



Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário
Direção de Educação Superior
Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

MARIANA ALCALDE TORRES

**MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA UTERINA COMO
CAUSA DE HEMORRAGIA PÓS PARTO: RELATO DE CASO
E REVISÃO DE LITERATURA**

MARIANA ALCALDE TORRES

MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA UTERINA COMO CAUSA
DE HEMORRAGIA PÓS PARTO: RELATO DE CASO E
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência em
Ginecologia e Obstetrícia do Hospital
Universitário da Grande Dourados filial
Ebserh, como pré-requisito para obtenção do
título de Ginecologista e Obstetra.
Orientador: Prof. Me. Sidney Antonio Lagrosa
Garcia.

Dourados – MS

2022

MARIANA ALCALDE TORRES

Trabalho de conclusão de residência defendido e aprovado em 24 de outubro de 2022, pela banca examinadora:

BANCA EXAMINADORA

Dr. Me. Sidney Antonio Lagrosa Garcia
Universidade Federal da Grande Dourados

Dr. Angelo Jácono Neto
Universidade Federal da Grande Dourados

Dr. Gustavo Rafael Medina Boccia
Universidade Federal da Grande Dourados

Dourados-MS, 01 de setembro de 2022.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

T693m Torres, Mariana Alcalde.
Malformação arteriovenosa uterina como causa de hemorragia pós parto: relato de caso e revisão de literatura / Mariana Alcalde Torres. – Dourados, MS : UFGD, 2022.

Orientador: Prof. M.e. Sidney Antônio Lagrosa Garcia.
Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia) - Universidade Federal da Grande Dourados.

1. Metrorragia. 2. Hemorragia pós parto. 3. Útero. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central - UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NO HU-UFGD/EBSERH.


As 20 horas do dia 24 do mês de outubro do ano de 2022, no HU/UFGD/EBSERH, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Pós-Graduação – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da residente **Mariana Alcalde Torres**: tendo como Título do Trabalho de Conclusão de Curso: **“MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA UTERINA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA”**.

Constituíram a Banca Examinadora os professores: Prof. Msc. **Sidney Antônio Lagrosa Garcia** (orientador), Prof Esp. **Ângelo Iácomo Neto** (examinador), e Prof. Esp. **Gustavo Rafael Medina Boccia** (examinador). Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado com conceito 9,9 (0 a 10 pontos). Eu, **Sidney Antônio Lagrosa Garcia** (orientador), lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.


Observações: _____

Assinaturas:

Membros da Banca Examinadora:



Sidney Antônio Lagrosa Garcia
(Msc. Em Ciências da Saúde)
Orientador



Ângelo Iácomo Neto
(Esp. Em Ginecologia e Obstetrícia)
Examinador



Gustavo Rafael Medina Boccia
(Esp. Em Ginecologia e Obstetrícia)
Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todo o caminho percorrido para chegar até aqui e pela oportunidade de viver e evoluir com cada etapa dessa jornada.

Aos meus pais, irmãs e meu namorado, por todo o apoio dado e que nunca me deixaram desistir. Em especial a minha mãe Elisabete que fez de tudo para tornar esses últimos anos mais leves e é sempre a minha maior incentivadora e amiga.

Aos meus preceptores pela infinita paciência de ensinar, que mesmo nas urgências confiavam na nossa capacidade e nos davam a chance de aprender as suas técnicas e condutas. Não tenho palavras para expressar minha eterna gratidão e admiração. Vocês são meus exemplos.

Aos meus colegas residentes, como é bom dividir os dias com pessoas com tanta garra e vontade como vocês. Obrigada por transformarem para melhor os dias de residência, nós sabemos o quanto nos custou tentar melhorar o HU que também é nossa casa. Agradecimento especial as minhas colegas de ano, não poderia ter pessoas melhores para caminhar comigo nos últimos 3 anos.

Ao Dr. Sidney Antônio Lagrosa Garcia, com toda sua calma e sabedoria incrível que faz nossos dias mais interessantes e felizes. Acredito que não conheço alguém com tanto amor pelo que faz e que o faz com tanto conhecimento. O senhor nos inspira, obrigada por tanto, por ser nosso pai aqui.

Aos membros da banca examinadora, Dr Ângelo Iácono e Dr Gustavo Boccia, obrigada por mostrar como fazer a Ginecologia e Obstetrícia com tanto carinho, cuidado e conhecimento.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus não sou o que era antes.”

Martin Luther King

TORRES, Mariana Alcalde. **Malformação arteriovenosa uterina como causa de hemorragia pós parto: relato de caso e revisão de literatura.** 2022. X p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2022.

