

64

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
CADEIRA DE TOCGINECOLOGIA

HEMORRAGIA UTERINA
DISFUNCIONAL

Florianópolis - SC - 1977

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

CONCEITO:

1- Hemorragia uterina disfuncional é a perda sanguínea excessiva, provinda da cavidade uterina, no decorrer ou fora da menstruação, e não motivada por doença orgânica, mas atribuída a distúrbio endócrino. (1/105)

2- Hemorragia uterina disfuncional é o sangramento uterino anormal devido a um distúrbio do mecanismo fisiológico do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, em ausência de ovulação e proveniente de um endométrio estimulado pelo estrogênio. (2/179)

3- Hemorragia uterina disfuncional são todas as hemorragias causadas por distúrbios do círculo funcional de encefalo lobo anterior da hipófise e ovário. (3/516)

Portanto, entendemos que hemorragia uterina disfuncional é uma perda sanguínea uterina excessiva, que ocorre dentro ou fora da menstruação, produzida por distúrbio endócrino e sem causa orgânica.

FORMAS CLÍNICAS:

1- Hipermenorragia - quando o ritmo menstrual é mantido mas a menstruação aumenta em quantidade e duração.

2- Metrorragia - quando a periodicidade menstrual é alterada e as perdas sanguíneas "profusas ou não" prolongam-se por dias ou meses intercaladas as vezes por pausas irregulares. (1/104).

ETIOPATOGENIA:

- 1- Alteração do psiquismo
- 2- Ação persistente do estrogênio
- 3- Ação deficiente do estrogênio.

1- ALTERAÇÃO DO PSIQUISMO - os estímulos do meio ambiente / transmitem-se através do hipotálamo ao sistema endócrino.

Como consequência, o ritmo de secreção das gonadotrofinas hipofisárias se altera, com repercussão sobre o ovário. Assim / se explica o fato de a hemorragia uterina disfuncional aparecer mais nos períodos extremos da menacme, máximo no climatério, período de vida da mulher no qual as crises emocionais / são mais frequentes.

2- AÇÃO PERSISTENTE DO ESTROGENIO - é decorrente de perturbação do metabolismo do estrogênio. Este hormônio é secretado / durante todo o ciclo menstrual, quer pelo folículo em maturação, quer pelo corpo luteo, sob a forma de estradiol. A esteroideogênese ovariana se processa a partir do acetato e do colesterol e, passando por diversas fases, na presença de enzimas, culmina na secreção do estrogênio. No fígado, o estrogênio sofre sua metabolização, desdobrando-se em estrona e estriol, seus produtos de eliminação. A realização deste desdobramento requer um parenquima hepático funcionando e a presença de progesterona. Encontrando-se a progesterona em nível baixo, devido a insuficiência do corpo amarelo, ou faltando aquele hormônio, no caso dos ciclos anovulatórios, o estradiol passa a agir, de forma constante e mais acentuada, sobre o endométrio. Disto advêm os endométrios predominantemente proliferativos, ou mesmo hiperplásicos, que produzem hemorragia genital.

3- AÇÃO DEFICIENTE DO ESTROGÊNIO - as insuficiências ovarianas, traduzidas por baixo nível estrogênico, também podem / determinar quadros de hemorragia genital. O estrogênio secretado pelo folículo começa a agir sobre o endométrio a partir do primeiro dia do ciclo, determinando sua proliferação á custa da camada basal. Ao fim do terceiro ou quinto dia do ciclo, esta ação do estrogênio é a responsável pela parada / do sangramento. Ora, se a ação estrogênica é insuficiente, esta reepitelização é bem mais lenta e o sangramento pode / prolongar-se por vários dias, constituindo a hipermenorragia uma das formas clínicas da hemorragia uterina disfuncional.

ANATOMIA PATOLÓGICA:

1- Ovários:- Nas formas metrorrágicas, mais comuns na puberdade e no climatério, os ovários podem apresentar-se policísticos, com múltiplos cistos foliculares, discretamente aumentados de volume, notando-se, por outro lado, a ausência de corpos lúteos (ciclos monofásicos).

