

## **Principais causas do Sangramento Uterino Anormal (SUA) por faixas etárias: uma revisão narrativa de literatura**

**Main causes of Abnormal Uterine Bleeding (AUB) by age groups: a narrative literature review**

**Principales causas de Sangrado Uterino Anormal (SUA) por grupos de edad: una revisión narrativa de la literatura**

Recebido: 27/03/2022 | Revisado: 01/04/2022 | Aceito: 02/04/2022 | Publicado: 08/04/2022

### **Bárbara Queiroz de Figueiredo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1630-4597>  
Centro Universitário de Patos de Minas, Brasil  
E-mail: [barbarafigueiredo@unipam.edu.br](mailto:barbarafigueiredo@unipam.edu.br)

### **Antônio Ciro Pereira Soares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1097-6392>  
Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
E-mail: [persoesciro@gmail.com](mailto:persoesciro@gmail.com)

### **Bárbara Ferreira de Brito**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0520-0330>  
Centro Universitário de Goiatuba, Brasil  
E-mail: [advbarbarabrito@gmail.com](mailto:advbarbarabrito@gmail.com)

### **Brenda Darc Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6796-3811>  
Universidade Nove de Julho, Brasil  
E-mail: [bdarcsantos@gmail.com](mailto:bdarcsantos@gmail.com)

### **Camilla Ariete Vitorino Dias Soares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4224-480X>  
Universidade Nove de Julho, Brasil  
E-mail: [bdracamillasoares@uni9.edu.br](mailto:bdracamillasoares@uni9.edu.br)

### **Carolina Oliveira de Ávila**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5864-5221>  
Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Brasil  
E-mail: [carolina.avila@aluno.imepac.edu.br](mailto:carolina.avila@aluno.imepac.edu.br)

### **Diego da Rocha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3475-2724>  
Centro Universitário AGES, Brasil  
E-mail: [diegodarocho89@gmail.com](mailto:diegodarocho89@gmail.com)

### **Eduarda Bissolotti Vitorino**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9902-3223>  
Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Brasil  
E-mail: [eduardabissolotti12@outlook.com](mailto:eduardabissolotti12@outlook.com)

### **Eduarda Cristina Diel**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7294-6805>  
Centro Universitário de Goiatuba, Brasil  
E-mail: [duda\\_diel@hotmail.com](mailto:duda_diel@hotmail.com)

### **Grazielle Borges de Oliveira Resende**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-9612>  
Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Brasil  
E-mail: [grazielle.resende@aluno.imepac.edu.br](mailto:grazielle.resende@aluno.imepac.edu.br)

### **José Coelho da Silva Neto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0582-5920>  
Centro Universitário de Goiatuba, Brasil  
E-mail: [josecoelho@outlook.com.br](mailto:josecoelho@outlook.com.br)

### **Welton Cardoso dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7215-5154>  
Universidade Federal da Bahia, Brasil  
E-mail: [weltoncardoso@gmail.com](mailto:weltoncardoso@gmail.com)

### **Resumo**

**Introdução:** O sangramento menstrual acontece como um evento endometrial universal, autolimitado, que se segue à queda dos níveis hormonais (supressão de estrogênio e progesterona) em um ciclo ovulatório normal. O mecanismo é complexo e ordenado, de forma que a desregulação dos eventos moleculares, celulares e vasculares sequenciais envolvidos pode levar à acentuada variedade de distúrbios menstruais. **Objetivo:** elucidar as principais causas do sangramento uterino anormal, bem como suas etiologias. **Metodologia:** trata-se de uma revisão narrativa de literatura.

A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*. Resultados e discussão: A denominação “Sangramento Uterino Anormal” (SUA) inclui sangramento disfuncional (anovulatório ou ovulatório) e sangramento por causas estruturais (miomas, pólipos, adenomiose, adenomiomas, carcinoma endometrial, complicações da gravidez). O SUA pode ainda estar relacionado ao uso de contraceptivos hormonais ou terapia hormonal. Pode acometer todas as faixas etárias, desde a adolescência até a pós-menopausa. As maiores prevalências são registradas nos extremos da vida reprodutiva, particularmente na adolescência e perimenopausa, períodos que se caracterizam por uma concentração maior de ciclos anovulatórios ou irregulares. Considerações finais: Uma história clínica deve ser direcionada para identificação da natureza do sangramento, identificação de possíveis causas estruturais ou orgânicas, impacto na qualidade de vida e avaliação das expectativas da mulher, especialmente em relação a necessidade de contracepção ou desejo de gravidez.

