

Metrorragia pós-menopausa

LEONOR ASSIS RAMOS*, LEONOR SANTOS*, ANA FATELA**

Os autores pretendem fazer uma revisão da literatura sobre a etiologia, diagnóstico e terapêutica da metrorragia pós-menopausa. Trata-se de uma patologia que leva inúmeras mulheres na menopausa a procurarem o seu médico. As etiologias são diversas, sendo o diagnóstico diferencial de extrema importância para uma correcta orientação terapêutica.

Palavra-chave: Metrorragia Pós-Menopausa

INTRODUÇÃO

Qualquer hemorragia genital em mulheres após a menopausa deve ser considerada anormal e implica uma cuidada avaliação no sentido de diagnosticar a sua causa.

Definição

É uma hemorragia uterina que surge após um ano de amenorreia na mulher de meia idade ou numa altura não esperada quando a fazer terapêutica hormonal de compensação(THC)¹.

ETIOLOGIA (QUADRO I)

Hormonas exógenas

A causa mais frequente de metrorragia pós-menopausa (MPM) é a utilização de hormonas exógenas, cerca de 30%. Porém, o padrão hemor-

rágico esperado depende do regime de THC utilizado.

A *THC contínua* consiste em administrar estrogéneo e progestativo diariamente. Evita-se assim a hemorragia de privação e com o decorrer do tempo haverá tendência para a atrofia do endométrio. Contudo, principalmente durante os primeiros três meses de terapêutica, podem surgir hemorragias vaginais irregulares e pouco abundantes. Caso haja hemorragia, seis ou mais meses depois do início do tratamento, esta deve ser investigada².

Existem dois tipos de *THC sequencial*: cíclica e contínua sequencial. A primeira, consiste em administrar um estrogéneo durante três semanas e um progestativo nos últimos 10 dias. Na segunda, para se evitar uma semana sem terapêutica, dá-se estrogéneos de forma contínua e progestativo 12-14 dias por mês. Com este regime, surge hemorragia de privação todos os meses mimificando o ciclo menstrual normal. Apesar de, com o avançar da idade e continuidade terapêutica, a hemorragia diminuir, mais de 50% das mulheres continuam a ter hemorragia de privação após os 65 anos de

idade. Caso se verifique uma alteração no padrão hemorrágico habitual esta deve ser investigada (aparecimento de hemorragia após vários meses sem perdas; hemorragia de privação antecipada ou muito abundante). De salientar, que as metrorragias que surgem durante a primeira metade do ciclo terapêutico (fase estrogénica) estão com maior frequência relacionadas com patologia significativa do endométrio, do que aquelas que aparecem na segunda metade (fase progestativa).

É importante salientar que deve haver uma boa *compliance* à terapêutica para se evitar padrões hemorrágicos anómalos.

QUADRO I

POSSÍVEIS CAUSAS DE METRORRAGIA PÓS-MENOPAUSA

1. Hormonas exógenas
2. Endometrite atrófica
3. Carcinoma do endométrio
4. Polipos cervicais e endometriais
5. Hiperplasia endometrial
6. Outros tumores do útero, ovário e outros secretores de estrogéneos

*Interna de Ginecologia/Obstetria

**Assistente graduada de Ginecologia/Obstetria
Serviço de Ginecologia -
Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa

O tamoxifeno é dos fármacos anticancerígenos mais utilizados na terapêutica adjuvante do cancro da mama. A ecografia revela que cerca de 60% das mulheres na pós-menopausa a fazer tamoxifeno apresenta espessamento endometrial heterogéneo superior a 5 mm. Histologicamente, o tamoxifeno induz alterações subepiteliais específicas que consistem numa dilatação quística glandular revestida por epitélio atrofico e condensação periglandular do estroma. Estas alterações ocorrem no endométrio, assim como em polipos endometriais. As consequências destas alterações são para já desconhecidas, mas parecem estar associadas a um aumento do desenvolvimento do carcinoma endometrial³.

Endometrite atrofica

A atrofia endometrial é um fenómeno fisiológico na pós-menopausa e pode dar origem a metrorragias (30%). Alguns anos após a menopausa, as alterações hormonais que daí resultam conduzem a uma atrofia da mucosa endometrial, com diminuição da espessura da camada epitelial colocando os capilares mais próximos da superfície endometrial. Estas alterações, associadas à diminuição glandular e aumento da fragilidade do estroma endometrial, explicam o aparecimento de pequenas metrorragias na ausência de qualquer outra causa orgânica.

