

Prevalência de miomatose uterina em gestantes atendidas no ambulatório da mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Prevalence of uterine myomatosis in pregnant women attended at the women's outpatient clinic of the Santa Casa de Misericórdia Foundation in Pará.

Prevalencia de miomatosis uterina en gestantes atendidas en el ambulatorio de la mujer de la Fundación Santa Casa de Misericordia del Pará.

Mayara Mariana Costa Nunes¹, Sara Negreiros Santos¹, Karmillys Kerley Santos da Costa¹, Isys Penedo de Matos¹, Sâmia Medeiros Matos¹, Roberta Alves da Silva¹, Ana Paula Figueiredo de Montalvão França¹, Larissa Elisa Sarmento Linhares², Luanna de Araújo Santos Bergamaschi³, Antonio Aécio de Miranda Lima Junior⁴.

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência de miomatose uterina em gestantes e, verificar as complicações e principais sintomas causados pelo mioma durante a gravidez. **Métodos:** Estudo quantitativo do tipo retrospectivo de natureza descritiva, onde foram analisados 23 prontuários de grávidas com miomatose através de uma ficha de coleta de dados estruturada. **Resultados:** A prevalência encontrada de miomatose na gravidez foi de 2,5%. Os fatores associados estatisticamente significantes foram: idade e raça. O uso de anticoncepcionais orais demonstrou que independente do uso a miomatose pode ocorrer, pois não houve diferença estatística significativa. Os eventos obstétricos adversos encontrados foram somente em consequência da miomatose uterina, haja vista que não foi observada a ocorrência de outras patologias descritas nos prontuários. **Conclusão:** Os miomas uterinos na gravidez constituem problema relevante de saúde, com prevalência encontrada similar à descrita na literatura brasileira, onde o maior número de casos foi em mulheres pardas, acima de 30 anos.

Palavras-chave: Mioma, Gravidez, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to investigate the prevalence of uterine myomatosis in pregnant women and to verify the complications and main symptoms caused by fibroid during pregnancy. **Methods:** quantitative study of the retrospective type of descriptive nature, in which 23 medical records of pregnant women with myomatosis were analyzed through a structured data collection form. **Results:** The prevalence of myomatosis found in pregnancy was 2.5%. Statistically significant factors were age and race. The use of oral contraceptives demonstrated that regardless of the use the myomatosis can occur, because there was no significant statistical difference. Adverse obstetric events were found only as a consequence of uterine myomatosis, since the occurrence of other pathologies described in the medical records was not observed. **Conclusions:** Uterine fibroids in pregnancy are a relevant health problem, with prevalence found similar to that described in the Brazilian literature, where the highest number of cases was in brown women, older than 30 years.

Key-words: Myoma, Pregnancy, Nursing.

¹Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém-PA. *E-mail: mayaramariananunes@gmail.com

²Escola Superior da Amazônia, Belém-PA.

³Universidade Estadual do Pará, Belém-PA.

⁴Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.

RESUMEN

Objetivo: investigar la prevalencia de miomatosis uterina en gestantes y, verificar las complicaciones y principales síntomas causados por el mioma durante el embarazo. **Métodos:** estudio cuantitativo del tipo retrospectivo de naturaleza descriptiva, donde fueron analizados 23 prontuarios de embarazadas con miomatosis a través de una ficha de recolección de datos estructurada. **Resultados:** La prevalencia encontrada de miomatosis en el embarazo fue del 2,5%. Los factores asociados estadísticamente significantes fueron: edad y raza. El uso de anticonceptivos orales demostró que independientemente del uso la miomatosis puede ocurrir, pues no hubo diferencia estadística significativa. Los eventos obstétricos adversos encontrados fueron sólo como consecuencia de la miomatosis uterina, ya que no se observó la ocurrencia de otras patologías descritas en los prontuarios. **Conclusión:** Los miomas uterinos en el embarazo constituyen un problema relevante de salud, con prevalencia encontrada similar a la descrita en la literatura brasileña, donde el mayor número de casos fue en mujeres pardas, por encima de 30 años.

