

CONDUTAS NAS URGÊNCIAS EM GINECOLOGIA - PARTE 1

URGÊNCIAS POR HEMORRAGIAS

José Carlos Menegoci, Ayrton de Andréa Filho, Rozana Martins Simonetti*

As urgências hemorrágicas em ginecologia podem ser classificadas em externas e internas. Aquelas devidas à gestação serão comentadas em capítulo específico.

URGÊNCIAS COM HEMORRAGIAS EXTERNAS

1. Sangramento uterino disfuncional
2. Câncer da vagina ou do colo uterino
3. Tumores benignos dos genitais
4. Hemorragia pós-operatória dos genitais

URGÊNCIAS COM HEMORRAGIAS INTERNAS

1. Hemorragia interna pós-operatória

2. Hemorragia do corpo lúteo
3. Hemorragia por rotura do folículo de Graaf
4. Endometriose
5. Hematossalpíngeo
6. Infarto do ovário

URGÊNCIAS POR HEMORRAGIAS EXTERNAS

Sangramento uterino disfuncional

A importância do evento se relaciona à perda sanguínea, que pode ser prolongada e discreta ou abundante a ponto de comprometer a paciente pela anemia pronunciada.

O diagnóstico é de exclusão e há muito tempo utilizamos o mnemônico CAFEE para auxiliar no diagnóstico diferencial:

C	âncer - tumores malignos em geral (desde a vulva até o ovário).
A	abortamento, incluindo o molar.
F	fibroma e demais moléstias benignas da vagina, colo do útero, endométrio, tuba e ovário, inclusive adenomiose.
E	ectópica - gravidez ectópica tubária, cervical e abdominal.
E	endócrina - sem causa orgânica ou sangramento uterino disfuncional. Lembrar que pode ser decorrente de endocrinopatias (diabete, tireopatias, hemopatias) ou uso de DIU.

Frente a uma paciente cuja queixa é perda sanguínea anormal, com auxílio do mnemônico analisa-se dados da anamnese e do exame físico para identificar em qual das patologias ela melhor se enquadra. Dessa forma, idade, data da última menstruação, atividade sexual e exame físico completo serão de grande valor.

São úteis alguns exames, como hemograma, com atenção à contagem de plaquetas; coagulograma, que descartará discrasias sanguíneas; glicemia; TSH e T4 livre; pesquisa de HCG urinário ou sanguíneo e ultra-sonografia endovaginal, que revelará a possível existência de causas orgânicas não evidentes ao exame físico.

Descartadas as causas orgânicas, sendo o sangramento discreto e sem repercussão clínica, prescreve-se 1,25 mg de estrogênios conjugados ao dia, por via oral, por dez dias. Seguem-se mais 12 a 15 dias de 1,25 mg de estrogênios conjugados associados pela via oral a 0,03 mg ao dia de levonorgestrel (Nortrel[®]) ou 0,35 mg ao dia noretindrona (Micronor[®], Ciclovilon[®], Norestin[®]). Estes últimos fármacos tendem a reduzir a perda sanguínea de privação.

A adição de antiinflamatório não-hormonal, principalmente do diclofenaco sódico (Voltaren[®], Cataflam[®]), um comprimido de 50 mg a cada oito horas, é considerado

apropriado por sua ação na coagulação sanguínea e nas cólicas.

Se o sangramento é importante, pode-se usar succinato de estriol (Styptanon[®] - frasco-ampola de 20 mg), um frasco-ampola endovenoso a cada 12 horas, por 48 horas. Esta medicação deve ser acompanhada de anticoncepcivo hormonal oral de média dosagem (Evanor[®]), um a dois comprimidos ao dia. Cessando a perda sanguínea, manter o anticoncepcivo até completar 21 dias, o que completará o ciclo. O sangramento de privação pode se acompanhar de cólicas mais intensas e poderá ter volume aumentado, sendo estes eventos passíveis de prevenção com adição de antiinflamatório não-hormonal.

Cuidado adicional deve cercar esta terapia em pacientes hipertensas, tabagistas e diabéticas. Lembrar que pelo potencial trombogênico, exige-se cautela no uso em pacientes com cirurgias marcadas em datas próximas, imobilizadas ou com antecedentes de tromboembolismo e distúrbios da coagulação. Deve-se estimular a deambulação e movimentos ativos ou passivos no leito.

Nos sangramentos pouco intensos podem ainda ser ministrados agentes antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico na dose de 3 g por dia durante três dias (Transamin® - comprimidos ou ampola de 250 mg) ou o ácido épsilon aminocapróico, 1 a 3 g, três vezes ao dia, por três dias (Ipsilon®, comprimidos contendo 500 mg e frasco-ampola com 1 e com 4 g). As injeções venosas podem ser feitas lentamente ou com diluição em soro fisiológico ou glicosado. Completa-se o ciclo com anticoncepcivo, também repetido pelo menos por três ciclos.

Fracassando o uso desses medicamentos no espaço de 48 horas, havendo recidiva do sangramento durante a medicação ou sendo a primeira opção, está indicada a curetagem uterina. Esta poderá ser semiótica e terapêutica e o laudo histopatológico orientará a conduta seguinte. A manutenção do sangramento exige reavaliação e pesquisa de causa orgânica.

