

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

SANGRAMENTO NO PRIMEIRO TRIMESTRE



O diagnóstico correto dos sangramentos no primeiro trimestre diminui a morbidade e a mortalidade materna por hemorragia.



Objetivo dessa apresentação:

- Apresentar o diagnóstico e o tratamento das doenças causadoras de sangramento no primeiro trimestre da gravidez:
 - Abortamento
 - Gravidez ectópica
 - Mola hidatiforme



Sangramentos no Primeiro Trimestre

Toda mulher na menacme, que sangra, independente de ter ou não atraso menstrual, deve fazer um teste de gravidez qualitativo.

Teste Negativo = sangramento de causa ginecológica

Teste Positivo = sangramento de causa obstétrica



Sangramentos no Primeiro Trimestre

O exame físico e os exames laboratoriais são especialmente importantes para diferenciar os casos que necessitam de atendimento de urgência.

O exame especular permite a avaliação do sangramento, de sua origem e quantidade, e de sinais de infecção.

O toque vaginal bimanual permite a determinação da dilatação cervical e pode auxiliar na estimativa da idade gestacional.



Sangramentos no Primeiro Trimestre

ABORTO ESPONTÂNEO:

- gestação intrauterina não viável abaixo de 20-22 semanas ou peso fetal ≤ 500 g
- ocorre em 12 a 24% das gestações

AMEAÇA DE ABORTO = Aborto evitável
Colo FECHADO.

US = saco gestacional regular, BCF +

ABORTO INCOMPLETO

Colo ABERTO. US = eco endometrial 5 a 25 mm heterogêneo

ABORTO COMPLETO

Colo FECHADO. US = ausência de conteúdo

ABORTO RETIDO

Colo FECHADO. US = gestação não evolutiva



Sangramentos no Primeiro Trimestre

GRAVIDEZ ECTÓPICA

- ausência de saco gestacional em cavidade uterina
- hCG > 3500 mUI/mL
- 1% das gestações

Antecedentes:

- Gravidez ectópica anterior
- Doença inflamatória pélvica
- Endometriose
- Uso de DIU
- Uso de pílula do dia seguinte

Involução espontânea: queda do hCG

Progressão: ascensão do hCG

Íntegra

Rota

Localização mais comum:

- tubária, (90 a 95% dos casos)
- ovariana
- abdominal

Localização atípica:

- ístmica
- cicatriz de cesárea
- cervical



Sangramentos no Primeiro Trimestre

MOLA HIDATIFORME

- excesso de informação genética paterna
- proliferação exagerada do trofoblasto pré-maligno = hCG elevado
- 1 mola/200-1000 gestações

Mola Hidatiforme COMPLETA

- Sem feto
- 20% maligniza

Mola Hidatiforme PARCIAL

- Feto tiplóide
- 0,5 a 5% maligniza

Características:

