10 anos. Se apresenta com hemorragia vaginal e uma massa semelhante a um cacho de uvas.

#### ADOLESCÊNCIA

**Anovulação/ Disfuncional:** Primeiros 2 anos após a menstruação

A imaturidade do eixo hipotálamo hipófise ovário e a principal causa de anovulação em adolescentes.

#### Sangramento na Gestação

**Anormalidades Hematológicas:** PTI e Doença de Von Willebrand

**EXCLUIR:** Infecção (ex: PTI)

#### ADULTAS

**Anovulação**

**Sangramentos na gestação**

**EXCLUIR:** Neoplasias Infecção (IST)

#### PÓS-MENOPAUSA

Endometrite Atrófica/ Vaginite Atrófica - 30%

Terapia Hormonal/ Estrogênios Exógenos - 30%

Câncer de Endométrio - 15%

Pólipos endometriais ou cervicais - 10%

Hiperplasia endometrial - 5%

Outras causas: Ca de colo, sarcoma uterino, trauma - 10%

## CONTINUANDO A INVESTIGAÇÃO

→ 1º EXAME É O **ESPECULAR**

**PÓS-COITO:** Cervicite, Ca de colo, Lesão Vaginal

**MENACME:** Sexualmente ativa sem contraceptivo eficaz = pedir βHCG

**MEDICAMENTO:** Escape do contraceptivo, TH na pós-menopausa

**INTRAUTERINO:** avaliar USGTV



## MANEJO SUA AGUDO

➤ **Excluir Gravidez e ver a Estabilidade**

➤ **Tratamento MEDICAMENTOSO:**

- **Estrogênio Equinos Conjugados (EEC):** 1,25 mg, VO, de 6/6 hs x 3 semanas + AMP 10 dias

- **OU ACO (30 a 35 mcg EE):** 1 cp 3x/dia 48 hs (mínimo) ou até parar sangramento e após 1 cp/dia 3 a 6 semanas

- + **ÁCIDO TRANEXÂMICO:** 2 a 3 g/dia VO (casos graves podem fazer EV)

## PÓLIPO

Pólipo: projeção de tecido glandular / do epitélio colunar

### CERVICAL

Assintomático

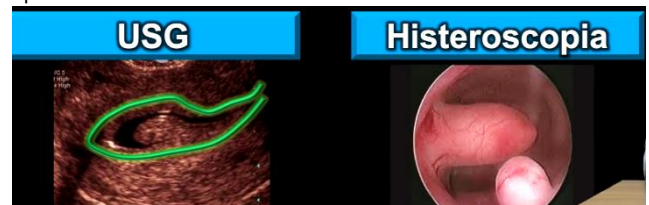
Sinorragia = sangramento pós coito



### ENDOMETRIAL

Maioria assintomática, as vezes é um achado USG

Histeroscopia: confirma a presença de pólipo e pode aproveitar e fazer uma POLIPECTOMIA



## >> TRATAMENTO

Polipectomia Histeroscópica

## MIOMA

Tem que saber a localização e a classificação, pois dependendo do mioma não justifica o sangramento anormal

## >> CLASSIFICAÇÃO

MAIORIA ASSINTOMÁTICOS

**Submucoso e Intramural:** são causas de SUA

Subseroso: não justifica o sangramento



### CLASSIFICAÇÃO FIGO

<b>SUBMUCOSO</b>	0 (pedículo) → 1 → 2
<b>INTRAMURAL</b>	3 → 4
<b>SUBSEROZO</b>	5 → 6 → 7 (pedículo)

#### >> FATOR DE RISCO

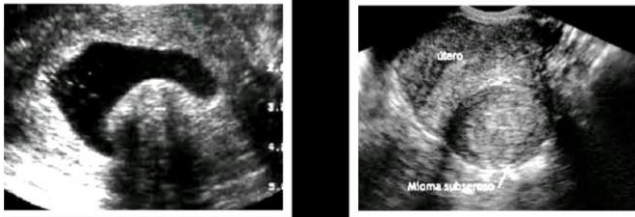
Raça negra, maior tempo de menarca, obesidade, história familiar

#### >> FATOR PROTETOR

Pós menopausa, tabagismo, multiparidade

#### >> DIAGNÓSTICO

Nódulo Hipoeoico ao USG – bem delimitado



#### >> TRATAMENTO

Sintoma X Desejo de Gestação!!!

