



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Minicurso de ginecologia: 21/05/2015

Relatora: Dra. Tatiana Castrillon Guaresqui

Médica Ginecologista e Obstetra

R4 Mastologia e Oncologia

Patologías Ginecológicas

Sangramento uterino anormal

- Causas associadas à gravidez, lesões uterinas anatômicas, lesões não uterinas anatômicas, causas hormonais e anormalidades sistêmicas;
- Etiologia do sangramento uterino anormal: orgânicas e disfuncional;
- Período neonatal, infância, adolescência, idade reprodutiva, perimenopausa e menopausa;
- Coagulopatias são causas raras de sangramento ginecológico;
- Diagnóstico: avaliação clínica, laboratorial, ultrassonografia, vídeo-histeroscopia, biópsia de endométrio e curetagem uterina;
- Tratamento clínico: anti-inflamatórios não esteroides, antifibrinolíticos, progestágenos, anticoncepcional, estrogênio, DIU com levonorgestrel, antiestrogênico, antiprogestágeno e agonistas de GnRH;

Mioma uterino

- É a neoplasia benigna mais comum da mulher, respondendo por 95% dos tumores benignos do trato genital feminino;
- Formado por: fibras musculares lisas com estroma de tecido conjuntivo;
- Etiopatologia: hiperestrogenismo e fatores genéticos;
- Quadro clínico: menos de 50% são sintomáticos. Os mais comuns são sangramento anormal, dor pélvica, dismenorréia, compressão geniturinária e compressão gastrointestinal ;
- Diagnóstico: anamnese, exame clínico e exames complementares (ultrassonografia pélvica, histeroscopia e RNM);
- Tratamento: expectante quando assintomáticas; Hormonal para reduzir as manifestações clínicas ou volume tumoral; Cirúrgico: histerectomia, miomectomia e embolização da artéria uterina.

Macroscopia

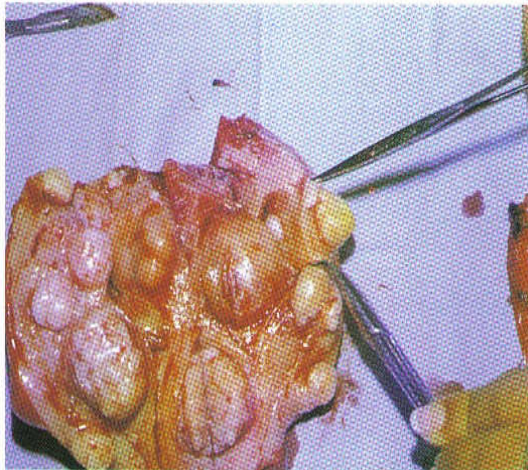


Fig. 129-4. Miomas múltiplos

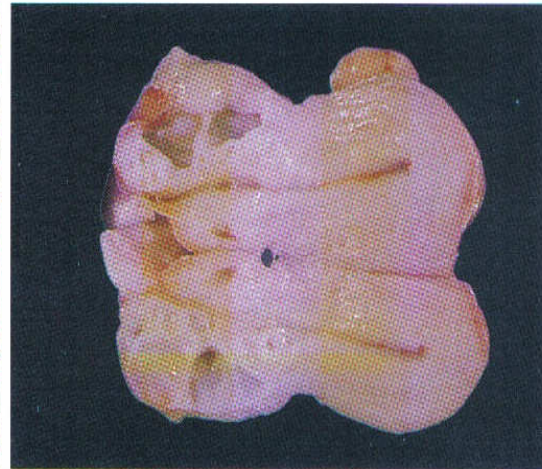


Fig. 129-3. Mioma cervical.



Fig. 129-5. Mioma gigante.

Alterações Degenerativas Secundárias

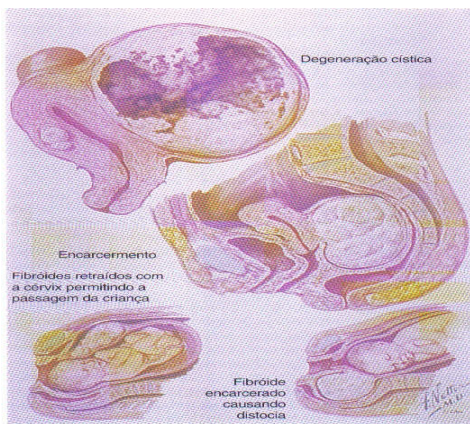


Fig. 129-6. Degeneração cística, segundo Netter, F.

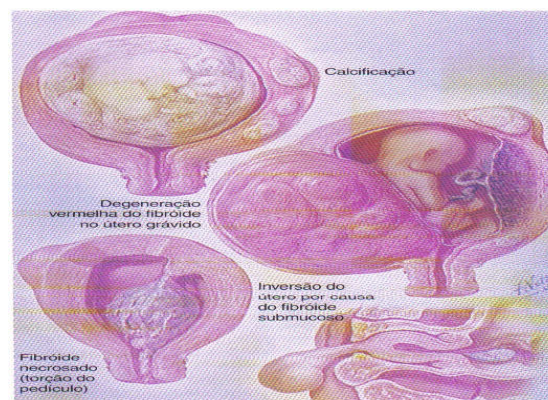
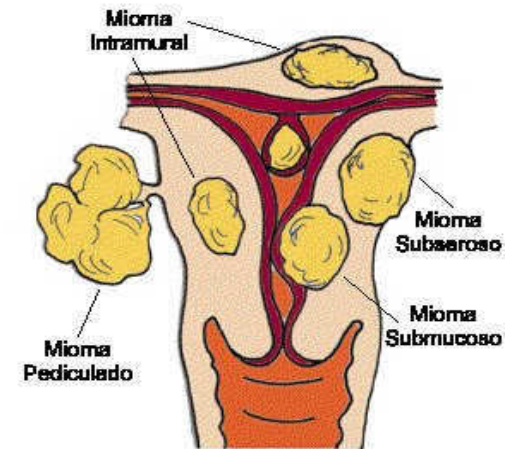


Fig. 129-B. Degeneração gordurosa, necrose e calcificação de mioma, segundo Netter, F.

