

BMJ Best Practice

Avaliação de sangramento vaginal

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Nov 21, 2024

Índice

Visão geral	3
Resumo	3
Teoria	4
Etiologia	4
Emergências	9
Considerações de urgência	9
Diagnóstico	11
Abordagem	11
Visão geral do diagnóstico diferencial	19
Diagnósticos diferenciais	20
Diretrizes	36
Referências	38
Imagens	46
Aviso legal	48

Resumo

Classificação

O sangramento vaginal anormal é classificado por idade e por número de gravidezes:

- Antes da menarca
- Durante a idade reprodutiva: não gestante
- Durante a idade reprodutiva: gestante
- Pós-menopausa

Os distúrbios de sangramento menstrual, incluindo o sangramento intermenstrual, são discutidos no tópico Avaliação de sangramento uterino anormal .

Epidemiologia

Sangramento vaginal antes da menarca é incomum e, geralmente, é causado por um trauma.[1]

As estimativas de prevalência para o sangramento pós-coito variam de 0.7% a 9% entre mulheres em idade reprodutiva.[2] [3] [4] A incidência é maior em pacientes de 26-30 anos.[5]

O sangramento durante a gestação é comum e afeta 25% das mulheres durante o primeiro trimestre.[6] [7]

Até 11% das mulheres relatam sangramento após a menopausa, com as taxas mais altas no primeiro ano depois do início da menopausa.[8]

Etiologia

As possíveis causas podem ser divididas de acordo com a idade: pré-menarca, durante a idade reprodutiva (durante e fora da gestação) e pós-menopausa.

Sangramento pré-menárquico

O sangramento uterino ocorre em 3% a 5% dos neonatos do sexo feminino nos dias 3-5 de vida.^[9] O endométrio neonatal é eliminado após a supressão da progesterona materna.^[10]

O sangramento após essa idade (e antes da menarca) é sempre anormal. O sangramento está associado ao desenvolvimento precoce de características sexuais secundárias, particularmente o desenvolvimento das mamas, e, provavelmente, indica puberdade precoce.

O trauma é a causa mais comum de sangramento vaginal em meninas com menos de 10 anos.^[1] Inflamação local na vagina decorrente de infecção ou de corpo estranho (por exemplo, papel higiênico) também pode causar sangramento.^[11]

As causas raras, porém graves, de sangramento pré-menarca incluem abuso sexual e neoplasia maligna genital da vagina na infância.^[1] ^[12] Rabdomyossarcoma é a neoplasia maligna mais comum do trato genital inferior em meninas, com pico de incidência antes dos 2 anos de idade. Os tumores aparecem como um aglomerado de tecido "parecido com uma uva".^[13]

Sangramento durante a idade reprodutiva (fora da gestação)

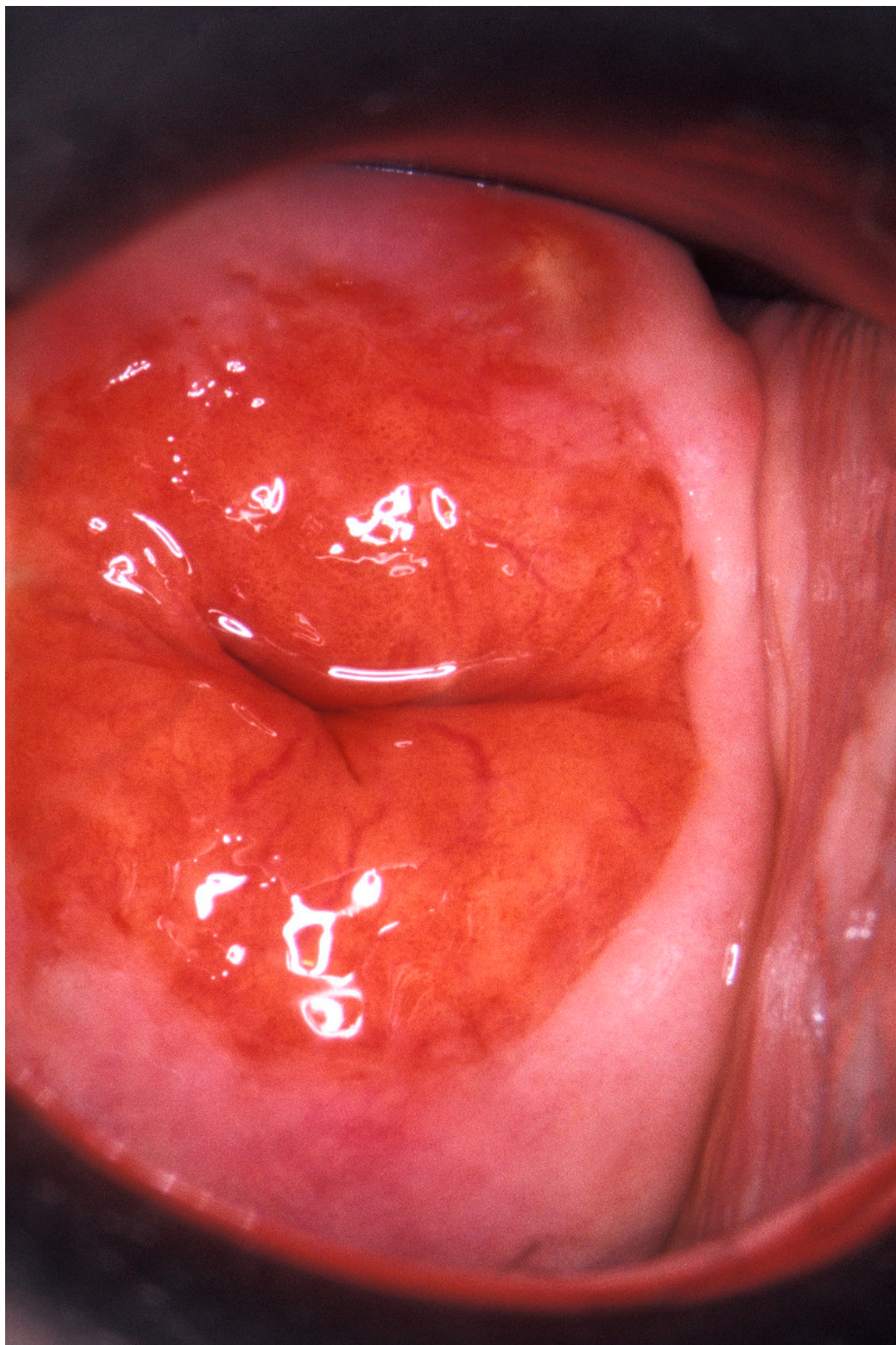
O sangramento anormal ocorre mais comumente neste grupo.

A origem do sangramento pode estar em qualquer parte do trato reprodutivo, incluindo o útero, o colo uterino ou a vagina. O sangramento uterino anormal, incluindo o sangramento menstrual anormal e o sangramento intermenstrual, é discutido em um tópico separado, Avaliação de sangramento uterino anormal.

Geralmente, o sangramento pós-coito é causado por ectrópio cervical, pólipo ou cervicite. O câncer cervical e o câncer vaginal são causas graves de sangramento pós-coito. Condilomata acuminata e vaginite também podem causar sangramento vaginal.

Ectrópio cervical

Ectrópio cervical (também chamado de erosão cervical) ocorre quando o epitélio glandular endocervical se expande além do óstio e se torna visível no ectocérvice. O tecido do ectrópio é rosa mais escuro que o epitélio escamoso circundante e pode ser friável. Ectrópios são comumente observados em adolescentes do sexo feminino, gestantes e mulheres que fazem uso de contracepção hormonal.^[14] A maioria é assintomática.

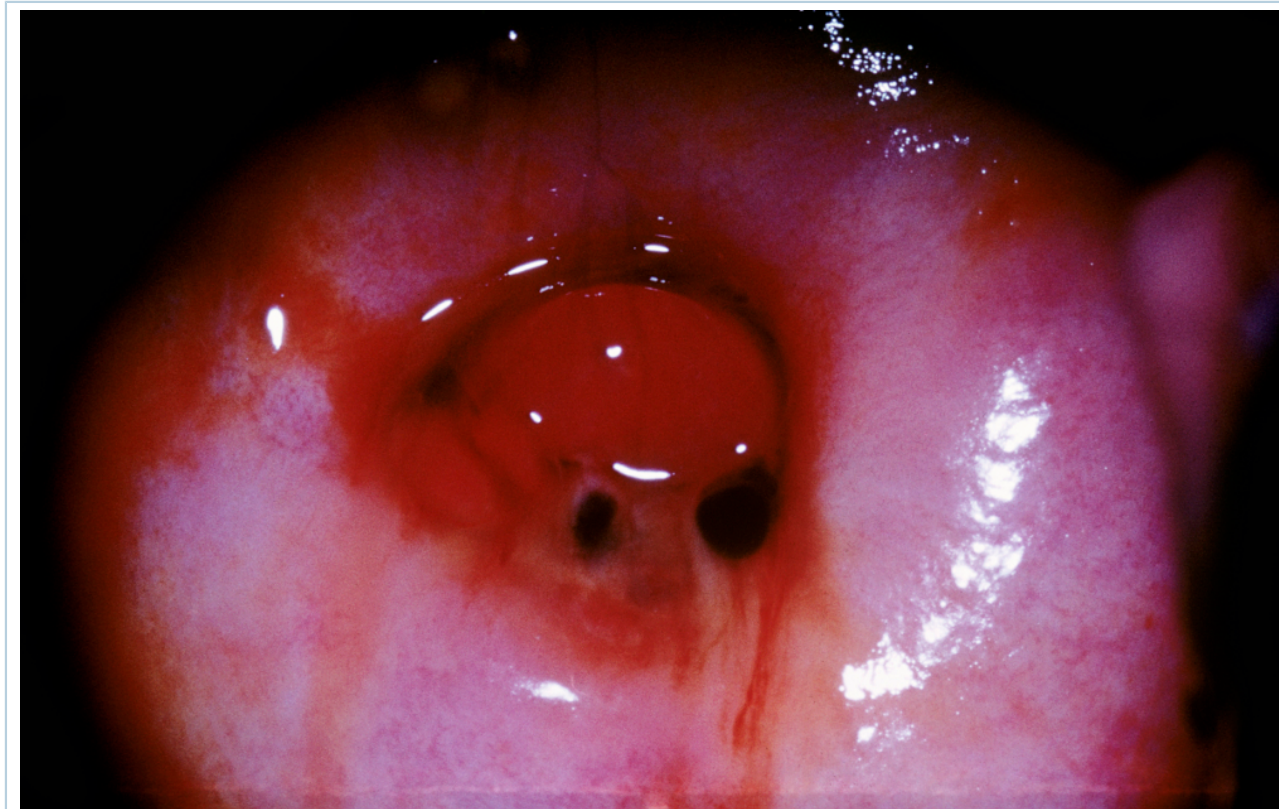


Erosão cervical

Science Photo Library; usado com permissão

Pólipo cervical

Pólipos e volumes neoplásicos benignos, que podem surgir no colo uterino ou no endocérvid. Normalmente, ocorrem em pacientes multíparas com mais de 40 anos de idade. Normalmente são macios, lobulares e friáveis. Podem ser detectados de maneira incidental durante um exame especular ou causam sangramento pós-coito.[14]



Pólipo cervical

Science Photo Library; usado com permissão

Cervicite

A infecção do colo uterino pode causar sangramento e, geralmente, é acompanhado por secreção mucopurulenta. Os organismos causadores mais comuns são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, embora em muitos casos não seja identificado nenhum organismo.[15] O *Trichomonas vaginalis*, o *Mycoplasma genitalium* e o vírus do herpes simples também podem causar cervicite infecciosa. A infecção por esses organismos também pode causar sintomas de uretrite.

