

BMJ Best Practice

Avaliação da menorragia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Sep 18, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	6
Considerações de urgência	6
Sinais de alarme	7
Diagnóstico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	11
Diagnóstico diferencial	12
Diretrizes de diagnóstico	22
Recursos online	24
Referências	25
Imagens	27
Aviso legal	30

Resumo

- ◊ A menorragia foi classicamente definida como sangramento ≥ 80 mL por mês durante a menstruação cíclica.[\[1\]](#) Como é difícil medir o volume de sangue menstrual, o termo é usado comumente para denotar volume excessivo e/ou duração excessiva (>1 semana) de sangramento menstrual. A condição é comum entre mulheres na idade reprodutiva. A prevalência aumenta com a idade, atingindo o pico máximo entre 30 e 49 anos de idade, quando cerca de 1 em 20 mulheres por ano consulta um clínico geral em consequência de sangramento.[\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#)
[\[AAFP: heavy periods \(menorrhagia\)\]](#)

- ◊ **Epidemiologia :**

No Reino Unido, 20% das mulheres já terão sido submetidas a histerectomia aos 60 anos, principalmente por sangramento intenso, apesar do fato de que 40% apresentam útero normal no exame histológico.[\[6\]](#) Nos EUA, 20% a 25% das mulheres saudáveis na pré-menopausa têm sangramento uterino anormal.[\[7\]](#) As taxas de menorragia nos países não ocidentais são desconhecidas. O sangramento uterino anormal é responsável por cerca de 25% das cirurgias ginecológicas.[\[8\]](#)

- ◊ **Fisiopatologia :**

Durante o sangramento menstrual cíclico normal, o estrogênio e a progesterona do ovário induzem a produção de prostaglandinas, citocinas e metaloproteinases da matriz (MPMs). Estes são diretamente responsáveis pela regeneração cíclica da camada funcional do endométrio.[\[9\]](#) O sangramento uterino anormal representa uma interrupção nesta progressão organizada.[\[10\]](#) Adelgaçamento da camada de células de músculo liso vascular das arteríolas helicoidais, mudanças na secreção de prostaglandina em direção às prostaglandinas vasodilatadoras e distúrbios nos mecanismos de coagulação do endométrio muitas vezes são encontrados em mulheres com sangramento menstrual intenso. A menorragia pode ocorrer em ciclos ovulatórios geralmente regulares. O sangramento intenso associado a ciclos irregulares tem mais probabilidade de representar um sangramento anovulatório, causado por um hospedeiro de condições distintas. A menorragia pode ocorrer sem qualquer anormalidade estrutural, hormonal, hematológica ou outra anormalidade sistêmica identificável.[\[11\]](#)

Etiologia

A etiologia da menorragia pode ser classificada de acordo com o mecanismo por trás do sangramento endometrial excessivo.

Endócrina

A falta de ovulação causa crescimento endometrial excessivo e hiperplasia, causando sangramento excessivo como resultado de uma estimulação estrogênica sem oposição.

A causa mais comum da anovulação em mulheres em idade reprodutiva é a síndrome do ovário policístico (SOPC). Outras causas de anovulação incluem hiperprolactinemia e disfunção tireoidiana, particularmente hipotireoidismo;[\[12\]](#) [\[13\]](#) no entanto, nem sempre isso resulta em menorragia.

A disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-ovário é outra causa importante da anovulação, que é associada à menorragia, sendo geralmente encontrada em adolescentes e mulheres na perimenopausa.

O corpo lúteo disfuncional pode ser associado à menorragia decorrente da falta da produção adequada de progesterona.[\[11\]](#)

Estrutural

Inclui miomas uterinos (leiomiomas), pólipos endometriais, endometriose e adenomiose (ou seja, crescimento glandular endometrial para o miométrio). Outras causas menos frequentes incluem cânceres cervicais e uterinos.

Complicação da gestação

O sangramento excessivo pode estar associado à gestação incluindo aborto espontâneo, doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma) e, com menos frequência, gravidez ectópica.

Infecciosa

Endometrite e salpingite (doença inflamatória pélvica) são causas menos frequentes.

Hematológica

A menorragia pode ser uma manifestação de várias doenças sistêmicas, incluindo distúrbios de coagulação.