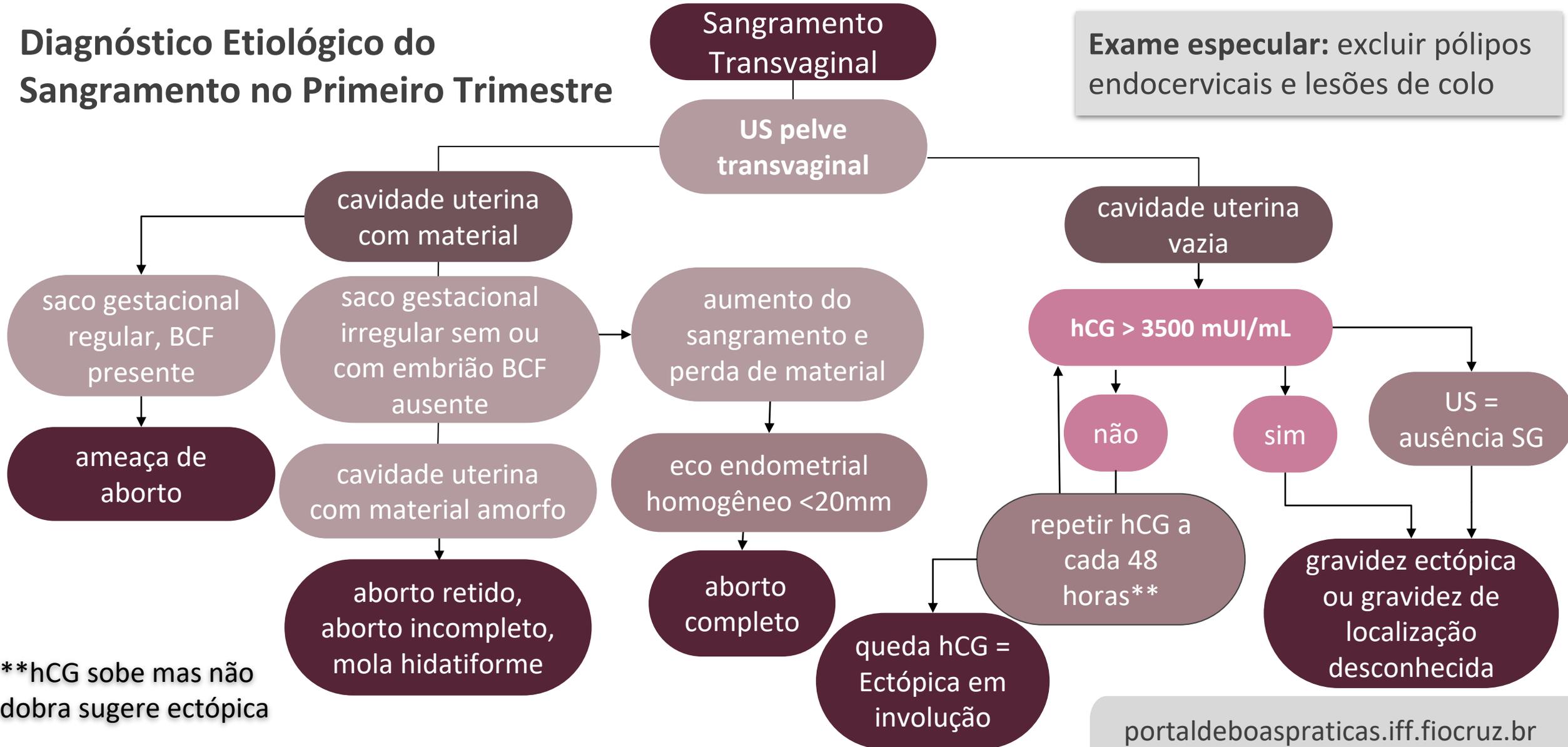
- **até 10 semanas parece ameaça de aborto e US aborto retido**

No segundo trimestre:

- hemorragia, pré-eclâmpsia, hipertireoidismo, cistos teca-luteínico, embolização trofoblástica
- **US cachos de uva, flocos de neve**

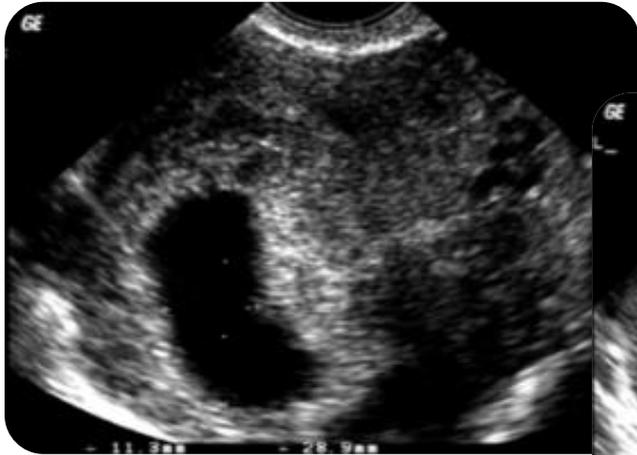


Diagnóstico Etiológico do Sangramento no Primeiro Trimestre





Diagnóstico Ultrassonográfico do Sangramento no Primeiro Trimestre



Aborto Retido
gestação não evolutiva
SG > 25 mm sem embrião
embrião > 7mm sem BCF