Carcinoma do endométrio^{4,5}

É o tumor maligno mais frequente do tracto genital feminino. Cerca de 2-3% de todas as mulheres desenvolvem carcinoma do endométrio ao longo da sua vida. Surge principalmente em mulheres na menopausa entre a sexta e sétima década de vida. Ocorre mais frequentemente em mulheres com história de infertilidade, diabetes, HTA, nulíparas,

obesidade. Cerca de 90% das mulheres têm como sintoma de apresentação uma hemorragia genital anómala. Representa 15% das causas de MPM.

Polipos cervicais e endometriais

São responsáveis por cerca de 10% das MPM. Os polipos cervicais podem levar ao aparecimento de *spotting*, hemorragia pós-coital... A maior percentagem de polipos endometriais surge após os 50 anos. Podem ser sésseis ou pediculados. A porção distal do polipo pode ter um aspecto hemorrágico, células inflamatórias, ulceração, vasos engurgitados.

Hiperplasia endometrial

As hiperplasias glandulares do endométrio são alterações benignas que podem produzir sintomas clinicamente indistinguíveis das formas precoces de carcinoma do endométrio. Ambos se podem manifestar por uma hemorragia genital anómala⁶. A hiperplasia endometrial pode ser classificada como simples ou complexa e com ou sem atipias. Num estudo realizado por Kurman *et al*, apenas 8% das doentes com hiperplasia sem atipia desenvolveram carcinoma, enquanto 23% daquelas com atipia desenvolveram este tipo de lesão. São responsáveis por cerca de 5% das MPM.

Outros tumores do útero, ovário e outros secretores de estrogéneos

Outras patologias como o carcinoma do colo do útero, o sarcoma uterino, carcinoma da trompa ou do ovário (por invasão dos tecidos adjacentes) podem manifestar-se por uma MPM. Alguns tumores do ovário são funcionais produzindo estrogéneos (tumores das células da granulosa, tecoma) e implicando o aparecimento

de hiperplasia endometrial ou carcinoma do endométrio que se manifesta como uma MPM.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (QUADRO II)

Vaginite atrofica

A mucosa da vagina é estrogeneodependente. Uma das primeiras manifestações da quebra de estradiol plasmático, é a secura vaginal e consequentemente dificuldade no coito. A mucosa vaginal atrofia-se progressivamente, o pH sobe e a secreção vaginal reduz-se de forma mais marcada, podendo desaparecer. Isto leva ao agravamento da secura vaginal e aparecimento de irritação local, infecção e dispareunia. Como consequência, pode levar ao aparecimento de *spotting*, hemorragia pós-coital. Esta hemorragia pode surgir ou não após trauma.

Carcinoma da vulva e vagina⁷

O carcinoma da vulva representa 5% dos carcinomas ginecológicos. É

QUADRO II

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE METRORRAGIA PÓS-MENOPAUSA

1. Vaginite atrofica
2. Carcinoma da vulva, vagina
3. Trauma vaginal
4. Infecção
Vaginite/Cervicite
5. Causas não ginecológicas:
 - Tracto urinário
 - Cistite
 - Tumor bexiga e rim
 - IRC
 - Tracto gastrintestinal / patologia hepática
 - latrogénicas
 - Anticoagulantes
 - Antiagregantes plaquetários
 - Citostáticos

mais frequente na mulher pós-menopausa. Manifesta-se por irritação vulvar, prurido, desconforto local e por vezes corrimento sanguinolento. Enquanto as lesões precoces podem surgir como uma dermatite vulvar crónica, as tardias manifestam-se como nódulos, lesões exofíticas, ou áreas ulceradas. O carcinoma da vagina é normalmente assintomático. Representa 1-2% dos carcinomas ginecológicos e normalmente desenvolve-se 10 anos após a menopausa. Revela-se por uma úlcera sangrante indolor em 50% dos casos.

Trauma vaginal

As mulheres na pós menopausa estão mais susceptíveis devido à atrofia da mucosa vaginal.