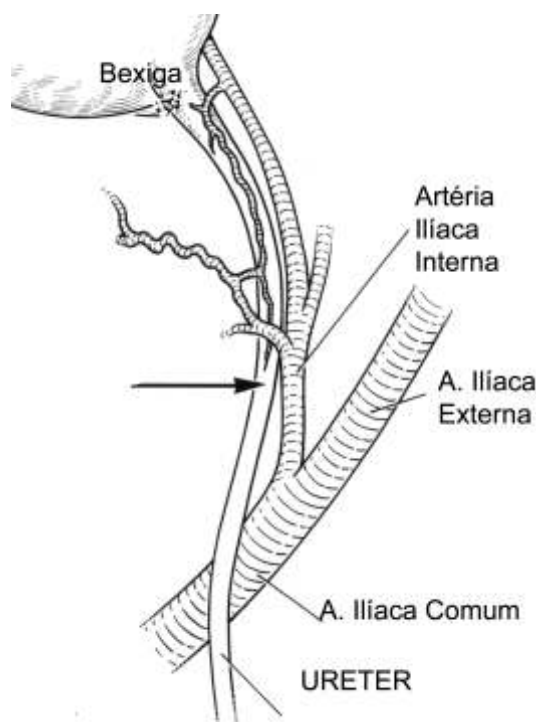
Câncer da vagina ou do colo do útero

Pode ocorrer sangramento abundante, causado pelo coito, por biópsia ou em seqüência do tratamento radioterápico, sendo os do colo do útero mais freqüentes. Se existe antecedente, o diagnóstico é mais fácil. Se não, o

exame especular e o toque, pela presença de massa tumoral, por vezes vegetante, fazem presumir a moléstia. O tratamento de urgência pode ser feito com uso de tampão vaginal embebido em hipossulfito de sódio a 10%. Quando a hemorragia persiste, evita-se qualquer atuação local, a qual geralmente agrava a perda sanguínea pelo trauma. Nestes casos, indica-se a ligadura das artérias hipogástricas, ato cirúrgico às vezes dificultado pela invasão neoplásica e que reduz a irrigação das regiões comprometidas.

O esquema abaixo ilustra a técnica, que se inicia pela laparotomia, seguida da abertura do peritônio posterior, ao nível da bifurcação da artéria ilíaca comum, identificando-se o ureter no seu cruzamento sobre essa artéria. Pinça-se a artéria ilíaca interna (ou hipogástrica) com pinças de Kelly entre dois pontos, fazendo-se a secção e a ligadura por transfixação da artéria com fio de nylon 2-0 ou 3-0. O nó se faz pela parede anterior da artéria, passando-se o fio de nylon por trás da artéria, a fim de completar a volta do fio pela sua parede posterior. Por segurança, passa-se de novo o fio por volta da artéria e procede-se novo nó.

Nos casos em que a intensidade do sangramento permite, pode-se indicar radioterapia pela telecobaltoterapia ou pelo acelerador linear.



Tumores benignos dos genitais

Os mais encontrados são o leiomioma e os pólipos endocervicais ou endometriais paridos. Pode-se deparar com fibromas, adenomiomas e outros tumores mais raros bem como com endometriomas. O sangramento que provocam costuma ser modesto. Sendo pediculados e seus pedículos identificados, acessíveis e pouco resistentes, pratica-se a sua torção progressiva, o que leva à rotura com hemostasia, permitindo a retirada do mioma ou do pólipo. Caso vasos calibrosos estejam presentes, ou se o pedículo for resistente causando dificuldades para se executar a torção, pode-se dilatar o colo uterino, ligar o pedículo e seccioná-lo a seguir.

O tamponamento com gaze, caso necessário, estancará o sangramento. Isto permitirá o oportuno agendamento cirúrgico, caso seja necessária a ressecção da parede vaginal ou histerectomia. A exposição dessas estruturas à flora vaginal e sua irrigação sanguínea deficiente podem causar infecção e áreas de necrose. Para a prática de histerectomia é prudente aguardar pelo menos dez dias após a extração do mioma ou pólipo.

Hemorragia pós-operatória dos genitais

Neste item estão incluídas as intervenções sobre o colo do útero, como biópsias e cirurgias, assim como as cirurgias vaginais e histerectomias totais.

A hemorragia conseqüente à biópsia do colo costuma ser de pequena intensidade, sendo contida com compressão localizada ou, mais raramente, pelo tamponamento com gaze ou por cauterização do vaso sangrante.

Com maior freqüência, encontra-se hemorragia no pós-operatório de conização, de amputação do colo do útero e de histerectomias totais. Nos casos leves, o tamponamento com gaze, no atendimento de urgência, pode ser feito, mas com sua remoção não raramente ocorre novo sangramento. Nestes casos é necessária nova intervenção cirúrgica, individualizando-se e fazendo nova sutura nos pontos de onde provém a hemorragia. Nos casos em que o sangramento é abundante, identificando-se sua origem pelo exame especular, pode-se lançar mão do cautério ou da ligadura dos pedículos laterais da cérvix, assim como do tamponamento com gaze embebida com adrenalina.

Maior preocupação existe quando a biópsia ou a

cirurgia é praticada em gestante. A possibilidade de hemorragia é maior e em geral exige prática de sutura hemostática e terapia uterolítica.

Nos casos de hemorragia de cúpula vaginal pós-histerectomia, o exame especular pode revelar vaso sangrante. Se possível, procede-se a sua simples ligadura ou cauterização. Nos casos em que o acesso é difícil, impõe-se exame ginecológico sob anestesia, estando alerta quanto à possibilidade de ser necessária laparotomia.

As cirurgias vaginais geralmente são encerradas com tamponamento com gaze. O sangramento imediato, que ocorre mesmo com o tamponamento presente, ou aquele que ocorre após sua retirada, exige revisão sob anestesia, para identificação da fonte de sangramento e sua ligadura ou sutura.

Rotura de varizes vulvares

Próprias de pacientes múltiparas, a rotura pode ocorrer tanto na ausência como durante a gestação, assim como no parto. A conduta, em qualquer circunstância, é a ligadura das veias envolvidas.