

BMJ Best Practice

Avaliação de sangramento vaginal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	7
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	9
Diagnóstico	10
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Visão geral do diagnóstico diferencial	15
Diagnóstico diferencial	17
Diretrizes de diagnóstico	55
Referências	57
Imagens	63
Aviso legal	66

Resumo

◊ Terminologia e classificação :

O sangramento vaginal anormal pode ser relacionado à menstruação (por exemplo, menorragia) ou não relacionado a ela (por exemplo, sangramento intermenstrual ou pós-coital). As definições clínicas relacionadas a este tópico incluem:[1]

- Menorragia: sangramento menstrual >80 mL por ciclo
- Polimenorreia: menstruação mais frequente que a cada 3 semanas
- Metrorragia: sangramento uterino anormal entre os períodos menstruais
- Sangramento pré-menarca: sangramento vaginal ocorrido antes que uma menina tenha 9 anos de idade
- Sangramento pós-menopausa: sangramento vaginal ocorrido >12 meses depois que a menopausa foi estabelecida.

Uma maneira útil de classificar o sangramento vaginal anormal é pela idade:

- Antes da menarca (idade usual da menarca é entre 10 e 12 anos)
- Durante a idade reprodutiva
- Pós-menopausa.

◊ Epidemiologia :

O sangramento vaginal anormal ocorre em até um quarto das mulheres na idade fértil nos EUA.[1] As taxas de sangramento vaginal anormal nos países não ocidentais são desconhecidas.[2] Quase 25% das cirurgias ginecológicas são realizadas devido ao sangramento uterino anormal. No Reino Unido, 20% das mulheres terão feito histerectomia aos 60 anos de idade, principalmente por hemorragia intensa, apesar do fato de que 40% apresentam útero normal no exame histológico.[3] As taxas de incidência de sangramentos pré-menárquicos e pós-menopáusicos não são conhecidas, embora as frequências sejam mais altas em mulheres menopausadas que recebem a terapia de reposição hormonal (TRH).

Etiologia

As possíveis causas podem ser divididas de acordo com a idade: pré-menarca, durante a idade reprodutiva (durante e fora da gestação) e pós-menopausa.

Sangramento pré-menárquico

Sempre é anormal. Pode ser parte da puberdade precoce se o sangramento for associado ao desenvolvimento precoce de características sexuais secundárias, particularmente o desenvolvimento das mamas. Do contrário, o sangramento vaginal anormal pode ser um evento isolado, mais comumente causado por fatores locais como a inflamação local da vagina decorrente de uma infecção (incluindo DSTs) ou um corpo estranho. As causas raras, porém graves, incluem a malignidade genital infantil da vagina. Para as meninas no primeiro ano da menarca, o sangramento intenso associado a ciclos irregulares pode ser decorrente de um sangramento uterino disfuncional (anovulatório).

Sangramento durante a idade reprodutiva (fora da gestação)

O sangramento anormal ocorre mais comumente neste grupo.

Menstruação anormal

- Menorragia é classicamente definida como sangramento menstrual >80 mL por ciclo. Existem muitas causas, incluindo mioma uterino, hipotireoidismo e endometrite.
- O sangramento uterino disfuncional (sangramento anovulatório) decorrente da produção disfuncional dos hormônios do ovário é a causa mais comum. Acredita-se que ela seja decorrente da anovulação, ou da ovulação anormal ou disfuncional. Geralmente este é um diagnóstico de exclusão; isto é, exclusão de gestação e exclusão de condições patológicas subjacentes do útero, como leiomiomas, pólipos endometriais ou malignidade uterina.^[4] A falta de ovulação (anovulação) leva a um crescimento endometrial excessivo, hiperplasia e sangramento excessivo como resultado de uma livre estimulação estrogênica.
- A causa mais comum da anovulação em mulheres deste grupo é a síndrome do ovário policístico (SOPC). Outras causas relacionadas aos distúrbios anovulatórios incluem hiperprolactinemia e, menos frequentemente, disfunção tireoidiana, particularmente o hipotireoidismo. A disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-ovário é outra causa importante da anovulação associada ao sangramento vaginal anormal, sendo particularmente encontrada nas mulheres nas extremidades do período reprodutivo (isto é, adolescentes e mulheres no perimenopausa). O corpo lúteo disfuncional pode ser associado a um sangramento vaginal anormal decorrente da falta da produção adequada de progesterona. Acredita-se que ele ocorra em mulheres com endometriose.^[5] 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. O sangramento pode ser intercalado com períodos de amenorreia.
- Para as mulheres em idade de perimenopausa, o sangramento intenso associado a ciclos irregulares pode ser decorrente de um sangramento uterino disfuncional (anovulatória).

Sangramento intermenstrual e pós-coital

- O sangramento intermenstrual, ou metrorragia, é um sangramento uterino anormal entre os períodos menstruais e geralmente se apresenta como um sangramento vaginal (frequentemente mínimo) dias depois que a menstruação terminou.^[1] Isso pode ser um sangramento fisiológico (ovulatório)

resultante do declínio abrupto no aumento do estradiol, que atinge os níveis máximos um pouco antes da ovulação. Com a ovulação, o folículo altera o seu padrão de produção hormonal da predominância do estradiol para a do progesterona. Esse declínio temporário, abrupto e leve nos níveis de estradiol pode ser associado ao sangramento anovulatório do endométrio, que teria atingido sua espessura máxima perto da época da ovulação. Outras causas importantes da metrorragia geralmente são secundárias a condições patológicas que afetam localmente o colo uterino e/ou o endométrio. Causas importantes incluem o carcinoma cervical ou endometrial, pólipos cervicais ou endometriais, leiomiomas da submucosa e às vezes cervicite e endometrite.

- O sangramento pós-coital e o de contato (após o contato com o colo uterino durante o exame físico ou ducha vaginal) é uma queixa ginecológica frequente e que pode ser causado por um câncer cervical ou câncer de endométrio, pólipos cervicais, cervicite ou ectrópio cervical.

Patologia local (uterina) subjacente

- As condições patológicas mais comuns que causam o sangramento vaginal anormal nesta categoria incluem leiomiomas uterinos (miomas), pólipos endometriais e adenomiose (crescimento glandular endometrial para o miométrio). Outras causas menos frequentes incluem endometrite e salpingite (doença inflamatória pélvica). Causas sérias, porém infrequentes, são os cânceres uterinos (endometrial, cervical e leiomiossarcomas).

Doenças sistêmicas

- O sangramento vaginal anormal pode ser uma manifestação de várias doenças sistêmicas como distúrbios de coagulação, doença hepática crônica, insuficiência renal e malignidades do sangue. Os distúrbios congênitos de sangramento, como a doença de Von Willebrand, foram historicamente subdiagnosticados. O reconhecimento das doenças hemorrágicas como causa da menorrhagia permite as terapias efetivas e específicas da doença.^[6]

Farmacológica

- É importante não negligenciar as causas farmacológicas como possível etiologia para o sangramento vaginal anormal. As causas iatrogênicas não são incomuns (por exemplo, dispositivo contraceptivo intrauterino, terapia com anticoagulantes, tamoxifeno e terapias hormonais com estrogênios exógenos). É interessante observar que alguns suplementos fitoterápicos (por exemplo, ginseng, ginkgo e soja) podem causar irregularidade menstrual, alterando os níveis de estrogênio ou os parâmetros de coagulação.^[7]

Sangramento durante a gestação

Sempre deve ser considerado anormal e pode refletir causas subjacentes graves que envolvem risco de vida, como a gravidez ectópica nas primeiras semanas de gestação. Outras causas menos graves de sangramento não são incomuns, como as condições locais do colo uterino (por exemplo, cervicite), bem como o sangramento no período esperado de sangramento menstrual, que geralmente é benigno.

O sangramento vaginal com dor abdominal no início da gestação pode ser causado por uma gravidez ectópica ou aborto espontâneo. A gravidez ectópica é definida como um óvulo fertilizado que é implantado e amadurece fora da cavidade endometrial uterina (por exemplo, nas tubas uterinas, ovário ou abdome).^[8] Os sintomas clássicos são dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal.^[9] Os sinais de alerta incluem sinais vitais instáveis ou sinais de sangramento intraperitoneal (por exemplo, abdome agudo, dor no ombro ou dor à mobilização do colo); pode ser necessária intervenção cirúrgica urgente para evitar a morte.

materna. Os fatores de risco incluem dispositivos intrauterinos (DIUs) liberadores de progesterona,[10] cirurgia de laqueadura tubária,[11] múltiplos parceiros sexuais e primeiro contato sexual antes dos 18 anos de idade. O aborto espontâneo é definido como a perda involuntária e espontânea da gestação antes de 22 semanas completas.[12] É geralmente associado a um sangramento vaginal não provocado, com ou sem dor suprapúbica. O aborto espontâneo ocorre em até um terço das gestações. Dosagens seriadas da gonadotrofina coriônica humana subunidade beta (beta-hCG) sérica e a ultrassonografia transvaginal ajudam no diagnóstico.

O sangramento no segundo ou terceiro trimestres pode ser causado por placenta prévia ou descolamento da placenta. O descolamento da placenta, definido como separação prematura entre a placenta e o útero, pode ser causado por trauma, hipertensão ou coagulopatia. É uma causa comum de sangramento no terceiro trimestre. A placenta prévia é definida quando a placenta recobre a abertura do óstio cervical. Ela pode ser completa, parcial ou marginal e pode remitir à medida que a gestação evolui. A placenta prévia sintomática geralmente se apresenta como um sangramento vaginal indolor no segundo ou terceiro trimestre.[13] [14] [15] Os fatores de risco possíveis incluem gestações múltiplas prévias,[16] [17] cicatrização uterina (por exemplo, devido a um parto prévio por cesariana),[13] [14] abortos espontâneos recorrentes,[16] [17] aborto induzido prévio,[18] [19] anormalidades da placenta, intervalos curtos entre gestações[20] e uso de substâncias ilícitas. As sequelas incluem restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro.

Sangramento pós-menopausa

Sempre é anormal. A causa subjacente mais comum tem sido classicamente descrita como a supressão hormonal iatrogênica em mulheres menopáusicas que recebem a reposição hormonal. Condições graves que são importantes descartar são as malignidades do útero e ovários e a endometrite. É interessante notar que alguns medicamentos fitoterápicos às vezes contêm atividade estrogênica suficiente para induzir o crescimento endometrial e o sangramento por supressão em mulheres menopausadas.[21]

A vaginite atrófica associada ao hipoestrogenismo é comum em mulheres menopausadas. O sangramento associado à vaginite atrófica é geralmente encontrado depois de um trauma mecânico associado à relação sexual e ao uso de pessários vaginais de encaixe imperfeito em mulheres com incontinência e/ou prolapsos genitais.

Considerações de urgência

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

O sangramento vaginal anormal geralmente não envolve risco de vida, a menos que associado a condições graves (por exemplo, gravidez ectópica). O sangramento associado a uma patologia uterina local, como uma neoplasia (por exemplo, câncer cervical) ou leiomiomas uterinos subjacentes, particularmente do tipo submucoso, pode envolver risco de vida.

O sangramento anovulatório pode ser significativo o suficiente para ser considerado uma situação de risco de vida, principalmente em pacientes anêmicas que sofreram um longo período de sangramento crônico não tratado.

