

Histerectomia total após mioma uterino gigante refratário a tratamento conservador e causador de sangramento uterino anormal e profuso

Total hysterectomy after giant uterine myoma refractory to conservative treatment and causes of abnormal and profuse uterine bleeding

Grisson Camilo de Lellis Júnior¹, Marina Amaral Tavares¹, Nathália Gomes Kunzmann¹, Paula Januzzi Serra¹, Renata Figueiredo Freitas¹, Taís Soares Carvalho¹, Tatiana Vaz Xavier¹, Thiago Robis de Oliveira¹, Vinicius Lins Costa Melo¹, Agnaldo Lopes da Silva Filho²

RESUMO

Mioma constitui-se em afecção prevalente em mulheres entre a 20^a. e a 50^a. décadas de vida. O sangramento uterino anormal (SUA) é de suas principais manifestações clínicas. A histerectomia surge como alternativa de tratamento para pacientes com prole estabelecida, refratária ao tratamento conservador e com sintomatologia expressiva e debilitante. É relatado o caso de paciente de 44 anos de idade, G6PV6A0, com sangramento vaginal intenso há dois dias, com SUA há dois anos, sem controle ginecológico regular, apesar de ser portadora de miomatose. Estava torporosa e hipocorada, com Hb: 4,2 g/dL e Ht: 15,9%. A ultrassonografia endovaginal revelou útero irregular, heterogêneo, com 20,4x12,8x9,34 cm (volume: 1.268,5 cm³). O endométrio não foi visualizado devido à grande massa heterogênea em toda a cavidade uterina, avascular ao doppler. Foi indicada histerectomia total. Discussão: a anemia grave e o SUA são repercussões clínicas importantes de miomas gigantes, exigindo, nesse caso, tratamento cirúrgico rápido e adequado para minimizar a morbidade. Conclusão: a miomatose uterina é entidade clínica prevalente, com indicação de histerectomia, e se torna urgência cirúrgica com iminência de morte.

Palavras-chave: Mioma; Leiomioma; Histerectomia; Neoplasias Uterinas.

ABSTRACT

Myoma is a prevalent condition in the female population, especially between the 20th and 50th decades of life. The abnormal uterine bleeding (SUA) is one of its main clinical manifestations. Hysterectomy appears as an alternative treatment for patients already established with offspring, refractory to conservative treatment and a significant and debilitating symptoms. Case Report: RSA, 44, G6PV6A0, with signs of severe vaginal bleeding for 2 days. She reported SUA two years ago, but reports no regular gynecological checkups, despite a previous diagnosis of fibroids. On examination: patient numbness and pale. Complete blood count revealed Hb: 4.2 g / dL and hematocrit: 15.9%. Endovaginal U.S.: uterus irregular, heterogeneous, measuring 20.4 x12, 8x9, 34 cm (volume: 1268.5 cm³). Endometrium is not visualized due to the large heterogeneous mass occupying the entire uterine cavity, and this avascular on Doppler. This picture was nominated hysterectomy. Discussion: severe anemia and SUA are important clinical implications arising from giant myomas, requiring prompt and appropriate treatment in order to reduce morbidity. Clinical experience shows that treatment is surgical, because its dimensions do not allow an adequate response to conventional pharmacological treatment. Added to this the patient's age and the fact it already has established offspring, which allows you to indicate a hysterectomy as a treatment ideal. Conclusion: Uterine myoma is a very prevalent clinical condition, and the main cause of hysterectomies. In some cases, due to lack of monitor-

¹ Acadêmicos do 10º Período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Grisson Camilo de Lellis Júnior
Rua Montes Claros, 494, aptº301
Bairro: Carmo
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30310-370

ing, it can become a surgical emergency, considering the high morbidity and imminent risk of death.

Key words: Myoma; Hysterectomy; Leiomyoma; Uterine Neoplasms.