RESUMO

Cerca de 0,2 - 2,5% dos partos apresentam casos de hemorragia puerperal secundária, ocorrendo na sua maioria entre uma e duas semanas do pós parto. Entra as causas mais comuns estão retenção placentária, subinvolução do leito placentário e causa infecciosa, porém existem causas menos frequentes, de prevalência incerta, como as malformações arteriovenosas uterinas (MAV). As MAVs uterinas são resultado da proliferação das artérias e veias com formação de canais fistulosos e shunts com capilares miometriais. As manifestações clínicas são metrorragia e menometrorragia, dor em baixo ventre, dispareunia e anemia. O diagnóstico é feito por meio de ultrassonografia transvaginal com doppler, arteriografia e RNM com contraste. O presente estudo é um relato de caso que tem como objetivo o demonstrar uma paciente com hemorragia puerperal tardia com imagem sugerindo malformação arteriovenosa uterina como causa e sua conduta clínica, estabilização hemodinâmica e tratamento definitivo para resolução do quadro. Como não dispomos de mais casos semelhantes em literatura este relato é de suma importância visando alertar os ginecologista e obstetras e os imaginologistas desta possibilidade diagnóstica para pacientes com sintomatologia similar a fim de se estabelecer tratamento e planejamento terapêutico adequados.

Palavras-chave: 1. Metrorragia 2. Hemorragia pós parto 3. Útero

TORRES, Mariana Alcalde. **Malformação arteriovenosa uterina como causa de hemorragia pós parto: relato de caso e revisão de literatura.** 2022. X p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2022.

ABSTRACT

About 0.5% of the proposed deliveries are cases of secondary puerperal hemorrhage, 5% mostly between one and two weeks after delivery. The most common causes are that there are less common places, bed subinvolution and infectious causes, but there are less common causes, of uncertain prevalence, such as arteriovenous malformations (AVM). AVMs are the result of the formation of arteries and veins with fistulous channels and shunts with myometrial capillaries. Clinical manifestations are metrorrhagia and menometrorrhagia, lower abdominal pain, dyspareunia and anemia. Diagnosis is made by transvaginal Doppler ultrasound, arteriography, and contrast-enhanced MRI.

The present study is a case report that aims to demonstrate a patient with late puerperal hemorrhage with imaging suggesting uterine arteriovenous malformation as the cause and its clinical management, hemodynamic stabilization, and definitive treatment to resolve the condition. As we do not have more similar cases in the literature, this report is of paramount importance to alert gynecologists and obstetricians and obstetricians of diagnostic planning for patients with similar symptoms to establish treatment and appropriate treatment.

Key words: 1. Metrorrhagia 2. Postpartum Hemorrhage 3. Uterus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MATERIAL E MÉTODOS	14
3. RELATO DE CASO	15
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A hemorragia puerperal secundária é definida como sangramento vaginal entre 24 horas e 12 semanas do pós parto, também conhecida como quarto trimestre (8). Os episódios de hemorragia acontecem em 0,2-2,5% dos partos, principalmente no período entre uma e duas semanas pós parto. Tendo como as causas mais comuns retenção placentária, subinvolução do leito placentário e infecção. Entre as causas raras temos as malformações arteriovenosas (MAV) (1).

A MAV uterina foi primeiramente descrita em 1926, por Dubreil e Loubat, como aneurisma cirsóide (10). Esta patologia também tem outras denominações, entre elas fístula arteriovenosa, angioma cavernoso, angioma pulsátil, arteriectasias e aneurisma cirsóide (4).

As MAV uterinas são hamartomas formados por shunts entre as veias e artérias miometriais (3). Estas são mais frequentes em mulheres jovens, principalmente acima de 30 anos, esta faixa etária sugere a relação entre as alterações hormonais da puberdade e da gravidez na fisiopatologia da doença (4). No que diz respeito ao passado obstétrico, observa-se MAV em pacientes com história de abortos de recorrência e até multíparas com prole constituída (11).

Sua etiologia pode ser congênita ou adquirida. A forma congênita, muito rara, se dá pelo defeito na diferenciação vascular embrionária ou do desenvolvimento prematuro de um plexo capilar, formando múltiplas conexões anormais entre artérias e veias. Sua irrigação sanguínea é frequentemente alimentada por vasos pélvicos e pela artéria uterina, podendo ter várias conexões vasculares e podendo inclusive invadir estruturas adjacentes (3, 5, 9).