Palabras clave: Mioma, Embarazo, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A miomatose uterina, também conhecida por mioma uterino ou leiomioma, é a tumoração pélvica benigna mais frequente do trato reprodutivo feminino, que se desenvolve a partir das células musculares lisas do miométrio; é uma neoformação estrógeno-dependente, habitualmente caracterizada de acordo com a sua localização anatômica (Sinatra KC, 2012).

Os miomas são classificados em intramurais, subserosos, submucosos e pediculados. Os intramurais podem distorcer a cavidade uterina ou o contorno exterior do útero, os subserosos situam-se na camada serosa do útero, os submucosos localizados na camada interna do miométrio, com projeção para a cavidade uterina e os pediculados que são ligados ao útero por um pedículo (SacramentoSIG, 2011).

Muitas mulheres passam pela preocupante constatação de descobrir que possuem em seu útero nódulos de mioma associado a uma gravidez. Tal fato pode gerar um impacto desfavorável na evolução normal desta gravidez, como abortamento espontâneo, parto pré-termo, restrição do crescimento fetal, apresentação anômala, descolamento de placenta, maiores taxas de parto cesáreo, além de quadros de dor abdominal que é a complicação mais comum, chamada de síndrome dolorosa dos miomas na gravidez (Boclin KLS e Faerstein E, 2013).

Está ocorrendo um aumento da associação de miomatose uterina e gravidez, com uma incidência de 0,1 a 3,9% de casos e, em cerca de 10% a 40% dos casos podem apresentar complicações ao longo do ciclo gravídico puerperal (Leite GKC, et al., 2010).

Estudos chegam a prever que cerca de 50% das mulheres terão miomas em algum momento de suas vidas. O pico de incidência dos miomas é aos quarenta anos de idade, girando em torno de 40%. Mesmo assim, não é raro encontrar mulheres mais jovens com miomas, antes mesmo de terem sido mães (Instituto de Radiologia do Pará, 2015).

Em decorrência da hipertrofia do miométrio, da maior vascularização local e das modificações nos receptores de estrogênio, o crescimento dos miomas é favorecido durante a gravidez; entretanto os fatores de crescimento locais e atividade uterina no trabalho de parto, relacionados com os princípios endócrinos durante a lactação favorecem a degeneração do mioma (Boclin KLS e Faerstein E, 2013).

O diagnóstico da miomatose uterina na gravidez é mais detectável na atualidade que no passado, um dos motivos seria a difusão da ultrassonografia obstétrica durante o pré-natal, a qual tem possibilitado o acompanhamento da extensão e grau da tumoração (NUNES JT, et al., 2014). Quanto ao tratamento dos miomas em gestantes é essencialmente conservador, com controle da dor, utilizando-se de repouso, analgésicos e monitorização fetal. No entanto, o tratamento cirúrgico durante a gravidez pode ser possível, mas sempre levando em consideração os riscos associados do procedimento durante a gestação (Sacramento SIG, 2011).

É pertinente salientar a necessidade de maior investigação a respeito da relação existente entre miomas e gravidez, visto que há uma escassez de evidências na literatura a respeito desta relação. Dessa forma, convém estudar e investigar sobre a temática em questão, a fim de conhecer precocemente os fatores desfavoráveis, permitindo a prevenção e diminuição de agravos para o binômio mãe e filho.

Considerando que a assistência pré-natal à gestante com mioma deve ser valorizada, através da formulação de medidas relacionadas ao desconforto causado pelos miomas durante a gravidez, este estudo traçou como objetivos investigar a prevalência de miomatose uterina em gestantes atendidas no Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e, verificar as complicações e principais sintomas causados pelo mioma durante a gravidez.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado através da análise de prontuários de gestantes com o diagnóstico de miomatose uterina, que foram atendidas no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016 no ambulatório da mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).

Foram incluídos os prontuários de gestantes maiores de 18 anos, cujo diagnóstico de miomatose foi realizado prévio a gestação ou durante a gestação, sintomáticas ou assintomáticas, que realizaram o pré-natal no Ambulatório da Mulher. Foram excluídos da pesquisa prontuários de gestantes que não apresentaram o diagnóstico de miomatose uterina.