INTRODUÇÃO

A miomatose uterina é entidade clínica prevalente entre mulheres, sobretudo entre a 20ª. e a 50ª. décadas de vida. Constitui-se na mais comum neoplasia benigna da mulher e também a principal causa de histerectomias (um terço do total), o que representa grande importância em saúde pública. O sangramento uterino anormal (SUA) é a sua principal sintomatologia e causa especial de morbidade. A histerectomia apresenta-se como alternativa de tratamento para pacientes com prole já estabelecida, refratárias ao tratamento conservador e com sintomatologia expressiva e debilitante.

RELATO DE CASO

RSA, 44 anos de idade, portadora de miomatose uterina, sem comorbidades, encaminhada ao Pronto-Atendimento (PA) do Hospital das Clínicas da UFMG devido à presença, há dois dias, de sangramento vaginal intenso. Negava febre ou sintomatologia urinária, nem sabia informar o dia da última menstruação. Controle ginecológico irregular.

Menarca aos 18 anos, ciclos regulares, com sete dias de fluxo. Há dois anos iniciou SUA, sem procurar controle ginecológico. Coitarca aos 18 anos, desde então cinco parceiros sexuais. Sem parceiros sexuais atualmente. Negava doença sexualmente transmissível ou cervicopatias. Não usava métodos contraceptivos. A última citologia oncótica ginecológica foi realizada há três anos. Teve seis gestações, todas com partos vaginais (último há 25 anos) e todos os filhos vivos. Negava abortos e intercorrências com as gestações e partos.

Relatava internação no Hospital Odete Valadares há dois anos por sete dias devido a sangramento vaginal profuso, com necessidade de hemotransfusão. Negava cirurgias ou comorbidades prévias. Tabagista (27 anos/maço) e ex-usuária de crack, alegando que interrompeu o uso há dois meses. Negava etilismo.

Estava torporosa, emagrecida, hipocorada (+++/4), hidratada e acianótica. A pressão arterial sistêmica era de 110/60 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm. Possuía massa palpável no abdome, entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical, de consistência

endurecida, sem sinais de irritação peritoneal. O exame especular visualizou massa exteriorizando pelo canal cervical, sem sangramento ativo, apesar da existência de sangue em moderada quantidade no fundo de saco. Ao toque vaginal o colo apresentava dilatação de 4 cm e havia material friável endocervical. Os exames complementares feitos na admissão revelaram anemia grave (hemoglobina de 4,2 g/dL e hematócrito de 15,9%), leucócitos dentro do valor de referência (global de 8.120), assim como as plaquetas (268.000), o teste rápido de anti-HIV e o β -hCG eram negativos. A hipótese foi de miomatose ou neoplasia ginecológica. Realizado US transvaginal e colocação de forro vaginal para observar o sangramento, além de revisão laboratorial e telerradiografia de tórax. Infundidas três bolsas de concentrado de hemácias com a solicitação de novo hemograma e coagulograma seis horas após a hemotransfusão. Permaneceu no PA devido à falta de vagas para internação.

No dia seguinte, apresentou melhora geral, mas ainda estava hipocorada (++/4). Informou sangramento vaginal abundante, confirmado pelo forro vaginal. O exame de urina rotina apresentou nitrito positivo, cinco leucócitos/campo e flora aumentada, sugerindo infecção do trato urinário (ITU). O restante da revisão laboratorial não apresentava alterações. O hemograma feito após a transfusão mostrou melhora dos índices hematimétricos (hemoglobina de 7,0 g/dL e hematócrito de 22,3%). A US revelou útero irregular, heterogêneo, com 20,4x12,8x9,34 cm (volume: 1268,5 cm³). O endométrio não foi visualizado, devido à grande massa heterogênea avascular em toda a cavidade uterina, confirmando tratar-se de miomatose uterina.

