

Mioma parido como causa de dor pélvica e sangramento uterino anormal: relato de caso

Caio Inácio de Melo y Longo¹; Isabella Mello e Passos¹; Giovanna de Moura Frutuoso¹; Paulo José Rocha Neto¹; Luiza Aparecida Espindula da Silva¹; Maria Fernanda Figueredo Vasconcelos da Nóbrega¹; Constanza Thaise Xavier Silva²

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

RESUMO

Os miomas uterinos são tumores benignos frequentes do trato genital feminino e, embora geralmente assintomáticos, podem ocasionar manifestações graves, como dor pélvica intensa e sangramento uterino agudo. Entre as possíveis apresentações clínicas, destaca-se o mioma submucoso pediculado em degeneração e expulsão parcial, conhecido como “mioma parido”, situação que configura uma urgência ginecológica. Este relato tem como objetivo relatar um caso de pseudogestação decorrente de mioma uterino gigante, destacando suas manifestações clínicas, desafios diagnósticos e conduta terapêutica. Paciente feminina, 26 anos, sem comorbidades, apresentou-se ao pronto atendimento com sangramento uterino súbito e intenso, associado a dor abdominal em cólica e episódios de tontura. Ao exame, apresentava taquicardia, hipotensão e palidez acentuada. O toque vaginal evidenciou massa irregular parcialmente exteriorizada pelo colo uterino. Exames mostraram hemoglobina de 7,2 g/dL, β -hCG negativo, afastando gestação e imagem ultrassonográfica compatível com mioma submucoso de 6,5 cm em degeneração. A paciente foi submetida à estabilização hemodinâmica imediata com reposição volêmica e transfusão de hemácias, seguida de histeroscopia cirúrgica de urgência para remoção do mioma em expulsão e curetagem uterina, com antibioticoprofilaxia. Evoluiu de forma satisfatória, sem complicações, recebendo alta após 48 horas com seguimento ambulatorial. O caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial rápido frente a sangramentos agudos em mulheres jovens, distinguindo o mioma parido de condições como aborto retido e lesões cervicais. O manejo precoce, baseado em estabilização e tratamento cirúrgico conservador, foi essencial para o bom desfecho e preservação da fertilidade. Assim, o relato contribui para a compreensão de apresentações incomuns da miomatose uterina e para o aprimoramento das condutas em emergências ginecológicas.

Palavras-chave:

Mulher.
Fibromioma uterino.
Cirurgia.

INTRODUÇÃO

Os miomas uterinos, também conhecidos como fibromas, representam os tumores benignos mais comuns do trato genital feminino, afetando uma parcela significativa de mulheres em idade

reprodutiva. Embora frequentemente assintomáticos, eles podem causar manifestações clínicas diversas, como sangramento uterino anormal e dor pélvica¹.

Mundialmente, a prevalência do mioma varia de 5 a 21% e aumenta com a idade, sendo 1,8% em mulheres de 20 a 29 anos e 14,1% em mulheres com mais de 40 anos. Tais índices variam de acordo com os hábitos de vida, ingestão de cafeína e de álcool, etnia (sendo mais frequente em mulheres negras), genética e portadoras de diabetes mellitus².

Esta condição, embora incomum, é uma emergência ginecológica que pode manifestar-se com dor abdominal intensa e sangramento uterino agudo e volumoso, pressão pélvica, infertilidade e diversas complicações obstétricas, como aborto espontâneo e parto prematuro³.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, e essa escolha deve considerar o tamanho e a localização. O tratamento cirúrgico convencional, histerectomia e miomectomia, é a intervenção mais realizada devido à eficácia com relação ao tumor e à sintomatologia⁴.

Portanto, o relato evidencia como o diagnóstico diferencial rápido frente a hemorragias em mulheres jovens, baseando em estabilização, tratamento cirúrgico e a diferenciação do caso em questão de mioma parido de aborto retido e lesão cervicais, são essenciais para a preservação da fertilidade e qualidade de vida da paciente. Diante da relevância, este estudo tem como objetivo relatar um caso de pseudogestação decorrente de mioma uterino gigante, destacando suas manifestações clínicas, desafios diagnósticos e conduta terapêutica.

RELATO DE CASO

Anamnese

Paciente feminina, 26 anos, GPo, previamente hígida, sem comorbidades conhecidas, procurou atendimento ginecológico de urgência pela queixa de sangramento intenso e dor abdominal forte, iniciados há cerca de 8 horas.

Deu entrada no pronto atendimento com relato de início súbito de sangramento uterino volumoso, acompanhado de eliminação de coágulos e dor abdominal em cólica, de forte intensidade, descrita como semelhante a contrações. Na primeira consulta apresentava palidez, e referindo tontura e lipotímia ao se levantar. Nega febre, corrimento fétido ou antecedentes de abortamento recente.

