

Sangramento uterino anormal

Abnormal uterine bleeding

Alvaro Petracco¹
Mariangela Badalotti²
Adriana Arent³

Palavras-chave

Menorragia
Metrorragia
Hemorragia uterina

Keywords

Menorrhagia
Metrorrhagia
Uterine hemorrhage

Resumo

O sangramento uterino anormal é um distúrbio frequente que pode ocorrer em qualquer idade entre a menarca e a menopausa, mas concentra-se principalmente em seus extremos, logo após a menarca e no período perimenopausa, quando ocorrem alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, que levam com muita frequência à anovulação. O sangramento uterino disfuncional, considerado diagnóstico de exclusão, pode ser ovulatório ou anovulatório. O manejo do quadro pressupõe que o sangramento agudo seja coibido e que se evite a recidiva; para tanto, é fundamental que se estabeleça o diagnóstico etiológico. Os autores fazem uma revisão objetiva sobre o assunto, dando ênfase ao diagnóstico e tratamento da doença.

Abstract

Abnormal uterine bleeding is a clinical problem which may occur at any time during the reproductive years; however, it is most prevalent during perimenarche and perimenopause, when women tend to have anovulatory cycles. Dysfunctional uterine bleeding is a prevalent disease that affects women from adolescence to menopause. The treatment should control the acute bleeding and avoid the recidive. The etiological diagnosis is fundamental for this purpose. The authors make an objective review about dysfunctional uterine bleeding herein, focusing on the diagnosis and treatment of the disease.

¹ Médico Ginecologista; professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil

² Médica Ginecologista; professora da Faculdade de Medicina PUCRS; Chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS – Porto Alegre (RS), Brasil

³ Médica Ginecologista; preceptora do Serviço de Ginecologia do HSL/PUCRS – Porto Alegre (RS), Brasil

Introdução

Na prática clínica diária, é frequente a queixa de sangramento uterino anormal (SUA), diferente da menstruação ou irregularidades na mesma. Esses casos não ocorrem somente em consultórios de especialistas da área ginecológica; são vistos também em postos de atendimento primário à saúde e até mesmo em emergências. SUA é responsável por 20% das consultas ginecológicas e estima-se que 30% das mulheres informam quadros de menorragia anualmente.¹ Essa condição debilitante é a indicação de dois terços das histerectomias e cerca de 25% das cirurgias ginecológicas.^{1,2} A perda de sangue excessiva durante o período menstrual pode levar a problemas médicos e afetar a qualidade de vida. Como exemplo, mais de 50% das mulheres com menorragia desenvolvem quadros de anemia ferropriva. Menstruações abundantes podem interferir na vida da mulher devido à necessidade de trocas frequentes de absorventes e devido à associação com cólicas menstruais. Isso torna o SUA um assunto de extrema importância para o conhecimento médico geral e, mais ainda, para o especializado.¹⁻³ Neste trabalho, pretende-se revisar essa área da ginecologia em seus pontos fundamentais: conceito, etiologia, abordagem diagnóstica e tratamento, com ênfase nos sangramentos de causa disfuncional.

Definições

A menstruação é um sangramento cíclico que se repete a cada 25 a 35 dias, com duração de 2 a 7 dias, que leva a uma perda sanguínea de 20 a 80 mL.¹ Um terço desse volume é representado por sangue, sendo o restante composto por fluidos endometriais.¹ Qualquer sangramento uterino que não tenha essas características é anormal.

Menorragia é o fluxo menstrual excessivo, com perda de sangue maior que 80 mL. Como é difícil quantificar clinicamente a perda de sangue menstrual, o diagnóstico de menorragia é baseado primariamente na história da paciente de volume ou duração excessivos de fluxo menstrual.