**Palavras-chave:** Sangramento uterino anormal; Hormônios; Pólipos; Adenomiose.

### Abstract

**Introduction:** Menstrual bleeding occurs as a universal, self-limiting endometrial event that follows a drop in hormone levels (estrogen and progesterone suppression) in a normal ovulatory cycle. The mechanism is complex and orderly, so that dysregulation of the sequential molecular, cellular and vascular events involved can lead to a marked variety of menstrual disorders. **Objective:** to elucidate the main causes of abnormal uterine bleeding, as well as its etiologies. **Methodology:** this is a narrative literature review. The research was carried out through online access to the National Library of Medicine (PubMed MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Google Scholar, Virtual Health Library (BVS) and EBSCO databases. **Information Services. Results and Discussion:** The term “Abnormal Uterine Bleeding” (AUB) includes dysfunctional bleeding (anovulatory or ovulatory) and bleeding from structural causes (fibroids, polyps, adenomyosis, adenomyomas, endometrial carcinoma, pregnancy complications). AUB may also be related to the use of hormonal contraceptives or hormone therapy. It can affect all age groups, from adolescence to post-menopause. The highest prevalence is recorded at the extremes of reproductive life, particularly in adolescence and perimenopause, periods that are characterized by a higher concentration of anovulatory or irregular cycles. **Final considerations:** A medical history should be directed towards identifying the nature of the bleeding, identifying possible structural or organic causes, impacting on quality of life and assessing the woman's expectations, especially regarding the need for contraception or desire for pregnancy.

**Keywords:** Abnormal uterine bleeding; Hormones; Polyps; Adenomyosis.

### Resumen

**Introducción:** El sangrado menstrual ocurre como un evento endometrial universal y autolimitado que sigue a una caída en los niveles hormonales (supresión de estrógenos y progesterona) en un ciclo ovulatorio normal. El mecanismo es complejo y ordenado, por lo que la desregulación de los eventos moleculares, celulares y vasculares secuenciales implicados puede dar lugar a una marcada variedad de trastornos menstruales. **Objetivo:** dilucidar las principales causas del sangrado uterino anormal, así como sus etiologías. **Metodología:** se trata de una revisión narrativa de la literatura. La investigación se llevó a cabo a través del acceso en línea a la Biblioteca Nacional de Medicina (PubMed MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Google Scholar, Virtual Health Library (BVS) y las bases de datos EBSCO. **Servicios. Resultados y Discusión:** El término “Sangrado Uterino Anormal” (SUA) incluye sangrado disfuncional (anovulatorio u ovulatorio) y sangrado por causas estructurales (fibromas, pólipos, adenomiosis, adenomiomas, carcinoma endometrial, complicaciones del embarazo). AUB también puede estar relacionado con el uso de anticonceptivos hormonales o terapia hormonal. Puede afectar a todos los grupos de edad, desde la adolescencia hasta la posmenopausa. La mayor prevalencia se registra en los extremos de la vida reproductiva, particularmente en la adolescencia y la perimenopausa, períodos que se caracterizan por una mayor concentración de ciclos anovulatorios o irregulares. **Consideraciones finales:** La historia clínica debe orientarse a identificar la naturaleza del sangrado, identificar posibles causas estructurales u orgánicas, impactar en la calidad de vida y evaluar las expectativas de la mujer, especialmente en cuanto a la necesidad de anticoncepción o deseo de embarazo.

