

Denise Leite Maia
Monteiro¹
Danielle de Carvalho
Bittencourt Sodré²

Sangramento uterino disfuncional na adolescência

Disfunctional uterine bleeding in adolescence

RESUMO

A queixa de sangramento irregular ou excessivo é uma das mais frequentes no cotidiano do ginecologista devido ao impacto que tem na qualidade de vida das pacientes. O diagnóstico de sangramento uterino disfuncional (SUD) é feito após a exclusão das causas orgânicas de irregularidade menstrual e menorragia. É mais comum nos primeiros anos após a menarca e resulta predominantemente de ciclos anovulatórios causados pela imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano. O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão atualizada e prática de diagnóstico e terapêutica do SUD na adolescência.

UNITERMOS

Sangramento uterino disfuncional; tratamento; adolescência

ABSTRACT

The complaint of irregular or heavy menstrual bleeding is one of the most common in gynaecologists' daily routine due to its impact in the patients' quality of life. Dysfunctional uterine bleeding (DUB) diagnosis is made once organic causes of irregular menses and menorrhagia are ruled out. It is more frequent during the early years after menarche and results mostly of anovulatory cycles caused by the immaturity of the hypothalamus-hypophysis-ovarian axis. The objective of this article is to be a practical and up-to-date diagnostic and therapeutic review on DUB in adolescence.

KEYWORDS

Dysfunctional uterine bleeding; treatment; adolescence

INTRODUÇÃO

O sangramento irregular ou excessivo constitui uma das queixas mais comuns no ambulatório de ginecologia, principalmente nos extremos da vida reprodutiva, o que o torna ainda mais frequente no cotidiano do ginecologista infanto-puberal. O termo "sangramento uterino disfuncional" (SUD) se refere ao sangramento uterino excessivo, recorrente e irregular que não pode ser atribuído a alterações anatômicas ou patológicas sistêmicas⁽¹⁾. O ciclo menstrual normal é conceituado como o sangramento uterino que ocorre a cada 21 a 35 dias, com duração de dois a sete dias e com perda sangüínea máxima en-

tre 60 e 80 ml, uma vez que, a partir desses valores, há prejuízo à homeostasia do ferro e diminuição da ferritina⁽²⁾. No entanto percebemos que a procura pelo tratamento é mais motivada pela percepção do sangramento e pela perda de qualidade de vida – escola, trabalho e atividade sexual – do que pelo volume menstrual.

As causas de sangramento aumentado podem ser divididas em orgânicas e funcionais. Na adolescência, as principais causas orgânicas abrangem patologias obstétricas (abortamento, mola hidatiforme, gestação ectópica); patologias do colo uterino (cervicite, lesões intra-epiteliais); doenças sexualmente transmissíveis (DST); doença inflamatória pélvica (DIP); discrasias sangüíneas (trombocitopenia, doença de von Willebrand, leucemia); traumatismos; patologias sistêmicas (hipotireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico [LES]) e causas iatrogênicas (contracepção hormonal, ansiolíticos, antidepressivos, anticoagulantes e corticosteróides)^(1, 2). Já o sangramento uterino de causa funcional, o SUD, consiste em diagnóstico de exclusão. É mais

¹Professora-titular C de Obstetrícia do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO); responsável pelo Setor de Ginecologia de Adolescentes do Hospital Geral de Jacarepaguá (HGJ) e da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO); doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ).

²Tocoginecologista do Hospital Central da Aeronáutica (HCA); residência médica realizada no HGJ e no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM).

freqüente nos primeiros anos após a menarca e resulta predominantemente de ciclos anovulatórios causados pela imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano.

➤ DIAGNÓSTICO

A investigação diagnóstica deve começar por uma história menstrual detalhada com idade da menarca, duração do ciclo (**Figura 1**) e caracterização do sangramento quanto a duração, quantidade, coloração, presença de coágulos e dismenorréia. Tendo em vista a subjetividade da avaliação da perda menstrual, devemos procurar quantificá-la através de dados como tipo e tamanho dos absorventes utilizados, o preenchimento destes (**Figura 2**), a freqüência de trocas no dia de maior fluxo e de trocas noturnas, além do tamanho dos coágulos⁽²⁾.

Uma anamnese dirigida ajuda a identificar fatores relacionados com o sangramento. Devem ser pesquisados hábitos alimentares, prática de exercícios, alterações no peso, astenia, situações de estresse psicossocial, uso de drogas lícitas e ilícitas e relato de aparecimento ou piora de acne e hirsutismo. A referência a eventos hemorrágicos (p. ex.: epistaxe, sangramento gengival) alerta para distúrbios da coagulação que podem ter na menorragia sua primeira expressão clínica. A doença de von Willebrand, por exemplo, tem incidência de cerca de 1% na população em geral e aumenta para 5% a 24% em pacientes com menorragia⁽²⁾. Além das características menstruais da mãe e das irmãs, a história familiar deve investigar hemopatias,

principalmente alterações da função plaquetária, e endocrinopatias como obesidade, tireoidopatias e hiperandrogenismo. Informações sobre atividade sexual, uso de métodos contraceptivos e sinais e sintomas de DST devem ser obtidas em particular, respeitando o sigilo médico/paciente.