Fisiológica

Na ausência de uma causa orgânica subjacente identificada, o termo 'sangramento uterino disfuncional' geralmente é aplicado. Alguns acreditam que os desequilíbrios funcionais locais do endométrio, como síntese alterada dos prostanoïdes vasodilatadores uterinos, expressão reduzida de endotelina, fibrinólise aumentada, regeneração endometrial perturbada e superprodução de óxido de nitrogênio, estão associados à ocorrência de menorragia.[\[14\]](#)

Iatrogênica

As causas iatrogênicas da menorragia não são incomuns (por exemplo, dispositivo contraceptivo intrauterino, terapia com anticoagulantes, tamoxifeno e terapias hormonais com estrogênios exógenos).[\[15\]](#) Suplementos fitoterápicos (por exemplo, ginseng, ginkgo e soja) podem causar irregularidade menstrual, alterando os níveis de estrogênio ou os parâmetros de coagulação.[\[16\]](#) [\[17\]](#)

Doença sistêmica

A menorragia pode ser uma manifestação de várias doenças sistêmicas, incluindo doença renal e hepática crônicas.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Enquanto a menorragia geralmente não se apresenta com sangramento com risco de vida, é necessária atenção médica urgente para mulheres com anemia sintomática, mulheres com perfis de coagulação anormal que as colocam em risco de sangramento significativo e mulheres com hemorragia atual.

Uma etapa inicial importante é confirmar a origem do sangramento (ou seja, vaginal versus origens muito menos comuns como retal ou uretral).

Um teste de gravidez é necessário antes de iniciar o tratamento, porque complicações da gestação, incluindo gravidez ectópica ou ameaça de abortamento, podem se apresentar como um sangramento vaginal excessivo de início recente. A medição da gonadotropina coriônica humana subunidade beta (beta-hCG) no sangue é o método preferencial. O exame de urina pode ser falsamente positivo, devido à contaminação da urina com eritrócitos.

Em mulheres não gestantes, o sangramento agudo pode ser controlado na urgência pelo uso de tamponamento uterino usando um cateter de Foley inserido na cavidade interina.

Fluidoterapia intravenosa e transfusão de sangue são medidas de suporte adicionais que podem ser necessárias em pacientes com instabilidade hemodinâmica. Deve-se considerar ácido tranexâmico o mais rapidamente possível em todas as pacientes com sangramento vaginal intenso.[\[18\]](#)

A cirurgia exploratória de urgência pode ser necessária para o controle do sangramento em pacientes com hipotensão ou choque decorrente de hemorragia maciça.

Os tratamentos clínicos para pacientes hemodinamicamente instáveis requerem o controle urgente do sangramento

As opções de tratamento incluem:[\[19\]](#)

- Estrogênio equino conjugado em dose alta
- Medroxiprogesterona
- Pílula contraceptiva oral combinada
- Dispositivo intrauterino com liberação de levonorgestrel
- Agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) como o depósito de leuprorelin
- Medicamentos antifibrinolíticos (por exemplo, ácido tranexâmico).

Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) foram considerados para redução do fluxo durante a menorragia; evidências adicionais são necessárias sobre essa abordagem.

Os estrogênios exógenos geralmente são reservados para o tratamento agudo. As progesteronas geralmente são menos úteis para as condições agudas, com benefícios como a terapia de longo prazo. Os agonistas do GnRH são especialmente benéficos na preparação para a cirurgia, em casos de menorragia associada a leiomiomas uterinos, e antes da cirurgia de ablação do endométrio.

Os tratamentos cirúrgicos para pacientes hemodinamicamente instáveis requerem o controle urgente do sangramento

As opções de tratamento incluem:

- Dilatação e curetagem (D e C). Essa abordagem tem a vantagem adicional de fornecer tecido para o diagnóstico.
- Miomectomia, ablação do endométrio ou embolização da artéria uterina. Essas podem ser opções para mioma.

O desejo da paciente quanto à manutenção da fertilidade futura influenciará nas opções em casos não urgentes.

Sinais de alarme

- Malignidade uterina
- Aborto espontâneo
- Doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)
- Gravidez ectópica
- Endometrite
- Salpingite (doença inflamatória pélvica)
- Câncer cervical

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Durante a avaliação da menorragia, a história e os achados em exames geralmente diminuem consideravelmente as opções de diagnóstico diferencial. Depois de garantir a estabilidade hemodinâmica, o teste inicial a ser solicitado em mulheres em idade fértil é o teste de gravidez. Um hemograma completo é útil para avaliar a extensão da anemia. Avaliações hormonais e outros exames laboratoriais são necessários quando os sinais e sintomas sugerem desequilíbrio hormonal ou distúrbios de coagulação. Os estudos de imagem são empregados com base na suspeita de lesões estruturais ou com efeito de massa. A avaliação endometrial com histeroscopia e/ou biópsia são geralmente a etapa final do diagnóstico, quando as imagens e os exames laboratoriais não revelaram uma patologia específica.

