

HEMORRAGIA UTERINA PÓS-MENOPAUSA EM MULHER COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES: RELATO DE CASO

POSTMENOPAUSAL UTERINE BLEEDING IN A WOMAN WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTORS: A CASE REPORT

Autores:

Patrícia Silva Vieira¹, Margarete Costa²

RESUMO

Introdução: A hemorragia uterina anormal pós-menopausa constitui um sinal de alarme, que requer investigação clínica, dada a possibilidade de patologia endometrial maligna. A hiperplasia endometrial sem atipia é uma entidade benigna, mas pode representar um estadió precursor de carcinoma endometrial, especialmente na presença de fatores de risco metabólicos, hormonais e/ou familiares.

Descrição do caso: Indivíduo do sexo feminino, de 58 anos, com antecedentes de doença cardiovascular e história familiar de carcinoma do endométrio. Na sequência de hemorragia vaginal de novo, inicia investigação com ecografia ginecológica, que evidencia espessamento endometrial. Após referência hospitalar para consulta de Ginecologia, a biópsia endometrial confirma o diagnóstico de hiperplasia endometrial sem atipia. É proposta colocação de dispositivo intrauterino com levonorgestrel, cuja inserção é adiada até esclarecimento de achado mamográfico inconclusivo. Após repetição do estudo, classificado como benigno, a utente aguarda agendamento de consulta hospitalar para inserção do dispositivo para controlo sintomático.

Comentário: Este caso sublinha a importância de uma abordagem estruturada na hemorragia uterina anormal em mulheres pós-menopausa, salientando a existência das diversas comorbidades e fatores de risco associados para carcinoma endometrial. Destaca a necessidade de articulação entre cuidados de saúde primários e secundários na integração das diversas patologias e áreas da saúde da mulher e da atualização dos programas de rastreio para assegurar decisões terapêuticas seguras e oportunas.

Palavras-chave: Menopausa; Hemorragia Uterina; Hiperplasia Endometrial

ABSTRACT

Introduction: Abnormal postmenopausal uterine bleeding is a warning sign that requires clinical investigation, given the possibility of malignant endometrial pathology. Endometrial hyperplasia without atypia is a benign condition, but it can be a precursor to endometrial carcinoma, especially in the presence of metabolic, hormonal, and/or familial risk factors.

Case description: A 58-year-old female with a family history of endometrial carcinoma and cardiovascular disease. Following vaginal bleeding, she undergoes a gynecological ultrasound, which reveals endometrial thickening. After referral to the hospital for a gynecological consultation, an endometrial biopsy confirms the diagnosis of endometrial hyperplasia without atypia. The placement of a levonorgestrel intrauterine device is proposed, but insertion is postponed until inconclusive mammographic findings could be clarified. After repeating the study, classified as benign, the patient is awaiting a hospital appointment for insertion of the device for symptomatic control.

Comment: This case highlights the importance of a structured approach to abnormal uterine bleeding in postmenopausal women, emphasizing the existence of various comorbidities and risk factors associated with endometrial carcinoma. It highlights the need for coordination between primary and specialized healthcare in the integration of various pathologies and areas of women's health and the updating of screening programs to ensure safe and timely therapeutic decisions.

Keywords: Menopause; Uterine Hemorrhage; Endometrial Hyperplasia

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Argoncilhe, Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Argoncilhe, Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

A menopausa, definida como a última menstruação resultante do esgotamento do reservatório folicular do ovário, marca a transição da fase reprodutiva para a senescência ovárica. Durante este período, ocorre um quadro hormonal de hipoestrogenismo que resulta em mudanças fisiológicas no organismo feminino, levando à involução uterina e à cessação do sangramento uterino menstrual típico.¹

