

# BMJ Best Practice

## Sangramento uterino disfuncional

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Nov 10, 2017

# Tabela de Conteúdos

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumo</b>                          | <b>3</b>  |
| <b>Fundamentos</b>                     | <b>4</b>  |
| Definição                              | 4         |
| Epidemiologia                          | 4         |
| Etiologia                              | 4         |
| Fisiopatologia                         | 4         |
| Classificação                          | 5         |
| <b>Diagnóstico</b>                     | <b>6</b>  |
| Caso clínico                           | 6         |
| Abordagem passo a passo do diagnóstico | 6         |
| Fatores de risco                       | 8         |
| Anamnese e exame físico                | 9         |
| Exames diagnóstico                     | 10        |
| Diagnóstico diferencial                | 12        |
| <b>Tratamento</b>                      | <b>15</b> |
| Abordagem passo a passo do tratamento  | 15        |
| Visão geral do tratamento              | 17        |
| Opções de tratamento                   | 19        |
| Novidades                              | 25        |
| <b>Acompanhamento</b>                  | <b>26</b> |
| Recomendações                          | 26        |
| Complicações                           | 26        |
| Prognóstico                            | 27        |
| <b>Diretrizes</b>                      | <b>28</b> |
| Diretrizes de diagnóstico              | 28        |
| Diretrizes de tratamento               | 28        |
| <b>Nível de evidência</b>              | <b>30</b> |
| <b>Referências</b>                     | <b>32</b> |
| <b>Imagens</b>                         | <b>34</b> |
| <b>Aviso legal</b>                     | <b>36</b> |

## Resumo

- ♦ Afeta até um quarto das mulheres não gestantes na faixa etária reprodutiva, mais comumente nos primeiros anos após a puberdade e poucos anos antes da menopausa.
- ♦ Menorragia é o principal sintoma e pode ser regular ou, mais comumente, irregular. Pode apresentar-se como um sangramento uterino excessivo que requer internação hospitalar imediata e intervenção.
- ♦ O diagnóstico de patologia subjacente inclui exame de imagem e uma amostra endometrial. A visualização direta da cavidade uterina é possível por histeroscopia.
- ♦ O tratamento visa corrigir a disfunção hormonal ovariana e interromper o sangramento uterino anormal.

## Definição

O sangramento uterino disfuncional (SUD) é um distúrbio comum de sangramento uterino excessivo que afeta mulheres na pré-menopausa e que não se deve à gravidez ou a qualquer doença sistêmica ou uterina reconhecível. Acredita-se que a fisiopatologia subjacente seja decorrente da disfunção hormonal ovariana. No entanto, os mecanismos exatos permanecem desconhecidos. O SUD geralmente se apresenta como sangramento intenso, prolongado ou frequente de origem uterina.[1]

## Epidemiologia

Acredita-se que sangramento uterino anormal (SUA) não relacionado à gravidez ocorra em mais da metade de todas as mulheres pelo menos uma vez durante a idade reprodutiva. O sangramento uterino disfuncional (SUD) é um diagnóstico de exclusão encontrado em quase metade das ocorrências de SUA. Até 25% das mulheres sofrem pelo menos um episódio de SUD durante a idade reprodutiva.[4] [5] [6] [7] Acredita-se que somente um quarto das mulheres com sangramento uterino excessivo busque tratamento clínico. Cinco por cento das mulheres com idade entre 30 e 49 anos no Reino Unido e 2% a 4% das mulheres na pré-menopausa na Nova Zelândia consultam seus clínicos gerais a cada ano devido ao sangramento uterino excessivo.[8] [9] [10] O SUD afeta mais comumente mulheres nos extremos da idade reprodutiva (anos após a puberdade e antes da menopausa) e aquelas que sofrem de anovulação crônica, particularmente mulheres com síndrome do ovário policístico.[1]

## Etiologia

A etiologia exata do sangramento uterino disfuncional (SUD) não está claramente compreendida. Disfunções que interferem no desenvolvimento folicular ovariano resultando em disfunção ovulatória (anovulação ou deficiência na ovulação com formação de corpo lúteo anormal) são conhecidas por serem associadas ao SUD.[1] Essas disfunções incluem síndrome do ovário policístico, hiperprolactinemia, anovulação hipotalâmica e hipotireoidismo. Reações anafiláticas a picadas de abelha também foram relatadas.[11]

## Fisiopatologia

A fisiopatologia do sangramento uterino anormal e do sangramento uterino disfuncional (SUD) tem sido amplamente revista.[1] [12] Acredita-se que a supressão tanto do estrogênio como da progesterona seguida da degeneração do corpo lúteo resulte no fluxo sanguíneo menstrual através de mecanismos mediados pelas prostaglandinas e outros múltiplos fatores modulados pelos hormônios sexuais estrogênio e progesterona. Acredita-se que o SUD ocorra como resultado do desequilíbrio da estimulação cíclica dos hormônios sexuais orquestrado pelo desenvolvimento folicular, seguido pela ovulação e formação do corpo lúteo e sua degeneração quando não ocorre a gravidez.

O sangramento menstrual ocorre principalmente a partir dos dois terços superiores da cavidade uterina, seguido de necrose do tecido do endométrio associada à ruptura da microvasculatura, bem como da liberação dos fatores de necrose do tecido liberados dos leucócitos migratórios com deposição de trombos de plaqueta/fibrina nos pequenos vasos sanguíneos. Os eventos moleculares subjacentes à decomposição vascular e do tecido endometrial estão relacionados à liberação de enzimas proteolíticas dos lisossomos das células inflamatórias endometriais. A estimulação hormonal cíclica do crescimento endometrial pelo

estrogênio durante a fase folicular do ciclo menstrual, seguida do estrogênio e da progesterona após a ovulação, é a base do desenvolvimento normal do endométrio proliferativo e secretor, respectivamente.

No SUD, a decomposição do tecido endometrial localizado na camada superficial (subsuperfície) do endométrio ocorre focalmente em áreas dispersas do endométrio (resultando em sangramento de escape) ou difusamente ao longo da cavidade endometrial (resultando em sangramento mais intenso por supressão). Acredita-se que tais desequilíbrios da necrose do tecido endometrial decorram de alterações vasculares associadas à estimulação estrogênica contínua sem oposição da progesterona (SUD anovulatório) ou estimulação irregular de progesterona devido ao corpo lúteo disfuncional (SUD ovulatória). Enquanto o endométrio proliferativo é encontrado no SUD anovulatório, o SUD ovulatório não é apreciado histologicamente.

## Classificação

### Sangramento uterino anormal

O sangramento uterino anormal (SUA) é um sintoma de diversas condições subjacentes diferentes, classificadas pelo Grupo de Disfunções Menstruais da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).<sup>[2] [3]</sup> Segundo esse sistema de classificação, as causas do SUA são classificadas como pólipos, adenomioses, leiomiomas (SUA-L), condições pré-malignas e de malignidade, coagulopatia (SUA-C), distúrbios ovulatórios (SUA-O), distúrbios endometriais (SUA-E), iatrogênicos e "não classificados". O sangramento uterino disfuncional (SUD) não está incluído no sistema de nomeação do Grupo de Trabalho do FIGO e as mulheres que se dizem ter SUD geralmente se enquadram nas categorias de distúrbios ovulatórios e distúrbios hemostáticos endometriais, caso tenha sido excluída a coagulopatia.<sup>[2] [3]</sup>

### Ovulatório/anovulatório

Não há classificação formal do SUD. Alguns especialistas tendem a classificar o SUD em anovulatório e ovulatório, enquanto outros restringem o termo SUD ao sangramento anovulatório, ou seja, sangramento uterino anormal associado à falta de ovulação.<sup>[1]</sup>

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma menina de 15 anos se apresenta no pronto-socorro com história de sangramento vaginal excessivo que começou ontem, mas que aumentou desde o início da manhã. Ela menciona que teve sua primeira menstruação (menarca) aos 13 anos de idade e que, desde então, seus ciclos menstruais têm sido irregulares e imprevisíveis. Ela nega qualquer atividade sexual e o teste de gravidez deu negativo. Ela está pálida, mas seus sinais vitais estão estáveis. O exame físico revela sangramento uterino significativo de modo a empapar um absorvente a cada 3 horas. Ela dá entrada no hospital.

