



MANEJO TERAPÊUTICO NA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING THERAPEUTIC HANDLING

ISSN: 1984-7688

**Sara de Pinho Cunha Paiva^{1,2}, Eduardo Gibson Paraíso¹,
Glenda Nancy Abreu Barbosa¹, Kamila Teixeira Chaves^{1*}, Naiara Reis Moura¹**

¹ Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, Belo Horizonte, MG, Brasil

² Residência Médica da Maternidade Odete Valadares (Fhemig), Belo Horizonte, MG, Brasil

* kamilateixeirac@gmail.com

Recebido em: 31/10/2011 - Aprovado em: 08/06/2012 - Disponibilizado em: 31/07/2012

RESUMO: Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) é definida como sangramento uterino anormal na ausência de doenças orgânicas. A presença de HUD está associada a dois processos: ciclos anovulatórios e ovulatórios. Sua fisiopatologia é pouco conhecida, portanto seu diagnóstico é de exclusão. A anamnese deve conter a descrição do sangramento, história ginecológica e obstétrica, medicações e sintomas associados. O tratamento para HUD objetiva o controle do sangramento agudo, prevenir futuros episódios de sangramento, evitar graves consequências a longo prazo de anovulação e câncer do endométrio. A HUD pode ser tratada clinicamente através de medicações diárias ou dispositivo intra-uterino ou cirurgicamente.

PALAVRAS-CHAVE: hemorragia uterina disfuncional; sangramento anormal; tratamento.

ABSTRACT: Dysfunctional uterine bleeding (DUB) is an abnormal uterine bleeding in the absence of any organic disease. The presence of DUB is associated with two processes: anovulatory or ovulatory menstrual cycles. Its pathophysiology is not completely known, for this reason, its diagnosis is done by exclusion. In the anamnesis is important to ask about the bleeding description, gynecological and obstetric history, medications in use and associated symptoms. The treatment of DUB aims the acute bleeding control, prevent of future bleeding episodes, avoid the long term anovulatory consequences and endometrium cancer. DUB can be clinically treated through daily medications or interuterine device or surgically.

KEYWORDS: dysfunctional uterine bleeding; abnormal bleeding; treatment.

INTRODUÇÃO

O sangramento uterino fisiológico é um evento cíclico que ocorre entre a menarca e a menopausa. Seu ciclo acontece geralmente em intervalos de 28 dias com duração de aproximadamente sete dias e um volume entre 30-50mL. Este processo é controlado pelos hormônios ovarianos e está sujeito a alterações de frequência, duração e volume menstrual. A maioria das mulheres que procuram atendimento ginecológico, o fazem devido a um sangramento uterino anormal. Entre suas possíveis causas, estão doenças como: hiperplasia do endométrio, pólipos endometriais, miomas, câncer entre outros.

As alterações do sangramento uterino são classificadas em: oligomenorréia, polimenorréia, hipomenorréia, hipermenorréia, menorragia e metrorragia (tabela 1). Nesta revisão vamos dar ênfase à menorragia, que se relaciona com a Hemorragia Uterina Disfuncional, sendo uma das suas causas. (Machado, 2001; Murta et al., 2000; Silveira, 2008)

Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) é definida como sangramento uterino anormal na ausência de doenças orgânicas do trato genital, de gestações ou de iatrogenia. Tendo como causa exclusiva alterações

hormonais. (Girão et al., 2009). A presença de HUD está associada a dois processos: ciclos anovulatórios e ovulatórios. (Machado, 2001; Conceição, 2005)

O sangramento uterino disfuncional está associada à ciclos anovulatórios (80%) e atinge em sua maioria mulheres que estão em extremos da menacme (período no qual a mulher apresenta ciclos menstruais). Os 20% restantes resultam da disfunção do corpo lúteo. Das mulheres atingidas, 20% são adolescentes, devido a imaturidade do eixo córtexhipotálamo-hipófise-ovário, e 50% tem entre 40 e 50 anos, devido a um mecanismo de *feedback* inapropriado deste eixo (Machado, 2001; Camargos et al., 2008; Conceição, 2005)