A ocorrência de hemorragia uterina na pós-menopausa deve ser considerada um sinal de alarme e sempre investigada de forma rigorosa.¹ Este sintoma pode traduzir a existência de uma patologia orgânica, incluindo malignidade ginecológica, nomeadamente carcinoma do endométrio ou lesões precursoras. Entre as causas mais frequentes de hemorragia nesta fase da vida da mulher destacam-se a atrofia endometrial e os pólipos endometriais.^{1,2} No entanto, esta pode resultar de outras condições ginecológicas ou de patologias não ginecológicas, tais como infeção ou cancro do trato urinário, patologia anal, retal ou intestinal, bem como da toma de determinados fármacos.²

A abordagem inicial da hemorragia uterina pós-menopausa deve contemplar uma anamnese detalhada com identificação de fatores de risco para carcinoma do endométrio. Entre os fatores mais fortemente associados destacam-se a obesidade, a diabetes *mellitus*, a nuliparidade^{1,3} e a hipertensão arterial.^{2,3} Outros fatores como a anovulação crónica^{1,3} e a terapêutica hormonal^{1,2} devem igualmente ser considerados no processo de avaliação. A mulher deve ser inquirida sobre o início, a frequência e possíveis fatores desencadeantes dos episódios de sangramento, assim como sintomas acompanhantes, como dor ou febre. A anamnese deve abranger sintomas do trato urinário e gastrointestinal e avaliar o uso de medicamentos ou suplementos que possam influenciar o quadro clínico, tais como anticoagulantes ou tamoxifeno.²

O exame físico deve iniciar-se com a inspeção da genitália externa com o objetivo de identificar a origem da hemorragia. Segue-se a avaliação com espéculo vaginal, que permite a observação da mucosa vaginal, deteção de sinais de atrofia ou outras alterações patológicas, bem como a confirmação da origem vaginal do sangramento. Posteriormente, o exame bimanual possibilita a avaliação do útero e anexos, assim como dor cervical. A avaliação deve ser complementada por um exame físico geral, visando a identificação de sinais sugestivos de patologia sistémica associada.³

Uma das patologias responsáveis pelo surgimento de hemorragia uterina pós-menopausa é a hiperplasia endometrial, que corresponde a uma alteração proliferativa anormal e não invasiva do endométrio.⁴ Esta ocorre devido a uma estimulação estrogénica não contrabalançada por progesterona.¹⁵ Dado ser uma lesão precursora, o diagnóstico precoce e a estratificação de risco são fundamentais para a prevenção da progressão para adenocarcinoma endometrial.⁶ Este é o tumor maligno mais frequente do sistema reprodutor feminino, sendo o sexto mais frequente na mulher em Portugal.⁷

Este relato de caso justifica-se pela complexidade da sobreposição dos múltiplos fatores de risco cardiovasculares, bem como da história familiar para carcinoma endometrial. Ilustra os desafios na decisão terapêutica, dada a interdependência entre as diferentes áreas da saúde da mulher, nomeadamente na articulação entre os achados endometriais e mamográficos. Adicionalmente, destaca-se o papel dos cuidados de saúde primários na abordagem integrada, longitudinal e centrada na pessoa e a necessidade de articulação com cuidados especializados.

DESCRIÇÃO DO CASO

Indivíduo do sexo feminino, caucasiana, 58 anos, nacionalidade brasileira, residente em Portugal há um ano, autónoma e cuidadora informal dos pais. Como antecedentes médicos pessoais, apresenta três enfartes agudos do miocárdio em 2009, 2011 e 2015, obesidade com índice de massa corporal (IMC) de 37,6 kg/m², dislipidemia e é ex-fumadora de 40 unidades maço-ano (UMA). Associadamente, apresenta perturbação depressiva major, perturbação de hiperatividade com défice de atenção e psoríase. Encontra-se medicada com metoprolol 50 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, clopidogrel 75 mg, atorvastatina 40 mg, fluoxetina 20 mg, lisdexanfetamina em SOS e associação tópica de betametasona e calcipotriol, 0,5 mg/g + 0,05 mg/g.

