SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL NA EMERGÊNCIA

Sara Kvitko de Moura
Amanda Tavares Mello
Eduardo Cadore Guzzo
Lucas Schreiner
Thais Guimarães dos Santos

UNITERMOS

SAÚDE DA MULHER; DOENÇAS UROGENITAIS FEMININAS; HEMORRAGIA UTERINA/etiologia; HEMORRAGIA UTERINA/epidemiologia; HEMORRAGIA UTERINA/diagnóstico; HEMORRAGIA UTERINA/terapia; EMERGÊNCIAS.

KEYWORDS

WOMEN'S HEALTH; FEMALE UROGENITAL DISEASES; UTERINE HEMORRHAGE/etiology; HEMORRHAGE/epidemiology; UTERINE HEMORRHAGE/diagnosis; UTERINE HEMORRHAGE/therapy; EMERGENCIES.

SUMÁRIO

O sangramento vaginal anormal é um sintoma frequente das pacientes que procuram a emergência. Podemos atribuir esse sangramento tanto às doenças do trato genital inferior, quanto do superior. As hipóteses diagnósticas para este sintoma variam de acordo com a faixa etária em que ocorre. Neste trabalho, revisamos os principais diagnósticos e tratamentos relacionados ao sangramento vaginal anormal conforme a idade.

SUMMARY

Abnormal vaginal bleeding is a common symptom of patients visiting the emergency room. Diseases either in the lower or in the upper genital tract can cause this disorder. The possible diagnoses for this symptom vary with the age at which it occurs. In this paper, we review the diagnostics and treatments of this condition related to the patient age at which it occurs.

INTRODUÇÃO

O sangramento vaginal anormal é uma causa comum de procura a emergência nas diversas etapas da vida da mulher.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), criou um sistema de classificação para as principais causas relacionadas a este sintoma, representada pela sigla PALM-COEIN (*polyp*-pólpos; *adenomyosis* - adenomiose; *leiomyoma* - leiomioma*; malignancy and hyperplasia*-malignidade e hiperplasia*; coagulopathy*-coagulopatia*; ovulatory dysfunction*-disfunção ovulatória*; endometrial*- endometrial*; iatrogenic*-iatrogenicas*; and not yet classified*-não classificadas).[1]

O diagnóstico é feito com base nos sintomas da paciente (presença de dor, secreção vaginal febre, sintomas urinários e intestinais), exame físico (estado geral, sinais vitais, palpação abdominal, exame especular e toque vaginal), exames laboratoriais (hemograma completo, provas de coagulação, teste de gravidez e exames hormonais), exames de imagem (ultrassonografia transvaginal-UST e abdominal-USA) e exames complementares, conforme a investigação inicial.[2-4]

Neste trabalho abordaremos as causas e condutas nas diversas situações deste problema de acordo com a faixa etária em que ocorre.

SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL

Sangramento Vaginal na Infância (Pré-Puberal)

Investigação

Nesta faixa etária é importante que o médico compare a idade cronológica e o estágio do paciente no estadiamento de Tanner, que evidencia o desenvolvimento das mamas e dos pelos pubianos conforme idade.[2]

No exame físico, a roupa intima das crianças deve ser completamente removida para facilitar a inspeção cuidadosa da genitália externa e períneo. A mama e o desenvolvimento de pelos pubianos devem ser avaliados conforme o estadiamento de Tanner, pois podem ser característicos de puberdade precoce. Se houver presença de prolapso uretral, esse geralmente apresenta-se como: massa escura anular vermelha ou arroxeada entre os grandes lábios.[2,5]

O exame especular só deve ser realizado se a inspeção da genitália externa não permitir um diagnóstico confiável, pois é um processo doloroso e não deve ser utilizado no paciente pré-púbere acordado.[2,5]

No caso de puberdade precoce é necessário dosagem de FSH e LH para diferenciar a verdadeira (hormônios elevados) da pseudopuberdade (hormônios diminuídos). Ainda deve-se realizar tomografia computadorizada (TC) ou Raio-X de Crânio (avaliação do hipotálamo e hipófise), Ecografia abdominal pélvica (avaliação supra-renal e genitália interna), Raio X de mãos e punhos (avaliação da idade óssea) e dosagem de estradiol, androgênios e prolactina.[6]

Causas e Tratamento

O quadro 1 apresenta as principais causas e tratamentos de sangramento vaginal na infância.