Para o diagnóstico, primeiramente deve afastar as causas orgânicas, uma vez que HUD é um diagnóstico de exclusão. Para tanto podem ser solicitado tais exames: hemograma completo e coagulograma (avalia distúrbios e coagulação e perdas sanguíneas), teste de gravidez, função tireoidiana, função hepática, função renal e coalagenose, ultra som transvaginal ou pélvico transabdominal, histeroscopia (para afastar lesões do endométrio e alterações na cavidade uterina, também permite o tratamento de lesões benignas), biopsia endometrial e curetagem uterina. A tomografia computadoriza e ressonância magnética não são úteis para o diagnóstico inicial. (Camargos et al., 2008; Conceição, 2005)

A anamnese deve ser feita detalhadamente. Deve conter a descrição minuciosa do sangramento (presença ou não de coágulos, intervalo, duração, quantidade de absorventes utilizados por dia), história ginecológica e obstétrica, medicações (pois podem interferir na menstruação - por exemplo: hormônios, ácido acetil salicílico, metoclopramida, tranquilizantes e outras drogas que atuam no sistema nervoso central), uso de anticoncepcionais e de dispositivo intrauterino, outros sintomas como galactorrêia, cefaléia, alterações de massa corporal, exercício,

estresse, tabagismo e sintomas visuais. (Machado, 2001; Silveira, 2008; Girão et al., 2009; Conceição, 2005)

Deve-se ainda afastar doenças sistêmicas, excluir origem urinária ou gastrointestinal do sangramento; identificar se o sangramento genital é vulvar, vaginal, cervical ou intrauterino. A idade da paciente é um dado muito relevante, pois as causas de sangramento variam com a idade; a recém nascida pode apresentar sangramentos devido ao estrogênio materno, na pós menopausa preocupa-se com câncer endometrial. Se o sangramento uterino ocorrer em crianças ou paciente na pós menopausa a investigação deve ser mais criteriosa. (Silveira, 2008; Conceição, 2005)

Na ectoscopia podemos observar se a paciente apresenta uma magreza excessiva, obesidade, hirsurtismo, acne, acantose *nicrans*, cushing que poderiam interferir no eixo C-H-H-O levando anovulação. (Machado, 2001; Girão et al., 2009).

O diagnóstico é essencialmente clínico, desta forma vale ressaltar a importância da boa relação médico-paciente visto que somente a própria paciente pode dar informações comparativas dos ciclos anteriores e identificar mudanças no padrão. Se não houver correção com hormonioterapia deve-se pesquisar causas orgânicas. (Machado, 2001; Girão et al., 2009)

O sangramento excessivo tem vários efeitos adversos, incluindo anemia e deficiência de ferro, redução da qualidade de vida e aumento dos custos de saúde porque é uma indicação importante para encaminhamento em ambulatórios ginecológicos.

Esta revisão bibliográfica objetiva identificar os principais métodos terapêuticos para o tratamento da hemorragia uterina disfuncional, avaliando seus pontos positivos e negativos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de consulta na base de dados SciELO, MedLine

e Pubmed, no período de 1999 a 2010, utilizando-se os descritores: hemorragia uterina disfuncional, sangramento anormal, tratamento.

REVISÃO/DISCUSSÃO

O sangramento uterino disfuncional é secundário a alterações endócrinas de controle menstrual. O que significa que não apresentam causa orgânica e nem gravidez. A presença de miomas não exclui a origem disfuncional de um sangramento, uma vez que tumores são assintomáticos. Raramente necessita-se de tratamento na fase aguda. O tratamento para HUD objetiva o controle do sangramento agudo, prevenir futuros episódios de sangramento, evitar graves consequências em longo prazo de anovulação e câncer do endométrio. A HUD pode ser tratada clinicamente ou cirurgicamente. (Silveira, 2008; Damião et al., 1999)

A terapia de escolha depende da intensidade do sangramento, do diagnóstico e das repercussões clínicas. Além destes deve-se considerar a faixa etária (extremos de vida), desejo de engravidar, risco para câncer de endométrio. (Murta et al., 2000; Camargos et al. 2008; Conceição, 2005)

O tratamento medicamentoso pode ser dividido didaticamente dependendo da fase do sangramento.