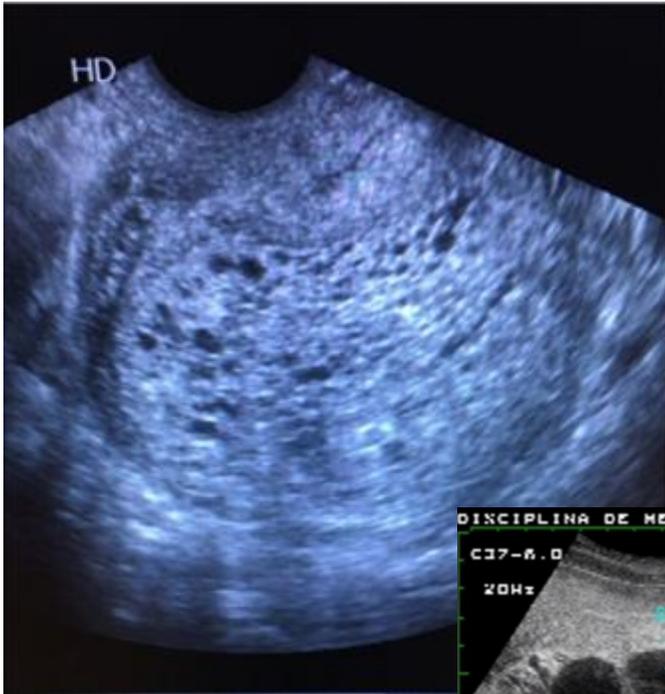
Aborto
Incompleto



Gravidez
Ectópica

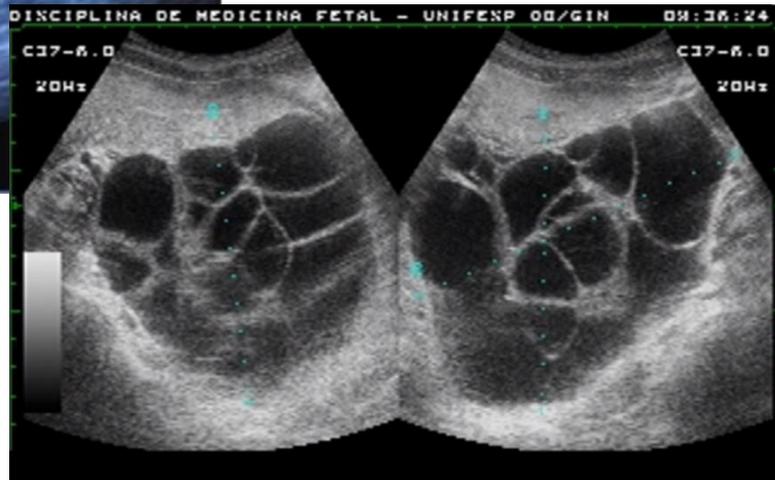
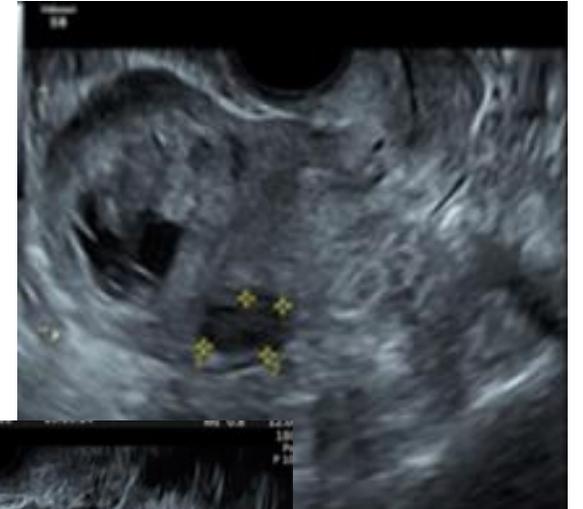


Diagnóstico Ultrassonográfico do Sangramento no Primeiro Trimestre



Mola
Hidatiforme

Mola Hidatiforme no
início (aspecto amorfo)





Tratamento do Aborto Espontâneo

Ameaça de Aborto

- Suporte emocional
- Sem repouso ou medicamentos – práticas sem evidência

Aborto Incompleto

- Curetagem uterina ou AMIU

Aborto Retido

- expectante (máximo 4 semanas)
- cirúrgico (curetagem uterina ou AMIU)
- preparo de colo: misoprostol 400 mcg via vaginal 3 horas antes do procedimento

Solicitar:

- Tipagem ABO-Rh
- Sorologias para sífilis e HIV
- Exame histopatológico, sempre que possível
- hCG 30 dias após aborto deve ser negativo



 MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017	
< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação
<p>Aborto retido^{a,2} 800 µg VV* a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)</p>	<p>Morte fetal^{f,g,1,5,6} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4–6 horas</p>
<p>Aborto incompleto^{a,2,3,4} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400–800 µg VV* (x1)</p>	<p>Aborto inevitável^{a,2,3,5,6,7} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas</p>
<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico^d 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou VV* 3 horas antes do procedimento</p>	<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico^a 13-19 semanas: 400 µg VV 3–4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades</p>

- A dose deve ser calculada com base na idade gestacional.
- Considerar as semanas de gestação (idade gestacional) de acordo com o tamanho uterino.

Figo, 2017.



Tratamento do Aborto Espontâneo Infectado

Esquemas Antibióticos Intravenosos:

- Gentamicina (5 mg/kg/dia) + ampicilina (2 g de 4 em 4h) + metronidazol (500 mg de 8 em 8h)
- Gentamicina (5 mg/kg/dia) + ampicilina (2 g de 4 em 4 h) + clindamicina (900 mg de 8 em 8h)
- Levofloxacina (500 mg/dia) + metronidazol (500 mg de 8 em 8h)
- Imipenem (500 mg de 6 em 6h)
- Piperacilina-tazobactam (4,5 g de 8 em 8h)

- Manter antibiótico EV até a mulher fique afebril por 48h com redução da sensibilidade pélvica.
- Recomenda-se uma transição para antibióticos orais, completando um ciclo de 10 a 14 dias (doxiciclina 100 mg, de 12 em 12h + metronidazol 500 mg de 12 em 12h).

Curetagem Uterina preferencialmente por AMIU



Tratamento da Gravidez Ectópica Íntegra

Tratamento Cirúrgico

- Laparoscopia
- Salpingostomia ou salpingectomia

Tratamento Expectante

- Estabilidade hemodinâmica
- Declínio dos títulos de hCG no intervalo de 24 a 48 horas.
- hCG <2.000 mUI/mL
- US transvaginal com ausência de embrião vivo, massa tubária inferior a 5 cm e desejo de gravidez futura.

Tratamento Medicamentoso Metotrexate

- Estabilidade hemodinâmica
- diâmetro da massa anexial <3,5 cm.
- hCG inicial <5.000 mUI/mL
- Ausência de dor abdominal
- Desejo de gravidez futura
- Termo de consentimento assinado



Tratamento da Mola Hidatiforme

Exames pré-operatórios:

- hemograma
- hCG quantitativo
- tipagem sanguínea
- se tamanho uterino maior que 16 cm incluir TSH/T4 livre
- Se hipertensão arterial, incluir: pesquisa de proteinúria (urina 1 ou fita), AST/ALT, creatinina.

Se sinais de hipertireoidismo:

frequência cardíaca >90 bpm, olhar vivo, tremor de extremidades, pele quente e úmida.

- propranolol 40 mg a cada 12h

antes do procedimento e mantido até estabilização do quadro clínico.

- avaliar uso de antitiroídianos

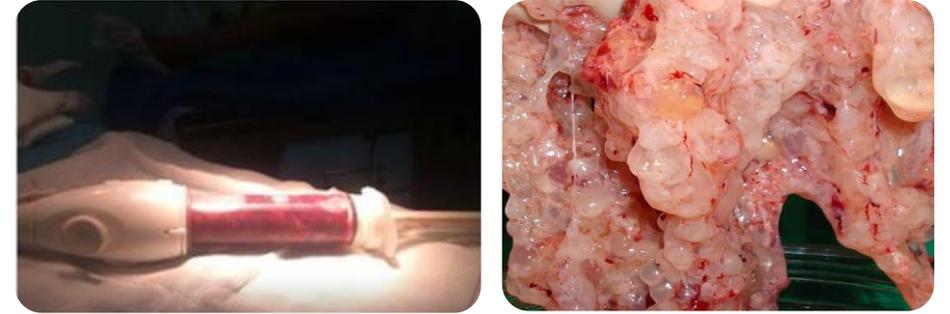
(propiltiouracil 300 mg dose de ataque e 100 mg de 8 em 8h ou metimazol 5 mg a 20 mg de 8 em 8h).