Quadro 1 – Causas e tratamentos de sangramento vaginal na infância

CORPO ESTRANHO	A Presença de corpo estranho, como brinquedos, moedas ou papel higiênico, dentro da vagina pode provocar sangramento. Normalmente, vem acompanhado de secreção fétida persistente.[5] O tratamento consiste na retirada do corpo estranho.
MENARCA PRECOCE	É a instalação de sinais físicos de puberdade – caracteres secundários - antes dos oito anos de idade. O tratamento baseia-se conforme o tipo. Na puberdade precoce periférica, o tratamento deve ser individualizado conforme a causa encontrada; na puberdade precoce central é usado análogo ou agonista do GnRH, pois este medicamento leva a uma inibição do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e assim obtém-se regressão dos caracteres secundários [2,6]
ABUSO/ TRAUMA GENITAL	O tipo mais comum é o traumatismo fechado causado pela queda contra um objeto duro, chamada de "queda a cavaleiro", ocorrem em casa, principalmente no banheiro. Quedas de cama e objetos pontiagudos podem representar riscos para as meninas que saltam, caem ou escorregam em superfícies molhadas. O tratamento baseia-se em suturas de ferimentos cortantes e acompanhamento. Devem-se excluir lesões em uretra e na bexiga. É importante a instrução dos pais para retirada desse tipo de objeto. Agressão sexual é uma consideração importante em crianças com traumatismo genital, nesses casos podemos ter lesão de fúrcula vaginal ou lesões que se estendam pelo anel himenal. O abuso sexual requer um tratamento multidisciplinar: tratamento de lesões físicas, prevenção da gravidez, com contracepção de emergência (1,5mg de levonorgestrel, dose única, ou em duas doses de 0,75 mg com 12 horas de intervalo) e de doenças sexualmente transmissíveis e apoio psicológico.[7]
HEMORRAGIA DE PRIVAÇÃO NEONATAL	Durante a vida intra-uterina, o estrogênio materno atravessa a placenta e estimula o crescimento do revestimento endometrial. Como este suporte hormonal é interrompido, durante as primeiras semanas após o nascimento, em alguns bebês ocorre descamação endometrial resultando em corrimento mucóide ou sangramento vaginal leve. O sangramento é auto-limitado e não requer tratamento.[2,5]
VULVOVAGINITE	A falta de estrogênio é um fator de risco para infecções vaginais, pois resulta em uma fina mucosa vaginal, um pH alcalino, e uma relativa escassez de microorganismos de proteção. As principais infecções nesta faixa etária são *Streptococcus pyogenes* (estreptococos do grupo A beta–hemolítico) (corrimento vaginal purulento tingido de sangue, períneo com aparência vermelho-fogo e inflamação vulvar) e espécies de *Shigella* (corrimento sanguinolento, vaginite, história de diarreia recente, prurido). O tratamento é com higiene local e uso de antibiótico (penicilina ou cefalosporina no caso de infecção por *Streptococcus* e ampicilina, sulfametazol e trimetropin, tetraciclinas e cloranfenicol no caso *Shigella*).[2]
PROLAPSO URETRAL	Embora essa condição realmente não envolva a vagina, a apresentação típica é uma menina de 2 a 10 anos de idade com história de sangramento vaginal e com uma massa escura anular vermelha ou arroxeada entre os grandes lábios. Algumas pacientes queixam-se de disúria e diminuição da frequência urinaria. O prolapso caracteriza-se pela eversão da mucosa uretral e exteriorização pelo meato externo. O tratamento é com estriol tópico até melhora dos sintomas. Caso não ocorra melhora, a conduta é cirúrgica.[5]

Fonte: O Autor. (2014)

Sangramento Vaginal na Adolescência

Investigação

Pacientes adolescentes (pós-menarca) costumam apresentar ciclos anovulatórios nos primeiros dois anos, sendo a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano a principal causa.[5] Logo, é importante a realização de uma boa anamnese, incluindo a história ginecológica da paciente (menarca, caracterizar ciclos menstruais, inicio da atividade sexual, corrimentos, uso de ACO) e atual (história de sangramentos, estimativa de quanto sangue foi perdida, dor, dispareunia, disúria)

Meninas com queixas de fluxo menstrual intenso (especialmente durante os primeiros dois a três ciclos) devem ser questionados sobre o sangramento em outros locais e sintomas de anemia.