Formas Anatomoclínicas



Abortamento

- Definição: é a expulsão ou extração do feto antes de 20 semanas ou pesando menos de 500 g;
- Classificação: quanto à intenção espontânea ou provocada. Quanto à cronologia precoce se a perda gestacional ocorre até 12 semanas e tardio, se ocorrer entre 12 e 20 semanas de gestação;
- Incidência: uma em cada quatro mulheres terá um abortamento espontâneo durante sua vida reprodutiva;
- Etiologia: alterações cromossômicas, alterações endócrinas, síndrome dos ovários policísticos, infecções, causas uterinas, fatores imunológicos, trombofilias hereditárias, drogas e agentes nocivos;
- Formas clínicas de abortamento: ameaça de abortamento, abortamento em curso, abortamento completo, abortamento incompleto, aborto retido, abortamento habitual e abortamento infectado;
- Tratamento: conduta expectante, tratamento medicamentoso e tratamento cirúrgico.

Gravidez Ectópica

- Definição: implantação do blastocisto fora da superfície endometrial;
- Epidemiologia: principal causa de morte materna no 1º trimestre;
- Fatores de Risco: gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária, uso de DIU, história pregressa de infecção genital e pélvica, múltiplos parceiros e tabagismo;
- Geralmente sintomas ocorrem após a sexta ou oitava semana: dor abdominal, sangramento e amenorréia;
- Exames laboratoriais: hemograma e BHCG quantitativo;
- Exame de imagem: ultrassonografia transvaginal;
- Conduta Expectante: massa anexial < 3,0 cm, hemoperitônio < 50 mL, BCF ausente e baixos níveis séricos de β -hCG;
- Tratamento: metotrexate;
- Cirurgia: laparotomia em casos de choque hemorrágico e instabilidade hemodinâmica.

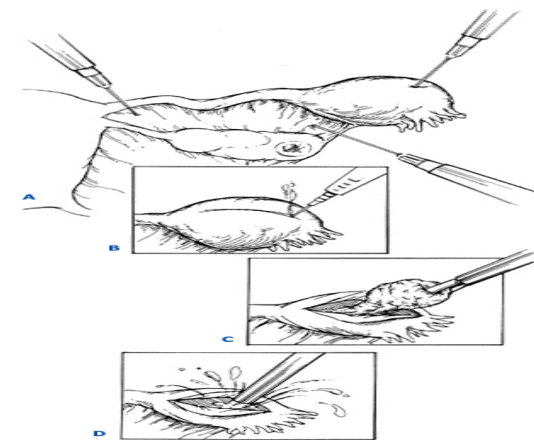
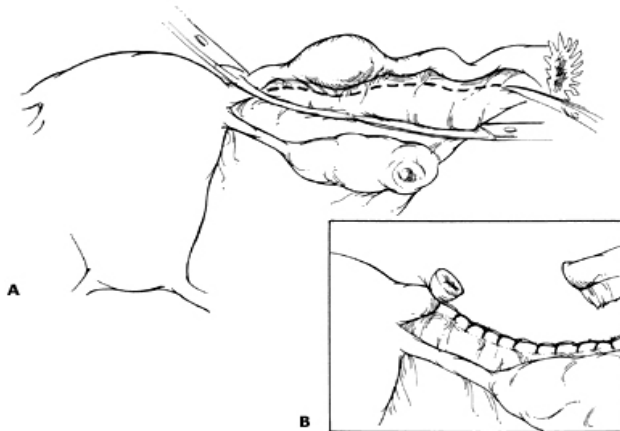
Laparotomia



Salpingectomy

X

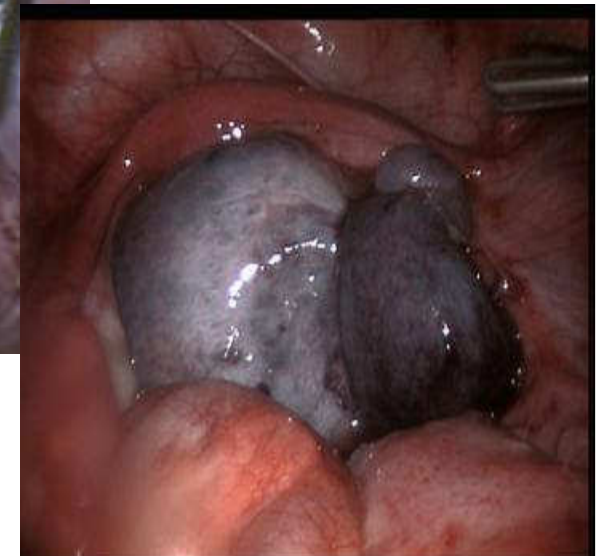
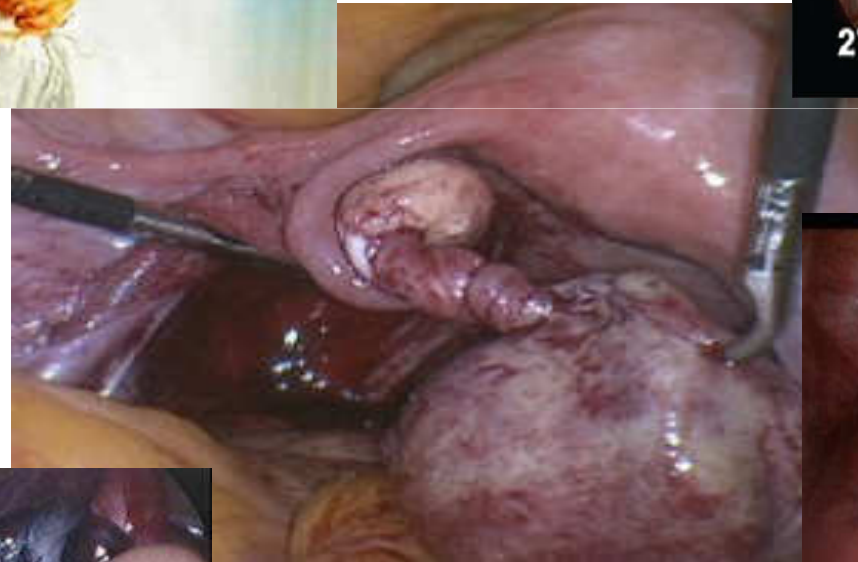
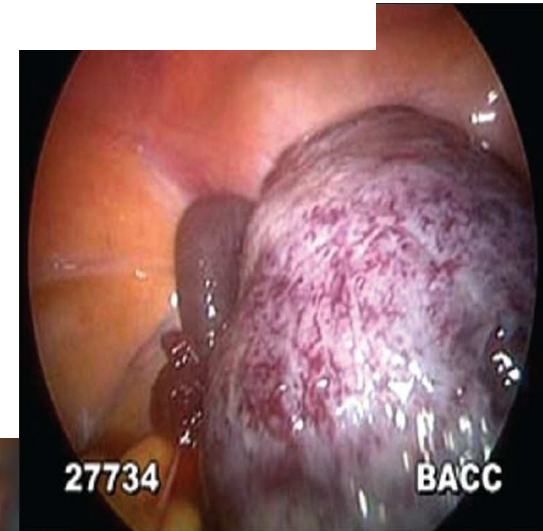
Salpingostomia



