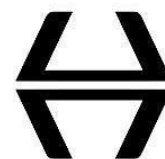




UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
RESIDENCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA**



CECÍLIA NESSIMIAN TOSTES

PROTOSCOLOS CLÍNICOS EM GINECOLOGIA

RIO DE JANEIRO

2023

RESUMO

Protocolo assistencial é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais de saúde nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Esses protocolos são instrumentos legais, devendo ser construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecerem as melhores e mais atualizadas opções disponíveis de cuidado. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, no Rio de Janeiro, é um dos mais importantes hospitais universitários do Brasil e possui em sua grade de especialidades o Serviço de Ginecologia. Este, por sua vez, possui 49 protocolos assistenciais com base nos temas mais frequentes observados em seus atendimentos ambulatoriais. Estes protocolos foram elaborados e publicados nos anos de 2016 e 2017, desde a presente data diversos estudos e atualizações foram publicados o que gerou a necessidade de revisão para atualização com objetivo de melhor ofertar de apoio aos residentes e corpo clínico. O objetivo desse trabalho está na atualização de um desses protocolos assistenciais em Ginecologia (doença inflamatória pélvica) e no desenvolvimento de outros três (insuficiência ovariana prematura, tumores malignos do ovário e introdução a histeroscopia), revisando o material existente, com atualizações baseadas nos últimos estudos e *guidelines* publicados, e criando recursos, baseados em evidências, de fácil acesso e utilização na prática clínica do cotidiano de atendimento do serviço. Afinal, manter os protocolos assistenciais atualizados e alinhados com as diretrizes nacionais e internacionais em saúde, sobre cada afecção que possa ser encontrada na prática clínica de ginecologia, é fundamental. Para essa atualização, foi feita a coleta de informações em artigos científicos de qualidade internacional e em protocolos, diretrizes, declarações de consenso, guias e manuais de prática clínica, publicados no período entre 2018 e 2023. Com base na pesquisa feita, foi possível complementar o protocolos existente com as últimas evidências em saúde sobre o tema em questão e desenvolver os três novos protocolos dos temas propostos. Harmonizar o atendimento clínico das afecções ginecológicas em equipes multidisciplinares, além de incorporar as necessidades de saúde das pacientes, por meio desses protocolos de atendimento pode ajudar a otimizar os planos de tratamento e melhorar os resultados de saúde a longo prazo.

Palavras-chave: Protocolos assistenciais. Ginecologia. Assistência em saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 JUSTIFICATIVA.....	4
3 OBJETIVOS.....	5
4 METODOLOGIA.....	5
5 RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	6
INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA.....	6
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.....	11
PATOLOGIAS MALIGNAS DO OVÁRIO.....	16
INTRODUÇÃO A HISTEROSCOPIA.....	23
6 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Protocolo assistencial é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais de saúde nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Esses protocolos podem prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que os profissionais de saúde desempenham de forma independente ou compartilhada com outros profissionais da equipe de saúde. Sendo assim, um protocolo assistencial contém vários procedimentos relacionados à situação de saúde em questão (PIMENTA et al., 2015).

Segundo Piler et al. (2019), os protocolos assistenciais constituem uma importante ferramenta para o enfrentamento de problemas relacionados à prática assistencial em saúde e especificamente para a instituição das boas práticas voltadas para a humanização da assistência, destacando-se, especialmente, a integração dos profissionais envolvidos.

O uso desses protocolos tem o intuito de aprimorar a assistência em saúde, favorecendo o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizando a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecendo limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Esses protocolos assistenciais são instrumentos legais, devendo ser construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecerem as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA et al., 2015).

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho é considerado um dos mais importantes hospitais universitários do Brasil, e constitui-se do principal complexo médico-hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em sua grade de especialidades médicas temos o Serviço de Ginecologia que possui 49 protocolos assistenciais com base nos temas mais frequentes observados nos atendimentos ambulatoriais do Serviço. Estes protocolos foram elaborados nos anos de 2016 e 2017, portanto apresentam a necessidade de revisão e atualização para melhor oferta de apoio aos residentes.

2 JUSTIFICATIVA

O perfil epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho é diverso e, por se tratar de um hospital universitário de referência, apresenta pacientes com múltiplas comorbidades e várias nuances clínicas. Há um certo grau de complexidade em boa parte dos casos atendidos, o que pode dificultar o manejo clínico.

Diante disso, protocolos assistenciais bem definidos norteiam e auxiliam no processo de atendimento, investigação, diagnóstico e conduta experimentados pelos residentes e pacientes diariamente. Esses, quando disponíveis, proporcionam uma melhor abordagem em situações de necessidade de consulta de acesso rápido e prático e reduzem variações inapropriadas na prática clínica.