Pacientes anêmicas sintomáticas com perfis de coagulação anormais apresentam risco de sangramento significativo.

Um teste de gravidez é necessário antes de se iniciar o tratamento, porque as complicações da gestação, incluindo a gravidez ectópica ou ameaça de abortamento, podem se apresentar como um sangramento vaginal excessivo de início recente. 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 interna. Medidas de suporte como fluidoterapia intravenosa (IV) e transfusão sanguínea também podem ser necessárias. Deve-se considerar ácido tranexâmico o mais rapidamente possível em todas as pacientes com sangramento vaginal intenso.[\[22\]](#) A cirurgia exploratória de emergência pode ser necessária para o controle do sangramento em pacientes com hipotensão ou choque decorrente de um sangramento maciço.

Tratamento médico para mulheres fora da gestação em idade fértil, que estejam hemodinamicamente estáveis mas precisam de controle urgente do sangramento

As opções de tratamento incluem:

- Estrogênio: estrogênio equino conjugado em dose alta
- Progesterona: medroxiprogesterona
- Estrogênio e progesterona: pílula contraceptiva oral
- Dispositivo intrauterino (DIU) com liberação de levonorgestrel
- Agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) como o depósito de leuprorelin
- Medicamentos antifibrinolíticos (ácido tranexâmico)
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): foram considerados para reduzir o fluxo durante uma menorragia; evidências adicionais são necessárias acerca dessa 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 para os casos crônicos. Os agonistas do GnRH têm um benefício particular na preparação para a cirurgia como os leiomiomas uterinos e antes da cirurgia de ablação do endométrio.

Tratamentos cirúrgicos para mulheres fora da gestação em idade fértil, que estejam hemodinamicamente estáveis, mas precisam de controle urgente do sangramento

As opções de tratamento incluem:

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

7

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

- Dilatação e curetagem: essa abordagem tem a vantagem adicional de fornecer tecido para o diagnóstico patológico.
- Miomectomia
- Ablação endometrial
- Embolização da artéria uterina: abordagem radiológica intervencionista que às vezes ajuda a controlar o sangramento agudo e é usada no manejo de casos crônicos como os leiomiomas uterinos.

Gravidez ectópica

O tratamento da gravidez ectópica depende de o risco de ruptura tubária da paciente ser baixo ou médio. Na presença de ruptura, o tratamento é dependente da estabilidade hemodinâmica da paciente. O manejo pode ser expectante, clínico (metotrexato) ou cirúrgico, dependendo de critérios específicos. Consulte as diretrizes locais.[\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#)

A instabilidade hemodinâmica associada a uma gravidez ectópica rota resulta de hipovolemia grave secundária ao sangramento. Portanto, o manejo dessas pacientes envolve a estabilização com ressuscitação fluídica de emergência e a transferência imediata para a sala de cirurgia. A reposição volêmica rápida com solução isotônica e hemoderivados é de suma importância para evitar a lesão isquêmica e o dano a múltiplos órgãos. Embora a laparoscopia seja a abordagem cirúrgica padrão para o tratamento de uma gravidez ectópica em uma paciente hemodinamicamente estável (mesmo na presença de um hemoperitônio), nas pacientes hemodinamicamente instáveis o tipo de cirurgia usado dependerá da experiência e do julgamento do cirurgião e será decidido em consulta com o anestesista. É razoável realizar uma laparotomia com base na disponibilidade de recursos (incluindo uma equipe adequadamente treinada), com o procedimento específico dependendo da localização do sangramento. A salpingectomia é recomendada na gravidez ectópica recorrente na mesma tuba uterina, na gravidez ectópica de >5 cm de diâmetro, em mulheres que desejam a esterilidade, em uma tuba uterina seriamente danificada ou na presença de sangramento descontrolado no local da gestação.

Descolamento da placenta

Para todas as mulheres com descolamento da placenta, o tratamento inicial deve consistir em estabilização e monitorização do feto e da mãe. Isso inclui:

- Acesso intravenoso com cânula de calibre largo
- Hemograma completo para evidência de anemia. Os níveis de hematocrito (Hct) e hemoglobina (Hb) podem ser baixos
- Perfil de coagulação procurando evidências de seu comprometimento. Níveis baixos de fibrinogênio e um TP prolongado sugerem a coagulação comprometida devido à coagulopatia intravascular disseminada (CIVD)
- Monitorização do estado hemodinâmico da paciente (pressão arterial [PA], pulso, ingestão de líquidos e débito urinário)
- Monitorização fetal contínua
- Imunoglobulina antiD em mulheres com Rh negativo
- Reposição de fluidos, sangue ou hemoderivados, conforme indicado
- Exame sonográfico da localização placentária e evidência de descolamento. A placenta prévia encontrada na sonografia torna o descolamento da placenta improvável.

Os objetivos são impedir a hipovolemia, a anemia e a CIVD. A necessidade de reposição de sangue e fluidos pode ser determinada pela estimativa do sangramento e pelos sinais vitais (PA, pulso e débito).

urinário). O objetivo deveria ser manter o nível de Hb >100 g/L (10 g/dL) e Hct >30%. O débito urinário deve ser ≥30 mL/hora. Na hemorragia intensa aguda, o uso de antifibrinolíticos (como o ácido tranexâmico) pode ser considerado, pois demonstrou-se que eles têm um benefício de sobrevida se administrados precocemente (em até 3 horas).[22] As transfusões devem ser fornecidas conforme necessário. É importante ser proativo na transfusão sanguínea. O plasma fresco congelado deve ser administrado precocemente se houver qualquer sinal de CIVD, porque ele irá repor os fatores de coagulação. É essencial repor o volume, o sangue e os hemoderivados de maneira agressiva.

O tratamento subsequente depende da idade gestacional e das condições da mãe e do feto. Quando houver morte fetal, o objetivo é minimizar a morbidade para a mãe. Nos casos de feto vivo a termo, o parto imediato é indicado. Quando houver evidência de comprometimento fetal, o parto por cesariana geralmente é indicado.

Sinais de alarme

- Câncer cervical
- Câncer de endométrio
- Câncer de ovário
- Câncer vaginal
- Leucemia aguda
- Linfoma
- Aborto espontâneo
- Gravidez ectópica
- Doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)
- Descolamento da placenta
- Placenta prévia
- Doença inflamatória pélvica (DIP)
- Endometrite
- Hiperplasia endometrial

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Durante a avaliação do sangramento vaginal anormal, a história e o exame físico ajudam a reduzir as possibilidades de diagnósticos diferenciais. 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 imagens são baseados na suspeita de lesões estruturais ou de massa. Em mulheres não gestantes, as avaliações endometriais com histeroscopia e/ou biópsia são geralmente a etapa final do diagnóstico, quando as imagens e os exames laboratoriais não tiverem revelado uma patologia específica.

História

A avaliação do sangramento vaginal deve incluir uma história detalhada da natureza e extensão do sangramento.

Para o sangramento pré-menárquico, é necessário perguntar ao pai/responsável e à criança se eles observaram alguma característica sexual secundária como pelos púbicos ou axilares ou o desenvolvimento das mamas. No entanto, a possibilidade de inflamação local causada por infecção ou um corpo estranho deve ser excluída em meninas com menos de 8 anos de idade e naquelas com mais de 8 anos de idade que começaram a menstruar. A possibilidade de abuso sexual nesses casos precisa ser considerada e tratada da maneira adequada. O encaminhamento a um especialista pediátrico é apropriado nessas duas circunstâncias.

Para as mulheres em idade reprodutiva e nas pós-menopausa, é necessário perguntar os detalhes do sangramento. As complicações no início da gestação incluem gravidez ectópica e aborto espontâneo. Para o sangramento pós-menopausa, o carcinoma endometrial precisa ser excluído antes que outras causas sejam consideradas. As perguntas podem incluir:

- Quando os sintomas iniciaram e quanto tempo duram?
- A paciente acha que o sangramento é excessivo e está interferindo na vida normal?
- Existe algum sintoma associado como dor, fadiga, dispneia ao esforço ou perda de peso inexplicável?
- Existe sangramento intermenstrual e pós-coital?
- Qual é a possibilidade de a paciente ter uma infecção sexualmente transmissível (IST)?
- Ela pode estar grávida? Se estiver grávida, existe alguma dor associada ao sangramento?
- A paciente usa contraceptivos? Se sim, quais e há quanto tempo?
- Qual foi o resultado do último exame de Papanicolaou (se ela já fez algum)?
- Existe uma história conhecida de patologia uterina como leiomiomas (miomas), pólipos endometriais e adenomiose (crescimento glandular endometrial para o miométrio)?
- A paciente está tomando medicamentos como anticoagulantes, corticosteroides, terapia de reposição hormonal (TRH) ou suplementos fitoterápicos?
- A paciente tem hematomas com facilidade, o sangramento secundário a ferimentos é prolongado ou existe história familiar de distúrbios de coagulação?

Também é importante lembrar que a paciente pode não saber que está grávida e, portanto, o que interpreta como sangramento intermenstrual pode ser, na verdade, relacionado à gestação.[\[27\]](#)

A paciente pode confundir sangramento vaginal com sangramento uretral, vulvar ou anal. Sangramento que ocorre ao urinar e é acompanhado por outros sintomas como disúria e frequência sugere infecção no

trato urinário (ITU). Ou então, ela pode observar o sangramento na abertura dos intestinos, o que pode sugerir hemorroidas ou uma fissura anal. O sangramento vulvar pode ser excluído no exame médico, mas é necessário perguntar se a paciente tem outros sintomas como dor ou prurido.

Exame físico

O exame deve incluir a inspeção da vulva, períneo e área anal em busca de causas não vaginais do sangramento, como lesões vulvares ou fissuras anais.

O exame especular pode revelar lesões cervicais ou vaginais estruturais ou inflamatórias como fonte do sangramento, como pólipos cervicais, ectrópio cervical, ulceração ou atrofia vaginal. Qualquer lesão visualizada exige uma biópsia. Se a mulher estiver em vigência de um aborto espontâneo, o exame especular pode revelar os produtos da concepção na parte superior da vagina ou com protrusão na abertura do óstio cervical.

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.

Outros sinais sistêmicos podem dar pistas sobre a causa:

- Palidez, particularmente da conjuntiva e dos leitos ungueais, pode ser observada na anemia
- Obesidade, queda dos cabelos, unhas quebradiças e edema não depressível podem sugerir hipotireoidismo
- Obesidade, hirsutismo e acantose nigricans podem sugerir síndrome do ovário policístico (SOPC). Acne, perda dos pelos do padrão masculino, hirsutismo e aumento do clitóris 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 do sangramento vaginal.

A realização de um exame pélvico local em crianças antes da menarca é geralmente um desafio, porque uma parte das pacientes precisa ser sedada ou até mesmo anestesiada para permitir um exame físico adequado. Além disso, o uso de um espéculo pediátrico/de virgens de tamanho adequado é importante. A presença da mãe durante o exame é geralmente útil.