Torção anexial

- Extremos da vida adulta, pacientes jovens-teratomas, tuba uterina longa e ovários móveis, tumores >4-5cm maior chance torção, infertilidade, hiperestimulação ovariana;
- Sintomas: são inespecíficos, dor abdominal difusa até se localizar em região pélvica persistente com náuseas e vômitos, massa anexial palpável unilateral;
- Exames laboratoriais: BHCG diagnóstico diferencial de gravidez ectópica e hemograma sem alterações;
- Métodos de imagem: US e tomografia;
- Tratamento: Intervenção o mais precoce possível, na tentativa de manter a viabilidade do ovário comprometido.

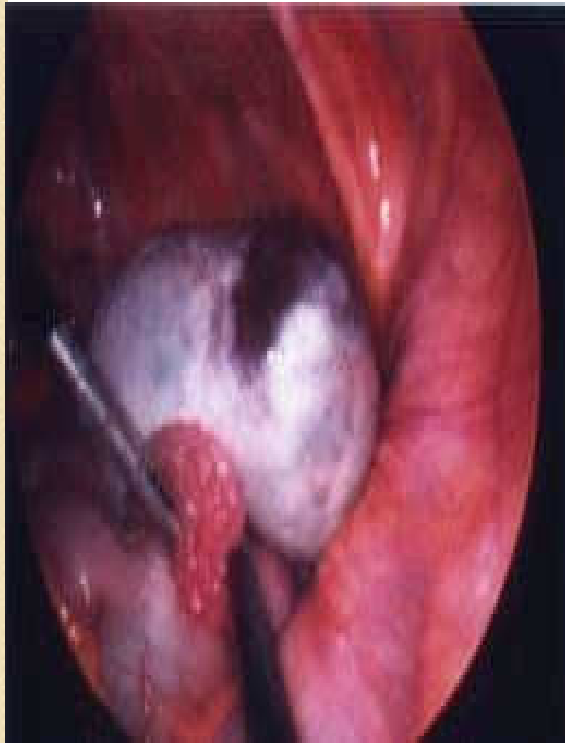
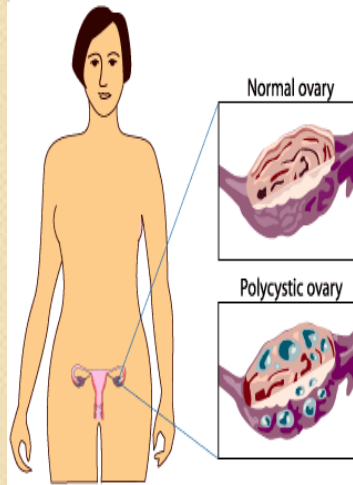
Rotação do tumor ovariano em seu próprio pedículo



Cisto hemorrágico

- Intervenção o mais precoce possível, na tentativa de evitar uma catástrofe abdominal;
- É um quadro comum, podendo resolver espontaneamente e em alguns casos podem evoluir para abdome agudo hemorrágico;
- Valorizar a história clínica: paciente em uso de anti-coagulantes, distúrbio de coagulação e síndrome anticorpo antifosfolípidos;
- 1% apresentaram sangramento pélvico aumentado necessitando de hemotransfusão e cirurgia de emergência. Recomendação: supressão da ovulação.