→ Se Assintomático: **NÃO TRATAR**

#### SINTOMÁTICA

Leve/ Mod Pequeno	Intenso e Nulípara	Intenso e Multipara
Clinico	Miomectomia	Histerectomia (só submucoso miomectomia Histeroscópica)

**Remédio trata mioma? → NÃO**

Análogo de GnRH ↓ tumor e anemia antes de operar

#### Quando usar embolização?

Se múltiplos, mas não para pediculados.

Se quiser ter + filhos (para nulíparas, a embolização é polêmica; geralmente se indica para aquelas que já têm filhos, mas ainda querem mais).

#### Degeneração?

**HALINA:** é a + comum

**NECROSE ASSÉPTICA:** causa dor na gestação

**SARCOMATOSA:** mioma cresce menopausa

### DISMENORREIA 2ª

#### ✂ ADENOMIOSE

Tecido endometrial no miométrio

#### CLÍNICA

Sangramento Uterino Anormal, dismenorrea 2ª, ↑ uterino

#### EXAME

**USG:** na maioria das vezes vem normal, ajuda pouco

**Ressonância magnética:** Zona juncional com irregularidade e espessura mioendometrial > 12 mm

**Histerossalpingografia:** pode apresentar o **Sinal de Dionisi**, que corresponde a irregularidades da superfície miometrial

**Estudo Histopatológico: PADRÃO-OURO**

#### TRATAMENTO

**DEFINITIVO: HISTERECTOMIA**

Opções: DIU progesterona, ablação endométrio...

### ENDOMETRIOSE

Endométrio (glândulas e estroma) **fora do útero**

**Localização + comum: OVARIANA**

#### >> FATOR DE RISCO

Menarca longo, primiparidade tardia, nuliparidade, história familiar, raça branca, malformações uterinas, *excesso de álcool e café (? / questionável)*

#### >> FISIOPATOLOGIA

- **Fatores genéticos**, sobretudo em parentes de 1º grau, com risco 7x maior nesses casos

- **Fator hormonal**, pois se sabe que o desenvolvimento e o crescimento da endometriose são estrogênio dependentes.

- **Imunológico:** existem evidências de que alterações na imunidade humoral e celular estão implicadas na patogênese da endometriose, com deficiência na imunidade celular, atividade reduzida das células natural killer, aumento na concentração de leucócitos e macrófagos na cavidade peritoneal e no endométrio ectópico, dentre outros.

- **Fator inflamatório:** secreção de citocinas pelos implantes endometrióticos. Por outro lado, células inflamatórias na cavidade peritoneal levariam à proliferação de implantes, à angiogênese e à quimioatração de leucócitos neste foco inflamatório.

#### **Endometriose Peritoneal Profunda**

Formas infiltrativas da doença que envolvem os ligamentos uterossacos, septo vaginal, intestino, ureteres e/ou bexiga.

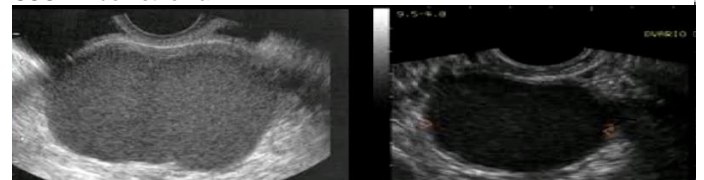
Alguns autores definem como a endometriose que penetra + de 5 mm da superfície peritoneal.