Já as adquiridas, sendo as mais comuns, tem na sua gênese traumas pélvicos, cirurgias, neoplasias (doença trofoblástica gestacional, tumores cervicais ou endometriais), cesariana, curetagens, exposição a dietinilbesterol(DES), idiopáticas e posteriores a processos infecciosos (2). Até partos vaginais podem ser traumáticos o suficiente para estimular a formação dessas alterações vasculares (6). Tipicamente consistem em ligações entre uma única artéria com uma única veia (5). Histologicamente observa-se a presença de múltiplas pequenas fistulas arteriovenosas entre as artérias intramurais e o plexo venoso miometrial (3).

A prevalência de MAV uterina ainda é incerta, em 2013 Nawawa Hashim relata apenas 100 casos relatados na literatura mundial (5).

A sua importância é que mesmo sendo uma causa rara de sangramento vaginal profuso e que poderia levar a instabilidade hemodinâmica grave, se trata de uma causa potencialmente tratável, podendo ser reduzido seus desfechos desfavoráveis (5). Essa malformação pode também ser causa de aborto de recorrência pela hipervascularização que pode alterar a implantação do sítio embrionário (6).

Entre as manifestações clínicas, a maioria das pacientes tem queixa de metrorragia e menometrorragia, dor em baixo ventre, dispareunia e anemia (6). O sangramento é reportado em cerca de 80% das pacientes, e dessas 30% necessita de transfusão de hemoderivados e muitas vezes o sangramento não responde aos tratamentos instituídos (3). Sabendo que a MAV uterina tem tendência de proliferar durante a gestação, alguns autores consideram uma contraindicação absoluta para gestação (10).

Anteriormente seu diagnóstico era realizado pelo anatomopatológico das histerectomias evidenciando fistulas arteriovenosas, nos dias de hoje o diagnóstico é feito com ultrassonografia com doppler, arteriografia e RNM com contraste (4, 7). Tendo como padrão ouro a arteriografia, a qual pode ser usada também para guiar o tratamento na embolização, escolhendo o vaso que nutre o leito vascular da MAV (10).

A tomografia computadorizada é usada para avaliar extensão da lesão assim como envolvimento extrauterino (4).

A histeroscopia tem valor limitado no diagnóstico (4).

A conduta varia de acordo com o estado hemodinâmico, grau de sangramento, idade da paciente, e desejo por fertilidade(5). O primeiro passo é estabilizar hemodinamicamente e cessar o sangramento, sempre tentando manter perfusão adequada (8).

O tratamento de primeira linha para sangramentos frequentes em mulheres que desejam manter a fertilidade é a embolização, nos dias de hoje a mais utilizada é a com esponja gelatinosa absorvível. É um método muito efetivo, seguro e com poucos riscos de complicação, porém mais de 32% dos casos é necessário repetir o procedimento (3, 4).

A histerectomia é o tratamento de escolha nos casos de pacientes pós menopausa ou naquelas que não desejam preservar fertilidade. Também é escolha em casos de emergência com risco de vida para a paciente ou contraindicação para embolização (4, 8)

Outros meios existentes, em se tratando de conduta conservadora e em pacientes com sintomas leves, são pregestágenos, ACO, SIU, danazol, metilergonovina, agonista de GnRh (6).

Este estudo tem como finalidade aventar, através deste relato de caso, sobre a importância de um diagnóstico adequado para causa de hemorragia puerperal secundária rara como a malformação arteriovenosa, assim como seu adequado tratamento.

A alta prevalência de hemorragias pós parto e seus diferentes diagnósticos, assim como a necessidade de reconhecimento de causas raras e com dever de intervenção diagnóstica e terapêutica imediata como única maneira de preservação da vida, foram as condições que motivaram a realização deste estudo. O mesmo poderá ampliar e aprimorar os conhecimentos relacionados com essa patologia ainda pouco descrita em literatura, alertar os ginecologista e obstetras e imagiologistas desta possibilidade diagnóstica nos casos de pacientes com história similar a fim de se estabelecer tratamento e planejamento terapêutico adequados.

Como objetivos tem-se descrever o diagnóstico de hemorragia puerperal secundária, com ênfase em malformação arterio venosa uterina, observar os achado clínicos e radiológicos para o quadro, discutir o tratamento das hemorragias puerperais secundárias e questionar a respeito das possíveis condutas frente a puérpera com sangramento e sem o diagnóstico habitual das causas mais comuns.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, do caso de uma puérpera em acompanhamento de serviço hospitalar privado na cidade de Dourados em Mato Grosso do Sul, nos anos de 2021 e 2022, que foi realizado a partir da revisão do prontuário médico físico e digital da paciente, depois de devida aprovação pelo comitê de ética do Hospital Universitário da UFGD.

Na construção do relato de caso foi utilizado o prontuário referente ao período de acompanhamento hospitalar no período de 2021 e 2022, realizado a descrição dos dados de histórico, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, terapêutica adotada, evolução e desfecho cirúrgico do caso.