Os protocolos assistenciais são fundamentais, pois direcionam a assistência em saúde, relacionando o que se faz, quem faz e como se faz, além de descreverem situações específicas de cuidado. Portanto, constituem relevantes instrumentos para a gestão, qualidade e segurança, buscando a excelência na prestação do cuidado, contribuindo para a redução de eventos adversos, de forma dinâmica e embasada em evidências científicas (PILER et al., 2019).

Além disso, os protocolos assistenciais devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação (PIMENTA et al., 2015).

Sendo assim, justifica-se a importância em se manter os protocolos assistenciais atualizados e alinhados com as diretrizes nacionais e internacionais em saúde, sobre cada afecção que possa ser encontrada na prática clínica de ginecologia e dentro do perfil epidemiológico do local de trabalho onde são aplicados.

3 OBJETIVOS

Atualizar um protocolo assistencial em Ginecologia (doença inflamatória pélvica) e desenvolver outros três (insuficiência ovariana prematura, tumores malignos do ovário e introdução a histeroscopia).

Otimizar o acesso aos protocolos como norteadores da propedêutica ginecológica de forma simples e rápida.

Uniformizar as condutas diante das principais patologias ginecológicas atendidas na instituição, sem perder a individualização de cada caso.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi feita a análise dos 49 protocolos existentes no Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, elaborados e publicados em 2016 e 2017, disponíveis em: <https://ginecologiahucff.wixsite.com/ginecologia/capitulos>

Após identificação daqueles que necessitavam de atualização consideramos os temas não abordados nesses protocolos. Nessa primeira fase, constatou-se a necessidade de criar protocolos sobre: insuficiência ovariana prematura, tumores malignos do ovário e introdução a histeroscopia e atualizar o protocolo sobre doença inflamatória pélvica.

A seguinte etapa resumiu-se na realização da pesquisa bibliográfica em artigos científicos dos últimos cinco anos (2018-2023) e em *guidelines* sobre os temas citados. Selecionadas as publicações de interesse, seus dados foram reunidos e utilizados na etapa subsequente.

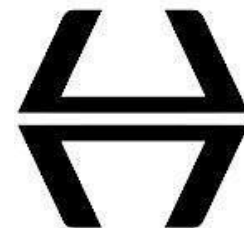
Então, foram redigidos os novos protocolos, lançando mão do poder de síntese com linguagem simples e facilitadora, a fim de construir uma ferramenta prática e dinâmica para uso na rotina de atendimentos.

Esses protocolos serão disponibilizados *online*, no site do Serviço de Ginecologia do HUCFF, após revisão e aprovação por parte dos docentes da disciplina.

5 RESULTADOS



INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA



Cecília Nessimian Tostes

Síndrome caracterizada pela perda da atividade ovariana antes dos 40 anos, por depleção e/ou disfunção folicular. Estado de hipogonadismo hipergonadotrófico e consequente hipoestrogenismo.

ETIOLOGIA

Autoimunes	até 30% dos casos em diversas formas de associações, ou ainda com doenças autoimunes não endócrinas. Possível presença de anticorpos antirreceptores de FSH/LH ou anticélulas ovarianas.
Genéticas	mais de 15% (10-20%) apresentam causas genéticas associadas ao cromossomo X ou autossômicas.
Iatrogênicas	quimioterapia, radioterapia, complicação cirúrgica, agentes ambientais (fumo).
Infecciosas	tuberculose, malária, varicela, citomegalovírus, parotidite, herpes zoster e <i>Shigella</i> . Não está estabelecida relação de causa e efeito, por isso, a investigação de causas infecciosas não é indicada.

A maioria dos casos permanece com causa idiopática.

CLÍNICA

Mudanças no ciclo menstrual: irregularidade com ciclos longos, amenorreia (secundária ou primária) por ao menos 4 meses.

Hipoestrogenismo: fogachos, ressecamento vaginal, dispareunia, sudorese, alterações de humor, diminuição da libido, infertilidade.

Mudanças de humor, distúrbios do sono, diminuição da concentração

DIAGNÓSTICO

— Anamnese e exame físico completos

Presença de oligo/amenorreia por pelo menos 4 meses (ou amenorreia primária).

Duas dosagens de FSH > 25mUU/ml com intervalo de ao menos 4 semanas entre elas.

— Investigação da causa:

Genética

Cariótipo para mulheres com IOP até 30 anos, pesquisa da pré mutação do X frágil (IOP familiar, história de déficit cognitivo familiar). Pesquisa de causas autossômicas apenas na presença de evidências clínicas ou familiares de mutação específica.

Autoimune

Pesquisa de autoanticorpos – anti-TPO.

Infecciosa

Não está indicada a investigação específica.

Iatrogênica

Dados colhidos na história clínica relacionados a tratamentos quimio e radioterápicos e cirúrgicos.