História

Uma história menstrual detalhada para estabelecer a natureza e a extensão do sangramento uterino é crucial para determinação da probabilidade de uma causa subjacente e da extensão do impacto na qualidade de vida da paciente. O uso de um gráfico pictórico de avaliação do sangue (PBAC) pode ser útil.^[20]

- Idade. No primeiro ano após a menarca, bem como nos anos de perimenopausa, o sangramento intenso associado a ciclos irregulares pode ser decorrente de um sangramento anovulatório.
- Regularidade do ciclo. O sangramento anovulatório é uma manifestação fisiológica comum nos extremos da perimenarca e perimenopausa do ciclo reprodutivo. A duração irregular do ciclo e a ausência dos sinais de ovulação (ausência de afinamento do muco, de sensibilidade nas mamas, da dor da ovulação) podem sugerir que o sangramento anormal é decorrente de ciclos anovulatórios. Períodos de amenorreia podem ser intercalados com sangramento.
- A metrorragia (sangramento menstrual irregular) pode estar presente devido a pólipos endometriais.
- Paridade. A adenomiose endometrial está associada a gestações múltiplas.
- Fadiga, dispneia ao esforço e sintomas ortostáticos podem sugerir anemia.
- Intolerância ao frio, ganho de peso e alterações no cabelo e na pele podem sugerir hipotireoidismo.
- Diátese hemorrágica. Facilidade de formação de hematomas, gengivas com sangramento, epistaxe e sangramento prolongado após pequenas feridas podem sugerir um distúrbio de coagulação. Se o sangramento menstrual tem sido excessivo desde o início da menstruação, a consideração para um distúrbio de sangramento é aumentada. Pode haver uma história familiar de distúrbios de sangramento.
- Perda de peso sem explicação aumenta a suspeita de malignidade ou doença crônica.
- História medicamentosa. As possíveis causas iatrogênicas incluem o uso de anticoagulantes, tamoxifeno, terapias hormonais e dispositivos intrauterinos de cobre.^[15] Suplementos fitoterápicos (por exemplo, ginseng, ginkgo e soja) podem causar irregularidade menstrual, alterando os níveis de estrogênio ou os parâmetros de coagulação.^{[16] [17]}

Exame físico

- Palidez, incluindo conjuntiva e leitos ungueais pálidos, pode ser observada na anemia.
- O exame bimanual pode revelar uma patologia do trato genital como miomas uterinos ou massas anexiais, bem como a gestação. Um útero dolorido pode indicar miomas (leiomiomas), adenomiose, endometrite ou gestação. Tumores de ovário podem ser palpáveis nos anexos. Um útero aumentado pode indicar miomas ou gestação.

- O exame com espéculo pode revelar lesões cervicais ou vaginais estruturais ou inflamatórias como origem do sangramento. Qualquer lesão visual exige uma biópsia.
- Obesidade, perda dos cabelos, unhas quebradiças e edema não depressível podem sugerir hipotireoidismo.
- Obesidade, hirsutismo e acantose nigricans podem aumentar a suspeita de síndrome do ovário policístico. Acne, perda dos pelos do padrão masculino, hirsutismo e clitoromegalia podem indicar excesso de androgênio.
- A acantose nigricans é associada à resistência insulínica, que pode ser associada à anovulação.
- Icterícia, hepatomegalia, equimose e outros estigmas da doença hepática podem indicar disfunção hepática e coagulopatia concomitante como uma causa da menorragia.
- O aumento da glândula tireoide pode estar associado ao hipotireoidismo.

Avaliação laboratorial

- O teste de gravidez no soro ou na urina é o primeiro teste realizado em mulheres em idade fértil.
- Um hemograma completo é útil para avaliar a presença de anemia.
- O rastreamento para hormônio estimulante da tireoide é razoável quando ganho de peso, intolerância ao frio e a presença de outros fatores clássicos aumentam a suspeita de hipotireoidismo.^[21] O teste de rotina para hormônios femininos ou ferritina sérica em mulheres com menorragia não é recomendado.^[21]
- A testosterona livre sérica pode ser indicada quando sinais de excesso de androgênio como hirsutismo, acne agravada ou alterações de humor estão presentes.
- O tempo de protrombina/tempo de tromboplastina parcial ativada pode indicar coagulopatia, mas raramente é suficiente para confirmar a maioria dos distúrbios hemorrágicos.
- Testes específicos para a doença de von Willebrand (DVW) incluem o antígeno do fator de von Willebrand (FvW:Ag), a atividade do cofator de ristocetina (FvW:FCoR) e a atividade do fator VIII.^[22] A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda testar a DVW nas seguintes situações: adolescentes que apresentem menorragia grave; antes que a terapia hormonal seja iniciada; mulheres adultas com menorragia sem outras causas; quando a menorragia é a única indicação para uma hysterectomy^[23] A diretriz do Reino Unido recomenda considerar testes para distúrbios de coagulação em mulheres que tiveram menorragia desde o início da menstruação, bem como apresentem história pessoal ou familiar sugerindo um distúrbio de coagulação.^[21]