Nas formas hipermenorrágicas, mais comuns no período da maturidade sexual, aparecem corpos luteos, porém pouco desenvolvidos e deficientes do ponto de vista funcional. / (1-58)

2- Útero:- Em 70% dos casos, encontra-se o endométrio hiperplásico, apresentando-se as glândulas hipertrofiadas, o que valeu a denominação de "endométrio em queijo suíço". Nestes casos, muitas vezes o útero pode até estar um pouco aumentado de volume, à custa do espessamento difuso do miométrio. Nas formas menos frequentes de hemorragia, causadas por insuficiência estrogênica, pode-se encontrar um endométrio atrófico, e mesmo o útero hipoplásico. (1/58).

DIAGNÓSTICO:

a- Anamnese

b- Exame ginecológico para afastar-se deste modo, a existência de qualquer ginecopia que possa ser causa orgânica da hemorragia.

EXAMES COMPLEMENTARES:

a- Hemograma, principalmente para avaliar a perda sanguínea e a taxa de hemoglobina.

b- Determinação dos tempos de sangramento e coagulação e contagem de plaquetas.

c- colpocitologia funcional.

d- determinação do gráfico de temperatura basal.

e- curetagem do endométrio - pode ser realizada em pacientes com hímen íntegro usando-se material adequado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Citação de patologias de causa orgânica que devem ser afastadas para firmar o diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional.

- 1+ Discrasias sanguíneas, anemia, doença de Verlhof.
- 2v Vaginites, principalmente nas mulheres velhas
- 3- Cervicites
- 4- Pólopos cervicais e endometriais
- 5- Carcinoma do colo de útero
- 6- Miomas ou fibromas intramurais e submucosos.
- 7- Carcinoma do corpo do útero
- 8- Fatores congestivos - anexites, parametrites, endometriose varizes pélvicas, retroversão do útero, prolapso do útero, do ito interrupto, e uma causa geral - as cardiopatias descompen sadas.
- 9- Fatores de compressão pélvica - tumores em geral.
- 10- Tumores feminizantes do ovário
- 11- Abortamento
- 12- Prenhez ectópica
- 13- Mola hidatiforme e corioepitelioma.

Das patologias citadas, as mais comuns são: o Carcinoma, o abortamento, o fibroma e a prenhez ectópica.

PROGNÓSTICO:

É em geral bom, podendo porém, quando os cuidados médicos bem orientados não forem dispensados em tempo hábil, ocorrer o êxito letal por anemia aguda.

TRATAMENTO:

- 1: sintomático ou de urgência
- 2- racional
- 3- radical

a- Tratamento sintomático ou de urgência é o procedimento que se toma diante de um caso de hemorragia intensa, para coíbi-la, avitando a anemia aguda.

Medidas a serem tomadas no tratamento sintomático:

- 1a- repouso no leito

2a- Colocação de bolsa de gelo no baixo ventre

3a- Administração de ocitócicos.

4a- Transfusão de sangue se necessário.

São ainda, utilizados os coagulantes como Cálcio, Vitamina K, Botropase, Coaguleno, etc., e os estrogênios que podem, em doses altas, provocar a rápida proliferação da mucosa do útero, fazendo parar o sangramento.

Usam-se os estrogênios naturais (sulfato de estrona), por via oral, na dose diária de 7 a 8 mg, durante 3 a 5 dias. Cessada a hemorragia, não se deve suspender abruptamente a medicação, mas tão somente reduzir gradativamente a dosagem diária, que perdurará por cerca de 20 dias. Também podem ser utilizados os estrogênios sintéticos.

5a- Curetagem uterina - é o recurso soberano. Pela curetagem remove-se o endométrio sangrante, suatando-se a hemorragia, e conseguindo-se muitas vezes normalizar o ciclo.

Então, a curetagem uterina, na hemorragia disfuncional, tem dupla finalidade: diagnóstica e terapêutica.

Para restabelecer os ciclos normais, devemos fazer o tratamento racional. E para isso faz-se uso de hormônios:

a) Estrogênios e gestagênios (esquema de Hambley)

Administram-se inicialmente os estrogênios, nos primeiros 20 dias do ciclo, usando-se o sulfato de estrona - na dose de 7,5 mg, ou o estilbestrol, 6 mg, diariamente. A partir do 5º dia do ciclo, acrescentam-se os gestagênios, durante 10 dias, podendo-se utilizar a via parenteral com injeções de 10 mg em dias alternados, ou a via oral com 30 mg/diários.

b) Androgênios

Estes hormônios devem ser reservados a pacientes de mais de 35 anos de idade, e podem ser usados desde que não ultrapasse os limites das doses que, certamente, não acarretarão os sintomas de virilização.