A cervicite também pode ocorrer sem infecção se o colo uterino for exposto a irritantes mecânicos ou químicos, por exemplo, pessar, diafragma, absorvente higiênico interno, espermicida ou produtos de higiene feminina.[16] [17]

Câncer cervical

Além do sangramento vaginal, o câncer cervical pode causar corrimento vaginal malcheiroso, embora raramente este seja o único sintoma. Dispareunia e dor pélvica sugerem doença mais avançada.

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o fator etiológico mais importante.[18] A incidência do câncer cervical está relacionada com o início precoce da atividade sexual, vários parceiros sexuais, tabagismo, imunossupressão, nível socioeconômico baixo e uso de contraceptivos orais.[19] [20] [21]

No mundo todo, houve aproximadamente 660,000 novos casos de câncer cervical, e 350,000 mortes relacionadas em 2022.[18] Uma revisão sistemática realizada no Reino Unido com mulheres com sangramento pós-coito relatou que o risco de câncer cervical é de 1 em 44,000 aos 20-24 anos, 1 em 5600 aos 25-35 anos, 1 em 2800 aos 35-44 anos e 1 em 2400 aos 45-54 anos.[22]

Câncer vaginal

O câncer vaginal primário é raro, representa <1% de todos os cânceres que afetam indivíduos designados do sexo feminino ao nascer; lesões neoplásicas são, mais comumente, metástases.[23] A infecção por HPV é o fator etiológico mais importante.[23]

Vaginite

Embora a vaginite seja uma condição comum, raramente é grave o suficiente para causar sangramento. Pode haver corrimento vaginal, prurido, dispareunia e disúria associados.

Condilomata acuminata

A condilomata acuminata (verruga genital) é causada pela infecção por HPV. A infecção se manifesta como pápulas carnudas e verrucosas que podem coalescer e formar placas. As verrugas podem ocorrer em qualquer parte da região anogenital, inclusive nas superfícies das mucosas vaginal e cervical, onde um trauma local pode causar sangramento.[24]

Sangramento durante a gestação

Qualquer condição que cause sangramento vaginal em não gestantes também pode causar sangramento em gestantes. O médico também deve considerar causas adicionais, específicas da gestação. A causa provável do sangramento varia de acordo com a gestação.

Primeiro trimestre

O sangramento vaginal no início da gestação pode ser causado por uma gravidez ectópica ou aborto espontâneo.[25]

A gravidez ectópica refere-se à implantação de um embrião fora do útero, mais comumente nas tubas uterinas.[26] Os sintomas comuns são dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal.[25]

Os sinais de alerta incluem sinais vitais instáveis ou sinais de sangramento intraperitoneal (por exemplo, abdome agudo, dor no ombro ou dor à mobilização do colo); pode ser necessária intervenção cirúrgica urgente para evitar o choque e até mesmo a morte materna.

Os fatores de risco incluem idade acima de 35 anos, gravidez ectópica prévia, tabagismo, história de doença inflamatória pélvica, cirurgia tubária prévia e uso de tecnologias de reprodução assistida.[26] Em comparação com a gravidez na população em geral, há uma proporção maior de gravidez ectópica entre gestantes que engravidaram usando dispositivo intrauterino.[26] [27]

O aborto espontâneo é uma perda involuntária e espontânea da gestação antes de completadas 20-24 semanas (a gestação varia de acordo com o país). É geralmente associado a um sangramento vaginal não provocado, com ou sem dor suprapúbica. A maioria dos abortos espontâneos ocorre no primeiro trimestre. Aproximadamente 30% de todas as gestações podem terminar em aborto espontâneo.[28]

Segundo e terceiro trimestres

O sangramento vaginal no segundo ou terceiro trimestre ocorre com menos frequência do que no primeiro trimestre. As causas patológicas de sangramento incluem sangramento do colo uterino com trabalho de parto pré-termo, sangramento da placenta prévia, vasa prévia, descolamento da placenta ou ruptura uterina.[29] Aborto espontâneo e alteração cervical com trabalho de parto desencadeiam sangramento fisiológico.

O descolamento da placenta (separação prematura entre a placenta e o útero) complica 0.3% a 1% dos partos.[30] Alguns casos ocorrem após trauma abdominal.[31] A etiologia exata de casos não traumáticos é desconhecida. Os fatores de risco incluem pré-eclâmpsia, tabagismo, hipertensão, uso de cocaína pela mãe e descolamento da placenta prévio.[32] [33] [34] O sangramento geralmente é acompanhado por dores e contrações abdominais.

A placenta prévia é definida quando a placenta recobre a abertura do óstio cervical. Ela pode ser completa, parcial ou marginal e pode se resolver à medida que a gestação evolui. A placenta prévia sintomática geralmente se apresenta como um sangramento vaginal indolor no segundo ou terceiro trimestre.[29]

Os fatores de risco incluem placentação anormal prévia, parto cesáreo prévio, idade avançada da mãe, paridade elevada, fertilização in vitro, intervalos curtos entre gestações e uso de substâncias ilícitas.[35] [36]

Ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses para a prevenção da pré-eclâmpsia não parece aumentar o risco de sangramento pré-parto.[37] [38] AAS para prevenir a pré-eclâmpsia pode aumentar o risco de sangramento pós-parto; as evidências são inconsistentes.[39] [40] [41] [42]

Sangramento pós-menopausa

O sangramento vaginal é comum nos primeiros 4 a 6 meses de terapia de reposição hormonal (TRH) com estrogênio e progesterona. O sangramento vaginal persistente na pós-menopausa, e qualquer sangramento pós-menopausa em uma mulher que não faça TRH, exige investigação mais aprofundada.

Mais de 90% das mulheres com câncer de endométrio apresentam sangramento pós-menopausa, e 9% das mulheres com sangramento pós-menopausa têm câncer de endométrio.[43]

O sangramento pós-menopausa também está associado ao câncer de ovário.[44]

A vaginite atrófica associada ao hipoestrogenismo é comum em mulheres menopausadas. O sangramento associado à vaginite atrófica pode ser encontrado depois de um trauma mecânico associado à relação sexual e ao uso de pessários vaginais de encaixe imperfeito, ou não provocado.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnósticos diferenciais](#) para obter mais detalhes)

Gravidez ectópica

Os sintomas clássicos são dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal.

O manejo da gravidez ectópica pode ser expectante, clínico (metotrexato) ou cirúrgico, dependendo de critérios específicos. Consulte as diretrizes locais.[\[25\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#) [\[47\]](#)

Os sinais de alerta incluem sinais vitais instáveis ou abdome agudo.

Caso a gravidez ectópica apresente ruptura, o tratamento depende da estabilidade hemodinâmica da paciente. A hemorragia de uma gravidez ectópica causa choque hipovolêmico com rapidez. Portanto, o manejo dessas pacientes envolve a estabilização com ressuscitação fluídica de emergência, transfusão de sangue conforme a necessidade e a transferência imediata para a sala de cirurgia, para o controle definitivo do sangramento.

A salpingectomia laparoscópica é a abordagem cirúrgica padrão para o tratamento da gravidez ectópica em paciente hemodinamicamente estável (mesmo na presença de hemoperitônio). Em pacientes hemodinamicamente instáveis, a abordagem cirúrgica dependerá da experiência e julgamento do cirurgião e será decidida em consulta com o anestesista. A laparotomia pode ser adequada.

Descolamento da placenta

Geralmente se manifesta com sangramento, dor abdominal e contrações no segundo ou terceiro trimestre de gestação. Para todas as mulheres com descolamento da placenta, o tratamento inicial deve consistir em estabilização e monitorização do feto e da mãe. Os objetivos são evitar hipovolemia, anemia e coagulopatia intravascular disseminada (CIVD). O tratamento inclui:

- Acesso intravenoso com cânula de calibre largo
- Hemograma completo para evidência de anemia. Os níveis de hematócrito (Hct) e hemoglobina (Hb) podem ser baixos
- Perfil de coagulação procurando evidências de seu comprometimento. Níveis baixos de fibrinogênio e um tempo de protrombina (TP) prolongado sugerem coagulação comprometida devido a coagulopatia intravascular disseminada (CIVD)
- Monitorização do estado hemodinâmico da paciente (pressão arterial [PA], pulso, ingestão de líquidos e débito urinário)
- Monitorização fetal contínua
- Imunoglobulina antiD em mulheres com Rh negativo
- Reposição de fluidos, sangue ou hemoderivados, conforme indicado
- Exame sonográfico da localização placentária e evidência de descolamento. A placenta prévia encontrada na sonografia torna o descolamento da placenta improvável.

O tratamento subsequente depende da idade gestacional e das condições da mãe e do feto.

Abuso sexual

A possibilidade de abuso sexual deve ser considerada em qualquer paciente com sangramento vaginal pré-puberal.

Comportamento sexualizado, sintomas depressivos, agressividade, perturbação do sono, regressão e queixas geniturinárias frequentes ou persistentes podem indicar abuso sexual, embora sejam inespecíficos e a força de associação com o abuso infantil não esteja quantificada. As crianças e adolescentes podem apresentar queixas somáticas como cefaleia ou dor abdominal recorrente.[48] [49] O exame é normal ou inespecífico na maioria das crianças que foram abusadas sexualmente.[50] [51]

A criança deve ser entrevistada sozinha, se possível, e questionada com perguntas abertas, em tom de voz neutro.[52]

Se houver suspeita de abuso sexual, siga os protocolos locais para relatar suspeitas de abuso sexual. Em muitos países, foram desenvolvidos centros específicos de violência sexual com equipes especialmente treinadas e instalações adequadas.