TRATAMENTO

Diante do impacto multissistêmico abrangendo aspectos físicos e emocionais o tratamento da IOP deve ser multidisciplinar com suporte psicológico, sexual e de fertilidade. Pacientes devem ser orientadas a adotar hábitos de vida saudáveis com alimentação balanceada, rica em cálcio,

e suplementação de vitamina D e cálcio quando necessárias, além de, prática de atividade física e redução do consumo de álcool e tabaco. O aconselhamento quanto a fertilidade é fundamental, a paciente deve ser orientada que a concepção espontânea é rara e, portanto, ser apresentada as possibilidades através dos procedimento de reprodução assistida.

Caso a investigação genética evidencie o presença do cromossomo Y orienta-se a realização da gonadectomia profilática pelo maior risco de desenvolvimento de tumor.

O tratamento precisa ofertar doses de estrogênio compatíveis com aquelas que são produzidas fisiologicamente, logo, não equivalem as doses para tratamento dos sintomas climatéricos observadas na terapia hormonal para mulheres na pós ou peri - menopausa.

Objetiva mais do que alívio dos sintomas, já que busca níveis hormonais compatíveis com preservação de massa óssea, diminuição do risco cardiovascular e manutenção/preservação da saúde sexual.

As contraindicações formais, ao uso de estrogênio terapia, devem ser respeitadas.

Idade		Terapêutica
12-13 anos	Caracteres sexuais ausentes e FSH elevado: iniciar doses baixas de estrogênio	Estradiol (E2) -Transdérmico: 12,5 microgramas/dia (adesivo) -Oral: estradiol micronizado 0,5 microgramas/dia // estrogênios conjugados 0,3mg/dia
12,5-15 anos	Aumento gradual da dose de estradiol a cada 6-12 meses durante dois a 3 anos até a dose adulta	E2 transdérmico: 25, 50 ou 100 microgramas/dia (dose na fase adulta é de 100 a 200 microgramas/dia) E2 oral: 0,5; 1,0; 1,5; 2,0 mg/dia (dose na fase adulta é 2 a 4mg/dia) Estrogênios conjugados: 0,625mg/dia (dose para fase adulta é 1,25mg/dia)
14-16 anos	Iniciar progestagênio após 2 anos ou quando ocorrer o primeiro sangramento	Adicionar progesterona oral micronizada 100 a 200mg/dia ou didrogesterona 5 a 10mg/dia ou acetato de medroxiprogesterona 5 a 10 mg/dia Usar durante 12 a 14 dias no mês
16-40 anos	Doses plenas de estrogênio e progestagênio	Estrogênio E2 oral: 2 a 4mg/dia E2 transdérmico: 100 a 200 microgramas/dia

		<p>E2 gel percutâneo: 1 a 2 mg/dia Estrogênios conjugados via oral: 1,25mg/dia</p> <p>Progestagênio <i>Regime sequencial: 12 a 14 dias consecutivos/mês</i> Progesterona micronizada oral: 100 a 200mg/dia Didrogesterona oral 10mg/dia Acetato de medroxiprogesterona oral: 10mg/dia</p> <p><i>Regime contínuo: uso diário</i> Progesterona micronizada oral: 100mg/dia Didrogesterona oral: 5,0mg/dia Noretisterona oral: 1mg/dia Acetato de medroxiprogesterona oral: 2,5mg/dia SIU-LNG Contraceptivo oral combinado contendo 30 microgramas de EE; uso contínuo, sem pausas</p>
40-50 anos	Avaliar dose de E2 para proteção de massa óssea e alívio de sintomas	
Mais de 50 anos	Uso de TH com base nas considerações para mulher após menopausa.	

Sintomas geniturinários	Estrogênios tópicos e lubrificantes vaginais.
Sintomas vasomotores	Antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina: paroxetina 7,5 a 20mg/d; venlafaxina 37,5 a 75mg/d; sertralina 50mg/d. Clonidina Gabapentina

LEITURA SUGERIDA

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Insuficiência

- ovariana prematura. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 26/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
2. N. Panay, R. A. Anderson, R. E. Nappi, A. J. Vincent, S. Vujovic, L. Webber & W. Wolfman (2020) Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper, *Climacteric*, 23:5, 426-446, DOI: [10.1080/13697137.2020.1804547](https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1804547)
 3. Primary ovarian insufficiency in adolescents and young women. Committee Opinion No. 605. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2014; 123:193–7.
 4. Evelyn Minis, Lisa Pinero, Shweta Bhatt, Valerie O'Besso, Nataki C. Douglas, Sara S. Morelli. Primary Ovarian Insufficiency: Time to Diagnosis and a Review of Current Literature. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2022, 49(6), 129. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4906129>
 5. European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI; Webber L, Davies M, Anderson R, Bartlett J, Braat D, Cartwright B, Cifkova R, de Muinck Keizer-Schrama S, Hogervorst E, Janse F, Liao L, Vlaisavljevic V, Zillikens C, Vermeulen N. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2016 May;31(5):926-37. doi: 10.1093/humrep/dew027. Epub 2016 Mar 22. PMID: 27008889.



DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA



Cecília Nessimian Tostes

Processo de inflamação da região pélvica após a infecção do trato genital superior em função da propagação de agentes oriundos do trato genital inferior.
Manifesta-se habitualmente como afecção subaguda e oligossintomática.

FATORES DE RISCO

Múltiplos parceiros	Sexo desprotegido	Parceiro sexual com uretrite
Idade 15 a 25 anos	Outras infecções sexualmente transmissíveis	Vaginose bacteriana
História prévia de DIP ou outras ISTs	Uso de dispositivos intrauterinos em pacientes portadoras de cervicite	Ducha vaginal*
Ectopia cervical em adolescentes*	Imaturidade imunológica	

AGENTES ETIOLÓGICOS

- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoea
- Mycoplasma genitalium
- Anaeróbios

CLÍNICA

Apresentação variável com quadros assintomáticos, leves, moderados e severos podendo conter diferentes manifestações dentre as quais:

Dor pélvica – mais comum

Sintomas urinários: disúria, frequência,	Secreção vaginal mucopurulenta, sangramento uterino anormal,
Dispareunia, sinusorragia,	Febre e outros sintomas constitucionais

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é estabelecido pela presença dos critérios mínimos ACRESCIDOS de, pelo menos, um dos adicionais. Ou na presença de um critério específico.

Critérios diagnósticos					
Mínimos	Dor à mobilização de colo uterino	Dor à palpação anexial	Dor em baixo ventre espontânea		
Adicionais	Febre (> 38,3°C)	Secreção vaginal mucopurulenta	Alteração de VHS ou PCR	Presença cervical dos agentes etiológicos	Presença de leucócitos aumentados na secreção vaginal
Específicos	Presença de abscesso tubo-ovariano ou complexo tubo-ovariano em método de imagem (USG e RNM)	Biopsia endometrial com endometrite	Laparoscopia com sinais sugestivos de infecção tubária ou tubo		

Diagnóstico diferencial: pode incluir outras afecções ginecológicas, distúrbios do trato urinário, patologias gastrointestinais, causas reumatológicas, hematológicas entre outros.

- Apendicite
- Síndrome Fitz-Hugh-Curtis (Peri hepatite gonocócica)

- Torção anexial
- Gravidez ectópica

COMPLICAÇÕES

DIP recorrente, hidrossalpinge, piossalpinge, abscesso tubo-ovariano, infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica.

TRATAMENTO

Ambulatorial ou hospitalar

Tratar parceiro

Oferecer sorologias de outras ISTs

AMBULATORIAL

Esquemas terapêuticos

Ceftriaxone 500mg, IM, dose única + Doxaciclina 100mg, VO, 12/12h, 14 dias ± Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, 14 dias

Cefoxitina 2g, IM, dose única + Doxaciclina 100mg, VO, 12/12h, 14 dias ± Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, 14 dias

Cefalosporina 3ª geração + Doxaciclina 100mg, VO, 12/12h, 14 dias ± Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, 14 dias

Alternativa a Doxaciclina: Azitromicina 500mg VO por 1-2 dias + 250mg, VO, 24/24h até completar 14 dias OU 1g por semana por 2 semanas

**** Lembrar da resistência do micoplasma a Doxaciclina**

Reavaliação em 48 a 72h. Na ausência de melhora considerar internação

Tratamento da parceria: Azitromicina 1g, VO, dose única

HOSPITALAR

Critérios para internação:

Gravidade clínica	Gestante	AIDS
Necessidade de intervenção cirúrgica	Intolerante ou refratário ao tratamento ambulatorial	Possível não adesão ao tratamento

Complicação com abscesso pélvico (tubo-ovariano)	Dúvida diagnóstica	
--	--------------------	--

Esquemas terapêuticos

Cefoxitina 2g, IV, 6/6h + Doxaciclina 100mg, VO ou IV, 12/12h

Ceftriaxone 1g, IV 24/24h + Doxaciclina 100mg, VO, 12/12h, 14 dias ±

Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, 14 dias

Clindamicina 900mg, IV, 8/8h + Gentamicina 2mg/Kg, IV (ataque) +

Gentamicina 1,5mg/Kg, IV, 8/8h ou 3-5mg/Kg, IV, 24/24h

+ Metronidazol 1g/dia se abscesso tubo ovariano

Intolerância a Doxaciclina: Azitromicina 500mg VO por 1-2 dias + 250mg, VO, 24/24h até completar 14 dias

Intolerância a metronidazol: Clindamicina 450mg, VO, 6/6h

Antibioticoterapia oral após 24 horas de melhora clínica

Doxaciclina 100mg, VO, 12/12h + Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, até completar 14 dias de tratamento.

A resposta ao tratamento se manifesta através de melhora do estado geral, da febre, náuseas, vômitos, melhora da dor abdominal, melhora das provas inflamatórias e exame de imagem que demonstre manutenção ou ausência de aumento nas dimensões nos casos de abscesso tubo-ovariano. Na ausência de melhora avaliar necessidade de intervenção cirúrgica.