**Palabras clave:** Sangrado uterino anormal; Hormonas; Pólipos; Adenomiosis.

## 1. Introdução

O sangramento menstrual normal acontece como um evento endometrial universal, autolimitado, que se segue à queda dos níveis hormonais (supressão de estrogênio e progesterona) em um ciclo ovulatório normal. A queda dos níveis de esteroides ovarianos leva à vasoconstrição endometrial, além de secreção e liberação de diversas enzimas e citocinas envolvidas na degradação do tecido endometrial. O mecanismo é complexo e ordenado, de forma que a desregulação dos

eventos moleculares, celulares e vasculares sequenciais envolvidos pode levar à acentuada variedade de distúrbios menstruais. O padrão individual de sangramento (características menstruais) é o que define se o padrão de sangramento é normal ou anormal (Febrasgo, 2017).

Ademais, o sangramento menstrual normal, ao final de um ciclo ovulatório, resulta da queda dos níveis de estrogênio e progesterona, secundária à regressão do corpo lúteo. O mesmo mecanismo ocorre quando há interrupção do uso de estrogênio e progesterona, como em pacientes usuárias de Anticoncepcionais Combinados (ACO) ou Terapia Hormonal (TH). Em geral, uma paciente apresenta os mesmos parâmetros de sangramento menstrual durante toda a menacme. Por esse motivo, a queixa de mudança de padrão menstrual é a informação mais importante na definição do Sangramento Uterino Anormal (SUA). A duração do ciclo normal varia de 21 a 35 dias (média de 28 dias). O fluxo menstrual dura aproximadamente 2 a 6 dias, com uma perda sanguínea de 20 a 60 ml (Febrasgo, 2017).

Já a denominação “Sangramento Uterino Anormal” (SUA) inclui sangramento disfuncional (anovulatório ou ovulatório) e sangramento por causas estruturais (miomas, pólipos, adenomiose, adenomiomas, carcinoma endometrial, complicações da gravidez). O SUA pode ainda estar relacionado ao uso de contraceptivos hormonais ou terapia hormonal. Pode acometer todas as faixas etárias, desde a adolescência até a pós-menopausa. As maiores prevalências são registradas nos extremos da vida reprodutiva, particularmente na adolescência e perimenopausa, períodos que se caracterizam por uma concentração maior de ciclos anovulatórios ou irregulares (Pinto et al., 2017). Diante disso, o objetivo deste estudo foi de elucidar as principais causas da SUA, bem como suas etiologias.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou responder quais as principais causas de sangramento uterino anormal em mulheres. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, no mês de março de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: “*abnormal uterine bleeding*”, “*dysfunctional uterine bleeding*”, “*causes*”, “*estrogen*”, “*menopause*”, “*menacme*” e em português: “*sangramento uterino anormal*”, “*sangramento uterino disfuncional*”, “*causas*”, “*estrogênio*”, “*menopausa*”, “*menacme*”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2005 a 2022, em inglês ou português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam nesses idiomas, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não se relacionassem com o objetivo do estudo. Assim, totalizaram-se 13 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

## 3. Resultados e Discussão

O SUA é um sintoma e não um diagnóstico. Ele pode ser causado por uma grande variedade de doenças locais e sistêmicas ou pode estar relacionado ao uso de medicamentos. No entanto, muitos casos estão relacionados à gravidez, a afecções intrauterinas (leiomiomas, pólipos, adenomiose), à anovulação, a distúrbios da coagulação, ou neoplasia. Traumas e infecções são causas menos comuns. O estabelecimento de sua causa específica é o que orienta a conduta terapêutica. Em linhas gerais, a etiologia do SUA pode ser dividida em duas grandes categorias: orgânicas (inclui a gravidez e situações correlatas, doenças sistêmicas, doenças pélvicas, traumas e uso de medicamentos) e disfuncionais (por definição, é o sangramento de origem uterina, na ausência de gravidez, doença pélvica ou sistêmica, atribuída às alterações nos mecanismos endocrinológicos que controlam a menstruação, sendo um diagnóstico de exclusão. Dessa forma, nota-se esse diagnóstico só

pode ser atribuído quando todas as causas orgânicas forem afastadas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017). Nesse espectro, é importante salientar que o Sangramento Uterino Disfuncional (SUD) não é sinônimo de Sangramento Uterino Anormal (SUA). O SUD é uma das causas de SUA. E o termo disfuncional, por si só, indica a ausência de um substrato orgânico. Assim, todo SUD é um SUA, mas nem todo SUA é um SUD (Abbot, 2017).

