

# Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 51, Número 8, 2023

## A importância do diagnóstico por imagem em pacientes com **SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL**

**SIMULADORES**  
para treinamento do manejo  
de lacerações perineais

Febrasgo cria  
**NÚCLEO FEMININO:**  
uma rede de apoio às  
mulheres médicas



# FEBRASGO POSITION STATEMENT

Mantendo o compromisso com a promoção da educação e atualização médica continuada em Ginecologia e Obstetrícia, a Febrasgo produz o Position Statement. Manuscritos com conteúdos baseados em evidências científicas sobre a temática proposta e resultados que contribuem para a prática clínica.

## O Febrasgo Position Statement documenta o estado atual da área de Ginecologia e Obstetrícia na



Pesquisa e  
Extensão

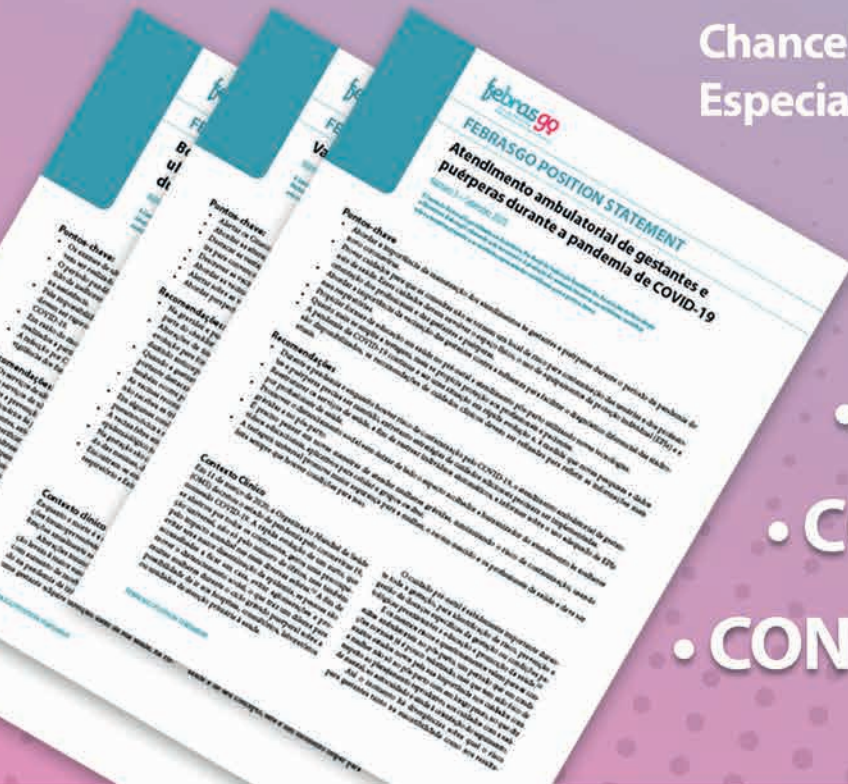


Prática  
Assistencial



Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS

## DIRETORIA

### PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

### DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

### DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

### DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

### DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

## DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

### PRESIDÊNCIA

Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 3.421,  
conj. 903 – CEP 01401-001 – São Paulo, SP  
Telefone: (11) 5573-4919

### SECRETARIA EXECUTIVA

Avenida das Américas, 8.445, sala 711  
CEP: 22793-081 – Rio de Janeiro, RJ  
Telefone: (21) 2487-6336  
Fax: (21) 2429-5133

### EDITORIAL

Bruno Henrique Sena Ferreira  
editorial.office@Febrasgo.org.br

### PUBLICIDADE

Tatiana Mota  
gerencia@Febrasgo.org.br

[www.Febrasgo.org.br](http://www.Febrasgo.org.br)

## CORPO EDITORIAL

### EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

### COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

### EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

### EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

**Femina®** é uma revista oficial da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria) e é distribuída gratuitamente aos seus sócios. É um periódico editado pela Febrasgo, *Open Access*, indexado na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A Febrasgo, a revista *Femina* e a Modo Comunicação não são responsáveis pelas informações contidas em artigos assinados, cabendo aos autores total responsabilidade por elas.



A revista *Femina* é uma publicação de acesso livre CC-BY (Creative Commons), a qual permite a citação e a reprodução de seus conteúdos, porém protegida por direitos autorais. É permitido citar e reproduzir seu conteúdo desde que sejam dados os devidos créditos ao(s) autor(es), na maneira especificada por ele(s) em seu(s) artigo(s).

Produzida por: **Modo Comunicação**. *Editor*: Maurício Domingues; *Jornalista*: Letícia Martins (MTB: 52.306); *Revisora*: Glair Picolo Coimbra. *Correspondência*: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br


## CONSELHO EDITORIAL

Agnaldo Lopes da Silva Filho  
Alberto Carlos Moreno Zaconeta  
Alex Sandro Rolland de Souza  
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva  
Antonio Rodrigues Braga Neto  
Belmiro Gonçalves Pereira  
Bruno Ramalho de Carvalho  
Camil Castelo Branco  
Carlos Augusto Faria  
César Eduardo Fernandes  
Claudia Navarro Carvalho  
Duarte Lemos  
Cristiane Alves de Oliveira  
Cristina Laguna Benetti Pinto  
Corintio Mariani Neto  
David Barreira Gomes Sobrinho  
Denise Leite Maia Monteiro  
Edmund Chada Baracat  
Eduardo Cordoli  
Eduardo de Souza  
Fernanda Campos da Silva  
Fernando Maia Peixoto Filho  
Gabriel Ozanan  
Garibalde Mortoza Junior  
Geraldo Duarte  
Gustavo Salata Romão

Hélio de Lima Ferreira  
Fernandes Costa  
Hélio Sebastião Amâncio  
de Camargo Júnior  
Jesus Paula Carvalho  
José Eleutério Junior  
José Geraldo Lopes Ramos  
José Mauro Madi  
Jose Mendes Aldrighi  
Julio Cesar Rosa e Silva  
Julio Cesar Teixeira  
Lucia Alves da Silva Lara  
Luciano Marcondes  
Machado Nardoza  
Luiz Gustavo Oliveira Brito  
Luiz Henrique Gebrim  
Marcelo Zugaib  
Marco Aurélio Albernaz  
Marco Aurelio Pinho de Oliveira  
Marcos Felipe Silva de Sá  
Maria Celeste Osório Wender  
Marilza Vieira Cunha Rudge  
Mário Dias Corrêa Júnior  
Mario Vicente Giordano  
Marta Francis Benevides Rehme  
Mauri José Piazza

Newton Eduardo Busso  
Olímpio Barbosa de Moraes Filho  
Paulo Roberto Dutra Leão  
Paulo Roberto Nassar de Carvalho  
Regina Amélia Lopes  
Pessoa de Aguiar  
Renato de Souza Bravo  
Renato Zocchio Torresan  
Ricardo de Carvalho Cavalli  
Rodolfo de Carvalho Pacagnella  
Rodrigo de Aquino Castro  
Rogério Bonassi Machado  
Rosa Maria Neme  
Roseli Mieke Yamamoto Nomura  
Rosires Pereira de Andrade  
Sabas Carlos Vieira  
Samira El Maerrawi  
Tebecherane Haddad  
Sergio Podgaec  
Silvana Maria Quintana  
Soubhi Kahhale  
Vera Lúcia Mota da Fonseca  
Walquíria Quida Salles Pereira Primo  
Zuleide Aparecida Felix Cabral





Dois terços dos ginecologistas no País são mulheres! A revelação em *Femina* não surpreende! É o que temos visto nas plateias de nossos congressos e nos programas de residência médica há alguns anos. A presidente da Comissão de Defesa e Valorização Profissional – e próxima presidente da Febrasgo – coordena o recém-criado “Núcleo Feminino da Febrasgo”, elencando oito missões factíveis. Complementado o tema, a jornalista Letícia entrevista três professoras que representam a excelência da mulher ginecologista no País. *Femina*, por ser feminina, sente-se mais robusta para projetar o futuro da ginecologia e obstetrícia brasileira! Que haja descentralização na participação feminina equilibrada nas grades científicas de nossos congressos! Ainda com a Comissão de Defesa e Valorização Profissional, as professoras Maria Celeste e Lia Damásio analisam e sintetizam o papel da saúde suplementar no País. Há fumaça densa na relação entre as operadoras e Agência Nacional de Saúde (ANS). As prestadoras fazem contratos em tempo definido com os associados (modelo estático) e a ANS opera de modo diferente (modelo dinâmico). Os desencontros são, então, previsíveis.

O papel das imagens no diagnóstico do sangramento uterino anormal é examinado com detalhes neste volume. Texto excepcional, produzido por quatro professores expoentes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, está fundamentado na sistematização PALM-COIN: causas estruturais e não estruturais. As causas são mostradas em documentação fotográfica belíssima, com destaque para a ousadia no diagnóstico ultrassonográfico da adenomiose (frequentemente ausente nos laudos)! O texto riquíssimo é seguido pelas opiniões de seis especialistas em ginecologia endócrina, sendo três deles autores do texto. O papel da ultrassonografia e a premência no atendimento à paciente são destacados nas entrevistas com a jornalista Letícia. Este editor destaca ainda objetivos úteis ao atendimento: (1) excluir complicações na gravidez; (2) excluir iatrogenia como no círculo vicioso da prescrição de esteroides sexuais; (3) comprovar normalidades do eixo hipotálamo-hipófise ovariano, considerando o parâmetro intervalo entre os sangramentos; (4) identificar doenças sistêmicas que possam estar envolvidas no sangramento uterino anormal (SUA), como disfunções da tireoide, diabetes mellitus, insuficiências renal e hepática e coagulopatias; (5) documentar as anormalidades dos órgãos pélvicos (pelve, ovários, miométrio, endométrio). Essa sistematização e cumprimento desses objetivos também norteiam o ginecologista geral e facilita a identificação da etiologia do sangramento. Em texto enxuto e ilustrado, dois professores da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre orientam sobre o uso dos simuladores para o aprendizado no manejo de lacerações pélvicas pós-parto. Parece que as prevalências apontadas negam o abandono da episiotomia bem orientada. O Caderno Científico publica duas revisões narrativas e três relatos de caso. Um dos casos relatados dá suporte ao atendimento do SUA ao examinar a malformação arteriovenosa uterina. A síndrome de Meigs é explorada com um caso bem ilustrado e seguido de revisão narrativa mais profunda da literatura. O texto precisa ser lido, é completo e elegantemente apresentado por professores de Campinas-SP. O uso de métodos contraceptivos em mulheres com asma é analisado por professores também de Minas Gerais. Mecanismos incertos, resultados incertos e referências atualizadas! Confiram.

Feminina é *Femina*. *Femina* é feminina! Hoje, maioria crescente de nossas leitoras é como *Femina*. Previsão do querido Jean Claude Nahoum?

Parabéns a elas e boa leitura a todos!

Nosso congresso está aí. Incentivem-no!

**Sebastião Freitas de Medeiros**

EDITOR



# SUMÁRIO

454 Capa

**Importância do diagnóstico por imagem em pacientes com sangramento uterino anormal**

462 Entrevista

**Sangramento uterino anormal: o que é preciso para um bom diagnóstico**



467

Federada

**SGOB**

**Mudanças necessárias**

469

Residência Médica

**Simuladores para treinamento  
do manejo de lacerações  
perineais pós-parto**

474

Entrevista

**É hora do protagonismo feminino**



477

Defesa e Valorização  
Profissional

**Noções básicas  
sobre a saúde  
suplementar na  
prática médica**



479

Caderno Científico

ARTIGOS DE REVISÃO

**O uso de métodos  
contraceptivos hormonais  
em pacientes com asma:  
repercussões clínicas**

**Especificidades técnicas  
no tamponamento uterino  
com balões e algumas  
dificuldades técnicas**

RELATOS DE CASO

**Características clínicas,  
diagnóstico e tratamento  
de mulher com síndrome  
de Meigs: relato de caso  
e revisão narrativa**

**Malformação arteriovenosa  
uterina: um relato de caso**

**Fibroma mole gigante  
vulvar: relato de caso**







# Importância do diagnóstico por imagem em pacientes com sangramento uterino anormal

## *Importance of diagnostic imaging in patients with abnormal uterine bleeding*

Ricardo dos Santos Simões<sup>1</sup>, José Maria Soares Júnior<sup>1</sup>, Ayrton Roberto Pastore<sup>1</sup>, Edmund Chada Baracat<sup>1</sup>

### **Descritores:**

Sangramento uterino anormal; Leiomioma; Adenomiose; Pólipo uterino; Hiperplasia endometrial; Malformação arteriovenosa; Síndrome dos ovários policísticos

### **Keywords:**

Metrorrhagia; Leiomyoma; Adenomyosis; Polyps; Endometrial hyperplasia; Arteriovenous malformation; Polycystic ovary syndrome

### **RESUMO**

O sangramento uterino anormal é diagnóstico sindrômico comum no consultório do ginecologista e pode comprometer substancialmente a qualidade de vida. O objetivo no diagnóstico de sangramento uterino anormal é distinguir pacientes com causas estruturais (anatômicas), como pólipo, adenomiose, leiomioma, malignidade e hiperplasia, de pacientes que apresentam anatomia normal, nas quais o sangramento pode ser devido a alteração dos mecanismos de coagulação, distúrbios ovulatórios, distúrbios primários do endométrio, iatrogenia, ou ter outra causa não classificada. O diagnóstico se inicia a partir de anamnese detalhada e exame físico geral e ginecológico completos, seguidos da solicitação de exames complementares (laboratoriais e de imagem), conforme indicado. O exame de imagem de primeira linha para identificação das causas estruturais inclui a ultrassonografia pélvica. Histerossonografia, histeroscopia, ressonância magnética e amostragem endometrial para exame de anatomia patológica são opções que podem ser incluídas no diagnóstico a depender da necessidade. O objetivo deste artigo é apresentar a relevância dos exames de imagem na investigação das causas de sangramento uterino anormal.

1. Disciplina de Ginecologia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### **Autor correspondente:**

Ricardo dos Santos Simões  
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 255, 10º andar,  
São Paulo, SP, Brasil  
ricardo.simoese@hc.fm.usp.br

### **Como citar:**

Simões RS, Soares Júnior JM, Pastore AR, Baracat EC. Importância do diagnóstico por imagem em pacientes com sangramento uterino anormal. *Feminina*. 2023;51(8):454-61.

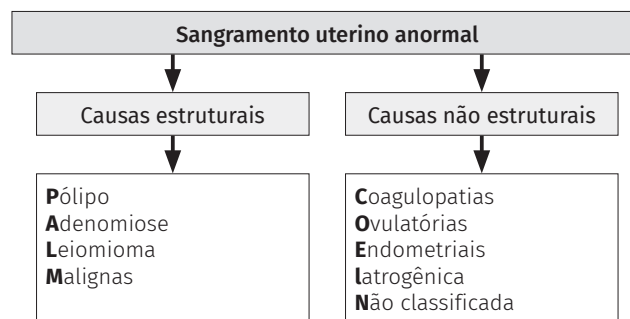
## ABSTRACT

*Abnormal uterine bleeding is one of the commonest presenting complaints encountered in a gynecologist's office and may substantially affect quality of life. The aim in the diagnosis of abnormal uterine bleeding is to distinguish women with anatomic causes such as polyp, adenomyosis, leiomyoma, malignancy and hyperplasia from women with normal anatomy where the cause may be coagulopathy, ovulatory disorders, endometrial, iatrogenic and not otherwise classified. Diagnosis begins with a thorough history and physical examination followed by appropriate laboratory and imaging tests as indicated. The primary imaging test for the identification of anatomic causes include ultrasonography. Saline infusion sonohysterography, magnetic resonance, hysteroscopy, endometrial sampling are options that can be included in the diagnosis depending on the need. The aim of this article is to present the relevance of imaging exams in the investigation of the causes of abnormal uterine bleeding*

## INTRODUÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é definido como sangramento proveniente do útero que é anormal em frequência, duração, volume e/ou regularidade, quando comparado com aquele experimentado normalmente pela paciente.<sup>(1)</sup> As causas de SUA podem ser classificadas utilizando o sistema PALM-COEIN. Cada uma das letras representa uma categoria de anormalidade ou distúrbio potencialmente encontrado ou presumivelmente existente em um indivíduo com um ou mais sintomas de SUA. As quatro categorias do acrônimo PALM referem-se a causas estruturais/anatômicas (pólipos, adenomiose, leiomiomas e malignidade), achados anormais que são definidos por meio de exames de imagem e/ou avaliação histopatológica. Já o componente COEIN refere-se a causas não estruturais como coagulopatias e distúrbios ovulatórios, iatrogênicos, endometriais e não classificados de outra maneira (Figura 1).<sup>(2,3)</sup> O SUA é um distúrbio frequentemente experimentado por até um terço das pacientes durante o período reprodutivo e está associado ao comprometimento na qualidade de vida em diversas esferas, seja emocional, física, sexual ou econômica.<sup>(4)</sup> Desta sorte, o pronto diagnóstico seguido pela instituição do tratamento mais adequado é de importância ímpar. A anamnese bem conduzida, o exame físico geral e ginecológico minucioso e a solicitação de exames complementares como os exames laboratoriais e de imagem são de fundamental relevância para o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre as causas estruturais e não estruturais de SUA, cumprindo salientar que os exames de imagem permitem a identificação do diagnóstico etiológico entre essas causas, além de possibilitar a programação do tratamento a ser instituído, seja ele de ordem clínica ou cirúrgica. Entre as causas estruturais, os exames de imagem podem caracterizar, com diferentes valores de acurácia, os pólipos, adenomiose, leiomioma, malignidade e hiperplasia. Já entre as causas não estruturais, os exames de imagem podem contribuir no diagnóstico de causas ovulatórias como a síndrome

dos ovários policísticos (critério ultrassonográfico utilizado nos consensos de Rotterdam e AE-PCOS) e aquelas não classificadas de outra maneira, como istmocele e malformações arteriovenosas (Figura 1). A seguir, será apresentada de maneira pormenorizada a relevância dos exames de imagem nas causas de SUA.



**Figura 1.** Causas de sangramento uterino anormal pelo sistema PALM-COEIN. Em destaque estão apresentados os diagnósticos etiológicos em que os exames de imagem apresentam relevância para o diagnóstico

## PÓLIPOS

Os pólipos endometriais são projeções de endométrio para o interior da cavidade endometrial. Microscopicamente, os pólipos endometriais são tipicamente uma mistura de tecido fibroso denso, canais vasculares grandes e de paredes espessas e espaços glandulares de formas e tamanhos variados, cobertos por epitélio superficial. Podem ser múltiplos ou únicos, sésseis ou pediculados. Ocasionalmente, projetam-se através do orifício cervical externo e podem ser vistos no exame especular (Figura 2). A prevalência ao longo da vida varia amplamente, de 7% a 35%, dependendo do método diagnóstico e da população estudada.<sup>(5)</sup> Evidências demonstram que a prevalência de pólipos parece aumentar com a idade.<sup>(6)</sup> A maioria dos pólipos endometriais é benigna, com incidência de malignidade de 1,1%, em mulheres no período reprodutivo, até 4,9%, em mulheres na menopausa.<sup>(7)</sup> Embora o sangramento seja uma apresentação comum, as mulheres com pólipo podem permanecer assintomáticas e apresentar esse achado incidental em exames de imagem solicitados para investigação de outras condições. Entre os exames de imagem, a ultrassonografia pélvica pela via transvaginal (USG-TV) é o exame de primeira escolha. De maneira geral, o padrão ultrassonográfico da imagem é caracterizado pela presença de formação ecogênica de limites precisos localizada no interior da cavidade endometrial (Figura 3). Para minimizar as taxas de resultados falso-positivos ou falso-negativos, prefere-se a realização do exame na primeira fase do ciclo menstrual. A especificidade do exame pode ser aumentada para valores superiores a 95% quando da visibilização, ao estudo Doppler, do pedículo vascular. Espaços císticos correspondentes



a glândulas dilatadas preenchidas com fluido proteico podem ser vistos dentro do pólipo. Em um único grande estudo prospectivo avaliando as causas de SUA, os valores de sensibilidade e especificidade, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN) relatados da USG-TV para o diagnóstico de pólipos endometriais foram de 86%, 94%, 91% e 90%, respectivamente.<sup>(8)</sup>

O uso de ultrassonografia com infusão salina ou histerossonografia aumenta o contraste ultrassonográfico da cavidade endometrial, permitindo delinear o tamanho, a topografia e outras características de um pólipo endometrial. Trata-se da USG-TV combinada com a infusão de solução salina estéril por meio de um cateter inserido na cavidade uterina. Estudo comparativo prospectivo demonstrou que o uso de solução salina como meio de contraste melhorou significativamente a acurácia do exame, em comparação à USG-TV isoladamente, uma vez que possibilitou a detecção de pequenas lesões que não foram identificadas pela ultrassonografia sem contraste.<sup>(9)</sup> A diferenciação de pólipos endometriais e nódulos submucosos pode ser difícil, mas o exame da ecotextura da lesão, a identificação do endométrio ecogênico sobrejacente e a aplicação do estudo Doppler podem oferecer características úteis para distinguir os dois.

A histerossalpingografia, solicitada de maneira geral para investigação de outra condição da paciente, pode definir os pólipos endometriais como defeitos de enchimento inespecíficos dentro da cavidade endometrial, com reduzido VPP.<sup>(10)</sup> Dessa forma, não é exame de imagem recomendado para o diagnóstico dos pólipos endometriais.

A histeroscopia com biópsia guiada é o padrão-ouro no diagnóstico de pólipos endometriais. A principal vantagem da histeroscopia é a capacidade de visibilizar a cavidade endometrial e possibilitar a remoção dos pólipos simultaneamente, procedimento que pode ser realizado em ambiente ambulatorial. A histeroscopia diagnóstica sozinha permite apenas avaliação subjetiva do tamanho, topografia e propriedades da lesão, com valores de sensibilidade de 58% a 99%, especificidade de 87% a 100%, VPP de 21% a 100% e VPN de 66% a 99% quando comparada com a histeroscopia com biópsia guiada (Figura 4).<sup>(11,12)</sup>

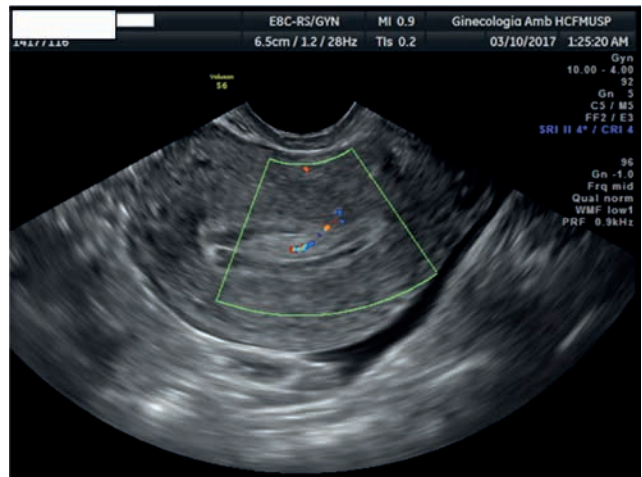
## ADENOMIOSE

A adenomiose é caracterizada pela presença de glândulas e estroma no miométrio subjacente, podendo ser localizada ou difusa. As taxas de prevalência variam de 5% a 70% das mulheres.<sup>(13)</sup> A adenomiose está associada a uma ampla variedade de sintomas que podem ou não ser devidos diretamente à doença. A imagem é essencial para um diagnóstico preciso e tratamento personalizado, incluindo tratamento clínico ou cirúrgico conservador. Portanto, as técnicas de imagem são cruciais para fazer um diagnóstico e permitir estudos futuros avaliando



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 2.** Formação polipoide se exteriorizando pelo orifício externo do canal endocervical visibilizada em exame especular



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 3.** Ultrassonografia pélvica transvaginal realizada durante a primeira fase do ciclo menstrual (observar o aspecto de endométrio trilaminar). No corte sagital do corpo uterino, é verificada formação ecogênica homogênea de limites precisos no interior da cavidade endometrial. Notar a presença de pedículo vascular ao estudo Doppler. Imagem sugestiva de pólipo endometrial



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 4.** Formação polipoide múltipla visibilizada em exame de histeroscopia com meio de distensão líquido

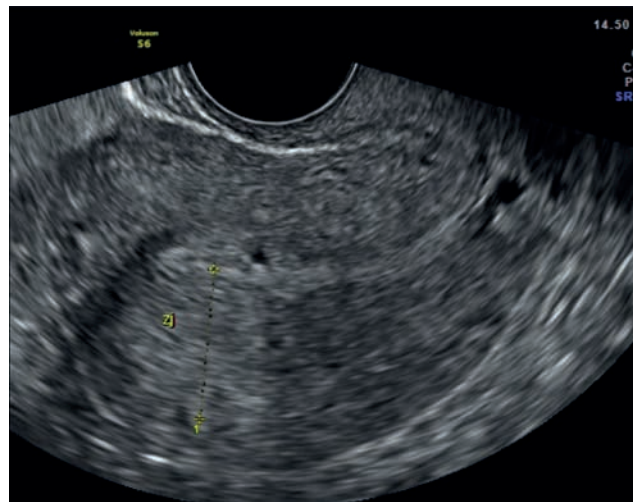
alterações no aparecimento de adenomiose durante o ciclo menstrual, terapias hormonais, tratamento de fertilidade e gravidez. Atualmente, a USG-TV é o exame de imagem de primeira linha, enquanto técnicas como a ressonância magnética apresentam papel mais complementar. Vários critérios ultrassonográficos têm sido utilizados para o diagnóstico de adenomiose, incluindo aumento do volume uterino, assimetria da espessura da parede uterina anterior e posterior, presença de áreas miometriais heterogêneas, achados de áreas anecoicas no miométrio (cistos miometriais), presença de estrias ecogênicas e nódulos ecogênicos subendometriais, interface endométrio-miométrio irregular, má definição e espessamento da zona juncional<sup>(14)</sup> (Figuras 5-7). A imagem com estudo Doppler de fluxo colorido melhora a avaliação da adenomiose ao avaliar a localização, a quantidade e o tipo de fluxo vascular. Essa técnica pode ser usada para diferenciar adenomiose focal de leiomiomas uterinos, e a precisão diagnóstica geral do uso de USG-TV com Doppler colorido para adenomiose é de 93,8%.<sup>(15)</sup>

A instilação de infusão salina na cavidade uterina para realização de histerossonografia pode mostrar continuidade entre os espaços císticos subendométricos característicos da doença e a cavidade endometrial. Divertículos em forma de chama ou pirulito (*lollipop like diverticula*), que se estendem da camada do endométrio até a parede do miométrio, podem ser demonstrados.<sup>(16)</sup>

O diagnóstico de adenomiose por ressonância magnética está essencialmente ligado às características da zona juncional, mas inclui também sinais diretos e indiretos da presença de glândulas endometriais no miométrio, bem como hipertrofia de células musculares lisas. A adenomiose típica aparece como uma área mal delimitada de baixo sinal nas imagens ponderadas em T2, representando a hiperplasia do músculo liso e o tecido endometrial heterotópico. Além disso, cistos intramiometriais e pequenas áreas de alta intensidade de sinal referentes ao endométrio ectópico também podem ser detectados na ressonância magnética nas sequências ponderadas em T2. Da mesma forma, as sequências ponderadas em T1 contribuem para o diagnóstico de adenomiose, permitindo a identificação de focos de alto sinal representando áreas de hemorragia, com elevado VPP, porém com baixa sensibilidade.<sup>(17)</sup> A histeroscopia permite a visualização direta da cavidade uterina, e sinais endometriais sugestivos de adenomiose podem ser identificados, como hipervascularização endometrial, defeitos endometriais e cistos hemorrágicos submucosos.<sup>(18)</sup>

## LEIOMIOMA

Os leiomiomas uterinos são a neoplasia benigna de músculo liso mais frequente, afetando cerca de 70% das mulheres em idade reprodutiva, e apenas um terço delas apresenta tumores clinicamente aparentes.<sup>(19)</sup>



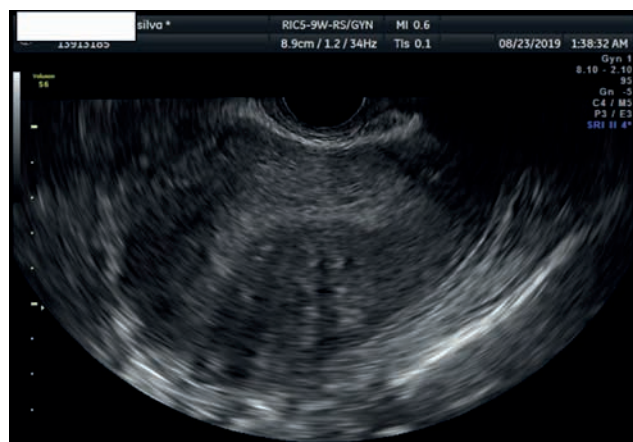
Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 5.** Zona juncional espessada identificada em exame de ultrassonografia pélvica transvaginal



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 6.** Presença de estrias ecogênicas e nódulos ecogênicos subendometriais. Pode-se observar também a presença de cisto subendometrial, bem como ilhotas hiperecogênicas distribuídas no miométrio



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 7.** Sombra acústica em formato de persiana (*fan shaped shadowing*)



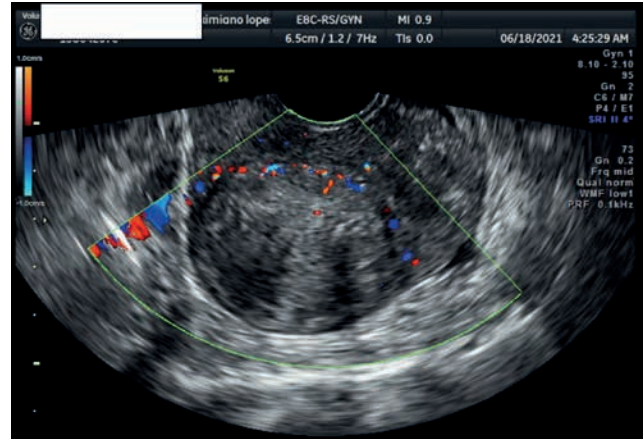
A gravidade dos sintomas geralmente depende do tamanho, número e topografia do nódulo. Sendo assim, uma descrição detalhada e precisa dos nódulos no laudo ultrassonográfico é essencial para um bom planejamento do tratamento cirúrgico e prevenção de complicações. A ultrassonografia pélvica, de preferência realizada pela via transvaginal, é o exame de primeira linha na identificação e caracterização da doença miometrial. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) desenvolveu sistema de classificação para descrever e classificar os nódulos de acordo com sua localização, ajudando a definir a relação dos leiomiomas com o endométrio, miométrio e útero. Posteriormente, o grupo MUSA (*Morphological Uterus Sonographic Assessment*) ratificou a classificação da FIGO, adotando-a para descrever a localização dos nódulos.<sup>(14)</sup>

Na ultrassonografia, o nódulo uterino geralmente é caracterizado como lesão sólida, arredondada, bem definida, hipocogênica e heterogênea. Ao estudo Doppler colorido, o fluxo circunferencial ao redor da lesão é muitas vezes visível (Figura 8). Os nódulos submucosos têm maior probabilidade de causar SUA, independentemente do tamanho, sendo também mais refratários ao tratamento clínico medicamentoso (Figura 9). Histerossonografia pode ser realizada se for necessário melhor esclarecimento da topografia do nódulo submucoso, especialmente se intervenções cirúrgicas minimamente invasivas como a miomectomia histeroscópica estiverem sendo consideradas. Revisão sistemática com metanálise analisando o desempenho da histerossonografia em comparação com a histeroscopia observou acurácia diagnóstica semelhante entre os métodos.<sup>(20)</sup> Por fim, a ultrassonografia 3D pode facilitar a avaliação espacial, permitindo caracterização e localização mais precisas dos nódulos do que a ultrassonografia bidimensional (Figura 10).