A coleta de dados aconteceu entre julho a agosto de 2016 no serviço de arquivos médico da FSCMP. Utilizou-se uma ficha de dados estruturada, a qual constou de informações sobre dados pessoais, antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, gestação atual, diagnóstico da miomatose uterina, manifestações clínicas e complicações apresentadas e abordagem terapêutica utilizada.

Os dados foram analisados através do tratamento estatístico descritivo dos mesmos em frequência absoluta e percentual, os quais, dispostos em uma tabela específica para tabulação e posterior análise inter-relacionada com a literatura disponível, fortaleceram a discussão dos resultados. Para tanto, foi empregado o programa Microsoft Excel® versão Office xp para a tabulação, análise e representação dos dados coletados. As estimativas por intervalo foram calculadas utilizando 95% de confiança, através do programa estatístico BioEstat versão 5.3.

A pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FSCMP para apreciação, sendo aprovada em junho de 2016 sob parecer de número 1.572.512. Sendo utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Prontuários, pois a pesquisa foi realizada através de dados secundários.

RESULTADOS

Vinte e três gestantes com miomatose uterina foram identificadas dentre 901 gestantes atendidas no serviço no período de um ano, com prevalência de 2,5%.

A idade gestacional média foi de 23 semanas (variando de 10 semanas e 2 dias a 37 semanas e 2 dias). A maioria das entrevistadas, 14 (60,9%), encontrava-se na faixa etária entre 31 a 44 anos. A variável com respeito à cor/raça demonstrou que a maioria pertencia à raça parda, 52,2% (n=12).

Em relação à procedência das mulheres, 39,1% (n=9) eram provenientes de Belém, 30,4% (n=7) da região metropolitana e 21,8% (n=5) do interior do estado. No que diz respeito à escolaridade, a maioria (47,8% / n=11) tinha o ensino médio completo, seguido de 13,1% (n=3) que haviam cursado o superior completo e 4,3% (n=1) o fundamental completo. Quanto ao estado civil, a maioria vivia em união estável, correspondendo a 39,1% (n= 9) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
23 - 30	9	39,1
31 - 44	14	60,9
Cor/raça		
Parda	12	52,2
Branca	1	4,3
Negra	3	13,1
Informações ausentes	7	30,4
Procedência		
Belém	9	39,1
Região metropolitana	7	30,4
Interior	5	21,8
Escolaridade		
Fundamental completo	1	4,3
Médio completo	11	47,8
Superior completo	3	13,1
Estado civil		
Solteira	5	21,8
Casada	2	8,7
União estável	9	39,1

Fonte: Nunes MMC, et al., 2019.

No que se refere aos antecedentes ginecológicos, 39,1% (n=9) dessas pacientes apresentaram menarca precoce (idade menor que 11 anos), enquanto 60,9% (n=14) apresentaram a menarca com uma idade maior ou igual a 11 anos. Quanto ao ciclo menstrual, 52,2% apresentavam ciclo regular e 47,8% referiram ter ciclo menstrual irregular. Em relação ao uso de anticoncepcional oral 56,5% (n=13) faziam uso e 43,5% (n=10) nunca haviam usado. Os dados do tempo de uso do anticoncepcional estavam registrados em apenas 8,7% (n=2) dos prontuários, onde o tempo de uso foi por mais de 15 anos.

Quanto à dismenorréia, em 56,5% dos prontuários a informação estava registrada, sendo os valores registrados: 47,8% (n=11) das pacientes relataram apresentar dismenorréia, 8,7% (n=2) não apresentaram dismenorréia e, em 43,5% (n=10) dos prontuários não estava registrado tal ocorrência.

No que diz respeito à dispáurenia, em 56,5% (n=13) havia o registro, sendo que todos os prontuários com o registro desta informação (56,5%) eram de pacientes que sentiam frequentemente dispáurenia, nenhuma paciente apresentou ausência de dispáurenia e em 43,5% (n=10) dos prontuários esta informação estava ausente (**Tabela 2**).