### Caso clínico #2

Uma mulher de 47 anos de idade consulta sua ginecologista com uma história de sangramento vaginal persistente nas 2 últimas semanas. Ao longo do último ano, seus ciclos menstruais foram mais longos e irregulares. Ela é sexualmente ativa e nega o uso de qualquer hormônio exógeno. Seu parceiro fez uma vasectomia 5 anos atrás. Seu exame físico não apresenta nada digno de nota, exceto um sangramento uterino leve. Gravidez foi descartada.

## Outras apresentações

O sangramento uterino disfuncional (SUD) tem um amplo espectro de apresentações que variam de sangramento uterino intenso, justificando internação hospitalar e tratamento emergencial, a manchas de sangramento uterino irregular ocasional a qualquer momento ao longo do ciclo menstrual. O SUD anovulatório é caracterizado por irregularidade nos ciclos menstruais e ausência de sintomas de ovulação, como molimes pré-menstruais. Além de mulheres nos extremos da idade reprodutiva (após a puberdade e antes da menopausa), mulheres com síndrome do ovário policístico estão particularmente em risco. Uma manifestação incomum inclui o SUD associado a distúrbios sistêmicos e endocrinopatias, que causam anovulação, como o hipotireoidismo.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O sangramento uterino disfuncional (SUD) é um diagnóstico de exclusão de outras causas de sangramento uterino, incluindo gravidez, outras doenças sistêmicas ou pélvicas reconhecíveis.<sup>[6]</sup> Em mais de dois terços dos casos, uma anamnese precisa e um exame físico detalhado são suficientes para se chegar a um diagnóstico provisório de SUD e iniciar um tratamento eficaz.

### História

- História menstrual: a natureza e a extensão do sangramento uterino são cruciais para determinar a causa subjacente e a extensão do impacto negativo na qualidade de vida da paciente. Um sangramento irregular, não associado ao ciclo menstrual (metrorragia), deve ser observado.
- Atividade sexual: a possibilidade de gravidez deve ser considerada em todas as pacientes e excluída.
- Medicamentos: o uso de contraceptivos e de outros medicamentos hormonais deve ser observado.

- História médica: é importante excluir doenças hemorrágicas e outras queixas associadas, particularmente em pacientes jovens pós-puberdade. Endocrinopatias como problemas na tireoide podem ser uma causa de menstruação irregular.[14]
- Sintomas da menopausa: são pistas importantes em mulheres no final da idade reprodutiva. O SUD nessas pacientes pode estar relacionado à menopausa.
- Sintomas de SUD anovulatório: ciclo menstrual irregular, ausência de molimes pré-menstruais (por exemplo, intumescimento e sensibilidade das mamas, ganho de peso e leve oscilação de humor), características de síndrome do ovário policístico (por exemplo, hirsutismo, acne, acantose nigricans) e obesidade são pistas de anovulação e SUD anovulatório.
- Galactorreia: a secreção de leite materno é sugestiva de hiperprolactinemia.

## Exame físico

Deve ser direcionado para determinar a gravidade do sangramento uterino e a presença de outros distúrbios pélvicos.

- Sinais de anemia: sangramento uterino excessivo ou sangramento persistente por longos períodos está associado a anemia aguda ou crônica. O sangramento agudo pode apresentar-se com sinais vitais instáveis, e o sangramento crônico pode estar associado a manifestações inespecíficas de anemia ferropriva crônica, como fadiga, dispneia e palidez no exame físico.[14]
- Massa uterina no exame físico pélvico: é importante excluir miomas uterinos, por exemplo, como causa de sangramento uterino anormal.

## Avaliação laboratorial

Os exames laboratoriais mais importantes no tratamento de uma mulher com suspeita de SUD são exclusão de gravidez (teste de gravidez urinário ou nível sérico de gonadotropina coriônica humana subunidade beta [beta-hCG]), perfil de coagulação para excluir doença hemorrágica e hemograma para excluir anemia quando o sangramento é excessivo ou persistente por um longo período.

Outros exames laboratoriais podem ser necessários para a avaliação da anovulação (nível de progesterona) e outros distúrbios hormonais, mais comumente distúrbios da tireoide e da prolactina. Altos níveis de androgênios e 17-alfa-hidroxiprogesterona podem estar associados à síndrome do ovário policístico e hiperplasia adrenal congênita, respectivamente.[1] [10] [14]

No diagnóstico de SUD em mulheres com possível perimenopausa, os níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) no dia 3 são úteis para determinar se a menopausa é uma possível causa de SUD. No caso de sangramento irregular, sugere-se pelo menos 2 medições com 1 a 2 semanas de intervalo.

## Exames por imagem

O exame de imagem da cavidade uterina é uma parte integrante da avaliação do sangramento uterino anormal. O SUD é confirmado pela exclusão de patologia subjacente na parede ou na cavidade uterina. As características do exame físico sugestivas de patologia uterina estrutural incluem um útero aumentado no exame físico pélvico (leiomiomas uterinos) ou uma história de metrorragia (pólipos endometriais).

- A ultrassonografia é o exame de imagem inicial a ser solicitado e determinará distúrbios da cavidade e da parede uterina, como pólipos e leiomiomas endometriais. Um espessamento endometrial >15 mm justifica uma avaliação adicional com biópsia do endométrio e histeroscopia.



[Fig-1]

[Fig-2]

- A histerossalpingografia (HSG) e o exame por ultrassonografia do útero, com sono-histerografia usando solução salina, avaliam ainda a presença de patologia uterina ou endometrial. A distensão da cavidade uterina com infusão de solução salina em imagem de ultrassonografia é útil para detectar irregularidade na cavidade endometrial causada por pólipos e leiomiomas uterinos que causam protuberância na cavidade uterina.[15] A presença de sangramento ativo é uma contraindicação à HSG e à sono-histerografia.
- A biópsia do endométrio não é feita para diagnosticar SUD, mas para excluir uma patologia subjacente mais grave, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. O tipo histológico do endométrio (proliferativo ou secretor) pode ajudar a confirmar o diagnóstico de SUD anovulatório ou ovulatório, respectivamente. Isso pode ser útil para determinar o tipo de tratamento.[1] [14] O SUD associado a um endométrio muito espesso justifica uma avaliação adicional para excluir uma patologia subjacente, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. A biópsia do endométrio pode ser realizada durante a cirurgia.[1] [14]
- A histeroscopia é recomendada quando há suspeita de patologia da cavidade endometrial, como pólipos endometrial, leiomiomas submucosos ou câncer de endométrio. Os fatores que induzem essa investigação incluem história de metrorragia sugestiva de pólipos endometriais, exames físicos pélvicos que revelam um útero aumentado sugestivo de leiomiomas uterinos e achados anormais na ultrassonografia, como um endométrio muito espesso. Ela pode ser realizada em caso de sangramento ativo, embora uma visualização adequada possa ser mais difícil durante a histeroscopia. Indica-se retirar uma amostra da cavidade endometrial caso o endométrio esteja com espessamento para avaliar hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio.[1] [10] [14]

## Fatores de risco

### Fortes

#### idade (anos após a puberdade e antes da menopausa)

- O sangramento uterino disfuncional (SUD) está fortemente associado à disfunção ovulatória relacionada a distúrbios do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano.[1] [10] Tais distúrbios são fisiologicamente encontrados em uma grande proporção de mulheres em ambos os extremos da idade reprodutiva. Após a puberdade, pode levar alguns anos até que o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano atinja total maturidade e ovulação regular. Nos anos que precedem a menopausa, a depleção dos folículos ovarianos causa mais ciclos anovulatórios (SUD anovulatório) e mais corpo lúteo disfuncional (SUD ovulatório).[1]