Para atender os preceitos éticos, o presente trabalho foi submetido à Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE) e no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFGD. Após a aprovação foi coletada a assinatura da paciente no TCLE.

Foi realizada busca bibliográfica em bases de dados Uptodate, Medline, Pubmed, SciELO, entre outras, usando, como termos de busca: “malformações arteriovenosas uterinas”, “hemorragia pós parto”, “hemorragia puerperal” e “histerectomia pós parto”.

3 RESULTADOS

RELATO DE CASO

M. C. M., 35 anos, sexo feminino, branca, primigesta, cirurgia bariátrica realizada há 3 anos, diabetes mellitus gestacional (glicemia de jejum 94 mg/dL) controlada com dieta, realizou todo seu pré natal na rede privada. Iniciou pré natal realizando primeiro ultrassonografia com 8 semanas e 1 dia de gestação, CCN 16,8 mm e BCF presente. Realizou ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre com 12 semanas e 1 dia, apresentando placenta homogênea de implantação posterior, grau 0, com espessura de 12 mm, ausência de risco para cromossomopatias e sem alterações de doppler das artérias uterinas. Com 22 semanas e 6 dias realizou ultrassonografia morfológica de segundo trimestre que na avaliação placentária demonstrava inserção tópica anterior lateral direita, com espessura de 19,2 mm, textura homogênea e maturidade grau 0, fluxo das artérias uterinas normais e sem outras alterações ao exame.

Nova avaliação fetal com 28 semanas e 3 dias apresentando placenta corporal lateral direita, textura heterogênea, grau II, com calcificações em moderada quantidade e espessura de 25,6 mm, sem alterações fetais ao método. Última ultrassonografia antes do parto com 37 semanas e 1 dia, peso fetal de 2724 g, doppler normal e placenta corporal posterior, grau I e espessura de 45 mm.

Completando 37 semanas e 6 dias paciente iniciou com trabalho de parto espontâneo e evoluiu para parto vaginal sem intercorrências dia 21/12/2021, dequitação placentária espontânea aparentemente completa, sangramento como habitual e laceração grau 1 em períneo com necessidade de sutura. Após 5 horas apresentou hemorragia, sendo controlada com massagem uterina e metilergometrina, solicitado hemograma, no mesmo consta hemoglobina 8,4 e hematócrito de 26,4, realizado 1 concentrado de hemácias. Recebendo alta em 24 horas sem intercorrências. No puerpério paciente em aleitamento exclusivo.



Imagem 1: avaliação inicial por ultrassonografia obstétrica abdominal com 12 semanas e 1 dia de gestação observando a placenta.



Imagem 2: avaliação por ultrassonografia obstétrica abdominal com 22 semanas e 6 dias de gestação observando a placenta.

No dia 17/01/2022 paciente evoluiu com sangramento vaginal em grande quantidade procurando Pronto Atendimento ginecológico obstétrico, iniciados medidas de controle de sangramento com metilergometrina, AINE e ácido tranexâmico, com boa resposta. Realizado ultrassonografia transvaginal dia 17/01/22, útero em anteverso flexão, de contornos regulares com miométrio pouco heterogêneo, volume de 144,9 cm³, o endométrio regular, medindo 7 mm de espessura e discretamente heterogêneo. Prováveis varizes uterinas. Realizado exames laboratoriais dia 17/01/2022, hemoglobina de 7,8 g/dL, hematócrito de 26,20 %.

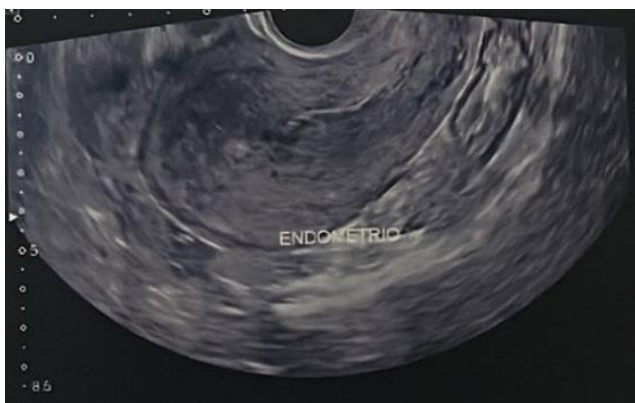


Imagem 3: imagem obtida através de sonda transvaginal em estudo ultrassonográfico da pelve evidenciado endométrio de espessura normal, com áreas heterogêneas



Imagem 4: imagem obtida através de sonda transvaginal em estudo ultrassonográfico da pelve evidenciado miométrio heterogêneo com vascularização ao doppler.