Deve-se proceder a ectoscopia e exame físico. São avaliados: índice de massa corporal (mensuração de estatura e peso [IMC] = peso/altura²); estágios de Tanner em mama e púbis; sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, hipertrofia clitoridiana); sinais de distúrbios da coagulação (petéquias, equimoses e hematomas); sinais de anemia (palidez cutaneomucosa, esclera azulada) e de outras alterações orgânicas (através de estrias, *acanthosis nigricans* e bócio). Verificam-se freqüência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) da paciente sentada e em pé. A presença de hipotensão ortostática denota repercussão hemodinâmica do quadro. Anemia também pode ser identificada através de uma breve ausculta cardíaca com sopro holossistólico pancardiaco.

Nas pacientes sem atividade sexual, o exame ginecológico deve constar de inspeção genital à procura de sinais de trauma e corpo estranho. Já as sexualmente ativas devem ser submetidas ao exame completo, incluindo coleta de Papanicolaou e toque bimanual para avaliação do tamanho de útero e anexos, dor ou sinais de gravidez.

Inicialmente solicitamos hemograma, coagulograma e ultra-sonografia (USG) pélvica ou transvaginal. Em casos de menorragia primária associada a sinais clínicos de discrasia sangüínea deve ser pesquisada doença de von Willebrand. Em adolescentes sexualmente ativas são obrigatórios a

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Jan																															
Fev																															
Mar																															
Abr																															
Ma																															
Jun																															
Jul																															
Ago																															
Set																															
Out																															
Nov																															
Dez																															

Figura 1 – Exemplo de calendário menstrual



Figura 2 – Modelo visual de preenchimento de absorventes

fração beta da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) para excluir gestação; citologia cervical para rastreamento de lesões intra-epiteliais e rastreamento de DST incluindo *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoea*, causas importantes de cervicite e DIP. Exames adicionais são solicitados de acordo com o quadro clínico específico ou com os resultados dos exames preliminares (p. ex.: dosagens hormonais, funções hepática e renal).

➤ CONDUTA

Após a exclusão das principais causas orgânicas de sangramento, a conduta é individualizada de acordo com idade, história menstrual e gravidade do sangramento. Casos de sangramento irregular de pequena intensidade habitualmente ocorrem nos primeiros anos após a menarca. Há imprecisão acerca de frequência, duração e volume dos catamênios, porém não há sintomas; o hematócrito (Hto) se mantém acima de 35% e a hemoglobina (Hb), de 11 g/dl. Solicita-se o preenchimento regular de um calendário menstrual (Figura 1) e o retorno em três meses, sendo dada orientação e indicada dieta rica em ferro e proteínas⁽¹⁾. Se persistir o padrão irregular, é utilizada a progesterona na segunda fase do ciclo para evitar a proliferação excessiva do endométrio.

O tratamento não-hormonal das menorragias é iniciado com inibidores de prostaglandinas (**Tabela 1**) e a droga de escolha é o ácido mefenâmico devido à sua maior eficácia e à menor incidência de parafeitos gastrointestinais⁽³⁾. Caso a resposta obtida seja insuficiente, podemos utilizar um agente antifibrinolítico como o ácido tranexâmico. O ácido épsilon-aminocapróico, anteriormente classificado como agente antifibrinolítico, na verdade corrige a função plaquetária anormal. Dessa forma, seu efeito no fluxo menstrual é comparável ao dos antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs) e não ao do anti-

brinolítico, que age inibindo os ativadores de plasminogênio endometriais. A terapêutica com o ácido tranexâmico reduz o sangramento significativamente mais do que outras drogas, incluindo AINEs, progestágenos de segunda fase e ácido épsilon-aminocapróico^(3,4). Seu efeito se traduz na redução do volume catamênial e do número de absorventes usados por ciclo, além da melhora na qualidade da vida sexual da paciente. Não há registro de efeitos colaterais significativos nem do aumento de risco de eventos tromboembólicos com seu uso⁽⁴⁾.

Nos casos de sangramento anovulatório, com manutenção do Hto entre 25% e 35% e Hb entre 9 e 11 g/dl, os anticoncepcionais combinados são o tratamento de escolha, principalmente em jovens sexualmente ativas. No entanto os progestágenos de segunda fase do ciclo (10 dias) são mais prescritos para menorragia. Os tratamentos têm resultados semelhantes entre si e quando comparados aos AINEs de uso regular^(5,6). Se houver sangramento profuso, a extensão do uso de progestágenos por 21 dias é mais eficaz na redução da perda sanguínea^(1,5). A anemia deve ser corrigida com reposição de ferro e manutenção da terapêutica hormonal contínua até Hb > 11 g/dl.