#### síndrome do ovário policístico (SOPC)

- A SOPC é a endocrinopatia reprodutiva mais comum que afeta mulheres em idade reprodutiva. A principal característica da síndrome consiste na ação excessiva do androgênio com anovulação crônica. O desequilíbrio hormonal na SOPC inclui níveis de estrogênio continuamente altos que resultam na estimulação persistente da proliferação endometrial sem oposição da progesterona (devido à falta de ovulação).[13]



## outros transtornos anovulatórios

- Outras causas de anovulação, como anovulação hipotalâmica ou por hiperprolactinemia, podem estar associadas ao SUD anovulatório. Isso se deve à proliferação endometrial estimulada pelo estrogênio sem oposição da progesterona. A ausência de progesterona se deve à falta de ovulação.[1]

## endocrinopatias

- Outras endocrinopatias que podem causar distúrbios ovulatórios, como hipotireoidismo e hiperprolactinemia, são frequentemente associadas ao SUD.[14]

## obesidade

- Acredita-se que a produção excessiva de estrogênio como resultado da síntese de estrogênio periférica no tecido adiposo, bem como uma anovulação frequentemente encontrada em mulheres obesas, eleve o risco de SUD.[1] [14]

# Anamnese e exame físico

## Principais fatores de diagnóstico

### sangramento uterino (comum)

- O principal sintoma é o sangramento com padrão, quantidade e duração anormais, não associado a relação sexual.[14]

## Outros fatores de diagnóstico

### uso de terapia hormonal (comum)

- É importante obter uma história detalhada do uso de medicamentos, particularmente pílula contraceptiva oral (PCO), suplementos sem prescrição e medicina complementar.

### irregularidade menstrual (comum)

- Sugestiva de sangramento uterino disfuncional (SUD) anovulatório.
- Atividade sexual, uso de contracepção e ausência de menstruação são uma parte crucial do diagnóstico de SUD para excluir problemas de sangramento associados à gravidez.[14]

### anemia (comum)

- Sangramento uterino excessivo ou sangramento persistente por longos períodos está associado a anemia aguda ou crônica. O sangramento agudo pode apresentar-se com sinais vitais instáveis, e o sangramento crônico pode estar associado a manifestações inespecíficas de anemia ferropriva crônica, como fadiga, dispneia e palidez no exame físico.[14]

### molime pré-menstrual (incomum)

- Intumescimento e sensibilidade nas mamas, ganho de peso e leve oscilação de humor estão associados à ovulação.
- A ausência desses sintomas é sugestiva de SUD anovulatório.

### hirsutismo, acne, acantose nigricans (incomum)

- Sinais de estado hiperadrenérgico, como síndrome do ovário policístico.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

| Exame  | Resultado   |
|--|---|
| <b>teste de gravidez</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Um teste de gravidez negativo (urina ou nível sérico de gonadotropina coriônica humana subunidade beta [beta-hCG]) é o primeiro passo obrigatório no diagnóstico de sangramento uterino disfuncional (SUD) quando existe a possibilidade de gravidez. A gravidez deve ser descartada em todas as mulheres sexualmente ativas, mesmo nas que estejam usando um método de contracepção.[6] [14]</li> <li>Teste de gravidez sanguíneo: nível sérico de beta-hCG &lt;5 UI/L (&lt;5 mUI/mL) indica resultado negativo.</li> </ul> | <b>negativo</b>   |
| <b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico da anemia (anemia ferropriva) é importante para determinar a gravidade do SUD.[14]</li> <li>Discrepâncias sanguíneas, como leucemia e trombocitopenia, também podem ser detectadas.[1]</li> </ul>   | <b>anemia pode estar presente, seguida de SUD intenso ou prolongado</b> |

### Exames a serem considerados

| Exame  | Resultado   |
|--|---|
| <b>perfil de coagulação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico de doença hemorrágica subjacente é importante, particularmente em pacientes jovens que apresentam sangramento uterino excessivo durante os primeiros ciclos menstruais.[1] [14] [16]</li> </ul>   | <b>o perfil de coagulação normal exclui doenças hemorrágicas</b>  |
| <b>nível de progesterona sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No entanto, não é necessário suporte ao diagnóstico de SUD devido a anovulação ou deficiência na ovulação.</li> <li>Progesterona superior a 9.5 nanomoles/L (3 nanogramas/mL) durante a segunda metade do ciclo menstrual (por volta do dia 21) indica que ocorreu a ovulação.</li> </ul> | <b>baixos níveis de progesterona (&lt;9.5 nanomoles/L [&lt;3 nanogramas/mL]) na segunda metade do ciclo menstrual (por volta do dia 21) indicam anovulação ou deficiência na ovulação</b> |
| <b>nível de prolactina sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado se a avaliação clínica sugerir hiperprolactinemia, como a presença de galactorreia.</li> </ul>   | <b>altos níveis de prolactina (níveis superiores determinados pela faixa laboratorial normal) indicam anovulação hiperprolactinêmica</b>  |
| <b>nível de hormônio estimulante da tireoide (TSH) sérico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado se a avaliação clínica sugerir hipo ou hipertireoidismo.</li> </ul>  | <b>níveis anormais de TSH (determinados pela faixa laboratorial normal) indicam distúrbios da tireoide</b>  |

| Exame  | Resultado  |
|--|--|
| <b>níveis séricos de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Níveis de FSH e LH no dia 3.</li> <li>No caso de sangramento irregular, sugere-se pelo menos 2 medições com 1 a 2 semanas de intervalo.</li> </ul>  | <b>níveis menopáusicos são determinados pela faixa de referência laboratorial específica</b> |
| <b>níveis séricos de androgênio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico de síndrome do ovário policístico baseia-se geralmente na avaliação clínica. As características sugestivas incluem crescimento excessivo de pelos, acne ou obesidade central. Entretanto, a medição dos níveis séricos de androgênio pode ser útil quando a situação clínica não está clara.[1] [14]</li> </ul>   | <b>níveis anormalmente altos podem estar associados à síndrome do ovário policístico</b>     |
| <b>nível sérico de 17-alfa-hidroxiprogesterona</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>As medições de 17-alfa-hidroxiprogesterona podem ser úteis para excluir uma disfunção específica da hiperplasia adrenal, se sugerido pela avaliação clínica. As características hiperadrenérgicas incluem crescimento excessivo de pelos, acne ou obesidade central.[1] [14]</li> </ul>  | <b>níveis anormalmente altos podem estar associados à hiperplasia adrenal congênita</b>      |
| <b>ultrassonografia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O SUD associado a um endométrio muito espesso (&gt;15 mm) justifica uma avaliação adicional para excluir uma patologia subjacente, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. Pólipos e leiomiomas endometriais também podem ser excluídos como causas subjacentes de sangramento uterino.</li> <li>A biópsia do endométrio pode ser feita durante a cirurgia, seguida de visualização histeroscópica da cavidade uterina para o diagnóstico definitivo e, possivelmente, dilatação e curetagem.[1] [14]</li> </ul> <p>[Fig-1]</p> <p>[Fig-2]</p> | <b>normal</b>  |
| <b>ultrassonografia com sono-histerografia usando solução salina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A distensão da cavidade uterina com infusão de solução salina em imagem de ultrassonografia é útil para detectar irregularidade na cavidade endometrial causada por pólipos e leiomiomas uterinos que causam protuberância na cavidade uterina.[15]</li> </ul>   | <b>normal</b>  |
| <b>histerossalpingografia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A histerossalpingografia é útil para excluir distúrbios subjacentes da cavidade uterina, como pólipos endometriais e leiomiomas uterinos. As sombras das disfunções na cavidade uterina aparecerão como falhas de enchimento e distorção.</li> </ul>  | <b>normal</b>  |
| <b>biópsia do endométrio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O tipo histológico do endométrio (proliferativo ou secretor) pode ajudar a confirmar o diagnóstico de SUD anovulatório ou ovulatório, respectivamente. Isso pode ser útil para determinar o tipo de tratamento.[1] [14]</li> <li>O SUD associado a um endométrio muito espesso justifica uma avaliação adicional para excluir uma patologia subjacente, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio.</li> </ul>  | <b>endométrio proliferativo no SUD anovulatório e endométrio secretor no SUD ovulatório</b>  |

| Exame  | Resultado     |
|--|---------------|
| <b>histeroscopia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A histeroscopia é recomendada quando há suspeita de patologia da cavidade endometrial, como pólipos endometrial, leiomiomas submucosos ou câncer de endométrio. Com o exame patológico, este é o teste mais preciso para o diagnóstico de distúrbios da cavidade uterina.<sup>[1] [14] [17]</sup></li> </ul> | <b>normal</b> |