Metrorragia é o sangramento uterino irregular, fora do período menstrual. Na polimenorreia, os ciclos têm intervalos menores que 24 dias e na oligomenorreia, maiores que 40 dias. Amenorreia é a ausência de menstruação. As menorragias são a tradução de sangramentos de origem funcional, excluindo, por definição, as causas orgânicas. As metrorragias são mais frequentemente secundárias à patologia orgânica. As menometrorragias são a conjugação destas duas situações.^{2,3}

Sangramento uterino disfuncional (SUD) é o sangramento uterino anormal, sem causa orgânica demonstrável (genital ou

extragenital). Portanto, pode ser considerado um diagnóstico de exclusão, e está relacionado a alterações hormonais. Pode ocorrer tanto em ciclos anovulatórios quanto em ciclos ovulatórios.^{1,2,3}

Fisiopatologia

Para que se compreenda o mecanismo do SUD, é importante que se entenda o também mecanismo menstrual. A menstruação é um evento autolimitado porque ocorre descamação “universal” de um endométrio estruturalmente estável por apropriada ação sequencial de estrogênio e progesterona, à qual se seguem mecanismos de coagulação que “selam” as áreas de sangramento expostas. As alterações hormonais impedem essa adequada ação sequencial do estrogênio e progesterona e, conseqüentemente, comprometem a descamação e a hemostasia endometrial, levando ao SUD.²⁻⁵

Etiologia

O SUA pode ser causado por uma grande variedade de doenças locais ou sistêmicas ou ter ligação com o uso de drogas.⁶ Entretanto, na maioria dos casos são relacionados com patologia uterina estrutural (miomas, pólipos, adenomiose), anovulação, desordem de hemostasia ou neoplasia. Trauma e infecção são causas menos comuns. O termo SUA é abrangente, multietiológico. Dentre as causas, inclui-se a disfunção hormonal. Quando se fala em SUD, pressupõe-se que todas as outras causas já foram excluídas.^{2,3,6}

O SUD é um distúrbio frequente que pode ocorrer em qualquer idade entre a menarca e a menopausa, mas concentra-se principalmente em seus extremos, logo após a menarca e no período perimenopausa, quando ocorrem alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovário que levam, com muita frequência, à anovulação.² Na maioria dos casos, o SUD está relacionado à anovulação e se manifesta principalmente por oligo-hipermenorreia. O contínuo estado de não oposição progestogênica ao estrogênio, que caracteriza essa desordem, causa uma proliferação contínua do endométrio. Isso pode resultar em um sangramento anormal e colocar a paciente em risco para o câncer de endométrio.⁷

Dentre as causas de anovulação, pode-se citar: síndrome dos ovários policísticos, anovulação crônica normogonadotrópica, estresse, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo, obesidade, dietas exageradas para perder peso, exercício em excesso, imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário em adolescentes, distúrbios da tireoide e diminuição da produção de estrogênio em pré-menopáusicas.^{6,7}

O SUD em vigência de ciclos ovulatórios é mais comumente secundário à insuficiência de corpo lúteo, à queda pré-ovulatória do estradiol e, mais raramente, à persistência

de corpo lúteo. Pode-se ainda considerar que o SUD possa ser iatrogênico, quando secundário ao uso de esteroides sexuais (anticoncepcional, terapia de reposição hormonal), DIU e outros medicamentos.^{2,6}

Diagnóstico etiológico

É feito pela associação das informações fornecidas pela anamnese, exame físico geral, exame ginecológico e exames complementares. O diagnóstico diferencial mudará com base em idade, *status* reprodutivo e doenças concomitantes. O diagnóstico pode ser estabelecido pelas seguintes questões-chave:

- 1) De onde o sangramento vem?
- 2) Qual é a idade da mulher?
- 3) A paciente é sexualmente ativa? Pode estar grávida?
- 4) Como é o seu ciclo menstrual normal? Existem sinais de ovulação?
- 5) Qual é a natureza do sangramento anormal (frequência, duração, volume, relação com coito)? Quando ele ocorre?
- 6) Existem sintomas associados?
- 7) A paciente está usando medicações ou tem doenças associadas?
- 8) Existe história pessoal ou familiar de desordem de sangramento?