Avaliação laboratorial

Deve ser direcionada à(s) doença(s) considerada(s) como causa. Por exemplo:

- O teste de gravidez no soro ou na urina é o primeiro teste realizado em mulheres em idade fértil. É importante notar que um teste de gravidez negativo na urina pode ser falsamente negativo devido a uma gestação inicial, porque o nível do hormônio beta-hCG (gonadotrofina coriônica humana subunidade beta) ainda não é alto o suficiente para mostrar um resultado positivo. Se um falso negativo for interrogado, é necessário solicitar o nível de beta-hCG sérico
- O hemograma completo é útil para avaliar a presença de anemia e deve ser uma investigação inicial se houver suspeita de neoplasia hematológica
- O perfil de ferro no sangue e a capacidade de ligação ao ferro, é importante ao concluir a investigação da anemia causada pelo sangramento vaginal

- Se houver suspeita de doença sistêmica, exames laboratoriais adequados devem ser solicitados., por exemplo, testes de função tireoidiana para disfunção tireoidiana, prolactina para hiperprolactinemia, testes de função hepática para insuficiência hepática
- Os hormônios de testosterona livre, progesterona e hormônio luteinizante (LH) séricos podem ser indicados quando estiverem presentes os sinais da síndrome do ovário policístico (por exemplo, hirsutismo, acne, obesidade)
- O tempo de protrombina/tempo de tromboplastina parcial (TP/TTP) ativada podem indicar coagulopatia, mas raramente são suficientes para confirmar a maioria das doenças hemorrágicas
- Testes específicos para a doença de von Willebrand (DVW) incluem o antígeno do fator de von Willebrand, a atividade do cofator de ristocetina e atividade do fator VIII. A American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda testar a DVW nas seguintes situações: adolescentes que apresentem sangramento vaginal grave; antes que a terapia hormonal seja iniciada; mulheres adultas com sangramento vaginal sem outras causas; quando o sangramento vaginal é a única indicação para uma histerectomia[28]
- Se houver suspeita de aborto espontâneo (por exemplo, menstruação prévia ausente, idade reprodutiva, dor na pelve suprapúbica, sangramento vaginal moderado a intenso), a tipagem sanguínea para grupo RH (Rhesus) da mãe deve ser testada para identificar um grupo sanguíneo Rh-negativo, se presente. Indica a necessidade de administração da imunoglobulina antiD.

Colposcopia

A colposcopia fornece uma visão ampliada do colo uterino e dos tecidos da vagina e vulva. Lesões pré-malignas e malignas com características específicas visíveis na colposcopia podem, portanto, ser detectadas nessas áreas (por exemplo, vascularidade anormal, alteração branca com ácido acético e lesões exofíticas são os principais critérios diagnósticos para o câncer cervical). As mulheres que apresentarem episódios persistentes ou recorrentes de sangramento pós-coital devem ser encaminhadas para a colposcopia, para descartar a possibilidade de neoplasia.[29]

Exames por imagem

O exame de imagem da cavidade uterina é parte integrante da avaliação do sangramento vaginal anormal e é necessário quando as lesões estruturais subjacentes, como leiomiomas ou pólipos uterinos, forem suspeitas.

A ultrassonografia é útil para excluir distúrbios da cavidade e da parede uterinas, como pólipos endometriais e miomas. Uma espessura endometrial >15 mm geralmente exige uma avaliação adicional com biópsia do endométrio, seguida por histerectomia com biópsia do endométrio direcionada, se a biópsia do endométrio cega for negativa. A ultrassonografia transvaginal (USTV) ajudará a diferenciar a gravidez ectópica do aborto espontâneo no início da gestação. Ele também pode ajudar nos diagnósticos de descolamento da placenta e placenta prévia. A ultrassonografia transabdominal é importante na avaliação de miomas uterinos grandes que podem estar ausentes à ultrassonografia vaginal.[30]

Outros testes incluem histerossalpingografia e ultrassonografia com sono-histerografia salina do útero. Eles podem revelar lesões estruturais como leiomiomas ou pólipos uterinos.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

A presença de um sangramento ativo é uma contra-indicação à histerossalpingografia e à sono-histerografia. Quando houver suspeita de infecção ou gestação, a histerossalpingografia e a sono-histerografia são contra-indicadas.^[31]

Uma revisão Cochrane descobriu evidências de baixa qualidade de que a sono-histerografia com infusão de soro fisiológico em 3D pode ser muito precisa na deteção de anormalidades uterinas intracavitárias focais em mulheres com sangramento vaginal anormal ou subfertilidade.^[32] No entanto, não houve diferença significativa na precisão da sono-histerografia com infusão de soro fisiológico em 2D em comparação com a sono-histerografia com infusão de soro fisiológico em 3D. O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido não recomenda a sono-histerografia com infusão de soro fisiológico como ferramenta diagnóstica inicial para sangramento menstrual intenso.^[33]

Se houver suspeita de câncer de ovário (por exemplo, história familiar de câncer de ovário ou de mama, mutação conhecida do BRCA1 ou BRCA2, nenhum uso prévio de pílula contraceptiva oral), a tomografia computadorizada (TC) da pelve e do abdome pode avaliar a doença avançada (geralmente indicada se houver suspeita de doença abdominal no exame; por exemplo, se ascite e/ou distensão abdominal estiverem presentes). A ressonância nuclear magnética (RNM) é valiosa para avaliar a suspeita de anormalidades estruturais como adenomiose, endometriose e mioma uterino.

O American College of Radiology publicou recomendações acerca da escolha de diferentes modalidades de exames de imagem, incluindo ultrassonografia, TC e RNM para diversos casos de sangramento vaginal anormal.^[34]

Biópsia

A biópsia do endométrio é feita para diagnosticar uma patologia grave subjacente, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. A maioria das mulheres que apresenta sangramento vaginal após a menopausa fará uma biópsia endometrial, particularmente quando a ultrassonografia sugere o espessamento do endométrio (espessura endometrial >15 mm) e quando o sangramento é recorrente na ausência de história de terapia hormonal. Essa é a única investigação que pode confirmar definitivamente a presença de câncer de endométrio. O tipo histológico do endométrio pode ajudar a confirmar o diagnóstico de sangramento uterino disfuncional anovulatório (endométrio proliferativo) ou ovulatório (endométrio secretor). Ele pode ser valioso para determinar o tipo mais apropriado de tratamento.^[5] O sangramento uterino disfuncional associado a um endométrio muito espesso exige esse procedimento. Ele pode ser feito no consultório, seguido pela visualização histeroscópica da cavidade uterina para o diagnóstico definitivo, e possivelmente dilatação e curetagem.^[5]

A biópsia cervical deve ser realizada se houver suspeita de câncer cervical. No câncer de ovário, a biópsia avalia o risco de derramamento de células de câncer, portanto a extirpação cirúrgica do ovário afetado ou a paracentese ou toracocentese do fluido peritoneal/pleural é necessária.^[35]

Histeroscopia

A histeroscopia é recomendada quando houver suspeita de patologia da cavidade endometrial (por exemplo, pólipos endometriais, leiomiomas submucosos ou câncer de endométrio). Em combinação com o exame patológico, este é o teste diagnóstico mais sensível e específico para os distúrbios da cavidade uterina.^[5] ^[36] Ela pode ser realizada em pacientes com sangramento ativo, embora uma visualização adequada possa ser difícil. A amostragem do tecido da cavidade endometrial é às vezes indicada, principalmente nas pacientes com alto risco de hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio.^[5] A histeroscopia combina com sucesso um procedimento abrangente com uma excelente decisão diagnóstica, embora o aprendizado

com um especialista e o treinamento em sua implementação sejam essenciais.^[37] Os avanços na tecnologia permitiram que procedimentos histeroscópicos operatórios sejam realizados ambulatorialmente, com ou sem uso de anestesia local.^[38]

Esfregaço cervical

O esfregaço cervical geralmente é recomendado quando existe suspeita de cervicite e quando o exame físico sugere patologia cervical local.^[38]

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Câncer cervical

Disfunção tireoidiana

Aborto espontâneo

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Endometrite

Miomas uterinos

Pólipos endometriais

Pólipos cervicais

Ectrópio

Menorragia

Síndrome do ovário policístico

Sangramento uterino disfuncional

Incomum

Câncer de endométrio

Câncer de ovário

Câncer vaginal

Leucemia aguda

Linfoma

Síndrome de Cushing

Hiperprolactinemia

Insuficiência renal

Incomum

Insuficiência hepática

Doença de von Willebrand (DVW)

Hemofilia

Gravidez ectópica

Doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)

Descolamento da placenta

Placenta prévia

Cervicite

Vaginite

Endometriose

Adenomiose

Hiperplasia endometrial

Abuso sexual em crianças

Administração de anticoagulantes

Relacionado ao contraceptivo

Terapia de reposição hormonal

Moduladores seletivos do receptor estrogênico

Corticosteroides

Androgênios

Fenitoína

Quimioterapia

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Câncer cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de esfregaço(s) de Papanicolau anormal(is); sangramento de contato (associado a relação sexual ou exame bimanual); dor na pelve; possível história de múltiplos parceiros sexuais e atividade sexual de início precoce (<18 anos de idade)	geralmente nada digno de nota; lesões cervicais macroscópicas podem estar presentes nas fases tardias	» esfregaço de Papanicolau: células malignas » colposcopia: lesões cervicais anormais e/ou sangramento cervical Vascularidade anormal, alteração branca com ácido acético e lesões exofíticas são os principais critérios diagnósticos.	» biópsia cervical: células malignas Confirma o diagnóstico. O estadiamento da doença geralmente é clínico.

◊ Disfunção tireoidiana

História	Exame	1º exame	Outros exames
ganho de peso, sensibilidade ao frio, fraqueza, letargia, constipação (hipotireoidismo); perda de peso, intolerância ao calor, palpitações, nervosismo (hipertireoidismo)	bradicardia, obesidade, queda dos cabelos, pele seca, unhas quebradiças, edema não depressível (hipotireoidismo); taquicardia, olhar parado, lagoftalmia (hipertireoidismo); irregularidades menstruais (hipo-/ hipertireoidismo)	» ensaio de hormônio estimulante da tireoide (TSH): elevado no hipotireoidismo, reduzido no hipertireoidismo O resultado depende da causa da disfunção tireoidiana. » T3 livre: reduzido no hipotireoidismo, elevado no hipertireoidismo O resultado depende da causa da disfunção tireoidiana. » T4 livre: reduzido no hipotireoidismo, elevado no hipertireoidismo	

Comum

◊ Disfunção tireoidiana

História	Exame	1º exame	Outros exames
		O resultado depende da causa da disfunção tireoidiana.	

◊ Aborto espontâneo

História	Exame	1º exame	Outros exames
menstruação prévia ausente; idade reprodutiva; dor na pelve suprapúbica, sangramento vaginal moderado a intenso, sangramento pós-coital recente pode ser história de uma anormalidade anatômica ginecológica conhecida	o exame especular vaginal pode revelar produtos de concepção na vagina superior ou com protrusão através da abertura do óstio cervical; também pode revelar lesões como ectrópio, pólipos cervicais ou, muito raramente, uma laceração inesperada do trato genital que possa ser responsável pelo sangramento; a inserção do espéculo não altera o desfecho da gestação de curto prazo.	» gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva Confirma a gestação, embora sejam conhecidos testes falso-negativos, dependendo do tipo usado.	» ultrassonografia (abdominal e vaginal): confirma a viabilidade do feto; saco gestacional no útero ou local extrauterino Diferencia entre os diferentes estágios e tipos de aborto espontâneo. Específico, relativamente prognóstico e exclui outros diagnósticos diferenciais de aborto espontâneo.