## Diagnóstico diferencial

| Doença                                    | Sinais/sintomas de diferenciação  | Exames de diferenciação  |
|---|---|--|
| <b>Sangramento relacionado à gestação</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Um teste de gravidez positivo deve chamar a atenção em relação aos problemas associados à gravidez, mais comumente aborto espontâneo e mais gravemente gravidez ectópica.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Teste de gravidez positivo (teste de gravidez na urina e no sangue). Testes de gravidez urinários sensíveis podem detectar gravidez logo nos primeiros dias após a ausência de menstruação.</li> <li>Níveis de gonadotropina coriônica humana subunidade beta (beta-hCG) &lt;5 unidades internacionais (UI)/L (&lt;5 mUI/mL) excluem gravidez.</li> </ul> |
| <b>Sangramento uterino iatrogênico</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>História de uso de medicamentos, incluindo contraceptivos, medicamentos de venda livre e fitoterápicos, é uma pista importante na etiologia de sangramento uterino anormal.<sup>[1] [14]</sup></li> <li>Anticoagulantes são causas relativamente comuns de sangramento uterino anormal.</li> <li>A administração de hormônios sexuais (por exemplo, estrogênio e progesterona) ou outras substâncias com atividade de hormônio sexual (por exemplo, fitoestrógeno em alguns fitoterápicos e certos alimentos) pode estar associada ao sangramento uterino anormal.<sup>[14]</sup></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de testes de diferenciação: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>  |

| Doença                             | Sinais/sintomas de diferenciação   | Exames de diferenciação  |
|------------------------------------|--|--|
| <b>Endocrinopatias</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas de hiper ou hipotireoidismo ou hiperprolactinemia podem estar presentes.</li> <li>O mecanismo é resultante da interferência na ovulação normal e produção sequencial normal de estrogênio seguida de estrogênio e progesterona após a ovulação.[14]</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para distúrbios da tireoide, o hormônio estimulante da tireoide (TSH) será geralmente anormal.</li> <li>Níveis de prolactina sérica elevados podem estar presentes em casos de hiperprolactinemia.</li> </ul>   |
| <b>Doenças sanguíneas</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilidade na formação de hematomas e sangramento excessivo em locais de trauma.</li> <li>Doenças sanguíneas associadas à tendência de sangramento excessivo podem estar associadas à menorrágia. Isso inclui doenças hemorrágicas (por exemplo, hemofilia) e discrasias sanguíneas (por exemplo, leucemia e trombocitopenia).[1]</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rastreamento de exames de sangue, incluindo hemograma completo e perfil de coagulação.</li> </ul>   |
| <b>Neoplasias no trato genital</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Os sintomas podem incluir efeito de massa de grandes neoplasias.</li> <li>As neoplasias benignas que incluem leiomiomas uterinos são uma das causas mais comuns de sangramento uterino anormal.</li> <li>As neoplasias malignas do trato genital podem apresentar sangramento uterino anormal. Isso ocorre particularmente no câncer cervical e uterino. Situações de pré-malignidade, como hiperplasia endometrial, também são possíveis causas.[1]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exame de imagem, como ultrassonografia pélvica e vaginal, tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), mostrarão lesão.</li> <li>O diagnóstico definitivo geralmente requer biópsia do tecido (por exemplo, amostra endometrial, amostra histeroscópica, dilatação e curetagem). No entanto, os leiomiomas são geralmente diagnosticados por exame físico e ultrassonografia.[1]</li> </ul> |

| Doença                            | Sinais/sintomas de diferenciação   | Exames de diferenciação  |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Infecções do trato genital</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções genitais como cervicite, endometrite e, raramente, salpingite podem estar associadas ao sangramento anormal.[14]</li> <li>• A anamnese e o exame físico, claramente por contato sexual, corrimento vaginal, excitação cervical e/ou sensibilidade suprapúbica, costumam ser suficientes como suspeita de diagnóstico.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura positiva de swab cervical.</li> </ul>   |
| <b>Trauma genital</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser difícil diferenciar o sangramento uterino do sangramento proveniente de outras partes do trato genital.</li> <li>• Lesão durante relação sexual e abuso físico são etiologias importantes que devem ser sempre consideradas.</li> <li>• Anamnese e exame físico cuidadosos costumam ser suficientes para o diagnóstico.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O exame sob anestesia pode ser necessário para diagnosticar a extensão da lesão genital.</li> </ul> |

## Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo é restaurar o padrão de sangramento menstrual normal e tratar complicações associadas, mais comumente anemia. A exclusão de gravidez ou de doenças pélvicas ou sistêmicas subjacentes é o passo inicial mais importante no controle do sangramento uterino disfuncional (SUD).[1] [6] [14]

### Tratamento emergencial do sangramento uterino excessivo

Às vezes, o SUD se apresenta na forma de sangramento uterino excessivo que requer internação hospitalar imediata e tratamento emergencial. Os pacientes são tratados clinicamente com terapia de estrogênio intravenoso e/ou cirurgicamente com dilatação e curetagem ou, raramente, com histerectomia.[6] [14]

### SUD ovulatório ou anovulatório

Terapia de primeira linha:

- Progestogênios são o tratamento de primeira linha para SUD, particularmente quando associados à anovulação. Não há diferença significativa entre vários tipos de progestogênios com relação à eficácia no tratamento do SUD. No entanto, alguns acreditam que a medroxiprogesterona está associada a menos efeitos desfavoráveis nos lipídeos sanguíneos.[1]
- A anovulação resulta em estimulação estrogênica sem oposição contínua do endométrio. Nos casos de disfunções anovulatórias crônicas, particularmente síndrome do ovário policístico (SOPC), o uso de progestogênios é útil no tratamento de SUD, bem como na prevenção do desenvolvimento de hiperplasia endometrial e complicações graves, como carcinoma endometrial[1] [14]
- Pode ser administrado por meio de dispositivos intrauterinos (DIUs) contendo progesterona e implantes contraceptivos.[18] 1[B]Evidence

Terapia de segunda linha:

- Estrogênio e progestogênio combinados constituem a terapia de segunda linha que pode ser usada quando o progestogênio sozinho não está associado a uma resposta adequada. Pode ser usada em todas as pacientes, exceto nas que tenham contraindicações para estrogênio, como história de distúrbios tromboembólicos ou doenças que predisponham ao tromboembolismo (por exemplo, tabagismo, particularmente em mulheres >35 anos)[1] [14] [19] [20] [21]
- As formulações incluem pílulas monofásicas (todas as pílulas contêm a mesma quantidade de estrogênio e progestogênio) ou pílulas trifásicas (doses diferentes de estrogênio e progestogênio formuladas para mimetizar a produção natural sequencial de estrogênio e progesterona durante o ciclo menstrual)
- O uso de estrogênio e progestogênio combinados é eficaz na recuperação do sangramento menstrual (sangramento por supressão) na maioria dos casos de SUD, seja ele anovulatório ou ovulatório. Às vezes, doses mais altas são necessárias inicialmente, por exemplo, 2 ou 3 pílulas diariamente durante os primeiros dias até que o sangramento cesse. Além da regulação do ciclo, essa abordagem tem a vantagem de também oferecer contracepção eficaz
- A administração contínua de pílula contraceptiva oral combinada é permitida por até 3 meses consecutivos com sangramento por supressão ao final dos 3 meses de tratamento. Essa abordagem é particularmente benéfica nas pacientes com anemia associada ao SUD.[1] [19]

Contraindicação para a terapia de estrogênio e progestogênio combinados:



- Como acredita-se que as prostaglandinas desempenhem um papel significativo na mediação da fisiopatologia do sangramento uterino, as antiprostaglandinas, como anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), foram sugeridas como um possível tratamento útil, particularmente quando o uso de estrogênios e progestogênios for contraindicado.<sup>2[B]Evidence</sup> Elas são geralmente úteis no SUD que se apresenta com sangramento uterino leve e podem ser particularmente úteis para SUD ovulatório. Elas são contraindicadas em caso de úlcera péptica e asma brônquica
- Agentes antifibrinolíticos, como ácido tranexâmico, reduzem a taxa de sangramento e proporcionam controle sintomático durante o período em si.