O diagnóstico de miomatose foi feito durante o período gestacional em 8,7% (n=2) das pacientes e prévio a gestação em 47,8% (n=11), sendo que em 43,5% (n=10) dos prontuários examinados não havia este registro (IC de 95%: 5,5; 9,8).

No que diz respeito à localização dos miomas, não constava o registro dessa informação em 34,8% (n=8) dos prontuários analisados. Dos registrados, 30,4% (n=7) eram intramurais, 17,4% (n=4) subserosos, 4,3% (n=1) submucosos e 13,1% (n=3) apresentaram duas classificações de mioma: intramural e subseroso e nenhuma paciente apresentou mioma pediculado (IC de 95%: 3,3; 5,8) (**Tabela 3**).

No tocante aos principais sintomas e complicações causados pelo mioma durante a gravidez, cinco sintomas e seis complicações foram apresentados pelas gestantes de acordo com a descrição dos prontuários.

O sintoma mais frequente é a dor pélvica, acometendo 74% (n=17) das grávidas com miomatose, seguido de náuseas e vômito e, dor pélvica acompanhada de sangramento, que atingiram 52,2% (n=12) e 23,5% (n=4) das gestantes respectivamente. Outros sintomas também associados, porém, em menor proporção, foram:

febre baixa e diminuição da movimentação fetal, em uma taxa de 4,3% (n=1) cada um. As assintomáticas corresponderam a 4,3% (n=4,3%) das gestantes (IC de 95%: 3,0; 8,9).

Os dados das principais complicações causados pelo mioma durante a gravidez estavam registrados em 70% dos prontuários analisados e em 30% esta informação estava sem registro. Evoluíram com complicações 52% das pacientes e 18% não desenvolveram complicações. Das complicações, 13,1% (n=3) evoluíram para histerectomia pós-parto, seguido de 8,7% (n=2) que evoluíram para parto pré termo, 8,7% (n=2) para polidrâmnio. As complicações a seguir foram registradas em pequena proporção e com a mesma taxa de 4,3% (n=1): feto macrossômico, abortamento, rotura prematura de membrana, hematoma retroplacentário e deslocamento prematuro de placenta (IC de 95%: 0,9; 2,0) (**Tabela 4**).

Tabela 2 - Distribuição dos antecedentes ginecológicos das gestantes atendidas no ambulatório da mulher, em números absolutos (N) e porcentagem (%), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Variáveis	N	%	IC95%
Menarca			
< 11 anos	9	39,1	9,9 – 13
>= 11 anos	14	60,9	
Ciclo			
Regular	12	52,2	11,1 – 11,8
Irregular	11	47,8	
Anticoncepcional oral			
Sim	13	56,5	10,5 – 12,4
Não	10	43,5	
Dismenorreia			
Sim	11	47,8	
Não	2	8,7	5,5 – 9,8
Informação ausente	10	43,5	
Dispaurenia			
Sim	13	56,5	
Não	0	0	4,7 – 10,6
Informação ausente	10	43,5	

Fonte: Nunes MMC, et al., 2019.

Tabela 3 - Dados do período de diagnóstico e localização dos miomas uterinos em relação à gestação, organizados em números absolutos (N) e porcentagem (%), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Variáveis	N	%	IC95%
Diagnóstico			
Prévio à gestação	11	47,8	
Durante a gestação	2	8,7	5,5; 9,8
Informação ausente	10	43,5	
Localização			
Suberoso	4	17,4	
Submucoso	1	4,3	3,3; 5,8
Intramural	7	30,4	
Intramural e subseroso	3	13,1	
Informação ausente	8	34,8	

Fonte: Nunes MMC, et al., 2019.