- DIU não precisa ser removido na vigência de melhora clínica após 48 a 72h do início da antibioticoterapia, caso contrário o dispositivo deve ser removido.
- Pacientes que convivem com o vírus HIV apresentam resposta clínica a terapêutica semelhante às que não convivem com o vírus, porém tem maior risco de evoluir com abscesso tubo ovariano e maiores taxas de infecção por micoplasma e estreptococos. Por isso, devem ser acompanhados de perto.
- Orientar abstinência sexual até tratamento próprio e da parceria completos.

LEITURA SUGERIDA

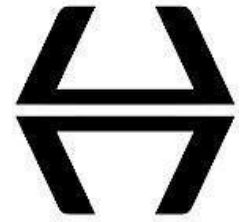
1. Carvalho NS, Carvalho BF, Linsingen RV, Takimura M. Doença in_ amatória pélvica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 25/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas).
2. Donald E Greydanus, Maria Demma Cabral, Dilip R. Patel,

Pélvis inflammatory disease in the adolescent and young adult: An update, Disease-a-Month, Volume 68, Issue 3, 2022, 101287, ISSN 0011-5029, <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2021.101287>

3. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):357-364. PMID: 31524362.



PATOLOGIAS MALIGNAS DO OVÁRIO



Cecília Nessimian Tostes
Em conjunto com Anna Laura Vilardo

EPIDEMIOLOGIA

8º câncer mais incidente entre as mulheres, 5º lugar em mortes por câncer

No Brasil: 6,18 casos a cada 100 000 mulheres (2º câncer ginecológico mais comum)

70% dos diagnósticos em estágio avançado

Maior taxa de mortalidade (4,2%)

ETIOLOGIA

Origem relacionada a conjunto de fatores envolvendo: ambientais, reprodutivos, alimentares, infecciosos, aspectos genéticos-endócrinos e exposição a teratogênicos

Variações de acordo com faixa etária nas lesões anexiais:

- Pré-púberes (25%)
- Pré-menopausa (5-10%)
- Pós-menopausa (36-59% suspeitas)
- Gestação*

Extensa variedade histopatológica o que modifica o manejo

Epitelial	Seroso:
(90% // derivados do epitélio celômico // pior prognóstico)	70% - mais comuns, bilaterais Baixo grau ou bem diferenciado; Alto grau - acentuada atipia
	Mucinoso: 5 a 20%
	Endometrióide 10 a 20%
	Células claras 3 a 10%
Células germinativas	Disgerminoma Carcinoma embrionário Teratoma imaturo

Cordão sexual / estroma	Tumores de células da granulosa, tumor de células de Sertoli Leydig, fibrosarcoma
Tumores metastáticos	Mama, endométrio, colo uterino, gastrointestinal – Krukenberg, tireoide
Tumores borderline – 10%	

Tipo 1: Câncer de ovário seroso de baixo grau, endometriode de baixo grau, de células claras e mucinoso

Comportamento indolente, diagnóstico mais precoce, progressão lenta, com menor instabilidade genética, melhor prognóstico

Baixo índice mitótico → parecem não responder bem à platina

Tipo 2: Carcinomas serosos de alto grau, endometriode de alto grau e carcinomas indiferenciados

Altamente agressivo, estágio avançado no diagnóstico. Geneticamente instáveis - incluindo mutações BRCA1 e/ou BRCA2.

Elevado índice mitótico → são sensíveis à platina

FATORES DE RISCO

História familiar de neoplasia de mama ou ovário	Mutações dos genes BRCA1 e/ou BRCA2	Neoplasia de cólon hereditária não polipoide (síndrome de Lynch)
Endometriose	Obesidade	Tabagismo
Nuliparidade	TRH	Exposição a androgênios
Idade (maior risco nos casos de pré menarca e pós menopausa)	Estimulação ovariana na FIV (tumores <i>borderline</i>)	

FATORES DE PROTEÇÃO

- Multiparidade
- Uso de anticoncepcional oral
- Laqueadura tubária

CLÍNICA

Assintomáticos na maioria dos casos, sem sintomas específicos

Dor abdomino-pélvica

Massa abdominal palpável

Sintomas compressivos: dispepsia, plenitude, saciedade precoce, distensão

Ascite, derrame pleural, síndrome consumptiva

DIAGNÓSTICO

História clínica + exame físico: avaliação dos sintomas, evolução temporal, direcionamento conforme queixa.

Exames laboratoriais: CA-125, gonadotrofina coriônica humana, desidrogenase láctica, alfafetoproteína, CEA

Exames de imagem:

- USG transvaginal: alta acurácia
- RNM: superior à TC e ao doppler

Aspectos sugestivos de malignidade na USG-TV: paredes e septos irregulares e grossos; projeções papilares; lesões sólidas; ecogenicidade moderada à USG; diâmetro superior a 6cm, cistos multiloculados, aumento na espessura da capsula, diminuição no fluxo ao doppler.