»**tipagem sanguínea para grupo RH:** identifica o grupo sanguíneo de Rh negativo maternal, se presente Indica a necessidade de imunoglobulina antiD.

◊ Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal inferior, corrimento vaginal anormal; sangramento entre os ciclos; história de	sensibilidade uterina, dor à mobilização do colo, dor à palpação anexial, febre	» leucócitos polimorfonucleares (PMNs) na câmara úmida das secreções	» captura de ácido desoxirribonucleico (DNA) ou cultura de corrimento anormal para Neisseria

Comum

◊ Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
infecção sexualmente transmissível (IST), atividade sexual de início precoce, múltiplos parceiros sexuais		<p>vaginais: presentes no esfregaço A ausência dessas células na montagem câmara úmida excluiu a endometrite histológica >90% das vezes em um estudo, com valor preditivo negativo de 94.5%. [35] [63]</p> <p>Valor preditivo alto, mas não específico de patógenos que provavelmente causam a doença inflamatória pélvica (DIP).</p> <p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária é um exame inespecífico para a infecção.</p> <p>O resultado não é específico, mas pode aumentar o índice de suspeita da doença inflamatória pélvica (DIP).</p> <p>É improvável que apenas o resultado altere o manejo.</p> <p>Valor preditivo médio.</p>	<p>gonorrhoeae e Chlamydia: resultado positivo indica a presença de organismo O teste deve ser solicitado em qualquer paciente com suspeita de DIP. 100% específico para essas infecções, embora outros organismos possam causar a DIP.</p> <p>A cultura negativa não elimina a possibilidade de doença do trato genital superior, portanto se inicia o tratamento na paciente com sintomas clínicos, independentemente dos resultados do teste.</p>

Comum

◊ Endometrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor no abdome inferior, febre, corrimento vaginal anormal, sangramento entre os ciclos, história de infecção sexualmente transmissível (IST)	dor à palpação durante o exame físico	<p>»leucócitos polimorfonucleares (PMNs) na câmara úmida das secreções vaginais: presentes no esfregaço A ausência dessas células na montagem câmara úmida excluiu a endometrite histológica >90% das vezes em um estudo, com valor preditivo negativo de 94.5%. [35] [63]</p> <p>Valor preditivo alto, mas não específico de patógenos que provavelmente causam a doença inflamatória pélvica (DIP).</p> <p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária é um exame inespecífico para a infecção.</p> <p>O resultado não é específico, mas pode aumentar o índice de suspeita da doença inflamatória pélvica (DIP).</p> <p>É improvável que apenas o resultado altere o manejo.</p> <p>Valor preditivo médio.</p>	<p>»captura de ácido desoxirribonucleico (DNA) ou cultura de corrimento anormal para Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia: resultado positivo indica a presença de organismo 100% específico para essas infecções, embora outros organismos possam causar a DIP.</p> <p>A cultura negativa não elimina a possibilidade de doença do trato genital superior, portanto se inicia o tratamento na paciente com sintomas clínicos, independentemente dos resultados do teste.</p>

Comum

◊ Miomas uterinos

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,[67] nuliparidade, história familiar de leiomioma	massa pélvica volumosa palpável no exame bimanual do útero	<p>»ultrassonografia transvaginal: miomas Miomas uterinos têm uma aparência ultrassonográfica característica, com sombras sonográficas formadas atrás deles. O número, tamanho e localização dos miomas em relação à cavidade uterina são características sonográficas importantes.</p>	<p>»sono-histerografia: distorção da cavidade interina Obtido para investigar se o mioma uterino está distorcendo a cavidade uterina, um achado importante para as mulheres que tentam engravidar, com história de perda de gestação e sangramento uterino excessivo. Principais vantagens: 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 distorcendo a cavidade uterina, um achado importante para as mulheres que tentam engravidar, com história de perda de gestação e sangramento uterino excessivo. Realizada sob anestesia local ou geral.</p> <p>»RNM: arquitetura do espessamento uterino anormal</p>

Comum

◊ Miomas uterinos

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>A RNM é importante quando as características sonográficas não são típicas e para diferenciar o mioma uterino de outras condições que podem ser confundidas com mioma na ultrassonografia (por exemplo, adenomiose).</p> <p>»histerossalpingografia: contorno anormal da cavidade uterina Obtida sempre que a avaliação das tubas uterinas é necessária, como durante uma análise da infertilidade.[68] [69]</p> <p>[Fig-1]</p> <p>[Fig-2]</p>

◊ Pólipo endometrial

História	Exame	1º exame	Outros exames
história usual de manchas irregulares e sangramento entre as menstruações	geralmente nada digno de nota	<p>»ultrassonografia transvaginal (USTV): espessamento endometrial Geralmente, os pólipos uterinos apresentam a aparência característica de projeção hipoecoica do colo do endométrio, sem sombras significativas na ultrassonografia em associação</p>	<p>»sono-histerografia: leiomiomas submucosos e pólipos endometriais Útil quando o diagnóstico permanece duvidoso depois do USTV.</p>

Comum

◊ Pólio endometrial

História	Exame	1º exame	Outros exames
		aos leiomiomas. Geralmente, a ecogenicidade dos pólipos é um pouco mais alta que do endométrio adjacente (mais branca no USTV).[28]	

◊ Pólio cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento de contato (por exemplo, pós-coital, após o exame vaginal)	o exame especular pode revelar o pólio cervical	» histeroscopia: visualização do pólio	» ulassonografia transvaginal: visualização do pólio

◊ Ectrópio

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente uma história de sangramento de contato (por exemplo, pós-coital)	o exame especular do colo uterino revela o colo externo vermelho e não rosa, devido ao deslocamento da junção escamo colunar (JEC)	» colposcopia: visualização de área suspeita Frequentemente associada a condições de predominância do estrogênio. Comumente observada durante a gestação e o uso de pílula contraceptiva oral.	

◊ Menorragia

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de sangramento menstrual excessivo	possível etiologia subjacente (por exemplo, anovulação em mulheres com síndrome do ovário	» ulassonografia transvaginal e sono-histerografia: endométrio espessado pode ser observado;	» biópsia do endométrio: endométrio proliferativo, com

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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.

Comum

◊ Menorragia

História	Exame	1º exame	Outros exames
	policístico que apresentam hirsutismo, acne e obesidade); possíveis problemas associados como anemia (por exemplo, palidez)	anormalidades estruturais que devem ser excluídas como leiomiomas e pólipos O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido não recomenda a sono-histerografia com infusão de soro fisiológico como ferramenta diagnóstica inicial para sangramento menstrual intenso.[33]	secreção ou hiperplásico

◊ Síndrome do ovário policístico

História	Exame	1º exame	Outros exames
perimenopausa ou perimenarca, duração irregular do ciclo, amenorreia intercalada, doença sistêmica, vários medicamentos	geralmente sem problemas; hirsutismo, acne e obesidade podem estar presentes	» hormônio luteinizante (LH) sérico: elevado	» progesterona sérica: reduzido 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 reduzidos). Pode ser necessário um encaminhamento a especialista, para avaliações endocrinológicas adicionais.

Comum**◊ Síndrome do ovário policístico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			» testosterona sérica: elevado

◊ Sangramento uterino disfuncional

História	Exame	1º exame	Outros exames
período menstrual irregular, sangramento indolor não associado a outras queixas significativas, idade peripuberal ou perimenopausa	pode não haver problemas ou pode haver achados físicos sugerindo condições associadas ao sangramento uterino disfuncional (por exemplo, hirsutismo e acne na síndrome do ovário policístico, massa pélvica nos leiomiomas uterinos)	» ultrassonografia transvaginal: nenhuma anormalidade estrutural Teste inicial útil para descartar 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

Incomum**◊ Câncer de endométrio**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente >50 anos de idade, sangramento intermenstrual, obesidade, nuliparidade, menopausa tardia, uso de estrogênio sem progesterona, uso de tamoxifeno, tabagismo, história pessoal ou familiar de câncer de cólon hereditário sem polipose	aumento e irregularidade do útero no exame bimanual	» ultrassonografia transvaginal: endométrio focalmente espessado O espessamento endometrial, particularmente em mulheres mais velhas no período pós-menopausa, é altamente sugestivo do câncer de endométrio. Surgimento recente de massa uterina de aumento rápido sugere o sarcoma uterino.	» biópsia do endométrio: adenocarcinoma endometrial presente Confirmação histológica do diagnóstico. Também pode identificar subtipo e grau, e permite a análise do biomarcador usando a imuno-histoquímica.

Incomum

◊ Câncer de ovário

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de câncer de ovário ou de mama, mutação conhecida do BRCA1 ou BRCA2, nenhum uso prévio de pílula contraceptiva oral; os sintomas gastrointestinais inespecíficos podem ser mais proeminentes que os sintomas ginecológicos (por exemplo, distensão abdominal, náusea, dispepsia, diarreia, constipação), e a urgência urinária é comum	ascite com maciez móvel; distensão abdominal com maciez à percussão; derrame pleural com murmúrios vesiculares reduzidos; massa pélvica; massa anexial ou retovaginal no exame pélvico; se os sintomas gastrointestinais forem proeminentes, a paciente pode parecer desnutrida ou caquética	» ultrassonografia transvaginal: presença de massa sólida, complexa, septada, multiloculada; fluxo sanguíneo intenso A modalidade preferencial de imagem quando uma massa pélvica é encontrada no exame físico.	» tomografia computadorizada (TC) da pelve e do abdome: espessamento peritoneal, linfonodos aumentados, ascite, espessamento omental, metástases hepáticas A TC pode avaliar a doença avançada (por exemplo, na área abdominal superior). » histopatologia: crescimento destrutivo infiltrante mais bem demonstrado por grupos de células desorganizadas, geralmente com desmoplasia Por fim, o diagnóstico de câncer de ovário é baseado na histopatologia. Geralmente, a extirpação cirúrgica do ovário afetado é necessária (e não a biópsia), ou a paracentese ou toracocentese do fluido peritoneal/pleural. ^[35] A biópsia eleva o risco de derramamento de células cancerosas na cavidade abdominal. » CA 125 (antígeno oncofetal 125): >35 U/mL

Incomum**◊ Câncer vaginal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de sangramento por contato (por exemplo, sangramento pós-coital)	o exame especular pode revelar tumor vaginal e áreas suspeitas que sangram ao toque	» colposcopia: vasculatura anormal O câncer vaginal é uma malignidade ginecológica incomum que pode ser suspeita no exame pélvico e confirmada com a biópsia orientada por colposcopia.	» biópsia vaginal: células malignas Observada no esfregaço de Papanicolau. O diagnóstico é confirmado definitivamente pelo exame patológico de uma amostra da biópsia.