Para as pacientes que apresentam a menarca com sangramento excessivo é importante a realização de testes laboratoriais que excluam coagulopatias, as principais nessa faixa etária são purpura trombocitopenica idiopática e doença de Von Willebrand.[2]

É importante a realização de Gonadotrofina Coriônica Humana (β-HCG) para todas as pacientes que chegam com queixa de amenorreia que já iniciaram sua vida sexual. Outro teste laboratorial que deve ser solicitado é hemograma completo para avaliar a anemia e trombocitopenia. A avaliação do estado hemodinâmico (pressão arterial, frequência cardíaca) é essencial para o tratamento.

A história sexual deve ser obtida, deve incluir informações sobre contracepção e uso do preservativo, número de parceiros, novos parceiros, história de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez ou aborto anterior, se a atividade sexual foi e se o adolescente tem um histórico de abuso sexual.

Rastreio de doenças sexualmente transmissíveis deve ser realizado em qualquer mulher com fatores de risco.

Causas e Tratamento

O quadro 2 apresenta as principais causas e tratamentos de sangramento vaginal na adolescência.

Quadro 2 – Causas e tratamentos de sangramento vaginal na adolescência

ANORMALIDADES HEMATOLÓGICAS	As principais causas hematológicas nesta faixa etária são: Leucemia aguda, trombocitopenia (devido a purpura trombocitopenica idiopática, hiperesplenismo) e doença de Von Willebrand. Se comprometimento sistêmico, a primeira opção é a utilização de estrogênios conjugados em altas doses. Se EV, 10 mg, adaptando conforme resposta da paciente. Se VO, 2,5mg até 4x por dia. O uso de estrogênio deve ser usado durante 20-25 dias (se for utilizado EV, passar para VO), e nos últimos 10 dias deve-se associar progesterona para mimetizar um ciclo.[2,5,8]
ANOVULAÇÃO	Ocorre em pacientes com imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, principalmente nos dois primeiros anos após a menarca. O tratamento consiste em contraceptivos orais combinados, agentes antifibrinoliticos (previnem a degradação da fibrina) como ácido tranexâmico 1-1,5g VO 3-4X por dia, e AINE por 2-5 dias.[3] É importante a suplementação com ferro para pacientes anêmicas. [2,5,6]
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	Associada com corrimento purulento ou mucopurulento e sangramento pós-coital. A etiologia mais comum é a *Chlamydia trachomatis,* em todas as faixas etárias. Uma das opções de tratamento consiste no uso de Doxiciclina 100mg VO a cada 12 horas por 7 dias em pacientes que não fizeram tratamento prévio e de 21 dias para aquelas que já fizeram tratamento prévio. É importante incluir o tratamento do parceiro.[2,5,6]

Fonte: O Autor. (2014)

Sangramento Vaginal Anormal na Menacme

Investigação

Para todas as pacientes que chegarem com queixa de sangramento uterino anormal neste período é importante caracterizar o ciclo menstrual

(etapa em que a paciente se encontra, se houve algum mês que ela não menstruou, alteração na frequência dos ciclos, se o fluxo é intenso ou prolongado), volume e duração do sangramento, uso de absorventes com a finalidade de quantificar o sangramento, presença de coágulos, episódios semelhantes de sangramento prévios, métodos atuais ou recentes de contracepção, infecções pélvicas, doenças sistêmicas com lista completa de medicamento atuais da paciente. Febre e calafrios (sugerem uma etiologia infecciosa - como a doença inflamatória pélvica ou uma infecção do trato urinário). A história de dois ou mais abortos espontâneos consecutivos ou uma condição associada com aborto (por exemplo, translocações cromossômicas dos pais, a síndrome antifosfolipídica materna, anomalia uterina).[9]

A história ginecológica e obstétrica (incluindo abortos e procedimentos para a interrupção da gravidez, complicações na gravidez) deve ser analisada.

O exame físico tem como finalidade descobrir evidências de perda significativa de sangue e identificar a etiologia subjacente do sangramento. Os sinais vitais são revisados para avaliar a instabilidade hemodinâmica. Pele pálida ou conjuntiva sugere anemia. Hemorragia das mucosas, púrpura ou petéquias sugere um distúrbio de sangramento.