1) Fase aguda (vigência do sangramento)

Se o sangramento for pequeno deve suplementar ferro e proteínas, dando orientações gerais ao paciente. Já em grandes sangramentos é indicado reposição hormonal. (Conceição, 2005)

1.1) Terapia com estrógeno e progesterona:

A terapia com anticoncepcional oral combinada é efetiva em ciclos anovulatórios, além de induzir a diminuição do risco de câncer de ovário e endométrio. Pode ser utilizado com segurança em paciente com menos de 35 anos e não fumantes. Associações estroprogestínica utilizadas para melhora dos sintomas de climatério podem ser efetivas no

tratamento de HUD, porém não tem efeitos contraceptivos.

Ambos os tratamentos promovem um revestimento endometrial mais estável. Sendo utilizadas por um período de 12/12hs, ou até 8/8hs durante sete dias. (Machado, 2001; Murta et al., 2000; Camargos et al., 2008; Conceição, 2005)

1.1.1) Proposta de tratamento 1: Succinato de estriol endovenoso, na dose de 20 mg 12/12hs por 48 horas (efeito homeostático) associado ao uma pílula anticoncepcional contendo progestagênio 19-noresteróide na dose de 4 comprimidos dia (200 mcg de etinilestradiol dia) por até 48 horas. Após a estabilização da perda sanguínea deve-se utilizar 1 à 2 comprimidos do anticoncepcional por dia até o fim do ciclo (21 dias). (Machado, 2001; Camargos et al., 2008; Conceição, 2005)

1.2) Terapia com Anti-inflamatório não esteróides (AINES):

O uso de AINES reduz o sangramento uterino devido à inibição de prostaglandinas endometriais. Estes medicamentos, juntamente com o antifibrinolítico (ácido tranaxâmico – 3g/dia por três dias) são considerados de primeira linha para o tratamento de menorragia.

Entre os AINES recomenda-se o ácido menfenâmico 500mg de 8/8hs, piroxican 10mg 12/12hs, ibuprofeno 400mg 12/12hs ou naproxeno 250mg 6/6hs. (Murta et al., 2000; Silveira, 2008; Camargos, 2008; Conceição, 2005; Damião et al., 2009).

1.3) Terapia com esteróides sintéticos:

Levam a um bloqueio da função ovariana e atrofia endometrial. Causam diminuição do fluxo menstrual, sendo utilizada por mulheres a espera de cirurgia como tratamento de segunda linha. Apresenta inúmeros efeitos colaterais (ganho de peso, oleosidade da pele, acne, hirsutismo e alteração no

timbre de voz). Seu uso deve ser restrito a curtos períodos devido ao risco de osteopenia e osteoporose.

2) Fase crônica

2.1) Preservando ciclos menstruais:

Deve se utilizar fármacos que contenham progestagênio. A ação destes será de interromper o efeito proliferativo do estrogênio sobre o endométrio, transformando-o em endométrio secretor. Porém, não levam a epiteliação, logo não culmina na cessação do sangramento.

2.1.1) Proposta de tratamento:

Prefere-se o uso na segunda fase do ciclo de 300mg de progesterona pura 24/24hs por 10 dias (ou qualquer progestogênio oral em doses correspondentes: 5 a 10mg de medroxiprogesterona; 1 a 5mg de noretisterona; ou 5mg de nomegestrol).

Suspender o uso da medicação após 10 dias do início do uso por 3 a 4 dias. Período onde ocorrerá a descamação fisiológica. Inicia-se outro ciclo de medicação no 15º dia do início da menstruação, por mais 10 dias. Repetindo os ciclos por 3 a 4 meses. (Machado, 2001; Girão, et al. 2009; Conceição, 2005)

2.2) Induzindo amenorréia:

Utiliza-se:

- medroxiprogesterona de depósito injetável;
- desogestrel, gestrinona via oral em uso contínuo;
- danazol e agonistas GnRh (supressores de gonadotrofinas) ;
- dispositivo intra-uterino com levonogestrel (Mirena).