◊ Leucemia aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de malignidade, quimioterapia prévia, exposição a poluentes ambientais ou radiação; fadiga, sangramento, fácil formação de hematomas; dor óssea; infecções recorrentes	febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, aumento renal, massa mediastinal ou abdominal, infiltração da pele	» Hemograma completo com diferencial: anemia, leucocitose, neutropenia, trombocitopenia Usado na avaliação inicial e na monitorização de acompanhamento. » esfregaço de sangue periférico: linfoblastos leucêmicos (leucemia linfocítica aguda [LLA]); blastos mieloides, presença de bastonetes de Auer (leucemia mielogênica aguda [LMA]) O achado de linfoblastos no esfregaço do sangue periférico não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de LLA, e a biópsia	

Incomum

◊ Leucemia aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>da medula óssea é necessária. Blastos são células imaturas e normalmente não são observados no sangue periférico. O conteúdo granulado e de bastonetes de Auer dos blastos confirma a leucemia mieloide aguda (LMA).</p> <p>»biópsia ou aspiração da medula óssea: hipercelularidade da medula óssea e infiltração pelos linfoblastos (LLA); hipercelularidade da medula óssea e infiltração pelos blastos; blastos >20%, bastonetes de Auer (LMA)</p> <p>LLA: a medula óssea é aspirada. Morfologia, coloração citoquímica, imunofenotipagem, análise cromossômica, hibridização de fluorescência in situ, reação em cadeia da polimerase (PCR) para t(9;22) e outros estudos moleculares podem ser realizados.^{[39] [40]}</p> <p>Leucemia mieloide aguda (LMA): o diagnóstico definitivo requer a biópsia da medula óssea. A presença de blastos a</p>	

Incomum**◊ Leucemia aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		>20% das células da medula óssea confirma o diagnóstico.	

◊ Linfoma

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de vírus Epstein-Barr, história familiar de linfoma, febres inexplicáveis, sudorese noturna, perda de peso, dispneia, dor abdominal	linfadenopatia, hepatomegalia, esplenomegalia	<p>»Hemograma completo com diferencial: trombocitopenia, pancitopenia As contagens baixas de células são decorrentes do envolvimento da medula óssea.</p> <p>»esfregaço de sangue periférico: eritrócitos nucleados, plaquetas gigantes</p> <p>»biópsia de linfonodos: positiva A célula de Reed-Sternberg é característica do linfoma de Hodgkin.</p>	

◊ Síndrome de Cushing

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de corticosteroides exógenos, adenoma hipofisário ou adrenal, ou carcinoma adrenal; ganho de peso, alterações no humor, libido reduzida, fraqueza, formação fácil de hematomas, ausência de gestação,	pletora e arredondamento facial, inchaço supraclavicular, estrias violáceas, adiposidades dorsocervicais	<p>»cortisol salivar noturno: elevado Os resultados positivos devem ser confirmados com teste de supressão com dexametasona ou cortisol urinário livre de 24 horas.</p> <p>»teste de supressão com dexametasona:</p>	<p>»radiografia esquelética: fraturas não explicadas</p> <p>»absorciometria por dupla emissão de raios X (DEXA): osteoporose prematura; T-score ≤ -2.5 indica osteoporose</p>

Incomum

◊ Síndrome de Cushing

História	Exame	1º exame	Outros exames
desnutrição, alcoolismo ou estresse fisiológico		<p>cortisol matinal >1.8 micrograma/dL</p> <p>Um teste positivo é definido como o cortisol matinal >50 nanomoles/L (1.8 micrograma/dL).</p> <p>Deve ser o teste de primeira linha em qualquer paciente com suspeita de síndrome de Cushing, exceto as que tomam medicamentos que afetam o metabolismo da dexametasona (fenitoína, carbamazepina, rifampicina e cimetidina).</p> <p>»cortisol urinário livre de 24 horas: >50 microgramas/24 horas Geralmente >50 microgramas/24 horas. Os intervalos normais variam conforme o método do ensaio. Deve ser considerado o teste de primeira linha em qualquer paciente com suspeita de síndrome de Cushing, exceto as que apresentam insuficiência renal.</p>	

Incomum**◊ Hiperprolactinemia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
irregularidade menstrual, amenorreia, secreção das mamas	secreção das mamas	<p>»prolactina: elevado Elevado em várias condições patológicas e estados fisiológicos.</p> <p>»hormônio estimulante da tireoide (TSH): elevado O hipotireoidismo primário resulta na hiperprolactinemia leve.</p>	

◊ 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	<p>»ureia: elevado</p> <p>»creatinina sérica: elevado Teste de triagem para determinar a anormalidade da taxa de filtração glomerular (TFG). Pode ser falsamente baixa nas condições de baixa massa muscular como em pessoas mais velhas ou desnutridas, ou pacientes com insuficiência hepática.</p> <p>»urinalise: positiva para a proteína, positiva ou negativa para corpos cetônicos, cilindros céreos Coletada como amostra estéril. Usada para a triagem de marcadores patológicos de dano</p>	<p>»potássio sérico: normal ou elevado</p> <p>»bicarbonato sérico: reduzido A acidose metabólica concomitante é típica.</p> <p>»Hemograma completo: Hb, Hct normal ou baixa Anemia tipicamente normocrômica, normocítica.</p>

Incomum**◊ Insuficiência renal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		renal eliminados na urina.	

◊ Insuficiência hepática

História	Exame	1º exame	Outros exames
fraqueza, fadiga, perda de peso, cãibras musculares, dor abdominal	hepatomegalia, telangiectasia, eritema palmar, icterícia, ascite	<p>»alanina aminotransferase (ALT): elevado As elevações nas enzimas hepáticas variam de acordo com a etiologia</p> <p>»aspartato transaminase (AST): elevado As elevações nas enzimas hepáticas variam de acordo com a etiologia</p> <p>»bilirrubina: elevado A hiperbilirrubinemia é associada à icterícia, uma característica que define a insuficiência hepática aguda.[41] [42] [43] [44]</p>	<p>»Hemograma completo: contagem baixa a normal de leucócitos, hemoglobina (Hb), hematócrito (Hct), plaquetas A presença de leucocitose pode sugerir infecção. A anemia pode estar presente em alguns pacientes, particularmente na situação da insuficiência hepática aguda associada à doença de Wilson, na qual pode ocorrer a anemia hemolítica com Coombs negativo. A trombocitopenia pode sugerir doença hepática avançada preexistente.</p> <p>»tempo de protrombina (TP): elevado A coagulopatia (razão normalizada internacional [INR] >1.5) é uma característica que define a insuficiência</p>

Incomum**◊ Insuficiência hepática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>hepática aguda.[41] [42] [43] [44]</p> <p>»sorologias para hepatite viral: normal ou positivo Útil para explorar as possíveis etiologias da insuficiência hepática aguda e pode orientar o manejo, principalmente na hepatite B aguda, na qual a terapia antiviral pode ser iniciada. IgM (imunoglobulina M) anti-hepatite A, IgM anti-HBc (núcleo da hepatite B), HBsAg (antígeno de superfície da hepatite B), IgG (imunoglobulina G) anti-hepatite C e IgM anti-hepatite E devem ser incluídos.</p>

◊ Doença de von Willebrand (DVW)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de DVW, história de relações consanguíneas, história de distúrbios linfoproliferativos ou hipotireoidismo; sangramento prolongado ou excessivo após a cirurgia ou de ferimentos pequenos; formação fácil ou excessiva	pode ser normal; os hematomas são inespecíficos, mas os muito grandes podem ser significativos; sinais de anemia (por exemplo, a palidez da conjuntiva pode estar presente)	<p>»Hemograma completo: geralmente normal, exceto no tipo 2B Teste de rastreamento da linha basal. Avalia uma série de parâmetros do sangue, principalmente número e morfologia das plaquetas, que devem ser normais na maioria das pacientes</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

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

Incomum

◊ Doença de von Willebrand (DVW)

História	Exame	1º exame	Outros exames
de hematomas; menorragia		<p>com DVW, exceto as portadoras do tipo 2B.</p> <p>»tempo de protrombina (TP): dentro do intervalo de referência Uma mensuração da via extrínseca da coagulação. O intervalo de referência é geralmente de 12 a 15 segundos. Pode ser medido no sangue total, mas geralmente é medido no plasma. Exige um tubo com citrato líquido, que deve estar bem cheio.</p> <p>»tempo de tromboplastina parcial (TTP) ativada: prolongado se a atividade do fator VIII for menor que aproximadamente 35% do normal Prolongado apenas se o fator VIII estiver suficientemente reduzido. Geralmente, deve ser menor que aproximadamente 35% do normal. O valor exato depende de cada laboratório. Os valores normais não excluem o diagnóstico de DVW.</p> <p>»antígeno do fator de von Willebrand (FVW): diagnóstico da DVW se <40% do valor normal</p>	

Incomum**◊ Doença de von Willebrand (DVW)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Valores limítrofes (40% a 60% do normal) não são diagnósticos e indicam apenas marginalmente a probabilidade de DVW tipo 1.^[45] O teste é repetido se o resultado estiver dentro do intervalo normal, mas o diagnóstico for suspeitado. Os níveis de FVW são mais baixos nos pacientes com sangue do tipo O. Os níveis aumentam com o exercício, inflamação e estresse e variam de acordo com o ciclo menstrual.^[46]</p> <p>»ensaio da função do FVW (atividade do cofator de ristocetina): diagnóstico da DVW se <40%, razão da função do FVW com o antígeno do FVW <0.7 é consistente com o diagnóstico de DVW do tipo 2 Os valores diminuem paralelamente ao antígeno do FVW, exceto na doença do tipo 2. O ensaio do cofator de ristocetina e o ensaio de ligação ao colágeno medem a função do FVW e os resultados são amplamente consistentes.</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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.

Incomum

◊ Doença de von Willebrand (DVW)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»atividade do fator VIII: reduzido em paralelo ao antígeno do FVW, exceto na DVW do tipo 2N</p> <p>O valor da atividade do fator VIII é frequentemente mais alto que o nível do antígeno do FVW na DVW do tipo 1.</p>	

◊ Hemofilia

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de hemofilia, idade >60 anos, história de doenças autoimunes, doença inflamatória intestinal, diabetes, hepatite, gestação, malignidade (hemofilia adquirida); história de sangramento espontâneo ou recorrente, sangramento musculoesquelético; sangramento mucocutâneo; menorragia, sangramento pós-operatório prolongado e excessivo; fadiga	hemartrose, formação excessiva de hematomas, abdome distendido e dolorido, sinais de anemia (palidez, taquicardia)	<p>»Hemograma completo: geralmente normal, hemoglobina (Hb) pode ser baixa</p> <p>Realizado para descartar trombocitopenia como causa do sangramento. Anemia pode estar presente se o sangramento tiver sido significativo.</p> <p>»tempo de tromboplastina parcial (TTP) ativada: geralmente prolongado; nem sempre é prolongado em casos leves (níveis de fator >30%)</p> <p>Ensaio do fator VIII e/ou fator IX deve ser solicitado para confirmar o diagnóstico se o TTP ativada for prolongado.</p> <p>Mesmo que não seja prolongado, e</p>	