A presença de dor pélvica, cervicite, ou leucorréia vaginal é característica de endometrite. É realizada coleta cervical para pesquisa de *Chlamydia* na suspeita de cervicite.[2,6,9]

O exame abdominal incide sobre a presença de uma massa abdominal, dor abdominal localizada, ou sinais peritoneais. Sinais de peritonismo podem estar presentes com a doença inflamatória pélvica (DIP), um cisto ovariano hemorrágico, ou uma gravidez ectópica.[2,9]

A UST é realizada quando há suspeita de miomatose, por ser um exame barato e de fácil acesso. Evidencia nódulo hipoecóicos na parede uterina, mostra a arquitetura interna, anatomia da massa tumoral e alterações da cavidade abdominal. O UST também é utilizado para descartar gravidez ectópica

É necessária avaliação laboratorial sendo solicitado β-hCG, para excluir a gravidez, hemograma, para avaliar a anemia, contagem de plaquetas, na suspeita de um distúrbio de sangramento, e leucograma, se suspeita de uma infecção.

Causas e Tratamentos

O quadro 3 apresenta as principais causas e tratamentos de sangramento vaginal na menacme.

Quadro 3 – Causas e tratamentos de sangramento vaginal na menacme

ABORTAMENTO	É necessário primeiro confirmar a gravidez. Após isso, se a paciente apresentar sinais de infecção, a conduta depende se o colo uterino estiver aberto com eliminação do feto (anatomo-patológico e curetagem) ou colo uterino fechado sem elimiminação do feto (misoprostol 400µg intravaginal e reavaliar após 4 horas, se houver eliminação do feto, marcar curetagem, se não houver, repetir

	dose de misoprostol, reavaliar após 4h). Se sinais de aborto infectado, deve-se iniciar clindamicina e gentamicina para todas as pacientes que não tiverem eliminado o feto.[2,10] Hemorragia vaginal no pós-operatório de aborto ocorre devido atonia uterina, laceração cervical, perfuração uterina, presença de restos ovulares ou coagulopatia. [2,10]
GESTAÇÃO ECTÓPICA	Sangramento vaginal é uma apresentação comum de gravidez ectópica; a tuba uterina é o local mais comum de gravidez ectópica, mas outros locais de gestações extra-uterinas incluem cicatrizes cesarianas, o abdômen, ovário ou colo do útero. A gravidez ectópica pode apresentar manifestações clínicas geralmente a partir de seis a oito semanas após o último período menstrual normal. O diagnóstico é feito por meio do quadro clinico (amenorreia, dor abdominal e sangramento vaginal), β-hCG (>1500mUI/mL) e US transvaginal. O tratamento depende do estado hemodinâmico da paciente: se hipotensão, com provável sangramento ativo a conduta é a realização de laparotomia. Se a gestação ectópica for rota, a melhor conduta é a realização de salpingectomia. Em pacientes estáveis hemodinamicamente, pode-se realizar laparoscopia, de preferência não retirando a trompa ou com doses sistêmicas de metotrexato 50mg /m² IM, monitorando B-hCG nos dias 4 e 7 após a dose, se houver queda de 15% em relação a esses dois dias, é feita uma segunda dose deste medicamento. [2,10]
LEIOMIOMAS	Tumores benignos formados por fibras musculares lisas do útero com estroma de tecido conjuntivo em proporções variáveis. O tipo submucoso é o que mais provoca hemorragia devido a sua relação íntima com a mucosa endometrial. É reconhecido na histeroscopia como protusão de superfície lisa arredondada para a cavidade uterina e que, por ter consistência fibroelástica, não se deforma quando tocado com a extremidade da óptica.[3] Para pacientes que desejam gestar o tratamento é a ressecção histeroscópica do mioma. Se as pacientes não desejam gestar é realizada histerectomia.[2,6,8]
ADENOMIOSE	É um achado histológico benigno do útero em que as glândulas e estroma endometriais se infiltram na parede do miométrio causando dor e menorragia. O diagnóstico pode ser suspeitado por US ou RNM, mas só pode ser confirmado por exame patológico após histerectomia. Tratamento definitivo é histerectomia.[2,9]
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	A endometrite ou doença inflamatória pélvica pode apresentar sangramento intermenstrual e sangramento pós-coital. A endometrite é mais provável de ocorrer em mulheres com uma história recente de parto ou de um procedimento intra-uterino (por exemplo, interrupção da gravidez , inserção do DIU). O tratamento varia conforme a patologia encontrada.[9]
ALTERAÇÃO HORMONAL	Dispositivo Intra-uterino de cobre causa uma resposta inflamatória na cavidade uterina, o que pode desencadear hipertrofia do endométrio no local da inflamação e resultar em sangramento intermenstrual. Tratamento é expectante. Sangramento de escape também pode acontecer se um método de controle da natalidade hormonal é esquecido ou tomado atrasado. Tem como tratamento a tomada regular do ACO.[6]
DOENÇAS DO OVÁRIO	**Cisto ovariano roto:** aparecimento súbito de dor abdominal unilateral, em abdômen inferior. O início da dor muitas vezes ocorre durante atividades extenuantes, como exercício ou relação sexual.[2,3,9] **Torção do ovário:** O diagnóstico deve ser considerado em mulheres com dor abdominal inferior, um cisto / massa na região do ovário e fluxo sanguíneo diminuído ou ausente nos vasos ovarianos (determinadas por UST), após a exclusão de gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica e apendicite.[2,3,9]