Biópsia de congelação: peroperatório para definição terapêutica

Cirurgia: laparoscopia/laparotomia exploradora – Estadiamento + diagnóstico histopatológico

ESTADIAMENTO

Cirúrgico:

- Citologia de líquido ascítico
- Omentectomia infracólica
- Linfadenectomia pélvica e para-aórtica
- Biópsia e/ou ressecção de lesões suspeitas
- Biópsias peritoneais
- Histerectomia total com salpingooforectomia bilateral

Estádio I	o câncer está limitado somente aos ovários ou às tubas uterinas.
Estádio IA	o câncer está limitado a um ovário ou a uma tuba uterina. Não há tumor na superfície do ovário, da tuba uterina nem do peritônio.

Estádio IB	o câncer compromete ambos os ovários ou ambas as tubas uterinas. Não há tumor na superfície do ovário, da tuba uterina nem da do peritônio e não são detectadas células malignas no líquido ou lavado peritoneal.
Estádio IC	o câncer compromete um ou ambos os ovários, uma ou ambas as tubas uterinas, associado a quaisquer das seguintes situações Estádio IC1: o tumor rompe durante sua remoção cirúrgica (espalha células na cavidade abdominal); Estádio IC2: a parede tumoral rompe antes da cirurgia ou há tumor na superfície do ovário ou da tuba uterina. Estádio IC3: células neoplásicas malignas são encontradas no líquido acumulado na cavidade abdominal (ascite) ou no lavado, coletado para exame.
Estádio IIA	extensão e/ou implantes na superfície do útero e/ ou ovários e/ou tubas uterinas.
Estádio IIA	o câncer espalha para o útero e/ou tubas uterinas e/ou ovários.
Estádio IIB	o câncer espalha para outros tecidos, dentro da pelve.
Estádio III	o câncer envolve um ou ambos os ovários ou tubas uterinas, e/ou é câncer peritoneal. A doença espalha-se para fora da pelve e/ou acomete os linfonodos retroperitoneais.
Estádio IIIA1	o câncer compromete os linfonodos retroperitoneais, mas não se espalha na superfície peritoneal.

Estádio IIIA1(i)	o maior diâmetro das metástases é menor que ou igual a 10 mm.
Estádio IIIA1(si)	o maior diâmetro das metástases é maior que 10 mm.
Estádio IIIA2	o câncer espalha-se microscopicamente na pelve e no abdome. Os linfonodos retroperitoneais podem estar comprometidos ou não.
Estádio IIIB	o câncer espalha-se macroscopicamente na pelve e no abdome, havendo implantes tumorais com maior diâmetro menor que ou igual a 2 cm. Os linfonodos retroperitoneais podem estar comprometidos ou não.
Estádio IIIC	o câncer espalha-se na pelve e no abdome, havendo implantes tumorais com maior diâmetro acima de 2 cm. Os linfonodos retroperitoneais podem estar comprometidos ou não.
Estádio IV	o câncer espalha-se e compromete órgãos fora do abdome.
Estádio IVA	células neoplásicas malignas são encontradas no líquido pleural.
Estádio IVB	o câncer compromete o fígado, o baço ou outros órgãos fora do abdome, incluindo linfonodos inguinais.

TRATAMENTO

Cirurgia citorrredutora + Quimioterapia

Remover maior quantidade de tecido tumoral possível

Citorredução ótima → ausência de doença residual macroscópica → sobrevida livre de doença maior

Neoadjuvante → cirurgia de intervalo (após 3 ciclos) ou após 6-8 ciclos → Considerar nos estádios 3C ou 4

Adjuvante com platina (cisplatina ou carboplatina) e taxano (paclitaxel) em 6 a 8 ciclos

*Sem QT adjuvante: estágio 1A ou 1B se tipo bem ou moderadamente diferenciado se citorredução completa

*Idade fértil, desejo gestar e apresentam tumores bem diferenciados → considerar salpingo-ooforectomia unilateral

Fatores prognósticos

Estádios precoces (I e II)

Estadiamento (IA-IB vs. IC vs. II)

Rotura da cápsula ovariana (quando considerado o estágio II da doença)

Grau do tumor

Tipo histológico

Idade

Citologia do líquido ascítico (positivo ou negativo)

Estádios avançados (III e IV):

Tamanho do tumor residual após a cirurgia (≤ 1 cm vs. > 1 cm)

Estadiamento (III vs. IV)

Tipo histológico

Idade

Grau do tumor

Acometimento linfonodal

Seguimento

Taxas de recorrência altas - 25% doença em estágio inicial e 80% na doença avançada

Exame físico e dosagem de CA 125

TC/ RM → solicitadas se indicados clinicamente

- Dois a quatro meses nos primeiros dois anos
- Seis meses nos três anos seguintes
- Anualmente pelos 5 anos subsequentes