## SUD anovulatório e anseio da paciente por ovulação para fertilidade

Em mulheres com SUD anovulatório que desejem fertilidade, por exemplo, aquelas com SOPC, a ovulação pode ser restabelecida mediante indução de agentes da ovulação, como clomifeno.

Isso só é apropriado e possível quando um diagnóstico de perimenopausa é excluído.

## Sangramento uterino significativo resistente ao tratamento clínico e paciente com desejo de fertilidade

A abordagem cirúrgica de dilatação e curetagem é geralmente reservada para casos de sangramento uterino significativo que não respondem ao tratamento clínico. Dilatação e curetagem podem ser feitas junto com a histeroscopia para visualização direta da cavidade uterina a fim de diagnosticar uma possível patologia subjacente.<sup>[1] [14] [19]</sup>

## Falha ou contraindicação ao tratamento clínico e o não desejo de fertilidade

A ressecção/ablação endometrial visa à destruição da fonte do sangramento uterino (endométrio). A natureza minimamente invasiva e as altas taxas de satisfação das pacientes fizeram desse procedimento uma abordagem interessante, particularmente em mulheres com contraindicações ao tratamento hormonal e naquelas com resposta inadequada ao tratamento clínico.<sup>3[C]Evidence</sup> No entanto, ele não oferece alívio permanente e a repetição do tratamento pode ser necessária.<sup>[22]</sup>

As abordagens incluem ressecção cirúrgica histeroscópica com eletrocauterização e fulguração com eletrodo esférico ou uso de fontes de energia alternativas para a destruição endometrial, como laser e criodestruição.<sup>[19] [23] [24]</sup>

A histeroscopia envolve a introdução de uma câmera na cavidade uterina através de um canal flexível ou rígido. A histeroscopia cirúrgica permite o tratamento cirúrgico das lesões da cavidade uterina através do canal histeroscópico.

## Falha no tratamento clínico e procedimentos cirúrgicos mais simples, bem como o não desejo de fertilidade

A histerectomia é uma cura definitiva e permanente; no entanto, a histerectomia aberta está associada a morbidade significativa e, raramente, a mortalidade.<sup>4[A]Evidence</sup> A utilização crescente de cirurgia minimamente invasiva (histerectomia laparoscópica) reduziu a morbidade e permite uma recuperação mais rápida após o procedimento.<sup>[14] [19] 5[B]Evidence</sup>

Um estudo que compara a histerectomia com opções menos invasivas (ablação endometrial, DIUs que contêm progesterona, medicação) descobriu algumas evidências de diferenças tanto na eficácia como nos efeitos adversos.[25] Descobriu-se que a histerectomia é mais eficaz com os maiores riscos de efeitos adversos. Em particular, se comparada aos DIUs que contêm progesterona, a histerectomia demonstrou ter um controle superior do sangramento menstrual.[25] Essa revisão destaca a importância de identificar as preferências das mulheres e os sintomas mais problemáticos ao escolher um tratamento adequado para SUD, embora sejam necessários estudos complementares que comparem os desfechos entre as opções de tratamento.

## Contraindicações significativas à terapia medicamentosa e à cirurgia

Em pacientes com contraindicações significativas ao tratamento hormonal e aos AINEs, e para as pacientes que não possam fazer a cirurgia, pode ser considerada a opção da supressão ovariana com análogo do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH). Agonistas do GnRH são usados mais comumente. O uso de antagonista do GnRH é mais teórico e, na prática, não é rotineiro.[6][C]Evidence

- Agonistas do GnRH são associados à intensificação súbita dos sintomas iniciais antes de se alcançar a supressão ovariana após cerca de 1 a 2 semanas da administração.
- Os antagonistas do GnRH são eficazes imediatamente na supressão da produção hormonal ovariana. No entanto, são caros e há pouca experiência clínica para essa indicação.

O uso desses agentes em longo prazo está associado a efeitos adversos significativos, em particular a osteoporose. Por essa razão, o tratamento costuma ser restrito a 6 a 12 meses.[1]

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

| Inicial ( resumo )                                      |  |
|---|--|
| tratamento emergencial do sangramento uterino excessivo |  |
| 1a  | estrogênio conjugado intravenoso e/ou cirurgia |

| Agudo ( resumo )   |   |
|--|---|
| sangramento uterino disfuncional (SUD) ovulatório ou anovulatório                    |   |
| <div> <div></div> <div>progestogênios e estrogênios são contraindicados</div> </div> | 1a progestogênios   |
|  | 2a terapia combinada de estrogênio e progestogênio                        |
|  | 1a anti-inflamatório não esteroideal (AINE) ou agentes antifibrinolíticos |

| Agudo   |    | ( resumo )  |
|---|----|---|
| ■ sangramento uterino disfuncional (SUD) anovulatório e anseio da paciente por ovulação para fertilidade                      | 1a | agente de indução da ovulação                         |
| Em curso  |    | ( resumo )  |
| sangramento uterino significativo resistente ao tratamento clínico e paciente com desejo de fertilidade                       | 1a | dilatação e curetagem                                 |
| falha do tratamento clínico ou contraindicação a este em mulheres sem o desejo futuro de fertilidade                          | 1a | ablação/resssecção endometrial                        |
| falha em todos os tratamentos clínicos e procedimentos cirúrgicos mais simples em mulheres sem o desejo futuro de fertilidade | 1a | histerectomia   |
| contraindicações significativas aos estrogênios, progestogênios, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e cirurgia        | 1a | análogo do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH) |

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Inicial

#### tratamento emergencial do sangramento uterino excessivo

- 1a** **estrogênio conjugado intravenoso e/ou cirurgia**
- Opções primárias**
- » **estrogênios conjugados:** 25 mg por via intravenosa a cada 6-12 horas até que o sangramento cesse
- Opções secundárias**
- » **dilatação e curetagem**
- Opções terciárias**
- » **histerectomia**
- » Estrogênio conjugado intravenoso é a terapia de primeira linha.
- » Dilatação e curetagem serão indicadas se este não conseguir controlar o sangramento excessivo adequadamente. Dilatação e curetagem será o tratamento de primeira linha se a paciente tiver uma contraindicação ao estrogênio, como história de tromboembolismo venoso.
- » A histerectomia é raramente exigida se o sangramento uterino persistente profuso não responde à terapia clínica com estrogênio ou à dilatação e curetagem, em particular quando não há desejo futuro de fertilidade.

### Agudo

#### sangramento uterino disfuncional (SUD) ovulatório ou anovulatório

- 1a** **progestogênios**
- Opções primárias**
- » **noretisterona:** 5 mg por via oral três vezes ao dia nos dias 5-25 do ciclo
- OU**

## Agudo

» **medroxiprogesterona**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia por 5-10 dias de cada mês, iniciar nos dias 16-21 do ciclo

**OU**

» **progesterona micronizada**: 200 mg por via oral uma vez ao dia por 12 dias de cada mês

### Opções secundárias

» **dispositivo intrauterino de levonorgestrel**: inserido no útero conforme instruções

**OU**

» **implante subdérmico de etonogestrel**: inserido na camada subdérmica da pele conforme instruções

» Progestogênios são o tratamento de primeira linha para SUD, particularmente quando associado à anovulação.