#### >> DIAGNÓSTICO: CLÍNICO

**História clínica:** dismenorrea 2ª, dispareunia e infertilidade (algumas são assintomáticas)

**Exame físico:** nódulo ao toque vaginal / retal, útero fixo, doloroso e massa anexial

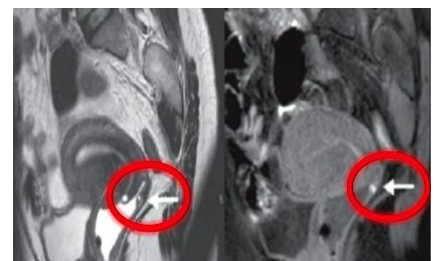
#### USG: Endometrioma



USG ajuda pouco a gente, se história clássica e USG normal não descarta o diagnóstico

#### RESSONÂNCIA

Limitação: implante pequeno



#### LAPAROSCOPIA:

**PADRÃO OURO!!!**



### Atividades das lesões: vermelha > preta > branca

Não há correlação direta: extensão lesões x Intensidade da dor

#### >> ACOMETIMENTO INTERSTICIAL

- Retossigmoide (85%)
- Apêndice cecal (10%)
- Intestino delgado (5%)

#### >> TRATAMENTO

- **DOR:** inicialmente clínico  
Anticoncepcional combinado / Progesterona / Análogo GnRH / Inibidores da aromatase

- **ENDOMETRIOMA:** melhor é cistectomia

- **INFERTILIDADE:** clínica não resolve  
Endometriose mínima / leve: laparoscopia  
Endometriose severa: FIV

#### RESUMO

MIOMATOSE	SUA
ADENOMIOSE	<b>SUA + Dismenorreia</b>
ENDOMETRIOSE	<b>Dismenorreia + Infertilidade</b>

**REVALIDA 2020** – Uma mulher com 52 anos de idade apresenta queixa de sangramento uterino anormal com aumento do fluxo e diminuição do intervalo entre os sangramentos há 3 meses. A paciente possui histórico de 2 partos e laqueadura tubária há 18 anos. Nega comorbidades. Seus exames clínicos e ginecológicos estão sem anormalidades. A ultrassonografia vaginal visualizou espessamento focal endometrial com fluxo ao doppler. Nesse caso, a principal conduta médica a ser realizada é:

**RESPOSTA:** Solicitar histeroscopia com biópsia

# ANTICONCEPCIONAL

**Planejamento familiar:** é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A **eficácia** de um método contraceptivo é aferida pelo número de gestações em 100 mulheres utilizando o método em um ano, o que é conhecido como índice de Pearl. Quanto menor este índice, maior a eficácia do método.

## ♣ COMPORTAMENTAIS

Tabelinha, curva térmica, muco cervical  
**NÃO RECOMENDAR**

## ♣ BARREIRAS

Condom e diafragma: ↑ taxa de falha  
Condom: Ruim como contraceptivo, importante p ISTs

## ♣ ANTICONCEPCIONAL

*Mecanismo de ação?*

*Contraindicações?*

<b>Categoria 1</b>	Pode usar
<b>Categoria 2</b>	Pode usar com cautela
<b>Categoria 3</b>	Contraindicação relativa
<b>Categoria 4</b>	Contraindicação absoluta

## DIU

Se o médico está convencido de que a mulher não está grávida, o DIU e o SIU-LNG podem ser inseridos em qualquer fase do ciclo menstrual.

O DIU de cobre e o SIU-LNG podem ser usados por mulheres adolescentes sem filhos, sem a necessidade prévia de um esfregaço cervicovaginal. (Papanicolau).

### >> MECANISMO DE AÇÃO

**COBRE:** Duração de 10 anos. Ação irritativa, inflamatória e espermicida.

**PROGESTERONA:** Duração de 5 anos

Atrofia endométrio e torna muco hostil

**NÃO SÃO ANOVULATÓRIOS!**

### CONTRAINDICAÇÕES DIU

#### - Alterações Intrauterinas

Suspeita gravidez, distorção da cavidade, SUA inexplicado, CA colo, CA endométrio e infecção uterina (Ca mama atual não colocar DIU progesterona)

- e entre 48 hs e 4 semanas pós-parto

## HORMONAIS SISTÊMICOS

### ♥ MINIPÍLULA (Progesterona)

*Mecanismo de ação:* altera muco cervical e atrofia endométrio

**Ideal:** amamentando ou peri-menopausa

### ♥ INJETÁVEL TRIMESTRAL (P) IMPLANTE SUBDÉRMICO (P)

*Mecanismo de ação:* altera muco, endométrio e ANOVULAÇÃO

Os implantes de progesterona constituem método muito eficaz, com uma das + baixas taxas de falha. Podem ser utilizados por adolescentes e devem ser inseridos sob a pele do braço não dominante, onde permanecem por até 3 anos.