A ressonância magnética também é exame de imagem que pode ser considerado na avaliação dos nódulos miometriais, sobretudo nos casos de abordagem conservadora do útero, em que a ultrassonografia pélvica encontrou limitações seja devido ao volume uterino (>350/400 mL) ou à presença de múltiplos nódulos.<sup>(21)</sup>

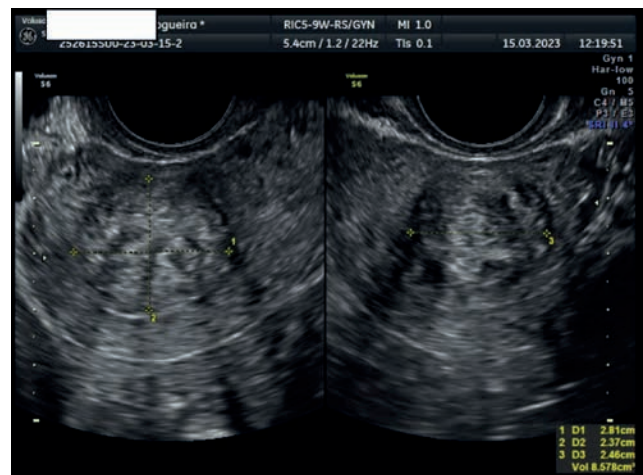
## MALIGNIDADE E HIPERPLASIA

O sintoma mais comum da neoplasia de endométrio é o sangramento genital; no entanto, neoplasias como da vagina ou colo do útero também podem cursar com sangramento anormal. Portanto, é importante o exame físico ginecológico da paciente, incluindo a realização do exame de citologia oncológica, para eliminar esses diagnósticos. A hiperplasia endometrial (HE) é lesão precursora do câncer de endométrio. Em 2002, o *Endometrial Collaborative Group* (ECG) definiu um sistema de classificação alternativo àquele definido em 1994 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que contemplava quatro tipos de HE em função da



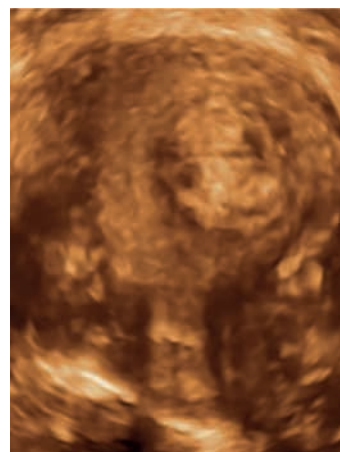
Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 8.** Visibilizado nódulo miometrial hipocogênico heterogêneo de limites definidos com vascularização periférica ao estudo Doppler colorido



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 9.** Nódulo submucoso heterogêneo caracterizado pelo sistema de classificação da FIGO como FIGO 2 (notar componente intramural ≥ 50%)



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

**Figura 10.** Ultrassonografia 3D evidenciando nódulo submucoso em topografia de fundo/lateral esquerdo classificado como FIGO 1 (<50% de componente intramural)

arquitetura do estroma, número de glândulas, complexidade e presença ou não de atipia. No sistema ECG, eram definidas três categorias: HE, neoplasia intraepitelial endometrial (NIE) e adenocarcinoma. Em 2015, a OMS separou esse diagnóstico em dois grupos: hiperplasia sem atipia e hiperplasia com atipia/NIE.<sup>(22)</sup> O exame de imagem por si só pode não diagnosticar essas condições, portanto uma anamnese detalhada, com avaliação de fatores de risco para neoplasia de endométrio, deve ser conduzida. Amostragem endometrial para exame histopatológico é necessária para o diagnóstico definitivo.<sup>(23,24)</sup>

## OVULATÓRIAS: SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

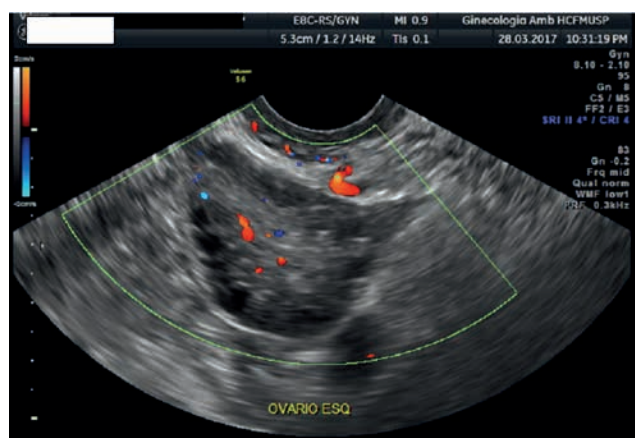
A síndrome dos ovários policísticos é a endocrinopatia mais comum entre mulheres em idade reprodutiva. A USG-TV apresenta-se como método diagnóstico na identificação do critério ultrassonográfico presente nos consensos de Rotterdam e *Androgen Excess and PCOS Society* (AE-PCOS), em que é necessária a presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano total maior ou igual 10 cm<sup>3</sup> (exceto se houver cisto funcional; nesse caso deve-se repetir o exame no ciclo seguinte) em um ou ambos os ovários<sup>(25)</sup> (Figura 11).

## NÃO CLASSIFICADAS DE OUTRA MANEIRA

Nessa categoria incluem-se condições que são mal definidas ou raras que levam ao SUA e não se encaixam no sistema de classificação. Incluídos aqui estão as malformações arteriovenosas, a hipertrofia miometrial e os defeitos de cicatriz de cesariana<sup>(26,27)</sup> (Figuras 12 e 13).

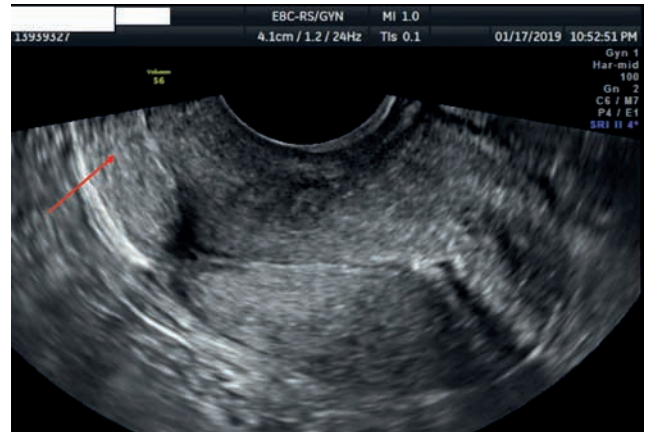
## CONCLUSÃO

O SUA é queixa frequente no consultório do ginecologista. O processo de investigação se inicia a partir da



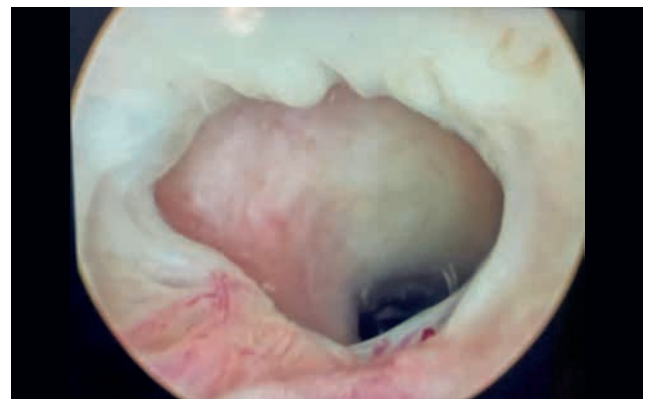
Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

Figura 11. Ovário com volume aumentado e padrão micropolicístico



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

Figura 12. Presença de divertículo (istmocele) em região de istmo visibilizado ao exame ultrassonográfico (identificado por seta)



Fonte: Imagem obtida a partir do acervo pessoal do autor.

Figura 13. Visão histeroscópica da região de istmo. Notar a presença de retração, divertículo em parede uterina anterior

anamnese detalhada e exame físico minucioso, seguidos da solicitação de exames complementares, conforme indicado. A ultrassonografia pélvica, entre os exames complementares de imagem, é o que mais fornece dados para o diagnóstico, bem como para a condução dos casos de SUA, sendo, portanto, exame de primeira linha a ser solicitado no processo de investigação.

## REFERÊNCIAS

- Benetti-Pinto CL, Rosa-E-Silva AC, Yela DA, Soares Júnior JM. Abnormal uterine bleeding. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(7):358-68. doi: 10.1055/s-0037-1603807
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011
- Munro MG, Critchley H, Fraser IS. Research and clinical management for women with abnormal uterine bleeding in the reproductive years: more than PALM-COEIN. *BJOG.* 2017;124(2):185-9. doi: 10.1111/1471-0528.14431
- Wouk N, Helton M. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician.* 2019;99(7):435-43.

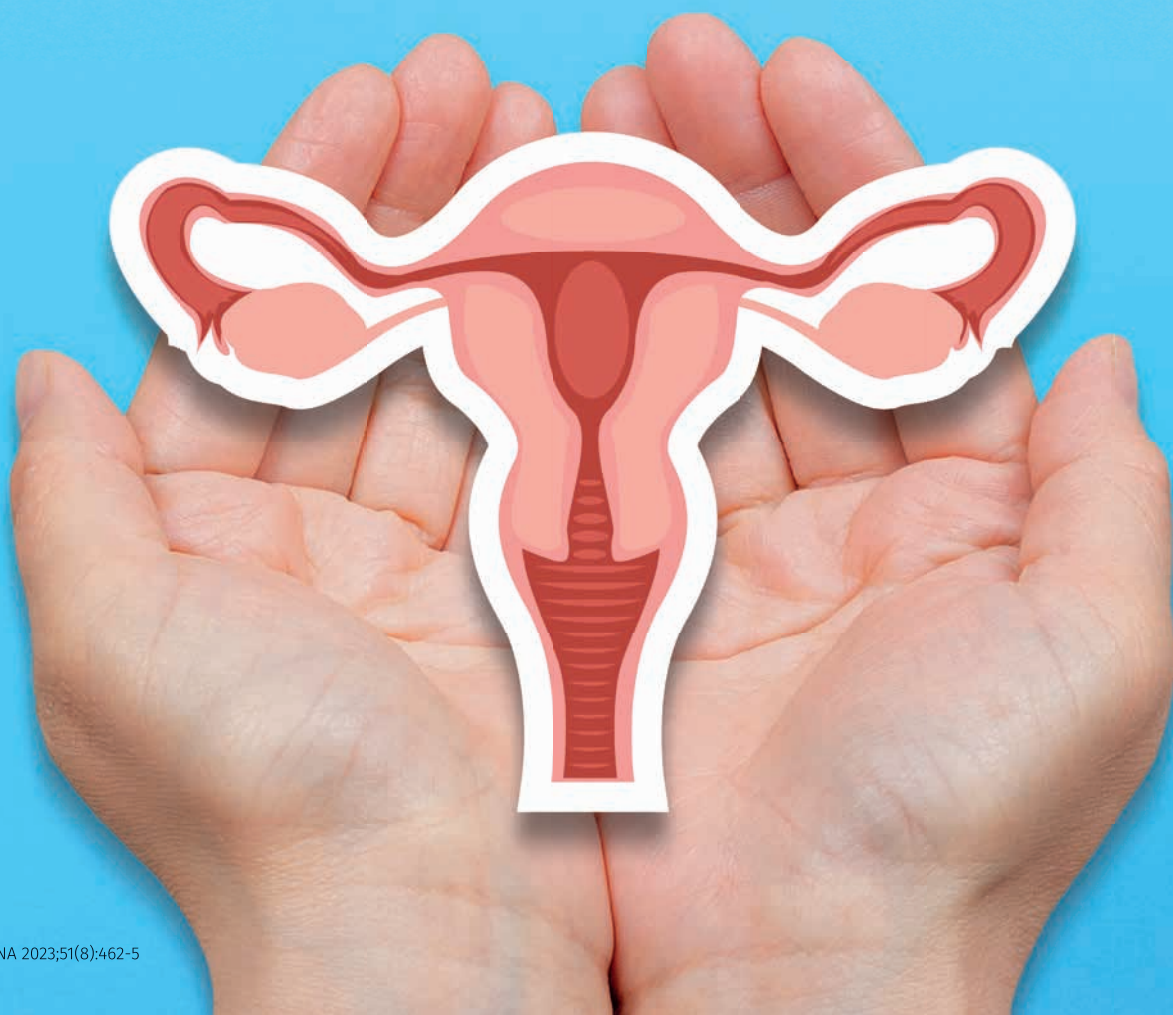


5. Raz N, Feinmesser L, Moore O, Haimovich S. Endometrial polyps: diagnosis and treatment options – a review of literature. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2021;30(5):278-87. doi: 10.1080/13645706.2021.1948867
6. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, Campbell N, Abbott J. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(5):569-81. doi: 10.1016/j.jmig.2011.05.018
7. Uglietti A, Buggio L, Farella M, Chiaffarino F, Drudi D, Vercellini P, et al. The risk of malignancy in uterine polyps: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;237:48-56. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.04.009
8. Vercellini P, Cortesi I, Oldani S, Moschetta M, De Giorgi O, Crosignani PG. The role of transvaginal ultrasonography and outpatient diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with menorrhagia. *Hum Reprod.* 1997;12(8):1768-71. doi: 10.1093/humrep/12.8.1768
9. Schwärzler P, Concin H, Bösch H, Berlinger A, Wohlgenannt K, Collins WP, et al. An evaluation of sonohysterography and diagnostic hysteroscopy for the assessment of intrauterine pathology. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1998;11(5):337-42. doi: 10.1046/j.1469-0705.1998.11050337.x
10. Traina E, Mattar R, Moron AF, Albuquerque Neto LC, Matheus ED. [Diagnostic accuracy of hysterosalpingography and transvaginal sonography to evaluate uterine cavity diseases in patients with recurrent miscarriage]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(7):527-33. Portuguese.
11. Birinyi L, Daragó P, Török P, Csiszár P, Major T, Borsos A, et al. Predictive value of hysteroscopic examination in intrauterine abnormalities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;115(1):75-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2003.09.048
12. Lo KW, Yuen PM. The role of outpatient diagnostic hysteroscopy in identifying anatomic pathology and histopathology in the endometrial cavity. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7(3):381-5. doi: 10.1016/s1074-3804(05)60482-3
13. Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(4):569-82. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.01.005
14. Van den Bosch T, Dueholm M, Leone FP, Valentin L, Rasmussen CK, Votino A, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;46(3):284-98. doi: 10.1002/uog.14806
15. Andres MP, Borrelli GM, Ribeiro J, Baracat EC, Abrão MS, Kho RM. Transvaginal ultrasound for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(2):257-64. doi: 10.1016/j.jmig.2017.08.653
16. Cunningham RK, Horrow MM, Smith RJ, Springer J. Adenomyosis: a sonographic diagnosis. *Radiographics.* 2018;38(5):1576-89. doi: 10.1148/rg.2018180080
17. Zhang M, Bazot M, Tsatoumas M, Munro MG, Reinhold C. MRI of adenomyosis: where are we today? *Can Assoc Radiol J.* 2023;74(1):58-68. doi: 10.1177/08465371221114197
18. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Santangelo F, Zizolfi B, Tanos V, Perino A, et al. The role of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of adenomyosis. *Biomed Res Int.* 2017;2017:2518396. doi: 10.1155/2017/2518396
19. Islam MS, Protic O, Giannubilo SR, Toti P, Tranquilli AL, Petraglia F, et al. Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98(3):921-34. doi: 10.1210/jc.2012-3237
20. Bittencourt CA, Dos Santos Simões R, Bernardo WM, Fuchs LF, Soares Júnior JM, Pastore AR, et al. Accuracy of saline contrast sonohysterography in detection of endometrial polyps and submucosal leiomyomas in women of reproductive age with abnormal uterine bleeding: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(1):32-9. doi: 10.1002/uog.17352
21. Ahmad A, Kumar M, Bhoi NR, Badruddeen, Akhtar J, Khan MI, et al. Diagnosis and management of uterine fibroids: current trends and future strategies. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2023;34(3):291-310. doi: 10.1515/jbcpp-2022-0219
22. Emons G, Beckmann MW, Schmidt D, Mallmann P; Uterus commission of the Gynecological Oncology Working Group (AGO). New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015;75(2):135-6. doi: 10.1055/s-0034-1396256
23. Braun MM, Overbeek-Wager EA, Grumbo RJ. Diagnosis and management of endometrial cancer. *Am Fam Physician.* 2016;93(6):468-74.
24. Armstrong AJ, Hurd WW, Elguero S, Barker NM, Zanotti KM. Diagnosis and management of endometrial hyperplasia. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(5):562-71. doi: 10.1016/j.jmig.2012.05.009
25. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2018;110(3):364-79. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.05.004
26. Dominguez JA, Pacheco LA, Moratalla E, Carugno JA, Carrera M, Perez-Milan F, et al. Diagnosis and management of isthmocele: a SWOT analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023 Feb 2. doi: 10.1002/uog.26171. [Ahead of print].
27. Hoang VT, Van HA, Trinh CT, Pham NT, Huynh C, Ha TN, et al. Uterine arteriovenous malformation: a pictorial review of diagnosis and management. *J Endovasc Ther.* 2021;28(5):659-75. doi: 10.1177/15266028211025022

# Sangramento uterino anormal: o que é preciso para um bom diagnóstico

Identificar a causa é fundamental para tratar corretamente o SUA e promover melhor qualidade de vida às pacientes

Por Letícia Martins





O sangramento uterino anormal (SUA) é um problema frequente que causa grande impacto na qualidade de vida de 10% a 30% das mulheres em idade reprodutiva. Ele é definido como perda menstrual anormal em duração, regularidade, volume ou frequência. As causas variam de acordo com a faixa etária e podem ser estruturais ou não estruturais.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classifica as causas de SUA não relacionado à gestação sob o acrônimo PALM-COEIN. O PALM refere-se às causas estruturais: Pólipos, Adenomiose, Leiomiomas e Malignidade e/ou hiperplasia de endométrio. Já o COEIN está relacionado às causas não estruturais: Coagulopatia, Ovulação disfuncional, Endométrio disfuncional, Iatrogenia, como uso de hormônios ou medicamentos que interfiram na homeostase, e, por fim, causas Não classificadas.

Normalmente, a primeira desconfiança sobre o problema parte da própria mulher, ao comparar os diferentes padrões do fluxo menstrual dela. Um estudo recente da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), endossado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e publicado em março deste ano, avaliou 1.928 mulheres nas cinco regiões do Brasil e encontrou prevalência de SUA autopercebido de 31,4%. De acordo com esse estudo, que foi inédito no Brasil, a faixa etária acima de 50 anos teve a maior prevalência de SUA, com 48%, seguida da faixa etária entre 40-49 anos, com prevalência de 40,5%. “Nesse estudo brasileiro, entre as pacientes que tinham diagnóstico etiológico de SUA, as causas mais comuns foram os leiomiomas (37%), a adenomiose (26%) e os distúrbios ovulatórios (24%)”, cita a **Dra. Andrea Prestes Nâcul**, membro da Comissão de Ginecologia Endócrina da Febrasgo, coordenadora da Unidade de Reprodução Humana do Hospital Fêmeina – Grupo Hospitalar Conceição e preceptora da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Fêmeina, em Porto Alegre (RS).

Os sintomas de SUA podem variar. “As causas estruturais, como os miomas e a adenomiose, geralmente estão associadas com queixa de dor pélvica, especialmente a dismenorreia. É muito importante verificar a presença de sintomas sugestivos de anemia, especialmente no SUA agudo, como a falta de ar e o cansaço. O sangramento de contato ou sinusorragia pode estar associado



**“As mulheres com queixas de SUA devem ser acolhidas e prontamente avaliadas no sentido de buscar a causa do sangramento, tranquilizá-las e dar suporte para todos os sintomas associados”, recomenda a Dra. Andrea Prestes Nâcul.**

com doença inflamatória pélvica (DIP), cervicites ou até mesmo câncer cervical”, acrescenta a Dra. Andrea.

O SUA está associado com repercussões sociais, emocionais, econômicas e físicas, repercutindo de forma significativa na qualidade de vida dessas mulheres. Por isso, a médica sublinha: “As mulheres com queixa de SUA agudo ou crônico devem ser acolhidas e prontamente avaliadas no sentido de buscar a causa do sangramento, tranquilizá-las e dar suporte para todos os sintomas associados”.

O diagnóstico pode variar dependendo de vários fatores, entre eles o nível de conscientização do público feminino e a qualidade da educação médica. “Muitas mulheres podem não estar cientes do que constitui sangramento uterino anormal e podem ignorar ou minimizar seus sintomas. Isso pode levar a atrasos na busca por atendimento médico. Por outro lado, profissionais de saúde podem não estar adequadamente informados sobre as últimas diretrizes acerca do diagnóstico e do tratamento para sangramento uterino anormal. Isso pode resultar em diagnósticos imprecisos e/ou tratamentos ineficazes”, declara o **Dr. Ricardo dos Santos Simões**, mestre e doutor em Ginecologia e professor da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Ele pontua que, em algumas comunidades, existe ainda um estigma em torno de questões relacionadas ao sistema reprodutor feminino, o que também levaria a um atraso na busca de ajuda médica.

E mesmo quando a mulher procura atendimento médico, a disponibilidade de exames e recursos diagnósticos muitas vezes é limitada, resultando em atrasos na confirmação da doença. O Brasil, com sua dimensão continental e realidades regionais tão distintas, falha muitas vezes em diagnosticar e tratar essas pacientes no tempo oportuno. “Toda mulher com sintomas de SUA deveria ter acesso a uma consulta médica e aos exames essenciais como hemograma e ultrassonografia na própria unidade básica de saúde ou perto dela, num prazo breve. Mas ainda existem muitas pessoas que não conseguem ser atendidas e tratadas no prazo adequado”, expõe o **Dr. Fernando Reis**, professor titular da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Endócrina da Febrasgo. “Os casos de indicação cirúrgica também deveriam ser conduzidos no Sistema Único de Saúde com relativa celeridade”, ressalta.



**“É importante que as mulheres sejam encorajadas a buscar atendimento médico e que os profissionais de saúde estejam bem-informados sobre as melhores práticas de diagnóstico e tratamento para o SUA”, afirma o Dr. Ricardo dos Santos Simões.**



**“Toda mulher com sintomas de SUA deveria ter acesso a uma consulta médica e aos exames essenciais na própria unidade básica de saúde ou perto dela, num prazo breve”, expõe o Dr. Fernando Reis.**

## ANAMNESE: O PONTO DE PARTIDA PARA O DIAGNÓSTICO CORRETO

Para diagnosticar o SUA, é essencial fazer uma boa anamnese e identificar os fatores etiológicos, como explica o ginecologista **Dr. Edmund Chada Baracat**, professor titular da Disciplina de Ginecologia da FMUSP, professor emérito da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e ex-presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp – 1994-1997) e da Febrasgo (1997-2005). “No passado nós considerávamos o sangramento uterino anormal não estrutural como sendo um diagnóstico provisório até que se conseguisse demonstrar uma causa estrutural. Na maioria das vezes, o tratamento era clínico. Fazíamos o chamado teste terapêutico, utilizando estrogênio isolado ou associado a um progestagênio. Se o sangramento não melhorasse em até três a quatro dias, era preciso rever o diagnóstico e procurar uma causa orgânica estrutural. Diagnosticar a causa é fundamental para poder instituir o melhor tratamento e, para isso, é necessário fazer uma boa anamnese da paciente, levantar a história clínica bem pormenorizada dela, realizar exames físico geral e ginecológico e, se houver necessidade, solicitar os exames complementares”, declara o Dr. Baracat, acrescentando: “A ultrassonografia pélvica, além dos exames hematológicos, é o exame de primeira linha que o médico deve solicitar para continuar a investigação de SUA”.

Os Drs. Ricardo, Ayrton, Baracat e José Maria Soares Júnior, membro da CNE de Ginecologia Endócrina da Febrasgo, professor associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, assinam o artigo de capa desta edição de *Femina* que salienta também a importância do diagnóstico por imagem em pacientes com SUA. “O artigo apresenta a ultrassonografia pélvica, realizada de preferência pela via transvaginal, quando possível, como o exame de primeira linha na investigação das causas estruturais/anatômicas de sangramento uterino anormal”, afirma o Dr. Ricardo. Recomendamos, portanto, a leitura do artigo.

O **Dr. Ayrton Roberto Pastore**, professor livre-docente do Departamento de Radiologia da FMUSP, coordenador do Setor de Ultrassonografia do Ambulatório de

Ginecologia do Hospital das Clínicas da FMUSP e membro das Academias Brasileira e Latino-Americana de Ultrassonografia, expõe as vantagens da ultrassonografia: “É um exame de alta acurácia, relativamente simples de ser feito e praticamente sem complicações para a paciente, sendo indispensável no consultório dos ginecologistas. Devido ao custo-benefício, a ultrassonografia é uma espécie de estetoscópio dos médicos nas mais diversas especialidades e, na ginecologia, se tornou um exame complementar de primeira linha para diagnosticar o sangramento uterino anormal”, declara.

O Dr. Ayrton explica que uma técnica utilizada quando a paciente apresenta alterações, principalmente na cavidade uterina, é colocar um pouco de soro fisiológico ou um contraste ultrassonográfico ao fazer o ultrassom. Segundo ele, essa técnica, conhecida como histerossonografia, possibilita ver pólipos e miomas submucosos e ter uma precisão símile à da histeroscopia, mas com a vantagem de informar o quanto esses módulos se encontram inseridos também no miométrio. “Ou seja, o ultrassom possibilita orientar melhor o médico clínico na prescrição terapêutica e o cirurgião para que possa fazer um procedimento com risco minimamente invasivo”, afirma.

Com 45 anos de experiência em ultrassonografia, o Dr. Ayrton ressalta a importância do fator tempo no diagnóstico das doenças ginecológicas e do conhecimento técnico do médico. “O médico é uma espécie de caçador atrás de uma presa que muitas vezes fica escondida. O bom caçador é aquele que sabe exatamente o que a presa faz e a identifica o mais rápido possível”, compara. De acordo com o Dr. Ayrton, além de ouvir a paciente (fazer a anamnese), é preciso conhecer bem a fisiopatologia das doenças e usar o recurso tecnológico a seu favor.