Exames por imagem

O exame de imagem será necessário quando há suspeita de lesões estruturais subjacentes, como leiomiomas uterinos^[24] ou pólipos. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda que os achados da história e do exame sejam levados em consideração ao decidir se histeroscopia ou ultrassonografia deve ser oferecida como a investigação de primeira linha.^[21]

A ultrassonografia é útil para excluir outros distúrbios da cavidade e da parede uterina, como os pólipos e miomas endometriais, como causas subjacentes do sangramento uterino. Uma espessura endometrial >15 mm geralmente exige uma avaliação adicional com biópsia do endométrio, seguida por hysterectomy com biópsia do endométrio direcionada, se a biópsia do endométrio cega for negativa.

Outros testes menos invasivos incluem histerosalpingografia (HSG) e exame por ultrassonografia com sono-histerografia salina do útero. A presença de sangramento ativo é uma contra-indicação à HSG e à sono-histerografia.

[\[Fig-1\]](#)[\[Fig-2\]](#)

Biópsia do endométrio

A biópsia do endométrio é feita para diagnosticar uma patologia grave subjacente, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. O tipo histológico do endométrio (proliferativo ou secretor) pode ajudar a confirmar o diagnóstico de sangramento uterino disfuncional (SUD) anovulatório ou ovulatório, respectivamente. Ele pode ser valioso para determinar o tipo mais apropriado de tratamento.[\[11\]](#) O SUD associado a um endométrio muito espesso exige esse procedimento. Ele pode ser seguido pela visualização histeroscópica da cavidade uterina para o diagnóstico definitivo e possivelmente dilatação e curetagem (D e C).[\[11\]](#)

A diretriz NICE recomenda que uma amostra endometrial seja obtida no contexto da histeroscopia diagnóstica.[\[21\]](#) A biópsia endometrial cega não é recomendada para mulheres com menorragia.[\[21\]](#)

Histeroscopia

A histeroscopia é recomendada quando houver suspeita de patologia da cavidade endometrial (por exemplo, pólipos endometriais, leiomiomas submucosos ou câncer de endométrio). Com o exame patológico, este é o teste diagnóstico mais sensível e específico para os distúrbios da cavidade uterina.[\[11\]](#) Ele pode ser realizado nas pacientes com sangramento ativo, embora uma visualização adequada possa ser mais difícil nessa situação. A amostragem do tecido da cavidade endometrial é às vezes indicada, principalmente em casos com alto risco de hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio.[\[11\]](#) Pólips sintomáticos pós-menopausa devem ser excisados para avaliação histológica.[\[25\]](#)

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Síndrome do ovário policístico

Leiomiomas (miomas)

Aborto espontâneo

Endometrite

Salpingite (doença inflamatória pélvica)

Sangramento uterino disfuncional (SUD)

Pólipos endometriais

Incomum

Malignidade uterina

Adenomiose

Doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)

Gravidez ectópica

Distúrbios de hemostasia

Hipotireoidismo

Endometriose

Dispositivo contraceptivo intrauterino (DIU)

Administração de anticoagulantes

Câncer cervical

Insuficiência hepática

Insuficiência renal

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Síndrome do ovário policístico

História	Exame	1º exame	Outros exames
perimenopausa ou perimenarca, duração irregular do ciclo, amenorreia intercalada, doença sistêmica, vários medicamentos	geralmente nada digno de nota a não ser para características sugestivas de síndrome do ovário policístico (excesso de pelos, acne, obesidade)	» hormônio luteinizante (LH) sérico: geralmente elevado	» progesterona sérica: reduzidos O teste pode ser necessário para excluir outras causas específicas da anovulação, como hiperplasia adrenal congênita (17-hidroxiprogesterona sérica elevada), hiperprolactinemia (prolactina sérica elevada) e distúrbios da tireoide (T3, T4 livre reduzido). Pode ser necessário um encaminhamento ao especialista, para avaliações endocrinológicas adicionais. » testosterona sérica: elevado

◊ Leiomiomas (miomas)

História	Exame	1º exame	Outros exames
perimenopausa, alteração no intestino/bexiga devido ao efeito de massa (sintomas de pressão), dor/pressão na pelve, alto consumo de álcool e carne vermelha, mulheres negras,[4] nuliparidade, história familiar de leiomiomata	massa pélvica volumosa palpável no exame bimanual do útero	» ultrassonografia transvaginal (USTV): miomas Miomas uterinos têm uma aparência ultrassonográfica característica, com sombras sonográficas formadas atrás deles. O número,	» sono-histerografia: distorção da cavidade interna Obtido para investigar se o mioma uterino está causando distorção da cavidade uterina: um achado importante para mulheres que tentam