O esvaziamento uterino da mola hidatiforme é feito, preferencialmente, por AMIU.

Cuidados No Esvaziamento Da Mola Hidatiforme

- Iniciar ocitocina no momento da introdução da cânula de aspiração
- **Histerometria indireta** com as cânulas sem uso do histerômetro
- A cânula número 8 da aspiração manual intrauterina (AMIU) é suficiente para o esvaziamento, e o uso de duas seringas agiliza o procedimento.
- A ultrassonografia para guiar o procedimento é desejável para úteros com medida acima de 20 cm.
- **Histerectomia total abdominal com a mola in situ** pode ser uma alternativa em mulheres acima de 40 anos, com maior risco de doença invasora, e prole constituída mas **não dispensa a paciente do seguimento pós-molar**



FOTOS: Sue Yazaki Sun – UNIFESP e Antonio Braga - UFRJ

Na Alta Hospitalar, deve-se garantir seguimento pós-molar:

- Consulta na semana seguinte ao esvaziamento
- hCG seriado semanal ou quinzenal
- Introdução de contracepção imediata



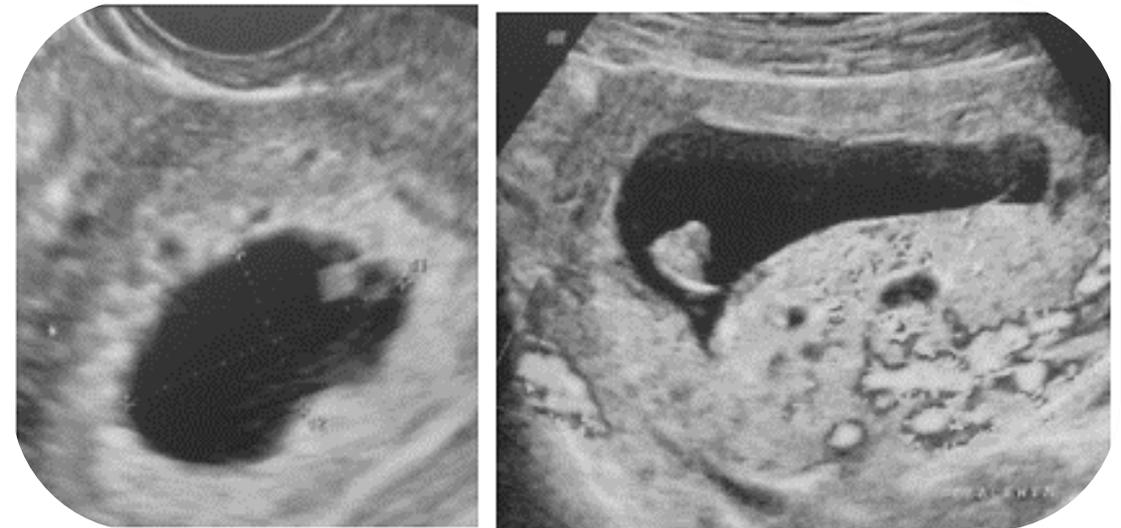
Mola Hidatiforme Parcial

- 70% dos casos de MOLA PARCIAL não foram suspeitados antes do esvaziamento
- Foram confundidos com abortamento retido

O diagnóstico de Mola Parcial é retrospectivo (anatomia patológica).