### **3.1 Faixas etárias**

#### **3.1.1 Período neonatal**

Conforme Pinto et al. (2017), nas meninas, pode haver uma pequena hemorragia vaginal nos primeiros dias de vida, devido à estimulação do endométrio pelos altos níveis de estrogênio materno durante a gravidez. Com o nascimento, o suprimento estrogênico é interrompido e ocorre descamação endometrial.

#### **3.1.2 Infância**

Neste período, são várias as causas de SUA. A presença de corpo estranho na vagina deve sempre ser lembrada em crianças com vulvovaginite, com corrimento de odor fétido, persistente, profuso, que pode conter pus ou sangue; e em vulvovaginites recidivantes ou refratárias ao tratamento clínico. Ademais, com o desenvolvimento locomotor, pode ser observado um aumento da frequência de traumatismos genitais acidentais. As quedas a cavaleiro são causas comuns de lesões acidentais, que afetam a área vulvar anterior e lateral. Cabe aqui ressaltar que o trauma acidental possui menor chance de provocar lesões penetrantes, como lesão da fúrcula vaginal ou lesões que se estendam pelo anel himenal. Nesses casos, deve-se suspeitar fortemente de abuso sexual (Febrasgo, 2017).

A irritação vulvar, que ocorre nas vulvovaginites, pode causar prurido e levar ao ato de coçadura excessiva na região vulvar, que pode resultar em escoriação, maceração da pele vulvar e fissuras com sangramento. Outras causas de irritação vulvar incluem os condilomas, o molusco contagioso e a cistite. Além disso, o prolapso uretral é mais comum em meninas afrodescendentes e pode ser confundido com uma massa vaginal. O prolapso caracteriza-se pela eversão da mucosa uretral e exteriorização pelo meato externo, que desencadeia, na maioria das vezes, sangramento de intensidade variável acompanhado ou não de dor vulvar, disúria e retenção urinária. Pode se apresentar de forma aguda, como uma massa dolorosa que pode ser friável ou sangrar ligeiramente. A apresentação clássica é uma massa que circunda a uretra de forma simétrica. O tratamento é, normalmente, clínico e consiste na aplicação de estrogênios tópicos (Munro et al., 2011).

Os tumores vaginais não devem ser esquecidos em crianças com sangramento genital. Eles são responsáveis por aproximadamente 20% dos casos de sangramento em crianças com idade inferior a 10 anos. Nessa faixa etária, o tumor mais comum é o sarcoma botrioide (rabdomiossarcoma), que classicamente se apresenta com hemorragia vaginal e uma massa semelhante a um cacho de uvas. Os tumores ovarianos produtores de hormônios podem levar à proliferação endometrial e, consequentemente, à hemorragia (Garuti et al., 2019).

Ademais, a puberdade precoce em meninas é classicamente definida como o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, antes dos 8 anos de idade nas meninas. Na puberdade precoce central ou verdadeira, dependente de GnRH, os eventos acontecem de forma fisiológica (telarca – aparecimento do broto mamário; pubarca – aparecimento dos pelos pubianos; e menarca – primeira menstruação), mas em uma idade inadequada. Assim, em geral, o surgimento da hemorragia é o último evento a acontecer na puberdade precoce verdadeira (Febrasgo, 2017).

#### **3.1.3 Adolescência**

Durante os primeiros dois anos após a menarca, muitos ciclos menstruais são anovulatórios. Apesar disso, eles podem ser regulares, com uma média de duração entre 21 e 42 dias, em contraste com as mulheres adultas, cuja média de

duração do ciclo menstrual é de 21 a 35 dias. A imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário é a principal causa de anovulação em adolescentes. Portanto, o sangramento uterino disfuncional é a causa mais comum de SUA nas adolescentes (Febrasgo, 2017).

A maioria das adolescentes tem ciclos ovulatórios ao final de seu segundo ano de menstruação. Isso resulta da maturação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, caracterizada por mecanismos de feedback positivos, nos quais um nível crescente de estrogênio deflagra um pico de hormônio luteinizante e ovulação. Anormalidades hematológicas devem ser sempre consideradas na propedêutica do sangramento anormal de adolescentes. Portanto, em adolescentes com fluxo menstrual excessivo e duração prolongada, especialmente logo após a menarca, devem ser submetidas a rastreamento de anormalidades da coagulação (Borges et al., 2015).