“Hoje se faz justamente o inverso. A paciente procura o médico, mas ele praticamente não conversa com ela e resolve solicitar uma série de exames, muitas vezes caros e até desnecessários. Ao passo que, se ele fizesse uma anamnese bem regida e solicitasse o ultrassom, ganharia tempo no que é mais importante: na relação médico-paciente, que será fortalecida, e no diagnóstico preciso”, analisa o Dr. Ayrton.

A importância da anamnese também é destacada pela **Dra. Daniela Angerame Yela Gomes**, membro da CNE de Ginecologia Endócrina da Febrasgo e professora livre-docente da Unicamp: “Acredito que o acesso da população a métodos diagnósticos de baixa complexidade, como o ultrassom, que consegue diferenciar o SUA em causas



**“A ultrassonografia pélvica, além dos exames hematológicos, é o exame de primeira linha que o médico deve solicitar para continuar a investigação de SUA”, destaca o Dr. Edmund Chada Baracat.**



estruturais (PALM) e não estruturais (COEIN) ainda seja um grande desafio no Brasil. Mas acredito que realizar uma minuciosa anamnese e o exame físico pode auxiliar quando há carência de exames complementares”.

Tanto no consultório médico quanto na emergência ginecológica, uma boa anamnese da paciente com SUA inclui questionamentos a respeito do padrão menstrual usual, bem como da extensão do episódio recente e se houve episódios prévios, como orienta a Dra. Andrea: “Perguntar se a paciente tem atividade sexual, qual método contraceptivo utiliza e se há sintomas de gravidez é muito importante para descartar gestação e abortamento. A DIP sempre deve ser pensada se a paciente refere febre, desconforto abdominal, dispareunia, sinusorragia ou corrimento vaginal”.

Ela esclarece que alterações da pilificação, sonolência e galactorreia (produção de leite fora do período de amamentação) podem sugerir distúrbios da ovulação como a síndrome dos ovários policísticos, hipotireoidismo e hiperprolactinemia. “Questionar sobre doenças sistêmicas, como doenças hematológicas, insuficiência renal ou insuficiência hepática, bem como sobre o uso de medicamentos que possam interferir com a homeostase, como os anticoagulantes, e questionar também sobre quando foi realizado o último citopatológico do colo uterino também é fundamental”, afirma a Dra. Andrea.

## TRATAMENTO DO SUA

O tratamento do SUA depende de sua etiologia: geralmente cirúrgico para causas estruturais e clínico se for não estrutural. “O diagnóstico etiológico direciona a terapêutica e está diretamente associado ao sucesso do tratamento. Quando avaliamos as causas por faixa etária, a muito frequente nas mulheres jovens ou na perimenopausa é a anovulação e, assim, o tratamento mais indicado é o medicamentoso. Na pós-menopausa, em geral, o tratamento é cirúrgico”, aponta a Dra. Daniela.

Ela cita as opções cirúrgicas para o tratamento do SUA: curetagem, embolização das artérias uterinas, ablação endometrial, miomectomia, polipectomia e histerectomia. “A histeroscopia apresenta alta eficácia no tratamento dos pólipos endometriais (método padrão-ouro para o tratamento) e dos miomas submucosos. Para mulheres com SUA, a histeroscopia foi introduzida como uma alternativa viável ou mesmo superior à histerectomia em alguns casos”, afirma a professora da Unicamp.



**“A ultrassonografia é um exame de alta acurácia, relativamente simples de ser feito e praticamente sem complicações para a paciente”, afirma o Dr. Ayrton Roberto Pastore.**



**“O diagnóstico etiológico direciona a terapêutica e está diretamente associado ao sucesso do tratamento”, diz a Dra. Daniela Yela Gomes.**

As recomendações para o acompanhamento de pacientes com SUA podem variar dependendo da causa subjacente do sangramento, da idade da paciente, das condições de saúde gerais e do tratamento realizado. No entanto, algumas diretrizes gerais podem ser consideradas. O Dr. Ricardo cita elas:


**Acompanhamento médico regular:** é importante que as pacientes com histórico de SUA tenham acompanhamento médico regular com um profissional de saúde, em especial o ginecologista. Isso permite monitorar a eficácia do tratamento e avaliar quaisquer mudanças nas condições;

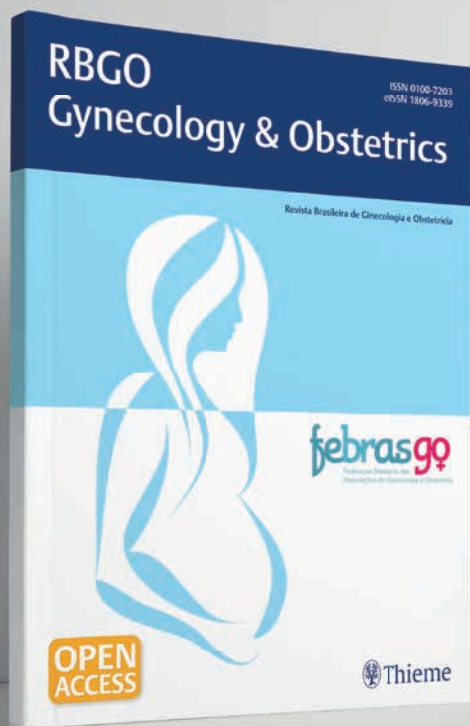
**Avaliação da causa subjacente:** se o diagnóstico específico da causa do SUA ainda não foi identificado, é importante realizar exames adicionais ou acompanhamento para determinar a causa subjacente. Isso pode incluir exames de imagem e exames laboratoriais, conforme necessário;

**Tratamento contínuo:** dependendo da causa do sangramento, as pacientes podem ser submetidas a tratamento clínico medicamentoso. O acompanhamento em longo prazo envolve avaliar a eficácia dessa terapia e ajustá-la conforme necessário;

**Monitoramento de efeitos colaterais:** alguns tratamentos, como medicamentos hormonais, podem ter efeitos colaterais. O acompanhamento a longo prazo deve incluir a avaliação e o gerenciamento de quaisquer efeitos colaterais que possam surgir;

**Considerações reprodutivas:** para mulheres em idade reprodutiva que desejam ter filhos, o acompanhamento deve incluir discussões sobre as opções de tratamento que permitam uma gravidez saudável, além de uma avaliação da saúde reprodutiva.

Portanto, para que o SUA seja diagnosticado e tratado da melhor forma possível e em tempo oportuno, é crucial que haja investimentos em educação médica, conscientização pública, acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e uma boa anamnese. “Além disso, é importante que as mulheres sejam encorajadas a buscar atendimento médico quando enfrentarem problemas de saúde de ordem reprodutiva e que os profissionais de saúde estejam bem-informados sobre as melhores práticas de diagnóstico e tratamento para o SUA”, afirma o Dr. Ricardo. 



RBGO – Volume 44, Número 8, Agosto 2023

## Razões para submeter o seu manuscrito à RBGO

- Indexação: Medline/PubMed, SciELO, Scopus, LILACS, Scimago, Google Metrics
- Edição em inglês
- Periodicidade mensal
- Open Access: acesso livre e gratuito em qualquer parte do mundo
- Submissão de artigos eletronicamente pelo sistema ScholarOne
- Corpo editorial de excelência nacional e internacional
- Custo Zero: autores não pagam qualquer taxa para a publicação

## ▶ Escrever um artigo científico para publicação em um periódico não é tarefa fácil

Autores costumam cometer falhas na redação que certamente vão culminar na recusa da publicação por parte dos revisores e editores. Muitas vezes as falhas não são na parte científica, mas sim do ponto de vista editorial. Frequentemente são cometidos erros por autores ainda inexperientes, mas que não foram observados pelos coautores (muitas vezes os próprios tutores ou orientadores) mais experientes, talvez simplesmente porque não tenham sido supervisionados por eles no momento da escrita. Por isso, o acompanhamento da redação do manuscrito pelo professor orientador/tutor é extremamente importante no treinamento do seu orientando. Na escrita científica não há espaço para contar histórias. Infelizmente, nos dias de hoje, muito se usa do copiar/colar frases inteiras, muitas vezes descoladas do contexto do trabalho e que são ali lançadas simplesmente para recheá-lo de referências bibliográficas. O texto científico deve ser compreensível e, para o leitor, deve ser descrito apenas o que for essencial sobre o assunto, de forma bastante compreensível e com muita objetividade. Nós, que usamos a língua portuguesa para nos comunicar, temos tendência a abusar da escrita, com frases prolongadas e argumentações repetitivas e com excesso de palavras. Tendemos a fazer isso até no momento da versão do texto para a língua inglesa, que é mais direta e “econômica” em seu repertório. Isso pode tornar o texto confuso e entediante para os leitores, visto que o inglês é a língua dominante no meio acadêmico, e essa falha linguística pode ser suficiente argumento para a rejeição de um *paper*.

ACESSE: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas-rbgo>

### EDITORIAL

#### Embracing a Sustainable Approach in Gynecology and Obstetrics: The Surgeon's Duty to Safeguard both Patient and Environment

Agnaldo Lopes da Silva Filho, Eduardo Batista Cândido, Mariana Seabra Leite Praça, Pedro Henrique Tannure Saraiva, Rívia Mara Lamaita, and Michel Canis

### ORIGINAL ARTICLES

#### HIGH RISK PREGNANCY/COVID-19

#### The Effect of SARS-CoV-2 Infection on Perinatal Outcomes in Hypertensive Disorders of Pregnancy

Nihat Farisoğulları, Ramazan Denizli, Bedri Sakcak, Atakan Tanacan, Özgür Kara, and Dilek Şahi

#### CONTRACEPTION/SEXUALITY

#### Comparison Between the Effect of the Information-Motivation-Behavioral (IMB) Model and Psychoeducational Counseling on Sexual Satisfaction and Contraception Method Used Under the Coercion of the Spouse in Iranian Women: A Randomized, Clinical Trial

Alieh Zarbaf, Atefeh Ahmadi, Elahe Rafati, Faezeh Ghorbani, Masumeh Ghazanfar Pour, and Katayoun Alidousti

#### Reproductive Planning and the Choice of Long-acting Reversible Contraceptive Primary to Health: A Cross-Sectional Study

João Paulo Turri Brufatto, Thais Machado Dias, Natália Bortoletto Dabreu, and Patricia Moretti Rehder

#### MENOPAUSE

#### Combined Aerobic and Strength Training Improves Dynamic Stability and can Prevent against Static Stability Decline in Postmenopausal Women: A Randomized Clinical Trial

Ana Claudia Fortaleza Marques, Fabrício Eduardo Rossi, Lucas Melo Neves, Tiego Aparecido Diniz, Iracimara de Anchieta Messias, José A. Barela, Fay B. Horak, and Ismael Forte Freitas Júnior

#### SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS/ONCOLOGY

#### Human Papillomavirus 16 Lineage d is Associated with High Risk of Cervical Cancer in the Brazilian Northeast Region

Luís Felipe Leite Martins, Miguel Ângelo Martins Moreira, Rodrigo Alves Pinto, Neilane Bertoni dos Reis, Shayany Pinto Felix, João Paulo Castello Branco Vidal, Leuridan Cavalcante Torres, Ariani Impieri Souza, and Liz Maria de Almeida

#### MASTOLOGY/RECOMMENDATIONS

#### Recommendations for the Screening of Breast Cancer of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Society of Mastology and Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Association

Linei Augusta Brochini Delle Urban, Luciano Fernandes Chala, Ivie Braga de Paula, Selma di Pace Bauab, Marcela Brisighelli Schaefer, Ana Lúcia Kefalás Oliveira, Carlos Shimizu, Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira, Paula de Camargo Moraes, Beatriz Medicis Maranhão Miranda, Flávia Engel Aduan, Salete de Jesus Fonseca Rego, Ellyete de Oliveira Canella, Henrique Lima Couto, Gustavo Machado Badan, José Luis Esteves Francisco, Thaís Paiva Moraes, Rosângela Requi Jakubiak, and João Emílio Peixoto

#### REVIEW ARTICLE

#### Amniotic Sludge and Prematurity: Systematic Review and Meta-analysis

Gabriel Duque Pannain, Ana Maria Gomes Pereira, Maria Luiza Toledo Leite Ferreira da Rocha, and Reginaldo Guedes Coelho Lopes

#### LETTER TO EDITOR

#### What Factors Affect Pain Tolerance during Hysteroscopy?

Cássia Fernanda dos Santos Rosa, Marianna Marques Rodrigues Dourado, Rebecca Schuster Dorea Leite, Laís Viana Aragão Almeida, Brenda Lima Meireles Martins, and Johnnatas Mikael Lopes



# Mudanças necessárias

A área da ginecologia e obstetrícia está mudando, renovando-se e buscando cada vez mais conhecimento. Nesse novo cenário, fazer parte de uma sociedade médica continua sendo essencial

Por Letícia Martins



Dra. Adriana Gualda Garrido

Uma entrevista que começa falando sobre dedicação de tempo e amor pela especialidade e que reflete sobre a atuação da mulher nos cargos de liderança e a necessidade de haver cada vez mais profissionais jovens na sociedade médica só poderia terminar citando eventos que beneficiam todos. Na conversa a seguir, a presidente

da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal (SFOB), na gestão 2022 a 2023, **Dra. Adriana Gualda Garrido**, nos convida à reflexão sobre esses e outros aspectos importantes da especialidade.

Por muitos anos antes de assumir a presidência da SFOB, a Dra. Adriana participou de diversas reuniões da sociedade e fez parte da diretoria em algumas gestões. “Em Brasília somos um grupo de profissionais muito unidos e presentes, sempre buscando trazer colegas novos para participarem ativamente da nossa sociedade”, disse a Dra. Adriana, que é a quinta mulher a presidir a SFOB, fundada em 1965 e que já contou com outros 32 presidentes. Confira a entrevista.

**Femina: O que a motivou a fazer parte de um movimento associativo, que requer tempo do médico para além das atividades profissionais e acadêmicas que ele já realiza?**

**Dra. Adriana Garrido:** A motivação é o amor pela especialidade que escolhi exercer dentro da minha profissão. A reunião de colegas médicos de uma mesma especialidade com o objetivo de manter o alto nível da qualificação profissional tem um papel muito importante na defesa e, sobretudo, na valorização do ginecologista e obstetra. Trabalhar para fortalecer nossa especialidade com atualizações científicas constantes é um papel desafiador. Vivemos numa era de informação veloz, facilmente acessível, mas que nem sempre traduz qualidade. O papel de organizar e difundir a informação segura é fundamental nesse cenário. A sociedade de especialidade deve funcionar como o ponto de apoio científico para a constante atualização do ginecologista e obstetra, o que resulta nas melhores práticas dentro da nossa área de atuação.

**Femina: Como a senhora se sente sendo a quinta mulher a presidir a SFOB, federada que teve, desde a fundação, 33 presidentes?**

**Dra. Adriana Garrido:** Estar à frente da Sociedade é sempre um grande desafio, mas acredito que a participação das mulheres deve ser cada vez mais efetiva na sociedade como um todo e não poderia ser diferente em uma sociedade que presta assistência direta ao público feminino.

**Femina: O estudo Demografia Médica do Brasil (2023) projeta que a partir de 2024 o número de mulheres médicas será maior que o de homens. O perfil dos associados da SFOB reflete esses resultados?**

**Dra. Adriana Garrido:** Sim, claramente. Na SGOB, dos 850 associados, 591 são mulheres e 259 são homens. Esses números refletem a importância de termos cada vez mais mulheres à frente da nossa sociedade.

### **Femina: Quais estratégias a SGOB utiliza para atrair médicos jovens para o movimento associativo?**

**Dra. Adriana Garrido:** De modo geral, vemos que nossa sociedade está envelhecendo e observamos poucos jovens interessados em se tornar associados. Desde o início desta gestão, temos buscado refletir e entender a visão e as expectativas dos jovens em relação à sociedade. Temos repensado nossos modelos de atualização científica no formato de congressos e jornadas e procurado modelos mistos, mais interativos, com aulas curtas, objetivas e com grande espaço para a discussão. Entendemos que esses espaços para discussão e troca de experiências, sempre respaldadas pelas evidências científicas pontuadas de forma objetiva, têm sido um modelo mais atrativo. Nessa linha de pensamento, a SGOB lançou no último ano um programa de atualização voltada para os residentes e os ligantes das universidades do DF. Organizamos reuniões bimensais, nas quais temas importantes da nossa especialidade são apresentados pelos residentes, sempre na forma de casos clínicos. A SGOB convida um professor com grande experiência no tema para participar da discussão. Isso tem permitido maior interação entre os residentes, os estudantes e a nossa SGOB.

### **Femina: A pandemia de COVID-19 levou as instituições a usarem as redes sociais e os canais de comunicação online para se aproximar dos associados. Essa experiência continua na SGOB?**

**Dra. Adriana Garrido:** Sim. Ainda na linha de novos projetos para atrair o público mais jovem, demos início ao programa “A SGOB convida”, na forma de *lives*, para discutirmos informalmente temas do dia a dia da nossa especialidade. Temos mantido um canal aberto com os associados por meio do *site* e das redes sociais da Sociedade, para sugestões e manifestações que nos ajudam a repensar e planejar a nova SGOB.

### **Femina: De que forma a SGOB vem acompanhando e apoiando os profissionais de ginecologia e obstetrícia no Distrito Federal?**

**Dra. Adriana Garrido:** Nossos desafios são muito parecidos com a realidade nacional, na qual trabalhamos em uma realidade assistencial muito distante da ideal, que nem sempre conta com infraestrutura e recursos necessários e adequados para a assistência pública. Como sociedade, não temos papel regulatório, mas temos compromisso em apoiar as demandas científicas dos colegas da nossa especialidade, sempre baseados nas melhores evidências. Apoiar o colega especialista em ginecologia e obstetrícia, garantindo sua valorização e defesa profissional, é o principal desafio da SGOB.

### **Femina: Na sua opinião, quais são os desafios dos profissionais de ginecologia e obstetrícia?**


**Dra. Adriana Garrido:** O maior desafio do mundo atual é lidar com o tempo, com a velocidade da vida moderna, que nos afasta da relação médico-paciente, na qual é fundamental o tempo de ouvir, escutar e acolher o paciente. A necessidade de produtividade não pode superar a qualidade do atendimento como norma. Quanto mais unidos e reunidos em sociedades, maior será a nossa voz no que diz respeito à valorização da nossa especialidade. A qualificação e a especialização têm papel relevante na prática diária da nossa especialidade, reforçando sempre as melhores e mais respaldadas condutas.

### **Femina: A SGOB realiza importantes eventos, como o Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do DF, que está na 55ª edição, além de simpósios e as jornadas de ultrassonografias. Qual avaliação a senhora faz desses eventos? Eles têm conseguido atender às expectativas dos participantes?**

**Dra. Adriana Garrido:** Em termos de número de participantes, observamos uma população relativamente frequente. O desafio é aumentar o interesse por esses eventos com tanta oferta presencial e principalmente *online*. Nas avaliações realizadas após cada evento, identificamos como pontos positivos as mudanças para um formato mais dinâmico, mais objetivo, com maior interatividade e espaço para discussões. Modelos de eventos que envolvam alguma forma de atividade prática têm sido mais atrativos. Nosso grande desafio é manter a realização desses eventos, pois cada vez contamos com um menor número de parcerias e com custos mais elevados. Estamos numa fase de rever os modelos usados até o dia de hoje e pensarmos novas formas de manter ativo e cada vez melhor o nosso importante papel na atualização constante dos nossos associados.

### **Femina: Quais são os próximos eventos ou projetos previstos para acontecer neste ano?**

**Dra. Adriana Garrido:** Neste ano teremos eventos tradicionais e de sucesso da SGOB, como a 8ª Jornada de Patologia do Trato Genital Inferior, no dia 28 de outubro, na qual teremos o enorme prazer e orgulho de lançar a terceira edição do *Manual de Ginecologia e Obstetrícia da SGOB*, em formato digital moderno e facilmente acessível, que será distribuído gratuitamente para todos os associados que estiverem quites com a Sociedade. Nosso manual conta com 52 capítulos, fruto do trabalho, do empenho e da dedicação de cada um dos autores, que não mediram esforços para colocar em palavras, de forma didática e objetiva, o que existe de mais atual e mais evidente nos temas que fazem parte da nossa especialidade.

Para encerrar o ano, nos dias 1 e 2 de dezembro teremos nossa tradicional Jornada de Ultrassonografia e Simpósio de Medicina Fetal, com cursos pré-congresso teóricos e práticos e uma programação com muita interatividade, baseada em casos clínicos. 



**ACOMPANHE A SGOB NA INTERNET!**  
[www.sgob.org.br](http://www.sgob.org.br)



@associacao\_de\_gineco\_obstetric





# Simuladores para treinamento do manejo de lacerações perineais pós-parto

Lucas Schreiner<sup>1</sup>, Carolina de Mello Viera<sup>1</sup>

**A** laceração perineal é uma complicação comum após o parto vaginal; estudos populacionais descrevem que 53%-79% das mulheres apresentam algum grau de laceração pós-parto.<sup>(1)</sup> As lacerações perineais severas são de especial preocupação, uma vez que configuram a lesão obstétrica do esfíncter anal. Essa lesão ocorre em 2,2% a 19% dos partos vaginais, sendo responsável por algum grau de incontinência fecal em cerca de 50% dos casos.<sup>(2,3)</sup>

A identificação e a correção adequada de lacerações perineais severas têm grande impacto na saúde do assoalho pélvico das pacientes acometidas por essas lesões. Dessa forma, é essencial que os obstetras sejam treinados a identificar e a reparar lacerações perineais dos mais diversos graus durante a sua formação nos programas de residência médica.<sup>(2,4)</sup>

O uso de simuladores em obstetrícia tem se mostrado extremamente útil, uma vez que, dentro de um ambiente controlado, o aprendiz tem a oportunidade de executar – e refazer – uma habilidade procedural sob supervisão, sem trazer riscos a uma paciente real.<sup>(5,6)</sup> Muitos dos procedimentos em obstetrícia ocorrem em

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Conflitos de interesse:**

Nada a declarar.

**Autor correspondente:**

Lucas Schreiner  
Av. Ipiranga, 6.681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil  
lucas.schreiner@pucrs.br

**Como citar:**

Schreiner L, Viera CM. Simuladores para treinamento do manejo de lacerações perineais pós-parto. *Femina*. 2023;51(8):469-71.

situações de urgência, não programadas, em que a exposição prévia ao treinamento da habilidade é fundamental, o que reforça a importância dos simuladores e ambientes simulados no treinamento obstétrico.<sup>(5,7)</sup> Dessa forma, o treinamento de identificação e correção de lacerações perineais por meio de simuladores é uma preocupação de diversas entidades médicas mundiais que visam à redução do impacto dessas lesões na saúde e qualidade de vida das mulheres, por meio do treinamento obstétrico em ambiente simulado.<sup>(4)</sup>

Os simuladores de alta fidelidade são as melhores ferramentas disponíveis para o aprendizado fora do ambiente prático, mas muitas vezes estão relacionados a alto custo, o que limita o acesso a um grande número de aprendizes.<sup>(4,8,9)</sup> Por essa razão, vários simuladores de menor custo vêm sendo estudados, buscando a maior fidelidade possível associada a um preço que permita a difusão do dispositivo a um grande número de centros de treinamento.<sup>(4,9)</sup>

Os simuladores produzidos artesanalmente são uma opção para treinamento de laceração perineal, pois incluem materiais de fácil acesso e, em geral, com custo bastante inferior em relação aos simuladores comercializados regularmente no mercado.<sup>(4)</sup>

### SIMULADORES PERINEAIS ANIMAIS

Os modelos animais utilizados no treinamento de correção das lacerações perineais severas podem ser obtidos a partir do períneo de cabra ou de porca, sendo a prática em esfíncteres anais de porcas a mais descrita na literatura.<sup>(4)</sup> Esse modelo destaca-se pela sua textura e aparência muito similar à anatomia humana, mas em dimensões reduzidas (Figura 1). Trata-se de um dos métodos mais eficazes em reproduzir a anatomia perineal humana.<sup>(4,10)</sup>

Baseadas na estreita similaridade desses simuladores, importantes entidades envolvidas no treinamento para diagnóstico e correção de lacerações perineais no mundo, como a *International Urogynecological Association* (IUGA), propõem a utilização de modelos perineais suínos no treinamento de lacerações perineais.<sup>(10)</sup>

Apesar de sua precisão anatômica, o modelo de treinamento com porcas tem algumas limitações:

- O custo do material apresenta grande variação, pois tratam-se de peças animais que, em geral, não são comercializadas no mercado convencional de suínos, necessitando de preparação específica por parte dos frigoríficos, o que interfere na disponibilidade das peças e no valor cobrado por elas.
- A conservação exige local refrigerado específico para materiais biológicos não comestíveis, em geral em algum laboratório de treinamento médico em animais, e, caso seja necessário congelamento das peças frescas, pode haver perda da qualidade anatômica delas após o descongelamento.

- As peças são de uso único, devendo ser descartadas de acordo com normas de higiene e segurança.
- Caso os frigoríficos não tenham ampla experiência no manejo dessas estruturas, é necessário que o instrutor prepare as peças individualmente antes de realizar algum treinamento. Isso exige tempo adicional de preparo do material por parte do instrutor.
- O uso de peças de porco deve incluir cuidados específicos em relação à saúde e à segurança no ambiente de estudo, além de atenção especial a questões éticas, morais e religiosas individuais.<sup>(4,10)</sup>

### SIMULADORES PERINEAIS SINTÉTICOS

Os simuladores sintéticos podem ser divididos em comerciais e artesanais.<sup>(4)</sup>

Os simuladores sintéticos comerciais estão associados a uma alta qualidade de reprodução anatômica da região. A durabilidade dos simuladores sintéticos muitas vezes depende da minuciosa manutenção deles, uma vez que são realizadas suturas nas estruturas envolvidas.<sup>(4,11)</sup> O alto custo envolvido e a necessidade de manutenção especializada ou substituição, uma vez que são passadas agulhas nas estruturas sintetizadas, são as desvantagens desses simuladores.<sup>(11)</sup>

Os simuladores sintéticos artesanais são opções que apresentam vantagens semelhantes às dos simuladores comerciais, mas com custo menor em relação aos comerciais (Figura 2). São utilizados materiais simples e facilmente disponíveis em seu desenvolvimento. O uso de materiais de qualidade inferior faz com que muitos dos simuladores artesanais tenham menor durabilidade e similaridade ao modelo real, quando comparados aos produtos comerciais.<sup>(4,11)</sup>



Fonte: Arquivo do autor.

Figura 1. Simulador perineal animal: toque retal após correção da lesão do esfíncter anal externo





Fonte: Arquivo do autor.

**Figura 2.** Simulador sintético (desenvolvido pelo autor). Toque retal após correção de lesão grau IV

## OUTROS SIMULADORES PERINEAIS BIOLÓGICOS

As dificuldades de acesso aos simuladores biológicos de períneos de porcas fizeram com que outras opções de mais fácil acesso fossem desenvolvidas. A língua de porco, a língua de boi e outros cortes comerciais suínos e bovinos vêm sendo utilizados, em associação com estruturas biológicas e/ou sintéticas, para a construção de simuladores que possibilitem o treinamento na sutura de lacerações perineais pós-parto.<sup>(4)</sup>

A grande vantagem desses simuladores é o baixo custo e a fácil aquisição dos materiais necessários para a construção das peças, facilitando o acesso ao material e a repetição dos treinamentos com menor demanda financeira.<sup>(4)</sup>

Esses simuladores apresentam como desvantagens o baixo realismo e o uso único das peças, não sendo possível aproveitá-las em treinamentos futuros.<sup>(12)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O treinamento de especialistas para identificação e correção de laceração perineal pós-parto é fundamental para a boa prática obstétrica, resultando em melhora da assistência das mulheres que realizam partos vaginais e impactando em melhorias da saúde do assoalho pélvico.<sup>(2,4)</sup> A utilização de simuladores nesse treinamento é essencial para a aquisição das habilidades necessárias a esse atendimento obstétrico.<sup>(5-7)</sup>

O simulador ideal para diagnóstico e correção de lacerações perineais pós-parto deveria ter alta fidelidade, baixo custo, durabilidade e ausência de risco biológico. Nenhum dos simuladores disponíveis apresenta todas as características desejadas, portanto a escolha dos simuladores deve ser baseada na realidade de cada centro de treinamento, considerando as opções de modelos disponíveis para esse fim.

