

# 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:

<b>C</b>	âncer - tumores malignos em geral (desde a vulva até o ovário).
<b>A</b>	abortamento, incluindo o molar.
<b>F</b>	fibroma e demais moléstias benignas da vagina, colo do útero, endométrio, tuba e ovário, inclusive adenomiose.
<b>E</b>	ectópica - gravidez ectópica tubária, cervical e abdominal.
<b>E</b>	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<sup>®</sup>) ou 0,35 mg ao dia noretindrona (Micronor<sup>®</sup>, Ciclovilon<sup>®</sup>, Norestin<sup>®</sup>). Estes últimos fármacos tendem a reduzir a perda sanguínea de privação.

A adição de antiinflamatório não-hormonal, principalmente do diclofenaco sódico (Voltaren<sup>®</sup>, Cataflam<sup>®</sup>), 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<sup>®</sup> - 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<sup>®</sup>), 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<sup>®</sup> - comprimidos ou ampola de 250 mg) ou o ácido épsilon aminocapróico, 1 a 3 g, três vezes ao dia, por três dias (Ipsilon<sup>®</sup>, 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 anticonceptivo, 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.

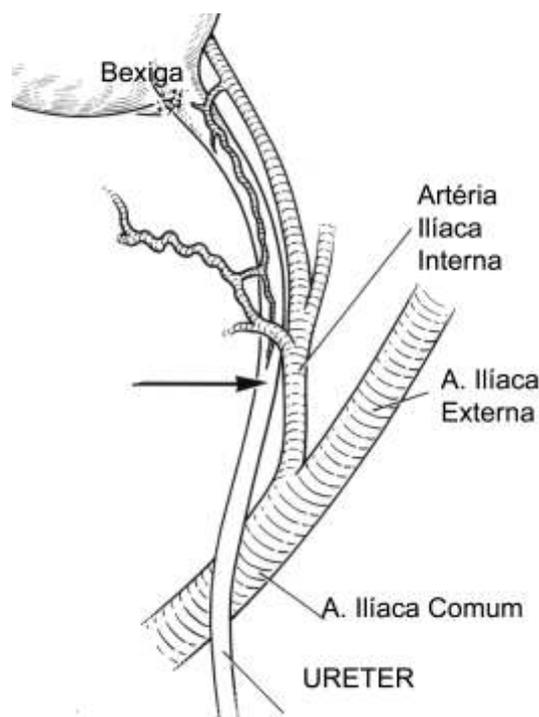
### **Câncer da vagina ou do colo do útero**

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.