Tabela 4 - Principais sintomas e complicações causados pelo mioma durante a gravidez, distribuídos em números absolutos (N) e porcentagem (%), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Variáveis	N	%	IC95%
Sintomas			
Dor pélvica	17	74	
Dor pélvica e sangramento	4	23,5	
Febre baixa	1	4,3	3,0- 8,9
Náuseas e vômito	12	52,2	
Diminuição da MF	1	4,3	
Assintomáticas	1	4,3	
Complicações			
Polidrâmnio	2	8,7	
Feto macrossômico	1	4,3	
Abortamento	1	4,3	
Histerectomia pós parto	3	13,1	0,9- 2,0
Parto pré termo	2	8,7	
Roprema	1	4,3	
Hematoma retroplacentário	1	4,3	
DPP	1	4,3	

Fonte: Nunes MMC, et al., 2019.

Na descrição da abordagem terapêutica mais indicada à grávida portadora de miomatose uterina os dados estavam registrados em apenas 35% dos prontuários e ausentes em 65%, sendo dessa forma a segunda variável com a maior taxa de ausência de registros. Dos dados registrados, 35% (n=8) das pacientes foram tratadas com analgésicos, sendo que destas apenas uma paciente, o que corresponde a 4,4% teve a indicação de repouso absoluto, controle de ultrassonografia (USG atividade fetal (IC de 95%: 0,7; 8,2) (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Descrição da abordagem terapêutica indicada à grávida com miomatose, organizada em números absolutos (N) e porcentagem (%), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Abordagem Terapêutica	N	%	IC95%
Analgésicos	8	35	
Repouso absoluto,			0,7- 8,2
Controle de USG e	1	4,4	
Controle de atividade fetal			

Fonte: Nunes MMC, et al., 2019.

DISCUSSÃO

O propósito principal deste estudo foi investigar a prevalência de miomatose uterina em gestantes, que foi de 2,5%, este resultado se encontra na média do que está descrito na literatura que é uma frequência de 0,1 a 3,9% em mulheres em idade fértil (Leite GKC, et al., 2010). As prevalências de Miomatose (MU) uterina na gravidez relatadas na literatura internacional apresentam ampla variação: desde 3,9% até 20% em estudos com população norte americana, dependendo da origem geográfica e da faixa etária da população analisada. (Laughlin SK, et al., 2009).

Na análise verificou-se a associação da idade com o desenvolvimento do mioma, onde 60,9% das gestantes atendidas tinham idade compreendida entre 31 e 44 anos, sugerindo, portanto, que o marcador de risco da miomatose uterina cresce com o aumento da idade.

Um estudo norte americano sugeriu que 70% a 80% das mulheres entre 40 e 50 anos apresentam miomatose uterina; porém, quase a metade desses tumores não chegam a ser diagnosticados, por não apresentarem sinais e sintomas clínicos (Divakar H, 2008).

Os achados do presente estudo são consistentes com a literatura quando sugere que a idade é um fator de risco para o desenvolvimento da MU, porém percebe-se uma diferença na estimativa apresentada, ficando na média do que relata o estudo norte americano. Mulheres negras apresentam ocorrência de miomatose uterina duas a três vezes maior do que as mulheres da raça branca, bem como maior número de tumores e sintomas significativos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2013).

Apesar das causas da desigualdade racial na ocorrência dos MU permanecerem desconhecidas, possíveis mecanismos são explicados pela literatura como: diferenças nos níveis e no metabolismo de estrogênios circulantes nas raças negra e branca. As mulheres negras apresentam um miométrio mais exposto a uma estimulação estrogênica mais forte, o que poderá estar relacionado com a maior incidência desta patologia nesta raça (Faria J, et al., 2008).

Esses resultados referentes à raça contrastam com as taxas observadas no presente estudo que apresentou indicações de que a frequência de MU é mais elevada em mulheres da raça parda com uma diferença de 39,1% em relação à raça negra, sendo possível pelo fato da região Norte ser predominantemente miscigenada com forte ascendência indígena, dessa forma o quantitativo de negros é inferior à raça parda.

Em relação à menarca foi constatada uma discordância do presente estudo em relação a literatura pesquisada, a qual afirma que o início mais precoce de ciclos menstruais aumenta o número de divisões celulares sofridas pelo miométrio durante a idade reprodutiva, resultando numa maior probabilidade de promover o crescimento de miomatose uterina (Faria J, et al., 2008).