Comum**◊ Leiomiomas (miomas)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>o tamanho e a localização dos miomas uterinos em relação à cavidade uterina são características sonográficas importantes.</p>	<p>engravidar, mulheres com histórico de perda de gravidez e mulheres que sofrem de sangramento uterino excessivo. Tem as principais vantagens de ser menos invasiva, disponível na maioria dos ambientes clínicos e não associada a complicações significativas.</p> <p>»histeroscopia: mioma submucoso ou intramural distorcendo a cavidade uterina Obtido para investigar se o mioma uterino está causando distorção da cavidade uterina: um achado importante para mulheres que tentam engravidar, mulheres com histórico de perda de gestação e mulheres que sofrem de sangramento uterino excessivo. Realizada sob anestesia local ou geral.</p> <p>»RNM: arquitetura do espessamento uterino anormal A RNM é importante quando as características sonográficas não são típicas. Ela também é importante para</p>

Comum

◊ Leiomiomas (miomas)

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>diferenciar os miomas uterinos de outras condições que podem ser confundidas com os miomas na ultrassonografia (por exemplo, adenomiose).[24]</p> <p>»histerossalpingografia: contorno anormal da cavidade uterina Obtida quando é a avaliação das tubas uterinas é necessária, como durante uma avaliação de infertilidade.</p> <p>[Fig-1]</p> <p>[Fig-2]</p>

◊ Aborto espontâneo

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda do período menstrual anterior, dor pélvica, relação sexual nos últimos meses, idade da menarca à menopausa, anormalidade anatômica ginecológica conhecida	sensibilidade à palpação abdominal inferior, dor e massa palpável no exame bimanual	» gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva	» ultrassonografia (abdominal e vaginal): saco gestacional no útero ou local extrauterino

◊ Endometrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor no abdome inferior, febre, corrimento vaginal anormal, sangramento entre os ciclos, história de	dor à palpação durante o exame físico	» coloração de Gram: positiva para bactérias Considerar avaliação para vírus da	» cultura de secreção anormal: positiva para agentes infecciosos como Neisseria gonorrhoeae

Comum**◊ Endometrite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
infecção sexualmente transmissível (IST)		imunodeficiência humana (HIV) e outras ISTs. » Hemograma completo: leucócitos elevados	

◊ Salpingite (doença inflamatória pélvica)

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor no abdome inferior, febre, corrimento vaginal anormal, sangramento entre os ciclos, história de IST	sensibilidade no exame abdominal e bimanual	» coloração de Gram: positiva para bactérias Considerar avaliação para vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras ISTs. » Hemograma completo: leucócitos elevados	» cultura de secreção anormal: positiva para agentes infecciosos como Neisseria gonorrhoeae

◊ Sangramento uterino disfuncional (SUD)

História	Exame	1º exame	Outros exames
períodos menstruais irregulares, sangramento indolor não associado a outras queixas significativas, idade peripuberal ou perimenopausa	o exame no SUD é totalmente normal por definição	» ultrassonografia transvaginal (USTV): nenhuma anormalidade estrutural A ultrassonografia é um teste inicial útil para excluir os distúrbios subjacentes (por exemplo, leiomiomas uterinos e pólipos endometriais).	» Hemograma completo: hemoglobina (Hb) normal a baixa; hematócrito (Hct) baixo em sangramento excessivo e duradouro

Comum**◊ Pólio endometrial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente história de manchas irregulares e sangramento entre os períodos menstruais	geralmente nada digno de nota	» ulassonografia transvaginal (USTV): espessamento endometrial Os pólipos uterinos geralmente têm aparência característica. [Fig-3]	» sono-histerografia: leiomiomas submucosos e pólipos endometriais Útil quando o diagnóstico permanece duvidoso depois de realizar USTV.

Incomum**◊ Malignidade uterina**

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade avançada (geralmente >50 anos), sangramento entre ciclos, obesidade, nuliparidade, menopausa tardia, uso de estrogênio sem oposição, uso de tamoxifeno, tabagismo, história familiar ou pessoal de câncer de cólon hereditário sem polipose (HNPCC)	aumento e irregularidade do útero no exame bimanual	» ulassonografia transvaginal (USTV): endométrio focalmente espessado O espessamento endometrial, particularmente em mulheres mais velhas no período pós-menopausa, é altamente sugestivo de câncer de endométrio. O surgimento recente de massa uterina de aumento rápido é indicativo de sarcoma uterino.	» biópsia do endométrio: adenocarcinoma endometrial presente

◊ Adenomiose

História	Exame	1º exame	Outros exames
paridade, idade de 40 a 50 anos, alteração no intestino/bexiga devido	útero difusamente grande no exame bimanual	» ulassonografia transvaginal (USTV): útero aumentado, sem miomas	» RNM: útero difusamente aumentado, intensidade de sinal