Abordagem

Muitas causas de sangramento vaginal podem ser diagnosticadas clinicamente com a anamnese e o exame físico. Geralmente, as investigações adicionais são feitas por ultrassonografia pélvica ou colposcopia.

Descarte sangramento uretral ou retal como origem do sangramento.

História

A avaliação do sangramento vaginal deve incluir uma história detalhada da natureza e extensão do sangramento. Isso deve incluir a frequência, o volume e a duração do sangramento e quaisquer fatores precipitantes. A história deve ser adaptada à idade do paciente, pois isso determina os prováveis diagnósticos diferenciais.

Pacientes pré-menarca

Investigue sobre a presença de pelos pubianos e axilares, desenvolvimento das mamas e aumento da velocidade de crescimento. Se presentes, esses fatores podem indicar puberdade precoce; a puberdade em meninas <8 anos é considerada precoce.[53]

Considere qualquer história de trauma. A maioria das lesões é fechada, por exemplo, após queda no quadro da bicicleta, braço da cadeira ou degrau da escada.[54]

Pergunte se um corpo estranho pode ter sido inserido na vagina, embora as crianças possam não divulgar essa informação ou possam ser muito pequenas para comunicá-la. Pedacos de papel higiênico são o corpo estranho mais comum identificado, mas também foram relatados tampas de caneta, cotonetes, fechos de segurança e brinquedos pequenos.[13]

Prurido, corrimento, dor, desconforto e/ou disúria podem indicar vulvovaginite.[55] Embora seja um problema ginecológico pediátrico comum, a vulvovaginite raramente causa sangramento, a menos que haja inflamação ou escoriação grave.

A possibilidade de abuso sexual deve ser considerada em qualquer paciente com sangramento vaginal pré-puberal. Comportamento sexualizado, sintomas depressivos, agressividade, perturbação do sono, regressão e queixas geniturinárias frequentes ou persistentes podem indicar abuso sexual, embora sejam inespecíficos e a força de associação com o abuso infantil não esteja quantificada. As crianças podem apresentar queixas somáticas como cefaleia ou dor abdominal recorrente.[48] [49] A criança deve ser entrevistada sozinha, se possível, e questionada com perguntas abertas, em tom de voz neutro.[52]

A passagem de fragmentos de tecido ou a presença de uma massa na abertura vaginal podem indicar rabinomiossarcoma.[13]

Pacientes em idade reprodutiva

A parte inicial da anamnese deve dedicar-se a estabelecer se a paciente pode estar grávida. Pergunte detalhes sobre o último período menstrual, o uso de contraceptivos e a atividade sexual. Caso a paciente possa estar grávida, isso deve ser confirmado por um teste de gravidez urinário o mais rápido possível. A gravidez altera o diagnóstico diferencial e o foco da avaliação.

As perguntas iniciais devem explorar os detalhes do sangramento e quaisquer sintomas associados. As perguntas podem incluir:

- Duração dos sintomas de sangramento
- Frequência dos episódios de sangramento
- Volume do sangramento e duração de cada episódio
- Relação do sangramento com a relação sexual e a menstruação

Os sintomas associados podem incluir:

- Dispareunia: pode estar presente no câncer cervical ou cervicite
- Dor pélvica: pode estar presente no câncer cervical
- Corrimento vaginal: pode indicar cervicite, câncer cervical, vaginite
- Disúria: pode indicar infecção sexualmente transmissível que causa cervicite
- Dor na coluna lombar: pode ocorrer no câncer cervical invasivo
- Pode ocorrer prurido na vaginite

Uma história médica, sexual e de drogas deve ser obtida.

A história médica deve esclarecer:

- Datas de esfregaços prévios e quaisquer anormalidades
- Infecção por HPV prévia (fator de risco para câncer cervical e vaginal)
- Imunossupressão (fator de risco para câncer cervical)
- Qualquer história de câncer (possibilidade de metástase vaginal)

Uma breve história sexual é útil para estabelecer o risco do paciente de uma infecção sexualmente transmissível (IST), que pode causar cervicite. Isso deve incluir:[56]

- Data do último contato sexual e número de parceiros nos últimos 3 meses
- Parceiros sexuais, locais anatômicos de exposição e uso de preservativo
- Qualquer suspeita de infecção, risco de infecção ou sintomas nos parceiros
- Qualquer IST prévia

Pergunte sobre o uso de contraceptivos e, em mulheres na perimenopausa, sangramento menstrual irregular e início da terapia de reposição hormonal:

- Contracepção: a contracepção hormonal pode causar sangramento vaginal irregular e aumenta a probabilidade de ectrópio cervical
- Terapia de reposição hormonal: o sangramento vaginal é comum nos primeiros 4 a 6 meses de uso da terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona.

Pacientes gestantes

Além das considerações relativas às mulheres em idade reprodutiva, o médico deve perguntar sobre:

- a data do último período menstrual e tempo de gestação
- se o local da gravidez é conhecido
- gestações prévias, seus desfechos e complicações
- presença de movimentação fetal (segundo e terceiro trimestres)
- qualquer trauma no abdome (inclusive violência íntima do parceiro)
- se o sangramento está associado a dor
- qualquer sintoma que sugira hipovolemia ou hemoperitônio, por exemplo, tontura ou dor no ombro. O sangramento das tubas uterinas pode irritar o diafragma, ocasionando dor referida no ombro

Pacientes menopausadas

Esclareça a data do último período menstrual. A menopausa é diagnosticada retrospectivamente quando 12 meses se passaram desde o último período menstrual. O sangramento menstrual irregular é comum na perimenopausa e pode ocorrer nos primeiros 4 a 6 meses de uso da terapia de reposição hormonal.

É adequado fazer as mesmas perguntas feitas a mulheres em idade reprodutiva (veja acima).

O risco de câncer é maior nessa faixa etária. O médico deve investigar os fatores de risco de neoplasia maligna ginecológica, inclusive:

- obesidade, exposição a estrogênio endógeno ou exógeno sem oposição, uso de tamoxifeno, história de hiperplasia intraepitelial endometrial, história de síndrome do ovário policístico (fatores de risco de câncer de endométrio)
- Qualquer mutação do gene BRCA conhecida
- História familiar de câncer de mama ou ginecológico.

Exame físico

O exame deve incluir a inspeção da vulva, períneo e área anal em busca de causas não vaginais do sangramento, como lesões vulvares ou fissuras anais.

Os sinais vitais devem ser verificados se houver preocupações relativas à instabilidade hemodinâmica, por exemplo, sangramento intenso ou suspeita de gravidez ectópica.

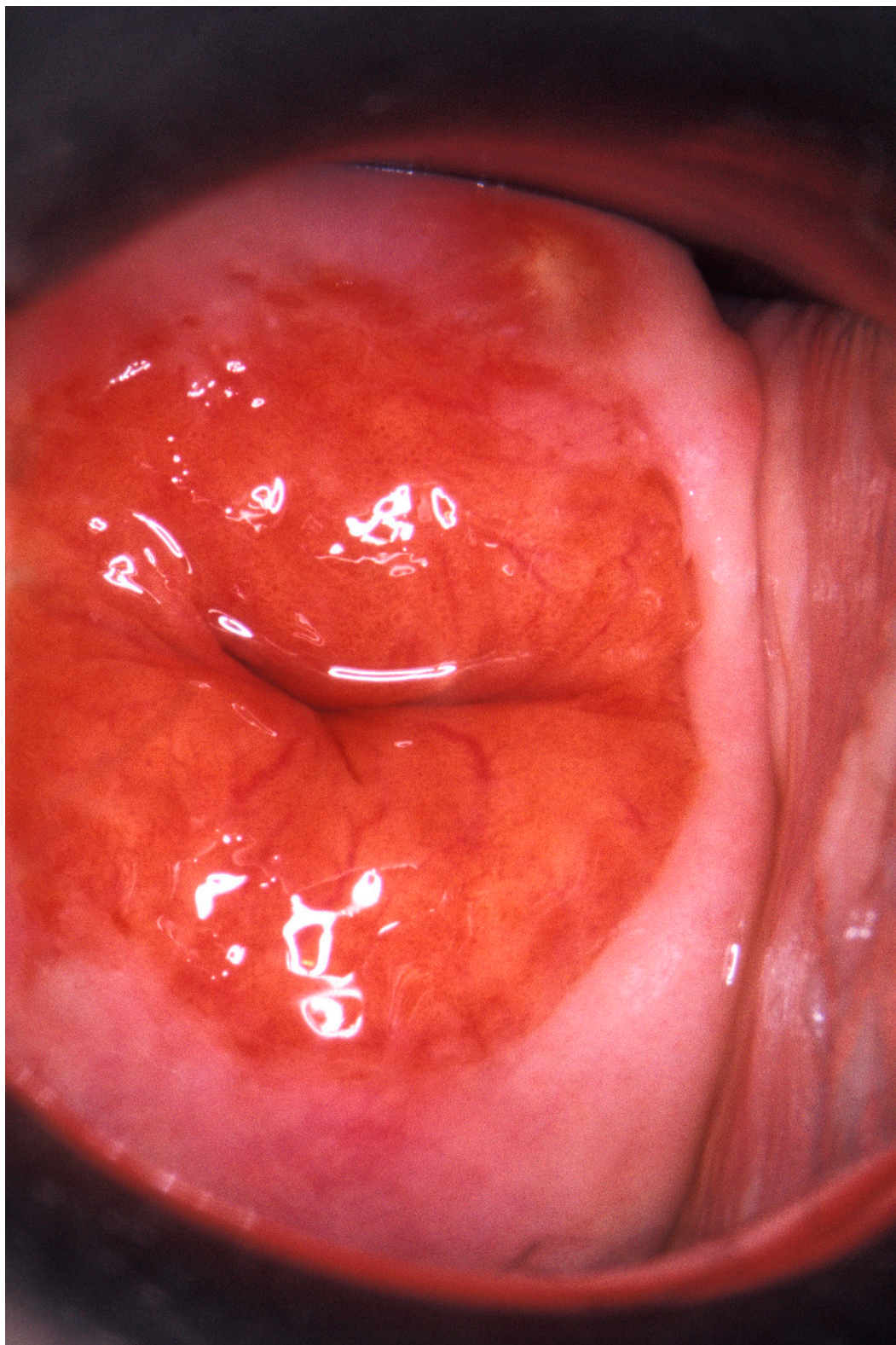
Todas as mulheres com sangramento vaginal anormal devem ser submetidas aos componentes adequados do exame pélvico para identificar doença benigna ou maligna.^[57]

Os possíveis achados no exame bimanual são:^[58]

- Dor à mobilização do colo: pode indicar gravidez ectópica ou cervicite
- Dor à palpação anexial: pode indicar gravidez ectópica
- Massa anexial: pode indicar gravidez ectópica ou câncer de ovário
- Massa uterina no câncer de endométrio

Caso o exame pélvico sugira neoplasia maligna, examine o quadrante superior direito e os linfonodos na virilha e nas regiões supraclaviculares.[59] Se houver suspeita de placenta prévia, não realize exame digital vaginal até que a ultrassonografia tenha descartado essa condição.[29] [60]

O exame especular pode revelar lesões cervicais ou vaginais estruturais como fonte do sangramento, como câncer cervical, pólipos cervicais ou ectrópio cervical.