Uma pesquisa prospectiva norte americana sobre fatores de risco para miomas uterinos em mulheres negras, constatou que o risco foi inversamente associado com a idade da menarca, contudo as razões de taxas observadas foram condizentes com as encontradas em estudos de mulheres brancas. A associação inversa detectada suporta a hipótese de que mulheres com idade precoce na menarca têm, em média, aumento do ciclo menstrual e uma maior exposição ao risco de desenvolver mioma uterino (Wise LA, et al., 2004).

Os dados encontrados para uso de anticoncepcionais orais apontam que independente do uso a miomatose uterina pode ocorrer, visto que não houve uma diferença tão significativa nas taxas apresentadas de mulheres que usaram ou não anticoncepcionais. No entanto, este resultado deve ser interpretado com cautela, pois não foi possível analisar tempo de uso e tipo de hormônio utilizado por falta de registro nos prontuários.

Brasil (2013) expõe que o efeito dos contraceptivos orais com início precoce (entre 13 e 16 anos) protege contra o desenvolvimento de miomatose uterina, entretanto, outros estudos associam o uso de anticoncepcional oral (ACO) a uma maior prevalência de miomatose, porém esse aumento pode ser decorrente de uma maior taxa de diagnósticos, uma vez que pacientes que utilizam hormônios são monitorizadas mais intensamente (Overview, 2010).

O estudo de Wise LA et al. (2004) realizado com mulheres afro-americanas, demonstrou que o uso corrente de anticoncepcionais injetáveis só de progestógeno foi associada com uma redução de 40% no risco de miomatose uterina, e a associação com outros tipos de anticoncepcionais foi inconsistente.

Os dados sobre dismenorréia e dispaurenia indicaram que são sintomas bastante frequentes na vida das mulheres portadoras de MU. Apenas duas pacientes referiram não apresentar dismenorréia, as demais relataram apresentar tanto dismenorréia quanto dispaurenia. O que indica que há grande impacto desfavorável dos miomas uterinos na qualidade de vida dessas mulheres, podendo causar um provável isolamento social.

No que diz respeito ao diagnóstico da MU foi possível observar que a maioria das grávidas recebeu o diagnóstico antes da gestação, somente duas pacientes foram diagnosticadas durante o período gestacional, evidenciando dessa forma que os miomas não comprometem a fertilidade de mulheres que pretendem engravidar. Todavia, vale ressaltar que a localização anatômica do mioma no útero, assim como o seu tamanho pode ser um importante fator de alterações na fertilidade.

No entanto, o efeito do tamanho do mioma e da sua localização não foram avaliados por não haver registro de tais informações nos prontuários, por esse motivo os resultados encontrados contrastam com estudos de alguns autores, pois de acordo com Heather C, et al. (2010) pode haver concordância de que miomas possuem impacto sobre o potencial de fertilidade, dependendo de sua localização e, que a sua remoção melhora a fertilidade.

Quanto à localização dos miomas este estudo mostrou que os mais comuns foram os intramurais e os subserosos. Tais resultados são compatíveis com o estudo norte americano de Laughlin SK, et al. (2009) que ao analisar a prevalência de leiomiomas uterinos no primeiro trimestre de gravidez, observou uma frequência de 42% de grávidas com miomas subserosos e 35% com miomas intramurais.

Entretanto, outro estudo norte americano declara que miomas intramurais estão diretamente relacionados a um resultado reprodutivo negativo, com aumento significativo de diminuição de gravidez, partos de nascido vivo e abortamento espontâneo (Heather C, et al., 2010).

Em um estudo de revisão Machado PCR, et al. (2010) citam que há vários estudos controversos em relação a associação dos miomas intramurais e a fertilidade, já em relação aos miomas subserosos os resultados são todos concordantes em não haver associação dos mesmos com a fertilidade.