Vaginite e cervicite

A vaginite infecciosa associada a uma mucosa atrófica manifesta-se muitas vezes por corrimento e *spotting*. Do mesmo modo, uma cervicite aguda ou crónica, pode-se manifestar por hemorragia vaginal.

Causas extra-genitais

A patologia associada ao tracto urinário (cistite, neoplasias do rim e da bexiga) manifesta-se muitas vezes por hematuria que pode ser confundida com hemorragia genital.

A insuficiência renal crónica (IRC) está implicada em distúrbios da função e reserva plaquetar, deficiência de factor VIII podendo originar hemorragias anómalas.

Muitas vezes as hemorragias com origem no tracto gastrointestinal (angiодisplasia intestinal, divertículos e polipos intestinais, neoplasias do recto, cólon) podem ser confundidas pelas doentes com hemorragias do tracto genital. As patologias hepáticas que podem implicar uma produção inadequada de factores da coagulação também têm que ser

tomadas em consideração.

Dentro das causas iatrogénicas não devemos desprezar as doentes medicadas com anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, citostáticos, etc .

DIAGNÓSTICO (QUADRO III)

É importante fazer uma anamnese detalhada no sentido de saber a data de início, frequência e quantidade da hemorragia, excluir a existência de outros sinais e sintomas associados e terapêutica em curso (estrogénios, tamoxifeno). A avaliação dos antecedentes pessoais (HTA, diabetes, paridade...) e familiares não deve ser esquecida. De seguida, o exame objectivo, em especial o exame ginecológico, é de suma importância procurando sinais de atrofia genital, eventuais lesões da vulva, vagina, polipos do colo do útero e outras lesões.

A realização de uma citologia do colo é o passo seguinte para exclusão de patologia cervical.

Perante achados anormais ao exame ginecológico, a estratégia diagnóstica deve ser orientada de acordo com os mesmos.

A abordagem inicial da doente deve incluir uma avaliação analítica

QUADRO III

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE METRORRAGIA PÓS-MENOPAUSA

1. História clínica
2. Exame objectivo
3. Citologia do colo
4. Avaliação analítica
5. Ecografia ginecológica com sonda vaginal
6. Biópsia endometrial
7. Histeroscopia
8. Histerossonografia

(hemograma com contagem de plaquetas, estudo da coagulação e bioquímica).

A ecografia pélvica via abdominal associada a sonda vaginal é imprescindível no estudo da patologia pélvica pelos seguintes motivos:

- É um método não invasivo de baixo custo, com elevada sensibilidade e valor preditivo
- Permite a selecção de casos que necessitam de diagnóstico histológico
- Permite a selecção de casos para tratamento cirúrgico minimamente invasivo
- Permite o estudo Doppler da circulação pélvica
- Apoia a realização de testes invasivos (histerossonografia; punção ecoguiada de quistos).

Durante os anos que se seguem à menopausa, o útero vai ver as suas dimensões reduzidas de forma progressiva e o endométrio vai em paralelo ser sede de um processo de atrofia. A ecografia pélvica⁸ permite a avaliação da espessura endometrial e, ao mesmo tempo, identificar anomalias da sua morfologia, (homo ou heterogeneidade da sua estrutura), assim como do miométrio. O endométrio na pós-menopausa normal (atrófico) consiste numa imagem linear, central, hiperecogénea homogénea, separada da camada interna do miométrio que é hipocogénica em relação ao endométrio. A sua espessura em dupla camada, no plano sagital, deverá ser inferior a 5mm^{9,10} e a cavidade endometrial deverá ser visível na totalidade. Na mulher a fazer THC sequencial, aconselha-se a realização do exame na fase estrogénica do ciclo e o endométrio, de morfologia habitualmente trilaminar, não deverá ultrapassar a espessura de 8 mm. Em THC contínua a espessura média do endométrio entre o primeiro e o quarto mês após

o início do tratamento é de 5,5 mm. Após o quarto mês é de 2,7 mm. A morfologia típica é de endométrio atrófico. Na mulher que toma tamoxifeno, o endométrio será indubitavelmente normal se atrófico (espessura inferior a 5 mm para uma sensibilidade de 91% e uma especificidade de 96%). Alguns autores consideram normal até uma espessura de 10mm (sensibilidade de 81%; especificidade de 100%).