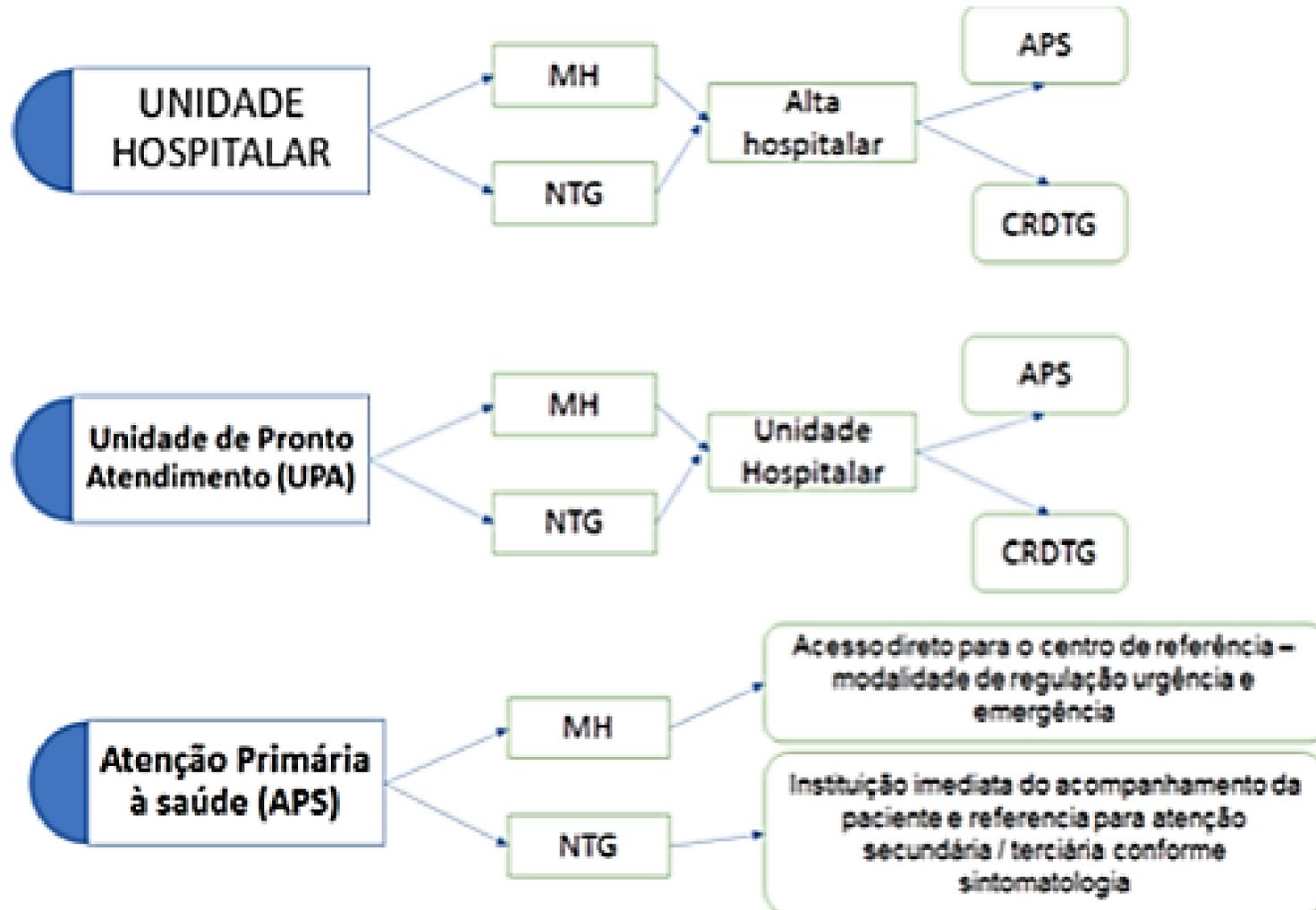
Clinical Presentation of Complete Hydatidiform Mole and Partial Hydatidiform Mole at a Regional Trophoblastic Disease Center in the United States Over the Past 2 Decades

Sue Yazaki Sun ¹, Alexander Melamed, Naima T Joseph, Allison Ann Gockley, Donald Peter Goldstein, Marilyn R Bernstein, Neil S Horowitz, Ross Stuart Berkowitz