A possibilidade de gravidez deve ser aventada em pacientes adolescentes que procuram tratamento por sangramento uterino anormal. Sangramentos na gestação podem estar associados a abortamentos, gestações ectópicas ou gestação molar. Além disso, o uso de Anticoncepcionais Combinados Orais (ACO) se associa a sangramento intermenstrual, que ocorre em até 30 a 40% das mulheres durante o primeiro ciclo de uso de pílula combinada. Além disso, o sangramento irregular pode decorrer do esquecimento de tomar as pílulas. A adesão rigorosa, com a tomada correta e regular do ACO, é difícil para muitas mulheres, principalmente para adolescentes (Gusso et al., 2012).

Também, o SUA pode estar associado a disfunções da tireoide. Portanto, tanto o hipotireoidismo como o hipertireoidismo são causas de SUA, embora os sinais e sintomas das tireoidopatias possam ser sutis em adolescentes. Disfunções hepáticas também são causas de SUA, pois podem provocar anormalidades na produção dos fatores de coagulação, e a hiperprolactinemia pode causar amenorreia ou sangramento irregular. A Síndrome de Ovários Policísticos (SOP), o hiperandrogenismo ovariano funcional e a hiperplasia adrenal congênita de início tardio também podem incidir em adolescentes e ser causa de SUA (Febrasgo, 2017).

Anomalias genitais obstrutivas ou parcialmente obstrutivas tendem a se manifestar na adolescência. Septos vaginais longitudinais obstrutivos ou útero didelfo podem causar hematocolpo ou hematométrio. Caso as anormalidades apresentem ou desenvolvam uma pequena saída, é comum a exteriorização de um corrimento marrom-escuro persistente (sangue escuro) que pode se associar, ou não, a uma massa pélvica (resultante de um hematocolpo ou hematométrio) (Lasmar et al., 2005).

### **3.1.4 Adultas em idade reprodutiva**

Anormalidades da gestação como abortamento, prenhez ectópica e gestação molar são causas de SUA e podem se associar à hemorragia excessiva ou prolongada. Alterações anatômicas, como pólipos e leiomiomas submucosos, e adenomiose também são causas comuns de SUA. São mais frequentes em mulheres na idade reprodutiva do que naquelas de outras faixas etárias. Doenças sistêmicas, como SOP, diabetes mellitus, tireoidopatias, hiperprolactinemia, disfunções hipotalâmicas, doenças primárias da hipófise, disfunções renais podem desencadear a anovulação e, por conseguinte, SUA. Disfunções hepáticas também são causas de SUA, pois podem provocar anormalidades na produção dos fatores de coagulação (Vranes et al., 2019).

Especificamente em relação às tireoidopatias, tanto o hipotireoidismo quanto o hipertireoidismo podem estar associados ao SUA. No hipotireoidismo, é comum haver anormalidades menstruais, inclusive menorragia. O hipertireoidismo pode resultar em oligomenorreia ou amenorreia, mas pode também elevar os níveis plasmáticos de estrogênio que culminam com SUA. A causa mais comum de hiperfunção da tireoide em mulheres na idade reprodutiva é a doença de Graves (Lasmar et al., 2005). Em mulheres adultas, a leucemia aguda e a trombocitopenia (devido à púrpura trombocitopênica idiopática, ao hiperesplenismo, ou a doenças sistêmicas – insuficiência renal crônica) podem ter como primeira manifestação clínica o

Sangramento Uterino Anormal (SUA). Além disso, também incidem nessa faixa etária a doença de von Willebrand e deficiências dos fatores de coagulação (Vilos et al., 2015).

O uso de Anticoncepcionais Combinados Orais (ACO) está associado a sangramento de escape (spotting ou sangramento intermenstrual), que ocorre em 30 a 40% das mulheres, durante os primeiros três meses de uso de pílulas combinadas. O sangramento irregular também pode resultar do uso inconsistente desses medicamentos. O tratamento deste sangramento intermenstrual é quase sempre expectante e consiste na ênfase da tomada regular da pílula, já que sua frequência diminui a cada mês subsequente de uso do ACO (Pinto et al., 2017).