Paciente apresentou novo sangramento vaginal importante dia 19/01/2022, laboratoriais com piora, hemoglobina de 6,5 g/dL e hematócrito de 21,8 %, realizado medida de beta HCG quantitativo < 0,100mIU/ml, sendo hospitalizada, realizada transfusão de hemoderivados e descartado possibilidade de doença trofoblástica gestacional, e então no dia 21/01/2022 RNM pelve que observou área de espessamento focal de aspecto heterogêneo e lobulado com realce proeminente pelo meio de contraste em região do endométrio no corpo em contato e de limites indefinidos com a superfície miometrial posterior notando-se proeminência leve de vasos na intimidade do miométrio em região lateral direita, assim como de vasos parauterinos deste mesmo lado. Apresentando aspecto inespecífico podendo se considerar as possibilidades diagnósticas principais de doença trofoblástica gestacional, placentação anormal, restos placentários e malformação arteriovenosa. Ainda foi realizada aortografia e arteriografia pélvica seletiva que evidenciaram malformação arteriovenosa uterina, com a artéria uterina direita ectásica, tortuosa, intercalando estenoses discretas com dilatações (arteriopatia por hiperfluxo). Presença de ruptura contida, com formação de pseudoaneurismas

parcialmente trombosados. Artéria uterina esquerda tortuosa, também contribuindo, em menor importância para a nutrição da MAV. Como conduta optou-se por manter metilergometrina e avaliar possibilidade de método resolutivo.

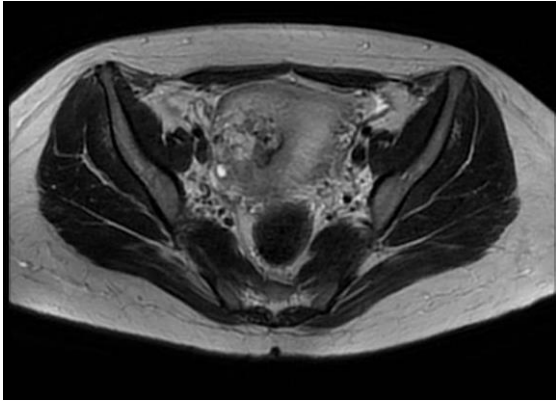
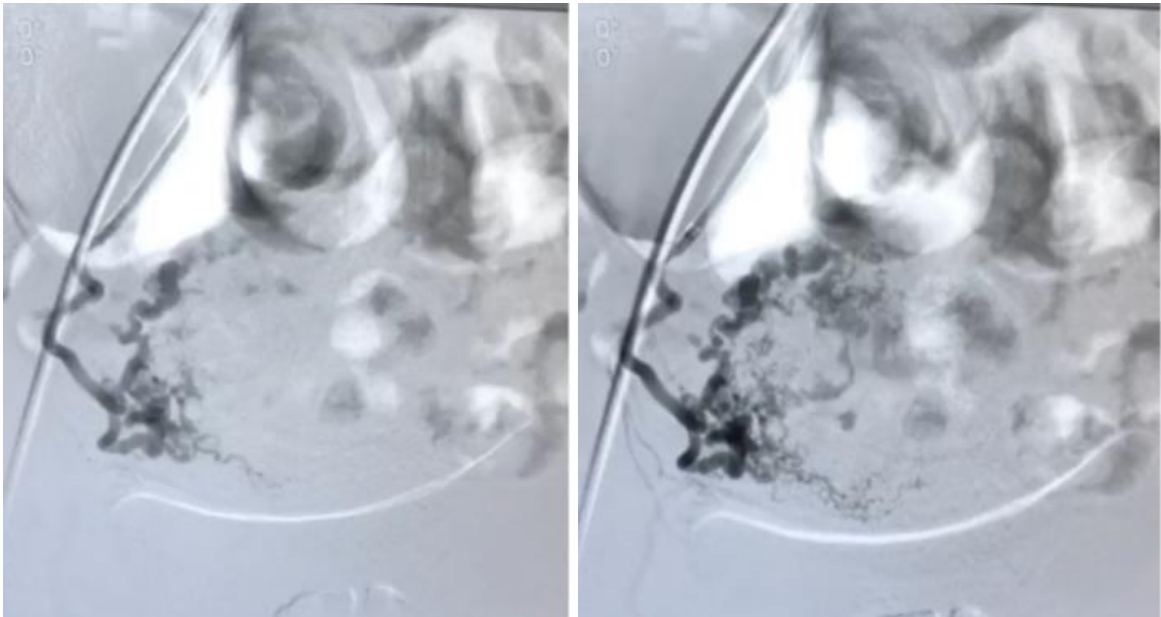


Imagem 5: imagem obtida através de ressonância magnética de pelve evidenciando área de espessamento focal de aspecto heterogêneo e lobulado com realce proeminente pelo meio de contraste em região do endométrio no corpo em contato e de limites indefinidos com a superfície miometrial posterior.