## >> CONTRAINDICAÇÕES HORMÔNIOS

### SISTÊMICOS:

Gravidez, Tumor Hepático, HAS grave, AVE, TVP e TEP aguda (**categoria 3**)

### < 6 semanas após parto amamentando?

**SIM:** minipílula e implante categ 2

Injetável trimestral é categ 3

**CA mama atual (categoria 4)**

## COMBINADO (E+P)

**ORAL, ANEL VAGINAL, ADESIVO e INJEÇÃO MENSAL**

*Mecanismo de ação:* anovulação (principal fator), alteram com cervical, endométrio e motilidade tubária

**ESTROGÊNIO → Inibe FSH**

**PROGESTERONA → Inibe LH**

### >> BENEFÍCIOS

↓ a incidência de CA de cólon e reto em até 40% das pacientes com uso de ACO oral combinado

↓ incidência de DIP em 50%

### >> CONTRAINDICAÇÕES 4

Amamentação < 6 semanas pós-parto

CA mama atual, **Fumo (≥ 15) após 35 anos**, IAM, TVP, TEP e AVE atual ou prévio, LES com SAF +, doença hepática grave, **enxaqueca com aura**

### >> RISCO DE TEV EM ACO

O principal fator de risco para tromboembolismo associado ao uso de contraceptivos hormonais combinados é o componente estrogênico. O risco pode ser potencializado em função do progestógeno associado.

O de maior risco seria o desosgestrel e, o de menor risco, o levonorgestrel.

Tal risco só é significativo durante o uso dos ACO e nos 3 meses seguintes à sua interrupção, com posterior normalização do risco.

**REVALIDA 2020:** 38 anos, com crises de enxaqueca com aura, realizou encontros de planejamento familiar, desejando utilizar anel vaginal combinado ou dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel como método contraceptivo. A orientação sobre esses métodos em relação à enxaqueca dessa paciente é:

**Resposta:** o anel vaginal é contraindicado, mas o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel é adequado.

## EMERGENCIAL

Altera ovulação e atrofia endométrio

**LEVONORGESTREL:** 1 cp – 1,5 mg dose única

## CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

### \* Feminina (laqueadura tubária)

O local ideal para o procedimento é a região ístmica. Quanto mais próximo da implantação tubária, menor a probabilidade de reconstrução tubária em caso de arrendimento.

A **técnica de Pomeroy** modificada ou Salpingectomia parcial é a que tem menor índice de falhas. Faz-se uma alça de tuba, a qual será ligada com fio absorvível em sua base e depois corta-se a alça.





**Lei 9.263 brasileira: permite que mulheres com mais de 25 anos OU mais de 2 filhos sejam submetidas à esterilização definitiva.**

Não é permitida a esterilização no momento do parto ou logo depois do parto, exceto em casos de cesarianas de repetição ou risco de vida, devendo a mesma ser adiada após 42 dias de puerpério.

**\* Masculina (Vasectomia):**

É realizada sob anestesia local e consiste na ressecção do ducto deferente.

Apresenta índice de Pearl entre 0,1 a 0,15% homens/ano.

Não causa disfunção sexual e não aumenta a incidência de câncer de próstata, câncer de testículo, urolitíase ou aterosclerose.

Complicações: epididimite congestiva, hematoma de escroto e infecção de ferida operatória.

Após o procedimento, recomenda-se a utilização de preservativo ou outro método anticoncepcional durante 3 meses, pois antes deste prazo, ainda pode haver espermatozoides presentes no ejaculado.