No SUD agudo fazem-se necessárias a interrupção imediata do sangramento e a avaliação da repercussão hemodinâmica. Em casos de anemia grave (Hto < 25% e Hb < 8g/dl) com instabilidade hemodinâmica procedemos a hospitalização, estabilização e terapia estrogênica; avaliamos a reposição de hemoderivados e curetagem uterina ou aspiração manual intra-uterina (AMIU). Não está mais disponível no mercado brasileiro a formulação injetável de estrogênios equinos conjugados para uso venoso, tida como primeira escolha terapêutica. Segundo Machado, o estrogênio por via endovenosa não é mais eficiente que o por via oral, portanto prescrevem-se estrogênios equinos conjugados 2,5 mg via oral quatro vezes ao dia, por 24 horas, com interrupção da hemorragia em até 48 horas⁽⁷⁾ (Tabela 1).

Após controlar o sangramento de fase aguda, é fundamental iniciar o tratamento de manutenção imediatamente por quatro a seis ciclos (**Tabela 2**). É importante informar à paciente que podem ocorrer sangramentos de escape nesse reinício dos ciclos e que a terapêutica deve ser mantida. Haverá regularização do sangramento após alguns ciclos, permitindo a suspensão dos hormônios, porém no caso de adolescentes sexualmente ativas podemos manter o anticoncepcional oral (ACO) combinado.

Tabela 1
ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE SUD DE ACORDO COM A GRAVIDADE

SUD moderado ou prolongado
Tratamento não-hormonal
<ul style="list-style-type: none"> • AINEs: piroxicam 20 a 40 mg/dia, ácido mefenâmico 400 mg 8/8h, nimesulida 100 mg 12/12h, naproxeno 500 mg 12/12h, ibuprofeno 600 mg 12/12h (1° ao 5° dia do ciclo) • Ácido épsilon-aminocapróico 500 mg, 2 comp, 3-4x/dia (1° ao 5° dia do ciclo) • Antifibrinolíticos: ácido tranexâmico 250-500 mg 4x/dia, dose máxima 1,5 g 8/8h (1° ao 5° dia do ciclo)
Tratamento hormonal
<ul style="list-style-type: none"> • ACO com etinilestradiol (EE) 30-35 µg, 1 comp VO 3x/dia, até cessar o sangramento. Reduzir para 2 comp VO/dia, 7 dias. Reduzir para 1 comp VO/dia, 7 dias, até completar 21 dias • Casos de irregularidade (polimenorréia/oligomenorréia): progestágenos cíclicos como o acetato de medroxiprogesterona (AMP) 10 mg, acetato de megestrol 5 mg, diidrogesterona 20 mg, 1 comp VO/dia (16° ao 25° dia do ciclo) • Acetato de noretisterona (NETA) 2 mg, 1 comp VO/dia + EE 10 µg, 1 comp VO 3x/dia, 10-21 dias – controla o fluxo em 48-72h • Estrogênios equínos conjugados (EEC) 1,25 mg, 1 comp VO 4-6x/dia, seguido de ACO
SUD intenso
<ul style="list-style-type: none"> • EEC 2,5 mg, VO 3-4x/dia, até cessar o sangramento. EEC 1,25-2,5 mg, 1x/dia + progestágeno (16° ao 25° dia do ciclo), por 21 dias • ACO 30-50 µg, 1 comp VO 4x/dia, até cessar o sangramento (entre 3 e 5 dias). Reduzir para 1 comp VO 3x/dia, 3 dias, depois 2x/dia mais 3 dias e para 1 comp VO/dia, até completar 21 dias • Caso haja contra-indicação para estrogênio: AMP 5-10 mg VO 4/4h. Reduzir gradualmente até 1 comp/dia, até completar 21 dias. Ou NETA 2 mg, 2 comp 3x/dia, por 21 dias • Aspiração manual intra-uterina (AMIU) ou curetagem uterina, se necessário • Iniciar tratamento de manutenção imediatamente, por 4-6 ciclos

SUD: sangramento uterino disfuncional; AINE: antiinflamatório não-esteroidal; ACO: anticoncepcional oral; comp: comprimido; VO: via oral.

Tabela 2
TRATAMENTOS DE MANUTENÇÃO APÓS CONTROLE DO SANGRAMENTO

<ul style="list-style-type: none"> • EEC 0,625 mg/dia, por 20 dias + AMP 10 mg/dia, nos últimos 12 dias • Valerato de estradiol + levonorgestrel 1 comp VO do 5° ao 25° dia do ciclo • Se desejar contracepção: ACO combinado, a partir do 5° dia do ciclo • Se desejar gravidez: citrato de clomifeno 50-100 mg/dia VO do 3° ao 7° dia ou do 2° ao 6° dia do ciclo • Se houver contra-indicação ao uso de estrogênio: ACO apenas com desogestrel 75 mg contínuo, NETA 2 mg 2 comp VO 1-2x/dia, do 5° ao 26° dia do ciclo
--

REFERÊNCIAS

1. Levine SB. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006; 19: 49-51.
2. Apgar BS, Kaufman AH, George-Nwogu U, Kittendorf A. Treatment of menorrhagia. *Am Fam Physician.* 2007; 75: 1813-9.
3. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software.
4. Lethaby A, Farquhar C, Cooke I. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software.
5. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software.
6. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software.
7. Machado LV. Sangramento uterino disfuncional. *Endocrinologia ginecológica.* Rio de Janeiro: Medbook. 2006; 131-48.