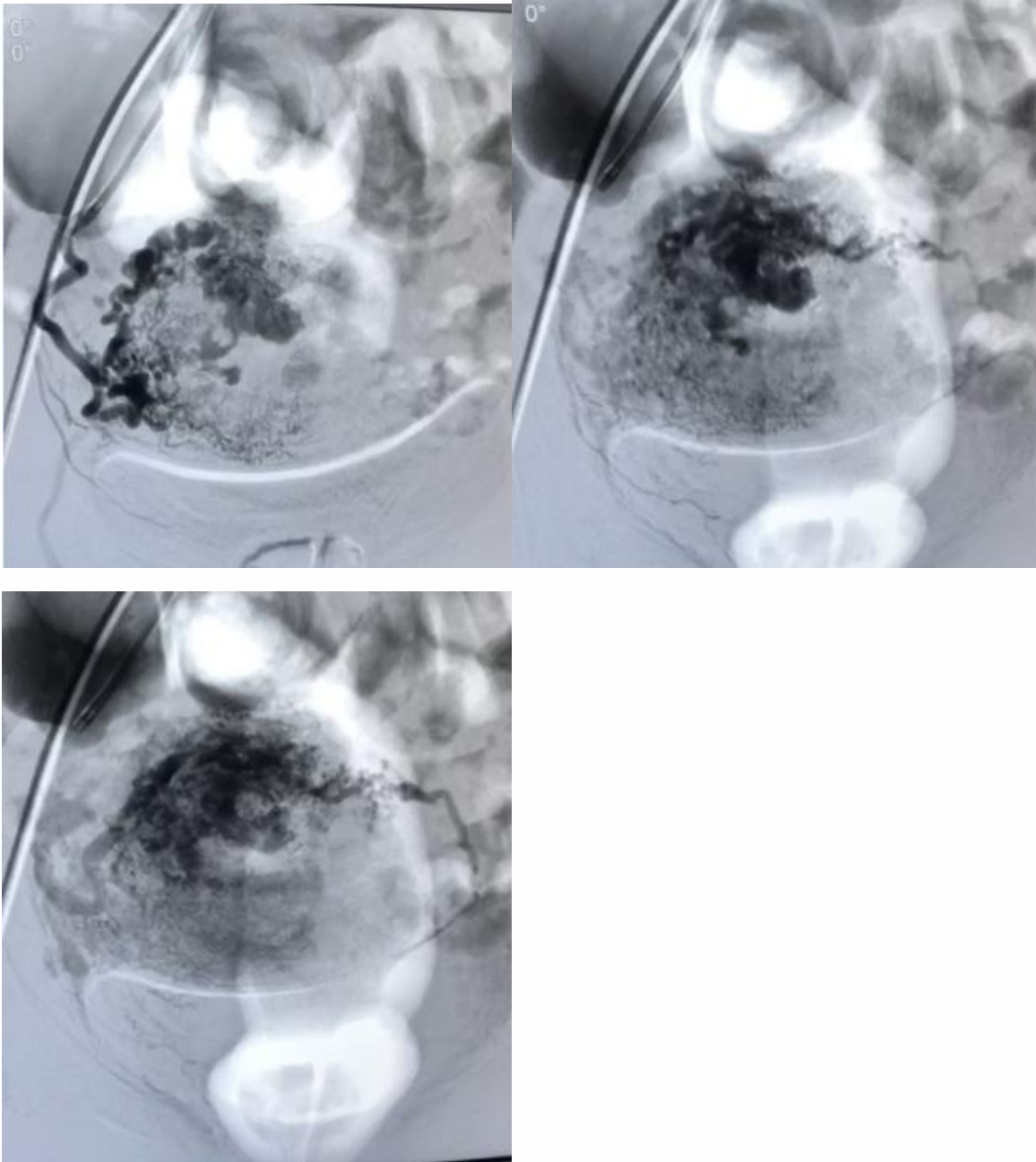


Imagem 6,7,8, 9 e 10: imagens obtidas através de arteriorrafia pélvica seletiva que evidenciaram malformação arterio venosa uterina, com a artéria uterina direita ectásica, tortuosa, intercalando estenoses discretas com dilatações (arteriopatía por hiperfluxo). Presença de ruptura contida, com formação de pseudoaneurismas parcialmente trombosados. Artéria uterina esquerda tortuosa, também contribuindo, em menor importância para a nutrição da MAV.