Propionato de testosterona pode ser administrado por via parenteral, na dose de 25 mg, 2 vezes por semana, num total de 8 ampolas por série, o que certamente não acarreta os perigos referidos.

c) Gonadotropinas

Não são de uso frequente, pois os resultados nem sempre são compensadores e têm custo elevado.

Observação:- Em paralelo ao uso dos hormônios, é útil administrar o complexo B, que favorece o metabolismo dos estrogênios no fígado.

Pode-se fazer ressecções parciais dos ovários, / nos casos de ovários aumentados e policísticos.

c) Tratamento radical

É indicado em pacientes que não responderam bem ao emprêgo dos hormônios, e estão se aproximando da menopausa. Nestes casos, pratica-se a histerectomia como último recurso terapêutico, ou a radioterapia sôbre os ovários, em dose de castração.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Noções de ginecologia - Alvaro da Cunha Bastos
- 2- Endócrinologia ginecológica - Antonio A. Quinet e Jaime /
Rodrigues.
- 3.-Ginecologia prática - Pschyrembel
- 4.-Tratado de ginecologia - Dr. José Botella Llusia e Dr. Jo
sé A. Clavero Núñez.

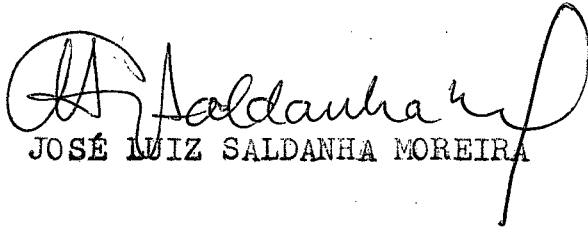
Florianópolis, 05 de abril de 1.977



SERGIO WILSON DUWE

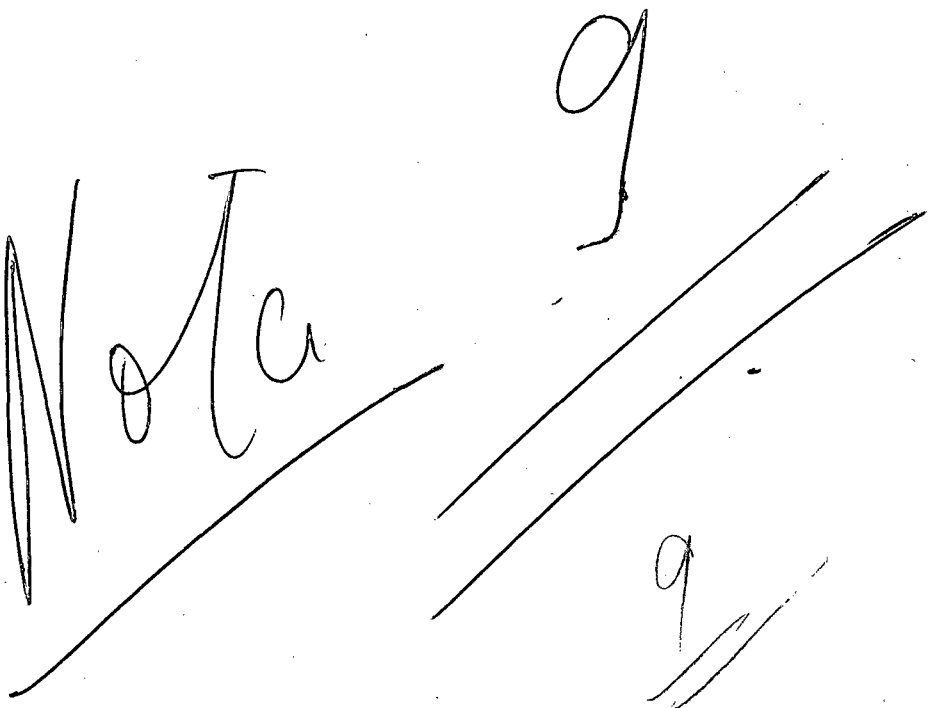


GILBRAN SIMÕES DA SILVA



JOSÉ LUIZ SALDANHA MOREIRA

Nota 9



TCC
UFSC
TO
0064

Ex.I

N.Cham. TCC UFSC TO 0064
Autor: Duwe, Sergio Wilso
Título: Hemorragia Uterina Disfuncional.



972799953

Ac. 254208

Ex.I UFSC BSCCSM