Os anticoncepcionais orais à base de progesterona (minipílula), os anticoncepcionais injetáveis (Acetato de Medroxiprogesterona – DMPA), os implantes subdérmicos (Implanon®) e o Sistema Intrauterino (SIU) de liberação do Levonorgestrel (Mirena®) também apresentam uma alta taxa de sangramentos de escape (spotting), principalmente nos primeiros três meses de uso. O DIU de cobre (“corpo estranho”) causa uma resposta inflamatória na cavidade uterina, que pode desencadear uma hipertrofia do endométrio no sítio de inflamação e resultar em sangramento intermenstrual (de escape) (Munro et al., 2011).

Ademais, sangramento irregular ou pós-coito pode estar associado à cervicite por clamídia. Deve-se considerar o exame cervical para pesquisa de clamídia em adolescentes, mulheres entre 20 e 30 anos, e mulheres que não mantenham relação monogâmica. Outrossim, o sangramento anormal é o sintoma mais frequente em mulheres com câncer cervical invasivo. O estrogênio sem oposição da progesterona foi associado a várias anormalidades do endométrio, desde hiperplasia cística até hiperplasia adenomatosa, hiperplasia com atipia celular, e carcinoma invasivo. Apesar do câncer de vagina ser raro, as paredes vaginais devem ser cuidadosamente inspecionadas na presença de sangramento anormal (Liu et al., 2007).

### **3.1.5 Perimenopausa**

A mulher na perimenopausa apresenta aumento no número de ciclos anovulatórios. Estes são decorrentes da diminuição da reserva folicular ovariana e da refratariedade dos folículos remanescentes ao estímulo das gonadotrofinas. Por esse motivo, ocorre o SUA. Alterações anatômicas, como pólipos e leiomiomas submucosos, e adeniose também são causas comuns de SUA nessa faixa etária. As neoplasias endometriais, cervicais e ovarianas devem ser sempre descartadas na presença de sangramento uterino na perimenopausa. Tumores ovarianos funcionais podem produzir estrogênio e levar a hiperplasia ou carcinoma do endométrio, que pode causar sangramento (Garuti et al., 2019).

### **3.1.6 Pós-Menopausa**

As principais causas de SUA na pós-menopausa são: estrogênios exógenos (terapia hormonal), endometrite e vaginite atrófica, câncer de endométrio, pólipos endometriais ou cervicais, hiperplasia endometrial, câncer de colo, sarcoma uterino, carúncula uretral e trauma. As neoplasias endometriais, cervicais e ovarianas devem ser sempre descartadas na presença de sangramento uterino na pós-menopausa. Tumores ovarianos funcionais podem produzir estrogênio e levar a hiperplasia ou carcinoma do endométrio, que pode causar sangramento (Donnez et al., 2016).

## **3.2 Classificação de palm-coein**

A classificação que emprega o acrônimo “PALM-COEIN”, proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), estratificou em nove categorias possíveis afecções que podem causar ou contribuir para a queixa de Sangramento Uterino Anormal (SUA). Os componentes do grupo “PALM” representam afecções estruturais que podem ser identificadas por métodos de imagem e/ou por estudo histopatológico. Já o grupo “COEIN” inclui afecções não estruturais que não podem ser identificadas por estes métodos (Febrasgo, 2017).

Este sistema de classificação deveria facilitar a investigação multicêntrica do ponto de vista epidemiológico, etiológico e a instituição da terapêutica apropriada para as mulheres com SUA agudo ou crônico, facilitando as publicações de outros estudos. Do ponto de vista prático, a classificação acrescentou muito pouco em termos de fluxogramas de condutas. Ela simplesmente facilitou a memorização de possíveis causas de SUA (Borges et al., 2015).