Incomum

◊ Hemofilia

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>se o diagnóstico for clinicamente suspeito, o ensaio do fator VIII e IX deve ser solicitado.</p> <p>»ensaio do fator sanguíneo VIII e IX: níveis reduzidos ou ausentes de fator VIII ou IX; a gravidade é baseada no nível do fator presente; grave: <0.01 U/mL, moderado: 0.01 a 0.05 U/mL, leve: >0.05 mas <0.40 U/mL Os níveis do fator VIII ou IX são usados para estabelecer o diagnóstico e a gravidade.</p> <p>Um ensaio de coagulação de estágio 1 ou 2 é usado.</p> <p>O método do estágio 1 é mais comumente usado, por ser simples e prontamente automatizado.</p> <p>O método de estágio 2 é mais difícil de realizar.</p> <p>Outra técnica é o ensaio do substrato cromatogênico, baseado na ativação do fator X dependente do fator VIII.</p> <p>O fenótipo do sangramento é diretamente</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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**◊ Hemofilia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>correlacionado aos níveis do fator VIII ou IX.</p> <p>»tempo de protrombina (TP): normal</p> <p>Realizado para analisar a via extrínseca da coagulação.</p>	

◊ Gravidez ectópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
menstruação prévia ausente, dor na pelve, relação sexual nos últimos meses, idade reprodutiva, anormalidade anatômica ginecológica conhecida, história prévia de gravidez ectópica ou infecções pélvicas (por exemplo, infecção sexualmente transmissível [IST], apendicite)	dor abdominal inferior à palpação; dor e massa palpável no exame bimanual; dor à mobilização do colo; massa anexial raramente palpável; sinais de alerta de possível ruptura incluindo hipotensão, taquicardia, proteção abdominal involuntária, dor referida para o ombro	<p>»ulassonografia (abdominal e transvaginal): saco gestacional no local extrauterino; ocasional presença de fluido na bolsa de Douglas</p> <p>»gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva</p>	

◊ Doença trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)

História	Exame	1º exame	Outros exames
menstruação prévia ausente; idade reprodutiva, crescimento ou distensão abdominal; mola hidatiforme prévia; ou até mesmo após a gestação a termo, sangramento vaginal de início agudo	sensibilidade à palpação abdominal inferior, dor e massa palpável no exame bimanual, ocasionalmente corrimento vaginal sanguinolento semelhante com grumos	<p>»gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva</p>	<p>»ulassonografia (abdominal e transvaginal): saco gestacional observado sem partes fetais definidas; clássica aparência de nevasca na ultrassonografia; em casos de gravidez molar incompleta, as partes fetais podem ser observadas</p>

Incomum**◊ Descolamento da placenta**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente ocorre no segundo ou terceiro trimestre; história materna de tabagismo ou uso de cocaína, trauma (por exemplo, acidente com veículo automotor ou vítimas de violência doméstica), e hipertensão ou trombofilia; os fatores de risco incluem partos prévios por cesariana, ruptura prematura de membranas, descolamento prévio da placenta, gestações multifetais, multiparidade e mioma uterino conhecido ou malformações uterinas	dor abdominal e contrações e sensibilidade uterina; o sangramento vaginal também é considerado um sintoma clássico, porém é importante notar que ele pode não estar presente nos casos de descolamento oculto, particularmente quando a placenta está localizada posteriormente dentro do útero; nesses pacientes, a dor na coluna lombar pode ser o único sintoma de apresentação	<p>»monitorização fetal: anormalidades no traçado que sugerem descolamento: desacelerações tardias, perda de variabilidade, desacelerações variáveis, traçado sinusoidal da frequência cardíaca fetal e bradicardia fetal, definida como uma frequência cardíaca fetal persistentemente abaixo de 110 batimentos por minuto Nos casos de suspeita de descolamento da placenta, a frequência cardíaca fetal deve ser monitorada continuamente, pelo menos inicialmente.</p> <p>Dependendo da estabilidade da mãe e do feto e da idade gestacional na apresentação, mais tarde a monitorização pode ser intermitente e com base caso a caso.</p> <p>»hemoglobina (Hb) e hematócrito (Hct): normais ou baixas Deve ser solicitada em todas as pacientes com sangramento ou nas quais existe suspeita de descolamento.</p> <p>Pode ser normal se o sangramento não foi excessivo, ou antes que a reposição do volume tenha</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Descolamento da placenta

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>ocorrido. Nos casos de sangramento grave ou prolongado, a anemia pode estar presente.</p> <p>»estudos de coagulação (tempo de protrombina [TP], tempo de tromboplastina parcial [TTP], fibrinogênio e produtos de metabolização do fibrinogênio): anormais Deve ser solicitado em todas as pacientes com suspeita de descolamento da placenta. Particularmente importante nos casos com morte fetal ou quando a coagulação parece comprometida. Provavelmente será anormal, particularmente nos casos de grandes descolamentos associados à morte fetal, e em todos os casos de descolamento oculto.</p> <p>A coagulopatia intravascular disseminada (CIVD) ocorre geralmente na presença de descolamentos grandes o suficiente para causar a morte fetal. Deve-</p>	

Incomum

◊ Descolamento da placenta

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>se suspeitar quando houver sangramento persistente sem coagulação.</p> <p>Um teste simples para confirmar a CIVD é coletar sangue em um tubo simples (sem coagulação) e depois inverter o tubo em intervalos de 1 minuto. O sangue deve coagular dentro de 8 a 10 minutos; se isso não acontecer, pode ser interpretado como evidência de CIVD.</p> <p>Quando a CIVD ocorre, os níveis de fibrinogênio serão baixos. Além disso, o TP será prolongado.</p> <p>»teste de Kleihauer-Betke (K-B): positivos ou negativos Embora seja esperado um teste de Kleihauer-Betke positivo nos casos de descolamento, os estudos observaram que isso não é verdadeiro.^[47] A maioria das mulheres com descolamento clínico apresenta um teste de Kleihauer-Betke negativo, embora ele possa ser positivo nas mulheres sem</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Descolamento da placenta

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>descolamento.[48] Também é útil para determinar quanta imunoglobulina antiD deve ser fornecida às mulheres de Rh negativo.</p> <p>»ulassonografia: hematoma retroplacentário (hiperecoico, isoeocoico, hipoeocoico); hematoma pré-placentário (aparência de geleia com um efeito de brilho da placa coriônica com movimentação fetal); espessura e ecogenicidade elevadas da placenta; acúmulo subcoriônico ou marginal</p> <p>A ultrassonografia pode ou não ser útil no diagnóstico de descolamento da placenta. Taxas de detecção de apenas 12% a 25% são geralmente relatadas.[49] No entanto, em mãos habilidosas, foram relatados altos índices de diagnóstico.[50] Se houver evidência na ultrassonografia de descolamento da placenta, o valor preditivo positivo é alto.[51]</p> <p>Os hematomas retroplacentários</p>	

Incomum**◊ Descolamento da placenta**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>estão associados ao prognóstico mais desfavorável. No entanto, na maioria das situações, a sensibilidade da ultrassonografia para o descolamento pode não ser alta o suficiente, e portanto o diagnóstico deve ser firmado clinicamente. A ultrassonografia também é crucial para excluir outras causas do sangramento ou dor, como placenta prévia ou mioma.</p>	

◊ Placenta prévia

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente se apresenta no segundo ou terceiro trimestre; história de útero cicatrizado, tabagismo, várias gestações ou abortos espontâneos prévios, tratamento para infertilidade e uso de substâncias ilícitas; idade maternal avançada	sangramento vaginal indolor; ausência de causas cervicais/vaginais de sangramento e no exame especular; falta de sensibilidade uterina; pressão arterial baixa; taquicardia	<p>»ultrassonografia uterina com análise com dopplerfluxometria colorida: posição da placenta; variável</p> <p>A ultrassonografia pode ser transabdominal, transvaginal ou translabial (não é útil na maioria das circunstâncias).</p> <p>A ultrassonografia transvaginal é preferível (mas pode ser prejudicial se realizada por um operador</p>	

Incomum

◊ Placenta prévia

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>inexperiente).[52] [53] [54]</p> <p>Se houver suspeita de placenta prévia, deve ser feito o encaminhamento para a ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida.[54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62]</p> <p>Caso não seja possível descartar confiavelmente a placenta acreta na ultrassonografia, deve-se realizar ressonância nuclear magnética (RNM) da placenta. [52] [51] [54] [59]</p> <p>»Hemograma completo: no sangramento agudo, hemoglobina (Hb) baixa para os valores normais de gestação A hemoglobina geralmente diminui na gestação, e os valores normais variam de acordo com a idade gestacional (podendo ser de apenas 0.1 g/L [10 mg/dL] no meio da gestação).</p> <p>Pacientes com sangramento significativo podem apresentar Hb <0.1 g/L (10 mg/dL).</p>	

Incomum

◊ Placenta prévia

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Acompanhe com hemogramas completos em série (a frequência depende do grau de sangramento).</p> <p>»tipagem sanguínea e prova cruzada: preparação para transfusão/cirurgia</p> <p>Tipagem e triagem e prova cruzada de pelo menos 4 unidades de eritrócitos concentrados (informar o serviço de transfusão sobre a possível necessidade de transfusão maciça).</p> <p>»razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos de metabolização do fibrinogênio: anormal se a coagulopatia intravascular disseminada (CIVD) estiver presente: INR/TTP e produtos de decomposição do fibrinogênio elevados; fibrinogênio reduzido</p> <p>Solicitados se houver evidências de CIVD (como petequias, equimose, gangrena, desorientação mental, hipóxia, hipotensão ou hemorragia digestiva).</p> <p>»teste de Kleihauer-Betke (K-B): positivos ou negativos</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Placenta prévia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Solicitar se a mãe for Rh negativa.</p> <p>O nível de eritrócitos fetais ajuda a determinar a necessidade e a quantidade de imunoglobulina antiD necessária para a profilaxia da doença do Rh nas próximas gestações.</p>	

◊ Cervicite

História	Exame	1º exame	Outros exames
múltiplos parceiros sexuais, história de infecção sexualmente transmissível (IST), vaginose bacteriana, relação sexual sem proteção, sangramento intermenstrual/pós-coital, dispareunia, disúria	corrimento vaginal ou cervical purulento; colo uterino friável e doloroso no exame digital ou uso de raspado da mucosa (swab); inflamação vulvar ou vaginal; colo uterino em morango	<p>»teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT): positivos para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae. Os NAATs são preferíveis na detecção de C trachomatis ou de N gonorrhoeae. Os testes podem ser realizados em amostras cervicais, vaginais ou urinárias.[64]</p> <p>»exame com preparado da câmara úmida do corrimento cervical: >10 leucócitos por campo de grande aumento do fluido vaginal (leucorreia) Indicador sensível de inflamação cervical na ausência de vaginite</p>	<p>»coloração de Gram de secreções vaginais: Morfotipo dos Lactobacillus reduzido ou ausente Pontuação efetuada de acordo com a classificação de Nugent (contando os morfotipos bacterianos). Lactobacilos reduzidos ou ausentes indicam vaginose bacteriana.[66]</p>

Incomum**◊ Cervicite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>inflamatória.[65] Alto valor preditivo negativo nas pacientes com alto risco de infecção (<26 anos de idade). A microscopia apresenta sensibilidade de apenas cerca de 50% quanto à detecção de <i>Trichomonas vaginalis</i>, enquanto a cultura é o teste mais sensível.[64]</p> <p>»testes rápidos (OSOM Trichomonas, Affirm VP III): positivo para <i>Trichomonas vaginalis</i></p> <p>Os resultados de testes rápidos de OSOM <i>Trichomonas</i> ficam disponíveis em 10 minutos no máximo, com sensibilidade e especificidade de 82% a 95% e 97% a 100%, respectivamente. Os resultados do Affirm VP III ficam disponíveis em até 45 minutos, com sensibilidade e especificidade de 63.0% e 99.9%, respectivamente.[64]</p>	