É fundamental definir a origem do sangramento. Doenças da uretra (uretrites), bexiga (câncer ou infecção do trato urinário) vagina, vulva, e intestino (doenças intestinais inflamatórias ou hemorroidas) podem causar sangramento e serem confundidas com sangramento uterino. Essas desordens devem ser consideradas e avaliadas nas pacientes com sangramento não relacionado ao ciclo menstrual, especialmente mulheres sem patologia evidente.^{7,8}

A idade da paciente, que vai caracterizá-la basicamente como adolescente, no período reprodutivo ou climatérica, é fundamental para direcionar as hipóteses diagnósticas. Mulheres entre 40 anos até a menopausa (perimenopáusicas) comumente apresentam períodos de ciclos anovulatórios, ciclos com sangramento exagerado, prolongado ou meses sem sangramento, associados a fogachos decorrentes de flutuações na função do eixo-hipotálamo-hipófise. Mulheres dessa faixa etária são mais comumente afetadas por sangramento secundário a doenças benignas ou malignas (pólipos, miomatose, adenomiose, câncer endometrial e sarcoma).

As mulheres entre 20 e 40 anos tipicamente apresentam maturidade do eixo, que se traduz pela regularidade dos ciclos. Ocorrência de sangramento anormal nesse grupo pode ser devido a uma grande variedade de causas ovulatórias ou anovulatórias. Nos primeiros anos após a menarca, o eixo ainda se encontra

imaturo, por isso as adolescentes frequentemente não ovulam em todos os ciclos, o que pode levar a períodos de amenorreia alternados com períodos de polimenorréia.^{2,6-8}

A possibilidade de gravidez deve ser sempre considerada em qualquer paciente com SUA, da menarca à menopausa. Mulheres que estão grávidas devem ser avaliadas primariamente para causas de sangramento relacionadas à gestação, mas a possibilidade de um sangramento não-gestacional associado deve ser considerada.⁶

A periodicidade do sangramento, a duração e a quantidade do fluxo também são importantes para a elaboração do diagnóstico etiológico. É de grande auxílio comparar essas características com a história menstrual prévia. Os sangramentos anormais cíclicos ocorrem a favor de sangramento disfuncional, ao passo que os sangramentos acíclicos são mais sugestivos de patologia orgânica. A causa mais comum de menorragia na pré-menopausa é a distorção da arquitetura endometrial devido a mioma submucoso, pólipos endometrial, adenomiose ou ciclos anovulatórios. Apesar de os pólipos endometriais poderem causar menorragia, sangramento intermenstrual é a manifestação clínica mais comum. Para classificar o(s) episódio(s) como hemorragia (o que às vezes é difícil), a informação da paciente de que houve aumento no uso de absorventes ou ocorrência de grandes coágulos é muito sugestiva.^{2,3,6}

Outras informações indispensáveis são: método de anticoncepção, sintomas psicogênicos, sintomas de alteração tireoidiana ou da crase sanguínea, doenças sistêmicas, uso de medicamentos, modificação da dieta e atividade física. A suspeita de alteração da crase sanguínea deve ser sempre levantada se a menarca manifestar-se por sangramento hemorrágico.^{3,6}

No momento do sangramento agudo, a avaliação do estado geral da paciente é mandatória. Determina-se, junto com o volume do sangramento, a necessidade de medidas terapêuticas urgentes no sentido de coibir a hemorragia. Além disso, pode trazer informações para o diagnóstico etiológico, pois podem ser identificados sinais de patologias sistêmicas que podem estar envolvidos com o sangramento, tais como estado nutricional, galactorreia, hirsutismo, sinais de hipo ou hipertireoidismo.

Exame ginecológico

O exame pélvico confirmará se o sangramento é uterino. Tem como objetivo afastar causas orgânicas de sangramento, basicamente gravidez e suas complicações, neoplasias e processos infecciosos. Porém, sua normalidade não as exclui completamente. Sabe-se que adenomiose, pequenos miomas e pólipos endometriais podem não ser diagnosticados em simples exame ginecológico. O exame ginecológico realizado na vigência de sangramento possibilita que se avalie sua quantidade e a necessidade (ou não) de ação imediata no sentido de coibi-lo.