Antecedentes pessoais: Ciclos menstruais regulares, menarca aos 12 anos, nega uso de anticoncepcionais. Sem histórico de cirurgias ginecológicas prévias

Exame físico

Paciente em regular estado geral, sudoreica, taquicárdica (FC 122 bpm), com pressão arterial de 90 x 60 mmHg, apresentando palidez (++/4+). O abdome mostrava-se doloroso à palpação profunda em hipogástrio, sem sinais de peritonite.

Ao toque vaginal, observou-se colo entreaberto, com presença de massa volumosa, de

superfície irregular, parcialmente exteriorizada através do colo uterino, dolorosa à palpação e acompanhada de sangramento ativo de grande intensidade.

Exame complementares

Os exames complementares evidenciaram hemoglobina de 7,2 g/dL e hematócrito de 22%. O teste sérico de β -hCG apresentou resultado negativo. A ultrassonografia transvaginal (figura 1) evidenciou útero aumentado, no qual se identificou lesão hiperecogênica de 6,5 cm sugestiva de mioma submucoso em degeneração, parcialmente exteriorizado pela cavidade endocervical.

Conduta

Foi realizada estabilização hemodinâmica imediata, com obtenção de acesso venoso calibroso, reposição volêmica e transfusão de concentrado de hemácias. Instituiu-se analgesia com opioides e anti-inflamatórios. Indicou-se histeroscopia cirúrgica de urgência para retirada do mioma em expulsão (figura 1), seguida de curetagem uterina e hemostasia local. Realizou-se, ainda, antibioticoprofilaxia.

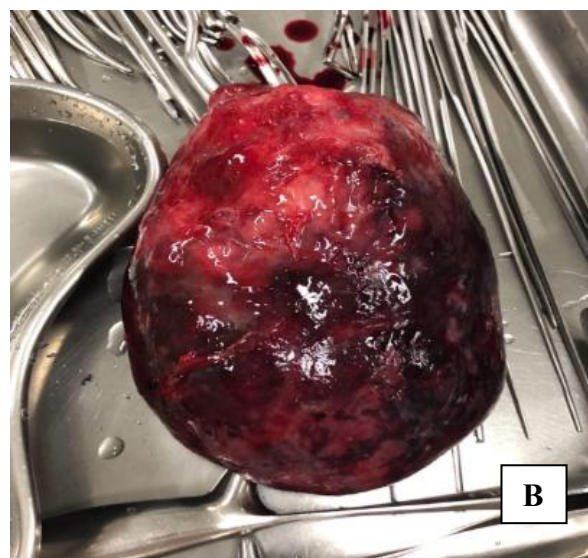


Figura 1: Mioma submucoso em expulsão, observado em contexto de aborto retido e lesões cervicais concomitantes. **figura A:** Mioma em processo de expulsão e retirada emergencial. **Figura B:** Peça cirúrgica, pós procedimento. Fonte: arquivo pessoal.

Evolução

A paciente apresentou evolução pós-procedimento favorável, manteve estabilidade clínica, com redução progressiva do sangramento e melhora gradual do quadro geral. Permaneceu hemodinamicamente estável e sem complicações durante a internação. Recebeu alta hospitalar após 48

horas, com orientação para acompanhamento ambulatorial junto ao serviço de ginecologia para seguimento do tratamento da miomatose uterina.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente relato será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, em cumprimento aos princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 e na Carta Circular 166/2018.

O principal risco do relato é a quebra de sigilo, que será minimizado com identificação em código numérico para manter o anonimato dos dados coletados. Ademais, os prontuários serão transcritos e armazenados juntamente ao banco de dados da equipe de pesquisa, onde somente os pesquisadores e o orientador terão acesso, não sendo permitido o acesso a nenhum outro membro.

Os benefícios diretos e indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa incluem a discussão do caso de mioma parido como causa de dor pélvica e sangramento uterino anormal, destacando suas manifestações clínicas, desafios diagnósticos e conduta terapêutica, de modo a auxiliar a comunidade científica, mas também de contribuir para o esclarecimento das possíveis dúvidas do referido paciente, diante do caso em questão.

Os dados coletados serão destinados para o desenvolvimento de um relato de caso que posteriormente será apresentado na 29ª Mostra de Saúde da UniEVANGÉLICA e publicado em revistas científicas da área, periódicos ou cadernos de resumos.

DISCUSSÃO

Os leiomiomas uterinos representam as neoplasias benignas mais comuns do trato genital feminino, afetando até 70–80% das mulheres em idade reprodutiva. Entre suas localizações, os submucosos são especialmente associados a manifestações clínicas mais intensas, como sangramento uterino anormal, dor pélvica e anemia⁷. No presente relato, a paciente apresentava um mioma submucoso pediculado em processo de expulsão, quadro que reflete a evolução natural de miomas localizados próximos à cavidade endometrial, cuja vascularização pode ser comprometida, levando à necrose e degeneração. O fenômeno de “mioma parido” resulta dessa combinação entre isquemia, torção do pedículo e contrações uterinas que promovem sua exteriorização parcial ou total pelo colo uterino⁵.