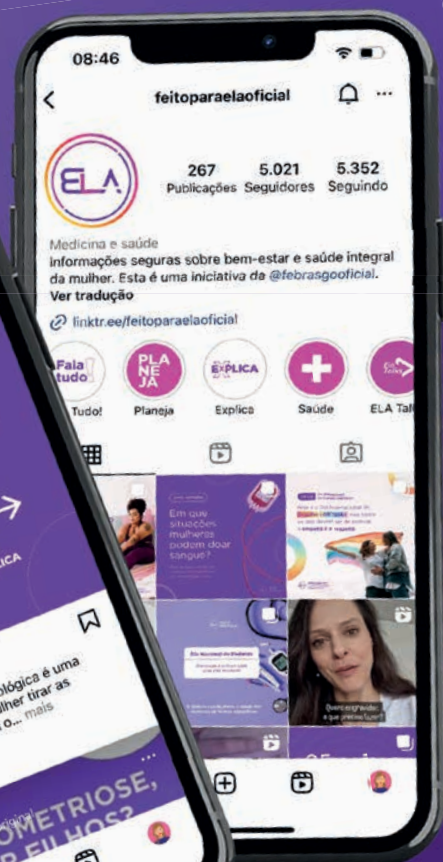
## REFERÊNCIAS

1. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):e87-102. doi: 10.1097/AOG.0000000000002841
2. Siddighi S, Kleeman SD, Baggish MS, Rooney CM, Pauls RN, Karram MM. Effects of an educational workshop on performance of fourth-degree perineal laceration repair. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2 Pt 1):289-94. doi: 10.1097/01.AOG.0000251499.18394.9f
3. Uppal S, Harmanli O, Rowland J, Hernandez E, Dandolu V. Resident competency in obstetric anal sphincter laceration repair. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):305-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c8b4f7
4. Knobel R, Volpato LK, Gervasi LC, Viergutz RA, Trapani Júnior A. A simple, reproducible and low-cost simulator for teaching surgical techniques to repair obstetric anal sphincter injuries. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(8):465-70. doi: 10.1055/s-0038-1668527
5. Magee SR, Shields R, Nothnagle M. Low cost, high yield: simulation of obstetric emergencies for family medicine training. *Teach Learn Med.* 2013;25(3):207-10. doi: 10.1080/10401334.2013.797353
6. Ellinas H, Denson K, Simpson D. Low-cost simulation: how-to guide. *J Grad Med Educ.* 2015;7(2):257-8. doi: 10.4300/JGME-D-15-00082.1
7. Perosky J, Richter R, Rybak O, Gans-Larty F, Mensah MA, Danquah A, et al. A low-cost simulator for learning to manage postpartum hemorrhage in rural Africa. *Simul Healthc.* 2011;6(1):42-7. doi: 10.1097/SIH.0b013e3181ebbcfd
8. Scholz C, Mann C, Kopp V, Kost B, Kainer F, Fischer MR. High-fidelity simulation increases obstetric self-assurance and skills in undergraduate medical students. *J Perinat Med.* 2012;40(6):607-13. doi: 10.1515/jpm-2012-0052
9. Ramseyer AM, Lutgendorf MA. Implementation of low-cost obstetric hemorrhage simulation training models for resident education. *Mil Med.* 2019;184(11-12):e637-41. doi: 10.1093/milmed/usz098
10. Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Structured hands-on training in repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): an audit of clinical practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(2):193-9. doi: 10.1007/s00192-008-0756-y
11. Knobel R, Menezes MO, Santos DS, Takemoto ML. Planning, construction and use of handmade simulators to enhance the teaching and learning in Obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3302. doi: 10.1590/1518-8345.3684.3302
12. Goudie C, Shanahan J, Gill A, Murphy D, Dubrowski A. Investigating the efficacy of anatomical silicone models developed from a 3D printed mold for perineal repair suturing simulation. *Cureus.* 2018;10(8):e3181. doi: 10.7759/cureus.3181



# FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde integral da mulher.





# SUA PACIENTE MUITO BEM INFORMADA!

Criada pela Febrasgo, a plataforma digital FEITO PARA ELA publica frequentemente informação confiável e segura sobre saúde feminina

Se por um lado a internet tem um papel importante como fonte de informação, por outro, ela facilita o compartilhamento de *fake news*. Para combater a desinformação e divulgar conteúdo confiável, a Febrasgo criou o **FEITO PARA ELA**, uma plataforma digital sobre saúde integral da mulher.

No *site* e nas redes sociais do **FEITO PARA ELA**, há muitas matérias e entrevistas sobre bem-estar e saúde, planejamento familiar, maternidade, prevenção de doenças, comportamento, carreira, entre outros temas fundamentais à vida da mulher brasileira.

Os textos têm linguagem leve e acessível, afinal o objetivo é dialogar com todas as mulheres, independentemente do perfil. Cada matéria publicada na plataforma é apurada com responsabilidade e aprovada pela diretoria e especialistas membros das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo.

Os temas são pautados nas principais dúvidas das pacientes, como estas duas que destacamos abaixo.

## Como o DIU é colocado? Será que dói?

Os métodos contraceptivos estão entre os temas mais pesquisados no *site* **FEITO PARA ELA**. Existem várias opções no mercado, mas muitas vezes a mulher não sabe as diferenças entre elas e fica preocupada porque ouviu ou leu na internet avaliações nem sempre positivas.

Por isso, trouxemos uma matéria repleta de informações para esclarecer sobre os tipos, vantagens e indicações do dispositivo intrauterino (DIU).

Escaneie o QR code com o seu *smartphone* e indique essa matéria para as suas pacientes!



## Quais cuidados são vitais para um envelhecimento saudável?

A expectativa de vida da mulher brasileira aumentou bastante nas últimas décadas, mais até do que a dos homens. Em 1980, elas viviam em média 65,7 anos, enquanto hoje a expectativa é de 80,5 anos para as mulheres e de 73,6 anos para os homens.

Já que temos potencial de viver mais de oito décadas, o ideal é planejarmos bem essa longa viagem. Os preparativos vão além de uma alimentação saudável e da prática de atividade física. Falamos sobre eles nesta matéria interessante do **FEITO PARA ELA**.

Indique para sua paciente e ajude-a nessa jornada de vida!



A plataforma **FEITO PARA ELA** precisa de você para crescer e se tornar mais conhecida. Então, acesse o *site*, siga as redes sociais do **FEITO PARA ELA** e indique-os para suas pacientes.

Vamos juntos combater a desinformação e levar conteúdo de qualidade para as mulheres brasileiras!

**FEITO PARA ELA** – Recomendar a leitura é bom para a saúde!



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR



# É hora do protagonismo feminino

Febraso cria o Núcleo Feminino, uma rede de apoio às mulheres médicas com o objetivo de promover equidade, diversidade e representatividade

Por Letícia Martins





Elas já são maioria no país e em muitos espaços na sociedade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de mulheres no Brasil superou em 4,8 milhões o de homens em 2022. Na medicina, essa mudança de perfil deve acontecer no ano que vem, quando a porcentagem geral de mulheres passará de 49,3% para 50,2%. Mas nas especialidades de ginecologia e obstetrícia elas já predominam: 60,9% são mulheres, de acordo com o relatório Demografia Médica no Brasil (DMB 2023), conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A tendência é que o índice de médicas mulheres aumente cerca de 118% até 2035, enquanto o crescimento de homens será de 62% no mesmo período.

Acompanhando essa mudança de cenário e atenta à necessidade de promover equidade, diversidade e representatividade na área, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia Obstetrícia (Febrasgo) criou recentemente o **Núcleo Feminino**, uma rede de apoio composta por mulheres ginecologistas e obstetras para promover a saúde das mulheres, incentivar a presença delas no campo da pesquisa, além de valorizá-las e defender seus direitos.

“A Febrasgo conta com maior número de mulheres associadas, portanto já passou da hora de termos um destaque maior também”, declara a **Dra. Maria Celeste Osório Wender**, diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo e coordenadora do Núcleo Feminino. Em 2018, 54% dos associados da Febrasgo eram mulheres e 46%, homens. Em 2022, essa proporção mudou para 68% e 32%, respectivamente. Outro recorte interessante: do total de pessoas que entrou na faculdade em 2020, 62% eram mulheres. Por isso, acrescenta a Dra. Maria Celeste, “o Núcleo Feminino tem como objetivo ser uma rede de apoio às mulheres médicas, nos



**“O Núcleo Feminino tem como objetivo ser uma rede de apoio às mulheres médicas, nos diversos estágios de suas carreiras, desde a residência médica até a aposentadoria”,** declara a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

diversos estágios de suas carreiras, desde a residência médica até a aposentadoria”.

As atividades do Núcleo Feminino irão além do movimento associativo. “O grupo irá apoiar qualquer iniciativa ou campanha em prol da autonomia, da defesa e da igualdade da mulher, seja ela profissional ou não”, afirma a Dra. Maria Celeste, que também é professora titular de Ginecologia Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e chefe do Serviço de Ginecologia Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

Fazem parte da composição inicial do Núcleo 12 mulheres ginecologistas e obstetras, todas atuantes nas Comissões Nacionais Especializadas (CNE) da Febrasgo e representantes das cinco regiões brasileiras, mas a ideia, explica a Dra. Maria Celeste, é ter representantes de todas as Federadas e até se formar um Núcleo em cada Federada.

## AVANÇOS E DESAFIOS DA MULHER NA MEDICINA

A primeira mulher a oficialmente receber o diploma de médica no mundo foi a alemã Dorotea Erxleben, na Universidade de Halle. No Brasil, a participação feminina começou com a carioca Maria Augusta Generoso Estrela, que se formou fora do país, no *New York Medical College and Hospital for Women*, em 1881.

## MISSÃO DO NÚCLEO FEMININO DA FEBRASGO

Aumentar a conscientização sobre questões de saúde das mulheres e promover políticas e iniciativas que apoiem a saúde feminina.

Apoiar os direitos das mulheres de tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva.

Facilitar o contato e a colaboração entre mulheres ginecologistas-obstetras profissionais, pesquisadoras e defensoras dos direitos das mulheres para compartilhar conhecimento e recursos, e promover a pesquisa e a inovação da saúde das mulheres.

Incentivar a discussão de temas relacionados aos desafios da carreira, mercado de trabalho, empreendedorismo, saúde física e mental, e qualidade de vida na grade dos congressos da Febrasgo.

Desenvolver programas educacionais e oportunidades de treinamento para mulheres profissionais da área da obstetrícia e ginecologia, para aprimorar seus conhecimentos e habilidades nos cuidados da saúde feminina.

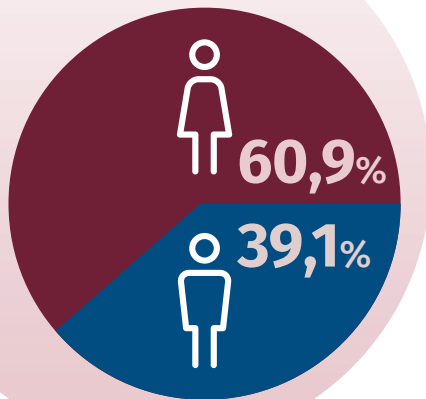
Buscar apoios e financiamentos de projetos de pesquisa relacionados à saúde das mulheres, incluindo estudos sobre saúde reprodutiva, saúde materna, menopausa e outros problemas de saúde feminina.

Ter programas de educação continuada que contemplem os aspectos mais relevantes relacionados a inovações e novas tecnologias na especialidade.

Promover debates sobre temas relacionados ao posicionamento das ginecologistas e obstetras nas mídias sociais.

**O BRASIL TEM MAIS DE 22 MIL MULHERES ESPECIALISTAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 21,8% A MAIS DO QUE OS HOMENS**

**37.327**  
especialistas



Adaptado de: Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2023, p. 281. São Paulo, SP: FMUSP, AMB; 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8

A primeira mulher a se formar em Medicina no Brasil foi a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, que recebeu o título quase 80 anos após a abertura das primeiras faculdades de Medicina no país, criadas na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808. Rita enfrentou a cultura machista e conservadora da época e se graduou na Universidade Federal da Bahia em 1887.

A **Dra. Marta Franco Finotti**, vice-presidente da Febrasgo da região Centro-Oeste, professora adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Goiás e membro titular da Academia Goiana de Medicina, observa que, ao longo da história, a mulher vem conseguindo aumentar o seu espaço em todas as estruturas sociais e vem assumindo postos de trabalho e cargos importantes em empresas, tendo uma atitude hierárquica menos submissa. “No entanto, a desigualdade de gênero ainda persiste. Por exemplo, a mulher acumula muito mais funções, tanto no trabalho quanto na tarefa doméstica e na criação dos filhos. Calcula-se que ela dedica mais do que o dobro de horas cuidando do da casa ou dos filhos do que o homem”, expõe a Dra. Marta, que é vice-coordenadora do Núcleo Feminino.

Apesar da formação e competência técnica, as mulheres não ocupam a mesma quantidade de cargos de liderança que os homens e recebem salários proporcionalmente menores na sociedade atual, em média 21% a menos. “Na perspectiva da Organização das Nações Unidas (ONU), a igualdade de gênero em todo o sentido salarial, de direitos e de deveres também é um ponto longínquo no futuro. A ONU calcula que só haverá essa igualdade de gênero daqui a trezentos anos, mas eu acredito muito nas mulheres, na sociedade e nos homens que reconhecem o valor das mulheres e a necessidade de equidade. Acredito que vamos conseguir isso em um tempo menor”, declara a Dra. Marta.



**“A ONU calcula que levará trezentos anos para atingirmos a igualdade de gênero, mas eu acredito muito nas mulheres, na sociedade e nos homens que reconhecem o valor das mulheres e a necessidade de equidade”, afirma a Dra. Marta Finotti.**

Por esses motivos, a coordenadora da Comissão Nacional do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), **Dra. Roseli Nomura**, qualifica a criação do Núcleo Feminino como “um momento marcante na história da Febrasgo”, que tem 64 anos de existência centralizada na figura masculina. “Na ginecologia e obstetrícia, as mulheres já são maioria, mas ainda precisamos ocupar mais cargos de liderança dentro da associação da nossa especialidade. Acredito que temos total condição de assumir o protagonismo na condução da Febrasgo”, diz a Dra. Roseli, que faz parte da formação inicial do Núcleo Feminino.

A médica, que também é professora adjunta do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e professora associada livre-docente da FMUSP, esclarece que o objetivo não é competir com os homens, tampouco diminuir a importância deles. “Nós queremos equilibrar essa questão de gênero e aumentar o acesso das mulheres aos cargos de liderança. Acredito que participar das atividades da sociedade médica, assumindo responsabilidades e dedicando nosso tempo, faz parte da evolução natural da nossa carreira. Significa que atingimos um grau de amadurecimento profissional”, diz a Dra. Roseli.

Embora haja prevalência do público feminino nas provas para o TEGO da Febrasgo, a Dra. Roseli afirma que há espaço para todos os médicos na especialidade. “Mais de 80% dos profissionais que prestam a prova para o TEGO são mulheres, mas acredito que ainda vai ter um mercado muito bom para os homens ginecologistas que souberem atender bem as mulheres.” A Dra. Marta finaliza: “A luta feminista é pela igualdade entre homens e mulheres na sociedade e contra a cultura machista, em prol da liberdade individual e de uma sociedade mais igualitária. Essa também é a visão do Núcleo Feminino da Febrasgo.”



**“Nós queremos equilibrar essa questão de gênero e aumentar o acesso das mulheres aos cargos de liderança e a participação nos movimentos associativos”, diz a Dra. Roseli Nomura.**



# Noções básicas sobre a saúde suplementar na prática médica

Maria Celeste Osório Wender<sup>1</sup>, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio<sup>2</sup>



1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.  
2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.

Na Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.<sup>(1)</sup> São considerados de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.<sup>(1)</sup>

O setor privado pode participar da assistência à saúde de duas formas: complementar e suplementar.<sup>(2)</sup> Quando atua no âmbito do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), é a forma complementar.<sup>(2)</sup> As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes dele, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.<sup>(1)</sup> Com a saúde complementar, o Estado se utiliza da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício público, sendo o recurso de origem pública.<sup>(2)</sup>

Como o setor público não comporta a quantidade de pessoas que precisam utilizar esse recurso de forma qualitativa, existe a saúde suplementar, que representa um importante pilar de sustentação do Sistema Nacional de Saúde e é indispensável para o Estado.<sup>(2)</sup>

Assim, a **saúde suplementar** é o conjunto das ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e que

não têm vínculo com o SUS.<sup>(2)</sup> A regulação e a fiscalização dessas atividades são feitas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).<sup>(2)</sup> Pode-se dizer que a saúde suplementar é composta por operadoras (os planos de saúde e demais empresas do ramo), os beneficiários e os profissionais, entre os quais se enquadram os médicos.<sup>(2)</sup>

A operadora de plano de assistência à saúde suplementar pode ser definida como a pessoa jurídica registrada na ANS que administra, comercializa ou disponibiliza planos de assistência à saúde.<sup>(2)</sup> De forma geral, a operadora vende os referidos planos, realiza diferentes tipos de atendimento ao cliente e oferece prestação continuada de serviços ou coberturas com a finalidade de garantir assistência à saúde mediante pagamento à administradora do plano.<sup>(2)</sup> As operadoras podem ser classificadas em diferentes modalidades de atuação dentro do mercado, como, por exemplo, medicina em grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, autogestão e outras.<sup>(2)</sup> Alguns exemplos de operadoras de plano de saúde no Brasil são: Amil Assistência Médica Internacional, Bradesco Saúde, SulAmérica, Unimed, entre outras.<sup>(2)</sup>

O sistema suplementar de saúde tem enfrentado muitos desafios com o aumento dos custos da saúde e o aumento nos preços dos planos, sem o proporcional aumento da remuneração dos médicos nem da qualidade da assistência. O setor também apresenta dificuldades no relacionamento entre as operadoras e os prestadores de serviço, com decisões conflituantes e com risco

de interferir na autonomia do médico e na dignidade da sua atuação.

Os contratos entre prestadores e operadoras são regulados pela ANS, com previsões nas Resoluções Normativas (RNs) nºs 365/2014 (revogada pela RN nº 567, de 16/12/2022, que dispõe sobre a substituição de prestador não hospitalar),<sup>(3)</sup> 503/2022 (regras dos contratos)<sup>(4)</sup> e 512/2022 (definição de índice de reajuste pela ANS).<sup>(5)</sup>

Os contratos entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços são regidos pela Resolução Normativa ANS nº 503, de 30/03/2022,<sup>(4)</sup> e devem ser escritos e redigidos com clareza, sendo as seguintes práticas e condutas PROIBIDAS: I – qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador; II – qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde; III – exigir exclusividade na relação contratual; IV – restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador; V – estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas; VI – estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma; VII – estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e VIII – estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.<sup>(4)</sup> Esses contratos devem, obrigatoriamente, determinar o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados; a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados; a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora; a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão e as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.<sup>(4)</sup> Com enorme frequência, esses contratos são incompletos ou irregulares à luz da Resolução ANS nº 503/2022.<sup>(4)</sup>

As infrações às cláusulas contratuais, reclamações, solicitações de providências e outras demandas por parte dos prestadores em relação às operadoras podem ser feitas pelo *site* da ANS, gerando um protocolo eletrônico.<sup>(5)</sup>

As principais demandas incluem, por exemplo:<sup>(5)</sup>

- Inexistência de contrato escrito;
- Contrato não adaptado;
- Ausência ou irregularidade de cláusula obrigatória;
- Não aplicação de reajuste;
- Faturamento e pagamento de serviços (glosa/inadimplência/auditoria);
- Infração ao código de ética/restrição de liberdade profissional;

- Não utilização da tabela TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – documento que padroniza a nomenclatura dos procedimentos realizados por prestadores de serviços médicos)/referenciais de preços e honorários;
- Índice de reajuste definido pela ANS;
- Fator de Qualidade;
- Não cumprimento do Padrão TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar;
- Atributos de Qualificação;
- Substituição de Prestador Não Hospitalar sem observar os requisitos da RN nº 567/2022.<sup>(3)</sup>

Na prática médica atual, é imprescindível que o médico se aproprie desses temas e, mesmo que seja adequadamente assessorado, conheça as bases regulamentares e seus direitos e deveres, para melhorar e se proteger nos relacionamentos com as operadoras de planos de saúde. O protocolo eletrônico via *site* da ANS é um importante instrumento na defesa desses direitos e na colaboração com a fiscalização e cumprimento das normas.<sup>(6)</sup>

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanecerá atenta ao tema, na forma de educação continuada, informações e representação nas entidades e órgãos governamentais. Cumprindo o seu papel, manterá os seus associados informados sobre as normas da saúde suplementar e seu impacto na prática diária, além de trabalhar em todas as instâncias para defender os interesses profissionais e éticos dos ginecologistas e obstetras em todo o Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Constituição Federal (artigos 196 a 200) [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoefederal.pdf>
2. Saúde Suplementar: o que é e como funciona [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/saude-suplementar-o-que-e-e-como-funciona/>
3. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS nº 567, de 16 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzOA==>
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS nº 503, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, dá outras providências e revoga as Resoluções Normativas nº 363, de 11 de dezembro de 2014 e nº 436, de 28 de novembro de 2018 [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Mw==>
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 512, de 31 de março de 2022. Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas e revoga as Resoluções Normativas nº 364, de 11 de dezembro de 2014, e nº 391, de 4 de dezembro de 2015 [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 18]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0512\\_04\\_04\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0512_04_04_2022.html)
6. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Central de Atendimento a Prestadores. Reclamação [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/central-de-atendimento-a-prestadores/reclamacao>



# CADERNO CIENTÍFICO

# Femina®

## CORPO EDITORIAL

**EDITORES:** Marcos Felipe Silva de Sá e Sebastião Freitas de Medeiros

**COEDITOR:** Gerson Pereira Lopes

**EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA:** Jean Claude Nahoum

**CONSELHO EDITORIAL:** Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibalde Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

## SUMÁRIO

### ARTIGOS DE REVISÃO

**480** O uso de métodos contraceptivos hormonais em pacientes com asma: repercussões clínicas

Elaine Cristina Fontes de Oliveira,  
Rossana Cristina Fontes Cotta,  
Ana Luiza Lunardi Rocha

**486** Especificidades técnicas no tamponamento uterino com balões e algumas dificuldades técnicas

Camila Ribeiro Mota, Paula Ribeiro Mota,  
Júlia Botelho Lacerda, Álvaro Luiz Lage  
Alves, Andrezza Vilaça Belo Lopes

### RELATOS DE CASO

**491** Características clínicas, diagnóstico e tratamento de mulher com síndrome de Meigs: relato de caso e revisão narrativa

Maria Laura Alves de Melo Silva,  
Adriana Yoshida, Renan Massao  
Nakamura, Rômulo de Oliveira Pires,  
José Carlos Campos Torres, Sophie  
François Maurice Derchain

**497** Malformação arteriovenosa uterina: um relato de caso

Fernanda Polisseni Souza, Iara Carlin  
Torres, Luana Werneck Rodrigues de  
Melo, Luísa Antunes Queiroz Guarçoni  
de Almeida, Marcella Barroso Marques  
Martins, Matheus Monteiro de Oliveira

**502** Fibroma mole gigante vulvar: relato de caso

Everton Heder Ramos de Farias, Izadora  
Casado Alves Veloso, Anderson Victor  
Barros Queiroz, Silvany Mara Ferreira  
Pereira, Lívia Helena Gomes de Barros  
Brandão, Kelly Cristina Lira de Andrade

# O uso de métodos contraceptivos hormonais em pacientes com asma: repercussões clínicas

## *The use of hormonal contraceptive methods in patients with asthma: clinical repercussions*

Elaine Cristina Fontes de Oliveira<sup>1</sup>, Rossana Cristina Fontes Cotta<sup>1</sup>, Ana Luiza Lunardi Rocha<sup>1</sup>

### Descritores

Asma; Contraceção; Contraceção hormonal; Dispositivos intrauterinos; Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

### Keywords

Asthma; Contraception; Hormonal contraception; Intrauterine device; Levonorgestrel intrauterine system

### Submetido:

06/02/2023

### Aceito:

14/07/2023

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Elaine Cristina Fontes de Oliveira  
Avenida Professor Alfredo Balena,  
110, 30130-100, Belo Horizonte, MG,  
Brasil  
emedmg@gmail.com

### Como citar:

Oliveira EC, Cotta RC, Rocha AL. O uso de métodos contraceptivos hormonais em pacientes com asma: repercussões clínicas. *Femina*. 2023;51(8):480-5.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o uso dos contraceptivos hormonais em mulheres com asma e a escolha desses métodos contraceptivos para essa população, com avaliação de eventuais repercussões sobre novos episódios de asma e sibilos. **Métodos:** Foram selecionados estudos longitudinais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. As plataformas consultadas foram PubMed, Embase, Cochrane e SciELO, com a utilização dos descritores: “contraceção”, “contraceção hormonal”, “sistema intrauterino liberador de levonorgestrel” e “asma”. **Resultados:** Dois grandes estudos demonstraram que o uso de contraceptivos hormonais esteve associado à redução do risco de novos episódios de asma. Uma revisão sistemática concluiu que os resultados para o uso de contraceptivos hormonais para mulheres com asma foram mistos, com aumento ou redução dos seguintes riscos: novo episódio de asma e aumento da frequência das crises e dos sibilos. O uso da contraceção hormonal em pacientes obesas portadoras de asma é controverso. **Conclusão:** Os resultados para o uso de contraceptivos hormonais em mulheres com asma são inconsistentes, com relatos de aumento ou de redução do risco de novos episódios. O uso do método contraceptivo deve ser discutido individualmente, levando-se em consideração outros fatores de risco associados e o desejo da mulher. A paciente deverá ser orientada se houver piora dos sintomas clínicos de asma na vigência do uso de qualquer método contraceptivo hormonal.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the use of hormonal contraceptives in women with asthma and the choice of this contraceptive method for this population, evaluating possible repercussions on new episodes of asthma and wheezing. **Methods:** Longitudinal studies, clinical trials, systematic reviews and meta-analyses were selected. Platforms consulted: PubMed, Embase, Cochrane, SciELO, using the descriptors: “contraception”, “hormonal contraception”, “levonorgestrel-releasing intrauterine system” and “asthma”. **Results:** Two large studies demonstrated that the use of hormonal contraceptives was associated with a reduced risk of new episodes of asthma. A systematic review concluded that the results for the use of hormonal contraceptives for women with asthma were mixed, with increased or decrease in the following risks: new asthma episodes, increased frequency and wheezing. The use of hormonal contraception in obese patients with asthma is controversial. **Conclusion:** The results for the use of hormonal contraceptives in women with asthma are inconsistent, with reports of increased or reduced risk of new episodes. The use of the contraceptive



*method should be discussed individually, taking into account other associated risk factors and the woman's desire. The patient will be advised if there is a worsening of the clinical symptoms of asthma while using any hormonal contraceptive method.*

## INTRODUÇÃO

A asma é uma doença caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas, com limitação variável e reversível das vias aéreas e hiper-reatividade brônquica.<sup>(1)</sup> O diagnóstico de asma é baseado em episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou ao amanhecer, em pacientes com imagem radiográfica de tórax normal e espirometria compatível.<sup>(2)</sup> Segundo a *Global Initiative for Asthma* (GINA),<sup>(2)</sup> a asma pode ser classificada, de acordo com os níveis de controle clínico e avaliação dos riscos futuros, em asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada. A gravidade da asma pode ser classificada, após a exclusão de causas de descontrole, em asma leve, moderada e grave, de acordo com a intensidade do tratamento requerido.<sup>(2)</sup>

A prevalência da asma varia entre os diferentes países, o que pode ser atribuído ao uso de diferentes definições e métodos diagnósticos. Além disso, fatores genéticos e exposição variável a fatores ambientais (como a má qualidade do ar) podem contribuir para essa variabilidade.<sup>(3)</sup> O inquérito de saúde respiratória da Comunidade Europeia (*European Community Respiratory Health Survey – ECRHS*), uma pesquisa multicêntrica de prevalência, determinantes e manejo da asma em adultos de 20 a 44 anos de idade, encontrou uma prevalência extremamente variável entre os diferentes países. A prevalência de sibilância variou de 2% a 32% dependendo do país avaliado.<sup>(4)</sup> No Brasil, a prevalência de sintomas de asma entre adolescentes é uma das mais elevadas do mundo, sendo de 20%, de acordo com vários estudos internacionais.<sup>(5)</sup>

A menarca pode estar associada ao início da asma e ao aumento da gravidade da asma preexistente. A deterioração da asma durante o período pré-menstrual, conhecida como asma perimenstrual, pode representar um fenótipo de asma, que é altamente sintomático.<sup>(6)</sup> Durante o ciclo menstrual, existe uma variação dos níveis hormonais, assim como os sintomas da asma, que parecem variar ciclicamente. Cerca de 33% a 52% das mulheres relatam piora dos sintomas da asma no período pré-menstrual, relacionados também a piora dos sintomas pré-menstruais.<sup>(7,8)</sup>

A queda dos níveis de progesterona nos períodos pré-menstruais pode levar a sintomas neuropsicoendócrinos e sintomas de asma. As medidas dos níveis de progesterona sérica durante o ciclo menstrual estão relacionadas ao pico de fluxo expiratório. Tanto a queda do estrogênio quanto a da progesterona estão associadas a piora da função pulmonar. Mulheres que apresentam sintomas de exacerbação de asma no período

pré-menstrual têm fluxos expiratórios mais baixos nessa fase do ciclo menstrual, em confronto com os existentes no meio do ciclo, impondo aumento no uso de broncodilatadores.<sup>(8)</sup>

Em modelos animais, tanto os estrógenos como os progestágenos afetam a fisiologia pulmonar, reduzindo a contratilidade e aumentando o relaxamento da musculatura lisa dos brônquios.<sup>(8,9)</sup>

Em humanos, a progesterona e o estrógeno podem melhorar a função pulmonar por meio do relaxamento do músculo liso e da redução da resposta contrátil.<sup>(8)</sup> Além disso, o estrogênio e a progesterona parecem exibir respostas anti-inflamatórias, inibindo a produção de algumas interleucinas, que desempenham papel importante no processo inflamatório característico da asma.<sup>(8,10)</sup>

Uma vez que o declínio pré-menstrual dos níveis hormonais piora os sintomas de asma, a terapia hormonal exógena, por meio da prescrição de contraceptivos hormonais, poderia reduzir essa flutuação hormonal, eliminando as exarcebações da asma pré-menstrual, permitindo a redução ou eliminação da dependência de corticosteroides. Porém, os resultados dos estudos sobre o uso de contraceptivos hormonais em pacientes com asma são contraditórios.<sup>(8,11-14)</sup>

Além disso, o uso de drogas anti-inflamatórias não esteroidais, frequentemente prescritas no tratamento de dismenorrea pré-menstrual, pode estar associado a um aumento de hipersensibilidade brônquica e de episódios de asma.<sup>(7,14)</sup>

O objetivo deste artigo é fazer breve revisão sobre a escolha dos métodos contraceptivos em mulheres com asma, bem como o efeito do uso de métodos contraceptivos hormonais na doença, por meio dos resultados de estudos longitudinais, ensaios clínicos, metanálises e artigos de revisão.