Os ovários pós menopausa caracterizam-se pelas suas pequenas dimensões e ausência de folículos (quase sempre ausentes). Contudo, nas mulheres que recebem THC podem não ter uma diminuição tão expressiva do seu volume. A ecografia pélvica é de fundamental importância na caracterização de massas anexiais.

A histerossonografia ajuda a esclarecer dúvidas levantadas durante a realização da ecografia, tornando as anomalias estruturais mais perceptíveis (polipos endometriais, fibromiomas). Para a sua execução utiliza-se uma solução salina que é instilada no útero com um catéter antes da inserção da sonda ecográfica vaginal. Em pacientes com metrorragia pós-menopausa, após realização de ecografia, 52% dos casos têm um espessamento endometrial e em 3% o exame não é conclusivo. Logo, é necessário, uma outra avaliação em 55% dos casos. Uma alternativa é a realização de uma histerossonografia que não prolonga muito mais o exame.

A histeroscopia diagnóstica¹¹ tornou-se uma técnica muito importante para o ginecologista na avalia-

ção de múltiplas situações que anteriormente implicavam a execução de técnicas às cegas, pouco precisas. A segurança, fácil realização, a possibilidade de visualização directa da cavidade uterina e diagnóstico em ambulatório permite avaliar inúmeras patologias.

Avaliação histológica do endométrio:

- Biópsia selectiva (dirigida ou orientada) por histeroscopia devendo ser esta forma de avaliação preferencial nas situações de espessamentos focais do endométrio.
- Aspiração biópsia fraccionada (Sonda de Novak/microcureta, aspiração Vabra) nos casos de endométrio espessado difusamente.
- Dilatação e curetagem é hoje considerado um procedimento indicado apenas em situações pontuais, como nas de urgência em que poderá actuar como método simultaneamente terapêutico.

Só a biópsia endometrial nos dá um diagnóstico definitivo quando há suspeita de alguma patologia importante.

TRATAMENTO

Hormonas exógenas

Em mulheres a fazer THC qualquer hemorragia genital anómala, após seis meses de terapêutica, deve ser investigada. A dose deve ser reajustada uma vez excluída patologia orgânica.

Endométrio atrófico

No caso do endométrio atrófico, podemos optar apenas pela vigilância, ou utilização de THC.

Cancro do endométrio

Antigamente, o carcinoma do endométrio era considerada uma neoplasia relativamente benigna, visto

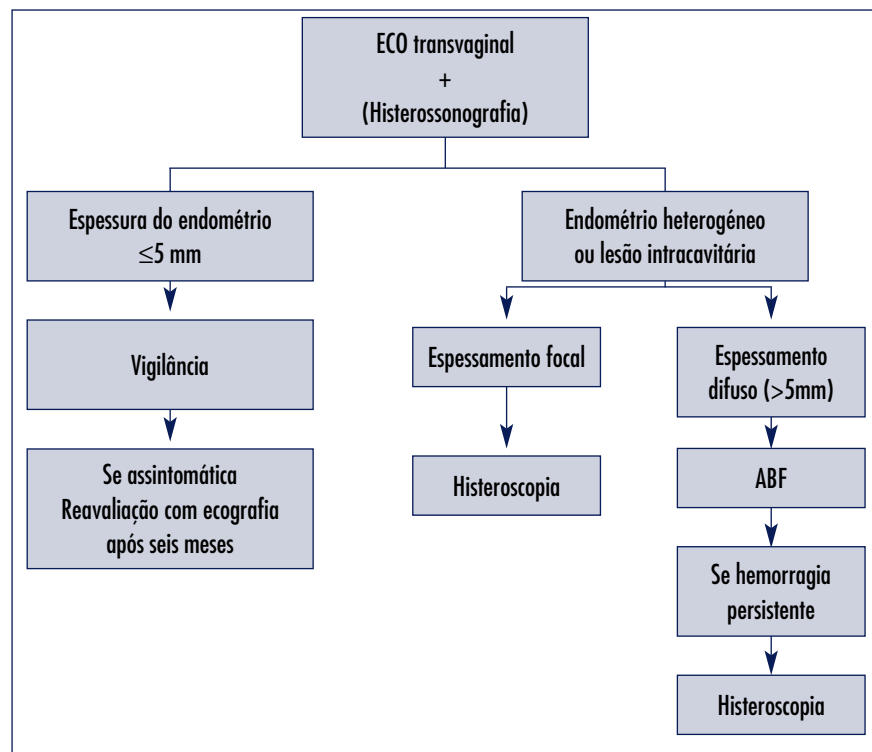


Figura 1. Estratégia diagnóstica das metrorragias pós-menopausa.