Erosão cervical

Science Photo Library; usado com permissão

*Pólipo cervical**Science Photo Library; usado com permissão*

Em pacientes com cervicite, o exsudato inflamatório pode ser visível no orifício. O colo uterino pode sangrar facilmente com o contato. Hemorragias cervicais pontilhadas ("colo uterino em morango") estão altamente associadas à infecção por T vaginalis.[61] A vagina é tipicamente eritematosa e sensível à palpação.

As verrugas genitais (condilomata acuminata) podem ser visíveis como pápulas carnudas verrucosas. As pápulas podem coalescer formando grandes placas. O tamanho das lesões varia de alguns milímetros a vários centímetros. As verrugas podem localizar-se em qualquer parte da área genital ou anogenital, inclusive nas superfícies das mucosas. A coloração varia de esbranquiçada à cor da pele, de hiperpigmentada a eritematosa.[24]

A mucosa vaginal parece fina e friável na vaginite atrófica.[62] Pode ser eritematoso ou pálido e brilhante. O eritema ou edema vulvar pode acompanhar a vaginite por Cândida.

Se a mulher estiver no segundo ou terceiro trimestre de gestação, apalpe o útero pelo abdome e tente auscultar o coração do feto. Pode ocorrer sensibilidade uterina no descolamento da placenta, e o útero pode parecer rígido na palpação.[63]

O exame físico interno raramente é realizado em meninas pré-púberes. Geralmente, o mais adequado é encaminhar a criança a um ginecologista pediátrico para ser examinada. Muitas pacientes precisam ser sedadas ou anestesiadas para possibilitar um exame físico adequado.

O exame é normal ou inespecífico na maioria das crianças que foram abusadas sexualmente.[50] [51] Se houver suspeita de abuso sexual, siga os protocolos locais para relatar suspeitas de abuso sexual. Em muitos países, centros específicos de violência sexual foram desenvolvidos, com equipes e instalações especialmente treinadas.

Avaliação laboratorial

O teste de gravidez urinário ou sérico hCG (gonadotrofina coriônica humana) deve ser realizado se houver possibilidade de gravidez.

Deve ser realizado hemograma completo para detectar anemia em gestantes com sangramento vaginal intenso. Deve-se considerar a necessidade de profilaxia com imunoglobulina Rho (D). A tipagem sanguínea para grupo RH materna deve ser verificado, se ainda não for conhecido. O teste de Kleihauer-Betke determina o tamanho e a presença de hemorragia feto-materna.

O hormônio luteinizante sérico, o hormônio folículo-estimulante, o estrogênio e o perfil de androgênios devem ser medidos em casos de suspeita de puberdade precoce.

As mulheres com cervicite ou vaginite devem ser submetidas a exames de infecções sexualmente transmissíveis.[15] Isso deve incluir testes de amplificação de ácidos nucleicos para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, testes rápidos para *Trichomonas vaginalis*, exame de câmara úmida e coloração de Gram de secreção cervical, teste do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) plasmático ou teste de reagina plasmática rápida (RPR) para rastreamento de sífilis, e rastreamento de HIV, hepatite B e hepatite C. O teste do pH vaginal é útil para distinguir entre vaginose bacteriana (pH >4.5) e vaginite por cândida (pH ≤4.5)

Colposcopia

A colposcopia fornece uma visão ampliada do colo uterino e dos tecidos da vagina e vulva. Lesões pré-malignas e malignas com características específicas visíveis na colposcopia podem, portanto, ser detectadas nessas áreas (por exemplo, vascularidade anormal, alteração branca com ácido acético e lesões exofíticas são os principais critérios diagnósticos para o câncer cervical).

A colposcopia permite que o médico realize biópsias para o exame histológico. As mulheres que apresentarem episódios persistentes ou recorrentes de sangramento pós-coital devem ser encaminhadas a um ginecologista para a colposcopia.

Exames por imagem

A ultrassonografia pélvica transvaginal ou transabdominal é a investigação de primeira linha para a maioria das mulheres que requer exame de imagem.[29] [64] [65] É indicado para suspeita de aborto espontâneo, gravidez ectópica, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, câncer de ovário, câncer de endométrio e puberdade precoce.

Em mulheres com sangramento pós-menopausa, um espessamento endometrial de 4 mm ou menos tem um valor preditivo negativo acima de 99% para descartar câncer de endométrio.[66]

Se houver suspeita de câncer de ovário ou cervical, a TC pélvica ou abdominal pode avaliar se a doença está avançada.

A RNM pode avaliar a extensão da invasão miometrial em pacientes com placenta prévia e câncer de endométrio.[35]

Biópsia

A biópsia do endométrio é realizada para diagnosticar neoplasia intraepitelial endometrial e câncer de endométrio.[67] A maioria das mulheres que apresenta sangramento vaginal após a menopausa será

submetida a uma biópsia endometrial, particularmente quando a ultrassonografia sugerir o espessamento do endométrio, fatores de risco para neoplasia estiverem presentes e/ou quando o sangramento for recorrente na ausência de história de terapia hormonal.

A biópsia cervical deve ser realizada se houver suspeita de câncer cervical.

No câncer de ovário, a biópsia avalia o risco de derramamento de células de câncer, portanto a extirpação cirúrgica do ovário afetado ou a paracentese ou toracocentese do fluido peritoneal/pleural geralmente é necessária.[68]

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comuns

Câncer cervical

Aborto espontâneo

Pólipo cervical

Ectrópio

Iatrogênica

Incomuns

Câncer de endométrio

Câncer de ovário

Câncer vaginal

Gravidez ectópica

Descolamento da placenta

Placenta prévia

Cervicite

Vaginite

Abuso sexual em crianças

Sangramento uterino neonatal

Puberdade precoce

Trauma genital

Corpo estranho vaginal

Condilomata acuminata

Diagnósticos diferenciais

Comuns

Câncer cervical

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
história de citologia cervical anormal (esfregaço de Papanicolaou ou citologia em meio líquido); sangramento de contato (associado a relação sexual ou exame bimanual); dor na pelve; possível história de múltiplos parceiros sexuais e atividade sexual de início precoce (<18 anos de idade), tabagismo, imunossupressão, situação socioeconômica baixa e uso de contraceptivo oral	massa cervical ou sangramento no exame vaginal/especular	» colposcopia : lesões cervicais anormais e/ou sangramento cervical Vascularidade anormal, alteração branca com ácido acético e lesões exofíticas são os principais critérios diagnósticos.	» biópsia cervical : células malignas Confirma o diagnóstico e estabelece doença invasiva.

Aborto espontâneo

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
período menstrual ausente prévio; sangramento vaginal com ou sem coágulos; pode estar associado a dor pélvica ou a sangramento pós-coito recente	o exame vaginal com espéculo pode revelar produtos de concepção na parte superior da vagina ou com protrusão na abertura do óstio cervical.	» gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária : positiva Títulos de hCG sérica seriada são úteis se houver incerteza diagnóstica. Uma queda de >50% em 48 horas é sugestiva de interrupção da gestação. Um aumento no hCG sérico de mais de 50% em um período de 48 horas é sugestivo de	» Hemograma completo : normal ou anemia » tipagem sanguínea para grupo RH : identifica o grupo sanguíneo de Rh negativo maternal, se presente Indica a necessidade de imunoglobulina antiD.

Comuns			
Aborto espontâneo			
História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		possível gravidez em andamento. »ultrassonografia transvaginal: sem saco vitelino ou embrião visível; sem atividade cardíaca visível em embrião ≥ 7 mm Diferencia entre os estágios distintos e os tipos de aborto espontâneo.	
◇ Pólipo cervical			
História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
sangramento de contato (por exemplo, sangramento pós-coital, após o exame vaginal), paciente geralmente com mais de 40 anos	o exame especular pode revelar o pólipo cervical	»nenhuma: diagnóstico clínico Massa lisa, lobular, friável  <i>Pólipo cervical</i> <i>Science Photo Library; usado com permissão</i>	»histeroscopia: visualização do pólipo Também útil para detectar pólipos endometriais concomitantes (presentes em 26% dos pacientes com sangramento por pólipo cervical).[69] »ultrassonografia transvaginal: visualização do pólipo Também útil para detectar pólipos endometriais concomitantes (presentes em 26% dos pacientes com sangramento por pólipo cervical).[69]

Comuns

◊ Ectrópio

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
geralmente uma história de sangramento de contato (por exemplo, pós-coito)	o exame especular do colo uterino revela o colo externo vermelho e não rosa, devido ao deslocamento da junção escamo colunar (JEC)	» colposcopia: visualização de área suspeita Útil para descartar neoplasia intraepitelial cervical e câncer.	

◊ Iatrogênica

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
uso de contracepção hormonal ou terapia de reposição hormonal; uso omitido, atrasado ou errático da pílula; sangramento indolor errático	exame físico normal	» nenhuma: diagnóstico clínico	» Citologia cervical: normal Deve ser oferecido a mulheres elegíveis para rastreamento cervical e uso de esfregaço.

Incomuns

🚩 Câncer de endométrio

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
geralmente >50 anos de idade, sangramento intermenstrual, obesidade, nuliparidade, história de síndrome do ovário policístico, menopausa tardia, uso de estrogênio sem progesterona, uso de tamoxifeno, tabagismo, história pessoal ou familiar de câncer de cólon hereditário sem polipose	aumento e irregularidade do útero no exame bimanual	» ultrassonografia transvaginal: endométrio focalmente espessado O espessamento endometrial, particularmente em mulheres mais velhas no período pós-menopausa, é altamente sugestivo do câncer de endométrio.	» biópsia do endométrio: adenocarcinoma endometrial presente Confirmação histológica do diagnóstico. Também pode identificar subtipo e grau, e permite a análise do biomarcador usando a imuno-histoquímica.