Cisto hemorrágico

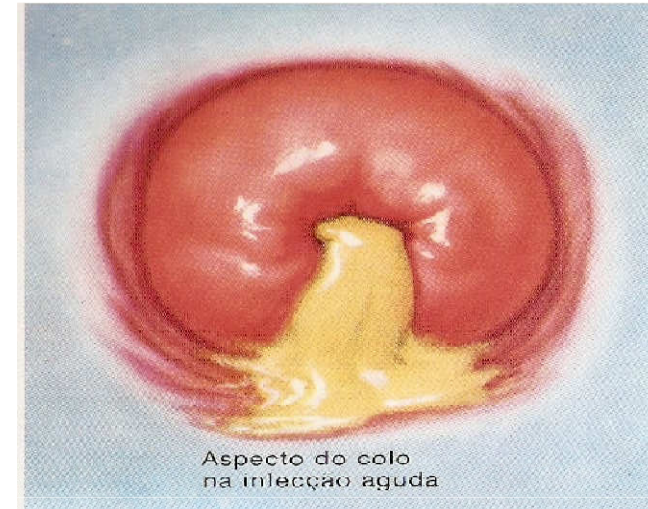
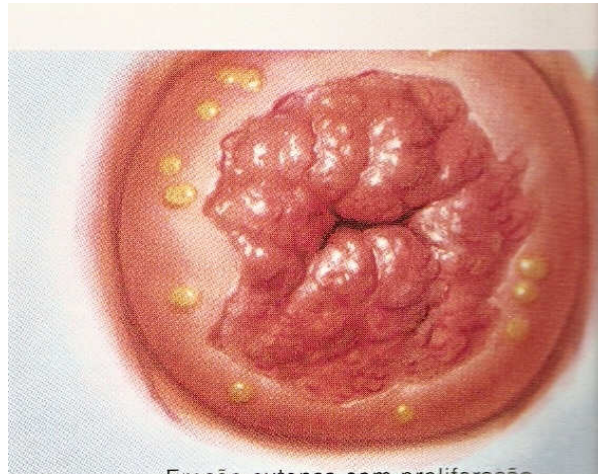


Doença Inflamatória Pélvica

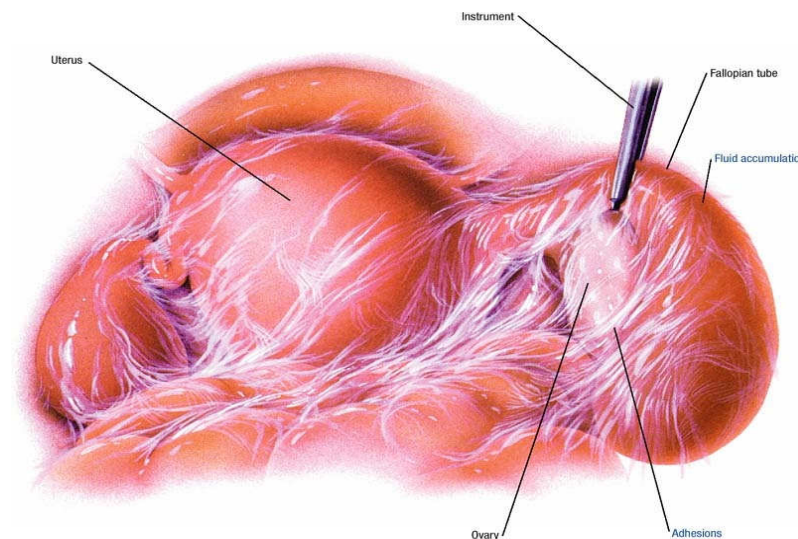


- Definição: infecção ascendente, que inicia no epitélio colunar do colo uterino, propagando-se para endométrio, tubas uterinas e cavidade peritoneal;
- Etiologia: gonococo e clamídia são os agentes mais comuns;
- Fatores de risco: idade jovem, história prévia de DIP, promiscuidade, lesão da mucosa cervical, presença de DIU, vaginose bacteriana e baixo nível sócio-econômico;
- Diagnóstico clínico: maiores - dor pélvica, dor à mobilização cervical e anexia, menores - temperatura maior que 38°C, corrimento muco-purulento, aumento PCR ou VHS, massa pélvica e Leucocitose;
- Sequelas: infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica;
- Tratamento: repouso, analgésico e antibiótico.

Cervicite



Aderências



Dermatoses vulvares

- Grupo de doenças vulvares inflamatórias, infecciosas ou malignas;
- Etiologia Infecciosa: sífilis, cancro duro, herpes simples e zoster, infecção por CMV, candidíase e impetigo;
- Etiologia não infecciosa e inflamatória: líquen escleroso, eczema vulvar, líquen plano, psoríase e vulvite de Zoon;
 - Clínica predominante: prurido, dor e dispareunia;
 - Abordagem geral de primeira linha: corticoterapia tópica;
- Etiologia maligna: carcinoma basocelular e espinocelular, melanoma, doença de Paget extra-mamária e histiocitose das células de Langerhans.

Cancro mole



Cancro duro



Herpes genital



Condiloma Acuminado

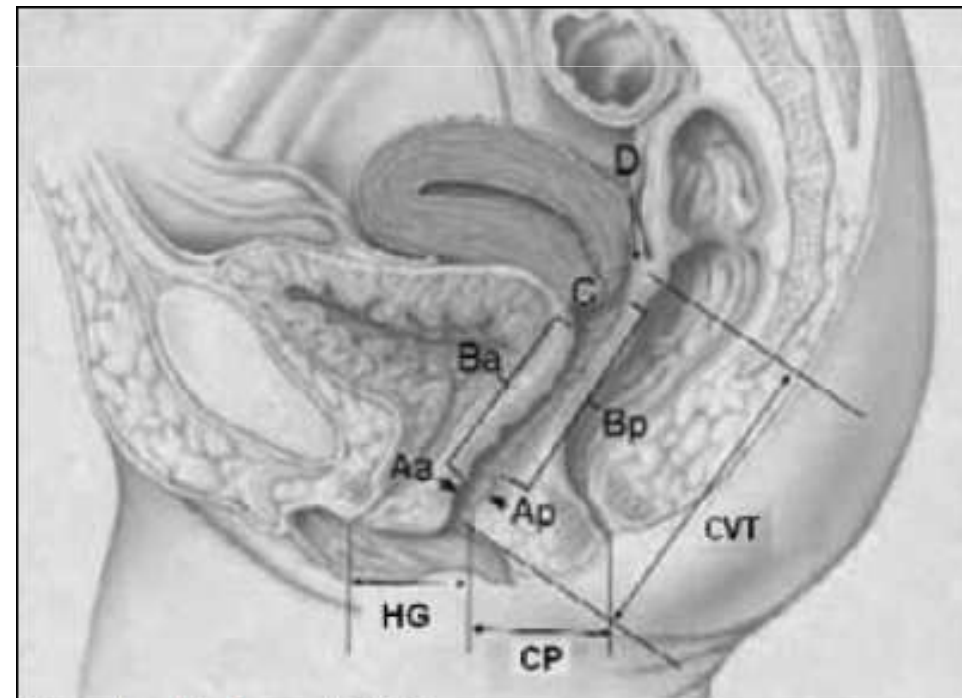


Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ)