Incomum**◊ Adenomiose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ao efeito do volume (sintomas de pressão)			elevada nas áreas afetadas

◊ Doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)

História	Exame	1º exame	Outros exames
menstruação prévia ausente, relação sexual nos últimos meses, idade da menarca à menopausa, crescimento ou distensão abdominal	sensibilidade à palpação abdominal inferior, dor e massa palpável no exame bimanual, ocasionalmente corrimento vaginal sanguinolento semelhante com grumos	»gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva	»ultrassonografia (abdominal e transvaginal): saco gestacional observado sem partes fetais definidas; clássica aparência de nevasca na ultrassonografia; no caso de gravidez molar incompleta, as partes fetais podem ser observadas

◊ Gravidez ectópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
período menstrual prévio ausente, dor pélvica, relação sexual nos últimos meses, idade da menarca à menopausa, anormalidade anatômica ginecológica conhecida, história prévia de gravidez ectópica ou infecções pélvicas (por exemplo, infecção sexualmente transmissível [IST], apendicite)	sensibilidade à palpação abdominal inferior, dor e massa palpável no exame bimanual, dor à mobilização do colo, massa anexial raramente palpável	»gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva	»ultrassonografia (abdominal e transvaginal): saco gestacional no local extrauterino; ocasionalmente presença de fluido no saco de Douglas

◊ Distúrbios de hemostasia

História	Exame	1º exame	Outros exames
história pessoal/familiar de distúrbio de sangramento (por exemplo, doença de	equimoses	»tempo de protrombina (TP): pode estar elevado; pode estar dentro do	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Distúrbios de hemostasia

História	Exame	1º exame	Outros exames
von Willebrand [DVW]), fácil formação de hematomas, gengivas com sangramento, epistaxe, menstruação intensa desde o início da menarca		<p>intervalo de referência (por exemplo, em pessoas com DVW) É importante considerar a história de uso de medicamento ao interpretar o resultado do exame (por exemplo, anti-inflamatórios não esteroidais podem afetar o resultado).</p> <p>»tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa): pode ser elevado; prolongada em pessoas com DVW se a atividade do fator VIII for inferior a aproximadamente 35% É importante considerar a história de uso de medicamento ao interpretar o resultado do exame (por exemplo, anti-inflamatórios não esteroidais podem afetar o resultado).</p> <p>»razão normalizada internacional (INR): pode estar elevada É importante considerar a história de uso de medicamento ao interpretar o resultado do exame (por exemplo, anti-inflamatórios não esteroidais podem afetar o resultado).</p>	

Incomum

◊ Distúrbios de hemostasia

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»antígeno do FvW (FvW:Ag): diagnóstico para a DVW se <0.30 UI/m Repita o teste se o resultado estiver dentro do intervalo normal, mas o diagnóstico for suspeito.</p> <p>»ensaio da função do FVW (ensaios de cofator de ristocetina e ligação ao colágeno): diagnóstico de DVW se <0.30 UI/m; a razão da função/ antígeno do DVW <0.6 é consistente com o diagnóstico de DVW do tipo 2 Os valores diminuem paralelamente ao antígeno do FvW, exceto na doença do tipo 2.</p> <p>»atividade do fator VIII: pode estar reduzida, mas geralmente está dentro do intervalo normal em pessoas com DVW O valor da atividade do fator VIII é frequentemente mais alto que o nível do antígeno do FvW em DVW do tipo 1</p>	

Incomum**◊ Hipotireoidismo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ganho de peso, intolerância ao frio, perda de cabelo, fadiga, constipação	unhas quebradiças, pele seca, edema não depressível, relaxamento tardio de reflexos tendinosos profundos	» hormônio estimulante da tireoide (TSH): elevado	» T3, T4 livre: baixa » anticorpos da tireoide: normal ou elevado

◊ Endometriose

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade de 20 a 40 anos, dor pélvica/dor abdominal com cãibras durante a menstruação, dor retal, dorsalgia, dispareunia	dor à palpação durante o exame pélvico	» ultrassonografia transvaginal (USTV) ou ultrassonografia endorretal: massas ou estruturas císticas	» RNM: massas ou estruturas císticas » laparoscopia: implantes visíveis, lesões azuis e pretas como queimaduras por pólvora nos órgãos e nas superfícies da mucosa, adesões » histerossalpingografia: massas tubárias ou anexiais, distorção