Incomuns

 Câncer de ovário

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
história familiar de câncer de ovário ou de mama, mutação conhecida do BRCA1 ou BRCA2; os sintomas gastrointestinais inespecíficos podem ser mais proeminentes que os sintomas ginecológicos (por exemplo, distensão abdominal, náusea, dispepsia, diarreia, constipação), e a urgência urinária é comum	massa pélvica; massa anexial ou retovaginal no exame pélvico	» ultrassonografia transvaginal: presença de massa sólida, complexa, septada, multiloculada; fluxo sanguíneo intenso	» tomografia computadorizada (TC) da pelve e do abdome: espessamento peritoneal, linfonodos aumentados, ascite, espessamento omental, metástases hepáticas A TC pode avaliar a doença avançada (por exemplo, na área abdominal superior). » histopatologia: crescimento destrutivo infiltrante mais bem demonstrado por grupos de células desorganizadas, geralmente com desmoplasia » CA 125 (antígeno oncofetal 125): >35 U/mL Um nível elevado de CA-125 é mais preditivo de neoplasia maligna em mulheres menopausadas do que em mulheres na pré-menopausa.[70] [71]

 Câncer vaginal

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
história de sangramento por contato (por exemplo, sangramento pós-coito)	o exame especular pode revelar tumor vaginal e áreas suspeitas que sangram ao toque	» colposcopia: vasculatura anormal, epitélio acetobranco	» biópsia vaginal: células malignas Confirma o diagnóstico e estabelece doença invasiva.

Incomuns

Gravidez ectópica

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
ausência de período menstrual prévio, dor pélvica, história pregressa de gravidez ectópica ou infecção pélvica, cirurgia tubária prévia ou uso de tecnologias de reprodução assistida	dor abdominal inferior à palpação; dor e massa palpável no exame bimanual; dor à mobilização do colo; massa anexial raramente palpável; sinais de alerta de possível ruptura incluindo hipotensão, taquicardia, proteção abdominal involuntária, dor referida para o ombro	» ultrassonografia (abdominal e transvaginal): ausência de gravidez intrauterina; saco gestacional no local extrauterino; ocasional presença de fluido na bolsa de Douglas » gonadotropina coriônica humana (hCG) sérica ou urinária: positiva	» Hemograma completo: normal ou anemia

Descolamento da placenta

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
sangramento vaginal, dor abdominal e contrações uterinas; geralmente ocorre no segundo ou terceiro trimestre; história de tabagismo ou uso de cocaína pela mãe, trauma (por exemplo, envolvimento em acidente com veículo automotor ou vítima de violência doméstica), hipertensão, descolamento da placenta prévio	útero rígido sensível à palpação, contrações uterinas; hipotensão e taquicardia em hemorragias maiores	» monitorização fetal: anormalidades no traçado que sugerem descolamento: desacelerações tardias, perda de variabilidade, desacelerações variáveis, traçado sinusoidal da frequência cardíaca fetal e bradicardia fetal, definida como uma frequência cardíaca fetal persistentemente abaixo de 110 batimentos por minuto Nos casos de suspeita de descolamento da placenta, a frequência cardíaca fetal deve ser monitorada continuamente, pelo menos inicialmente. Dependendo da estabilidade da mãe e do feto e da idade gestacional na	» estudos de coagulação (tempo de protrombina [TP], tempo de tromboplastina parcial [TTP], fibrinogênio e produtos de metabolização do fibrinogênio): anormais O descolamento significativo pode causar plaquetopenia e coagulopatia. Deve ser realizado se a mulher apresentar hemorragia maior, se a contagem plaquetária estiver anormal em mulheres com hemorragia menor ou se houver evidências de coagulação intravascular disseminada. ^[72]

Incomuns			
🚩 Descolamento da placenta			
História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		apresentação, mais tarde a monitorização pode ser intermitente e com base caso a caso. »Hemograma completo: normal ou anemia ou trombocitopenia Pode ser normal se o sangramento não foi excessivo, ou antes que a reposição do volume tenha ocorrido. Nos casos de sangramento grave ou prolongado, a anemia pode estar presente. »tipagem sanguínea e prova cruzada: preparação para transfusão/cirurgia O sangue deve ser submetido a prova cruzada na hemorragia maior.[72] Imunoglobulina anti-D requerida em mulheres Rh-negativas. »ultrassonografia: hematoma retroplacentário (hiperecoico, isoecoico, hipoeicoico); hematoma pré-placentário (aparência de geleia com um efeito de brilho da placa coriônica com movimentação fetal); espessura e ecogenicidade elevadas da placenta; acúmulo subcoriônico ou marginal	

Incomuns

 Descolamento da placenta

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		A ultrassonografia é altamente específica (96%), mas não muito sensível (24%) para o diagnóstico de descolamento da placenta.[73] A ultrassonografia também é crucial para excluir outras causas do sangramento ou dor, como placenta prévia ou mioma.	

 Placenta prévia

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
sangramento vaginal indolor, geralmente presente no segundo ou terceiro trimestre; história de parto cesáreo prévio, placentação anormal prévia, elevada paridade, fertilização in vitro, idade materna avançada	ausência de causas cervicais/vaginais de sangramento e no exame especular; útero insensível à palpação; pressão arterial baixa; taquicardia	»ultrassonografia transabdominal: posição da placenta; variável Ferramenta de rastreamento inicial preferida para placenta prévia. A análise com fluxometria colorida duplex com Doppler é usada como adjuvante para identificar os vasos sobrepostos ao óstio cervical interno e diferenciar os vasos fetais dos vasos maternos.[29] »Hemograma completo: hemoglobina (Hb) baixa no sangramento agudo A hemoglobina geralmente diminui na	»estudos de coagulação (tempo de protrombina [TP], tempo de tromboplastina parcial [TTP], fibrinogênio e produtos de metabolização do fibrinogênio): o resultado pode ser anormal Deve ser realizado se a mulher apresentar hemorragia maior, se a contagem plaquetária estiver anormal em mulheres com hemorragia menor ou se houver evidências de coagulação intravascular disseminada.[72]

Incomuns

 Placenta prévia

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		gestação, e os valores normais variam de acordo com a idade gestacional (podendo ser de apenas 0.1 g/L [10 mg/dL] no meio da gestação). Pacientes com sangramento significativo podem apresentar Hb <0.1 g/L (10 mg/dL). »tipagem sanguínea e prova cruzada: preparação para transfusão/cirurgia O sangue deve ser submetido a prova cruzada na hemorragia maior.[72]	»RNM: posição da placenta e grau de invasão do útero; variável Avalia a profundidade da invasão e a extensão lateral da invasão miometrial, especialmente com placentação posterior e/ou em mulheres com sinais de invasão parametrial na ultrassonografia.[29]

◇ Cervicite

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
múltiplos parceiros sexuais, história de infecção sexualmente transmissível, vaginose bacteriana, relação sexual sem proteção, sangramento intermenstrual/pós-coito, dispareunia, disúria	corrimento vaginal ou cervical purulento; colo uterino friável e doloroso no exame digital ou uso de raspado da mucosa (swab); inflamação vulvar ou vaginal; colo uterino em morango	»teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT): positivos para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae Urina, swab vaginal (autocoletado), swab cervical ou combinados com rastreamento citológico cervical. Os espécimes cervicais possuem a mais alta sensibilidade, porém, amostras de urina e alguns swabs vaginais	»cultura cervical em placas de ágar Thayer-Martin: crescimento de patógeno Para a detecção de N gonorrhoeae. »Citologia cervical: normal Deve ser oferecido a mulheres elegíveis para rastreamento. »sorologia do HIV: negativo Não é uma causa de cervicite, mas o teste

Incomuns

◊ Cervicite

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		também apresentam capacidade preditiva comparável. »exame com preparado da câmara úmida do corrimento cervical: >10 leucócitos por campo de grande aumento do fluido vaginal (leucorreia) Indicador sensível de inflamação cervical na ausência de vaginite inflamatória.[74] Alto valor preditivo negativo nas pacientes com alto risco de infecção (<26 anos de idade). A microscopia apresenta sensibilidade de apenas cerca de 50% para a detecção de Trichomonas vaginalis; as mulheres sintomáticas com cervicite de microscopia de câmara úmida negativa para trichomonas devem realizar exames adicionais.[15] »testes rápidos (OSOM Trichomonas, Affirm VP III): positivo para Trichomonas vaginalis Os resultados do teste rápido para Trichomonas OSOM ficam disponíveis em 10 minutos no máximo,	deve ser oferecido caso qualquer outra infecção sexualmente transmissível seja diagnosticada. »sorologia para hepatite B e C: negativo A sífilis não é uma causa de cervicite, mas o teste deve ser oferecido caso qualquer outra infecção sexualmente transmissível seja diagnosticada. »teste de reagina plasmática rápida ou exame laboratorial para investigação de doença venérea: negativo A sífilis não é uma causa de cervicite, mas o teste deve ser oferecido caso qualquer outra infecção sexualmente transmissível seja diagnosticada.

Incomuns

◇ Cervicite

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		com sensibilidade e especificidade de 82% a 95% e 97% a 100%, respectivamente. Os resultados do Affirm VP III ficam disponíveis em até 45 minutos, com sensibilidade e especificidade de 97.0% e 81.0%, respectivamente.[15] »coloração de Gram de secreção cervical: Morfotipo dos Lactobacillus reduzido ou ausente Pontuação efetuada de acordo com a classificação de Nugent (contando os morfotipos bacterianos). Lactobacilos reduzidos ou ausentes indicam vaginose bacteriana.[75]	

◇ Vaginite

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
presença de dispositivo intrauterino; uso de pílula contraceptiva oral; uso de duchas; atividade sexual; higiene insuficiente ou excessiva; uso prévio de antibiótico; infecção por HIV e diabetes; corrimento vaginal, disúria, dispareunia, sangramento	corrimento aderente à mucosa vaginal; eritema, epitélio pálido e brilhante, diminuição da elasticidade, epitélio friável (vaginite atrófica); o eritema ou edema vulvar pode acompanhar a vaginite por Candida.	»potencial hidrogeniônico (pH): elevado/normal Geralmente, o pH da vagina é 4.5 nas mulheres em idade fértil, 6.0-7.0 nas menopausadas e elevado nas infecções bacterianas, incluindo	»teste de amplificação de ácido nucleico: pode ser positivo para clamídia ou gonorreia O rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis deve ser considerado em todos os pacientes com vaginite infecciosa.