◊ Vaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
presença de dispositivo intrauterino (DIU); uso de pílula contraceptiva oral;	corrimento aderente à mucosa vaginal; eritema, epitélio pálido e brilhante, elasticidade	» potencial hidrogeniônico (pH): elevado/normal	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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

◊ Vaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
ducha; menopausa; mulheres em idade fértil; atividade sexual; higiene ruim ou excessiva; uso prévio de antibiótico; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e diabetes; corrimento vaginal, disúria, dispureunia, sangramento intermenstrual/pós-coital, prurido	reduzida, epitélio friável (vaginite atrófica)	Geralmente, o pH da vagina é 4.5 nas mulheres em idade fértil, 6.0-7.0 nas menopausadas e elevado nas infecções bacterianas, incluindo tricomoníase e vaginite atrófica. Geralmente, as infecções por Candida apresentam-se com um pH dentro do intervalo normal. » teste das aminas de 'Whiff' : positivo na vaginose bacteriana Aminas voláteis (odor de peixe) não estão presentes nos fluidos vaginais normais.	A presença de odor de peixe após a adição de 10% de hidróxido de potássio (KOH) à amostra vaginal é um resultado positivo da vaginose bacteriana. » microscopia de preparado de câmara úmida : identificação de infecções bacterianas e por levedura Amostras vaginais adicionadas a 2 lâminas diferentes, 1 com solução salina e 1 com solução de KOH.

Incomum

◊ Vaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Vaginose bacteriana: células indicadoras presentes, observadas como células epiteliais vaginais cobertas com muitos bastonetes e cocos, com aparência granular. Número reduzido de lactobacilos e leucócitos ausentes.</p> <p>Candidíase: a levedura em hifa e de brotamento é observada melhor na microscopia com solução de hidróxido de potássio.</p> <p>Tricomoníase: número significativo de leucócitos e células epiteliais. O parasita é um protozoário móvel em formato oval ou fusiforme com 15 mm de comprimento.</p> <p>»coloração de Gram de secreções vaginais: Morfotipo dos Lactobacillus reduzido ou ausente Pontuação efetuada de acordo com a classificação de Nugent (contando os morfotipos bacterianos). Lactobacilos reduzidos ou ausentes</p>	

DIAGNOSIS

Incomum

◊ Vaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		indicam vaginose bacteriana. [66]	

◊ 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	<p>»ultrassonografia transvaginal: endometrioma ovariano: ecos homogêneos de nível baixo; endometriose pélvica profunda, como no envolvimento do ligamento uterossacro (LUS): espessamento linear hipoecoico</p> <p>Confirma os endometriomas, porém é menos definido para a fibrose peritoneal.</p> <p>Endometrioma: sensibilidade e especificidade para >2 cm de 90% a 97%.[70]</p> <p>Doença do LUS: sensibilidade de 70%, especificidade de 29%.</p> <p>Doença septal retovaginal: sensibilidade de 29%, especificidade de 87%.</p> <p>Limitada pelo útero retrovertido.</p> <p>Pode detectar endometriose infiltrativa na bexiga.</p>	<p>»ultrassonografia endorretal: nódulo ou massa hipoecoico</p> <p>Projetado para avaliar a endometriose uterossacral, retovaginal e intestinal.</p> <p>Um corpo crescente da literatura demonstra a detecção aprimorada da doença pélvica profunda com a ultrassonografia endorretal orientada pelo endoscópio.</p> <p>A sensibilidade e especificidade são de pelo menos 90% na maioria dos estudos, mas como na ultrassonografia transvaginal, os dados disponíveis são difíceis de interpretar.[71]</p> <p>»RNM: espessamento irregular, hipointenso ou massa de LUS; substituição do plano do tecido adiposo entre o útero e o reto/ sigmoide com massa de tecido</p> <p>Útil para o exame de imagem de todo o</p>

Incomum

◊ Endometriose

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>abdome e a pelve. A doença ovariana pode ser observada com facilidade. A sensibilidade e especificidade para a doença pélvica profunda é de aproximadamente 90%, mas consistentemente mais baixa para o LUS e mais alta para a doença gastrointestinal (GI).[72]</p> <p>»laparoscopia: implantes visíveis, lesões azuis e pretas como queimaduras por pólvora nos órgãos e nas superfícies da mucosa, adesões</p> <p>»histerossalpingografia: o contraste delinea a cavidade endometrial para as falhas de enchimento adjacentes/internas (varia de acordo com o tipo de anomalia mülleriana) Útil para as paciente com suspeita de anomalia mülleriana (como útero unicornio ou útero didelfo), responsável por uma pequena porcentagem de pacientes com endometriose.</p> <p>Um auxiliar útil para as pacientes com subfertilidade.</p>	

DIAGNOSIS

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Endometriose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			Também avalia o diâmetro e a patência da tuba uterina.

◊ Adenomiose

História	Exame	1º exame	Outros exames
paridade, idade de 40 a 50 anos, alteração no intestino/bexiga devido ao efeito do volume (sintomas de pressão)	útero difusamente grande no exame bimanual	» ultrassonografia transvaginal: útero aumentado, sem miomas O diagnóstico definitivo se dá pelo exame histopatológico dos tecidos uterinos. No entanto, a ultrassonografia pode ser sugestiva quando mostra paredes uterinas volumosas, lagos vasculares periféricos ou áreas hipoecoicas nas paredes uterinas.	» RNM: útero difusamente aumentado, intensidade de sinal elevada nas áreas afetadas

◊ Hiperplasia endometrial

História	Exame	1º exame	Outros exames
irregularidade menstrual, história sugestiva de anovulação como a síndrome do ovário policístico (hirsutismo, acne, obesidade)	características da causa subjacente da anovulação como a síndrome do ovário policístico (por exemplo, hirsutismo, acne, obesidade)	» ultrassonografia transvaginal: endométrio espessado	» biópsia do endométrio: o exame patológico confirma o diagnóstico Um procedimento simples no consultório com alta precisão diagnóstica. Quase eliminou a necessidade de uma intervenção cirúrgica adicional

Incomum**◊ Hiperplasia endometrial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			como dilatação e curetagem.

◊ Abuso sexual em crianças

História	Exame	1º exame	Outros exames
queixas genitourinárias frequentes ou persistentes; queixas médicas crônicas; depressão, comportamento sexualizado	pode não ter alterações; lesão de sela, corrimento vaginal, lesões anogenitais, anormalidades no hímen, fissuras ou dobras anais	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	» raspado da mucosa (swab): presença de infecção

◊ 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	» tempo de protrombina (TP): elevado » tempo de tromboplastina parcial (TTP) ativada: elevado » razão normalizada internacional (INR): elevado	

◊ Relacionado ao contraceptivo

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso atual de pílula contraceptiva oral combinada; pílulas/injeções/implantes apenas de progestogênio; dispositivo intrauterino implantado; sangramento em associação com sangramento	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Incomum**◊ Relacionado ao contraceptivo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
intermenstrual; irregularidades menstruais (oligomenorreia ou menorrágia); sangramento persistente			

◊ Terapia de reposição hormonal

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso atual de terapia de reposição hormonal (TRH); sangramento vaginal ou sangramento mínimo	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Moduladores seletivos do receptor estrogênico

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso atual do modulador seletivo do receptor estrogênico para câncer de mama; irregularidades menstruais; sangramento vaginal	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Corticosteroides

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso atual de corticosteroides; irregularidades menstruais	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Androgênios

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso atual de androgênios;	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Incomum**◊ Androgênios**

História	Exame	1º exame	Outros exames
irregularidades menstruais			

◊ Fenitoína

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso atual de fenitoína; irregularidades menstruais	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Quimioterapia

História	Exame	1º exame	Outros exames
irregularidades menstruais; sangramento excessivo devido à trombocitopenia induzida pela quimioterapia	exame pélvico geralmente normal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Heavy menstrual bleeding: assessment and management**

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação em: 2018

Internacional**Von Willebrand disease and other bleeding disorders in women: consensus on diagnosis and management from an international expert panel**

Publicado por: International Expert Panel
Última publicação em: 2009

América do Norte

ACOG technology assessment in obstetrics and gynecology no. 12: sonohysterography

Publicado por: American Congress of Obstetricians and Gynecologists
Última publicação em: 2016

Oceania

Investigation of intermenstrual and postcoital bleeding

Publicado por: Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists
Última publicação em: 2015

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

Publicado por: Cancer Australia
Última publicação em: 2011

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](#)
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Investigation of intermenstrual and postcoital bleeding. July 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007 Mar;29(3):261-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

- Oehler MK, Rees MC. Menorrhagia: an update. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 May;82(5):405-22. [Resumo](#)
- Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* 2002 Feb;99(2):229-34. [Resumo](#)
- Reid PC, Mukri F. Trends in number of hysterectomies performed in England for menorrhagia: examination of health episode statistics, 1989 to 2002-3. *BMJ.* 2005 Apr 23;330(7497):938-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N Engl J Med.* 1993 Mar 25;328(12):856-60. [Resumo](#)
- Speroff L, Fritz M. Dysfunctional uterine bleeding. In: Speroff L, Fritz M, eds. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility.* 7th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2005:547-71.
- 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](#)
- 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](#)
- Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002 Dec;17(12):3224-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)

9. Ankum WM, Mol BW, Van Der Veen F, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996 Jun;65(6):1093-9. [Resumo](#)
10. Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstet Gynecol.* 1991 Aug;78(2):291-8. [Resumo](#)
11. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. US Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med.* 1997 Mar 13;336(11):762-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. WHO Department of Reproductive Health and Research. Vaginal bleeding in early pregnancy. Managing complications in pregnancy and childbirth, a guide for midwives and doctors. 2007 [internet publication]. [Texto completo](#)
13. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: second and third trimester bleeding. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
14. Sakornbut E, Leeman L, Fontaine P. Late pregnancy bleeding. *Am Fam Physician.* 2007 Apr 15;75(8):1199-206. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, et al. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2005 Nov;60(11):741-5. [Resumo](#)
16. Kashanian M, Akbarian AR, Baradaran H, et al. Pregnancy outcome following a previous spontaneous abortion (miscarriage). *Gynecol Obstet Invest.* 2006;61(3):167-70. [Resumo](#)
17. Sheiner E, Levy A, Katz M, et al. Pregnancy outcome following recurrent spontaneous abortions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Jan 10;118(1):61-5. [Resumo](#)
18. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 May;192(5):1458-61. [Resumo](#)
19. Zhou W, Nielsen GL, Larsen H, et al. Induced abortion and placenta complications in the subsequent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Dec;80(12):1115-20. [Resumo](#)
20. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Apr;196(4):297-308. [Resumo](#)
21. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: use of botanicals for management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2001 Jun;97(6):suppl 1-11. [Resumo](#)
22. 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](#)
23. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013 Sep;100(3):638-44. [Texto completo](#) [Resumo](#)

24. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 94: medical management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008 Jun;111(6):1479-85. [Resumo](#)
25. Elson CJ, Salim R, Potdar N, et al; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy: green-top guideline no. 21. *BJOG.* 2016 Dec;123(13):e15-e55. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. Clinical guideline CG154. December 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
27. Isoardi K. Review article: the use of pelvic examination within the emergency department in the assessment of early pregnancy bleeding. *Emerg Med Australas.* 2009 Dec;21(6):440-8. [Resumo](#)
28. Stovall TG, Ling FW, Morgan PL. A prospective, randomized comparison of the Pipelle endometrial sampling device with the Novak curette. *Am J Obstet Gynecol.* 1991 Nov;165(5 Pt 1):1287-90. [Resumo](#)
29. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Investigation of intermenstrual and postcoital bleeding. July 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
30. McRae A, Murray H, Edmonds M, et al. Diagnostic accuracy and clinical utility of emergency department targeted ultrasonography in the evaluation of first-trimester pelvic pain and bleeding: a systematic review. *CJEM.* 2009 Jul;11(4):355-64. [Resumo](#)
31. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice. Technology Assessment No. 12: Sonohysterography. *Obstet Gynecol.* 2016 Aug;128(2):e38-42.
32. Nieuwenhuis LL, Hermans FJ, Bij de Vaate AJM, et al. Three-dimensional saline infusion sonography compared to two-dimensional saline infusion sonography for the diagnosis of focal intracavitary lesions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(5):CD011126. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE guideline NG88. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
34. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: abnormal vaginal bleeding. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
35. Yudin MH, Hillier SL, Wiesenfeld HC, et al. Vaginal polymorphonuclear leukocytes and bacterial vaginosis as markers for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Feb;188(2):318-23. [Resumo](#)
36. van DH, de-Kroon CD, Jacobi CE, et al. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2007 Jun;114(6):664-75. [Resumo](#)
37. Daniilidis A, Pantelis A, Dinas K, et al. Indications of diagnostic hysteroscopy, a brief review of the literature. *Gynecological Surgery.* 2012;9:23-8.
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in outpatient hysteroscopy. March 2011 [internet publication] [Texto completo](#)

39. Hoelzer D, Gökbüget N, Ottmann O, et al. Acute lymphoblastic leukemia. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2002:162-92. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Jabbour EJ, Faderl S, Kantarjian HM. Adult acute lymphoblastic leukemia. Mayo Clin Proc. 2005 Nov;80(11):1517-27. [Resumo](#)
41. Trey C, Davidson CS. The management of fulminant hepatic failure. Prog Liver Dis. 1970;3:282-98. [Resumo](#)
42. Gimson AE, O'Grady J, Ede RJ, et al. Late onset hepatic failure: clinical, serological and histological features. Hepatology. 1986 Mar-Apr;6(2):288-94. [Resumo](#)
43. Bernuau J, Rueff B, Benhamou JP. Fulminant and subfulminant liver failure: definitions and causes. Semin Liver Dis. 1986 May;6(2):97-106. [Resumo](#)
44. O'Grady JG, Schalm SW, Williams R. Acute liver failure: redefining the syndromes. Lancet. 1993 Jul 31;342(8866):273-5. [Resumo](#)
45. Peake I, Goodeve A. Type 1 von Willebrand disease. J Thromb Haemost. 2007 Jul;5 Suppl 1:7-11. [Resumo](#)
46. Blomback M, Konkle BA, Manco-Johnson MJ, et al. Preanalytical conditions that affect coagulation testing, including hormonal status and therapy. J Thromb Haemost. 2007 Apr;5(4):855-8. [Resumo](#)
47. Emery CL, Morway LF, Chung-Park M, et al. The Kleihauer-Betke test. Clinical utility, indication, and correlation in patients with placental abruption and cocaine use. Arch Pathol Lab Med. 1995 Nov;119(11):1032-7. [Resumo](#)
48. Dhanraj D, Lambers D. The incidences of positive Kleihauer-Betke test in low-risk pregnancies and maternal trauma patients. Am J Obstet Gynecol. 2004 May;190(5):1461-3. [Resumo](#)
49. Kikutani M, Ishihara K, Araki T. Value of ultrasonography in the diagnosis of placental abruption. J Nippon Med Sch. 2003 Jun;70(3):227-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Yeo L, Ananth C, Vintzileos A. Placental abruption. In: Sciarra J, ed. Gynecology and obstetrics. Hagerstown, MD: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
51. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. J Ultrasound Med. 2002 Aug;21(8):837-40. [Resumo](#)
52. Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2007 Mar;29(3):261-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management. January 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
54. Ultrasonography in pregnancy. Washington, DC: American Congress of Obstetricians and Gynecologists; 2004. ACOG Practice Bulletin, No. 58.

55. Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, et al. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001 Aug;18(2):100-2. [Resumo](#)
56. Predanic M, Perni SC, Baergen RN, et al. A sonographic assessment of different patterns of placenta previa "migration" in the third trimester of pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2005 Jun;24(6):773-80. [Resumo](#)
57. Olive EC, Roberts CL, Nassar N, et al. Test characteristics of placental location screening by transabdominal ultrasound at 18-20 weeks. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 Dec;28(7):944-9. [Resumo](#)
58. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, et al. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol.* 2002 May;99(5 Pt 1):692-7. [Resumo](#)
59. Abramowicz JS, Sheiner E. In utero imaging of the placenta: importance for diseases of pregnancy. *Placenta.* 2007 Apr;28 Suppl A:S14-22. [Resumo](#)
60. Bhide A, Prefumo F, Moore J, et al. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG.* 2003 Sep;110(9):860-4. [Resumo](#)
61. Comstock CH, Love JJ, Bronsteen RA, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Apr;190(4):1135-40. [Resumo](#)
62. Adeyomoye AA, Ola ER, Arogundade RA, et al. Comparison of the accuracy of trans-abdominal sonography (TAS) and transperineal sonography (TPS) in the diagnosis of placenta praevia. *Niger Postgrad Med J.* 2006 Mar;13(1):21-5. [Resumo](#)
63. Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician.* 2006 Mar 1;73(5):859-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. Marrazzo JM, Martin DH. Management of women with cervicitis. *Clin Infect Dis.* 2007 Apr 1;44 Suppl 3:S102-10. [Resumo](#)
66. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.* 1991 Feb;29(2):297-301. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. 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](#)
68. 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](#)
69. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al, eds. SEER cancer statistics review, 1975-2008. 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)

70. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Aug;24(2):180-5. [Resumo](#)
71. Chapron C, Vieira M, Chopin N, et al. Accuracy of rectal endoscopic ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of rectal involvement for patients presenting with deeply infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Aug;24(2):175-9. [Resumo](#)
72. Bazot M, Darai E, Hourani R, et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology.* 2004 Aug;232(2):379-89. [Resumo](#)

Imagens

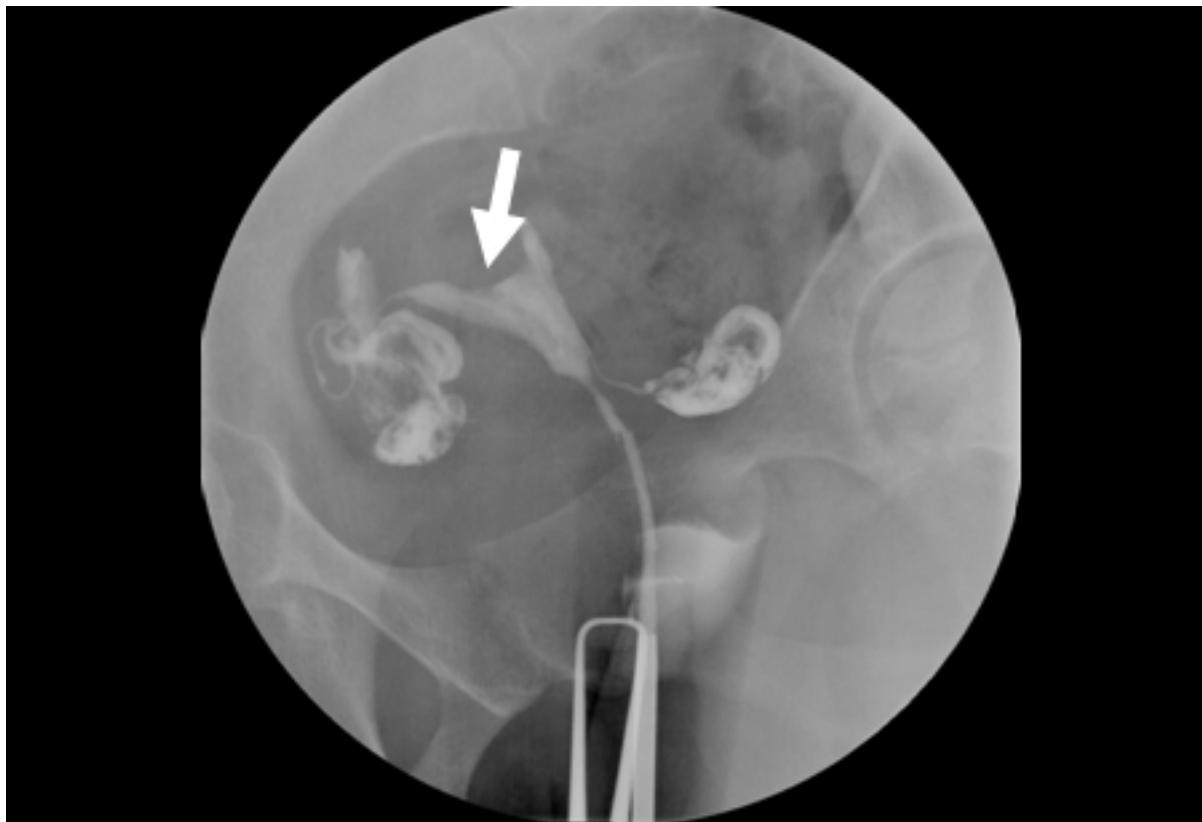


Figura 1: Histerossalpingografia mostrando leiomioma submucoso no fundo de saco (seta)

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

IMAGES



Figura 2: Histerossalpingografia mostrando 2 leiomiomas submucosos. Leiomioma grande na região de fundo do saco (setas pontilhadas) e leiomioma submucoso pedunculado menor protraindo-se da cavidade uterina (seta sólida)

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

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

67

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

Colaboradores:

// Autores:

Intisar Elnahhas, MD

Research Associate

Laboratory Director, San Antonio Reproductive Associates, San Antonio, TX

DIVULGAÇÕES: IE declares that she has no competing interests.

Mohamed Mitwally, MD, HCLD, FACOG

Medical Director

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

DIVULGAÇÕES: The author owns a patent on the use of aromatase inhibitors for endometrial thinning before hysteroscopic surgery. The patent is licensed to Meditrina Company.

// Colegas revisores:

Sana Salih, MD

Assistant Professor

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Wisconsin, Madison, WI

DIVULGAÇÕES: SS declares that she has no competing interests.

Austin Ugwumadu, PhD, FRCOG

Consultant/Senior Lecturer in Obstetrics and Gynaecology

St George's Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: AU declares that he has no competing interests.