Após discussão do caso com a paciente, dentre as terapêuticas disponíveis, poucos estudos de casos semelhantes em literatura e paciente sem desejo de nova gestação foi optado por histerectomia. Procedimento realizado dia 01/02/2022 por via videolaparoscópica, sem intercorrências. Como resultado final do anatomopatológico restos placentários intra cavidade uterina em meio a coágulos hemáticos, debris inflamatório e fibrina. Os achados histopatológicos são compatíveis com placenta increta com áreas degeneradas, hemorragia e fibrina.

DISCUSSÃO

Quadros de hemorragia pós parto são comuns, principalmente nas primeiras horas após o nascimento, sendo sempre um diagnóstico que necessita ser prontamente realizado e tratado por risco de morte materna. O mesmo pode ser imediato ou tardio, neste estudo será abordado causas tardias. Embora tenham as condições mais comuns dessa síndrome, não se pode deixar de pensar em causas menos prevalentes.

Realizar um correto seguimento do quadro, estabilizar a paciente e realizar os exames subsidiários necessários para um diagnóstico causal é o que fornece a possibilidade de um tratamento adequado e possibilita redução da mortalidade materna.

A abordagem frente uma hemorragia puerperal tardia é sempre um desafio, primeiramente avaliar e estabilizar a paciente, não tomando medidas terapêuticas sem antes encontrar o real fator causal, isso pode piorar o prognóstico da mesma. Inicialmente realizar exames para exclusão das causas mais comuns, realizando ultrassonografia e exames laboratoriais, após continuar a pesquisa para diagnósticos menos comuns. Encaminhar paciente para centro de referência e é importante sempre dividir com a paciente as possibilidades terapêuticas, desde conduta expectante ou manejo cirúrgico definitivo.

O diagnóstico é feito por meio do US com doppler, arteriografia e RNM com contraste (4,7) (4).

É importante diferenciar MAV uterina verdadeira de subinvolução do leito placentário, já que os tratamentos diferem entre si, sempre lembrar que o mesmo pode demorar mais tempo para involuir em gestação molar.

A curetagem pode piorar o sangramento, podendo causar choque e até mesmo a morte, quando o diagnóstico de MAV não é feito antes da intervenção, sendo, portanto, contraindicada nestes casos (10).

No US com doppler colorido, que foi a revolução no diagnóstico desta patologia, os achados são estruturas tubulares, serpiginosas ou císticas, hipocogênicas no miométrio, evidenciando presença de vasos calibrosos com fluxo reverso, com baixa resistência e alta velocidade (4). Também pode ser percebido a presença de fluxo turbulento em decorrências da justaposição de vermelhos e azuis causados por múltiplos vasos tortuosos em diferentes direções (5,6). A angiorressonância magnética com gadolínio permite fácil diferenciação das lesões vasculares daquelas de origem tumoral ou inflamatória, reafirmando os achados da ultrassonografia com Doppler colorido (4, 6). Também determina a extensão da doença, os achados incluem útero volumoso, massa mal definida, interrupção focal ou difusa da zona juncional e vasos parametriaes proeminentes (12).

A angiografia é padrão ouro para diagnóstico, ela pode revelar hipertrofia bilateral das artérias uterinas que alimenta uma tortuosa e hipertrófica massa arterial com grande rede de vasos, assim como observar a drenagem precoce dessas veias hipertróficas e aumentadas. Também tem função de guiar o tratamento ao auxiliar o encontro do vaso que alimenta a massa e que deverá ser embolizado (4, 10).

A conduta varia de acordo com o estado hemodinâmico, grau de sangramento, idade da paciente e desejo por fertilidade. O primeiro passo é estabilizar hemodinamicamente e cessar o sangramento, sempre tentando manter perfusão adequada.

O tratamento de primeira linha para sangramentos frequentes em mulheres que desejam manter a fertilidade é a embolização das artérias uterinas, nos dias de hoje a mais utilizada é a com esponja gelatinosa absorvível. É um método muito efetivo, seguro e com poucos riscos de complicação, porém mais de 32% dos casos é necessário repetir o procedimento. Tem como benefícios não afetar o ciclo menstrual ou a possibilidade de gestação futura (3,4). A embolização tem eficácia de 91%, sendo que 14,8% das pacientes necessitam de procedimento cirúrgico após o procedimento inicial (8).

Os riscos da embolização são síndrome pós embolização com necrose maciça e infarto uterino associada a dor pélvica, amenorréia permanente ou transitória e exposição à radiação (3).

Gestações após embolização variam de 1,4-27%, podendo aumentar risco de aborto, placenta prévia ou acreta, aumento do número de casariana e hemorragia pós parto (3).