Incomuns

◇ Vaginite

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
intermenstrual/pós-coito; prurido		tricomoniase e vaginite atrófica. Geralmente, as infecções por <i>Candida</i> apresentam-se com um pH dentro do intervalo normal. »teste das aminas de 'Whiff': positivo na vaginose bacteriana Aminas voláteis (odor de peixe) não estão presentes nos fluidos vaginais normais. A presença de odor de peixe após a adição de 10% de hidróxido de potássio (KOH) à amostra vaginal é um resultado positivo da vaginose bacteriana. »microscopia de preparado de câmara úmida: identificação de infecções bacterianas e por levedura Amostras vaginais adicionadas a 2 lâminas diferentes, 1 com solução salina e 1 com solução de KOH. Vaginose bacteriana: células indicadoras presentes, observadas como células epiteliais vaginais cobertas com muitos bastonetes e cocos, com aparência granular.	»sorologia do HIV: negativo O rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis deve ser considerado em todos os pacientes com vaginite infecciosa. »sorologia para hepatite B e C: negativo O rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis deve ser considerado em todos os pacientes com vaginite infecciosa. »teste de reagina plasmática rápida ou exame laboratorial para investigação de doença venérea: negativo O rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis deve ser considerado em todos os pacientes com vaginite infecciosa.

Incomuns			
◇ Vaginite			
História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		Número reduzido de lactobacilos e leucócitos ausentes. Candidíase: a levedura em hifa e de brotamento é observada melhor na microscopia com solução de hidróxido de potássio. Tricomoníase: número significativo de leucócitos e células epiteliais. O parasita é um protozoário móvel em formato oval ou fusiforme com 15 mm de comprimento. »coloração de Gram de secreções vaginais: Morfotipo dos Lactobacillus reduzido ou ausente Pontuação efetuada de acordo com a classificação de Nugent (contando os morfotipos bacterianos). Lactobacilos reduzidos ou ausentes indicam vaginose bacteriana.[75]	
🚩 Abuso sexual em crianças			
História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
é necessário alto índice de suspeita; os	geralmente normal; pode haver lesão	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Incomuns

 Abuso sexual em crianças

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
sintomas, geralmente inespecíficos, podem incluir queixas geniturinárias frequentes ou persistentes, queixas somáticas crônicas (por exemplo, cefaleia ou dor abdominal recorrente), depressão, comportamento sexualizado, agressividade, regressão ou perturbação do sono	fechada, corrimento vaginal, lesões anogenitais, anormalidades no hímen, fissuras ou dobras anais	Se houver suspeita de abuso sexual, siga os protocolos locais para relatar suspeitas de abuso sexual. Em muitos países, foram desenvolvidos centros específicos de violência sexual com equipes especialmente treinadas e instalações adequadas.	

◇ **Sangramento uterino neonatal**

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
neonato do sexo feminino nos dias 3 a 5 de vida	normal	»nenhuma: diagnóstico clínico	

◇ **Puberdade precoce**

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
idade <8 anos, desenvolvimento das mamas, crescimento de pelos púbicos e axilares, aumento da velocidade de crescimento	desenvolvimento das mamas, estatura alta	» avaliação da idade óssea: avançada Uma radiografia da mão/punho esquerdo(a) auxilia a estimar a idade óssea. A aparência radiográfica de centros epifisários representativos é comparada aos padrões apropriados publicados para a idade e o sexo. » hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio	

Incomuns			
◇ Puberdade precoce			
História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		luteinizante (LH) séricos: anormais A medição laboratorial das concentrações séricas de FSH e LH ajuda a diferenciar pacientes com puberdade precoce dependente de gonadotrofinas (PPDG), com níveis elevados, daqueles com puberdade precoce independente de gonadotrofinas (PPIG), com níveis baixos. A medição do FSH e LH séricos deve ser realizada em uma amostra de sangue extraída pela manhã, usando um ensaio pediátrico ultrasensível. Deve-se ter cautela na interpretação dos níveis de gonadotrofina em pacientes com PPIG de longa duração, pois a exposição prolongada a níveis elevados de esteroides sexuais causa a PPDG. »estrogênio sérico: geralmente elevado »perfil de androgênios: detecção de desidroepiandrosterona	

Incomuns

◇ Puberdade precoce

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
		(DHEA) e sulfato de DHEA » ultrassonografia pélvica: aumento do útero, espessamento do endométrio, pode mostrar cistos ou tumores no ovário	

◇ Trauma genital

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
história de trauma, geralmente lesão fechada; hematúria ou incapacidade de expelir urina em caso de lesão uretral	hematoma vulvar, laceração, hematoma	» nenhuma: diagnóstico clínico	» exame sob anestesia: variável O exame sob anestesia deve ser considerado se for essencial para fazer o diagnóstico ou para oferecer um tratamento definitivo, ou se houver suspeita clínica de lesão uretral. [76]

◇ Corpo estranho vaginal

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
corrimento com odor desagradável e/ou sangue	Corpo estranho vaginal	» nenhuma: diagnóstico clínico	» exame sob anestesia ou sedação: presença de corpo estranho Considerado se a criança não tolerar o exame físico.

◇ Condilomata acuminata

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
pode haver história de trauma a verruga genital ou história	pápula carnuda verrucosa que pode	» nenhuma: diagnóstico clínico	

Incomuns◇ **Condilomata acuminata**

História	Exame físico	Primeiro exame	Outros testes
de outras infecções sexualmente transmissíveis	coalescer formando placas		

Diretrizes

Reino Unido

Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação: 2023

Heavy menstrual bleeding: assessment and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação: 2021

América do Norte

Appropriateness criteria: abnormal uterine bleeding (<https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria>)

Publicado por: American College of Radiology
Última publicação: 2020

Practice bulletin no. 200 - early pregnancy loss (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin>)

Publicado por: The American College of Obstetricians and Gynecologists
Última publicação: 2018

No. 292-abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women ([https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(18\)30117-8/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(18)30117-8/abstract))

Publicado por: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Última publicação: 2018

ACOG technology assessment in obstetrics and gynecology no. 12: sonohysterography (<https://www.acog.org/clinical>)

Publicado por: American Congress of Obstetricians and Gynecologists
Última publicação: 2016

América do Norte

Practice bulletin no.128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin>)

Publicado por: The American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação: 2012 (re-affirmed 2024)

Ásia

Investigations of premenopausal women with abnormal uterine bleeding (https://www.hkcog.org.hk/hkcog/pages_4_81.html)

Publicado por: Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação: 2020

Oceania

Investigation of intermenstrual and postcoital bleeding (<https://rancog.edu.au/resources/statements-and-guidelines-directory>)

Publicado por: Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação: 2021

Principais artigos

- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968) [Resumo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. Aug 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng126\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng126)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 193: tubal ectopic pregnancy. Mar 2018 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Tubal-Ectopic-Pregnancy\)](https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Tubal-Ectopic-Pregnancy) [Resumo](#)

Referências

1. Söderström HF, Carlsson A, Börjesson A, et al. Vaginal bleeding in prepubertal girls: etiology and clinical management. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Jun;29(3):280-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26506030?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26506030?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Lindner LE, Geerling S, Nettum JA, et al. Clinical characteristics of women with chlamydial cervicitis. J Reprod Med. 1988 Aug;33(8):684-90. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3050073?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3050073?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Shapley M, Jordan K, Croft PR. An epidemiological survey of symptoms of menstrual loss in the community. Br J Gen Pract. 2004 May;54(502):359-63. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266170\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266170) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15113519?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15113519?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Viikki M, Pukkala E, Hakama M. Bleeding symptoms and subsequent risk of gynecological and other cancers. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998 May;77(5):564-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9654181?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9654181?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Cohen O, Schejter E, Agizim R, et al. Postcoital bleeding is a predictor for cervical dysplasia. PLoS One. 2019 May 23;14(5):e0217396. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532898\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532898) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31120980?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31120980?tool=bestpractice.bmj.com)
6. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. BMJ. 1997 Jul 5;315(7099):32-4. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127042\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127042) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9233324?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9233324?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Hasan R, Baird DD, Herring AH, et al. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. Obstet Gynecol. 2009 Oct;114(4):860-7. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/)

- [pmc/articles/PMC2828396](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19888046/) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19888046?tool=bestpractice.bmj.com>)
8. Astrup K, Olivarius Nde F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Feb;83(2):203-7. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-6349.2004.00400.x\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-6349.2004.00400.x) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14756741?tool=bestpractice.bmj.com>)
 9. Puttemans P, Benagiano G, Gargett C, et al. Neonatal uterine bleeding as a biomarker for reproductive disorders during adolescence: a worldwide call for systematic registration by nurse midwife. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017 Jun;30(12):1434-6. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505234\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505234) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27454348?tool=bestpractice.bmj.com>)
 10. Brosens I, Benagiano G. Is neonatal uterine bleeding involved in the pathogenesis of endometriosis as a source of stem cells? *Fertil Steril*. 2013 Sep;100(3):622-3. [Texto completo \(https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)00560-8/fulltext\)](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)00560-8/fulltext)
 11. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vaginal foreign bodies. *J Paediatr Child Health*. 2004 Apr;40(4):205-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009550?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009550?tool=bestpractice.bmj.com)
 12. Dwiggins M, Gomez-Lobo V. Current review of prepubertal vaginal bleeding. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017 Oct;29(5):322-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28858895?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28858895?tool=bestpractice.bmj.com)
 13. Striegel AM, Myers JB, Sorensen MD, et al. Vaginal discharge and bleeding in girls younger than 6 years. *J Urol*. 2006 Dec;176(6 Pt 1):2632-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17085178?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17085178?tool=bestpractice.bmj.com)
 14. Tarney CM, Han J. Postcoital bleeding: a review on etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Int*. 2014;2014:192087. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086375\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086375) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25045355?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25045355?tool=bestpractice.bmj.com)
 15. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021 Jul 23;70(4):1-187. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com)
 16. Wilson JF. In the clinic. Vaginitis and cervicitis. *Ann Intern Med*. 2009 Sep 1;151(5):ITC3-1-ITC3-15; quiz ITC3-16.
 17. Taylor SN. Cervicitis of unknown etiology. *Curr Infect Dis Rep*. 2014 Jul;16(7):409. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24859465?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24859465?tool=bestpractice.bmj.com)
 18. World Health Organization. Cervical cancer. Mar 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer)
 19. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical

- carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Apr;18(4):1060-9. [Texto completo \(https://cebp.aacrjournals.org/content/18/4/1060.long\)](https://cebp.aacrjournals.org/content/18/4/1060.long) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336546?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336546?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Hessol NA, Whittemore H, Vittinghoff E, et al. Incidence of first and second primary cancers diagnosed among people with HIV, 1985-2013: a population-based, registry linkage study. *Lancet HIV.* 2018 Nov;5(11):e647-55. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30245004?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30245004?tool=bestpractice.bmj.com)
21. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet.* 2007 Nov 10;370(9599):1609-21. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Shapley M, Jordan J, Croft PR. A systematic review of postcoital bleeding and risk of cervical cancer. *Br J Gen Pract.* 2006 Jun;56(527):453-60. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839021\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839021) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16762128?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16762128?tool=bestpractice.bmj.com)
23. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: vaginal cancer [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nccn.org/guidelines/category_1\)](https://www.nccn.org/guidelines/category_1)
24. Wiley DJ, Douglas J, Beutner K, et al. External genital warts: diagnosis, treatment, and prevention. *Clin Infect Dis.* 2002 Oct 15;35(Suppl 2):S210-24. [Texto completo \(https://academic.oup.com/cid/article/35/Supplement_2/S210/316436\)](https://academic.oup.com/cid/article/35/Supplement_2/S210/316436) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12353208?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12353208?tool=bestpractice.bmj.com)
25. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. Aug 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng126\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng126)
26. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract.* 2015 Oct 15;1:15. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424401\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424401) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28620520?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28620520?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Furlong LA. Ectopic pregnancy risk when contraception fails. A review. *J Reprod Med.* 2002 Nov;47(11):881-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12497674?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12497674?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N Engl J Med.* 1988 Jul 28;319(4):189-94. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393170?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393170?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Expert Panel on GYN and OB Imaging; Shipp TD, Ponder L, et al. ACR appropriateness criteria® second and third trimester vaginal bleeding. *J Am Coll Radiol.* 2020 Nov;17(11S):S497-504.

- Texto completo ([https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(20\)30942-X/fulltext](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(20)30942-X/fulltext)) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33153560?tool=bestpractice.bmj.com>)
30. Ananth CV, Keyes KM, Hamilton A, et al. An international contrast of rates of placental abruption: an age-period-cohort analysis. *PLoS One*. 2015 May 27;10(5):e0125246. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446321>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26018653?tool=bestpractice.bmj.com>)
 31. El-Kady D, Gilbert WM, Anderson J, et al. Trauma during pregnancy: an analysis of maternal and fetal outcomes in a large population. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Jun;190(6):1661-8. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15284764?tool=bestpractice.bmj.com>)
 32. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol*. 1999 Apr;93(4):622-8. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10214847?tool=bestpractice.bmj.com>)
 33. Addis A, Moretti ME, Ahmed Syed F, et al. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 2001 Jul-Aug;15(4):341-69. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11489591?tool=bestpractice.bmj.com>)
 34. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Jun;79(6):496-501. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10857875?tool=bestpractice.bmj.com>)
 35. Silver RM, Branch DW. Placenta accreta spectrum. *N Engl J Med*. 2018 Apr 19;378(16):1529-36.
 36. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Apr;196(4):297-308. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403398?tool=bestpractice.bmj.com>)
 37. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Committee Opinion No. 743: low-dose aspirin use during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018 Jul;132(1):e44-52. Texto completo (https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/07000/acog_committee_opinion_no_743_low_dose_aspirin.57.aspx) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939940?tool=bestpractice.bmj.com>)
 38. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Meta-analysis on the effect of aspirin use for prevention of preeclampsia on placental abruption and antepartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 May;218(5):483-9. Texto completo ([https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)32812-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)32812-0/fulltext)) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29305829?tool=bestpractice.bmj.com>)
 39. Souter V, Painter I, Sitcov K, et al. Propensity score analysis of low-dose aspirin and bleeding complications in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2024 Jan;63(1):81-7. Texto completo (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.27472>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37674400?tool=bestpractice.bmj.com>)
 40. Hastie R, Tong S, Wikström AK, et al. Aspirin use during pregnancy and the risk of bleeding complications: a Swedish population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*.

2021 Jan;224(1):95.e1-95. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32687818?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32687818?tool=bestpractice.bmj.com)

41. Yip KC, Luo Z, Huang X, et al. The role of aspirin dose and initiation time in the prevention of preeclampsia and corresponding complications: a meta-analysis of RCTs. Arch Gynecol Obstet. 2022 Jun;305(6):1465-79. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34999942?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34999942?tool=bestpractice.bmj.com)
42. Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, et al. Aspirin use to prevent preeclampsia and related morbidity and mortality: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2021 Sep 28;326(12):1192-206. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2784500\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2784500) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34581730?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34581730?tool=bestpractice.bmj.com)
43. Clarke MA, Long BJ, Del Mar Morillo A, et al. Association of endometrial cancer risk with postmenopausal bleeding in women: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018 Sep 1;178(9):1210-22. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6142981\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6142981) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30083701?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30083701?tool=bestpractice.bmj.com)
44. Bankhead CR, Collins C, Stokes-Lampard H, et al. Identifying symptoms of ovarian cancer: a qualitative and quantitative study. BJOG. 2008 Jul;115(8):1008-14. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607526\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607526) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18651882?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18651882?tool=bestpractice.bmj.com)
45. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. Fertil Steril. 2013 Sep;100(3):638-44. [Texto completo \(https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)00707-3/fulltext\)](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)00707-3/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23849842?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23849842?tool=bestpractice.bmj.com)
46. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 193: tubal ectopic pregnancy. Mar 2018 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Tubal-Ectopic-Pregnancy\)](https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Tubal-Ectopic-Pregnancy) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18515537?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18515537?tool=bestpractice.bmj.com)
47. Elson CJ, Salim R, Potdar N, et al; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy: green-top guideline no. 21. BJOG. 2016 Dec;123(13):e15-e55. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14189\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14189)
48. Casanovas M, Kramer T, Clarke V, et al. Somatic symptoms following sexual assault in adolescents: a prospective longitudinal study. Psychol Health Med. 2022 Mar;27(3):546-58. [Texto completo \(https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2021.1874437\)](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2021.1874437) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33573390?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33573390?tool=bestpractice.bmj.com)
49. Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, et al. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. Child Psychiatry Hum Dev. 2012 Oct;43(5):661-73. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395849?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395849?tool=bestpractice.bmj.com)

50. Heger A, Ticson L, Velasquez O, et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* 2002 Jun;26(6-7):645-59. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201160?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201160?tool=bestpractice.bmj.com)
51. Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, et al. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2006 Apr;30(4):367-80. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16616367?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16616367?tool=bestpractice.bmj.com)
52. Orbach Y, Hershkowitz I, Lamb ME, et al. Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse Negl.* 2000 Jun;24(6):733-52. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888015?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888015?tool=bestpractice.bmj.com)
53. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child.* 1969 Jun;44(235):291-303. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2020314\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2020314)
54. Spitzer RF, Kives S, Caccia N, et al. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. *Pediatr Emerg Care.* 2008 Dec;24(12):831-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19050662?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19050662?tool=bestpractice.bmj.com)
55. Brander EPA, McQuillan SK. Prepubertal vulvovaginitis. *CMAJ.* 2018 Jul 3;190(26):E800. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028267\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028267)
56. Brook G, Church H, Evans C, et al. 2019 UK National Guideline for consultations requiring sexual history taking: Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. *Int J STD AIDS.* 2020 Sep;31(10):920-38. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32718268?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32718268?tool=bestpractice.bmj.com)
57. Evans D, Goldstein S, Loewy A, et al. No. 385-Indications for pelvic examination. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Aug;41(8):1221-34. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31331610?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31331610?tool=bestpractice.bmj.com)
58. Crochet JR, Bastian LA, Chireau MV. Does this woman have an ectopic pregnancy?: the rational clinical examination systematic review. *JAMA.* 2013 Apr 24;309(16):1722-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23613077?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23613077?tool=bestpractice.bmj.com)
59. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, et al. Cervical cancer. *Lancet.* 2019 Jan 12;393(10167):169-82. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30638582?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30638582?tool=bestpractice.bmj.com)
60. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum haemorrhage (green-top guideline No. 63). 5 Dec 2011 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg63\)](https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg63)
61. Wølner-Hanssen P, Krieger JN, Stevens CE, et al. Clinical manifestations of vaginal trichomoniasis. *JAMA.* 1989 Jan 27;261(4):571-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2783346?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2783346?tool=bestpractice.bmj.com)
62. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, et al. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas.* 2005 Nov 15;52 (1Suppl):S46-52. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16139449?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16139449?tool=bestpractice.bmj.com)

63. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol*. 2006 Oct;108(4):1005-16. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17012465?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17012465?tool=bestpractice.bmj.com)
64. Expert Panel on Women's Imaging, Brown DL, Packard A, et al. ACR Appropriateness Criteria® first trimester vaginal bleeding. *J Am Coll Radiol*. 2018 May;15(5S):S69-77. [Texto completo \(https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(18\)30346-6/fulltext\)](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(18)30346-6/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29724428?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29724428?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Expert Panel on GYN and OB Imaging; Patel-Lippmann KK, Wasnik AP, et al. ACR appropriateness criteria® clinically suspected adnexal mass, no acute symptoms: 2023 update. *J Am Coll Radiol*. 2024 Jun;21(6S):S79-99. [Texto completo \(https://acsearch.acr.org/docs/69466/Narrative\)](https://acsearch.acr.org/docs/69466/Narrative) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38823957?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38823957?tool=bestpractice.bmj.com)
66. ACOG Committee Opinion No. 734: the role of transvaginal ultrasonography in evaluating the endometrium of women with postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol*. 2018 May;131(5):e124-9. [Texto completo \(https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/05000/ACOG_Committee_Opinion_No__734__The_Role_of.40.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/05000/ACOG_Committee_Opinion_No__734__The_Role_of.40.aspx) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29683909?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29683909?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Oaknin A, Bosse TJ, Creutzberg CL, et al. Endometrial cancer: ESMO clinical practice guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022 Sep;33(9):860-77. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.annonc.2022.05.009\)](https://www.doi.org/10.1016/j.annonc.2022.05.009)
68. Yudin MH, Hillier SL, Wiesenfeld HC, et al. Vaginal polymorphonuclear leukocytes and bacterial vaginosis as markers for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Feb;188(2):318-23. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12592233?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12592233?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Coeman D, Van Belle Y, Vanderick G, et al. Hysteroscopic findings in patients with a cervical polyp. *Am J Obstet Gynecol*. 1993 Dec;169(6):1563-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8267062?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8267062?tool=bestpractice.bmj.com)
70. Einhorn N, Sjövall K, Knapp RC, et al. Prospective evaluation of serum CA 125 levels for early detection of ovarian cancer. *Obstet Gynecol*. 1992 Jul;80(1):14-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1603484?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1603484?tool=bestpractice.bmj.com)
71. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: ovarian cancer/fallopian tube cancer/primary peritoneal cancer [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nccn.org/guidelines/category_1\)](https://www.nccn.org/guidelines/category_1)
72. O'Brien KL, Shainker SA, Lockhart EL. Transfusion management of obstetric hemorrhage. *Transfus Med Rev*. 2018 Oct;32(4):249-55. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29934136?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29934136?tool=bestpractice.bmj.com)
73. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med*. 2002 Aug;21(8):837-40. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12164566?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12164566?tool=bestpractice.bmj.com)