- Ponto Aa: na linha média parede vaginal anterior 3 cm acima do meato uretral na junção uretrovesical
- Ponto Ba: ponto parede vaginal anterior mais afastado de Aa
- Ponto C: ponto mais distal do colo uterino
- Ponto D: ponto mais profundo do fundo de saco posterior
- Ponto Ap: na linha média parede vaginal posterior. Análogo ponto Aa
- Ponto Bp: análogo ao ponto Ba
- Gh: medida do hiato genital
- Pb: corpo perineal
- CVT (tvI): comprimento vaginal total

POPQ		
Aa	Ba	C
gh	pb	tvI
Ap	Bp	D



Fonte: adaptado de Bump et al., 1996.¹⁰

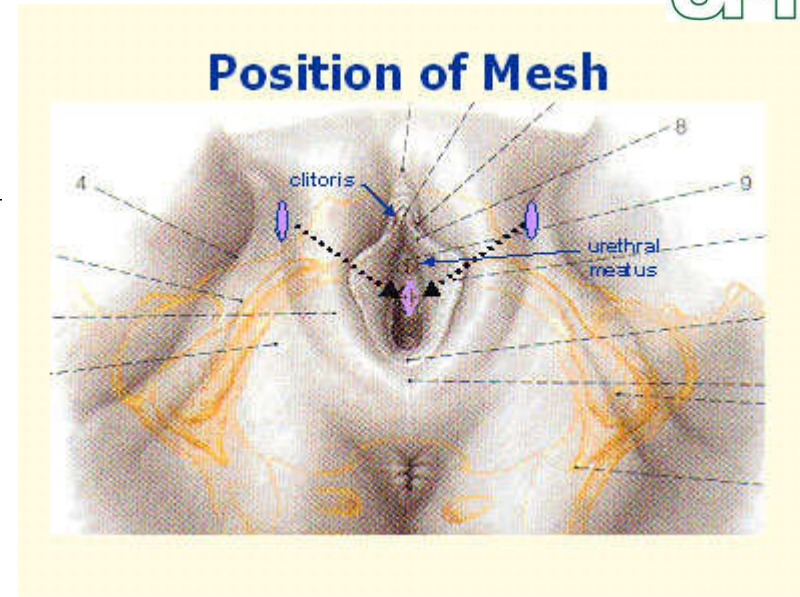
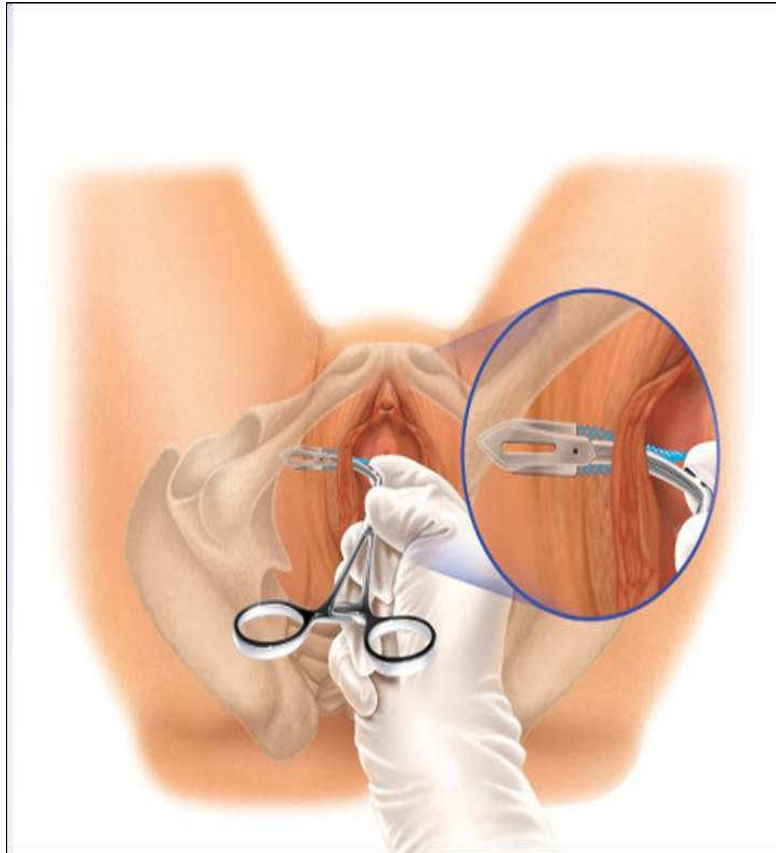
Prolápio



Incontinência Urinária

- Incontinência urinária esforço: a pressão intravesical excede a pressão máxima de fechamento uretral;
- Bexiga hiperativa: contrações não inibidas do detrusor;
- Incontinência por transbordamento: perda urinária quando a pressão intravesical excede a pressão uretral, associado a pressão vesical em ausência de atividade do detrusor;
 - É mais comum em pacientes neurológicos em que a perda urinária ocorre após a bexiga estar repleta uma vez que há uma falta de contração da musculatura lisa do detrusor ou diminuição de sensibilidade;
- Conduta: urina I, urocultura, diário miccional e estudo urodinâmico;
- Tratamento clínico: fisioterapia assoalho pélvico e anticolinérgicos;
- Cirurgia: SLING ou Burch.