De história familiar relevante, a utente apresenta uma irmã com diagnóstico de carcinoma do endométrio aos 60 anos, a mãe com hipertensão arterial e o pai com diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial. A história ginecológica inclui a primeira gravidez aos 16 anos, seguida pelo uso de pílula combinada oral até aos 30 anos. Posteriormente, passa a utilizar anel vaginal até aos 43 anos. Refere cinco gravidezes no total, com dois partos e três interrupções. Após a última gravidez, passa a apresentar menstruações irregulares, recebendo diagnóstico de menopausa aos 45 anos, sem terapêutica hormonal de substituição.

Em consulta programada para rastreio do cancro do colo do útero, em outubro de 2024, a utente relata episódio de hemorragia vaginal com pequena quantidade de sangue diário, que descreve como “borra de café”, com duas semanas de duração. Ao exame ginecológico, observam-se vestígios de sangue acastanhado na vagina, sugerindo proveniência uterina, sem alterações do colo, sem odor característico, sem dor à mobilização do espécule e na palpação bimanual. Nega alterações urinárias ou gastrointestinais. Nesse contexto é colhida citologia cervicovaginal. Apresenta estudo analítico pedido em consulta anterior, com hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,7%. É solicitada ecografia ginecológica por via endocavitária, novo estudo analítico e mamografia bilateral, dada ausência de rastreio do cancro da mama há vários anos.

No seguimento, em novembro de 2024, a HbA1c encontra-se em 6,9%, confirmando diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. É reforçada a necessidade de medidas de estilo de vida, com incentivo à prática de atividade física e cuidados alimentares, aconselhando-se perda ponderal. Adicionalmente, inicia-se terapêutica com metformina 1000 mg, duas tomas diárias. A ecografia ginecológica evidencia miométrio heterogéneo e espessamento endometrial de 7 mm (espessamento endometrial considerado anormal a partir de 4 mm)^{1,2}, com algumas formações quísticas na sua dependência. Perante estes achados, a utente é referenciada para consulta de Ginecologia para a unidade local de saúde da área de residência.

A primeira consulta de patologia endometrial decorre em fevereiro de 2025, não ocorrendo novos episódios de hemorragia vaginal até essa data. Ao exame ginecológico, apresenta eritema vulvar, colo sem lesões e leucorreia inespecífica. A ecografia ginecológica que realiza na consulta confirma as alterações previamente identificadas, com endométrio de 5 mm de maior espessura. É realizada biópsia endometrial e é medicada para o eritema vulvar com betametasona e cotrimoxazol, 0,5 mg/g + 10 mg/g, tópico, durante uma semana.

A mamografia anteriormente solicitada é classificada pelo *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) como inconclusiva, BI-RADS 0, devido à existência de um nódulo individualizado na transição dos quadrantes externos da mama direita, sendo pedida ecografia mamária para melhor caracterização da lesão.

Em março de 2025, na consulta subsequente de Ginecologia, é conhecido o resultado da biópsia, que revela hiperplasia endometrial sem atipia. Perante este diagnóstico e a indicação terapêutica, é

proposta a colocação de um dispositivo intrauterino com levonorgestrel (SIU-L), com o objetivo de controlo sintomático. No entanto, a colocação do SIU-L é adiada devido à necessidade de conclusão do estudo imagiológico mamário.

A utente é convocada para rastreio mamográfico pela Liga Portuguesa Contra o Cancro nesse mês, que realiza e cuja mamografia é categorizada como benigna, BI-RADS 2. Face a classificação benigna, opta por não realizar a ecografia mamária complementar, solicitada anteriormente.

Em consulta programada de vigilância de diabetes *mellitus*, em julho de 2025, a utente refere intolerância gastrointestinal à metformina, por náuseas. Apresenta perda ponderal de 6 kg, traduzindo-se em IMC de 35,6 kg/m². Traz o estudo analítico semestral com HbA1c de 6,5%. Apesar da melhoria analítica e perda ponderal, opta-se por suspender metformina e iniciar semaglutido, 0,25 mg/0,19 mL, solução injetável, com administração semanal.

À data, a utente aguarda nova consulta de Ginecologia para colocação do SIU-L, mantendo-se assintomática quanto a episódios de hemorragia vaginal.