## MÉTODOS

Foi realizada uma busca abrangente e não sistemática sobre o uso de métodos contraceptivos hormonais em pacientes com asma nas bases de dados *on-line* (PubMed, Embase, Cochrane e SciELO), com a utilização dos termos “contracepção”, “contracepção hormonal”, “sistema intrauterino liberador de levonorgestrel” e “asma” como palavras-chave. Aproximadamente 30 artigos tiveram seus títulos e resumos lidos pelos autores. Os critérios de seleção foram artigos em língua inglesa, artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos que abordassem o uso de métodos contraceptivos hormonais em mulheres asmáticas, com preferência para estudos longitudinais, ensaios clínicos, metanálises e artigos de revisão. Os artigos selecionados foram lidos na sua íntegra.

## RESULTADOS

Um estudo transversal de Erkoçoğlu *et al.*<sup>(15)</sup> avaliou o efeito dos contraceptivos orais em adolescentes e

mulheres jovens com sibilância. Um questionário foi aplicado presencialmente por um médico. As pacientes foram indagadas sobre diagnóstico de doença alérgica, asma e rinite alérgica, bem como história de tabagismo (ativo ou passivo) e história familiar de doença alérgica. Quatrocentos e oitenta e sete mulheres, entre 11,3 e 25,6 anos, foram avaliadas; dessas, 196 (40,2%) relataram uso prévio de anticoncepcional oral (ACO), 7,4% tinham diagnóstico médico de asma e 10,3% eram fumantes ativas. O uso de ACO foi associado ao aumento de risco de sibilância (*odds ratio* [OR]: 2,23; intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,25-4,47 ajustado para asma e fumo atual), e esse risco foi associado ao uso de ACO no ano prévio à aplicação do questionário. A correlação positiva entre ACO e sibilância persistiu após ajuste para idade, *status* fumante, índice de massa corporal (IMC), história de doença alérgica nos pais, idade da menarca e duração do uso de ACO.

Outro estudo transversal, de Nwaru e Sheikh,<sup>(16)</sup> em mulheres escocesas, avaliou a relação entre hormônios sexuais, asma e IMC. Potenciais fatores de confusão foram coletados para a análise. Um total de 3.257 mulheres entre 16-45 anos foi avaliado. Dessas, 30,9% usavam quaisquer métodos contraceptivos, com 13,5% utilizando métodos combinados e 13,4%, métodos com progestágenos isolados. A prevalência de asma autorreferida, com diagnóstico médico, foi de 6,5%. Após o ajuste de fatores de confusão, o uso de quaisquer contraceptivos hormonais foi associado à redução do risco de diagnóstico atual de asma por um médico (OR: 0,68; IC de 95%: 0,78-0,98) e do risco de três ou mais ataques de asma nos últimos 12 meses (OR: 0,45; IC de 95%: 0,25-0,82). O uso de contraceptivos hormonais entre mulheres com sobrepeso ou obesas não foi estatisticamente associado à asma, porém houve aumento de risco de 42% a 135% em mulheres com sobrepeso e obesas que não usavam anticoncepcionais hormonais. Os autores concluíram que o uso de contraceptivos hormonais pode reduzir o risco de exacerbação e o número de episódios. Mulheres com sobrepeso e obesas que não usam contraceptivos hormonais podem ter aumento do risco de asma.

Um estudo longitudinal realizado na Tasmânia<sup>(17)</sup> investigou a associação entre vários fatores reprodutivos (idade da menarca, uso de anticoncepcional e número de gravidezes) e risco de asma, bem como a interação entre esses fatores e o IMC. As pacientes foram acompanhadas desde 2004 até a quinta década de vida. No momento do estudo, foram avaliadas 2.764 mulheres com média de idade de 43 anos. A prevalência de asma na meia-idade foi de 12,8% nesse grupo, com prevalência prévia de asma após a menarca de 21,5%. Houve aumento de risco de asma na meia-idade em mulheres que tiveram menarca precoce, isto é, menor ou igual a 10 anos (OR: 1,91; IC de 95%: 1,14-3,20). O número de nascidos vivos e a idade no momento do parto do primeiro filho também não foram associados à asma na meia-idade. O uso de

contracepção hormonal (CH), o tempo de uso e a idade do início do uso não foram associados individualmente ao risco de asma. No entanto, o IMC modificou a relação entre o risco do uso de CH e asma. O tempo de uso de CH foi associado ao aumento significativo de asma em pacientes com sobrepeso ou obesas, mas houve efeito oposto, com aumento do tempo de uso e redução do risco de asma para pacientes com peso normal. O risco de asma aumentou em pacientes obesas. Esse estudo foi o primeiro a investigar e demonstrar a influência do tempo de uso de CH em pacientes obesas. Os autores concluíram que mulheres obesas, com histórico de uso prolongado de CH, podem ter risco aumentado de doença respiratória crônica.

Uma revisão sistemática de McCleary *et al.*<sup>(18)</sup> investigou o papel dos fatores hormonais endógenos e exógenos no desenvolvimento e na expressão clínica da asma em mulheres. Os resultados para o uso de contraceptivos hormonais foram mistos, com aumento ou redução dos riscos. Nem o uso atual (OR: 1,16; IC de 95%: 0,73-1,85) nem o uso prévio de contraceptivos orais (OR: 0,68; IC de 95%: 0,24-1,94), comparados com ausência de uso anterior, foram associados à asma atual. Embora o uso anterior de contraceptivo oral tenha sido associado ao aumento do risco de início de nova asma em um estudo,<sup>(19)</sup> a redução do risco foi relatada em outro.<sup>(20)</sup> Outro estudo<sup>(16)</sup> encontrou que o uso de quaisquer contraceptivos hormonais esteve associado ao aumento do risco de ter três ou mais episódios de asma ou sibilância nos últimos 12 meses. Já outro estudo<sup>(21)</sup> relatou que mulheres usuárias de contraceptivos combinados foram menos suscetíveis a utilizar corticoides inalatórios, em comparação com mulheres que não usam esses preparados combinados. Outro estudo<sup>(16)</sup> investigou o papel do tipo de contraceptivo hormonal utilizado (combinado, preparações só com progesterona ou não uso) e não encontrou associação com o risco de asma atual ou de episódios de asma e sibilância (OR: 0,96; IC de 95%: 0,72-1,28). A duração do uso dos contraceptivos hormonais também não foi associada a qualquer tipo de resultado. Os autores concluíram que existem ainda muitas questões a serem respondidas sobre a influência dos diferentes esteroides sexuais, bem como doses e rotas de administração, nos episódios de asma e alergia.

Recente estudo de coorte,<sup>(22)</sup> retrospectivo, com bases de dados populacionais do Reino Unido, publicado por Nwaru *et al.*,<sup>(22)</sup> acompanhando mulheres entre 16 e 45 anos por um período de 17 anos, investigou se o uso de contraceptivos hormonais, seus subtipos e a duração do uso deles foram relacionados ao início de asma. Vinte e seis por cento das mulheres usavam qualquer contraceptivo hormonal. Comparado com o não uso de métodos contraceptivos, o uso prévio de quaisquer contraceptivos hormonais (OR: 0,70; IC de 95%: 0,68-0,72), de contraceptivos combinados (OR: 0,70; IC de 95%: 0,68-0,72) e de métodos somente com progestágenos (OR:



0,70; IC de 95%: 0,67-0,74) foi associado à redução do risco de aparecimento de asma. O uso de método contraceptivo atual também foi associado à redução adicional do risco de asma, sendo de 37% (IC de 95%: 39-35) com o uso de quaisquer métodos contraceptivos, 41% (IC de 95%: 44-38) para métodos contendo apenas progestagênio e 35% (IC de 95%: 38-33) para contraceptivos combinados. Todos esses resultados foram estatisticamente significativos. Quanto maior o tempo de uso do contraceptivo hormonal, menor o risco de asma, sendo a redução do risco de 17% em mulheres com um a dois anos de uso (IC de 95%: 14-19), de 36% naquelas com três a quatro anos de uso (IC de 95%: 33-39) e de 54% naquelas com cinco anos ou mais de uso (IC de 95%: 51-56), em comparação com mulheres que não usavam quaisquer contraceptivos hormonais. Os autores concluíram que o uso de contraceptivos hormonais pode ser uma estratégia de prevenção primária para asma em mulheres em idade reprodutiva, embora não haja nenhum estudo randomizado testando essa hipótese.

Os dados populacionais anteriores foram analisados quanto ao risco de desenvolvimento de asma grave. Quando eles foram estratificados de acordo com o IMC, os resultados foram estatisticamente significativos para o uso de métodos combinados, mas não para o uso de métodos só com progestagênios. O uso prévio (IRR [*incidence rate ratio*]: 0,94, IC de 95%: 0,92-0,97), o uso atual (IRR: 0,92, IC de 95%: 0,87-0,97) e o maior tempo de uso (3-4 anos: IRR: 0,94, IC de 95%: 0,92-0,97; + 5 anos: IRR: 0,91, IC de 95%: 0,89-0,93) dos métodos contraceptivos hormonais combinados foram associados com redução do risco de exacerbação de asma grave, em comparação com as não usuárias. Os autores concluíram que o uso de contraceptivos hormonais pode reduzir o risco de exacerbação de asma grave em mulheres em idade reprodutiva, porém estudos longitudinais são necessários para confirmar esses achados.<sup>(23)</sup>

Um estudo populacional publicado por Jung *et al.*<sup>(24)</sup> avaliou a associação entre o uso de hormônios sexuais femininos e asma em mulheres coreanas. Os dados foram coletados entre 2007-2012. Foram avaliados o *status* de fumante (fumante, não fumante e ex-fumante) e o local de residência (área urbana ou rural). Em mulheres na pré-menopausa (média de idade de 40,4 anos), a prevalência de asma foi de 2,2%; dessas, 14,3% usavam ACO. O uso de contraceptivos orais foi associado ao aumento da chance de asma diagnosticada pelo médico (OR: 1,67; IC de 95%: 1,01-2,76) e sibilância no último ano (OR: 1,88; IC de 95%: 1,31-2,69), após ajustes para idade, local de residência, *status* de fumante e IMC. Essas associações foram predominantes em mulheres não obesas (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>; OR: 2,36; IC de 95%: 1,34-4,17 para asma e OR: 2,15; IC de 95%: 1,43-3,23 para sibilância). Não houve associação estatisticamente significativa entre ACO e asma diagnosticada por médico e sibilos em mulheres obesas. Os autores concluíram que houve associação entre o uso de ACO e asma em mulheres na pré-menopausa

e que essa associação foi mais forte em mulheres não obesas.

Estudo longitudinal australiano de Harris *et al.*,<sup>(25)</sup> publicado em 2022, avaliou a influência de doenças crônicas na escolha do método contraceptivo, em mulheres jovens entre 18-23 anos. O estudo demonstrou que apenas um terço das mulheres com doenças crônicas (hipertensão, asma, hipotireoidismo, diabetes, obesidade, artrite reumatoide, doença inflamatória intestinal ou lúpus eritematoso sistêmico) eram usuárias de algum método contraceptivo, em comparação a 41% das mulheres sem doença crônica. A asma foi a doença crônica mais prevalente relatada no início (14,3%) e no fim do estudo (16,1%). Os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres asmáticas não diferiram dos das mulheres sem doença crônica. No início do estudo, a proporção de mulheres usando alguma forma de contracepção foi a mesma entre mulheres com (85,5%) ou sem doença crônica (86,7%). No fim do estudo, houve redução de mulheres usando ACO e preservativos, porém houve aumento do uso do dispositivo intrauterino com progesterona. Os achados incluídos nesta revisão estão resumidos no quadro 1.

## DISCUSSÃO

A prescrição de métodos contraceptivos para mulheres portadoras de asma é semelhante à das mulheres sem condições patológicas, e as contraindicações são semelhantes às das mulheres portadoras de outras condições que contraindiquem o uso desses preparados hormonais.<sup>(26,27)</sup>

Não há restrições para prescrição de CH para pacientes portadoras de asma, contudo alguns estudos indicam a possível influência desses fármacos na exacerbação das crises. Os estudos sobre o uso de CH para mulheres com asma são inconcludentes, com relatos ora de exacerbação, ora de redução das crises. Dois grandes estudos populacionais demonstraram que o uso de quaisquer contraceptivos hormonais esteve associado à redução do risco de exacerbação da asma. Entretanto, uma revisão sistemática demonstrou que os resultados para o uso de contraceptivos hormonais foram mistos, com aumento ou redução dos riscos relatados (nova asma, número de episódios de asma ou sibilos). A relação entre obesidade associada ao uso de CH e o desenvolvimento de asma também é controversa. Uma vez que a maioria dos dados sobre uso de métodos contraceptivos em pacientes com asma origina-se de estudos populacionais, eles podem apresentar possíveis fatores de confusão não identificados. É necessária a realização de estudos longitudinais para a avaliação da repercussão do uso de métodos contraceptivos hormonais sobre a função pulmonar e agravamento da doença. Testes de função pulmonar e Teste de Controle da Asma (ACT) serão úteis para essas avaliações.

**Quadro 1.** Estudos incluídos em revisão não sistemática de artigos publicados sobre o uso de métodos contraceptivos hormonais em pacientes com asma

Autoria e ano de publicação	Título do artigo	Delineamento metodológico	Resultados
Erkoçoğlu et al. (2013) <sup>(15)</sup>	The effect of oral contraceptives on current wheezing in young women	Estudo transversal	O uso de ACO foi associado ao aumento de risco de sibilância atual (OR: 2,23; IC de 95%: 1,25-4,47), e esse risco foi associado ao uso de ACO no ano anterior.
Nwaru e Sheikh (2015) <sup>(16)</sup>	<i>Hormonal contraceptives and asthma in women of reproductive age: analysis of data from serial national Scottish Health Surveys</i>	Estudo transversal de base populacional	O uso de quaisquer CHs foi associado à redução do risco de diagnóstico atual de asma (OR: 0,68; IC de 95%: 0,78-0,98) e do risco de três ou mais ataques de asma nos últimos 12 meses (OR: 0,45; IC de 95%: 0,25-0,82).
Matheson et al. (2015) <sup>(17)</sup>	<i>Hormonal contraception increases risk of asthma among obese but decreases it among nonobese subjects: a prospective, population-based cohort study</i>	Estudo de coorte prospectivo de base populacional	O uso de CH, o tempo de uso e a idade do início do uso não foram associados individualmente ao risco de asma. No entanto, o IMC modificou a relação entre o risco do uso de CH e asma.
McCleary et al. (2018) <sup>(18)</sup>	<i>Endogenous and exogenous sex steroid hormones in asthma and allergy in females: A systematic review and meta-analysis</i>	Revisão sistemática	Os resultados para o uso de CH foram mistos, com aumento ou redução dos riscos relatados.
Nwaru et al. (2020) <sup>(22)</sup>	<i>Hormonal contraceptives and onset of asthma in reproductive-age women: Population-based cohort study</i>	Estudo de coorte retrospectivo de bases populacionais	O uso prévio de quaisquer CHs (OR: 0,70; IC de 95%: 0,68-0,72), de CHC (OR: 0,70; IC de 95%: 0,68-0,72) e de métodos somente de progestagênio (OR: 0,70; IC de 95%: 0,67-0,74) foi associado à redução do risco de aparecimento de asma. O uso de método contraceptivo atual também foi associado a redução adicional do risco de asma, sendo de 37% (IC de 95%: 39-35) com o uso de quaisquer CHs, de 41% (IC de 95%: 44-38) para métodos contendo apenas progestagênio e de 35% (IC de 95%: 38-33) para CHC. Quanto maior o tempo de uso do CH, menor o risco de asma.
Nwaru et al. (2021) <sup>(23)</sup>	<i>Hormonal contraception and the risk of severe asthma exacerbation: 17-year population-based cohort study</i>	Estudo de coorte prospectivo de base populacional	O uso prévio (IRR: 0,94, IC de 95%: 0,92-0,97), o uso atual (IRR: 0,92, IC de 95%: 0,87-0,97) e o maior tempo de uso (3-4 anos: IRR: 0,94, IC de 95%: 0,92-0,97; + 5 anos: IRR: 0,91, IC de 95%: 0,89-0,93) dos CHCs foram associados com redução do risco de exacerbação de asma severa, em comparação com as não usuárias.
Jung et al. (2021) <sup>(24)</sup>	<i>Population-based study of the association between asthma and exogenous female sex hormone use.</i>	Estudo de coorte prospectivo de base populacional	O uso de contraceptivos orais foi associado ao aumento da chance de diagnóstico de asma (OR: 1,67; IC de 95%: 1,01-2,76) e sibilância no último ano (OR: 1,88; IC de 95%: 1,31-2,69). Essas associações foram predominantes em mulheres não obesas
Harris et al. (2022) <sup>(25)</sup>	<i>Patterns of contraceptive use among young Australian women with chronic disease: findings from a prospective cohort study</i>	Estudo de coorte prospectivo de base populacional	Os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres asmáticas não diferiram dos das mulheres sem doença crônica.

ACO: anticoncepcional oral; CH: contracepção hormonal; CHC: contraceptivo hormonal combinado; IMC: índice de massa corporal; OR: *odds ratio*; IRR: *incidence rate ratio*; IC: intervalo de confiança.



## CONCLUSÃO

Os resultados para o uso de contraceptivos hormonais em mulheres com asma são inconsistentes, com relatos de aumento ou redução do risco dela. O uso do método contraceptivo deve ser discutido individualmente, levando-se em consideração outros fatores de risco associados e o desejo da mulher. A paciente deverá ser reavaliada e orientada caso apresente piora dos sintomas clínicos da asma.

## REFERÊNCIAS

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma 2007 (EPR-3) [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 31]. Available from: [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm)
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf>
3. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet*. 1998;351(9111):1225-32.
4. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J*. 1996;9(4):687-95. doi: 10.1183/09031936.96.09040687
5. To T, Stanojevic S, Moores G, Gershon AS, Bateman ED, Cruz AA, et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. *BMC Public Health*. 2012;12:204. doi: 10.1186/1471-2458-12-204
6. Graziottin A, Serafini A. Perimenstrual asthma: from pathophysiology to treatment strategies. *Multidiscip Respir Med*. 2016;11:30. doi: 10.1186/s40248-016-0065-0
7. Rao CK, Moore CG, Bleecker E, Busse WW, Calhoun W, Castro M, et al. Characteristics of perimenstrual asthma and its relation to asthma severity and control: data from the Severe Asthma Research Program. *Chest*. 2013;143(4):984-92. doi: 10.1378/chest.12-0973
8. Haggerty CL, Ness RB, Kelsey S, Waterer GW. The impact of estrogen and progesterone on asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003;90(3):284-91. doi: 10.1016/S1081-1206(10)61794-2
9. Fuseini H, Newcomb DC. Mechanisms driving gender differences in asthma. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2017;17(3):19. doi: 10.1007/s11882-017-0686-1
10. Semik-Orzech A, Skoczyński S, Pierzchała W. Serum estradiol concentration, estradiol-to-progesterone ratio and sputum IL-5 and IL-8 concentrations are increased in luteal phase of the menstrual cycle in perimenstrual asthma patients. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2017;49(4):161-70. doi: 10.23822/eurannaci.1764-1489.09
11. Murphy VE, Gibson PG. Premenstrual asthma: prevalence, cycle-to-cycle variability and relationship to oral contraceptive use and menstrual symptoms. *J Asthma*. 2008;45(8):696-704. doi: 10.1080/02770900802207279
12. Forbes L, Jarvis D, Burney P. Do hormonal contraceptives influence asthma severity? *Eur Respir J*. 1999;14(5):1028-33. doi: 10.1183/09031936.99.14510289
13. Lange P, Parner J, Prescott E, Ulrik CS, Vestbo J. Exogenous female sex steroid hormones and risk of asthma and asthma-like symptoms: a cross sectional study of the general population. *Thorax*. 2001;56(8):613-6. doi: 10.1136/thorax.56.8.613
14. Wenzel S. Evaluation of severe asthma in adolescents and adults [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-severe-asthma-in-adolescents-and-adults>
15. Erkoçoğlu M, Kaya A, Azkur D, Özyer Ş, Özcan C, Beşli M, et al. The effect of oral contraceptives on current wheezing in young women. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013;41(3):169-75. doi: 10.1016/j.aller.2012.03.003
16. Nwaru BI, Sheikh A. Hormonal contraceptives and asthma in women of reproductive age: analysis of data from serial national Scottish Health Surveys. *J R Soc Med*. 2015;108(9):358-71. doi: 10.1177/0141076815588320
17. Matheson MC, Burgess JA, Lau MY, Lowe AJ, Gurrin LC, Hopper JL, et al. Hormonal contraception increases risk of asthma among obese but decreases it among nonobese subjects: a prospective, population-based cohort study. *ERJ Open Res*. 2015;1(2):00026-2015. doi: 10.1183/23120541.00026-2015
18. McCleary N, Nwaru BI, Nurmatov UB, Critchley H, Sheikh A. Endogenous and exogenous sex steroid hormones in asthma and allergy in females: a systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(4):1510-1513.e8. doi: 10.1016/j.jaci.2017.11.034
19. Troisi RJ, Speizer FE, Willett WC, Trichopoulos D, Rosner B. Menopause, postmenopausal estrogen preparations, and the risk of adult-onset asthma: a prospective cohort study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;152(4 Pt 1):1183-8. doi: 10.1164/ajrccm.152.4.7551368
20. Wei J, Gerlich J, Genuneit J, Nowak D, Vogelberg C, von Mutius E. Hormonal factors and incident asthma and allergic rhinitis during puberty in girls. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;115:21-7.e2. doi: 10.1016/j.anai.2015.04.019
21. Scott HA, Gibson PG, Garg ML, Upham JW, Wood LG. Sex hormones and systemic inflammation are modulators of the obese-asthma phenotype. *Allergy*. 2016;71(7):1037-47. doi: 10.1111/all.12891
22. Nwaru BI, Pillinger R, Tibble H, Shah SA, Ryan D, Critchley H, et al. Hormonal contraceptives and onset of asthma in reproductive-age women: population-based cohort study. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(2):438-46. doi: 10.1016/j.jaci.2020.02.027
23. Nwaru BI, Tibble H, Shah SA, Pillinger R, McLean S, Ryan DP, et al. Hormonal contraception and the risk of severe asthma exacerbation: 17-year population-based cohort study. *Thorax*. 2021;76(2):109-15. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-215540
24. Jung WJ, Lee SY, Choi SI, Kim BK, Lee EJ, Choi J. Population-based study of the association between asthma and exogenous female sex hormone use. *BMJ Open*. 2021;11(12):e046400. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046400
25. Harris ML, Egan N, Forster PM, Bateson D, Sverdlow AL, Murphy VE, et al. Patterns of contraceptive use among young Australian women with chronic disease: findings from a prospective cohort study. *Reprod Health*. 2022;19(1):111. doi: 10.1186/s12978-022-01413-x
26. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
27. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1

**Descritores**

Hemorragia pós-parto; Mortalidade materna; Tamponamento com balão uterino; Oclusão com balão; Complicações do trabalho de parto

**Keywords**

Postpartum hemorrhage; Maternal mortality; Uterine balloon tamponade; Balloon occlusion; Obstetric labor complication

**Submetido:**

05/07/2023

**Aceito:**

15/08/2023

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, MG, Brasil.
3. Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG, Brasil.
4. Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Juiz de Fora, MG, Brasil.

**Conflitos de interesse:**

Nada a declarar.

**Autor correspondente:**

Camila Ribeiro Mota  
Rua Cláudio Manoel, 878,  
Funcionários, 30140-100, Belo  
Horizonte, MG, Brasil  
camilaribeirimota@yahoo.com.br

**Como citar:**

Mota CR, Mota PR, Lacerda JB, Alves AL, Lopes AV. Especificidades técnicas no tamponamento uterino com balões e algumas dificuldades técnicas. *Femina*. 2023;51(8):486-90.

# Especificidades técnicas no tamponamento uterino com balões e algumas dificuldades técnicas

## *Technical specificities in uterine tamponade with balloons and some technical difficulties*

Camila Ribeiro Mota<sup>1</sup>, Paula Ribeiro Mota<sup>2,3</sup>, Júlia Botelho Lacerda<sup>4</sup>, Álvaro Luiz Lage Alves<sup>1</sup>, Andreza Vilaça Belo Lopes<sup>1</sup>

**RESUMO**

A mortalidade materna é inaceitavelmente alta. A hemorragia pós-parto encontra-se na primeira posição no mundo, tendo como principal causa específica a atonia uterina. Eventualmente, as medidas iniciais e a terapia farmacológica não são efetivas no controle do sangramento, impondo a necessidade de tratamentos invasivos, cirúrgicos ou não. Entre esses, o tamponamento uterino com balão requer recursos locais mínimos e não exige treinamento extensivo ou equipamento muito complexo. Entretanto, algumas dificuldades podem ocorrer durante a inserção, infusão ou manutenção do balão na cavidade uterina, com especificidades relacionadas à via de parto. Após o parto vaginal, a dificuldade mais prevalente é o prolapso vaginal do balão. Na cesárea, as principais dificuldades são a inserção e o posicionamento do balão na cavidade uterina, principalmente nas cesáreas eletivas. Este artigo revisa e ilustra as principais dificuldades e especificidades relacionadas ao tamponamento uterino com balões.

**ABSTRACT**

Maternal mortality is unacceptably high. Postpartum hemorrhage is ranked first in the world, with the main specific cause being uterine atony. Eventually, initial measures and pharmacological therapy are not effective in controlling bleeding, imposing the need for invasive treatments, surgical or not. Among these, uterine balloon tamponade requires minimal local resources and does not require extensive training or very complex equipment. However, some difficulties may occur during insertion, infusion, or maintenance of the balloon in the uterine cavity, with specificities related to the mode of delivery. After vaginal delivery, the most prevalent difficulty is vaginal balloon prolapse. In cesarean section, the main difficulty is the insertion and positioning of the balloon in the uterine cavity, especially in elective cesarean sections. This article reviews and illustrates the main difficulties and specificities related to uterine balloon tamponade.

**INTRODUÇÃO**

A hemorragia pós-parto (HPP) é conceituada como a perda sanguínea acima de 500 mL após o parto vaginal ou acima de 1.000 mL após o parto cesariano nas primeiras 24 horas ou qualquer perda sanguínea capaz de causar instabilidade hemodinâmica.<sup>(1)</sup> Mais de 1,5 milhão de mulheres anualmente



apresentam complicações relacionadas à HPP.<sup>(2)</sup> A prevalência varia de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano, e o aumento da incidência vem sendo registrado em países distintos.<sup>(3-5)</sup> Diante da falha das medidas iniciais e da terapia farmacológica, tratamentos mais invasivos, tais como o tamponamento uterino com balão, suturas uterinas compressivas, ligaduras vasculares, entre outros, podem ser necessários. Muitas vezes, o acesso a essas intervenções é insuficiente em ambientes com poucos recursos.<sup>(6)</sup>

Comparado a outras intervenções, o tamponamento uterino com balão requer recursos locais mínimos e não implica treinamento extensivo ou equipamento complexo. Entretanto, algumas dificuldades podem ocorrer durante a inserção, infusão ou manutenção do balão na cavidade uterina, com especificidades relacionadas à via de parto. Após o parto vaginal, a dificuldade mais prevalente é o prolapso vaginal do balão. Na cesárea, as principais dificuldades são a inserção e o posicionamento do balão na cavidade uterina, principalmente nas cesáreas eletivas.<sup>(7-12)</sup>

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa das principais dificuldades e especificidades relacionadas ao tamponamento uterino com balões nas diferentes vias de parto.