3) Tratamento cirúrgico

A ablação endometrial é um procedimento cirúrgico histeroscópico, indicado para o tratamento do sangramento uterino disfuncional, quando a paciente apresenta sangramento anormal resistente ao tratamento medicamentoso. (Murta et al., 2000; Viscomi et al., 2001)

Este procedimento consiste na remoção do endométrio uterino, exceto na região ístmica, para evitar a formação de sinéquias, caracterizando um quadro que se chama síndrome de Asherman. A instalação dessa patologia pode gerar quadros de amenorréia ou de oligomenorréia. (Murta et al., 2000; Viscomi et al., 2001)

É um procedimento simples. Pode ser realizado no hospital dia, com retorno do paciente à suas atividades físicas e profissionais em até duas semanas. Existem relatos de complicações simples, como: hipervolemia moderada em 1% dos casos e sangramento intra-operatório em 3% dos casos (Murta et al., 2000; Viscomi et al., 2001)

Não é indicado para pacientes que ainda desejam engravidar. Ablação endometrial traz um maior risco pré-natal, podendo resultar em: aborto, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, placenta increta, rotura uterina, trabalho de parto prematuro e restrição do crescimento intra-uterino. Estudos mostram melhora dos sintomas em cerca de 90% das pacientes submetidas a esse tratamento. (Viscomi et al., 2001)

A histerectomia é outra opção para sangramentos uterinos disfuncionais resistentes ao tratamento medicamentoso e à ablação histeroscópica. Essa opção tem que ter seu custo-benefício analisado devido a alta possibilidade de complicações intra operatórias, como: lesão ureteral, lesão retal, lesão vesical, lesão do intestino delgado e hemorragia intra-operatória, sendo esta a mais frequente. Além das complicações pós-operatórias, como: Hérnia incisional, evisceração, abdome agudo obstrutivo, trombose venosa profunda e abscesso ou hematoma de cicatriz. Destas complicações, hérnia incisional ocorre com maior frequência. (Silveira, 2008)

Outro ponto negativo da histerectomia é exigir que o paciente permaneça alguns dias internado e um

afastamento prolongado de suas atividades físicas e profissionais. (Silveira, 2008)

CONCLUSÃO

O sangramento uterino disfuncional está presente em 1/3 das consultas ao ginecologista. E cada paciente deve ser avaliada de forma individual considerando a idade, a fertilidade, as necessidades contraceptivas e outros fatores de risco e só depois optar-se por um modelo terapêutico.

Em nossa revisão observamos que é possível reverter ou controlar completamente o quadro de HUD. Desta forma, garantimos uma boa qualidade de vida à paciente. Porém é necessário que o médico conheça as opções de tratamento disponíveis, as quais variam entre medicações diárias, dispositivo intra-uterino ou mesmo métodos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, L.G.; Hardy, E.; Bahamondes, L. Histerossonografia: avaliação da cavidade uterina com sangramento anormal. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v.52, n.4, p.247-250, 2006.

Camargos, A.F.; Reis, F.M.; Carneiro, M.M.; Melo, V.H. *Ginecologia ambulatorial: baseada em evidências científicas*. 2.ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008

Conceição, J.C. *J. Ginecologia fundamental*. São Paulo: Atheneu, 2005.

Damiao, R.S.; Rodrigues, F.F.; Ramos, S.Y.J.F.D.; Lopes, R.G.C.; Lippi, U.G. Gestação de termo após ablação endometrial. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.21, n.5, p.297-8, 1999.

Girão, M.J.B.C.; Lima, G.R.; Baracat, E. *Ginecologia*. Barueri: Manole, 2009. xviii, 903 p.

Machado, L.V. Sangramento uterino disfuncional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. v.45, n.4, p.375-82, 2001.

Melki, L.A.H.; Oliveira, M.A.P.; Filho, W.T.; Assumpção, A.M.B.; Oliveira, H.C. Dilatação e Curetagem na Avaliação do Sangramento Uterino Anormal: Achados Histopatológicos e Relação Custo/Benefício. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.22, n.8, p.495-502, 2000.

Murta, E.F.C.; Reis, J.D.; Abrão, J.M.; Miziara, J.M.. Histerectomias: estudo retrospectivo de 554 casos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. v.27, n.5, p.307-11, 2000.

Silveira, G.P.G. *Ginecologia baseada em evidências*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

Viscomi, F.; Martins, J.A.; Pastore, M.D. Ablac o Histerosc pica do Endométrio no Tratamento da Menorragia: Seguimento de 200 Casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.23, n.3, p.169-73, 2001.