NOTA: No caso de patologia anexial, investigar de acordo com os achados.

75% dos casos serem diagnosticados em estadios aparentemente iniciais e, por essa razão, potencialmente curáveis com uma histerectomia total com anexectomia bilateral. Este conceito foi posteriormente contrariado, com o aparecimento de recidivas e metástases a curto prazo, levando a uma revisão do conhecimento do comportamento biológico do tumor e a uma modificação radical da sua abordagem. Assim, a partir de 1988, a FIGO propôs a alteração do estadiamento clínico para o estadiamento cirúrgico, mantendo-se actualmente como a abordagem inicial do carcinoma do endométrio (Quadro IV). Este tipo de protocolo vai permitir uma melhor avaliação da extensão da doença e dos factores de prognóstico, para além de seleccionar as doentes que beneficiarão de terapêutica adjuvante, dividindo-as em grupos de risco (baixo, médio e alto). A maioria dos factores de relevância prognóstica estão incluídos neste grupo, à excepção da invasão do espaço vascular e do tipo histológico.

Cerca de 75% das doentes encontram-se no estadio I, 12% no estadio II, 6-12% no estadio III e 3% no estadio IV.

O grau de diferenciação do tumor foi também definido pela FIGO segundo critérios de natureza arquitectural e citológica. Assim, são definidos três graus: o tumor com um grau sólido menor ou igual a 5% é considerado grau 1 (bem diferenciado); com um grau de crescimento sólido entre 6-50% é grau 2 (moderadamente diferenciado) e quando esse padrão é superior a 50% trata-se de um grau 3 (mal diferenciado). Habitualmente há um paralelismo entre o grau arquitectural e citológico. No entanto, quando o grau de atipia nuclear é superior relativamente ao grau arquitectural, acrescenta-

-se a este um ponto (caso de tumores um e dois) para estabelecer o grau de diferenciação. À medida que o tumor se torna menos diferenciado existe uma maior probabilidade de invasão do miométrio, com consequente aumento do risco de metástases ganglionares pélvicas e lombo-aórticas, metástases anexiais, citologias peritoneais positivas, recorrências locais e disseminações hematogéneas.

Os adenocarcinomas do endométrio estadio I, grau 1, sem invasão miometrial profunda, estão geralmente localizados; a probabilidade de metástases ganglionares é <2%. A terapêutica cirúrgica pode normalmente ser limitada à histerectomia total com anexectomia bilateral e citologia do lavado/líquido peritoneal. Nos casos de grau dois e três e grau um com invasão miometrial profunda, deve ser realizada também linfadenectomia pélvica e para-aórtica⁵ (Quadro V).

Apenas um reduzido número de doentes, com neoplasia confinada ao útero têm recorrências. O estadiamento cirúrgico engloba 50 a

75% das doentes no estadio I, poupando-as da radioterapia adjuvante. A existência de neoplasia extra-pélvica é tratada com radioterapia extensa, quimioterapia sistémica ou hormonoterapia, dependendo da extensão e local da lesão. A maioria das doentes em estadio IV são tratadas com quimioterapia sistémica (Quadro VI). A terapêutica com progesterona conduz a uma regressão das lesões em 35 a 40 % das doentes com doença avançada ou recorrente, nomeadamente nas metástases pulmonares, vaginais e mediastínicas. O tratamento deve continuar indefinidamente se a resposta for positiva e a remissão dura em média dois a três anos.

Várias drogas citotóxicas (especialmente a doxorubicina e a cisplatina) são activas contra o carcinoma endometrial recorrente e metastático. Os regimes mensais combinando 60mg/m² de doxorubicina e 75mg/m²EV de cisplatina obtêm taxas de resposta superiores a 50%. O paclitaxel também tem actividade contra o adenocarcinoma endometrial.