Exames complementares

São utilizados para esclarecer a causa do sangramento e serão solicitados de acordo com a suspeita etiológica. Causas sistêmicas não ginecológicas devem ser descartadas com hemograma completo, tempo de sangria e coagulação, contagem de plaquetas, prova de função tireoidiana e glicemia se houver alguma suspeita. O diagnóstico de complicações da gravidez pode ser corroborado através de b-hCG e ecografia preferencialmente transvaginal. Dosagens de prolactina, androgênios, FSH, LH podem esclarecer a anovulação.^{9,10}

A ecografia transvaginal fornece elementos de diagnóstico de patologia miometrial e pode sugerir presença de alteração endometrial. Entretanto, como não é possível distinguir diferentes tipos de anormalidades estruturais, outros exames podem ser necessários. A histerossonografia, que consiste em um exame ecográfico transvaginal após a infusão de solução salina estéril na cavidade uterina, fornece imagens mais precisas, e pequenas lesões como pólipos podem ser facilmente detectados. Porém, como a avaliação histológica não é obtida com essa avaliação, o diagnóstico final nem sempre é possível e uma avaliação adicional por histeroscopia ou curetagem uterina podem ser necessárias. A histeroscopia com biópsia ou a curetagem uterina podem então ser necessárias para o estudo do endométrio. A histeroscopia é preferível quando a finalidade é só diagnóstica, uma vez que tem condições de avaliar melhor a cavidade endometrial. A curetagem uterina terá preferência nos casos em que é utilizada também como terapêutica, o que é mais comum em pacientes climatéricas.⁹⁻¹¹

O exame histopatológico do endométrio é usualmente realizado em mulheres acima de 35 anos para afastar câncer endometrial ou hiperplasias. Pode também ser indicada em mulheres mais jovens com fatores de risco para neoplasia de endométrio. A histologia endometrial frequentemente revela o tipo de distúrbio funcional e ajuda no tratamento correto.^{5,9-11} Em achados de curetagem e análise histológica de 1.282 mulheres,

Vakiani *et al.* encontraram 984 ciclos anovulatórios, sendo que 47% dos casos apresentavam hiperplasia endometrial e 10% proliferação deficiente do endométrio e 298 ciclos ovulatórios.⁵ A ressonância nuclear magnética pode ser útil para avaliar a presença de fibróides ou outras anormalidades estruturais.¹¹

Como se sabe, um largo espectro de doenças se manifesta como sangramento uterino anormal. O Quadro 1 organiza as causas para melhor entendimento.

Quando uma causa orgânica para o sangramento anormal não for encontrada, o diagnóstico de exclusão é sangramento uterino disfuncional.^{5,6}

Tratamento

O tratamento tem como objetivo manejar a fase aguda e evitar recidiva. Deve seguir os seguintes princípios básicos:

- estabilizar e ou manter a estabilidade hemodinâmica;
- corrigir a anemia aguda ou crônica;
- retornar o padrão de ciclos menstruais normais;
- prevenir a recorrência;
- prevenir as consequências da anovulação a longo prazo.

Manejo da fase aguda

O manejo da fase aguda dependerá basicamente da faixa etária, do estado geral da paciente e do volume de sangramento. Se o sangramento resultar em hipovolemia e/ou é abundante, indica-se o uso de alta dose de estrogênio na paciente jovem e a curetagem se a paciente possuir fatores de risco para câncer de endométrio.¹²

- Estrogênios intravenoso em altas doses: sangramento uterino profuso leva a denucleação do endométrio. Estrogênios promovem rápido crescimento do endométrio sobre a superfície epitelial, estabilizam as membranas lisossomais e estimulam a proliferação endometrial. Por essa razão, a estimulação por estrogênios conjugados (EC) é o tratamento de escolha inicial para o controle do sangramento uterino agudo e profuso em mulheres com ou em risco de instabilidade hemodinâmica.¹³ A eficácia clínica dos EC foi demonstrada em um ensaio clínico randomizado em mulheres com sangramento agudo. O uso de Premarin 25 mg intravenoso (IV) a cada quatro horas controlou o sangramento em 72% das pacientes em comparação a 38% de resposta ao placebo.¹³ O sangramento diminui em três horas após o início do tratamento. Nesse regime, o uso de antiemético é, muitas vezes, necessário devido à náusea secundária ao uso de altas doses de estrogênio.¹⁴ O sangramento uterino usualmente é controlado dentro de 24 horas após o início da terapia IV e deve ser seguido pelo uso de EC por via oral por um período de 25 dias para permitir uma adequada reposta hematopoé-

Quadro 1 – Etiologia do sangramento uterino anormal.