74. Marrazzo JM, Martin DH. Management of women with cervicitis. Clin Infect Dis. 2007 Apr 1;44 Suppl 3:S102-10. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17342663?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17342663?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J Clin Microbiol. 1991 Feb;29(2):297-301. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC269757\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC269757) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1706728?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1706728?tool=bestpractice.bmj.com)
76. British Society for Paediatric and Adolescent Gynaecology. Genital trauma in girls. Jun 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://britspag.org/wp-content/uploads/2018/10/Genital-Trauma-in-Girls-BritSPAG-June-2017.pdf\)](https://britspag.org/wp-content/uploads/2018/10/Genital-Trauma-in-Girls-BritSPAG-June-2017.pdf)

Imagens

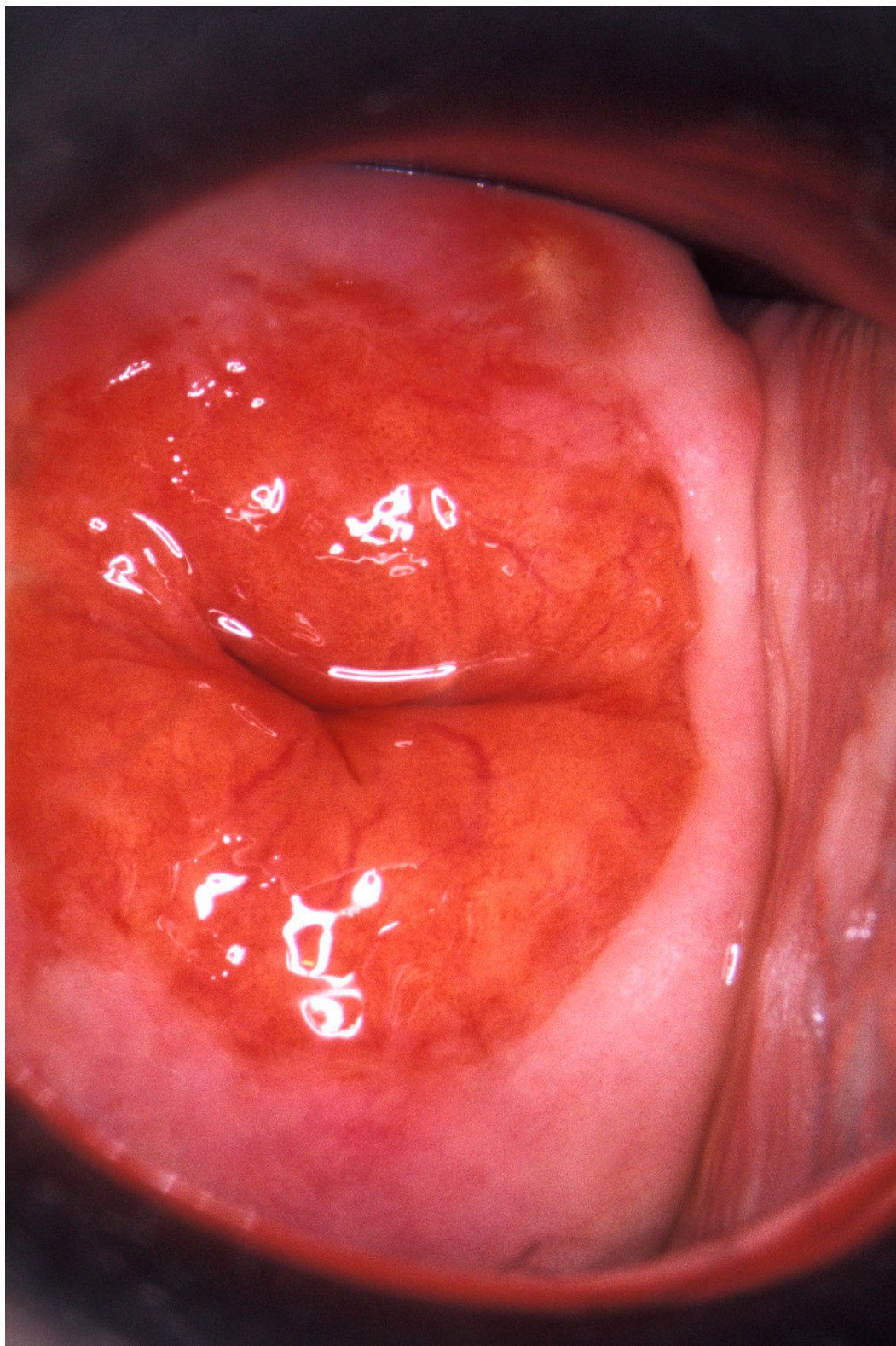


Figura 1: Erosão cervical

Science Photo Library; usado com permissão

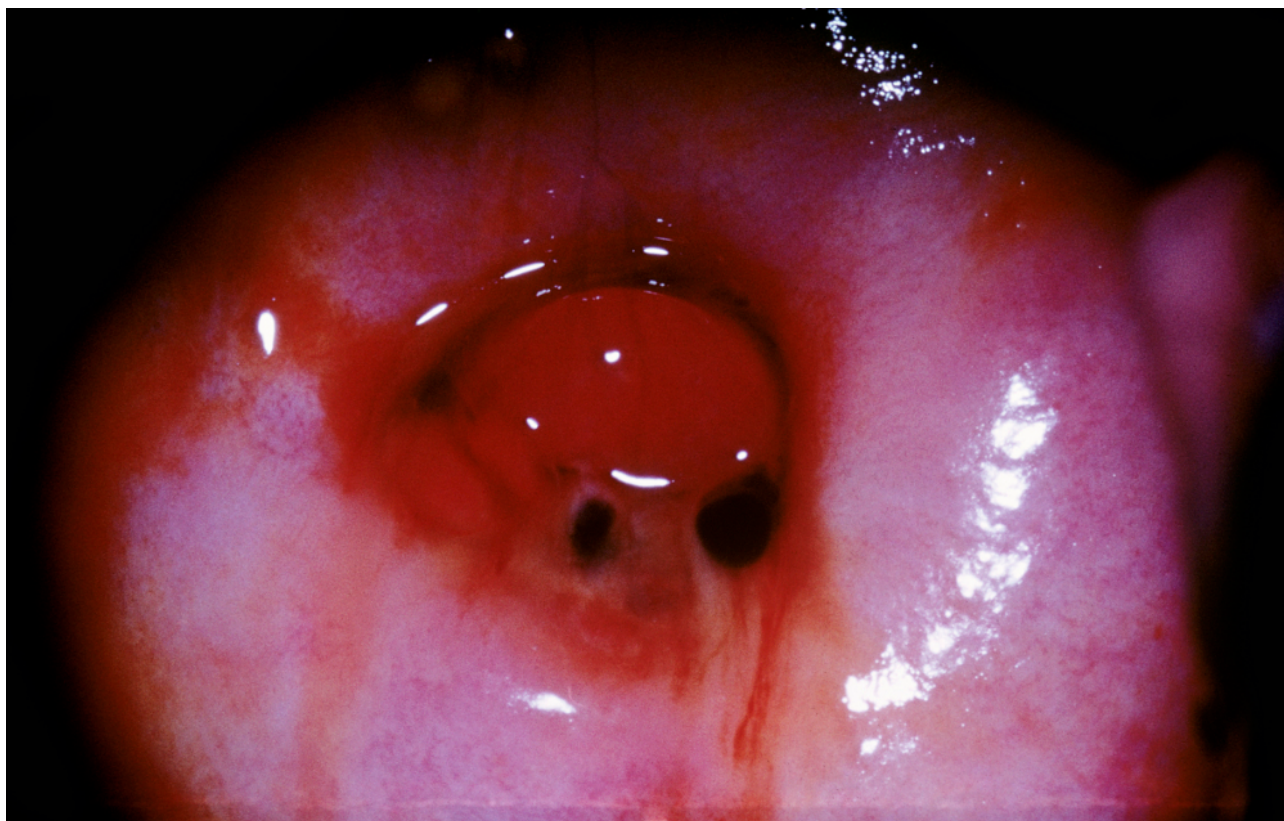


Figura 2: Pólipo cervical

Science Photo Library; usado com permissão

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Colaboradores:

// Autores:

Steven R. Goldstein, MD, MSCP, CCD, FACOG, FRCOG(H)

Professor

Obstetrics and Gynecology, New York University Grossman School of Medicine, New York, NY

Declarações: SRG has been paid by Pfizer for consulting, Bayer for membership on a Data and Safety Monitoring Board, and Mylan for case adjudication. He has received royalties from Cook Medical Obstetrics and Gynecology. He was previously paid by Scynexis for participation on an advisory board.

// Agradecimentos:

Dr Goldstein wishes to gratefully acknowledge Dr Intisar Elnahas and Dr Mohamed Mitwally, previous contributors to this topic.

// Pares revisores:

Sarah Baxley, MD, PhD

Assistant Professor

University of Florida College of Medicine, Gainesville, FL

Declarações: SB declares that she has no competing interests.

Sana Salih, MD

Assistant Professor

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Wisconsin, Madison, WI

Declarações: SS declares that she has no competing interests.

Austin Ugwumadu, PhD, FRCOG

Consultant/Senior Lecturer in Obstetrics and Gynaecology

St George's Hospital, London, UK

Declarações: AU declares that he has no competing interests.

M. Jonathon Solnik, MD, FACOG, FACS

Associate Professor of Obstetrics & Gynaecology

Head of Gynaecology & Minimally Invasive Surgery, Faculty of Medicine at the University of Toronto, Mt. Sinai Hospital, Toronto, Canada

Declarações: JS consults for Medtronic, Hologic, and Olympus. He is on the advisory board for Abbvie.