QUADRO IV

ESTADIAMENTO DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO (FIGO 1988)

ESTADIO I (G1,G2,G3)	Limitado ao corpo uterino Ia - limitado ao endométrio Ib - invasão <1/2 do miométrio Ic - invasão >1/2 do miométrio
ESTADIO II (G1,G2,G3)	Envolvimento do colo do útero IIa - envolvimento glandular IIb - invasão do estroma
ESTADIO III (G1,G2,G3)	Extra-uterino mas confinado à pelvis IIIa - citologia peritoneal+, serosa uterina e anexos IIIb - metástases vaginais IIIc - metástases ganglionares pélvicas e para-aórticas
ESTADIO IV (G1,G2,G3)	Envolvimento da bexiga, recto e metástases distantes IVa - invasão da mucosa da bexiga e do recto IVb - metástases à distância, intraabdominais e gânglios inguinais

QUADRO V

INDICAÇÕES PARA LINFADENECTOMIA PÉLVICA E PARA-AÓRTICA NO CARCINOMA ENDOMETRIAL

Histologia tumoral: células claras, serosa, escamoso, ou endometrióide grau 2 e 3

Invasão miometrial > 1/2

Extensão ao colo/ístmio

Tamanho do tumor > 2 cm

Doença extra-uterina

Pólipos cervicais e endometriais

A visualização directa dos polipos por histeroscopia tem facilitado a sua identificação e remoção. A exeresse de polipos aquando da histeroscopia pode ser feita utilizando o sistema de *versapoint* (electrodo bipolar). Para pólipos de maiores dimensões, é normalmente utilizado o ressectoscópio (electrodo monopolar).

A exeresse de pólipos do endocolo é um procedimento fácil de realizar, devendo ser seguida de curetagem do mesmo. Estes produtos são sempre enviados para exame anatómico-patológico.

Hiperplasia endometrial⁴

A terapêutica da hiperplasia endometrial baseia-se na compreensão da história natural da lesão envolvida. Qualquer das seguintes lesões são consideradas benignas: proliferativa, hiperplasia glandular quística, hiperplasia simples, hiperplasia adenomatosa sem atipia; e correspondem a uma resposta proliferativa exagerada do endométrio. A biópsia endometrial a cada três-seis meses e terapêutica progestativa estão indicadas nestas situações (Figura 2). As doentes que não respondem a esta terapêutica, apresentam um risco aumentado de progressão para carcinoma invasivo, devendo ser aconselhada histerectomia. Estas doentes são consideradas como

QUADRO VI

TERAPÊUTICA ADJUVANTE DO CARCINOMA ENDOMETRIAL COM BASE NO ESTADIAMENTO CIRURGICO-PATOLÓGICO⁴

Classificação cirúrgico-patológica	Estadiamento	Terapêutica adjuvante
Baixo risco G1, G2, sem invasão miometrial Sem invasão cervico/ístmica Citologia peritoneal negativa Sem invasão do espaço linfovascular Sem evidência de metástases	Ia G1, 2	Nenhuma
Risco intermédio G1, G2, invasão miometrial < 50% G3, sem invasão miometrial G3, invasão miometrial < 50% G1, G2, invasão cervico-ístmica G1, G2, G3, invasão miometrial > 50% G3 com invasão cervico-ístmica G1, G2, G3, invasão do espaço linfovascular Citologia peritoneal positiva	Ib G1, G2 Ia G3 Ib G3 IIa G1, G2 Ic G1, G2, G3 IIa G3 IIb G1, G2, G3 IIIa+citologia posit.	Irradiação da cúpula vaginal Irradiação da cúpula vaginal <i>versus</i> pélvica Irradiação pélvica e da cúpula vaginal Progestativos/Fósforo32
Alto risco Invasão anexos/serosa/paramétrios Metástases vaginais Metástases gânglios linfáticos Invasão bexiga/ recto Invasão intraperitoneal	IIIa G1, G2, G3 IIIb G1, G2, G3 IIIc G1, G2, G3 Iva IVb	Irradiação pélvica e vaginal (alargamento do campo se gânglios aórticos ou ilíacos +) Irradiação pélvica e vaginal Irradiação total do abdómen e quimioterapia sistémica

portadoras de atipia.