A histerectomia é o tratamento de escolha nos casos de pacientes pós menopausa ou naquelas que não desejam preservar fertilidade. Também é escolha em casos de emergência com risco de vida para a paciente ou contra-indicação para embolização (4, 8).

Outros meios existentes, em se tratando de conduta conservadora e em pacientes com sintomas leves, são pregestágenos, ACO, SIU, danazol, metilergonovina, agonista de GnRh (6).

A paciente do caso em questão demonstrava um dos grandes dilemas de manejo, uma vez que pela raridade da patologia a torna de difícil diagnóstico, e a conduta primeiramente visa a estabilização da paciente e em seguida iniciar a pesquisa para causas mais comuns de hemorragia puerperal tardia, após serem descartadas continua-se a investigação para as menos frequentes. A paciente era primigesta e não havia sido submetida a procedimento cirúrgico o que tornava mais improvável o seu diagnóstico.

Neste caso, devido ao risco materno de sangramento e por não desejar aumentar a prole optou-se por manejo cirúrgico definitivo. As imagens clássicas da angiografia não foram confirmadas no anatomopatológico, no qual o provável diagnóstico foi placenta increta, o que também seria raro em pacientes como a citada acima.

4 CONCLUSÃO

As malformações arteriovenosas uterinas são achados incomuns na investigação de hemorragia puerperal secundária o que torna seu diagnóstico de difícil realização e de conduta terapêutica ainda sem protocolos. Como os exames para seu correto diagnóstico ainda são de difícil acesso na maioria das instituições, as condutas frente aos casos de MAV são muitas vezes negligenciadas. Vale sempre uma pesquisa minuciosa e o cuidado com a conduta, já que a terapêutica para as causas mais comuns de hemorragia puerperal como a curetagem uterina pode aumentar a mortalidade em pacientes com MAV. Ter cuidado principalmente em pacientes sem prole constituída, ser discutida com a mesma, que em conjunto decidem a melhor via de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BELFORT MA, MD, PhD. **Secondary (late) postpartum hemorrhage**. 2021. UpToDate.
- 2- MEILSTRUP JW; KASALES CJ. Women's Health care of the day. Case 1: **Uterine Arteriovenous Malformation**. 1994;162:1457-1462.
- 3- CALZOLARI S , MD; COZZOLINO M, MD. **Hysteroscopic Management of Uterine Arteriovenous Malformation**. 2017. Volume 21. Scientific Paper JSLS
- 4- PASTORE AR; PASTORE D; et al. **Diagnóstico de malformação arteriovenosa uterina por meio da ultra-sonografia com doppler colorido e achados à angiorressonância magnética: Relato de caso**. 2004;37(5):377-380. HC-FMUSP
- 5- HASHIM H; NAWAWA O. **Uterine Arteriovenous Malformation**. 2013; 20(2): 76-80. Kuala Lumpur, Malaysia.
- 6- SZPERA-GOZDZIEWICZ A. Uterine arteriovenous malformation-diagnosis and management. 2018. **Department of Perinatology and Gynecology**, Poznan University of Medical Sciences, Poznan, Poland.
- 7- SELBY ST, DO; HAUGHEY M, MD. Uterine Arteriovenous Malformation With Sudden Heavy Vaginal Hemorrhage. 2012. **Albert Einstein College of Medicine**, Bronx, New York.
- 8- GALLAGHER N; CINCOTTA M. Uterine arteriovenous malformation leading to postpartum hemorrhage: a case report. 2020. **Elsevier journal**.
- 9- PALADINE HL, MD; BLENNING CE, MD; STRANGAS Y, MD. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. 2019. **American Family Physician**.
- 10- DUBREIL G, LOUBAT E. Aneurysme cirsoide de l'uterus. Ann Anat Pathol 1926;3:697-718.
- 11- BELFORT P., BRAGA A., FREIRE N. F. Malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2006; 28(2):112-21.

- 12- FARIAS M. S., SANTI C. C.. Achados radiológicos de malformação arteriovenosa uterina: relato de caso de uma causa incomum e com risco de vida de sangramento vaginal anormal. **Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem**. 2012.

ANEXO A

Carta de anuência da CAPE

28/04/2022 15:12

SEI/SEDE - 19983029 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
Rua Ivo Alves da Rocha, nº 538 - Bairro Altos do Indaíá
Dourados-MS, CEP 79823-501
- <http://hugd.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 2/2022/GEP/HU-UFGD-EBSERH

Dourados, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA UTERINA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA PÓS PARTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal MARIANA ALCALDE TORRES.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por Mariana Fabiane Garcia Travassos, Gerente, Substituto(a), em 04/04/2022, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 19983029 e o código CRC 63956AB1.