SLING TOT



Violência Sexual

Serviço de assistência médica tem por objetivos garantir à mulher o exercício de seu direito à assistência integral e

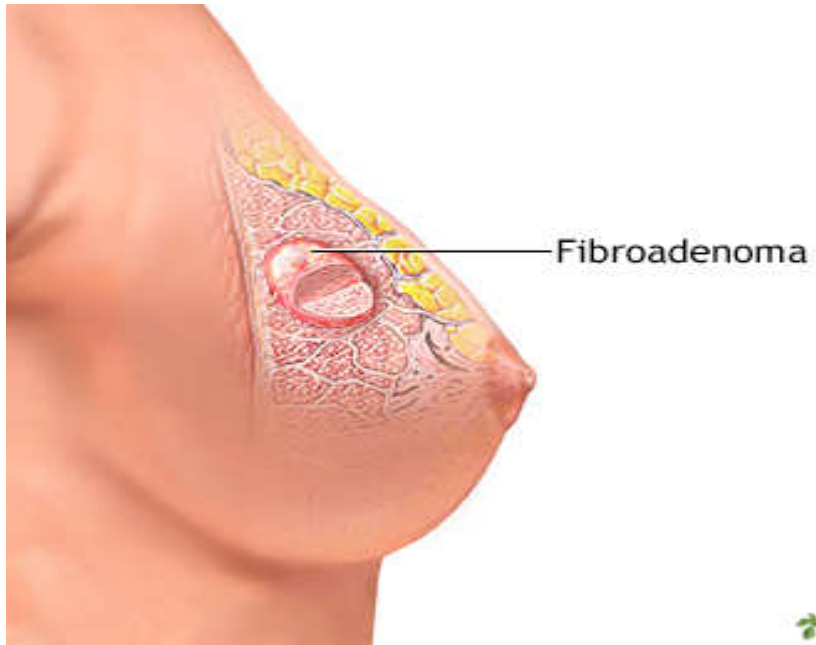
- 1) ~~segura~~ Acolhimento
- 2) Atendimento às intercorrências médico-cirúrgicas de emergência e coleta de exames iniciais (VDRL, BHCG, Anti HIV, HBS-Ag);
- 3) Ficha de primeiro atendimento ;
- 4) Exame ginecológico e coleta de material para possível uso pelos peritos criminais e IML.
- 5) Profilaxia de gravidez e DST/AIDS;
- 6) Orientações adequadas (registro de ocorrência – BO e exame no IML) e encaminhamento para atendimento ambulatorial risco de gravidez e direito à interrupção da gestação;
- 7) Notificação compulsória.

Doenças benignas da mama

Fibroadenoma



- Tumor benigno mais comum da mama. Apresentam-se com maior frequência na adolescência e na terceira década de vida;
- Anormalidade focal no desenvolvimento de um lóbulo mamário;
- Clinicamente se manifesta como tumor palpável, fibroelástico, indolor , móvel, único ou múltiplo;
- Complexo: risco aumentado para câncer de mama;
- Conduta: depende do aspecto da imagem, da idade da paciente e velocidade de crescimento do nódulo - conservador ou exérese.



ADAM.



Mastite

- Introdução: mastite é uma condição inflamatória da mama, que pode ou não ser acompanhada de infecção;
- Infecções puerperais: causada por estafilococos;
- Caracterizada por: eritema difuso, macio e quente da mama com sinais sistêmicos de infecção, como febre, mal-estar, mialgia e leucocitose;
- O tratamento: pode ser com antibióticos orais ou intravenosos.
- O exame ultrassonográfico é altamente sensível para identificação de abscessos.
- As mulheres com mastite puerperal deverão continuar amamentado ou retirar o leite. Mamilos escoriados podem ser uma fonte de entrada de bactérias, devendo ser tratados com loções à base de lanolina;
- Não se recomenda compressas frias ou quentes pelo risco de lesão tecidual, sem benefício aparente.

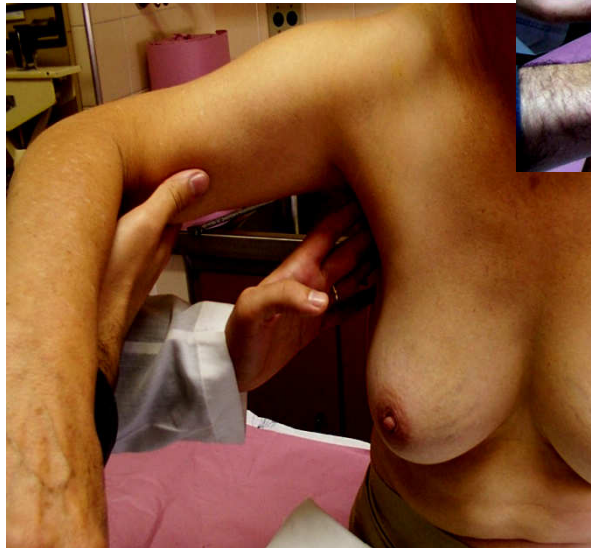
A vertical decorative bar on the left side of the slide, featuring a textured gold background with abstract circular patterns in a lighter shade of gold.