Fonte: O Autor. (2014)

Sangramento Vaginal Pós-Menopausa

Investigação

Na anamnese das pacientes pós-menopausa é importante avaliar a presença do sangramento vaginal (frequência, quando começou, fatores precipitantes, duração, quantidade). Secura vaginal, dispareunia e sangramento após a relação sexual sugerem atrofia.[11]

Outras questões importantes a considerar no paciente idoso com sangramento vaginal incluem medicamentos anticoagulantes, medicamentos hormonais e coagulopatia subjacente.[3]

Exame físico completo da anatomia externa e interna do trato genital feminino é importante. O foco da avaliação é determinar o local do sangramento, notando a presença de quaisquer lesões suspeitas, lacerações, ou

corpos estranhos (pessário, tampões). Avaliar o tamanho, contorno, mobilidade, eixo e textura do útero.

Conforme anamnese e exame físico, é realizada UST para avaliar a espessura do endométrio, miométrio e forma e volume do útero e dos anexos. Se a espessura endometrial for ≥ 4-5 mm ou ≤ 4-5 mm com fatores de risco (obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, anovulação crônica, nuliparidade, diabetes mellitus e uso de tamoxifeno) ou sangramento persistente é realizada uma investigação endometrial com biópsia do endométrio por histeroscopia ou curetagem uterina.[11]

A histeroscopia permite avaliação direta da cavidade uterina, coleta de material histopatológico por biópsia dirigida a áreas com maior probabilidade de diagnóstico de lesões. Pode ser terapêutica, pois permite excisão de pólipos, leiomiomas submucosos, sinéquias e realização de ablação endometrial.[6]

A curetagem uterina é um método diagnóstico e pode ser também terapêutico. No entanto, requer anestesia geral para procedimento, aumentando os riscos e custos do procedimento e não identifica presença de pólipos, leiomiomas, hipertrofias e carcinomas focais, não fornecendo uma amostra endometrial adequada.[2,6]

Causas e Tratamento

O quadro 4 apresenta as principais causas e tratamentos de sangramento vaginal na pós-menopausa.