1. Doenças do trato reprodutivo

Complicações na gestação: abortamento, gravidez ectópica, doença trofoblástica, pólipo placentar, subinvolução do sítio placentário.

Mioma/miomatose.

Tumores malignos: vulvar, vaginal, colo do útero, endométrio e ovariano.

Infecções: vaginite severa, cervicite, endometrite e salpingite.

Outras doenças pélvicas: lesões traumáticas da vagina, corpo estranho, pólipo cervical, erosão cervical, adenomiose, endometriose, pólipo endometrial.

2. Iatrogênicas

Esteroides Sexuais

Depressores hipotalâmicos

Digitalicos

Fenitoína

Anticoagulantes

DIU

tica. A este, deve-se seguir o uso associado de progesterona com o intuito de mimetizar um ciclo ao que se seguirá um sangramento de tipo menstrual. O uso de estrogênio isolado e por curto período de tempo determinará novo episódio de hemorragia. Embolia pulmonar é uma complicação potencial da terapia estrogênica, por isso deve ser administrada a dose mínima efetiva que controle o sangramento, evitando a prevalência de efeitos adversos e o risco de complicações.^{13,14}

- **Curetagem uterina:** a curetagem pode ser tanto terapêutica como diagnóstica em pacientes com sangramento agudo. Ela coíbe eficazmente sangramentos severos e é a única opção cirúrgica para mulheres que desejam preservar a fertilidade. Uma limitação do procedimento é não tratar a causa da menorrágia, que irá recorrer se não for iniciada outra terapia preventiva no pós-operatório.¹⁴
- **Tamponamento:** o tamponamento da cavidade uterina pode ser feito colocando-se, em seu interior, um cateter de Folley e enchendo seu balão com 10 a 30 mL de líquido. Após três horas, metade desse líquido é retirada e, se não houver mais sangramento por uma hora, pode-se retirar a sonda. Se o sangramento persiste ou é muito grande, pode-se manter o balão por 12 horas. Esse procedimento irá tamponar o sangramento e ajudar a estabilizar a paciente enquanto outros testes são realizados e o tratamento definitivo iniciado.¹⁵
- **Histerectomia:** no caso de falha dos outros métodos, a histerectomia pode ser considerada.^{10,16}
- **Estrogênios orais em altas doses:** os EC em regime equivalente ao IV podem ser oferecidos a pacientes hemodinamicamente estáveis que podem tolerar a terapia oral sem distúrbios gástricos. Uma opção é o uso de Premarin 2.5 mg até quatro vezes ao dia durante 21 a 25 dias, seguido de acetato de medroxiprogesterona (10 mg/dia) por 10 dias. Um antiemético pode ser associado.¹³
- **Contraceptivos orais em altas doses:** altas doses de contraceptivos orais combinados (com 30 mcg de etinilestradiol, duas a quatro vezes ao dia) geralmente cessam o sangramento em 48 horas. Pode-se utilizar um esquema “em castata”, com uso de cinco pílulas no primeiro dia, quatro no segundo, três no terceiro, duas do quarto e uma pílula por dia a partir do quinto dia e por pelo menos mais uma semana. Esses esquemas tendem a ser menos efetivos do que os de uso de estrogênio isoladamente, porque os progestágenos inibem a síntese de receptores de progesterona. Além disso, deve ser evitado em fumantes devido ao risco de trombose venosa.¹⁷
- **Progestógenos em altas doses:** altas doses de progestágenos como acetato de medroxiprogesterona 10 a 20 mg, duas vezes ao dia, ou noretindrona 5 mg, uma a duas vezes ao dia, é opção a ser

considerada. Nas situações em que há descamação irregular do endométrio, pode-se obter uma curetagem hormonal. Porém, se um sangramento profuso resultou em desnudamento endometrial, os progestógenos dificilmente serão eficazes.¹⁷