Patologías Onco-ginecológicas

Câncer de Mama

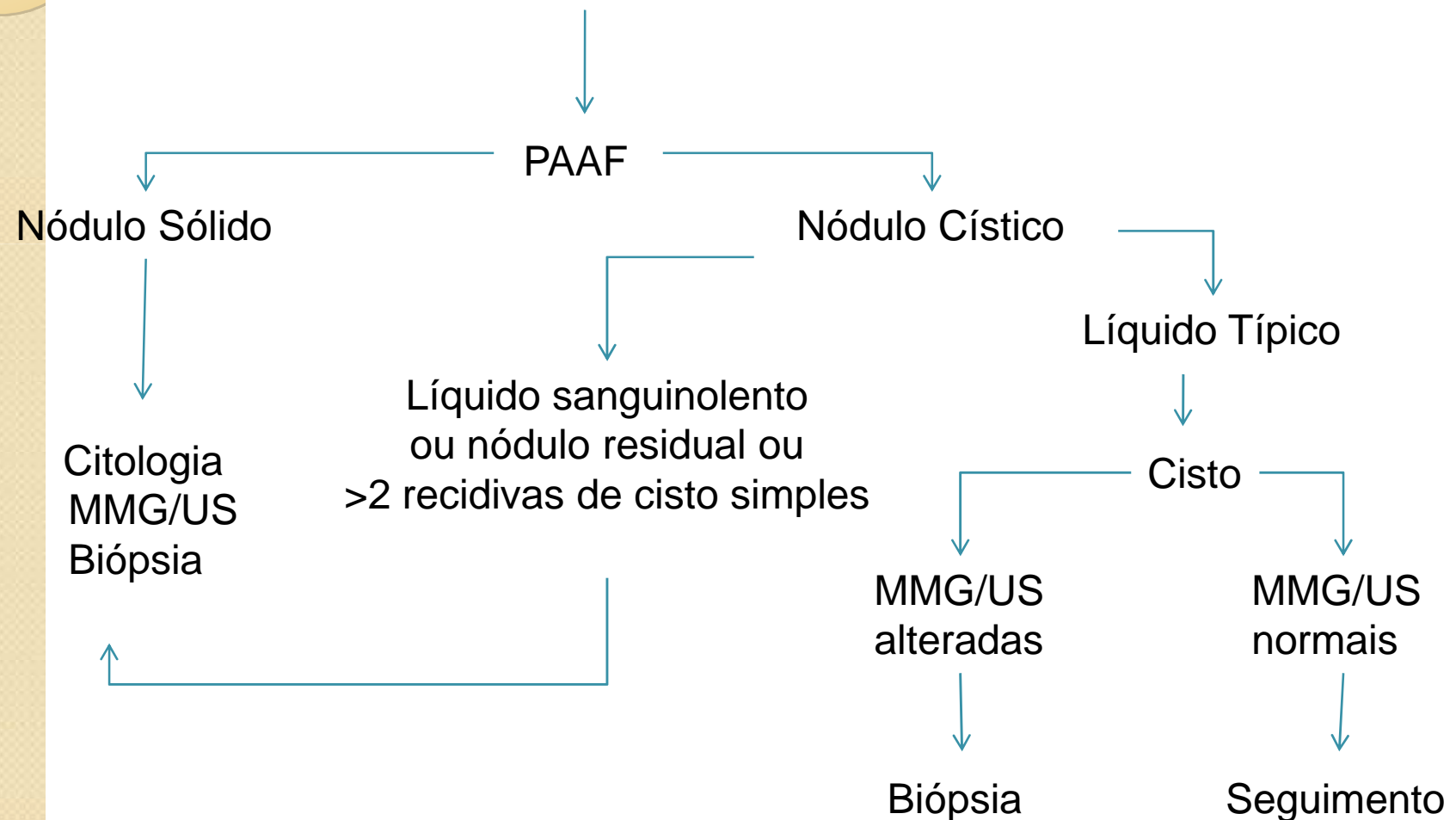
- Conceito: proliferação maligna das células epiteliais que margeiam os ductos ou os lóbulos. Neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil; Causa mais frequente de morte por CA em mulheres; mais comum na 5ª e 6ª décadas;
- Fatores de risco: Sexo feminino, história familiar (1º grau), menarca precoce, menopausa tardia, hiperplasias atípicas, mutação do gene BRCA1 e BRCA2, idade > 40 anos, nuliparidade, primiparidade > 30 anos, antecedente pessoal de câncer de mama, antecedente pessoal de Ca de endométrio, ovário e colon, uso crônico de álcool, dieta rica em gorduras, carcinomas in situ (ductal e lobular), uso de ACO e TH.

Propedêutica mamária



Diagnóstico

Lesões Nodulares



Classificação MMG

- Categoria 0: inconclusivo;
- Categoria 1: sem achados mamográficos, sem sinais de malignidade;
- Categoria 2: achados benignos;
- Categoria 3: achados provavelmente benignos;
- Categoria 4: achados suspeitos de malignidade (30% malignidade)
 - 4A: suspeição leve;
 - 4B: suspeição intermediária;
 - 4C: suspeição alta;
- Categoria 5: achados altamente suspeitos de malignidade (VPP 95 a 97%);
- Categoria 6: achados com malignidade confirmada.
- Tratamento: radioterapia, quimioterapia e cirurgia.

Câncer de Colo Uterino

- Fatores de risco: Baixo NSE, início precoce atividade sexual, múltiplos parceiros, número de parceiros na vida, gravidez em idade jovem, multiparidade, infecção pelo HPV e tabagismo;
- Diagnóstico: sintomas, exame físico, exame de papanicolaou, colposcopia e biópsia cervical;
- Estadiamento clínico: tomografia computadorizada e ressonância magnética. Estadiamento cirúrgico dissecação linfonodos.
- Tratamento: conização, histerectomia, Wertheim-Meigs, ressecção parcial paramétrios, linfonodos pélvicos, radioterapia e quimioterapia.

Câncer de endométrio

- Quarta causa de câncer na mulher, oitava causa de óbito por câncer na mulher, idade média ao diagnóstico: 70 anos.
- Fatores de risco: obesidade, TH de estrogênio sem oposição, Idade avançada, diabetes, hipertensão arterial, tamoxifeno, menarca precoce e menopausa tardia e história familiar
- Fatores de proteção: tabagismo e anticoncepcional oral combinado
- Características clínicas: dois terços das pacientes apresentam sangramento na pós menopausa. Dor e distensão pélvica: aumento do volume uterino ou disseminação extrauterina do tumor;
- Exames: USG, histeroscopia e biópsia;
- Tratamento: Cirúrgico(lavado peritoneal, HTA, SOOB, linfadenectomia pélvica e para-aórtica, omentectomia e biopsias parietocólicas) e quimioterapia.