Referência e Contra Referência da Mola Hidatiforme



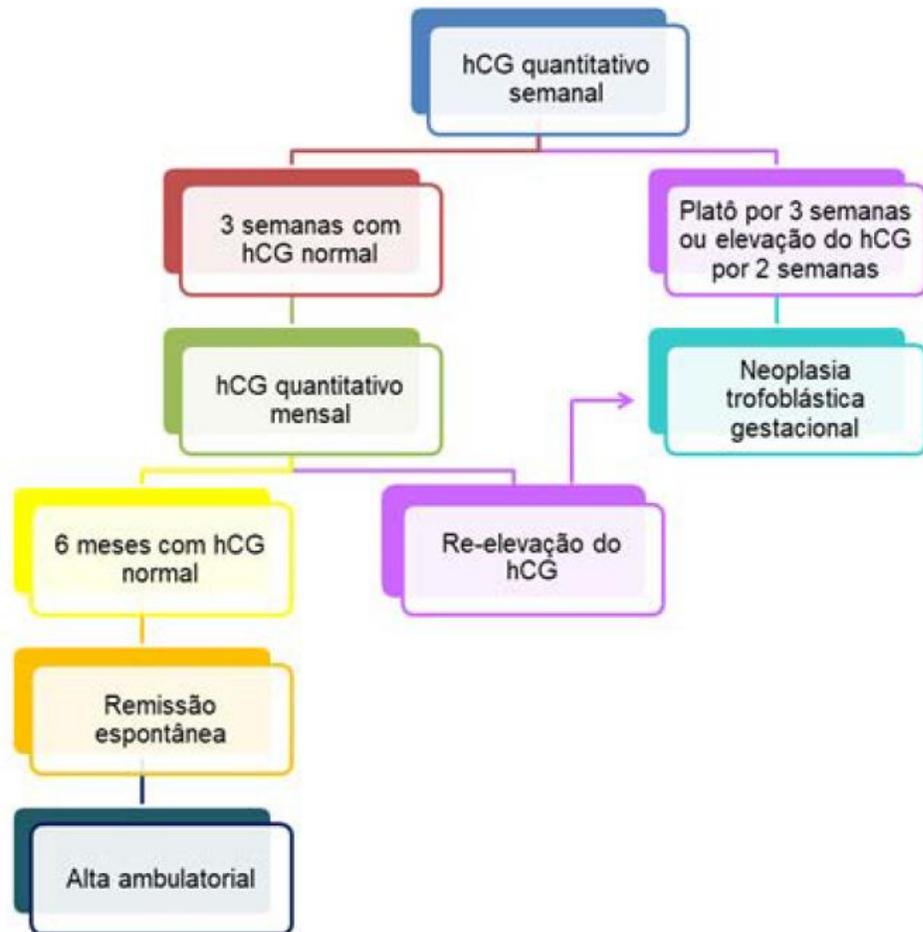
Lista de Centros de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional no Brasil:



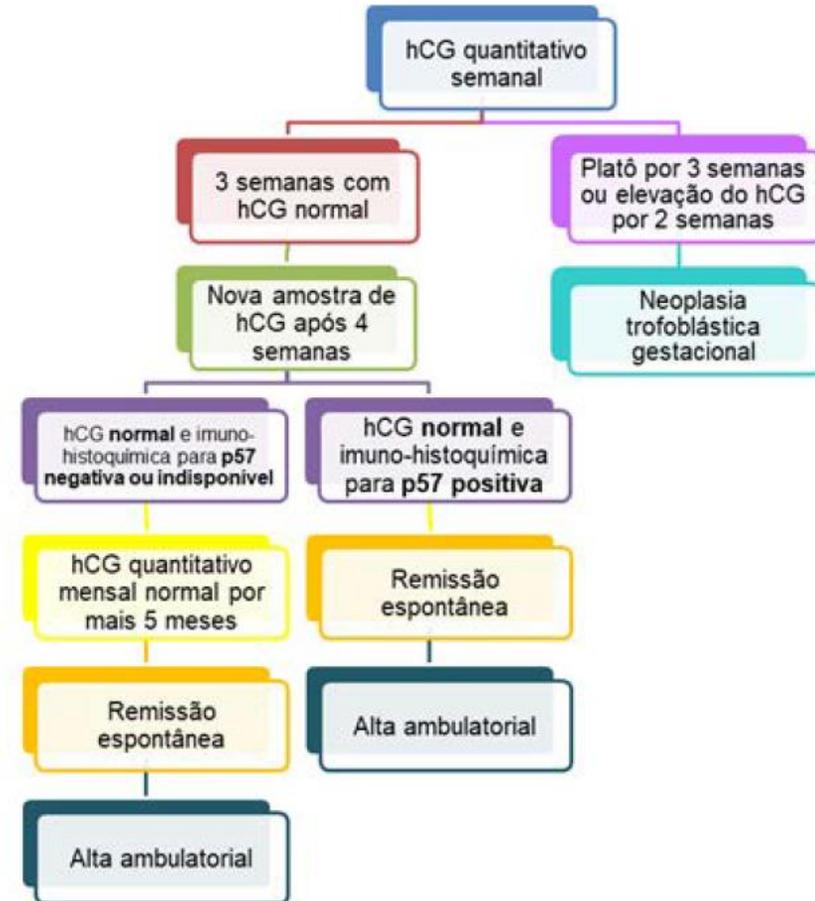


Contracepção Hormonal e Início do Seguimento Imediato ao Esvaziamento Molar

Mola Hidatiforme Completa



Mola Hidatiforme Parcial





Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Relatório epidemiológico sobre o tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional em 10 centros de referência brasileiros: resultados após 12 anos desde o Consenso Internacional FIGO 2000.

- Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) ocorreu em 21,8% dos casos
- Cura: 96,4%
- 7,4% abandonaram o seguimento pós molar antes de obter o primeiro hCG normal
- 26 mortes
 - 4 NTG baixo risco
 - 19 NTG alto risco
 - 3 TTSP (tumor trofoblástico do sítio placentário)

Epidemiological Report on the Treatment of Patients with Gestational Trophoblastic Disease in 10 Brazilian Referral Centers

Results After 12 Years Since International FIGO 2000 Consensus

Antonio Braga, M.D., Ph.D., Elza Maria Hartmann Uberti, M.D., Ph.D., Maria do Carmo Fajardo, M.D., Maurício Viggiano, M.D., Sue Yazaki Sun, M.D., Ph.D., Bruno Maurizio Grillo, M.D., Sérgio Lunardon Padilha, M.D., Jurandyr Moreira de Andrade, M.D., Ph.D., Christiani Bisinoto de Souza, M.D., José Mauro Madi, M.D., Ph.D., Míldinha Maestá, M.D., Ph.D., and Eduardo Silveira, M.D.



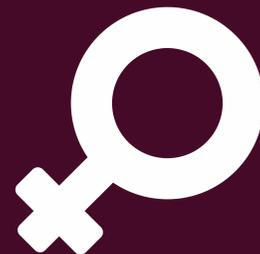
- A ultrassonografia de pelve transvaginal deve ser realizada em gestantes com sangramento no primeiro trimestre.
- hCG acima de 3500 mUI/mL e cavidade uterina sem saco gestacional à ultrassonografia = gravidez ectópica ou localização desconhecida.
- Mola hidatiforme até 10 semanas confunde-se com abortamento.
- Útero com tamanho compatível com 12 ou mais semanas, sangramento e mantendo sintomas de gravidez, na ausência de batimento cardíaco fetal: "pensar em mola para diagnosticar mola".



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidados para doença trofoblástica gestacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Associação Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
- Braga A, Lin LH, Maestá I, et al. Gestational Trophoblastic Disease in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(4):211-212. doi:10.1055/s-0039-1688566
- Lourenço CS, Sun Sy, Assis RT, Malinverni ACM. Mola Hidatiforme: Aprendendo Seus Cuidados.
- Braga A, Burlá M, Freitas F, et al. Centralized Coordination of Decentralized Assistance for Patients with Gestational Trophoblastic Disease in Brazil: A Viable Strategy for Developing Countries. *J Reprod Med.* 2016;61(5-6):224-229.
- Padrón L, Rezende Filho J, Amim Junior J, et al. Manual Compared With Electric Vacuum Aspiration for Treatment of Molar Pregnancy [published correction appears in *Obstet Gynecol.* 2019 Apr;133(4):830-834]. *Obstet Gynecol.* 2018;131(4):652-659. doi:10.1097/AOG.0000000000002522
- Sun SY, Melamed A, Joseph NT, et al. Clinical Presentation of Complete Hydatidiform Mole and Partial Hydatidiform Mole at a Regional Trophoblastic Disease Center in the United States Over the Past 2 Decades. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26(2):367-370. doi:10.1097/IGC.0000000000000608
- Braga A, Uberti EM, Fajardo Mdo C, et al. Epidemiological report on the treatment of patients with gestational trophoblastic disease in 10 Brazilian referral centers: results after 12 years since International FIGO 2000 Consensus. *J Reprod Med.* 2014;59(5-6):241-247.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES



SANGRAMENTO NO PRIMEIRO TRIMESTRE

Material de 04 de maio de 2022

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres



Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.