# CLIMATÉRIO E OSTEOPOROSE

## CLIMATÉRIO

Primeiros indícios de insuficiência ovariana até 65a  
Início: Queda da inibina B e ↑ FSH

**CLIMATÉRIO:** é o período fisiológico que se inicia desde os primeiros indícios de insuficiência ovariana, mesmo que os ciclos continuem regulares ou até ovulatórios, e termina na senectude ou senilidade.

**PERIMENOPAUSA:** é o período que compreende os anos que precedem a menopausa, já na presença de distúrbios da duração do ciclo menstrual e os 12 meses que se seguem após o término das menstruações.

**MENOPAUSA:** significa última menstruação. Só pode ser diagnosticada após 12 meses consecutivos de amenorreia.

**MENOPAUSA PRECOCE:** consiste na menopausa que acontece antes dos 40 anos, de forma espontânea ou artificial, que é + adequadamente denominada de **insuficiência ovariana prematura**.

**MENOPAUSA TARDIA:** consiste na menopausa que ocorre após os 52 ou 55 anos, dependendo da referência bibliográfica.

**PÓS-MENOPAUSA:** é o período que se inicia 12 meses após a última menstruação e vai até os 65 anos.

**SENILIDADE ou SENECTUDE:** é o período que se inicia a partir dos 65 anos.

<b>Pré-menopausa</b>	↓ folículos e folículos envelhecidos ↓ inibina (baixa inibição sobre o FSH) ↑ FSH
<b>Pós-menopausa</b>	Ovário não produz estrogênio e progesterona Continua a produzir androgênios – estrogênio circulante por aromatização (estrone é o principal estrogênio após a menopausa, fruto da aromatização periférica)

### >> Como confirmar a menopausa?

CLÍNICO: > 1 ano da última menstruação

LABORATÓRIO: FSH > 35 -> Diagnóstico diferencial

*Classificação de STRAW para vida da mulher:*

Reprodutiva, Transição Menopausal e Pós-menopausa

### E a menopausa então?

➤ **Interrupção definitiva da ovulação**

**DIAGNÓSTICO É CLÍNICO:**

Sintomas típicos e > 1 ano sem menstruar

### Quando dosar FSH?

- Se ocorrer < 40 anos
- Típico FSH > 40 mUI/ mL

### OUTROS EXAMES:

- glicemia, lipidograma, MMG
- Colpocitologia (SOS), USG (SOS), densitometria (> 65 anos/ risco)

### Quando indicar Terapia Hormonal?

- Presença de **FOGACHOS:** principal indicação
- **OSTEOPOROSE:** sem fogacho não indicar
- **ATROFIA VAGINAL:** estrogênio tópico (vaginal)

### Qual terapia escolher?

**COM ÚTERO:** SEMPRE E + P (combinada)

**SEM ÚTERO:** APENAS E (exceto pacientes com endometriose)

### Qual via escolher?

**ESTROGÊNIO:** Oral ou Parenteral (adesivo, gel ou implante)

**Evitar VO e utilizar Parenteral caso a px tenha:**

- DM
- HAS
- Doenças hepáticas
- Fumantes
- Risco de Trombose \*
- Hipertrigliceridemia

**PA**tologias em geral → **PA**renteral

**CO**lesterol alto (LDL) → **CO**mprimido

### E a Tibolona?

É uma TH mas com características próprias: estrogênica, progestogênica e androgênica  
Além do benefício estrogênico (melhora da atrofia, sintomas vasomotores, ↓ fratura...) pode melhorar libido e função sexual

### CONTRAINDICAÇÕES DE TERAPIA HORMONAL:

CA mama (ou precursoras) ou Endométrio

Sangramento vaginal indeterminado

AVE, IAM, TEP\* e TVP\*

LES com risco trombótico

Doença hepática descompensada

Porfiria

Meningioma (para progesterona)

**ESTUDO WHI → estrogênio + progesterona:**

- ↑ dc cardiovascular
- ↑ CA de mama
- ↓ CA colorretal

Outros estudos observacionais demonstraram **REDUÇÃO** no risco cardiovascular para aquelas pacientes que iniciam a terapia de reposição hormonal precocemente, no período conhecido como "janela de oportunidade", que engloba a transição menopáusica até os 1<sup>os</sup> 10 anos da menopausa.