Quadro 4 – Causas e tratamentos de sangramento vaginal na pós menopausa

TERAPIA HORMONAL	Sangramento vaginal ocorre em quase todas as mulheres que recebem terapia hormonal com estrogênio e progesterona cíclicos e é comum nos primeiros meses de regime contínuo de estrogênio e progesterona. A paciente deve ser alertada da presença desses sintomas e caso não os deseje deve ser interrompido o uso.[6]
ATROFIA ENDOMETRIAL	Atrofia do endométrio e da vagina é provocada pelo hipoestrogenismo. No útero, as superfícies do endométrio atrófico contêm pouco ou nenhum fluido para evitar o atrito intracavitário. Isto resulta em microerosões do epitélio superficial e uma subsequente reação inflamatória crônica (endometrite crônica), o que aumenta o risco de sangramento. Características vaginais clássicas de atrofia incluem um epitélio vaginal pálido, seco, que é liso e brilhante. Se a inflamação está presente, os resultados adicionais podem incluir eritema, petéquias, vasos sanguíneos visíveis através do epitélio, sangramento e leucorréia. O tratamento é com creme vaginal tópico com estriol (usar um terço do aplicador 3x por semana).[2,11]
POLIPOS ENDOMETRIAIS	Pólipos são crescimentos benignos no endométrio de etiologia desconhecida cuja prevalência aumenta com a idade. Sangramento pós-menopausa é o sintoma mais frequente, ocorrendo em cerca de metade dos casos sintomáticos. Sangramento após esforço ou trabalho pesado também é comum.[11] Os pólipos podem ser estimulados por terapia com estrogênio ou tamoxifeno. O tratamento consiste em polipectomia histeroscópica conservadora (utilização da alça do cautério apenas na sua base e agir apenas na área da lesão, evitando futuras sinéquias).[2,6]
CÂNCER DE ENDOMETRIO	O câncer de endométrio tem como principal característica o sangramento uterino anormal, pós-menopáusico. O diagnóstico definitivo é obtido através de uma avaliação histológica da cavidade uterina, seja por histeroscopia com biópsia ou curetagem uterina. O tratamento para as pacientes que estiverem com condições clinicamente aceitáveis será cirúrgico (histerectomia extrafacial, salpingooferectomia bilateral e exploração do abdômen e da pelve, em busca de metástases, e linfadenectomia pélvica e paraórtica).[6]

Fonte: O Autor. (2014)

CONCLUSÃO

O sangramento vaginal anormal é um sintoma relacionado a múltiplas etiologias. Por esta razão, é fundamental a realização de uma boa anamnese e exame físico, a solicitação de exames de imagem e laboratoriais e investigação das causas mais prevalentes conforme idade para um diagnóstico clínico adequado da doença e escolha do tratamento.

Na paciente pré-pubere, devemos identificar os sinais de puberdade precoce, abuso sexual, trauma por acidente e corpo estranho. Na paciente adolescente com queixa de sangramento vaginal anormal, se a paciente tiver vida sexual ativa, devemos primeiro excluir gravidez, após, excluir coagulopatia se menarca com sangramento anormal excessivo. Na paciente na menacme, deve-se caracterizar o ciclo menstrual regular da paciente e investigar causas tanto obstétricas, quanto ginecológicas. Nas pacientes pós-menopáusicas, devido ao risco de câncer de endométrio (75% dos adenocarcinomas de endométrio ocorrem em pacientes com mais de 60 anos[6]), é preciso investigar fatores de risco e incluir a avaliação histológica endometrial para exclusão de patologia maligna do mesmo.

O tratamento de sangramento vaginal anormal é direcionado conforme a causa. No entanto, independente da causa do sangramento, é fundamental estar atento ao volume do sangramento para incluir o manejo de distúrbios volêmicos e anemia.

REFERÊNCIAS

1. Fraser IS, Critchley HO, Broder M, et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5):383-90.
2. DeCherney AH, Nathan L, Laufr N, et al. Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology. 11th.ed. New York: Graw-Hill; 2014.
3. Dasharathy SS, Mumford SL, Pollack AZ, et al. Menstrual bleeding patterns among regularly menstruating women. Am J Epidemiol. 2012;175(6):536-45.
4. Kilbourn CL, Richards CS. Abnormal uterine bleeding. Diagnostic considerations, management options. Postgrad Med. 2001;109(1):137-8, 141-4, 147-50.
5. Perlman SE. Management quandary. Premenarchal vaginal bleeding. J Pediatr Adolesc Gynecol 2001;14(3):135-6.
6. Badalotti M, Petracco A, Gonçalves MA, Frasson A. Manual de Ginecologia. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009.
7. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev. bras. ginecol. obstet. 2006;28(2):126-35.
8. Schwayder JM. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecolo Clin North Am. 2000;27(2):219-34.
9. Albers JR, Hull SK, Wesley RM. Abnormal uterine bleeding. Am Fam Physician. 2004;69(8):1915-26.
10. Acauan Filho B, Cunha Filho EV, Steibel G, et al. Obstetrícia de plantão: da sala de admissão ao pós-parto. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012.
11. Iatrakis G, Diakakis I, Kourounis G, et al. Postmenopausal uterine bleeding. Clin Exp Obstet Gynecol. 1997;24(3):157.