- **Agentes antifibrinolíticos:** agentes antifibrinolíticos como o ácido tranexâmico (1 a 1.5 g oral, 3 a 4 vezes ao dia) ou ácido aminocaproico (5 g durante a primeira hora seguido de 1 ou 1,25 g por hora por oito horas, ou até que o sangramento esteja controlado) são as drogas antifibrinolíticas mais utilizadas. Agem dentro de duas a três horas após a administração, não interferem com a fertilidade e podem ser mais efetivos que os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) no tratamento da hemorragia aguda. Atuam como antifibrinolíticos, prevenindo a degradação da fibrina.¹⁸
- **Ablação endometrial:** a ablação endometrial é um tratamento efetivo para a hemorragia aguda. Porém, esse procedimento não é recomendado para mulheres que desejam engravidar.¹⁶

Evitar recidivas

Para que o episódio não se repita, deve-se tratar a patologia determinante da anovulação ou do sangramento sempre que possível.

Terapia medicamentosa

O manejo do SUD por anovulação crônica é determinado pelas necessidades da paciente. Para as mulheres que não têm atividade sexual, pode-se administrar um agente gestacional (acetato de medroxiprogesterona) via oral, por dez dias ao mês, mimetizando a segunda fase do ciclo, ou usar anti-inflamatórios não esteroide (AINE). Os AINE parecem reduzir a síntese de prostaglandinas (PGE2 e PGF2 alpha) no endométrio, levando à vasoconstrição. O ácido mefenâmico (500 mg três vezes ao dia durante os três a cinco primeiros dias da menstruação) reduz o fluxo menstrual de 20 a 46% em pacientes com menstruações cronicamente abundantes. Outros AINE como ibuprofeno (400 mg três vezes ao dia), ácido meclofenâmico também reduzem o fluxo menstrual. Os AINE ainda têm a vantagem de reduzir as cólicas menstruais.¹⁹

Para as mulheres com vida sexual ativa e que não querem engravidar, está indicado o uso de contraceptivos orais. Naquelas que desejam gestação se corrige a disovulvia. Nas perimenopáusicas, se houver sintomas de hipostrogenismo, pode-se administrar estrogênio ciclicamente por 25 dias concomitantemente ao progestágeno nos últimos 12 dias de compostos estroprogestogênicos do tipo sequencial. Nas pacientes que ovulam, o sangramento secundário à insuficiência luteínica é manejado da mesma forma como por anovulação. Quando o sangramento ocorre na metade

do ciclo, a terapêutica pode ser realizada com benzoato ou valerianato de estradiol (1 a 2 mg) durante três dias.

Nos casos em que o sangramento se manifesta por meio de hipermenorreia/menorragia utiliza-se AINE, com o qual se obtém redução de 20 a 50% do sangramento.¹⁸⁻²⁰ Neste último grupo, quando a resposta não é boa com AINE, o manejo é mais difícil. Uso prolongado de progestágenos, contraceptivos orais, agentes antifibrinolíticos, danazol e análogos do GnRH são parte do armamento terapêutico. A combinação de dois ou mais agentes com frequência é necessária para o adequado controle da enfermidade.

A liberação intrauterina contínua de levonorgestrel (20 µg/dia) através de um DIU medicado (Mirena®) tem-se mostrado eficaz no tratamento dos sangramentos uterinos. Promovem aumento da qualidade de vida significativamente, têm custo relativamente baixo e, além disso, evita a terapia cirúrgica em pelo menos 60% das usuárias.^{20,21}

Terapia cirúrgica

Para pacientes que não querem mais ter filhos e têm doença pélvica associada ou naquelas em que todos os tratamentos falharam, a terapia cirúrgica deve ser considerada. A histerectomia é um tratamento definitivo para o sangramento uterino e possui alto

índice de satisfação de pacientes por ser curativo, ser realizado após falhas de outros métodos, por não ser associado com efeitos adversos, comum aos medicamentos e não necessitar de longos períodos de acompanhamento.^{10,16} A ablação endometrial é um tratamento cirúrgico conservador, alternativo à histerectomia.