### - Opções não hormonais para fogacho:

Clonidina, Venlafaxin, Paroxetina e Citalopram

### - Opções não hormonais para disporeunia:

Lubrificantes vaginais

### - Opções não hormonais para ↓ libido

Bupropiona

### - Opções não hormonais para osteoporose

## OSTEOPOROSE

### DEFINIÇÕES

É a principal causa de fraturas na população acima de 50 anos

As fraturas + comuns relacionadas a osteoporose são as de rádio distal (Colles), de coluna vertebral e de fêmur proximal (quadril)

O pico de massa óssea é atingido ao final da adolescência e mantido até a 5ª década pela ingestão alimentar adequada de cálcio e vitamina D e pela prática de exercício físico.

### FATORES DE RISCO

IDADE

História familiar

Raça branca e biotipo magro

Hipoestrogenismo

OUTROS: álcool, tabagismo, cafeína, ingestão ↓ cálcio, sedentarismo, medicações (heparina, corticoides,

anticonvulsivantes, AMP), hiperparatireoidismo e insuficiência renal.

### **RASTREIO**

Quando indicar densitometria?

- Sexo feminino  $\geq 65$  anos ou masculino  $\geq 70$  anos
- Climatério com risco aumentado de fraturas (baixo peso ou fratura anterior com mínimo trauma)
- Adultos com fratura de fragilidade
- Adultos com alguma condição clínica associada à osteoporose ou em uso de medicação associada a perda de massa óssea
- Avaliação da resposta terapêutica
- Auxílio na decisão de iniciar terapia hormonal

### **DIAGNÓSTICO**

	<b>Z-escore</b>	<b>T escore</b>
<b>Normal</b>	$< 1$	$> - 1$
<b>Osteopenia</b>	1 a 2,5	-1 a -2,5
<b>Osteoporose</b>	$\geq 2,5$	$\leq -2,5$

**Z-escore:** referência DMO esperada p a idade

**T escore:** referência DMO de adultos jovens

#### **OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES:**

- Calciúria de 24 horas, cálcio sérico, hormônio paratireoideano (PTH) e 25-OH vitamina D

**FRAX:** ferramenta avalia probabilidade de fratura para AUXILIAR na decisão terapêutica

### **TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO**

- Medidas não farmacológicas: dieta adequada, exercícios físicos, prevenção de quedas, interrupção do tabagismo e excesso de álcool
- Avaliar suplementação de cálcio:  
Ingesta diária ideal 1.200 mg/dia após 50 anos
- Avaliar suplementação de vit D

### **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

#### **➤ INDICAÇÕES**

- Fratura vertebral ou de quadril
- DMO com T-score  $\leq -2,5$
- Baixa massa óssea e  $> 3$  fatores de risco
- Fratura prévia por fragilidade (mesmo sem DMO)

#### **➤ BIFOSFONATOS**

- inibem atividade osteoclástica (anticatabólicos)
- usados na prevenção e tratamento
- Exemplos de prescrição:
  - Alendronato (10 mg/dia ou 70 mg/semana VO)
  - Risedronato (5 mg/dia ou 35 mg/semana VO)
- Cuidado com esofagite erosiva: orientar o px – tomar de manhã, em jejum, esperar 30 min para se alimentar e permanecer de pé por no mínimo 30 min depois da medicação
- evento raro: osteonecrose de mandíbula

#### **➤ OUTRAS OPÇÕES:**

- Terapia hormonal (se com fogacho)
- Raloxifeno (SERM)
- Calcitonina (reduz dor da fratura osteoporótica)
- Teriparatida (efeito anabólico)

**OBS:** Pacientes com história de cirurgia bariátrica, gastrite atrófica, câncer gástrico, acloridria e litíase renal devem utilizar o citrato de cálcio ao invés do carbonato de cálcio, que é + comumente prescrito e que possui maior biodisponibilidade.