Somente uma paciente apresentou mioma submucoso, evidenciando que este tipo de mioma realmente tem associação com a fertilidade. Este resultado concorda com o estudo de Heather C, et al. (2010) onde afirma que existe um consenso de que miomas submucosos possuem impacto negativo na fertilidade. Quando comparadas com mulheres sem miomas, as mulheres com miomas submucosos reduziram significativamente a taxa de gravidez, com uma taxa de abortamento espontâneo maior.

Vale ressaltar que não foi possível analisar a relação da localização dos miomas com o desfecho da gravidez, e assim obter resultados mais conclusivos, por não haver informações nos prontuários ou registros incompletos dos dados.

Em relação aos sintomas apresentados pelas grávidas, os mais comuns, foram: dor pélvica, náuseas, vômito e sangramento, houve a ocorrência de febre baixa e diminuição da atividade fetal em pequena proporção. Destoando de alguns estudos que relatam que a maioria dos miomas são assintomáticos, o presente estudo obteve apenas uma paciente com ausência de sintomas.

Lee HJ, et al. (2010) afirma que a maioria dos miomas são assintomáticos, entretanto, a dor abdominal pélvica localizada é o sintoma mais frequente em grávidas com miomas grandes (> 5 cm) durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez, certificando o que foi observado no presente estudo que 74% das gestantes evoluíram com dor pélvica com uma IG média de 23 semanas.

Apesar de a dor pélvica ter acometido a maioria das grávidas, das náuseas e vômitos serem o segundo evento mais recorrente e uma grávida ter apresentado febre baixa, não foi observada a ocorrência da síndrome dolorosa dos miomas na gravidez, que consiste classicamente de dor pélvica, náusea, vômito, febre baixa, leucocitose e aumento da atividade uterina.

Não foi possível concluir que as náuseas e vômitos apresentados pelas gestantes foram resultantes da MU, mesmo sendo um sinal clínico presente na síndrome dolorosa dos miomas na gravidez, pois 74% das grávidas podem apresentar náuseas e vômito durante a gestação (FEBRASGO, 2013).

Um estudo de revisão norte americano sobre o impacto dos leiomiomas uterinos sobre os resultados reprodutivos, afirma que aproximadamente 10% a 40% das mulheres com miomas uterinos desenvolvem complicações durante a gravidez e; descreve que parto pré termo, placenta prévia, descolamento prematura de placenta, crescimento intrauterino restrito, aumento da taxa de cesariana, hemorragia pós-parto e rotura prematura de membrana são as complicações mais frequentes (Heather C, et al., 2010).

No entanto, no presente estudo foi observada uma taxa de complicações mais elevada, 52% das grávidas apresentaram resultados obstétricos adversos, incluindo histerectomia pós parto, polidrâmnio, parto pré termo, feto macrossômico, abortamento, rotura prematura de membrana, hematoma retroplacentário e descolamento prematuro de placenta.

De acordo com Lee HJ, et al. (2010) em seu estudo norte americano sobre tratamento contemporâneo de fibróides na gravidez, o mecanismo preciso pelo qual os miomas uterinos induzem complicações obstétricas ainda não está claro, embora a diminuição da distensibilidade uterina e obstrução mecânica possam explicar alguns resultados adversos.

O volume, a localização e a quantidade de miomas uterinos estão diretamente relacionados aos efeitos adversos que podem acontecer durante a gravidez, o parto e o pós parto. Entretanto, não se tornou possível conhecer a relação de cada sintoma e complicação com as características apresentadas pelos miomas devido à inexistência de dados que possibilitassem essa análise.

É importante relatar que não foi observada a ocorrência de outras patologias descritas nos prontuários, portanto evidencia-se que os resultados obstétricos adversos observados neste estudo foram somente em consequência da MU, com exceção das náuseas e vômitos que não se pode precisar por ser um sintoma comum de qualquer gestação e não houve a ocorrência da síndrome dolorosa dos miomas na gravidez neste estudo. Analisando os dados, observou-se que a abordagem terapêutica mais indicada à grávida foi o tratamento conservador, com a utilização de analgésicos, controle de USG e controle de atividade fetal, entretanto os analgésicos utilizados não foram descritos nos prontuários.