## MÉTODOS

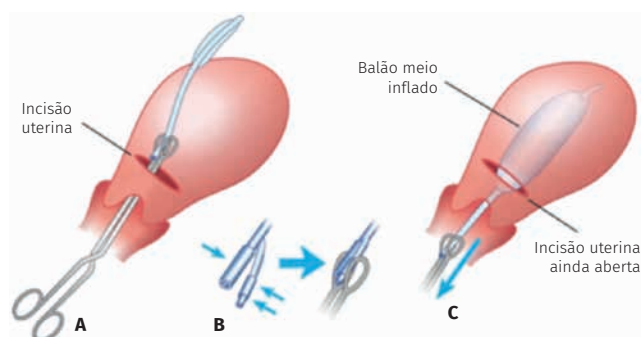
Foi realizada uma pesquisa no PubMed e identificados os artigos originais sobre cada balão intrauterino já descrito e análises sistemáticas, buscando compreender a técnica correta e suas especificidades. Também foram identificados os artigos relacionados às dificuldades que podem ocorrer durante a inserção, infusão ou manutenção do balão na cavidade uterina, com as especificidades relacionadas à via de parto. Após leitura inicial dos artigos, foram selecionados dezessete, que compuseram as presentes referências.

As principais dificuldades para o tamponamento uterino com balões na vigência de cesarianas são a inserção e o posicionamento do dispositivo na cavidade uterina, principalmente nas cesáreas eletivas. Uma vez que o colo uterino se encontra fechado, a passagem do dispositivo pelo canal cervical fica muito difícil, tanto pela rota de inserção abdominal quanto pela rota vaginal.

Na rota de inserção abdominal, em que o balão é inserido na cavidade uterina pela histerotomia e seu eixo é conduzido para a vagina pelo canal cervical, a dificuldade é imposta pelo diâmetro do *tree-way* presente no eixo da maioria dos balões. Existem três estratégias com o intuito de superar essa dificuldade. Na técnica de Matsubara, os membros inferiores da paciente são posicionados nas pernas e, após a antisepsia vaginal, um auxiliar expõe o colo uterino. Uma pinça longa e estreita é introduzida até a cavidade uterina. Pela cavidade uterina, o cirurgião, após remover o *tree-way*, apreende a extremidade da pinça e posiciona o eixo do

balão entre as presas da pinça. O auxiliar executa uma tração inferior da pinça na intenção de posicionar o eixo do balão na cavidade vaginal, para depois reposicionar o *tree-way* e realizar a infusão (Figura 1).<sup>(7)</sup>

No método Nelaton, as vias de infusão e de drenagem são comprimidas com uma sutura aplicada nas extremidades proximais do eixo do balão, imediatamente acima do *tree-way*. O *tree-way* é removido e uma sonda flexível (Nelaton) é inserida no eixo de drenagem sanguínea. A sonda é utilizada como um guia para a passagem do eixo do balão pelo canal cervical. Um auxiliar, fora do campo cirúrgico, tracionará a sonda inferiormente, posicionando o eixo do balão na cavidade vaginal (Figura 2).<sup>(13)</sup>



- A – Introdução de pinça longa e estreita na cavidade uterina
- B – Preensão do eixo do balão nas extremidades da pinça
- C – Tração inferior da pinça para posicionamento vaginal do eixo do balão

Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 1. Técnica de Matsubara para inserção do balão intrauterino em cesarianas pela rota abdominal



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

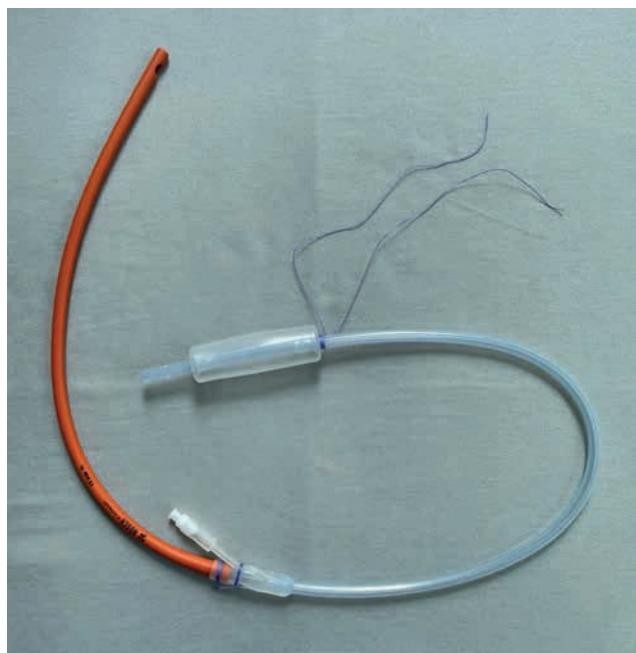
Figura 2. Método Nelaton para inserção de balão intrauterino em cesarianas pela rota abdominal. Balão de Bakri com sutura aplicada nas extremidades proximais do eixo do balão e uma sonda Nelaton (guia para inserção) conectada ao eixo de drenagem sanguínea

Essas técnicas são utilizadas durante a cesariana. Na cesárea já finalizada, a inserção do balão será realizada pela rota vaginal, seguindo os passos da inserção após partos vaginais. A principal dificuldade será relacionada à ausência de dilatação cervical. Na impossibilidade de inserção, uma reabordagem cirúrgica é indicada.

### Técnicas para evitar o prolapso vaginal do balão

O prolapso vaginal do balão habitualmente se associa ao tamponamento realizado após o parto vaginal, em que o colo uterino ainda se encontra totalmente dilatado. Entretanto, durante a inserção do balão na vigência de cesariana, o deslocamento vaginal também pode ocorrer, principalmente na cesariana realizada intraparto. A técnica “pescando” o eixo do balão é feita simultaneamente ao método Nelaton de inserção do balão. Um fio é amarrado na extremidade distal do dispositivo, logo abaixo do balão. A inserção deve ser iniciada pela sonda Nelaton em direção vaginal, posicionando o balão no fundo uterino e fixando o fio na histerotomia. Durante o fechamento uterino, esse fio é tracionado no sentido cefálico, por meio de um reparo, sem prendê-lo na histerorrafia, evitando, assim, o prolapso vaginal do balão (Figura 3). Após a infusão do balão, efetuada por via vaginal, o fio deve ser cortado rente à histerorrafia.<sup>(13)</sup>

Já no tamponamento realizado após o parto vaginal, as falhas ocorrem principalmente devido ao prolapso do balão para a cavidade vaginal, que ocorre devido à dilatação completa do colo uterino. Existem cinco técnicas de fixação intrauterina do balão, que são efetuadas

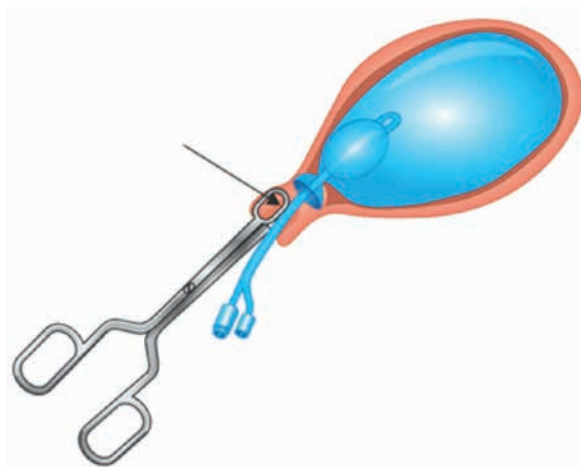


Fonte: Registro fotográfico dos autores.

**Figura 3.** Técnica “pescando” o eixo do balão associada ao método Nelaton. Um fio está amarrado na extremidade distal do eixo, logo abaixo do balão

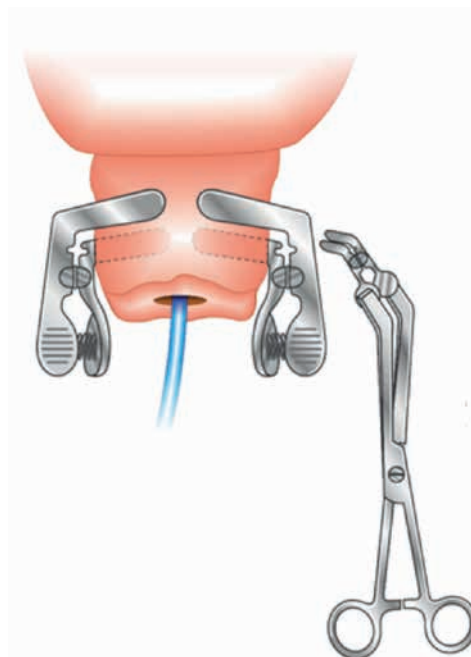
pela via vaginal. Uma é a aplicação de suturas com fios absorvíveis, no intuito de comprimir os lábios anterior e posterior do colo uterino entre si. Outra, é a técnica de pinçamento do colo uterino, em que uma ou duas pinças Foerster são utilizadas para aproximar os lábios anterior e posterior do colo uterino, rente ao eixo do balão. Essa abordagem é rápida, relativamente atraumática e prontamente disponível (Figura 4).<sup>(14)</sup>

Alternativamente, os lábios do colo uterino podem ser comprimidos entre si por meio de *clips* vasculares, de maneira semelhante à técnica com as pinças Foerster (Figura 5). A compressão efetuada tanto por pinças quanto por *clips* vasculares apresenta a vantagem adicional de otimizar o controle hemorrágico.<sup>(11)</sup>



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

**Figura 4.** Pinçamento do colo uterino com pinça Foerster



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

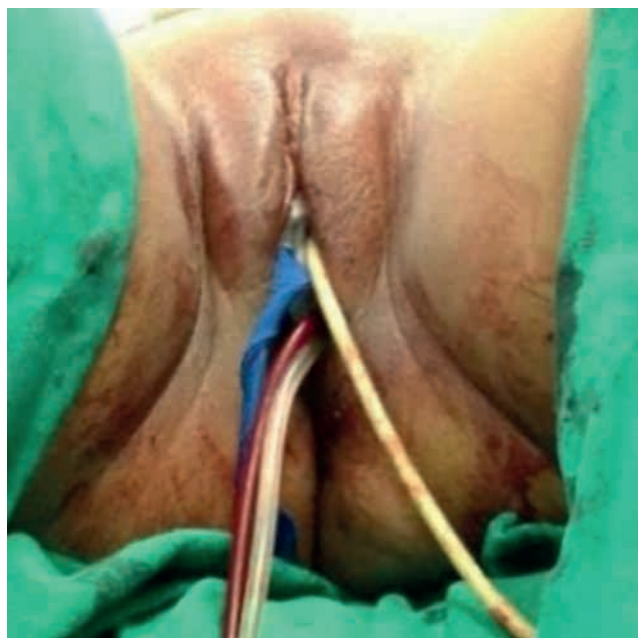
**Figura 5.** Pinçamento do colo uterino com *clips* vasculares

Outra técnica para evitar o prolapso vaginal do balão é a inserção de uma ou duas compressas na vagina (Figura 6). Essa técnica é a mais recomendada, pois possui a vantagem de ser atraumática e de baixo custo. Recomenda-se a inserção vaginal das compressas antes da infusão do balão, evitando que ele se desloque durante os intervalos das conexões da seringa ao sistema de infusão (Figura 2).

O sistema de fixação do balão de Kyoto é outra estratégia para prevenir o prolapso vaginal do dispositivo. Esse balão é envolto por uma haste posicionada na vulva, chamada de “tampa do eixo”, a qual é presa no abdome por meio de um “cinto” e fixada por um dispositivo no introito vaginal de forma semelhante a um “prendedor de roupa” (Figura 7).<sup>(12)</sup>

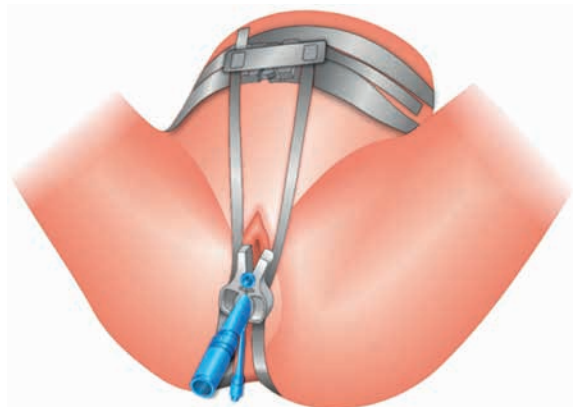
Na HPP com falha da terapia farmacológica, o tamponamento uterino com balão apresenta a vantagem de ser um tratamento rápido e simples. Outro mérito é a eficácia, que não é inferior à dos demais tratamentos invasivos (suturas uterinas compressivas, ligaduras vasculares, embolização arterial).<sup>(15)</sup> Um estudo de coorte envolvendo 72.529 pacientes revelou que o uso de balões em puérperas com HPP vaginal foi associado à redução significativa dos demais procedimentos invasivos.<sup>(16)</sup> Entretanto, dificuldades para inserção e manutenção do balão na cavidade uterina podem eventualmente ocorrer, impondo dificuldades aos cuidadores e reduzindo a eficácia do procedimento.

Na inserção do balão pela rota abdominal, tanto a técnica de Matsubara quanto o método Nelaton apresentam a vantagem de utilizar materiais de baixo custo



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

**Figura 6.** Fixação com compressas vaginais. Extremidade da compressa vaginal (cor azul) associada à sonda vesical de demora e aos eixos de infusão e drenagem do balão intrauterino



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

**Figura 7.** Sistema de fixação do balão de Kyoto. “Tampa do eixo”, “prendedor de roupa” e “cinto” justapostos ao balão de Kyoto

e habitualmente disponíveis nas unidades hospitalares. Além disso, a simplicidade dessas técnicas dispensa treinamentos excessivos.<sup>(7,13,14)</sup>

Quanto à prevenção do prolapso vaginal do balão, a maioria das técnicas exige materiais nem sempre disponíveis, tais como os *clips* vasculares e o sistema de fixação de Kyoto. Apesar da habitual disponibilidade, as pinças Foersters apresentam a desvantagem do incômodo, uma vez que vão permanecer na vagina, vulva e entre os membros inferiores da puérpera durante todo o tempo do tamponamento. Pela invasividade, a aplicação tanto de suturas quanto de *clips* vasculares no colo uterino pode se associar a trauma e/ou infecção. O sistema de fixação de Kyoto, além da indisponibilidade e do custo, exige treinamento específico e se associa ao incômodo da puérpera. A técnica “pescando” o eixo do balão, específica para fixação no intraoperatório de cesarianas, é simples, de baixo custo e também dispensa treinamentos excessivos. Aparentemente, a fixação com compressas vaginais é a técnica mais disponível, menos invasiva e de menor custo e risco de complicações.<sup>(11-14,17)</sup>

## CONCLUSÃO

O tamponamento uterino com balões é uma alternativa de eficácia comprovada. Entretanto, dificuldades para a inserção e a manutenção do balão na cavidade uterina, com especificidades relacionadas à via de parto, podem eventualmente acontecer, exigindo dos cuidadores treinamento de habilidades e pronto reconhecimento.

## REFERÊNCIAS

1. Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, et al. National partnership for maternal safety: consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Anesth Analg.* 2015;121(1):142-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000000869
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7



3. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(7):e41114. doi: 10.1371/journal.pone.0041114
4. Mehrabadi A, Hutcheon JA, Lee L, Liston RM, Joseph KS. Trends in postpartum hemorrhage from 2000 to 2009: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:108. doi: 10.1186/1471-2393-12-108
5. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):449.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2013.07.007
6. Chandraran E, Arulkumaran S. Surgical aspects of postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(6):1089-102. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.08.001
7. Matsubara S. A new approach for the Bakri balloon for placenta previa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;182:262-3. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.01.021
8. Matsubara S, Takahashi H, Baba Y, Usui R. Inserting the Bakri balloon during cesarean section in patients with a narrow cervix: Nelaton method (Matsubara). *Acta Obstet Gynecol Scan*. 2015;94(10):1147-8. doi: 10.1111/aogs.12693
9. Matsubara S, Baba Y, Takahashi H. Preventing a Bakri balloon from sliding out during "holding the cervix": "fishing for the balloon shaft" technique (Matsubara). *Acta Obstet Gynecol Scan*. 2015;94(8):910-1. doi: 10.1111/aogs.12585
10. Matsubara S. An effective addition of uterine balloon tamponade (condom-balloon) in rural settings. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3903.
11. Matsubara S, Takahashi H, Horie H, Kawada M. Preventing intrauterine balloon from descending: some suggestions. *Acta Obstet Gynecol Scan*. 2020;99(2):290-1. doi: 10.1111/aogs.13728
12. Kondoh E, Chigusa Y, Ueda A, Mogami H, Mandai M. Novel intrauterine balloon tamponade systems for postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(12):1612-7. doi: 10.1111/aogs.13692
13. Takahashi H, Baba Y, Usui R, Ohkuchi A, Matsubara S. Video image: Matsubara's Nelaton and Fishing methods for easier Bakri balloon insertion and avoiding its prolapse during cesarean section. *Hypertens Res Pregnancy*. 2018;6(2):73-5. doi: 10.14390/jsshp.HRP2018-009
14. Kawamura A, Kondoh E, Hamanishi J, Kawamura Y, Kusaka K, Ueda A, et al. Cervical clamp with ring forceps to prevent prolapse of an intrauterine balloon in the management of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(3):733-7. doi: 10.1111/j.1447-0756.2012.02017.x
15. Doumouchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(8):540-7. doi: 10.1097/01.ogx.0000271137.81361.93
16. Revert M, Rozemberg P, Correnet J, Quantin C. Intrauterine balloon tamponade for severe postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):143-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000002405
17. Georgiou C. Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review. *BJOG*. 2009;116(6):748-57. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02113.x

# Características clínicas, diagnóstico e tratamento de mulher com síndrome de Meigs: relato de caso e revisão narrativa

## *Clinical characteristics, diagnosis and treatment of a woman with Meigs syndrome: case report and narrative review*

### Descritores

Síndrome de Meigs; Ascite; Derrame pleural; Fibroma; Tumor de ovário

### Keywords

Meigs syndrome; Ascites; Pleural effusion; Fibroma; Ovarian tumor

Maria Laura Alves de Melo Silva<sup>1</sup>, Adriana Yoshida<sup>1</sup>, Renan Massao Nakamura<sup>1</sup>, Rômulo de Oliveira Pires<sup>1</sup>, José Carlos Campos Torres<sup>1</sup>, Sophie Françoise Mauricette Derchain<sup>1</sup>

### Submetido:

08/03/2023

### Aceito:

11/04/2023

1. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Adriana Yoshida  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126,  
Cidade Universitária, 13083-887,  
Campinas, SP, Brasil  
adriana122013@gmail.com

### Como citar:

Silva ML, Yoshida A, Nakamura RM, Pires RO, Torres JC, Derchain SF. Características clínicas, diagnóstico e tratamento de mulher com síndrome de Meigs: relato de caso e revisão narrativa. *Femina*. 2023;51(6):491-6.

### RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever o caso de mulher com síndrome de Meigs e apresentar a revisão narrativa sobre o tema. Paciente do sexo feminino, 30 anos, nulípara, encaminhada ao hospital por massa anexial e história prévia de drenagem de derrame pleural. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica por derrame pleural hipertensivo à direita, sendo submetida a drenagem torácica, com citologia do líquido negativa. Após, foi submetida a laparotomia: realizada salpingo-ooforectomia esquerda. A congelação e a análise histopatológica diagnosticaram fibroma ovariano. A citologia ascítica foi negativa. CA-125 elevado, presença de derrames cavitários e exame de imagem suspeito podem mimetizar um cenário de neoplasia maligna de ovário em estágio avançado. Entretanto, na síndrome de Meigs clássica, o tratamento é cirúrgico, sendo o diagnóstico obtido por meio da análise histopatológica do tumor ovariano. O manejo da síndrome de Meigs clássica é cirúrgico e, após a remoção do tumor, o derrame pleural e a ascite desaparecem.

### ABSTRACT

To describe a case of Meigs syndrome and present a narrative review of the condition. Female patient, 30 years old, nulliparous, referred to the hospital due to an adnexal mass and a previous drainage of pleural effusion. She developed hemodynamic instability due to a hypertensive right pleural effusion being submitted to chest drainage, with negative cytology of the fluid. She underwent laparotomy: Left salpingo-oophorectomy was performed and frozen section and histopathological analysis diagnosed an ovarian fibroma. Ascites cytology was negative. Elevated CA-125, presence of cavitory effusions, suspicious imaging exam can mimic a scenario of ovarian cancer at an advanced stage. However, in classical Meigs syndrome, treatment is surgical, and the diagnosis is obtained through histopathological analysis of the ovarian tumor. Classical Meigs syndrome' management is surgical. After tumor removal, pleural effusion and ascites resolve.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Meigs constitui-se de uma tríade de achados clínico-histológicos característicos, descritos inicialmente no século XIX por Spiegelberg, após observação das características durante necrópsia de uma paciente com manifestação clínica típica dessa síndrome.<sup>(1)</sup> Tal tríade é composta por ascite, derrame pleural e massa ovariana com histopatológico de fibroma ovariano ou fibroma-like (tecoma, tumor de células da granulosa ou tumor de Brenner). No entanto, em 1937, houve o relato de uma série de casos com pacientes apresentando a tríade clínico-histológica acima descrita, porém com resolução espontânea da ascite e derrame pleural após remoção cirúrgica do fibroma ovariano, o quarto critério que deve ser respeitado para o diagnóstico da síndrome de Meigs. Essa apresentação é referida como síndrome de Meigs clássica,<sup>(2)</sup> pela possibilidade de a massa ovariana ter outros tipos histológicos, sejam eles benignos ou malignos. Apesar de essa entidade clínica ser conhecida desde o século XIX, nota-se que há poucos relatos na literatura. Isso ocorre em consonância com a frequência dessa síndrome de Meigs, que ocorre em cerca de 1%-10% de todas as pacientes que apresentam fibromas.<sup>(3)</sup> Deve-se lembrar que os fibromas representam ao redor de 1%-4% dos tumores ovarianos.<sup>(3,4)</sup>

O diagnóstico diferencial dessa síndrome ocorre especialmente a partir da análise histológica da massa ovariana. O que há em comum nessas quatro variantes são a ascite e derrame pleural com citologia negativa para neoplasia, e a resolução da ascite e derrame pleural após a retirada do tumor: 1) a síndrome de Meigs clássica, com fibroma benigno ou tumor de ovário fibroma-like; 2) a síndrome de Meigs não clássica, que se constitui de tumor de ovário ou de ligamento largo benignos que não os fibromas ou fibromas-like; 3) a síndrome de pseudo-Meigs benigna, que consiste em tumor pélvico ou abdominal benigno extraovariano e extraligamento largo; e 4) a síndrome pseudo-Meigs maligna, que envolve tumor pélvico ou abdominal maligno.<sup>(2)</sup>

Outras manifestações menos frequentes abrangem a síndrome de Tjalma (ou síndrome de pseudo-pseudo-Meigs) e a síndrome de Meigs atípica (ou incompleta). A síndrome de Tjalma abrange o quadro de ascite, derrame pleural e elevação dos níveis séricos do antígeno carboidrato 125 (CA-125) em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico.<sup>(5)</sup> Por sua vez, a síndrome de Meigs atípica ou incompleta é classificada de acordo com as quatro variantes já mencionadas: síndrome de Meigs clássica ou não clássica incompletas e síndrome pseudo-Meigs benigna ou maligna incompletas, todas associadas a derrame pleural ou ascite isolados (por isso, o termo “incompleta”) e também apresentando melhora do derrame cavitário após a remoção cirúrgica do tumor.<sup>(2)</sup>

Apesar das diferentes síndromes, o modo de apresentação das pacientes assemelha-se entre si. Em geral, há sintomas inespecíficos, como aumento do volume abdominal, dor pélvica, inapetência, perda de peso, fadiga, dispneia e tosse seca.<sup>(3,4,6)</sup> O exame físico também é pouco claro, mostrando-se normal ou com presença de massa palpável. Por sua vez, a investigação laboratorial indica que os níveis séricos do CA-125 se encontram dentro da normalidade ou elevados em alguns casos.<sup>(4,7,8)</sup> Nesse cenário, a complementação da investigação por meio de exame de imagem ocorre na vasta maioria dos casos. O exame de escolha é a ultrassonografia, a qual permite desde a avaliação do tamanho da massa ovariana até de suas características. Exames menos frequentemente feitos para avaliação do quadro envolvem tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome/pelve. No entanto, para o diagnóstico dos derrames cavitários, em geral, a ascite é confirmada por meio da própria ultrassonografia ou TC de abdome e pelve, ao passo que o derrame pleural é identificado por meio de radiografia ou TC de tórax.<sup>(3,4,6)</sup>

A resolução do quadro clínico depende da abordagem cirúrgica, a qual diverge entre os casos, tanto em relação à via cirúrgica (laparoscopia ou laparotomia) quanto relativamente ao procedimento indicado (ooforectomia ou tumorectomia, bem como sua possível associação a salpingectomia e hysterectomia, a depender do contexto clínico).<sup>(3,4,6-8)</sup> É importante ressaltar que nas pacientes jovens, com a prole não completa, a preservação da fertilidade e da função ovariana é de fundamental importância. Nessas mulheres, a tumorectomia é preferível à ooforectomia, a menos que não seja possível preservar tecido ovariano ipsilateral ao tumor.<sup>(9-13)</sup>

O objetivo do estudo foi relatar um caso de paciente na menarca com diagnóstico final de síndrome de Meigs, revelando um quadro com desenlace benigno, com possibilidade de cirurgia preservadora da fertilidade, mas que foi passível de importante repercussão hemodinâmica associada ao derrame pleural volumoso. Além disso, realizamos uma revisão narrativa sobre o tema.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos, nuligesta, com antecedente de síndrome do pânico, encaminhada ao serviço por massa anexial. Iniciou quadro de dispneia progressiva e tosse seca há cinco meses, tendo procurado outro hospital previamente, onde foi diagnosticado derrame pleural à direita e realizada toracocentese com saída de 1.700 mL. No exame de admissão, apresentava-se eupneica com saturação de 95% em ar ambiente, murmúrio vesicular presente, reduzido em base direita, e massa de contornos mal delimitados ocupando todo o hipogastro até o mesogastro bilateral, móvel, de consistência sólida. A paciente foi internada e, no segundo dia de internação, evoluiu com instabilidade hemodinâmica associada a derrame pleural à direita



hipertensivo (desviando mediastino e suas estruturas contralateralmente), sendo submetida à drenagem de tórax pela equipe da cirurgia torácica, e se iniciou antibioticoterapia, pela suspeita de a instabilidade hemodinâmica estar também associada ao quadro de sepse. A citologia do líquido do derrame pleural foi negativa para células neoplásicas. Exames complementares realizados no segundo dia de internação: 1) marcadores tumorais: CA-125 1.904 UI/mL; antígeno de câncer 19-9 (CA19-9) 3,11 UI/mL; antígeno carcinoembrionário (CEA) 1,25 ng/mL; gonadotrofina coriônica humana fração beta (BHCG) < 0,6 mUI/mL; 2) TC: derrame pleural acentuado à direita com atelectasia completa do pulmão direito (colapso pulmonar), lesão sólida de contornos lobulados em anexo esquerdo medindo 12,4 x 9,7 x 15,1 cm, líquido livre intra-abdominal de moderado volume; 3) ultrassom com lesão sólida medindo 14 x 8,4 x 12,8 cm, com contornos irregulares, fluxo central ao Doppler, ascite moderada e derrame pleural bilateral, categorizada como regras simples maligno, *Ovarian-Adnexal Reporting and Data System* (ORADS) 5 e avaliação subjetiva maligno. Foi encaminhada à unidade de terapia intensiva, onde permaneceu por mais quatro dias. No 10º dia de internação, foi submetida a laparotomia mediana com inventário de cavidade: grande quantidade de ascite, útero, ovário e tuba uterina à direita normais, massa anexial esquerda de 13 x 12 x 8 cm, bocelada, de superfície externa lisa e brilhante, sólida e endurecida, íntegra, de coloração parte pardo-amarelado e parte pardo-avermelhada. Foi realizada salpingo-ooforectomia esquerda e enviado material para congelação, cujo resultado foi: fibroma ovariano. O anatomopatológico identificou: fibroma do ovário esquerdo, com áreas de degeneração hidrópica. Tuba uterina esquerda sem particularidades. A citologia do líquido ascítico foi negativa para células neoplásicas. No 13º dia de internação, foi retirado o dreno de tórax e a paciente recebeu alta hospitalar, em boas condições clínicas. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e, devido ao quadro dela no momento da internação, embora com anatomopatológico compatível com benignidade, optou-se pela realização de exames de controle. Seis meses após a cirurgia, foram realizadas nova dosagem de CA-125 e ultrassonografias de abdome total e transvaginal, que se apresentaram sem alterações. Quinze meses após a cirurgia, a paciente apresenta bom retorno às suas atividades diárias pessoais e laborais.

O estudo atendeu às normas éticas nacionais de publicação (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 60256622.3.0000.5404/Parecer: 5.571.057).