Outros tumores

O carcinoma invasivo do colo do útero dissemina-se primariamente por extensão directa e disseminação linfática. A terapêutica destes doentes visa não só o tumor primário, mas também os tecidos adjacentes e gânglios linfáticos. Esta engloba histerectomia radical e linfadenectomia pélvica, para além de radio e quimioterapia.

A MPM dos sarcomas uterinos pode ser abundante e aguda, sendo muitas vezes necessário recorrer a transfusão sanguínea. Uma curetagem de emergência deve ser apenas realizada para diagnóstico histológico, podendo mesmo agravar a he-

morragia, que pode ser controlada com elevadas doses de radiação em bolus. Utilizam-se doses de 400-500 cGy/dia em toda a pélvis durante dois a três dias. Esta terapêutica não interfere com o desenvolvimento da doença. Quando não é possível controlar a hemorragia através destas medidas, podemos proceder à embolização ou laqueação de emergência das artérias hipogástricas, quando a histerectomia não está indicada ou não é exequível. A cirurgia é a base do tratamento destes tumores. Os sarcomas de baixo grau têm tendência para invasão local e recorrências pélvicas, sendo recomendada a histerectomia radical e anexectomia bilateral. A linfadenectomia pélvica deve ser reservada para as

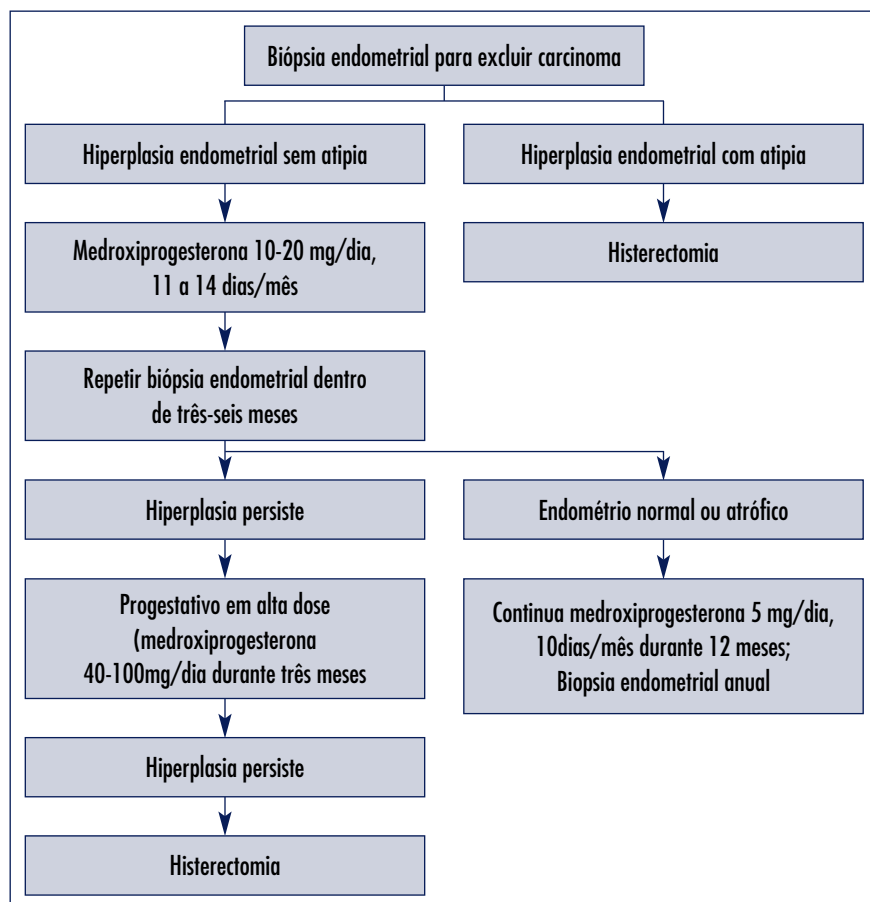


Figura 2. Terapêutica da hiperplasia endometrial.

doentes que apresentem gânglios suspeitos ou aumentados de volume. Os sarcomas de alto grau têm disseminação linfática, local e hematogênica, mesmo quando aparentemente confinados ao útero. Deste modo, a histerectomia radical foi abandonada a favor da histerectomia abdominal simples com anexectomia bilateral precedida ou seguida de quimioterapia.