Massas Pélvicas

- Cistos suspeitos: cápsula espessa, septos grossos, dois ou mais septos finos, vegetações e áreas sólidas, Doppler: IR < 0,4, diâmetro maior ou igual à 7 cm indicar cirurgia.
- Exames: USG e marcadores tumorais.
- Tratamento: cirurgia e congelação

Cuidados pré e pós operatório em ginecologia

Pré-operatório

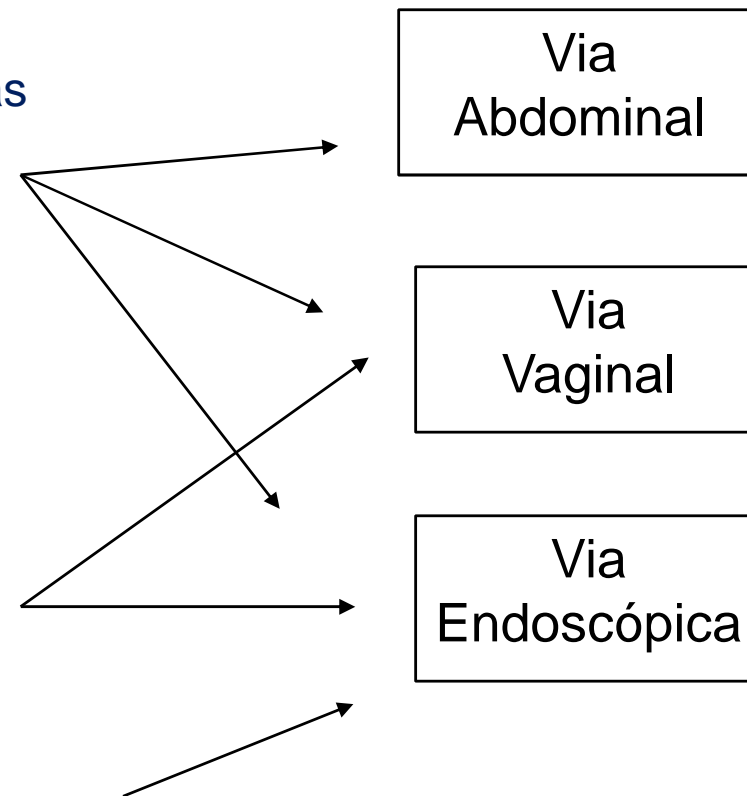
- História clínica e exame físico detalhado
- Colpocitologia oncótica
- ECG e Radiografia de tórax > 40 anos
- Exames laboratoriais
- Exames de imagem: urografia excretora, cistoscopia, colonoscopia, US e CT / RNM.
- Risco cirurgico
- Cuidados pré-operatórios na internação: reserva de sangue, preparo intestinal, tricotomia, sedação e consentimento Informado.
- Situações Especiais – Suspensão do uso: antiagregante plaquetário, AINE'S, antidepressivos (iMAO) e Hipoglicemiantes orais.

Pós-operatório

- A deambulação deve ser precoce para evitar fenômenos tromboembólicos;
- A fisioterapia respiratória pode evitar atelectasias ou infecções pulmonares;
- Sondagem nasogástrica quando houver manipulação intestinal intensa.
- O uso do dreno de sucção evita a estase de sangue, linfa ou fluidos linfáticos;
- Sintomáticos: analgesia deve ser regular, anti-eméticos, profilaxia de TVP, aferição de drenagem por sondas e drenos;
- Dieta: peristaltismo reduz devido manipulação de alças, avaliar RHA e eliminação de flatos, POI Dieta branda/líquida e 1º PO dieta livre.
- Curativo: curativo deve ser mantido nas primeiras 24h, após isso a epitelização já se finalizou e ferida esta impermeabilizada, orientação de cuidados de higiene.

Complicações em cirurgias ginecológicas

- ✓ Infeccões
- ✓ Hemorragias
- ✓ Lesões de órgãos e estruturas adjacentes.
- ✓ Deiscência de suturas
- ✓ Aderências e sinéquias
- ✓ Dano térmico
- ✓ Fistulas
- ✓ Prolapsos
- ✓ Tromboembolismos.
- ✓ Embolias
- ✓ Conversão para via abdominal
- ✓ Intoxicação hídrica - intravasamento



Fatores de risco para morbidade infecciosa



Idade avançada
Obesidade
Diabetes (Glicemia >200)
Neoplasias malignas
Tempo cirúrgico aumentado
Hospitalização prolongada
Uso de drenos
Transfusão de sangue

Referências Bibliográficas

- BARROS, ACS D.; BARBOSA, EM & GEBRIM, LH. Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama, **Projeto Diretrizes**. AMB/CFM. 2001.
- Conduas do INCA/MS: Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 47(1): 9-19, 2001.
- Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. **Ministério da Saúde, INCA**. Rio de Janeiro, abril de 2004.
- MURAD, André Márcio. Tratamento Sistêmico do câncer da mama: atualização 2000. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, 2000.

Referências Bibliográficas

- PIATO, S. *Tratado de Ginecologia*. 2 ed. Artes Medicas, 2002.
- RHODEN, Ernani Luis, et al. *Urologia no consultório*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- SCHOEGER, John, et. al. Trad. Celeste Inahy, et. al. Revisão Técnica Suzana Arenhart Pessini. *Ginecologia de Williams*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- STANTON, Stuart L. & MONGA, Ash K. (orgs.) *Clinical Urogynaecology*. 2 ed. New York. Churchill Livingstone, 2000.
- TANAGHO, Emil A. & Mc. ANINCH, Jack W. *Urologia geral de Smith*. Trad. Carlos Henrique Coendey, Giuseppe Taranto, Marcio Moacyr Vasconcelos. 17 ed. – Porto Alegre: AMGH, 2010.

Obrigada!!!!!!!