## DISCUSSÃO

Para a revisão narrativa, foi realizada uma busca por artigos no *site* PubMed com as palavras-chave “*Meigs*

*syndrome*”, sendo incluídos estudos publicados no período de 2012 a 2022. Foi encontrado um total de 166 artigos, tendo sido excluídos aqueles que não estavam em língua inglesa ou que não tinham resumo e também aqueles que não tratavam da síndrome de Meigs clássica, como, por exemplo, síndrome pseudo-Meigs ou síndrome de Tjalma. Por fim, foram selecionados 19 artigos, com o total de 21 pacientes. Nas análises, incluímos a nossa paciente, totalizando 22. Em dois estudos,<sup>(10,11)</sup> mais de um tumor foi detectado com a mesma histologia e, para análise, foi considerado o maior tumor (Quadro 1).

A média da idade foi de 48,72 anos (12 a 84); todas as pacientes tinham derrame pleural e ascite; a média do tamanho do tumor no exame de imagem pré-operatório foi de 15,66 cm (4,5 a 23,2) (excluindo-se uma paciente sem medida do tumor); a média do CA-125 foi de 658,36 UI/mL (125 a 1835) (excluindo-se quatro pacientes cujo valor de CA-125 não foi discriminado). Quatro pacientes foram operadas via laparoscopia, 11, via laparotomia; em sete casos não foi discriminada a via cirúrgica. Nove pacientes foram submetidas a histerectomia com salpingo-ooforectomia, duas, a salpingo-ooforectomia bilateral, uma, a ooforectomia bilateral, uma, a tumorectomia com histerectomia, seis, a salpingo-ooforectomias unilaterais, uma, a ooforectomia unilateral, e em duas não foi especificadas a via cirúrgica. Em relação à histologia, foram diagnosticados nove fibromas, quatro tumores de células da granulosa, cinco fibrotecomas e quatro tecomas.

O aspecto de apresentação clínica da síndrome de Meigs muitas vezes pode ser confundido com o de uma neoplasia ovariana maligna avançada, pelos derrames cavitários, elevação do CA-125 e exame de imagem com suspeita de malignidade nos ovários (tumoração sólida, por vezes com contornos irregulares, vascularizada, com fluxo ao Doppler). Além disso, usualmente, a idade de acometimento das pacientes com fibroma (ou fibrotecoma) é maior; muitas vezes a mulher se encontra na pós-menopausa, o que aumenta ainda mais a suspeição de malignidade.<sup>(4,6-8)</sup> Apesar de o diagnóstico final ser benigno e da resolução do quadro após exérese cirúrgica do tumor, pode haver repercussões clínicas antes da cirurgia. Em nosso relato de caso, a paciente encontrava-se na menacme e vinha evoluindo havia cinco meses com sintomas de dispneia e tosse seca, até ser detectado um derrame pleural extenso, que progrediu com desvio contralateral de estruturas do mediastino, manifestado por meio de instabilidade hemodinâmica, com indicação de drenagem torácica e internação em leito de terapia intensiva. Tal descompensação clínica foi dissonante de outros artigos, nos quais os sintomas e sinais foram mais indolentes, como distensão abdominal, dor pélvica, tosse e dispneia.<sup>(6-8)</sup>

Observa-se ainda que a investigação por meio de exames complementares foi semelhante nos diversos serviços. Em geral, foram realizadas ultrassonografia

**Quadro 1.** Características clínicas, tratamento cirúrgico e diagnóstico histológico de mulheres com síndrome de Meigs clássica

Autor (ano)	Idade (anos)	Apresentação inicial	Derrame pleural	Ascite	Tamanho imagem (cm)	CA-125 (UI/mL)	Via cirúrgica	Cirurgia	Histologia
Hou <i>et al.</i> (2021) <sup>(6)</sup>	52	Dispneia	Sim	Sim	14	663,3	Laparoscopia	HTA + SOB	Tecoma
Liu <i>et al.</i> (2022) <sup>(9)</sup>	12	Distensão abdominal e oligúria	Sim	Sim	4,5	“Normal”	Laparoscopia	SOU	Tumor das células da granulosa
Loué <i>et al.</i> (2013) <sup>(10)</sup>	35	Dor abdominal, tosse seca e dispneia	Sim	Sim	23 e 11,5	1.835	Laparotomia	HTA + SOB	Fibrotecoma bilateral
Navarro-Esteva <i>et al.</i> (2020) <sup>(11)</sup>	59	Distensão abdominal, dispneia e tosse seca	Sim	Sim	21 e 3	>1.000	Laparotomia	Ooforectomia bilateral	Fibroma
Navarro-Esteva <i>et al.</i> (2020) <sup>(11)</sup>	48	Dispneia e distensão abdominal	Sim	Sim	17	526	Não especificado	HTA + SOB	Tumor de células da granulosa
Iyer <i>et al.</i> (2013) <sup>(14)</sup>	28	Dispneia, TVP em MSD e TEP	Sim	Sim	13,5	368	Laparotomia	Não especificado	Fibroma
Fjouji <i>et al.</i> (2014) <sup>(15)</sup>	52	Sensação de “peso abdominal” e vômito	Sim	Sim	18,9	133	Não especificado	Tumorectomia + HTA e omentectomia	Tecoma
Macciò <i>et al.</i> (2014) <sup>(16)</sup>	52	Dor e sensação de “peso abdominal”	Sim	Sim	18,4	“Elevado”	Laparoscopia	SOU	Fibroma
Yazdani <i>et al.</i> (2014) <sup>(17)</sup>	50	Febre, dor e distensão abdominal	Sim	Sim	9	>600	Laparotomia	Ooforectomia	Fibrotecoma
Fremed <i>et al.</i> (2015) <sup>(18)</sup>	13	Tosse e dor abdominal	Sim	Sim	19	560	Não especificado	SOU	Fibroma
Park e Bae (2015) <sup>(19)</sup>	61	Distensão abdominal e dispneia	Sim	Sim	12	347	Laparotomia	Não especificado	Tecoma
Okuda <i>et al.</i> (2016) <sup>(20)</sup>	84	Dispneia	Sim	Sim	20	260	Não especificado	SOB	Fibroma
Kortekaas e Pelikan* (2018) <sup>(21)</sup>	63	Tosse e dispneia	Sim	Sim	13,5	625	Laparotomia	HTA + SOB	Fibroma
Kortekaas e Pelikan* (2018) <sup>(21)</sup>	62	Massa abdominal e edema em MMII	Sim	Sim	23,2	520	Não especificado	HTA + SOB	Fibroma
Ziruma <i>et al.</i> (2019) <sup>(22)</sup>	19	Distensão abdominal e dispneia	Sim	Sim	7	125	Laparotomia	SOU	Fibrotecoma
Murayama <i>et al.</i> (2020) <sup>(23)</sup>	85	Dispneia e edema em MMII	Sim	Sim	13	382	Não especificado	SOB	Fibroma
Taniguchi <i>et al.</i> (2020) <sup>(24)</sup>	51	Dispneia	Sim	Sim	Não especificado	472,5	Laparoscopia	SOU	Tecoma
Dellaportas <i>et al.</i> (2021) <sup>(25)</sup>	46	Distensão abdominal	Sim	Sim	22	938	Laparotomia	HTA + SOB e omentectomia	Fibrotecoma
Stabile <i>et al.</i> (2021) <sup>(26)</sup>	62	Dor abdominal	Sim	Sim	17	1744	Laparotomia	HTA + SOB	Fibrotecoma
Wu <i>et al.</i> (2021) <sup>(27)</sup>	52	Dispneia e tosse	Sim	Sim	11,6	150,8	Não especificado	HTA + SOB	Tumor das células da granulosa
Yang <i>et al.</i> (2021) <sup>(28)</sup>	56	Distensão abdominal e sangramento uterino anormal	Sim	Sim	19	297	Laparotomia	HTA + SOB, linfadenectomia esquerda pélvica, omentectomia e apendicectomia	Tumor das células da granulosa

\* Excluído o terceiro caso relatado devido ao anatomopatológico de tumor *borderline* mucinoso (ovário direito), cisto simples (ovário esquerdo) e teratoma maduro (em fundo de saco) + derrame pleural (síndrome de Meigs não clássica incompleta).

SOU: salpingo-ooforectomia unilateral; HTA: histerectomia total abdominal; SOB: salpingo-ooforectomia bilateral; TVP: trombose venosa profunda; TEP: tromboembolismo pulmonar; MSD: membro superior direito; MMII: membros inferiores.

pélvica/transvaginal, radiografia de tórax e dosagem de CA-125. Algumas pacientes foram submetidas a exames complementares, como TC de abdome ou tórax,<sup>(6)</sup> RNM de pelve<sup>(6)</sup> e mensuração de outros marcadores tumorais, como CEA,<sup>(6)</sup> alfafetoproteína (AFP)<sup>(6)</sup> e CA 19-9,<sup>(7)</sup> conduta similar à adotada em nosso serviço durante a internação da paciente. O CA-125, marcador tumoral mais utilizado, é pouco sensível e específico no diagnóstico de câncer de ovário e encontra-se elevado em mulheres com tumores benignos de ovário, por exemplo. Além disso, os derrames cavitários isolados já seriam responsáveis pela elevação do marcador, uma vez que os acometimentos de pleura, pericárdio e peritônio levam ao aumento do marcador.<sup>(7)</sup> Shang *et al.*<sup>(3)</sup> e Hou *et al.*<sup>(6)</sup> mostraram que o volume de ascite foi positivamente correlacionado com o nível de expressão de CA-125, mas o nível de CA-125 não foi associado ao tamanho do tumor no estudo de Liou *et al.*<sup>(12)</sup>

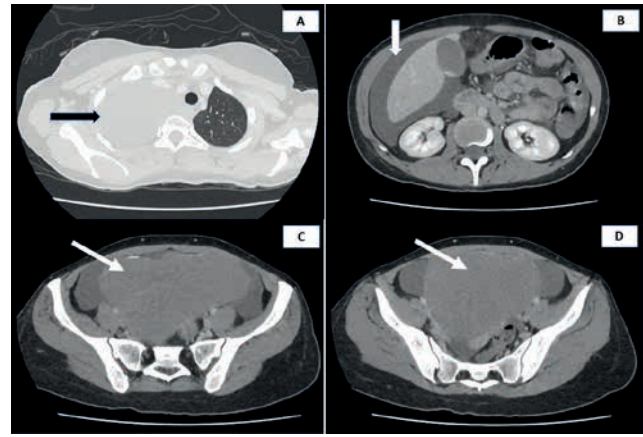
Quanto à fisiopatologia dos derrames cavitários, várias hipóteses são formuladas. Acredita-se que o derrame pleural surge da transudação de fluidos através dos linfáticos transdiafragmáticos, classicamente do lado direito. Já a ascite poderia ser explicada pela transudação de líquido pela superfície tumoral devido à pressão direta em vasos e linfáticos, por estimulação hormonal ou torção tumoral,<sup>(13)</sup> apesar de essas hipóteses explicarem fracamente as apresentações com ascites de grande volume (Figuras 1, 2 e 3).

## CONCLUSÃO

O diagnóstico e o tratamento da síndrome de Meigs são eminentemente cirúrgicos. Em mulher com massa anexial, a presença de ascite e derrame pleural, acompanhada ou não de elevação de CA-125, não é sinônimo de malignidade. As análises histológicas do tumor pélvico ou ovariano e citológica dos líquidos cavitários exercem papel crucial no manejo de mulheres com síndrome de Meigs.



**Figura 1.** Radiografia de tórax com incidência anteroposterior: à esquerda, acentuado derrame pleural em hemitórax direito; à direita, resolução completa do derrame pleural no pós-operatório tardio



**Figura 2.** Cortes axiais de tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste: (A) derrame pleural acentuado à direita com atelectasia completa (colapso pulmonar); (B) ascite de moderado volume; (C e D) lesão sólida de contornos lobulados em anexo esquerdo de 12,4 x 9,7 x 15,1 cm



**Figura 3.** Anexo esquerdo retirado por laparotomia

## REFERÊNCIAS

1. Meigs JV. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax; Meigs' syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;67(5):962-85. doi: 10.1016/0002-9378(54)90258-6
2. Krenke R, Maskey-Warzechowska M, Korczynski P, Zielinska-Krawczyk M, Klimiuk J, Chazan R, et al. Pleural effusion in Meigs' syndrome-transudate or exudate? Systematic review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(49):e2114. doi: 10.1097/MD.0000000000002114
3. Shang W, Wu L, Xu R, Chen X, Yao S, Huang P, et al. Clinical laboratory features of Meigs' syndrome: a retrospective study from 2009 to 2018. *Front Med.* 2021;15(1):116-24. doi: 10.1007/s11684-019-0732-6
4. Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhoulouf T, Koubaa A. Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(5):473.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.053



5. Torres Jiménez AR, Solís-Vallejo E, Céspedes-Cruz AI, Cruz MZ, Rojas-Curiel EZ, Sánchez-Jarac B. Tjalma Syndrome (pseudo-pseudo Meigs') as initial manifestation of juvenile-onset systemic lupus erythematosus. *Reumatol Clin*. 2019;15(5):e41-3. doi: 10.1016/j.reuma.2017.04.003
6. Hou YY, Peng L, Zhou M. Meigs syndrome with pleural effusion as initial manifestation: a case report. *World J Clin Cases*. 2021;9(21):5972-9. doi: 10.12998/wjcc.v9.i21.5972
7. Abad A, Cazorla E, Ruiz F, Aznar I, Asins E, Llixiona J. Meigs' syndrome with elevated CA125: case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;82(1):97-9. doi: 10.1016/s0301-2115(98)00174-2
8. Benjapibal M, Sangkarat S, Laiwejpithaya S, Viriyapak B, Chaopotong P, Jaishuen A. Meigs' syndrome with elevated serum CA125: case report and review of the literature. *Case Rep Oncol*. 2009;2(1):61-6. doi: 10.1159/000210441
9. Liu Y, Tian Y, Zhang Y. Meigs syndrome caused by ovarian granulosa cell tumor: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(3):407-9. doi: 10.1016/j.jpag.2021.12.020
10. Loué VA, Gbary E, Kouli S, Akpa B, Kouassi A. Bilateral ovarian fibrothecoma associated with ascites, bilateral pleural effusion, and marked elevated serum CA-125. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2013;2013:189072. doi: 10.1155/2013/189072
11. Navarro-Esteva J, Laseca-Modrago M, Arencibia-Sánchez O. Two patients with Meigs' syndrome and elevated serum CA-125: a case report. *Cureus*. 2020;12(6):e8927. doi: 10.7759/cureus.8927
12. Liou JH, Su TC, Hsu JC. Meigs' syndrome with elevated serum cancer antigen 125 levels in a case of ovarian sclerosing stromal tumor. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011;50(2):196-200. doi: 10.1016/j.tjog.2011.01.011
13. Shih JA, Garrett LA, Carbo AR. Meigs' syndrome: a sheep in wolf's clothing. *Am J Med*. 2019;132(11):e803-4.
14. Iyer R, Chow J, El-Bahrawy M, Savage P. Meigs syndrome presenting with axillary vein thrombosis and lymphadenopathy: a case report. *J Med Case Rep*. 2013;7:182. doi: 10.1186/1752-1947-7-182
15. Fjouji S, Bensghir M, Haimeur C, Azendour H. Anesthetic considerations in Demons-Meigs' syndrome: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:320. doi: 10.1186/1752-1947-8-320
16. Macciò A, Madeddu C, Kotsonis P, Pietrangeli M, Paoletti AM. Large twisted ovarian fibroma associated with Meigs' syndrome, abdominal pain and severe anemia treated by laparoscopic surgery. *BMC Surg*. 2014;14:38. doi: 10.1186/1471-2482-14-38
17. Yazdani S, Alijanpoor A, Sharbatdaran M, Bouzari Z, Abedisamakooosh M, Lakaieandi F, et al. Meigs' syndrome with elevated serum CA125 in a case of ovarian fibroma/thecoma. *Caspian J Intern Med*. 2014;5(1):43-5.
18. Fremed MA, Levin TL, Sun KY, Weiser DA. Ovary preservation in the treatment of childhood Meigs syndrome. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62(11):2011-4. doi: 10.1002/pbc.25586
19. Park JW, Bae JW. Postmenopausal Meigs' syndrome in elevated CA-125: a case report. *J Menopausal Med*. 2015;21(1):56-9. doi: 10.6118/jmm.2015.21.1.56
20. Okuda K, Noguchi S, Narumoto O, Ikemura M, Yamauchi Y, Tanaka G, et al. A case of Meigs' syndrome with preceding pericardial effusion in advance of pleural effusion. *BMC Pulm Med*. 2016;16(1):71. doi: 10.1186/s12890-016-0241-1
21. Kortekaas KE, Pelikan HM. Hydrothorax, ascites and an abdominal mass: not always signs of a malignancy - Three cases of Meigs' syndrome. *J Radiol Case Rep*. 2018;12(1):17-26. doi: 10.3941/jrcr.v12i1.3209
22. Ziruma A, Hukuimwe M, Nyakura M, Majangara R, Venge M. A rare case of Meigs syndrome in pregnancy. *Pan Afr Med J*. 2019;33:36. doi: 10.11604/pamj.2019.33.36.18653
23. Murayama Y, Kamoi Y, Yamamoto H, Isogai J, Tanaka T. Meigs' syndrome mimicking heart failure with preserved ejection fraction: a case report. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):436. doi: 10.1186/s12872-020-01718-4
24. Taniguchi Y, Nishikawa H, Maeda N, Terada Y. Breathlessness, pleural effusions, fibromas, and Meigs syndrome: look beyond the chest and don't delay! *Lancet*. 2020;395(10223):e32. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30111-2
25. Dellaportas D, Kollia D, Myoteri D, Nastos C, Gkiokas G, Carvounis E. Giant ovarian thecoma associated with Meigs syndrome: a striking case. *Chirurgia (Bucur)*. 2021;116(eCollection):1-5. doi: 10.21614/chirurgia.116.eC.1912
26. Stabile G, Zinicola G, Romano F, Laganà AS, Pozzolo CD, Ricci G. Pelvic mass, ascites, hydrothorax: a malignant or benign condition? Meigs syndrome with high levels of CA 125. *Prz Menopauzalny*. 2021;20(2):103-7. doi: 10.5114/pm.2021.106100
27. Wu XJ, Xia HB, Jia BL, Yan GW, Luo W, Zhao Y. Meigs' syndrome caused by granulosa cell tumor accompanied with intrathoracic lesions: a case report. *World J Clin Cases*. 2021;9(18):4734-40. doi: 10.12998/wjcc.v9.i18.4734
28. Yang ST, Cheng M, Lai CR, Shen SH, Lee WL, Wang PH. Meigs' syndrome and adult-type granulosa cell tumor. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2021;60(6):1116-20. doi: 10.1016/j.tjog.2021.09.028

# Malformação arteriovenosa uterina: um relato de caso

## *Uterine arteriovenous malformation: a case report*

Fernanda Polisseni Souza<sup>1</sup>, Iara Carlin Torres<sup>1</sup>, Luana Werneck Rodrigues de Melo<sup>1</sup>, Luísa Antunes Queiroz Guarçoni de Almeida<sup>1</sup>, Marcella Barroso Marques Martins<sup>1</sup>, Matheus Monteiro de Oliveira<sup>1</sup>

### Descritores

Embolização da artéria uterina; Gravidez; Fertilização *in vitro*; Hemorragia uterina; Fístula arteriovenosa

### Keywords

Uterine artery embolization; Pregnancy; Fertilization *in vitro*; Uterine hemorrhage; Arteriovenous fistula

### Submetido:

04/04/2023

### Aceito:

17/07/2023

1. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Fernanda Polisseni Souza  
Av. Presidente Itamar Franco,  
4.001, Torre Oeste, sala 503 a 508,  
Cascatinha, 36033-318, Juiz de Fora,  
MG, Brasil  
ferpol@uol.com.br

### Como citar:

Souza FP, Torres IC, Melo LW, Almeida LA, Martins MB, Oliveira MM. Malformação arteriovenosa uterina: um relato de caso. *Femina*. 2023;51(8):497-501.

### RESUMO

O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com malformação arteriovenosa uterina, efetivamente tratada com embolização seletiva e com fertilidade preservada. A malformação arteriovenosa uterina é uma alteração vascular rara até então pouco descrita na literatura. A paciente do sexo feminino apresentou quadro de sangramento uterino anormal, com início 30 dias após um abortamento, sem realização de curetagem, de uma gestação resultante de fertilização *in vitro*. Foram, então, realizados exames de imagem, que levaram ao diagnóstico de malformação arteriovenosa uterina. O tratamento de escolha foi a embolização arterial seletiva, com resolução do caso. Após sete meses, nova fertilização *in vitro* foi realizada, encontrando-se na 36ª semana de gestação. São necessários mais estudos sobre essa malformação a fim de que sejam estabelecidos os métodos mais eficazes para o manejo de casos futuros, especialmente quando há desejo de gestar.

### ABSTRACT

*The present study aims to report the case of a patient with uterine arteriovenous malformation, effectively treated with selective embolization and with preserved fertility. Uterine arteriovenous malformation is a rare vascular disorder that has so far been rarely described in the literature. Female patient presented with abnormal uterine bleeding, starting 30 days after an abortion without subsequent curettage, of a pregnancy resulting from *in vitro* fertilization. Imaging tests were then performed that led to the diagnosis of uterine arteriovenous malformation. The treatment of choice was selective arterial embolization, with successful results. After seven months, a new *in vitro* fertilization was performed, being in the 36th week of pregnancy. Further studies on this pathology are needed in order to establish the most effective methods for the management of future cases, especially when there is a desire to become pregnant.*

## INTRODUÇÃO

Malformação arteriovenosa uterina (MAVU) é uma rara alteração vascular que cursa com dilatação do espaço intervuloso no interior do miométrio. Pode ser congênita ou adquirida, mas tem como origem mais comum a iatrogênica pós-cirúrgica (curetagem, cesariana e miomectomia).<sup>(1)</sup> A dificuldade em determinar a verdadeira incidência e prevalência da MAVU é atribuída à escassez de dados disponíveis na literatura. Desde a primeira observação documentada em 1926, menos de 150 casos foram relatados, porém estima-se que as MAVUs representem 1% a 2% de todas as hemorragias genitais e intraperitoneais.<sup>(2)</sup>

A principal manifestação clínica é sangramento vaginal, que pode apresentar gravidade variável entre as pacientes.<sup>(2)</sup> A ultrassonografia transvaginal (USTV) com Doppler tem se mostrado um método eficiente no diagnóstico e acompanhamento dessa malformação.<sup>(3)</sup>

A terapia com embolização seletiva da vascularização uterina apresenta resultados favoráveis no tratamento, principalmente nas pacientes que desejam engravidar.<sup>(4)</sup> Antes desse método, os tratamentos ofertados eram conduta medicamentosa ou cirúrgica, como a ligadura das artérias uterinas ou histerectomia.<sup>(5)</sup>

O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com MAVU efetivamente tratada com embolização seletiva e com fertilidade preservada, além de revisar a literatura. Por se tratar de uma condição rara, os achados podem contribuir para a literatura vigente no sentido de indicar as lacunas existentes.

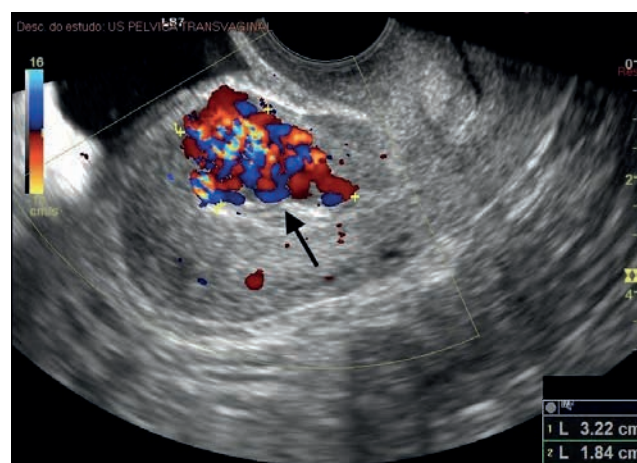
## DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher, branca, 41 anos, comparece à consulta ginecológica em julho de 2021 queixando-se de sangramento vaginal discreto, em gotejamento, persistente e iniciado duas semanas antes. Relatou episódio de sangramento mais volumoso acompanhado de coágulos no nono dia de evolução. O sangramento iniciou-se 30 dias após um abortamento espontâneo, sem curetagem e com eliminação completa dos restos ovulares, confirmada por ultrassonografia de controle (ACUSON S2000 Ultrasound System VC25F, Siemens Medical Solutions USA, Inc. Issaquah, Washington, Estados Unidos da América, 2008). O aborto ocorreu após transferência de embriões congelados provenientes de um ciclo de fertilização *in vitro* (FIV). Ao exame especular, observou-se sangramento discreto proveniente de colo uterino fechado, com útero de tamanho, consistência e contornos normais. No histórico ginecológico, a paciente apresentava ciclos menstruais regulares de 28 dias, com fluxo de quatro dias de duração e de pequeno volume. Negava dismenorria. Fez uso de anticoncepcional combinado oral (acetato de ciproterona 2 mg e etinilestradiol 0,035 mg) por 19 anos, iniciado aos 16 anos, seguido do uso de métodos comportamentais por mais três anos, interrompendo a contracepção para engravidar. Em seu histórico médico, inicialmente buscou assistência aos 39 anos, com queixa de infertilidade. Na ocasião, a paciente apresentava coitos desprotegidos há nove meses. Foi submetida a propedêutica básica de infertilidade, que identificou endometriose pélvica, tendo sido indicada FIV. Após cerca de um ano e meio, a coleta ovular foi realizada com transferência, a fresco, de dois blastocistos e congelamento de seis, resultando em uma gestação bioquímica. Nesse contexto, iniciou-se a propedêutica para investigar a causa do insucesso da gestação, quando foi diagnosticado quadro de endometrite e adenomiose. Após o tratamento da endometrite com antibioticoterapia e da adenomiose com análogo de GnRh por dois meses, foi realizada nova transferência embrionária de

dois blastocistos congelados, aos 40 anos de idade, sete meses após a primeira transferência. Constatou-se, então, beta-HCG positivo, com diagnóstico de gravidez clínica em ultrassonografia na sexta semana de gravidez. Na oitava semana de gestação, a paciente apresentou sangramento vaginal, e a ultrassonografia constatou saco gestacional irregular e aborto inevitável. Houve eliminação espontânea do embrião e restos ovulares. O controle ultrassonográfico confirmou a eliminação completa, não sendo necessária realização de curetagem uterina. Um mês após a eliminação espontânea, apresentou sangramento discreto e intermitente que durou 15 dias e motivou a atual procura por atendimento médico. Para investigação do sangramento uterino anormal, primeiramente foi realizada USTV em escala de cinza, a qual não demonstrou achados capazes de explicar o sangramento persistente. Então, foi solicitada uma USTV com Doppler (GE Voluson S6 BT12 Ultrasound Machine, GE HealthCare, Gyeonggi-Do, Coreia do Sul, 2015), que revelou discreta heterogeneidade do miométrio na parede anterior, na qual se observava área com vascularização exuberante, medindo 3,3 x 1,8 cm, em que os vasos se estendiam desde a serosa da parede anterior até a cavidade endometrial. A impressão diagnóstica ao exame foi MAVU (Figura 1).

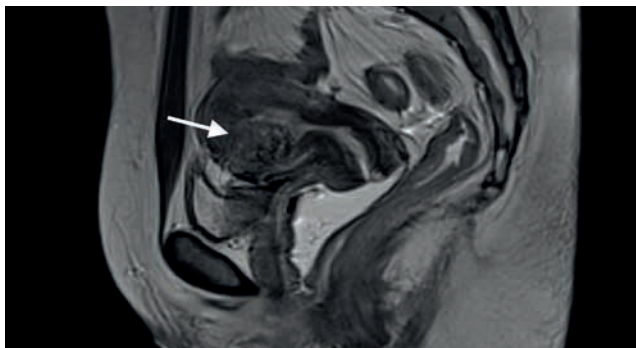
A ressonância magnética (RNM) (Siemens MAGNETOM Espree, Siemens Medical Solutions USA, Inc. Erlangen, Alemanha, 2008) indicou uma alteração de sinal miométrio na parede anterior do útero, exibindo estruturas salpingiformes de permeio, que sugeriam estruturas vasculares dilatadas com características de MAVU (Figura 2).