A cirurgia continua a ser a primeira opção terapêutica do carcinoma do ovário. O princípio básico visa a exeres completa do tumor, ou a sua redução máxima possível. A cirurgia na sua vertente terapêutica varia consoante o estadio e potencial de

malignidade do tumor.

• **Abordagem dos tumores invasivos em estádios iniciais (I e II)**

A histerectomia e anexectomia bilateral com cuidadoso estadiamento cirúrgico, constitui a atitude terapêutica destes casos. Nos tumores no estadio Ia e Ib, G1, não será necessário efectuar tratamento complementar. Nos estádios Ia e Ib, G2 ou G3 ou de células claras e nos estádios Ic é recomendável efectuar quimioterapia complementar.

• **Abordagem de tumores invasivos em estádios avançados (III e IV)**

Quando a doença se encontra disseminada existem suficientes bases teóricas e clínicas que apoiam o con-

ceito da citoredução do tumor. A maior remoção possível do tumor vai condicionar uma melhor resposta à quimioterapia, influenciando assim o prognóstico. Nos casos de remoção incompleta, a eficácia mais elevada da quimioterapia é atingida quando o volume residual do tumor não ultrapassa 1,5-2 cm. Em determinados casos a redução do tumor poderá obrigar a ressecções viscerais, tais como o recto e sigmóide ou outras porções do intestino. Nestes casos deverão ser ponderados os riscos cirúrgicos, a existência ou não de massas tumorais noutros órgãos e a qualidade de vida futura da doente. Em doentes com doença avançada e cuja ressectabilidade do tumor se torna tecnicamente difícil e arriscada, parece preferível submeter a doente a quimioterapia (três ciclos) e realizar posteriormente nova abordagem cirúrgica.

CONCLUSÃO

A resposta ao tratamento da metrorragia pós-menopausa é específica para cada etiologia. A sua resolução depende muito da causa. Muitas mulheres respondem com sucesso à terapêutica hormonal. Em último caso, a histerectomia permite a sua resolução, apesar de não ser isenta de complicações. O prognóstico de mulheres com neoplasias genitais varia com o tipo de neoplasia e o seu estadiamento aquando do diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shwayder J. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:221.
2. Speroff L, Glass R, Kase N. Postmenopausal Hormone Therapy. In: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Inferti-*

lity. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 725-67.

3. Pernoll M. Diseases of the uterus. In: Benson & Pernoll's Obstetrics & Gynecology. 10th ed. USA: McGraw Hill Companies; 2001. p. 626.

4. Berek J. Uterine Cancer. In: Novak's Gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1143-85.

5. DeCherney A. Premalignant & Malignant Disorders of the uterine Corpus, Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 9th ed. USA: McGraw-Hill Companies; 2003. p. 916-32.

6. Berek J. Benign Diseases of the Female Reproductive Tract: Symptoms and Signs. In: Novak's Gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 370-5.

7. Pernoll M. Diseases of the vulva and vagina. In: Benson & Pernoll's Obstetrics & Gynecology. 10th ed. USA: McGraw Hill Companies; 2001. p. 589-96.

8. Arenas B. La ecografía como método de selección para el diagnóstico de la pa-

tología endometrial en la menopausia. In: Ultrasonografía Ginecológica. Madrid: Marbon Libros; 2002. p. 347-71.

9. Smith-Bindman. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. JAMA 1998; 280:1510-6.

10. Fleischer AC. Ultrasound and the Endometrium; 1997. p. 29-46.

11. Serden S. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27: 277-84.

Recebido em: 17/04/03

Aceite revisto para publicação em 31/10/03

Endereço para correspondência:

Leonor de Assis Ramos
Rua Gregório Lopes, Lt. 1732 8^oB
1400 Lisboa

POST-MENOPAUSAL METRORRHAGY

ABSTRACT

This is a literature review on the etiology, diagnosis and treatment of post-menopausal metrorrhagy. This is a problem leading many menopausal women to consult their doctor. There are many etiologies, and differential diagnosis is of the utmost importance for an adequate treatment option.

Key-Word: Post-Menopausal Metrorrhagy