Além disso, esta classificação apresentou as seguintes definições de padrões de sangramento uterino anormal: SUA agudo: é definido por episódio de sangramento intenso, na ausência de gravidez, em quantidade suficiente para determinar necessidade de intervenção rápida para evitar perda sanguínea adicional. Pode ocorrer na vigência de um quadro crônico de SUA; SUA crônico: é o sangramento originado do corpo uterino na ausência de gravidez, anormal em frequência, regularidade, duração e/ou volume, persistente por mais de seis meses. Não necessita de intervenção imediata; Sangramento intermenstrual: consiste naquele que ocorre entre dois ciclos menstruais regulares. Pode ocorrer de forma aleatória ou ser recorrente e previsível (Munro et al., 2011).

#### 4. Considerações Finais

Haja vista as diversas possíveis causas de SUA, a abordagem inicial para avaliação de pacientes não grávidas em idade reprodutiva com SUA é confirmar se a origem do sangramento é o útero, excluir a gravidez e confirmar se a paciente está na pré-menopausa. Além disso, os pacientes com sangramento agudo devem ser avaliados em um serviço de atendimento de urgência. Uma história clínica deve ser direcionada para identificação da natureza do sangramento, identificação de possíveis causas estruturais ou orgânicas, impacto na qualidade de vida e avaliação das expectativas da mulher, especialmente em relação a necessidade de contracepção ou desejo de gravidez.

O exame físico deve ser completo por meio de palpação abdominal, exame especular e toque bimanual. O hemograma completo deve ser solicitado para todas as mulheres com SUA para avaliar anemia ferropriva. O teste de gravidez deve ser solicitado para aquelas pacientes em idade fértil. Além disso, testes de coagulação devem ser solicitados nos casos de antecedentes de sangramento menstrual aumentado desde a menarca ou antecedentes pessoais e/ou familiares de sangramento anormal. A dosagem de hormônios tireoidianos deve ser realizada nos casos de suspeita clínica de tireoidopatia (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Sangramento intermenstrual e pós-coito, dor pélvica associada e idade superior a 45 anos constituem indicadores de risco para câncer endometrial ou outras doenças estruturais nas mulheres em idade reprodutiva. A ultrassonografia transvaginal (USTV) constitui a primeira linha propedêutica para identificação de anomalias estruturais. A histeroscopia com biópsia dirigida pode ser indicada nos casos de USTV inconclusivos, e a biópsia endometrial deve ser realizada no caso de sangramento intermenstrual persistente, falha do tratamento clínico e naquelas mulheres com idade superior a 45 anos (Febrasgo, 2017). Desse modo, é de suma importância futuros trabalhos que destrinchem acerca dessa temática, a fim de que o diagnóstico e propedêutica sejam cada vez mais maestrais.

#### Referências

- Abbot, J. A. (2017). Adenomyosis and abnormal uterine bleeding (AUB-A)- pathogenesis, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 40 (5), 68–81.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.*, 121 (4), 891-896.
- Borges, P.C.D. et al. (2015). Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy as predictors of endometrial polyps in postmenopause. *Womens Health*, 11 (8), 29-33.
- Donnez, J., et al. (2016). Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*, 22 (6), 665–686.
- Febrasgo (2017). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: *Sangramento Uterino Anormal*. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. São Paulo: FEBRASGO, 7 (1), 1-14.

Garuti, G., et al. (2019). Prevalence and predictors of atypical histology in endometrial polyps removed by hysteroscopy: A secondary analysis from the SICMIG hysteroscopy trial. *Facts Views Vis Obgyn*, 11 (2), 127-134.

Gusso, G., et al. (2012). *Tratado de Medicina da Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Lasmar, R. B., et al. (2005). Submucous myomas: a new presurgical classification to evaluate the viability of hysteroscopic surgical treatment—preliminary report. *J Minim Invasive Gynecol.*, 12 (4), 308–311.

Liu, Z., et al. (2007). A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health-care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health*, 10 (3), 183-194.

Munro, M. G., et al. (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.*, 113 (11), 3-13.

Pinto, C. L. B., et al. (2017). Sangramento uterino anormal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39 (7), 1-6.

Vilos, G. A., et al. (2015). The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.*, 37 (2), 157-178.

Vranes H.S. et al. (2019). Histopathologic findings in women undergoing hysteroscopic resection of endometrial polyps and uterine myomas. *Acta Clin Croat.* 58 (4), 627- 631.