A conduta recomendada foi embolização da MAVU. No procedimento, por acesso femoral direito, inicialmente foi feito o cateterismo da artéria ilíaca comum esquerda com cateter angiográfico Performa Mikaelson 5F (Merit Medical Systems Inc. Utah, Estados Unidos da América), seguido de angiografia, não sendo identificada nenhuma lesão a partir desse vaso. Em seguida, foi realizado cateterismo seletivo da artéria ilíaca interna direita, que confirmou a origem da fístula arteriovenosa (FAV) na artéria uterina direita (AUD). A AUD foi submetida a



**Figura 1.** Ultrassonografia transvaginal com Doppler (sugestiva de malformação arteriovenosa uterina)

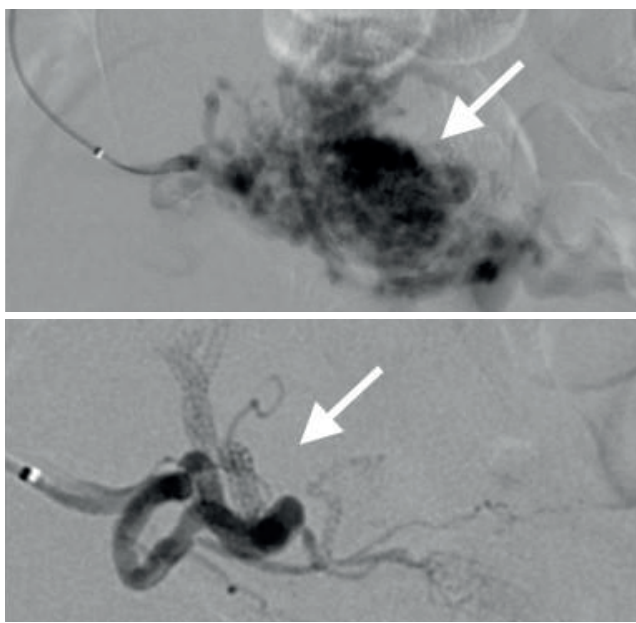




**Figura 2.** Ressonância nuclear magnética (sugestiva de malformação arteriovenosa uterina)

cateterismo superseletivo até o seu segmento transversal, com microcateter Merit Maestro Microcatheter 2.9F (Merit Medical System Inc. Utah, Estados Unidos da América) e microguia Avigo Hydrophilic Guidewire 0,014" (Micro Therapeutics, Inc. Irvine, Estados Unidos da América), seguido de arteriografia, que demonstrou volumosa FAV. Procedeu-se, então, à embolização da FAV com micropartículas esféricas Embosphere Microspheres 700-900 µm (Biosphere Medical S.A. Roissy, França). Ao final do procedimento, foi feita nova arteriografia da AUD, que confirmou preservação dos troncos e adequado fechamento da FAV (Figura 3).

Após o procedimento, a paciente foi submetida a USTV com Doppler de controle (ACUSON S2000 Ultrasound System VC25F, Siemens Medical Solutions USA, Inc. Issaquah, Washington, Estados Unidos da América, 2008), a qual não evidenciou mais a presença de estruturas vasculares no miométrio da parede anterior do útero, correspondente à MAVU (Figura 4). A ressonância de controle confirmou essa impressão.



**Figura 3.** Arteriografia demonstrando malformação arteriovenosa uterina pré-embolização (à esquerda) e pós-embolização (à direita)

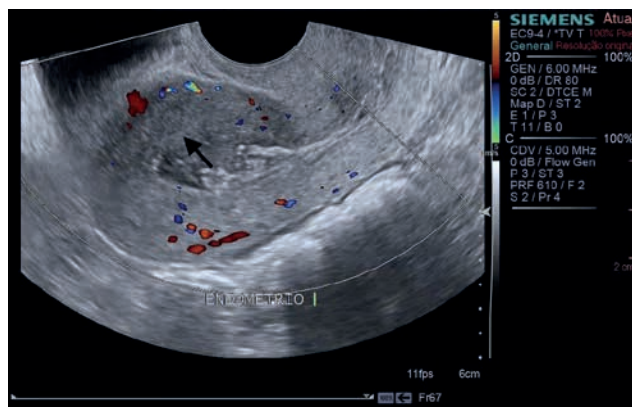
Dois meses após a resolução da MAVU, a paciente foi orientada a realizar histeroscopia de controle e novo tratamento da adeniose com análogo de GnRh. Sete meses após a embolização, foi feita nova transferência de dois embriões congelados, que resultou em gestação única diagnosticada por meio do beta-HCG 12 dias após o procedimento. Foi realizada ainda ultrassonografia obstétrica (GE Voluson S6 BT12 Ultrasound Machine, GE HealthCare, Gyeonggi-Do, Coreia do Sul, 2015), que evidenciou boa evolução da gestação, com batimentos cardíacos embrionários normais (Figura 5). A gestação encontra-se na 36ª semana.

Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Número do Parecer: 5.981.093; Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 65367922.4.0000.5147).

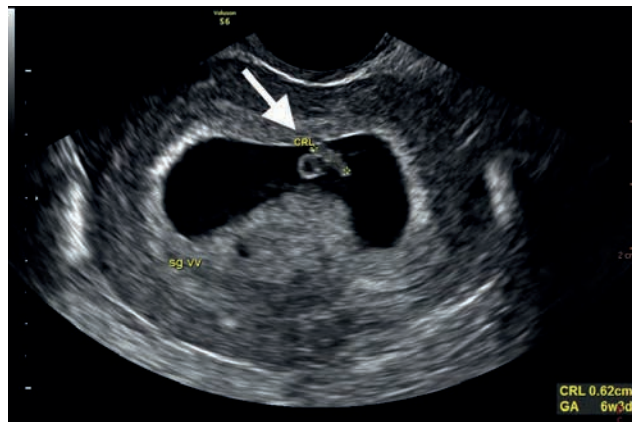
## DISCUSSÃO

A MAVU consiste em uma comunicação vascular anormal com proliferação dos canais arteriais e venosos e formação de uma fístula. Apesar de raras, são situações potencialmente graves, tendo em vista a possibilidade de evolução para quadros de sangramento intenso e instabilidade hemodinâmica.<sup>(4)</sup>

A epidemiologia da doença ainda não é bem estabelecida.<sup>(2)</sup> Porém, sabe-se que a MAVU pode acometer



**Figura 4.** Ultrassonografia transvaginal com Doppler após procedimento de angioembolização



**Figura 5.** Ultrassonografia obstétrica transvaginal

mulheres de qualquer faixa etária, apesar de ser mais frequente entre aquelas em idade reprodutiva, faixa etária compatível com a paciente do caso.<sup>(3)</sup>

A maioria das MAVUs é adquirida, sendo nesses casos comum a história prévia de infecções, doença trofoblástica gestacional, neoplasias e trauma uterino. Já a forma congênita é rara e resulta de um defeito no desenvolvimento vascular embrionário.<sup>(6-8)</sup>

As MAVUs raramente são encontradas em mulheres sem história prévia de gestação, podendo ser diagnosticadas ao longo de uma gravidez ou durante tratamentos de infertilidade.<sup>(6,8)</sup> A associação entre gravidez e piora dos sintomas da MAVU adquirida sugere que haja um mecanismo hormonal envolvido em sua gênese.<sup>(7)</sup> As mudanças hormonais que ocorrem na gestação, como a elevação da gonadotrofina coriônica humana, por exemplo, podem desempenhar um papel na proliferação de uma MAVU latente até então, por meio de um mecanismo ainda não totalmente esclarecido. De forma similar, mulheres submetidas a tratamentos de infertilidade podem também estar sob maior risco, por causa dos níveis elevados de estrogênio, que causam proliferação endotelial e diferenciação do endométrio.<sup>(7)</sup>

No caso relatado, antes do diagnóstico da MAVU, a paciente foi submetida a tratamento de infertilidade, por reprodução assistida (FIV), com duas transferências embrionárias em sequência. A primeira transferência embrionária resultou em uma gestação bioquímica e a segunda, em uma gestação clínica, seguida de aborto completo. Há, ainda, registro de um episódio de endometrite após a gravidez bioquímica.

As manifestações clínicas da MAVU são muito diversas, podendo ser agudas ou crônicas, com destaque para fluxo menstrual volumoso e sangramento vaginal volumoso acíclico. Outros achados incluem abortos espontâneos recorrentes, dor abdominal baixa, dispareunia e anemia secundária à perda sanguínea.<sup>(2)</sup> Na paciente em questão, a manifestação clínica sugestiva de MAVU observada foi o sangramento vaginal acíclico.

A identificação dos mecanismos envolvidos na formação da MAVU permite definir as pacientes sob maior risco de desenvolvimento do quadro, possibilitando diagnóstico precoce e acompanhamento adequado, evitando complicações.<sup>(7)</sup>

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado associando a história clínica, exame de beta-HCG negativo e achados dos exames de imagem.<sup>(4)</sup>

A ultrassonografia (USG) em escala de cinza com ou sem *color Doppler*, a tomografia computadorizada, a RNM e a angiografia são estratégias possíveis para o diagnóstico por imagem, de modo que a escolha do melhor método deve se basear na situação clínica da paciente e na presença ou ausência de comorbidades.<sup>(4)</sup> Comumente, nota-se necessidade de associação de mais

de um exame de imagem para aumentar a acurácia do diagnóstico. Os achados presentes na ultrassonografia em escala de cinza são geralmente inespecíficos e sutis, o que impede que o diagnóstico definitivo seja feito sem a realização de outro exame de imagem adicional.<sup>(7)</sup>

A USG com Doppler nos casos de MAVU mostra fluxo multidirecional de alta velocidade que forma um padrão de mosaico e hipervascularização miometrial. Geralmente é o primeiro exame a ser realizado na investigação da MAVU, por ser menos invasivo, de baixo custo e não ter necessidade do uso de contraste.<sup>(1)</sup> No caso relatado, após a ausência de achados que explicassem o sangramento uterino persistente pela USG em escala de cinza, prosseguiu-se à investigação com a realização de USG *color Doppler*. O exame apresentou como achado sugestivo de MAVU áreas de vascularização exuberante que se estendiam da serosa da parede anterior do útero até a cavidade endometrial, compatíveis com padrão de mosaico (Figura 1), o que levou à realização de RNM para confirmação diagnóstica.

A imagem obtida a partir da RNM permite a identificação da porção acometida e do suprimento vascular da MAVU. A observação de uma lesão extrauterina sugere etiologia congênita, isso porque esse tipo de MAVU resulta de um defeito da diferenciação do plexo capilar primitivo durante a angiogênese fetal, em que a angioarquitetura é caracterizada por múltiplas comunicações arteriovenosas com envolvimento de vasos extrauterino.<sup>(6)</sup> Já as MAVUs adquiridas são caracterizadas por comunicação arteriovenosa unidirecional entre os ramos da artéria uterina e do plexo venoso miometrial. Em contrapartida, o envolvimento endometrial sugere a presença de um produto de concepção retido como diagnóstico diferencial.<sup>(6)</sup>

A RNM confirmou o diagnóstico da paciente do caso, com a visualização de sinal miometrial na parede anterior do útero exibindo estruturas salpingiformes de perimeio, sem a presença de alterações extrauterinas, reforçando a exclusão do diagnóstico diferencial de produto de concepção retido (Figura 2).

A angiografia é considerada padrão-ouro para o diagnóstico, contudo atualmente é utilizada majoritariamente na intervenção terapêutica durante a embolização.<sup>(1)</sup>

## TRATAMENTO

O tratamento pode ser feito por diversas técnicas, incluindo métodos conservadores (conduta expectante ou tratamento farmacológico), embolização e cirurgia. A escolha depende de fatores como estado hemodinâmico da paciente, idade, volume do sangramento e desejo de fertilidade futura.<sup>(8)</sup>

O tratamento conservador deve ser considerado em MAVU assintomática ou que se manifesta com sangramento em pequeno volume sem sinais hemodinâmicos, casos em que a literatura revela a possibilidade de regressão espontânea da lesão.<sup>(6)</sup>

A utilização de diversos medicamentos e terapias hormonais como tratamento da MAVU tem sido alvo de pesquisas nos últimos anos, apresentando resultados satisfatórios como uso de metotrexato, misoprostol, acetato de medroxiprogesterona, agonista do GnRH, noretisterona, maleato de metilergonovina e danazol. O tratamento farmacológico tem como vantagens ser um procedimento não invasivo e de baixo custo.<sup>(6,7,9)</sup>

A embolização é o tratamento de escolha nos casos hemodinamicamente instáveis, com presença de anemia ou com sangramento recorrente em que existe desejo de preservação da fertilidade, e apresenta na literatura taxas de sucesso após a primeira embolização que variam entre 61% e 79,2%.<sup>(1,7)</sup>

Diversos agentes podem ser utilizados para a realização do procedimento, entre eles, microesferas, álcool polivinílico, esponja de gelatina e *coils*.<sup>(8)</sup> Na embolização realizada na paciente do caso, foram utilizadas micropartículas esféricas Embosphere Microspheres 700-900 µm (Biosphere Medical S.A. Roissy, França) como agente embolizante.

O tratamento cirúrgico por meio de histerectomia ou ligadura uni ou bilateral é hoje considerado apenas nos casos de falha da terapia por embolização ou quando a mulher não apresenta desejo ou possibilidade reprodutiva no futuro.

Ainda não existem protocolos consensuais que determinem qual terapêutica deve ser realizada, de modo que a indicação leva em conta diversos fatores como custos, acessibilidade, desejo reprodutivo e situação clínica.

No caso relatado, indicou-se a abordagem com a embolização, por ser um tratamento de boa resolutividade, minimamente invasivo, e que permite uma futura gestação de sucesso, em consonância com a vontade da paciente.

## PROGNÓSTICO

Apesar dos resultados positivos no tratamento medicamentoso da MAVU sintomática em pacientes estáveis hemodinamicamente e passíveis de acompanhamento periódico, ainda não existem dados suficientes para afirmar a taxa de sucesso dessa modalidade. Mesmo com a existência de relatos de gestações após o tratamento medicamentoso, ainda faltam estudos sobre seu efeito na fertilidade.<sup>(9)</sup>

Casos de gravidez após embolização de MAVU foram descritos até o momento, de modo que a embolização se mostra na literatura como primeira opção de tratamento para mulheres que apresentam desejo reprodutivo futuro.<sup>(10)</sup>

No caso, o Doppler realizado após procedimento de embolização (Figura 4) revelou a resolução do caso. A gestação obtida por meio da FIV após sete meses da embolização corrobora os achados da literatura acerca da preservação de fertilidade após embolização como tratamento de MAVU.

## CONCLUSÃO

A MAVU é uma situação rara, sobretudo na ausência de manipulação da cavidade uterina. Apesar disso, a MAVU deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais de um sangramento uterino persistente. Para a investigação inicial de MAVU, a USG com Doppler e a RNM têm importante papel no diagnóstico dessa alteração, possibilitando o diagnóstico de forma não invasiva. No que tange ao tratamento, a abordagem rádio intervencionista, por meio de embolização dos vasos envolvidos, é um tratamento resolutivo e eficaz, com a vantagem de ser minimamente invasivo, e para a paciente deste caso possibilitou a gestação bem-sucedida posteriormente. Por fim, é importante destacar que ainda existem inúmeras lacunas a respeito da MAVU, principalmente no que diz respeito ao tratamento. São necessários mais estudos sobre essa anormalidade que possibilitem estabelecer quais métodos são mais eficazes em termos de resolutividade, prognóstico da fertilidade e segurança clínica, para que as decisões na condução dos casos de MAVU sejam baseadas em evidências científicas robustas, melhorando os desfechos obtidos.

## REFERÊNCIAS

1. Ruiz Labarta FJ, Pintado Recarte MP, González Leyte M, Arribas CB, Álvarez Luque A, Cuñarro López Y, et al. Uterine artery embolization of uterine arteriovenous malformation: a systematic review of success rate, complications, and posterior pregnancy outcomes. *J Pers Med*. 2022;12(7):1098. doi: 10.3390/jpm12071098
2. Hoang VT, Van HA, Trinh CT, Pham NT, Huynh C, Ha TN, et al. Uterine arteriovenous malformation: a pictorial review of diagnosis and management. *J Endovasc Ther*. 2021;28(5):659-75. doi: 10.1177/15266028211025022
3. Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, Khatib N, Kovács S. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(6):731.e1-10. doi: 10.1016/j.ajog.2015.12.024
4. Kim TH, Lee HH. Presenting features of women with uterine arteriovenous malformations. *Fertil Steril*. 2010;94(6):2330.e7-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.03.031
5. Lima LL. Avaliação de variáveis preditivas de sucesso do tratamento de pacientes com malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
6. Giurazza F, Corvino F, Silvestre M, Cavaglià E, Amodio F, Cangiano G, et al. Uterine arteriovenous malformations. *Semin Ultrasound CT MR*. 2021;42(1):37-45. doi: 10.1053/j.sult.2020.08.002
7. Yoon DJ, Jones M, Taani JA, Buhimschi C, Dowell JD. A systematic review of acquired uterine arteriovenous malformations: pathophysiology, diagnosis, and transcatheter treatment. *AJP Rep*. 2015;6(1):e6-14. doi: 10.1055/s-0035-1563721
8. Szpera-Goździewicz A, Gruca-Stryjak K, Bręborowicz GH, Ropacka-Lesiak M. Uterine arteriovenous malformation - diagnosis and management. *Ginekol Pol*. 2018;89(5):276-9. doi: 10.5603/GPa2018.0047
9. Rosen A, Chan WV, Matelski J, Walsh C, Murji A. Medical treatment of uterine arteriovenous malformation: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2021;116(4):1107-16. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.05.095
10. Wang Z, Chen J, Shi H, Zhou K, Sun H, Li X, et al. Efficacy and safety of embolization in iatrogenic traumatic uterine vascular malformations. *Clin Radiol*. 2012;67(6):541-5. doi: 10.1016/j.crad.2011.11.002



# Fibroma mole gigante vulvar: relato de caso

## Giant soft vulvar fibroma: case report

Everton Heder Ramos de Farias<sup>1</sup>, Izadora Casado Alves Veloso<sup>1</sup>, Anderson Vítor Barros Queiroz<sup>1,2</sup>, Silvany Mara Ferreira Pereira<sup>3</sup>, Lívia Helena Gomes de Barros Brandão<sup>4</sup>, Kelly Cristina Lira de Andrade<sup>5</sup>

### Descritores

Fibroma; Vulva; Doenças da vulva; Neoplasias vulvares; Procedimentos cirúrgicos em ginecologia

### Keywords

Fibroma; Vulva; Vulvar diseases; Vulvar neoplasms; Gynecologic surgical procedures

### Submetido:

24/04/2023

### Aceito:

15/08/2023

1. Centro Universitário Cesmac, Maceió, AL, Brasil.
2. Hospital Veredas, Maceió, AL, Brasil.
3. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.
4. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.
5. Rede Nordeste de Biotecnologia, Universidade Federal do Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Everton Heder Ramos de Farias  
Rua Cônego Machado, 918, Farol,  
57051-160, Maceió, AL, Brasil  
evertonfariass18@gmail.com

### Como citar:

Farias EH, Veloso IC, Queiroz AV, Pereira SM, Brandão LH, Andrade KC. Fibroma mole gigante vulvar: relato de caso. Femina. 2023;51(8):502-4.

### RESUMO

Fibroma mole, ou pólipo fibroepitelial, é uma lesão de proporções geralmente reduzidas, de cor hiperpigmentada ou igual à da pele, localizando-se frequentemente na face, pescoço, tronco e regiões intertriginosas. É um tumor classificado como benigno e pode acometer tanto homens quanto mulheres em idade reprodutiva e depois da quarta década de vida. Ocorre principalmente em obesos, diabéticos e durante a gestação. Com menor frequência, podem alcançar dimensões que excedem 5 cm. Seu crescimento pode ser lento ou rápido e comumente são assintomáticos, mas podem promover sangramentos por conta de ulcerações decorrentes de traumas repetidos. Apresentamos neste relato um fibroma mole, gigante, de localização vulvar, com 11 cm de comprimento, 11 cm de largura e 5 cm de espessura, pesando 500 g.

### ABSTRACT

*Giant soft vulvar fibroma is a fibroepithelial polyp lesion with generally reduced proportions, with a hyperpigmented color or similar to that of the skin, frequently located on the face, neck, trunk and intertriginous regions. It is a tumor classified as benign, can affect both men and women, of reproductive age and after the fourth decade, mainly obese, diabetic and during pregnancy. However, less frequently, they can reach dimensions that exceed 5 cm, may have a slow or accelerated evolution. They are commonly asymptomatic, but bleeding may be present due to ulcerations resulting from repeated trauma. In the current study, we describe a giant soft fibroma with a vulvar location measuring 11 cm in length, 11 cm in width, 5 cm in thickness and weighing 500 grams.*

## INTRODUÇÃO

O primeiro relato de pólipo fibroepitelial foi descrito por Norris e Taylor, em 1966.<sup>(1)</sup> O fibroma mole gigante vulvar, também conhecido como pólipo estromal fibroepitelial (nevo molusco, apêndice cutâneo de Templeton, acrocórdon e pólipo fibroepitelial), é uma protuberância polipoide de tecido fibrovascular dérmico em região de epiderme genital de origem mesenquimal, localizando-se, na maioria das vezes, no tecido conjuntivo dérmico vulvar. Pode também ter origem no tecido conjuntivo da região subperitoneal da pelve ou extraperitoneal do ligamento redondo.<sup>(2)</sup>

Alguns indivíduos têm maior probabilidade de serem acometidos: mulheres em idade fértil, obesos, hipertensos e diabéticos. O surgimento do pólipo pode ser semelhante ao das verrugas, com origem no papilomavírus humano (HPV).<sup>(3)</sup> A sintomatologia pode incluir secreção, sangramento, geralmente decorrente de traumas, e incômodo generalizado, acompanhado de desconforto pela massa tumoral.<sup>(4)</sup>

O grau de raridade desse tumor limita o conhecimento dos aspectos epidemiológicos, morfológicos e histológicos. Por conta disso, o objetivo do presente estudo é documentar um caso raro de fibroma mole gigante em região vulvar com evolução acelerada, como também colaborar com o aumento de dados epidemiológicos dessa patologia. As informações obtidas nesta pesquisa foram documentadas por meio de revisão de prontuário, registros fotográficos e histopatológico de biópsia cirúrgica do caso.

## RELATO DE CASO

Mulher, 43 anos, parda, solteira, do lar, procedente de Marechal Deodoro, Alagoas, múltipara, G4PN4A0, não relata a data da última menstruação (DUM), hipertensa (pressão arterial 140/90 mmHg), fazendo uso de losartana 50 mg duas vezes ao dia, nega outras comorbidades e nega alergia medicamentosa. Foi encaminhada do atendimento de baixa complexidade para o de alta complexidade, onde buscou assistência no departamento ambulatorial de ginecologia em uma maternidade de referência de alto risco, localizada na cidade de Maceió/AL. A paciente relatou o aparecimento de lesão vulvar assintomática há três anos, com evolução progressiva e acelerada há duas semanas, provocando dor, ulceração, sangramento local, dificuldade na deambulação, na micção e na utilização de vestimentas. Durante a avaliação ginecológica, observou-se “massa” pedunculada, arredondada, dolorosa, de consistência mole, com áreas mais endurecidas, com ulceração, pontos necróticos e odor fétido na região vulvar, mais precisamente no terço inferior do grande lábio esquerdo (Figura 1).

Ao exame especular, apresentou moderada quantidade de secreção esbranquiçada, sem apresentar outras queixas. A paciente negou antecedentes médicos ou cirúrgicos dignos de nota, como também qualquer histórico de doença sexualmente transmissível ou cirurgia ginecológica. A conduta do médico foi o manejo cirúrgico, submetendo a paciente a raqui-anestesia e ressecção total da lesão, e encaminhando o material para histopatológico de biópsia com o intuito de descartar malignidade. Ao exame macroscópico, observou-se uma formação tumoral arredondada, parcialmente revestida por pele castanha, apresentando superfície bosselada. Aos cortes, apresenta superfície acastanhada com áreas amareladas friáveis, com aspecto purulento. A tumoração pesou 500 g, com 11 cm de comprimento, 11 cm de largura e 5 cm de espessura, fixada em formalina (Figura 2).

Na microscopia, os cortes histológicos de pele revelaram na derme a presença de abscessos multiloculados contendo abundante quantidade de leucócitos polimorfonucleares. Ao redor, observou-se acentuado edema e congestão vascular compatível com acrocórdon (fibroma mole), associados a processo inflamatório abscedado, de etiologia indeterminada.



Figura 1. Fotografia clínica de grande tumoração pedunculada, situada em grande lábio esquerdo vulvar, em uma mulher de 43 anos de idade



Figura 2. Fotografia da tumoração após fixação em formol

## DISCUSSÃO

Esses pólipos são comumente encontrados na região vulvovaginal em mulheres em idade fértil, durante a gestação e na pré-menopausa e identificados durante exames ginecológicos de rotina.<sup>(4)</sup> O tumor raramente ultrapassa 5 cm. Os tumores mais volumosos incidem

com frequência entre 1/9.000 e 1/23.000 casos. Quando isso ocorre, deve-se pensar em malignidade.<sup>(2,5)</sup>

Existem várias hipóteses para explicar a etiologia da lesão: obesidade, resistência insulínica, hipertensão, desequilíbrio endócrino, áreas de fricção constante e HPV dos tipos 6 e 11. Todavia, não existe consenso na literatura.<sup>(3)</sup> Em estágio inicial, o pólipo costuma ser assintomático, mas com o crescimento excessivo pode causar sintomas urinários e sangramentos, além de transtornos psicossociais, pelo volume tumoral. Muitas mulheres sentem-se envergonhadas e só procuram atendimento médico quando o volume tumoral é considerável.

Neste relato, a massa tumoral pedunculada, arredondada, volumosa e dolorosa impedia a realização das tarefas diárias, o que fez com que a paciente procurasse atendimento médico. A característica histopatológica mais recorrente nos pólipos estromais fibroepiteliais é a presença de células multinucleadas e estreladas estromais, geralmente identificadas próximas à face estromal-epitelial. Destaca-se também como característica frequente a presença de vasos sanguíneos e linfáticos e células inflamatórias. O pólipo estromal é habitualmente benigno, porém o diagnóstico diferencial deve excluir algumas lesões malignas da vulva como os sarcomas de vulva, visto que ele não possui a presença de células multinucleadas e estreladas estromais próximo à interface estromal-epitelial, mas sim margens de lesão identificáveis com celularidade homogênea.<sup>(3,4)</sup>

O tratamento dos tumores vulvares geralmente é a excisão cirúrgica e não costuma apresentar complicações. Ressalte-se a importância de excluir patologia

maligna.<sup>(6,7)</sup> A paciente foi tratada cirurgicamente: excisão completa do tumor e análise histopatológica da tumoração, com evidente melhora da qualidade de vida e reinserção social da paciente.

## CONCLUSÃO

O fibroma mole é caracterizado por lesões cutâneas fibroepiteliais benignas de pequenas proporções. A lesão do caso estudado apresentou grandes dimensões, e a evolução rápida levantou suspeita clínica de lesão maligna.

## REFERÊNCIAS

1. Kumar A, Hasin N, Sinha AK, Kumar S, Bhadani P. Giant fibroepithelial polyp in a young girl: a rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;38:83-5. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.06.059
2. Lopes Filho LL, Lopes IM, Ferreira Filho ES, Gonçalves Neto TR, Lopes LR. Fibroma mole gigante de localização vulvar: relato de caso. *Surg Cosmet Dermatol.* 2012;4(2):200-2.
3. Damazio A, Rezende D, Sampaio P, Silva L. Acrocórdon de vulva: relato de dois casos. *Brasília Méd.* 2012;49(2):138-41.
4. Madueke-Laveaux OS, Gogoi R, Stoner G. Giant fibroepithelial stromal polyp of the vulva: largest case reported. *Ann Surg Innov Res.* 2013;7:8. doi: 10.1186/1750-1164-7-8
5. Gorai S, Saha A, Misra P, Nag S. Broad based giant fibroepithelial polyp over an unusual location: a report. *Indian Dermatol Online J.* 2016;7(6):548-9. doi: 10.4103/2229-5178.193922
6. Choi JY, Cho JT, Seo BF, Choi J, Jung SN. Surgical excision of a giant soft fibroma of the labia majora covered with a pudendal artery perforator flap. *Arch Plast Surg.* 2020;47(1):108-9. doi: 10.5999/aps.2019.01599
7. Abasiattai AM, Umoiyoho AJ, Umana IN, Utuk NM. Giant fibroma of the vulva. *BMJ Case Rep.* 2010;2010(oct08 1):bcr0520102985-5. doi: 10.1136/bcr.05.2010.2985





**FEITO  
PARA ELA**

A plataforma de saúde  
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:  
**@feitoparaelaoficial**

**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

## CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

Aqui **ELA** encontra informações seguras sobre saúde,  
bem-estar e qualidade de vida.

Acompanhe nossos conteúdos:

 [feitoparaela.com.br](http://feitoparaela.com.br)

 [@feitoparaelaoficial](https://www.instagram.com/feitoparaelaoficial)

Confira o novo curso de  
**Educação Continuada!**

# Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação (LARC)

São três aulas com apresentação de dados,  
discussão e análise de casos clínicos.

- **Aula 1**

---

**PAPEL DA ANTICONCEPÇÃO NA REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

- **Aula 2**

---

**SITUAÇÕES PRÁTICAS ENVOLVENDO INDICAÇÕES E ESCOLHA DOS LARC**

- **Aula 3**

---

**LARC: ASPECTOS PRÁTICOS**

**Professores: Dr. Rogério Bonassi, Dra. Ilza Monteiro, Dra. Milena Brito e Dr. Luis Sakamoto.**



Acesse apontando a câmera do  
seu celular para o QrCode ou  
através da página no site:

[www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada/category/contracecao-reversiveis-de-longa-acao-2023](http://www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada/category/contracecao-reversiveis-de-longa-acao-2023)



**Realização:**



**Apoio:**