» Não há diferença significativa entre vários tipos de progestogênios com relação à eficácia no tratamento do SUD. No entanto, a medroxiprogesterona pode estar associada a menos efeitos desfavoráveis nos lipídeos sanguíneos.[1]

» Dados disponíveis não sugerem um benefício do uso de progestogênio durante a fase lútea do ciclo menstrual; no entanto, não há fortes evidências devido à falta de ensaios randomizados.

» Também pode ser administrado por meio de dispositivos intrauterinos (DIUs) que contêm progesterona e implantes contraceptivos.[18] 1[B]Evidence

**2a**

### terapia combinada de estrogênio e progestogênio

» Estrogênio e progestogênio combinados constituem a terapia de segunda linha que pode ser usada quando o progestogênio sozinho não está associado a uma resposta adequada.

» O sangramento geralmente cessa poucos dias após o início da terapia. No entanto, o aumento da dose pode ser considerado na ausência de uma boa resposta (redução ou cessação do sangramento). Isso pode ser decidido empiricamente pelo médico.

## Agudo

■ **progestogênios e estrogênios são contraindicados**

1a

» Não há dados disponíveis baseados nos ensaios randomizados que comparam os progestogênios somente com a terapia combinada de progestogênio e estrogênio para o sangramento uterino disfuncional.

» Há muitas combinações diferentes de produtos e esquemas disponíveis, incluindo formulações orais e um anel vaginal. Consulte a bula do produto para obter orientação sobre a posologia.

**anti-inflamatório não esteroideal (AINE) ou agentes antifibrinolíticos**

#### Opções primárias

» **ácido mefenâmico**: 500 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 250 mg a cada 6 horas quando necessário

**OU**

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

**OU**

» **naproxeno**: 250 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

**OU**

» **ácido tranexâmico**: 1 g por via oral três vezes ao dia por até 4 dias durante a menstruação

» Antiprostaglandinas, como AINEs, foram sugeridas como um possível tratamento útil, particularmente quando o uso de estrogênios e progestogênios for contraindicado.<sup>2[B]Evidence</sup> AINEs são contraindicados no caso de úlcera péptica e asma brônquica e devem ser tomados durante a menstruação.

» Agentes antifibrinolíticos, como ácido tranexâmico, reduzem a taxa de sangramento e proporcionam controle sintomático durante o período em si.

■ **sangramento uterino disfuncional (SUD) anovulatório e anseio da paciente por ovulação para fertilidade**

1a

**agente de indução da ovulação**

#### Opções primárias

» **clomifeno**: 50-100 mg por via oral uma vez ao dia por 5 dias, iniciar nos dias 3-5 do período menstrual

## Agudo

### Opções secundárias

» **gonadotrofina coriônica**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Gonadotrofinas devem ser usadas por um especialista em tratamento da infertilidade que decide sobre a dose de acordo com diversos fatores, incluindo a idade, o peso e o estado hormonal da paciente, bem como o tratamento por inseminação ou reprodução assistida.

## Em curso

**sangramento uterino significativo resistente ao tratamento clínico e paciente com desejo de fertilidade**

### 1a dilatação e curetagem

» Geralmente reservadas para casos de sangramento uterino significativo que não respondem ao tratamento clínico. Podem ser feitas junto com a histeroscopia para uma visualização direta da cavidade uterina a fim de diagnosticar uma possível patologia subjacente.<sup>[1] [14] [19]</sup>

**falha do tratamento clínico ou contra-indicação a este em mulheres sem o desejo futuro de fertilidade**

### 1a ablação/ressecção endometrial

» Natureza minimamente invasiva e altas taxas de satisfação das pacientes fizeram desse procedimento uma abordagem interessante, particularmente em mulheres com contra-indicações ao tratamento hormonal ou resposta inadequada ao tratamento clínico.<sup>3[C]Evidence</sup> No entanto, ele não oferece alívio permanente e a repetição do tratamento pode ser necessária.<sup>[22]</sup>

» As abordagens incluem ressecção cirúrgica histeroscópica com eletrocauterização e fulguração com eletrodo esférico ou uso de fontes de energia alternativas para a destruição endometrial, como laser e criodestruição.<sup>[19] [23] [24]</sup>

» A histeroscopia envolve a introdução de uma câmera na cavidade uterina através de um canal flexível ou rígido. A histeroscopia cirúrgica permite o tratamento cirúrgico das



## Em curso

lesões da cavidade uterina através do canal histeroscópico.

**falha em todos os tratamentos clínicos e procedimentos cirúrgicos mais simples em mulheres sem o desejo futuro de fertilidade**

1a **histerectomia**

» Uma cura definitiva e permanente; no entanto, a histerectomia aberta está associada a morbidade significativa e, raramente, a mortalidade. A utilização crescente de cirurgia minimamente invasiva (histerectomia laparoscópica) reduziu a morbidade e permite uma recuperação mais rápida após o procedimento.<sup>[14] [19] 4[A]Evidence</sup>

**contraindicações significativas aos estrogênios, progestogênios, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e cirurgia**

1a **análogo do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH)****Opções primárias**

» **leuprorrelina**: 3.75 mg por via intramuscular uma vez ao mês

**Opções secundárias**

» **cetrorrelix**: 0.25 mg por via subcutânea uma vez ao dia

**OU**

» **ganirrelix**: 0.25 mg por via subcutânea uma vez ao dia

» A opção da supressão ovariana com análogo do GnRH pode ser considerada nessas pacientes. Agonistas do GnRH (por exemplo, leuprorrelina) são usados mais comumente. O uso de antagonista do GnRH (por exemplo, cetrorrelix, ganirrelix) é mais teórico e, na prática, não é rotineiro.<sup>6[C]Evidence</sup> Os antagonistas do GnRH são caros e há pouca experiência clínica para essa indicação. Formulações de depósito estão sendo atualmente desenvolvidas para uso clínico.

» O uso desses agentes em longo prazo está associado a efeitos adversos significativos, em particular a osteoporose. Por essa razão, o tratamento costuma ser restrito a 6 a 12 meses.<sup>[1]</sup>



## Novidades

### Embolização da artéria uterina

A embolização da artéria uterina (EAU) é um procedimento realizado sob orientação radiológica desenvolvido para interromper o suprimento de sangue do útero, particularmente para os miomas uterinos. Ao longo da última década, a EAU apresentou desfechos variados. O procedimento pode ser benéfico nos casos de sangramento uterino disfuncional (SUD). A EAU tem diversas vantagens, como curta permanência no hospital e curto período de recuperação, se comparada à histerectomia.<sup>[23]</sup>

## Recomendações

### Monitoramento

É altamente recomendável que as mulheres com sangramento uterino disfuncional (SUD) de longa duração, particularmente aqueles associados a anovulação, sejam monitoradas devido ao aumento do risco de hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. É geralmente adequado fazer o acompanhamento com anamnese regular, exame físico e investigações adicionais, quando necessário.

Como o SUD é um diagnóstico de exclusão, uma patologia subjacente grave pode não ser percebida durante a evolução do tratamento do SUD. Quando o quadro clínico do SUD é associado à presença de fatores de risco significativos de patologia subjacente e a um quadro clínico atípico, como falha no tratamento clínico, é obrigatório fazer uma avaliação adicional.

### Instruções ao paciente

É útil para uma paciente com SUD manter um controle da menstruação. Esse controle dá informações valiosas sobre a quantidade e a extensão do sangramento e é útil para monitorar a resposta ao tratamento.