Em uma revisão de estudos randomizados comparando ablação endometrial com histerectomia para manejo de menorragia, a ablação endometrial foi associada a menor tempo cirúrgico, menor período de hospitalização e menos complicações. Entretanto, a histerectomia promoveu um controle do sangramento significativamente maior, uma menor taxa de repetição de cirurgias e melhor índice de satisfação das pacientes em um seguimento de seis meses. A análise de custo sugeriu que a ablação apresenta um custo efetivo superior ao da histerectomia, mesmo quando procedimentos repetidos são necessários.²²

Conclusão

A investigação do sangramento uterino anormal deve ser a mais completa possível, uma vez que patologias graves, como o câncer de endométrio ou discrasias sanguíneas, podem estar envolvidas. O sucesso do tratamento depende da precisão e rapidez do diagnóstico.

Leituras suplementares

- Warner PE, Critchley HO, Lumsden MA, Campbell-Brown M, Douglas A, Murray GD. Menorrhagia I: measured blood loss, clinical features, and outcome in women with heavy periods: a survey with follow-up data. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(5):1216-23.
- Machado LV. Sangramento uterino disfuncional. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45(4):375-82.
- Speroff L, Fritz MA. Dysfunctional uterine bleeding. In: Speroff L, Fritz MA, eds., *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 548-571.
- Wathen PI, Henderson MC, Witz CA. Abnormal uterine bleeding. *Med Clin North Am*. 1995;79(2):329-44.
- Vakiani M, Vavilis D, Agorastos T, Stamatopoulos P, Assimaki A, Bontis J. Histopathological findings of the endometrium in patients with dysfunctional uterine bleeding. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1996;23(4):236-9.
- Brenner PF. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(3 pt 2):766-9.
- Hillard PA. Benign diseases of the female reproductive tract: symptoms and signs. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. *Novak's Gynecology*. 12th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 331-97.
- Chuong CJ, Brenner PF. Management of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(3 pt 2):787-92.
- Fernandez H, Gervaise A. Dysfunctional uterine bleedings. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007;36(6):562-6.
- Telner DE, Jakubovic D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician*. 2007;53(1):58-64.
- Lee SI. An imaging algorithm for evaluation of abnormal uterine bleeding: does sonohysterography play a role? *Menopause*. 2007;14(5):823-5.
- Gonçalves RA, Petracco A, Badalotti M. Sangramento uterino disfuncional. *Porto Alegre: Acta Medica da PUCRS*; 1998. p. 153-60.
- DeVore GR, Owens O, Kase N. Use of intravenous premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding—a double-blind randomized control study. *Obstet Gynecol*. 1982;59(3):285-91.
- Strickland JL, Wall JW. Abnormal uterine bleeding in adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003;30(2):321-35.
- García León F, Ibarrola E, Esparza Iturbide J, Toscano A, Reyes Cuervo H. Current state of uterine tamponade with Foley catheter in intractable bleeding. *Ginecol Obstet Mex*. 1998;66:483-5.
- Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003855.
- Munro MG, Nakia Mainor N, Romie Basu R, Brisinger M, Barreda L. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):924-9.
- Kriplani A, Kulshrestha V, Agarwal N, Diwakar S. Role of tranexamic acid in management of dysfunctional uterine bleeding in comparison with medroxyprogesterone acetate. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(7):673-8.
- Nelson AL, Teal SB. Medical therapies for chronic menorrhagia. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(4):272-81.
- Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4):CD002126.
- Kaunitz AM, Meredith S, Inki P, Kubba A, Sanchez-Ramos L. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and endometrial ablation in heavy menstrual bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1104-16.
- Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000329.