Optou-se pela histerectomia total como terapêutica, tendo em vista o tamanho do mioma, a repercussão do sangramento e a paciente já ter prole definida. Foram solicitados exames de Gram de gota de urina e urocultura e infundida nova bolsa de concentrado de hemácias para melhora das condições pré-operatórias. O sangramento uterino diminuiu no segundo dia após a sua internação, sem demais alterações de estado geral ou surgimento de nova sintomatologia. O Gram de gota visualizou bacilos Gram-positivos e cocos Gram-positivos aos pares e cadeias, confirmando diagnóstico de ITU. Administrado cefadroxil 500 mg 8/8 horas e solicitado novo hemograma para controle da anemia. Não houve mais sangramento vaginal entre o terceiro e o quinto dias de internação e novo hemograma mostrou hemoglobina de 9,1 g/dL e hematócrito de 30,0% e o coagulograma e o leucograma também

sem alterações. A paciente foi submetida à anestesia geral e à histerectomia total abdominal (laparotomia à Pfannestiel). O útero encontrava-se volumoso e possuía um mioma submucoso gigante. O ato cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com sangramento habitual, e o material enviado para exame anatomopatológico.

Evoluiu bem no pós-operatório, com tolerância à dieta oral, recebendo alta no quarto dia de pós-operatório em boas condições clínicas, tendo 10 dias depois, em consulta ambulatorial, queixado dor hipogástrica. Estava ainda hipocorada (+/4) e sua ferida operatória tinha bom aspecto. Ao toque vaginal apresentava sutura em cúpula íntegra, sem sangramento.

DISCUSSÃO

É fundamental a vigilância em relação à miomatose uterina, tendo em vista que a histerectomia tende a ser protelada não somente pela maior morbidade do procedimento, como pela emergência de técnicas eficazes e menos agressivas, como a embolização de artéria uterina. A evolução do mioma deve ser acompanhada de perto e este tratado adequadamente. Progestágenos, DIU, embolização, miomectomia histeroscópica são alternativas viáveis que preservam o útero da paciente e sua capacidade reprodutiva, fator imprescindível a ser considerado na instituição da melhor terapia. O controle tardio da paciente descrita, sua idade e quadro reprodutivo já estabelecido, associados à anemia, indicaram a realização de histerectomia de forma a minimizar sua morbidade. O tratamento é cirúrgico, pois as dimensões do mioma e suas repercussões clínicas não permitem adequada resposta não intervencionista.

CONCLUSÃO

Este relato justifica-se diante da importância epidemiológica da miomatose uterina e da urgência cirúrgica devido à falta de acompanhamento prévio da miomatose.

REFERÊNCIAS

1. William H. Uterine myomas: management. *Fertil Steril*. 2007 Aug; 88(2):255-71.
2. Cheng MH, Chao HT, Wang PH. Medical treatment for uterine myomas. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008 Mar; 47(1):18-23.
3. Stewart EA, Barbieri RL, Falk SJ. Overview of treatment of uterine leiomyomas. Up To Date. Last literature review version. 19.2: May 2011.
4. Arcangeli S, Pasqualette MM. Gravid uterine rupture after myolysis. *Obstet Gynecol*. 1997 May; 89(5 Pt 2):857.
5. Taran FA, Weaver AL, Coddington CC, Stewart EA. Understanding adenomyosis: a case control study. *Fertil Steril*. 2010 Sep; 94(4):1223-8.
6. Gupta JK, Sinha AS, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1):CD005073.
7. Goldfarb HA. Laparoscopic coagulation of myoma (myolysis). *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1995; 22:807-19.
8. Hald K, Klow NE, Qvigstad E, Istre O. Laparoscopic occlusion compared with embolization of uterine vessels: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007 Jan; 109(1):20-7.
9. Hald K, Langebrette A, Klow NE, Pasqualette MM, Berge AB, Istre O. Laparoscopic occlusion of uterine vessels for the treatment of symptomatic fibroids: Initial experience and comparison to uterine artery embolization. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Jan; 190(1):37-43.