◊ Dispositivo contraceptivo intrauterino (DIU)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de inserção de DIU e sangramento associado à inserção do dispositivo; nenhuma outra queixa relevante; sangramento excessivo pode ocorrer durante períodos menstruais ou entre períodos na forma de sangramento leve devido à endometrite associada	geralmente nada digno de nota; às vezes sensibilidade uterina no exame bimanual	» Hemograma completo: hemoglobina (Hb) normal a baixa; hematócrito (Hct) baixo em sangramento excessivo e duradouro	

Incomum**◊ Administração de anticoagulantes**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de distúrbios de coagulação ou outra condição médica exigindo terapia com anticoagulante	geralmente nada digno de nota; ocasionalmente hematomas na pele e tecido subcutâneo	<ul style="list-style-type: none"> »tempo de protrombina (TP): elevado »tempo de tromboplastina parcial (TTP) ativada: elevado »razão normalizada internacional (INR): elevado 	

◊ Câncer cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de esfregaço(s) de Papanicolau anormal(is); sangramento de contato (sangramento associado à relação sexual ou ao exame bimanual); possível história de multiparidade e múltiplos parceiros sexuais.	geralmente nada digno de nota; lesões cervicais macroscópicas podem estar presentes nas fases tardias	<ul style="list-style-type: none"> »esfregaço de Papanicolau: células malignas O diagnóstico histopatológico geralmente é preciso. O estadiamento da doença geralmente é clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> »colposcopia: lesões cervicais anormais »biópsia cervical: células malignas

◊ Insuficiência hepática

História	Exame	1º exame	Outros exames
fraqueza, fadiga, perda de peso, cãibras musculares, dor abdominal	aumento do fígado, nevos arâneos, eritema palmar, icterícia, ascite	<ul style="list-style-type: none"> »alanina aminotransferase (ALT): elevado »aspartato transaminase (AST): elevado »bilirrubina: elevado 	<ul style="list-style-type: none"> »Hemograma completo: contagem baixa a normal de leucócitos, Hb, Hct, plaquetas Anemia geralmente macrocítica. »tempo de protrombina (TP): elevado »HBsAg: normal ou positivo

Incomum**◊ Insuficiência hepática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			»anticorpo do vírus da hepatite C: normal ou positivo

◊ Insuficiência renal

História	Exame	1º exame	Outros exames
diabetes ou hipertensão identificados, fadiga, náuseas, anorexia, insônia, baixa concentração/memória, prurido	hipertensão, equimose, estertores, atrito pericárdico, concentração reduzida, mioclonia	»ureia sérica: elevado »creatinina sérica: elevado »urinalise: positiva para a proteína, positiva ou negativa para corpos cetônicos, cilindros céreos	»potássio sérico: normal ou elevado »bicarbonato sérico: reduzidos A acidose metabólica concomitante é típica. »Hemograma completo: Hb, Hct normal ou baixa Anemia tipicamente normocrômica, normocítica. »urina de 24 horas: clearance da creatinina reduzido, proteína urinária elevada

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Heavy menstrual bleeding: assessment and management****Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence**Última publicação em:** 2018**Clinical practice guideline: the investigation and management of menorrhagia****Publicado por:** Royal College of Physicians of Ireland; Health Service Executive**Última publicação em:** 2018

Oceania

Abnormal vaginal bleeding in pre-, peri-, and post-menopausal women: a diagnostic guide for general practitioners and gynaecologists

Publicado por: The Royal Australian and New Zealand College of Radiologists; Cancer Australia
Última publicação em: 2011

DIAGNOSIS

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

23

Recursos online

1. AAFP: heavy periods (menorrhagia) (*external link*)

Artigos principais

- James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, et al. Von Willebrand disease and other bleeding disorders in women: consensus on diagnosis and management from an international expert panel. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Jul;201(1):12.e1-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

- Oehler MK, Rees MC. Menorrhagia: an update. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 May;82(5):405-22. [Resumo](#)
- Philipp CS, Faiz A, Dowling N, et al. Age and the prevalence of bleeding disorders in women with menorrhagia. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan;105(1):61-6. [Resumo](#)
- Jayasinghe Y, Moore P, Donath S, et al. Bleeding disorders in teenagers presenting with menorrhagia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005 Oct;45(5):439-43. [Resumo](#)
- Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jan;188(1):100-7. [Resumo](#)
- Garside R, Stein K, Wyatt K, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of microwave and thermal balloon endometrial ablation for heavy menstrual bleeding: a systematic review and economic modelling. *Health Technol Assess.* 2004 Feb;8(3):iii, 1-155. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Maresh MJ, Metcalfe MA, McPherson K, et al. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *BJOG.* 2002 Mar;109(3):302-12. [Resumo](#)
- Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* 2002 Feb;99(2):229-34. [Resumo](#)
- Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N Engl J Med.* 1993 Mar 25;328(12):856-60. [Resumo](#)
- Sivridis E, Giatromanolaki A. New insights into the normal menstrual cycle-regulatory molecules. *Histol Histopathol.* 2004 Apr;19(2):511-6. [Resumo](#)
- Munro MG. Abnormal uterine bleeding in the reproductive years: pathogenesis and clinical investigation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999 Nov;6(4):393-416. [Resumo](#)
- Speroff L, Fritz M. Dysfunctional uterine bleeding. In: Speroff L, Fritz M, eds. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility.* 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2005:547-71.
- Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, et al. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician.* 2012 Jan 1;85(1):35-43. [Resumo](#)

13. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive. Clinical practice guideline: the investigation and management of menorrhagia. Nov 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
14. Collins J, Crosignani PG; ESHRE Capri Workshop Group. Endometrial bleeding. Hum Reprod Update. 2007 Sep-Oct;13(5):421-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013 Apr;121(4):891-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Nutescu EA, Shapiro NL, Ibrahim S, et al. Warfarin and its interactions with foods, herbs and other dietary supplements. Expert Opin Drug Saf. 2006 May;5(3):433-51. [Resumo](#)
17. Lien LL, Lien EJ. Hormone therapy and phytoestrogens. J Clin Pharm Ther. 1996 Apr;21(2):101-11. [Resumo](#)
18. Gayet-Ageron A, Prieto-Merino D, Ker K, et al; Antifibrinolytic Trials Collaboration. Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients. Lancet. 2018 Jan 13;391(10116):125-32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Preston JT, Cameron IT, Adams EJ, et al. Comparative study of tranexamic acid and norethisterone in the treatment of ovulatory menorrhagia. Br J Obstet Gynaecol. 1995 May;102(5):401-6. [Resumo](#)
20. Philipp CS, Faiz A, Heit JA, et al. Evaluation of a screening tool for bleeding disorders in a US multisite cohort of women with menorrhagia. Am J Obstet Gynecol. 2011 Mar;204(3):209.e1-7. [Resumo](#)
21. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. Mar 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
22. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, et al. Von Willebrand disease and other bleeding disorders in women: consensus on diagnosis and management from an international expert panel. Am J Obstet Gynecol. 2009 Jul;201(1):12.e1-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. ACOG Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion: number 263, December 2001: von Willebrand's disease in gynecologic practice. Obstet Gynecol. 2001 Dec;98(6):1185-6. [Resumo](#)
24. Yoon SW, Lee C, Cha SH, et al. Patient selection guidelines in MR-guided focused ultrasound surgery of uterine fibroids: a pictorial guide to relevant findings in screening pelvic MRI. Eur Radiol. 2008 Dec;18(12):2997-3006. [Resumo](#)
25. American Association of Gynecologic Laparoscopists. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 2012 Jan-Feb;19(1):3-10. [Resumo](#)

Imagens



Figura 1: Histerossalpingografia mostrando leiomioma submucoso no fundo de saco

Cortesia do Dr. Mostafa Abuzeid, IVF-Michigan, Rochester, MI



Figura 2: Histerossalpingografia mostrando 2 leiomiomas submucosos: leiomioma grande na região do fundo uterino com protrusão na cavidade uterina (setas pontilhadas); leiomioma menor, submucoso e pedunculado com protrusão na cavidade uterina (seta reta)

Cortesia do Dr. Mostafa Abuzeid, IVF-Michigan, Rochester, MI



IMAGES

Figura 3: Histerossalpingografia mostrando pólipos endometriais

Cortesia do Dr. Mostafa Abuzeid, IVF-Michigan, Rochester, MI

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

DISCLAIMER

Colaboradores:

// Autores:

Mohamed F. Mitwally, MD, HCLD, FACOG

Medical Director

Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Baptist Medical Center, San Antonio Reproductive Associates, San Antonio, Odessa Reproductive Medicine Center, Odessa, TX

DIVULGAÇÕES: MFM declares that he has no conflicting interests.

Intisar Elnahhas, MD

Laboratory Director

San Antonio Reproductive Associates, San Antonio, Odessa Reproductive Medicine Center, Odessa, TX

DIVULGAÇÕES: IE declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Mostafa Abuzeid, MD

Professor

Department of Obstetrics and Gynecology, Michigan State University, MI

DIVULGAÇÕES: MA declares that he has no competing interests.

Botros Rizk, MD, FACOG

Professor and Head of Reproductive Endocrinology and Infertility

Department of Obstetrics and Gynecology, University of South Alabama, AL

DIVULGAÇÕES: BR declares that he has no competing interests.

Peter Reid, BSc, MD, FRCOG, FRANZCOG

Specialist Gynaecologist

Peel Health Campus, Mandurah, Australia

DIVULGAÇÕES: PR declares that he has no competing interests.