## Complicações

| Complicações  | Período de execução | Probabilidade |
|---|---------------------|---------------|
| <b>hiperplasia endometrial e possível desenvolvimento de câncer de endométrio</b>   | <b>longo prazo</b>  | <b>média</b>  |
| <p>Há um aumento do risco de hiperplasia endometrial e possível desenvolvimento de câncer de endométrio quando o SUD anovulatório dura um longo período (anos) sem tratamento.</p> <p>O diagnóstico de câncer de endométrio é confirmado com biópsia e histologia.</p> <p>O tratamento inclui cirurgia de estadiamento, radiação pélvica, quimioterapia, possível ressecção ou terapia hormonal, dependendo do estágio do câncer.</p>   |                     |               |
| <b>anemia ferropriva</b>  | <b>variável</b>     | <b>alta</b>   |
| <p>O sangramento uterino disfuncional (SUD) é uma hemorragia uterina excessiva decorrente de um sangramento uterino de maior duração ou com volume aumentado. Está, muitas vezes, associado a anemia ferropriva em razão da depleção das reservas de ferro no organismo.<sup>[1]</sup></p> <p>As características do diagnóstico incluem ferro sérico baixo, aumento da capacidade total de ligação do ferro (TIBC), saturação da transferrina menor que 16% e ferritina sérica baixa.</p> <p>O tratamento inclui o uso de ferro por via oral ou parenteral e a transfusão de eritrócitos em algumas pacientes (por exemplo, sintomáticas em repouso com dispneia, dor torácica ou pré-síncope).</p> |                     |               |

## Prognóstico

### Prognóstico

Em pacientes jovens que sofrem de sangramento uterino disfuncional (SUD) decorrente de anovulação durante os primeiros anos após a menarca, o prognóstico é geralmente excelente uma vez retomados os ciclos menstruais ovulatórios regulares. Nas mulheres na perimenopausa, o SUD também tem prognóstico excelente após o tratamento clínico. O problema desaparece após a menopausa.<sup>[1]</sup> Se a causa específica de SUD não for tratada, por exemplo, síndrome do ovário policístico, ela poderá ser associada a um prognóstico desfavorável.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Heavy menstrual bleeding: assessment and management

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2016

### América do Norte

#### ACR Appropriateness Criteria: abnormal vaginal bleeding

**Publicado por:** American College of Radiology

**Última publicação em:**  
2014

#### Clinical report: gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting

**Publicado por:** American Academy of Pediatrics

**Última publicação em:**  
2010

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Heavy menstrual bleeding: assessment and management

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2016

#### Service standards for sexual and reproductive healthcare

**Publicado por:** Faculty of Family Planning and Reproductive Health  
Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicação em:**  
2016

#### Laparoscopic techniques for hysterectomy

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2007

#### Fluid-filled thermal balloon and microwave endometrial ablation techniques for heavy menstrual bleeding

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2004

## América do Norte

### ACOG guidelines on endometrial ablation

**Publicado por:** American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicação em:**  
2008

### Canadian consensus guideline on continuous and extended hormonal contraception

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

**Última publicação em:**  
2007

### Hysterectomy

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

**Última publicação em:**  
2002



## Nível de evidência

1. Perda de sangue menstrual: há evidências de qualidade moderada de que os DIU liberadores de progestogênio parecem ser mais eficazes na diminuição da perda de sangue menstrual aos 6 meses em comparação aos progestágenos orais.  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Perda de sangue menstrual: há evidências de qualidade moderada de que os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são mais eficazes do que o placebo na redução da perda de sangue menstrual. Não há diferença na eficácia entre os diferentes AINEs. Evidências de baixa qualidade mostraram que os AINEs podem ser menos eficazes que o ácido tranexâmico.  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
3. Sangramento menstrual e efeitos adversos: há evidências de baixa qualidade de que a ablação endometrial pode ser mais eficaz que os progestogênios intrauterinos, progestogênios por via oral, ácido tranexâmico e contraceptivos orais combinados na redução do sangramento em mulheres com menorragia. Diferentes técnicas são associadas a efeitos adversos distintos.  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Sangramento menstrual, qualidade de vida, recuperação pós-cirúrgica e efeitos adversos: há evidências de alta qualidade de que a histerectomia, comparada à ablação endometrial, é mais eficaz na redução do sangramento menstrual e do número de mulheres que necessitam de cirurgia.  
**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
5. Sangramento menstrual, qualidade de vida, recuperação pós-cirúrgica e efeitos adversos: há evidências de qualidade moderada de que a histerectomia subtotal, se comparada à histerectomia total, tem maior probabilidade de resultar em sangramento cíclico contínuo em mulheres com menorragia. As taxas de complicações para a histerectomia total e subtotal são semelhantes. Há evidências de qualidade moderada de que a histerectomia vaginal ou laparoscópica diminui o tempo de recuperação pós-cirúrgica se comparada à histerectomia abdominal em mulheres com menorragia. A mortalidade pós-cirúrgica e as complicações da cirurgia são maiores na histerectomia abdominal.  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
6. Perda de sangue menstrual: não encontramos evidências de análogos de GnRH para o tratamento de mulheres com menorragia.

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

## Artigos principais

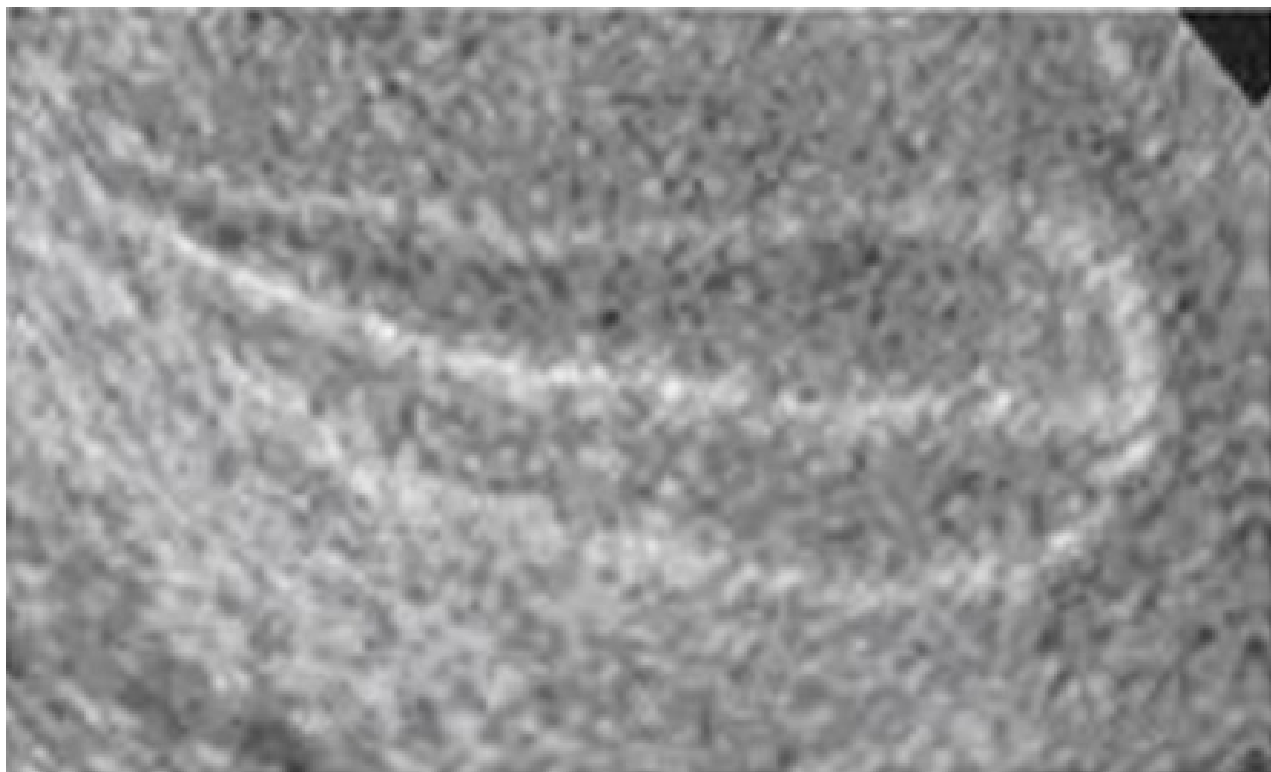
- Speroff L, Fritz M, eds. Dysfunctional uterine bleeding. In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:547-571.