Recorrência

Cirurgia + QT

Caso epitelial, responsivo a platina, com recidiva > 6 meses após término QT, AGO score positivo
→ provável cirurgia + QT

RASTREAMENTO

USG TV: Isolada aumenta número de falso positivo e de cirurgias desnecessárias

USG TV + CA 125 aumenta a performance do rastreamento, mas não altera a mortalidade

**Lembrar que CA 125 se eleva em outras condições, principalmente no menacme

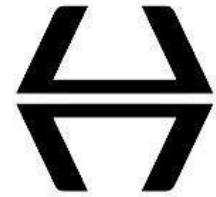
LEITURA SUGERIDA

1. Barbosa RN, Andres MP, Borrelli GM, Abrão MS. Tumores anexiais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 18/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tumores *borderline* de ovário. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 97/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).
3. Epidemiologia e Fatores de Risco Associados ao Câncer de Ovário: Uma Revisão Integrativa - doi 10.37885/210404258
4. Tratado de ginecologia Febrasgo / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
5. Harter P, Sehouli J, Vergote I, et al. Randomized trial of cytoreductive surgery for relapsed ovarian cancer. N Engl J Med 2021;385:2123-2131 - Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.105>



INTRODUÇÃO A HISTEROSCOPIA

Cecília Nessimian Tostes



Método minimamente invasivo que proporciona visão endoscópica da cavidade endometrial e dos óstios tubários. Apresenta funções diagnósticas e terapêuticas, tendo como procedimentos possíveis: ablação endometrial, miomectomia, polipectomia, lise de aderências ou septos, dilatação das tubas uterinas ou sua obstrução.

INDICAÇÕES

Investigação	Tratamento de infertilidade
Abortamentos espontâneos recorrentes ou não	Sangramento uterino anormal amenorreia
Corpo estranho retido	Correção de alterações anatômicas

CONTRAINDICAÇÕES

Gestação viável	Piometra
DIP vigente (herpes)	Câncer de colo

PRÉ OPERATÓRIO

1. Avaliação do paciente:
 - Excluir gestação (BHCG)
 - Verificar presença de cervicites, DIP, Infecção herpética
 - Imagem pré-operatória para casos de remoção de corpo estranho (USG-TV)
2. Consentimento:
 - Informar riscos e complicações e recolher consentimento
3. Preparo
 - Fase proliferativa inicial (folicular) - melhor fase para realização do exame
 - Indução da atrofia endometrial através de medicações para melhor visualização
 - Dilatação do colo (mecânica ou bioquímica)

INTRAOPERATÓRIO

Instrumental:

1. Histeroscópio rígido:
 - a. Endoscópio de 3 a 4mm + bainha externa
 - b. Lentes histeroscópicas:
 - i. Ângulos variam entre 0 e 70 (0, 12, 25, 30 e 70) graus proporcionando visões específicas.

- c. Bainha externa: envolve o endoscópio e direciona o fluido, fluxo uni ou bidirecional, e em alguns casos conduz instrumentos até a cavidade endometrial.
- d. Bainha operatória: Pinças: biópsia, prensão e tesoura.

2. Fonte de luz

3. Meio de distensão (tabelas em anexo)

- a. CO₂
- b. Solução salina
- c. Líquidos de baixa viscosidade: sorbitol, manitol e glicina

4. Sistema de câmera e vídeo

TABELA 42-13.1 Meios para histeroscopia

Classe	Meio	Propriedades	Indicações	Riscos	Medidas de segurança
Gás	Dióxido de carbono	Gás incolor	Diagnóstico	Embolia gasosa	Evitar Trendelenburg Manter fluxo < 100 mL/min Pressão intrauterina < 100 mmHg
Líquido eletrolítico	Soro fisiológico a 0,9%	Isotônico, 380 mOsm/kgH ₂ O	Diagnóstico cirúrgico com instrumentos bipolares	Sobrecarga de volume	Com déficit de 750 mL, programar finalização do procedimento Com déficit de 2,5 L, suspender o procedimento
	Ringer lactato	Isotônico, 273 mOsm/kgH ₂ O	Diagnóstico cirúrgico com instrumentos bipolares	Sobrecarga de volume	Os mesmos descritos acima
Soluções pobres em eletrólitos	Sorbitol 3%	Hipo-osmolar, 178 mOsm/kgH ₂ O	Operatório com instrumentos monopolares	Sobrecarga de volume Hiponatremia Hipo-osmolalidade Hiperglicemia	Com déficit de 750 mL, programar finalização do procedimento Com déficit de 1,5 L, suspender o procedimento
	Manitol 5%	Iso-osmolar, 280 mOsm/kgH ₂ O	Operatório com instrumentos monopolares	Sobrecarga de volume Hiponatremia	Os mesmos descritos acima
	Glicina 1,5%	Hipo-osmolar, 200 mOsm/kgH ₂ O	Operatório com instrumentos monopolares	Sobrecarga de volume Hiponatremia Hipo-osmolalidade Hiperamonemia	Os mesmos descritos acima

Compilada de Cooper, 2000; Loffer, 2000.