COMENTÁRIO

Este relato de caso ilustra a relevância da hemorragia uterina anormal na mulher pós-menopausa como manifestação clínica potencialmente associada a patologia endometrial.

A apresentação clínica reveste-se de particular interesse pela coexistência de fatores de risco cumulativos para carcinoma endometrial. A salientar, a existência de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, como os antecedentes de três enfartes agudos do miocárdio, obesidade, ex-tabagismo e ainda o diagnóstico recente de diabetes *mellitus* tipo 2. Associadamente, apresenta história familiar de patologia cardiovascular nos progenitores, bem como antecedentes de carcinoma do endométrio numa irmã. Todos estes fatores de risco, perante uma mulher pós-menopausa com hemorragia uterina anormal associada a espessamento do endométrio, alertam para a possibilidade de malignidade endometrial.

Embora o diagnóstico da utente tenha sido de hiperplasia endometrial sem atipia, uma entidade benigna com risco reduzido de progressão, esta pode representar um estadio precursor para hiperplasia atípica ou carcinoma, sobretudo na presença de fatores predisponentes.^{1,2} O tratamento com progestativos, nomeadamente através da colocação do SIU-L, é considerada a terapêutica médica de primeira linha,

promovendo um equilíbrio hormonal e permitindo a regressão histológica e controlo sintomático, sendo uma estratégia eficaz e bem tolerada. O tratamento deverá ser mantido por um período mínimo de seis meses, mas na ausência de efeitos adversos, o dispositivo pode permanecer colocado até um período de cinco anos. Esta abordagem implica um seguimento clínico estruturado e individualizado com vigilância periódica, dada a possibilidade de progressão da lesão.¹

A gestão deste caso evidenciou ainda a interdependência entre as várias dimensões da saúde da mulher, particularmente na articulação entre patologia ginecológica e rastreio mamográfico, com implicações diretas no plano terapêutico. Este aspeto reforça a importância de uma abordagem integrada, especialmente em utentes com múltiplas comorbilidades e da atualização dos rastreios que, neste caso, implicou o adiamento da colocação do SIU-L dadas as alterações no rastreio mamográfico.

Assim, este relato de caso mostra-se relevante por demonstrar uma abordagem clínica estruturada de hemorragia uterina anormal pós-menopáusica numa mulher com potencial risco elevado para carcinoma endometrial. Sublinha a importância da gestão dos fatores de risco cardiovasculares, da prevenção primária e do diagnóstico precoce, bem como do papel do SIU-L no tratamento conservador e da necessidade de articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados, num modelo de acompanhamento centrado na pessoa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia; 2018.
- 2- Carugno J. Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women. *Climacteric*. 2020;23(4):343-9.
- 3- Raglan O, Kalliala I, Markozannes G, Cividini S, Gunter MJ, Nautiyal J, et al. Risk factors for endometrial cancer: An umbrella review of the literature. *Int J Cancer*. 2019 Oct 1;145(7):1719-30.
- 4- Nees LK, Heublein S, Steinmacher S, Juhasz-Böss I, Brucker S, Tempfer CB, et al. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2022;306(2):407-21.
- 5- Chittenden BG, Fullerton G, Maheshwari A, Bhattacharya S. Polycystic ovary syndrome and the risk of gynaecological cancer: a systematic review. *Reprod Biomed Online*. 2009;19(3):398-405.
- 6- Doherty MT, Sanni OB, Coleman HG, Cardwell CR, McCluggage WG, Quinn D, et al. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232231.
- 7- Liga Portuguesa Contra o Cancro. Incidência, mortalidade e prevalência por cancro. Lisboa: Liga Portuguesa Contra o Cancro; [atualizado em 11 Nov 2024; citado em 14 Ago 2025]. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/incidenciaimortalidade/>

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:

Patrícia Silva Vieira
patricia98vieira@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

PSV: Conceção, desenho e redação do trabalho. Aprovação da versão final.

MC: Conceção, desenho e redação do trabalho. Aprovação da versão final.

RECEBIDO: 20 de setembro de 2025 | ACEITE: 26 de fevereiro de 2026