## Referências

- Speroff L, Fritz M, eds. Dysfunctional uterine bleeding. In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:547-571.
- Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, et al. A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding. *Fertil Steril*. 2007;87:466-476. [Resumo](#)
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113:3-13. [Resumo](#)
- Cote I, Jacobs P, Cumming DC. Use of health services associated with increased menstrual loss in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:343-348. [Resumo](#)
- Hallberg L, Hogdahl AM, Nilsson L, et al. Menstrual blood loss - a population study. Variation at different ages and attempts to define normality. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1966;45:320-351. [Resumo](#)
- Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding. *Aust Fam Physician*. 2004;33:906-908. [Resumo](#)
- Ewenstein BM. The pathophysiology of bleeding disorders presenting as abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:770-777. [Resumo](#)
- Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, et al. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;90:402-407. [Resumo](#)
- Reich H, Ribeiro SC, Vidali A. Hysterectomy as treatment for dysfunctional uterine bleeding. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1999;13:251-269. [Resumo](#)
- Working Party of the National Health Committee New Zealand. Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding. Wellington: Ministry of Health; 1998. [Texto completo](#)
- Mingomataj EC, Bakiri AH. Episodic hemorrhage during honeybee venom anaphylaxis: potential mechanisms. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2012;22:237-244. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Ferenczy A. Pathophysiology of endometrial bleeding. *Maturitas*. 2003;45:1-14. [Resumo](#)
- Stankiewicz M, Norman R. Diagnosis and management of polycystic ovary syndrome: A practical guide. *Drugs*. 2006;66:903-12. [Resumo](#)

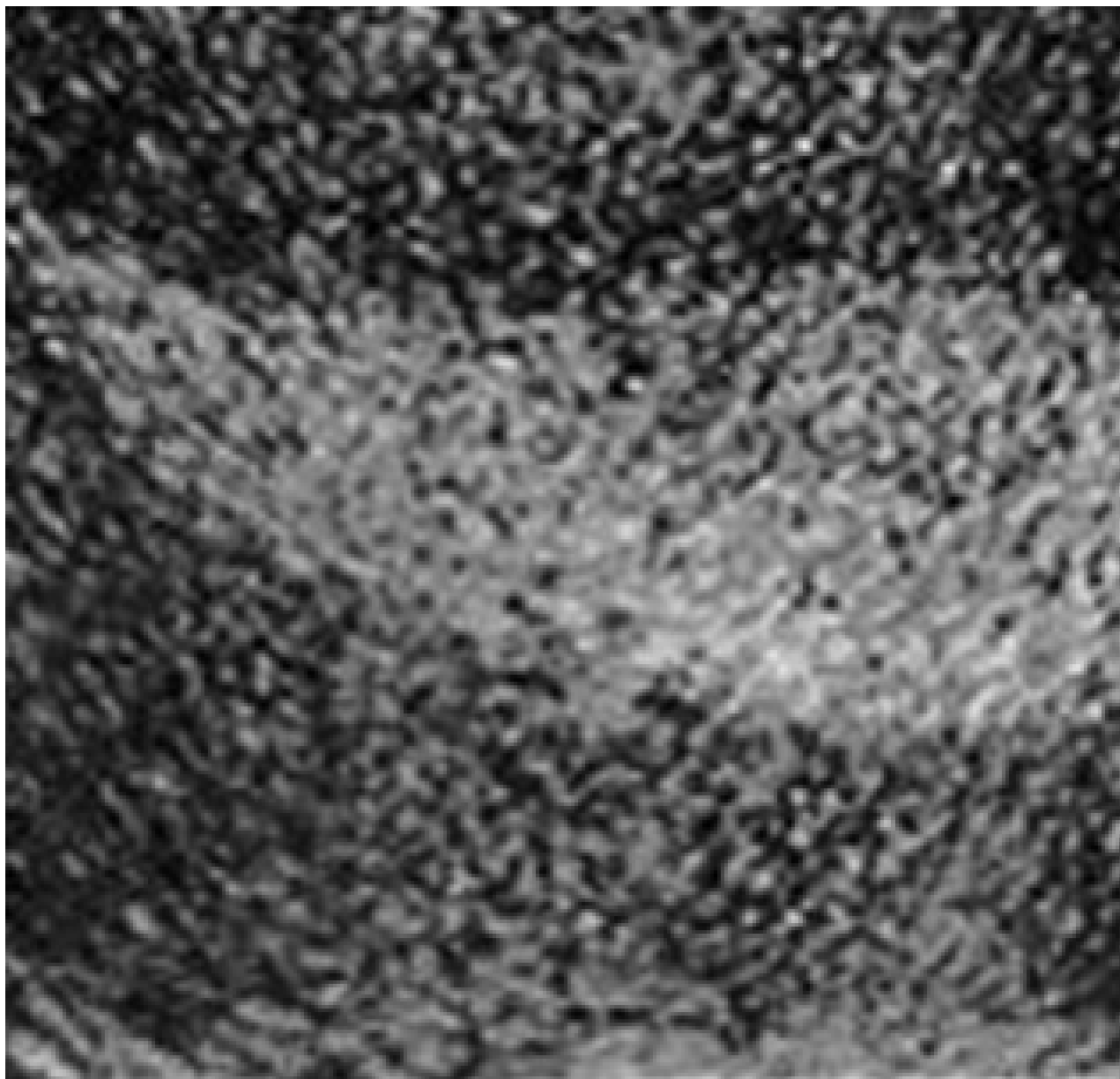
14. Clark-Coller T. Dysfunctional uterine bleeding and amenorrhea. Differential diagnosis and management. J Nurse Midwifery. 1991;36:49-62. [Resumo](#)
15. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG technology assessment in obstetrics and gynecology, No. 5: sonohysterography. Obstet Gynecol. 2008;112:1467-1469. [Resumo](#)
16. 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;201:12.e1-12.e8. [Resumo](#)
17. van Dongen H, de Kroon CD, Jacobi CE, et al. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2007;114:664-675. [Resumo](#)
18. Shulman LP, Nelson AL, Darney PD. Recent developments in hormone delivery systems. Am J Obstet Gynecol. 2004;190:S39-S48. [Resumo](#)
19. Albers JR, Hull SK, Wesley RM. Abnormal uterine bleeding. Am Fam Physician. 2004;69:1915-1926. [Resumo](#)
20. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD001016. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD001895. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, et al. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):CD000329. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, et al. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12):CD005073. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Lethaby A, Penninx J, Hickey M, et al. Endometrial resection and ablation techniques for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD001501. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Matteson KA, Abed H, Wheeler TL 2nd, et al. A systematic review comparing hysterectomy with less-invasive treatments for abnormal uterine bleeding. J Minim Invasive Gynecol. 2012;19:13-28. [Resumo](#)

## Imagens



*Figura 1: Ecogenicidade endometrial na presença de estrogênio somente da forma como aparece na ultrassonografia transvaginal (endométrio trilaminar)*

*Cortesia do Reproductive Medicine and Fertility Center; usado com permissão*



*Figura 2: Ecogenicidade endometrial na presença de progesterona da forma como aparece na ultrassonografia transvaginal*

*Cortesia do Reproductive Medicine and Fertility Center; usado com permissão*

## 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 considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações 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 contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese 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](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Mohamed Mitwally, MD, FACOG, HCLD**

---

Medical Director

Reproductive Endocrinology & Infertility, Baptist Medical Center, San Antonio Reproductive Associates, Odessa Reproductive Medicine Center, San Antonio, TX

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

#### **Intisar Elnahhas, MD**

---

Laboratory Director

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

DIVULGAÇÕES: IE declares that she has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Janet Albers, MD**

---

Associate Professor

Department of Family and Community Medicine, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL

DIVULGAÇÕES: JA is an author of a reference cited in this monograph.

#### **Sarina Schrager, MD, MS**

---

Associate Professor (CHS)

Department of Family Medicine, University of Wisconsin, WI

DIVULGAÇÕES: SS declares that she has no competing interests.