O tratamento é realizado de forma conservadora por repouso, hidratação e analgésicos. Entretanto, os anti-inflamatórios não esteróides devem ser utilizados com precaução (Lee HJ, et al., 2010). Estudos falam da possibilidade da miomectomia durante a gravidez, no entanto a decisão pela indicação cirúrgica é uma escolha difícil pelos riscos anestésicos e cirúrgicos para a mãe, assim como para o feto.

A associação entre miomas uterinos e gravidez como ressalta a maioria dos autores, são duas condições comuns às mulheres, que, individualmente, são bem discutidas na literatura, porém quando associadas, encontra-se uma escassez de trabalhos publicados, especialmente no Brasil, esta escassez foi uma das limitações do presente estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados apontam para a ausência de registros fundamentais e/ou registro inadequado de diversos dados no prontuário, sendo uma constante observada durante toda a coleta. O presente trabalho representou um esforço válido para acrescentar dados à região Norte e ao Brasil, haja vista a ausência de estudos que relacionem miomatose e gravidez nessa região, assim como fomentar novas publicações e reflexões a respeito da temática em questão.

REFERÊNCIAS

1. BOCLIN KLS, FAERSTEIN E. Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde. *Rev. Bras Epidemiol*, 2013; 16(2): 301-313.
2. BRASIL MS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Leiomioma de útero. Portaria SAS/MS nº 1.325. de 25 de novembro de 2013.
3. DIVAKAR H. Asymptomatic uterine fibroids. *Rev. Clin Obstet Gynaecol*, 2008; 22 (4): 643-654.
4. FARIA J, et al. Miomas Uterinos- revisão da literatura. *Acta Obstet Ginecol, Port*, 2008; 2(3): 131-142.
5. FEBRASGO. Federação brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia. Como lidar com náuseas e vômitos na gestação. Editor Nilo Bozzini, 2013; Rio de Janeiro (RJ).
6. HEATHER C, et al. The Impact of Uterine Leiomyomas on Reproductive Outcomes. *Rev. Minerva Ginecol*, 2010; 3: 225-236.
7. INSTITUTO DE RADIOLOGIA DO PARANÁ. Mioma uterino. *Rev Corpore*. Disponível em: <<http://www.miomasuterinos.com.br/index.php/mioma-uterino-mn>>. Acesso em: 20 out. 2015.

8. LAUGHLIN SK, et al. Prevalence of Uterine Leiomyomas in the First Trimester of Pregnancy: An Ultrasound Screening Study. *Rev. Obstet Gynecol*, 2009; 3: 630-635.
9. LEE HJ, et al. Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy. *Rev. Obstet Gynecol*, 2010; 1: 20-27.
10. LEITE GKC, et al. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2010; 32 (4): 198-201.
11. MACHADO PCR, et al. Efeitos do leiomioma uterino na fertilidade e gestação. *Rev. Eurp*, 2010; 2 (1): 31-35.
12. NUNES JT, et al. Mioma uterino e gravidez: relato de caso desfavorável. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2014; 3 (1): 44-48.
13. 13 . OVERVIEW. of treatment of uterine leiomyomas (fibroids). Disponível em:< <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~HHEANJaWoFaJot>>. Acesso em 10 dez., 2010.
14. PARKER WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Rev. Fertil Steril*, 2007; 87 (4): 725-736.
15. SACRAMENTO SIG. Miomas uterinos, infertilidade e gravidez uma problemática actual. Dissertação (Mestrado), 2011; Universidade do Porto.
16. SINATRA KC. Gestação de Termo na Vigência de Mioma Uterino Gigante: relato de caso e revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência), 2012; Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo (SP).
17. SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Consenso sobre miomas uterinos. Coordenação e revisão Dra. Fernanda Águas e Prof. Dra. Fernanda Mascarenhas, março de 2013.
18. WISE LA, et al. Reproductive factors, hormonal contraception, and risk of uterine leiomyomata in african-american women: a prospective study. *Rev. Am J Epidemiol*, 2004; 2: 113–123.