Table 1. Hysteroscopic Distending Media

Type	Maximum Fluid Deficit	Advantages	Disadvantages and Safety Precautions*	Complications
Low-Viscosity Fluid Media: Electrolyte-Poor Fluid (eg, glycine, 1.5%; sorbitol, 3%; and mannitol, 5%)	1,000 mL	Compatible with radiofrequency energy Monopolar devices require electrolyte-poor fluids	Excessive absorption of these fluids can cause hyponatremia, hyperammonemia, and decreased serum osmolality with the potential for seizures, cerebral edema, and death.	Excessive absorption of these fluids can lead to hyponatremia, hyperammonemia, and decreased serum osmolality, with the potential for seizures, cerebral edema, and death.
Low-Viscosity Fluid Media: Electrolyte-Containing Fluid (eg, normal saline, sodium lactated solution)	Maximum fluid deficits with isotonic solutions are based only on expert opinion but consensus would be approximately 2,500 mL.	Readily available Isotonic Media of choice during diagnostic hysteroscopy and in operative cases where mechanical, laser, or bipolar energy is used	Although the risk of hyponatremia and decreased serum osmolality can be reduced by using these media, pulmonary edema and congestive heart failure can still occur. Careful attention should be paid to fluid input and output, with particular attention to the fluid deficit.	Fluid overload causing pulmonary edema and congestive heart failure

*Careful attention should be paid to fluid input and output, with particular attention to the fluid deficit, particularly in elderly patients and patients with cardiopulmonary or renal compromise, in whom lower fluid thresholds should be considered.

Data from Munro MG, Storz K, Abbott JA, Falcone T, Jacobs VR, Muzii L, et al. AAGL practice report: practice guidelines for the management of hysteroscopic distending media: (replaces hysteroscopic fluid monitoring guidelines. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:167–8). AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. *J Minim Invasive Gynecol* 2013;20:137–48.

- Histeroscópio de Bettochi:
 - cirúrgico de menor diâmetro (4mm)
 - diagnóstico e terapêutico
 - canal de trabalho que permite passagem de instrumental
 - bainha diagnóstica de fluxo contínuo
- Histeroscópio flexível
 - Pontas capazes de inclinar entre 120 e 160 graus.
 - Facilidade de manobra no interior da cavidade endometrial de formato irregular
 - Menor qualidade óptica
- Ressectoscópio
 - Bainha interna: abriga endoscópio de 3 a 4mm
 - Bainha externa: 8 a 10mm que contém alça eletrocirúrgica, permite egresso de líquido
 - Ressecção de tecidos intrauterinos
 - Instrumentos maiores são inseridos pela cânula central: barra laminadora ou esfera laminadora, eletrodos vaporizadores, bisturi eletrocirúrgico e moceladores motorizados.

COMPLICAÇÕES

Laceração do colo	Endometrite operatória	pós-	Embolia gasosa
Intravasamento (atenção ao déficit hídrico)	Perfuração uterina		Hemorragia

LEITURA SUGERIDA

1. The Use of Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Intrauterine Pathology: ACOG Committee Opinion, Number 800. *Obstet Gynecol.* 2020 Mar;135(3):e138-e148. doi: 10.1097/AOG.0000000000003712. PMID: 32080054.
2. *Ginecologia de Williams* - 2ª Ed. 2014 Hoffman, Barbara L.; Schaffer, Joseph I.; Schorge, John O

6 CONCLUSÃO

Após a análise realizada dos protocolos já existentes, observou-se a necessidade de atualização de um deles e a elaboração de outros três. Através das informações coletadas em artigos científicos de qualidade internacional e em protocolos, diretrizes, declarações de consenso, guias e manuais de prática clínica, publicados no período dos últimos cinco anos, foi realizada a revisão, atualização e elaboração dos protocolos acima expostos.

A manutenção, atualização e utilização de protocolos de atendimento são ferramentas importantes para permitir a prática de medicina baseada em evidências, facilitando a implementação dessas evidências na prática clínica diária.

Harmonizar e uniformizar o atendimento clínico das afecções ginecológicas em equipes multidisciplinares, além de incorporar as necessidades de saúde das pacientes, por meio desses protocolos de atendimento pode ajudar a otimizar os planos de tratamento e melhorar os resultados de saúde a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Piler, A. A., Wall, M. L., Aldrighi, J. D., Benedet, D. C. F., Silva, L. R., & Szpin, C.C. (2019). Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23(e-1254), 1–8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190102>

Pimenta, C. A. M., Pastana, I. C. A. S. S., Sichieri, K., Solha, R. K. T., & Souza, W. (2015). Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>