



DRA. HARUSY BASTOS

SAÚDE DA MULHER

— GINECOLOGIA · GUIA INFORMATIVO

Sangramento uterino anormal

Miomas, adenomiose e pólipos: as causas estruturais mais comuns, como investigar e como tratar.

DRA. HARUSY RIBEIRO BASTOS

MÉDICA · CRM-GO 17.232 · SAÚDE DA MULHER

O que é

Sangramento uterino anormal é qualquer alteração do padrão menstrual em frequência, regularidade, duração ou volume. É uma das queixas mais comuns no consultório de ginecologia. Pode ter causas estruturais, que aparecem em exames de imagem (pólipo, adeniose, mioma, lesões malignas), ou não estruturais (distúrbios de coagulação, alterações da ovulação, causas endometriais, medicamentos). Essa é a classificação PALM-COEIN, da FIGO.

Quando procurar avaliação

Alterações do fluxo

- Menstruação com mais de 7 dias.
- Troca de absorvente a cada 1 ou 2 horas.
- Coágulos volumosos.
- Sangramento fora do período menstrual ou após a relação.
- Qualquer sangramento após a menopausa.

Sintomas associados

- Cólicas intensas e progressivas.
- Dor pélvica crônica ou na relação.
- Sensação de peso no baixo ventre.
- Cansaço, palidez e tontura, que sugerem anemia.

O sangramento intenso crônico é uma das principais causas de anemia por falta de ferro em mulheres em idade reprodutiva. Menstruar muito não é normal e merece investigação.

Mioma uterino

Tumor benigno do músculo do útero, o mais comum em mulheres em idade reprodutiva. Muitos são assintomáticos. O tipo submucoso, que cresce para dentro da cavidade, é o que mais causa sangramento e pode dificultar a gestação; o intramural, dentro da parede, é o mais frequente; o subseroso cresce para fora e costuma causar pressão sobre bexiga e intestino.

Diagnóstico

- Ultrassonografia transvaginal.
- Ressonância magnética para mapeamento, quando necessário.
- Histeroscopia para miomas submucosos.
- Hemograma para avaliar anemia.

Tratamento

- Acompanhamento nos assintomáticos.
- DIU hormonal para controle do sangramento.
- Medicamentos hormonais e análogos de GnRH.
- Miomectomia (retirada do mioma) ou histerectomia em casos selecionados.

Adenomiose

O tecido que reveste o útero por dentro cresce dentro da camada muscular, deixando a parede espessa e dolorosa. Provoca menstruação intensa e cólica que piora ano a ano. É mais comum na perimenopausa, mas ocorre em qualquer idade reprodutiva.

Diagnóstico

- Ultrassonografia transvaginal com avaliação da zona juncional.
- Ressonância magnética em casos de dúvida.
- Confirmação definitiva apenas pelo exame do útero após histerectomia.

Tratamento

- DIU hormonal.
- Progestogênios e outros hormônios.
- Análogos de GnRH.
- Histerectomia quando o tratamento clínico falha e não há desejo de gestação.

Pólipo endometrial

Projeção benigna do revestimento interno do útero, única ou múltipla, mais comum após os 40 anos e na menopausa. Causa sangramento entre as menstruações, após a relação ou na pós-menopausa, e muitas vezes é achado de ultrassonografia. Precisa ser retirado e analisado para afastar lesões malignas.

Diagnóstico

- Ultrassonografia transvaginal com Doppler.
- Histeroscopia, que diagnostica e trata no mesmo ato.

Tratamento

- Polipectomia histeroscópica.
- Exame anatomopatológico obrigatório do material retirado.

Como é a investigação

1

Consulta

Padrão menstrual, histórico ginecológico, medicamentos em uso, histórico familiar e sintomas associados.

2

Exame físico

Exame ginecológico completo, com avaliação do colo e do tamanho e da consistência do útero.

3

Ultrassonografia transvaginal

Primeiro exame de imagem, idealmente entre o 5º e o 10º dia do ciclo.

-
- 4 Exames laboratoriais**
Hemograma, coagulograma, TSH, dosagens hormonais e beta-hCG para afastar gestação.
-
- 5 Histeroscopia**
Visualização direta da cavidade. É o exame mais sensível para pólipos, miomas submucosos e alterações do endométrio.
-
- 6 Biópsia de endométrio**
Indicada acima dos 40 a 45 anos ou com fatores de risco para hiperplasia e câncer de endométrio.
-

Quando a cirurgia é indicada

Tratamento clínico primeiro

- Miomas assintomáticos: acompanhamento.
- Adeniose: DIU hormonal, progestogênios, análogos de GnRH.
- Pólipo pequeno e assintomático: observação em casos selecionados.
- Anti-inflamatórios e ácido tranexâmico nos episódios agudos.

Cirurgia quando necessário

- Falha do tratamento clínico após 3 a 6 meses.
- Mioma submucoso sintomático: histeroscopia.
- Pólipo: polipectomia histeroscópica.
- Miomas grandes ou múltiplos: miomectomia.
- Adeniose refratária ou sangramento grave: histerectomia.

Perguntas frequentes

Menstruar muito é normal?

Não. Trocar absorvente a cada 1 ou 2 horas, menstruar por mais de 7 dias ou eliminar coágulos grandes merece investigação.

O mioma pode virar câncer?

O mioma é benigno e não se transforma em câncer. O leiomiossarcoma é um tumor raro e diferente, que não deriva do mioma.

Posso engravidar com mioma ou pólipo?

Depende da localização e do tamanho. Miomas submucosos e pólipos podem atrapalhar a implantação, e a retirada antes da gestação pode melhorar as chances.

A adenomiose tem cura?

A única cura definitiva é a histerectomia. Em quem deseja preservar o útero, o tratamento clínico controla os sintomas.

Agende sua consulta

Clínica Materny

Rua 8E, Qd 44 Lt 05, Setor Garavelo Residencial Park,
Aparecida de Goiânia, GO

WhatsApp (62) 9 9136-5421

Instagram @draharusy

Site harusyginecologia.com.br

Este material tem caráter exclusivamente informativo e não substitui a consulta médica. O diagnóstico e a indicação de qualquer tratamento são individuais e definidos em avaliação com a médica. Material informativo elaborado pela Dra. Harusy Ribeiro Bastos, CRM-GO 17.232.