A fisiopatologia do mioma expulso envolve a transição de um leiomioma intramural ou submucoso pediculado para o canal cervical, frequentemente acompanhada por intensa dor tipo cólica e sangramento volumoso. Em situações como a descrita, o processo de expulsão pode simular um aborto incompleto, especialmente em mulheres jovens com dor e eliminação de

coágulos. No caso analisado, o diagnóstico diferencial foi rapidamente direcionado pela ausência de gestação (β -hCG negativo) e pela visualização ultrassonográfica de uma massa hiperecogênica compatível com mioma submucoso. Esses achados são coerentes com a literatura, que destaca a importância do exame físico e ultrassonográfico na distinção entre mioma parido, pólio e aborto⁶.

A paciente apresentou instabilidade hemodinâmica significativa, o que exigiu abordagem emergencial com estabilização volêmica e transfusão sanguínea. Essa conduta é amplamente respaldada por protocolos clínicos, que priorizam o controle do choque hemorrágico antes da intervenção definitiva. Assim como em relatos semelhantes, a estabilização clínica seguida da remoção cirúrgica imediata do mioma foi crucial para interromper a hemorragia e prevenir complicações infecciosas. O uso de antibióticoprofilaxia, conforme realizado, é essencial, sobretudo quando há degeneração tecidual ou manipulação vaginal, reduzindo o risco de infecção e evolução para pyomyoma⁷.

A escolha da via de abordagem cirúrgica depende da localização, volume e acessibilidade do mioma. No presente caso, a via vaginal foi possível e eficaz, representando a primeira escolha em miomas prolapsados acessíveis, uma vez que permite a retirada completa com baixa morbidade e preservação uterina — fator especialmente relevante em pacientes nulíparas e jovens. Estudos mostram que a miomectomia vaginal, quando tecnicamente viável, reduz o tempo cirúrgico, o sangramento e o risco de complicações, sendo comparável em segurança à histeroscopia, dependendo da experiência da equipe e do grau de prolapso⁸.

Alternativamente, a histeroscopia é indicada em miomas submucosos menores e parcialmente exteriorizados, permitindo ressecção controlada e conservação do útero. Já a histerectomia abdominal é reservada para situações de necrose extensa, infecção disseminada ou hemorragia incontrolável, geralmente em pacientes sem desejo reprodutivo. O caso aqui relatado ilustra a importância da decisão individualizada, baseada em estabilidade clínica, anatomia e desejo reprodutivo da paciente, conforme descrito em diversas séries contemporâneas⁹.

As complicações mais frequentes em miomas paridos incluem hemorragia persistente, infecção secundária, necessidade de transfusões adicionais e, raramente, septicemia. No entanto, quando o manejo segue protocolos de estabilização e excisão completa, o prognóstico costuma ser favorável, com preservação da fertilidade. No caso discutido, a paciente apresentou evolução satisfatória após remoção do mioma e alta precoce, condizendo com relatos de

sucesso de manejo conservador e uterino-preservador. Essa evolução reforça a importância da intervenção precoce e da individualização terapêutica, garantindo desfechos seguros e bom prognóstico reprodutivo^{5,8}.

CONCLUSÃO

O caso apresentado evidencia a importância do reconhecimento rápido e manejo adequado do mioma uterino parido como causa potencial de sangramento uterino agudo e dor pélvica intensa em mulheres jovens. Essa condição, embora rara, representa uma urgência ginecológica que requer diagnóstico diferencial criterioso frente a outras causas de hemorragia uterina, como abortamento e lesões neoplásicas cervicais.

A abordagem terapêutica imediata, com estabilização hemodinâmica e remoção cirúrgica da massa, mostrou-se fundamental para a boa evolução clínica e preservação da fertilidade da paciente. O caso reforça, ainda, a relevância da atuação integrada entre equipe de emergência e ginecologia, garantindo atendimento resolutivo e seguro.

Do ponto de vista científico, este relato contribui para a literatura ao descrever de forma detalhada uma manifestação aguda e incomum da miomatose uterina, ressaltando a necessidade de vigilância clínica e investigação precoce de sintomas ginecológicos persistentes. O reconhecimento dessa entidade e o manejo adequado segundo protocolos atualizados permitem não apenas reduzir morbimortalidade, mas também assegurar melhor qualidade de vida e preservação da função reprodutiva em mulheres acometidas.

REFERÊNCIAS

1. DE OLIVEIRA, Genecy Andrade *et al.* Mioma uterino no Brasil: Panorama epidemiológico e desafios para a saúde da mulher. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 5, p. 2462-2471, 2024.
2. DA SILVA, Taciana Iracema *et al.* Perfil Sociodemográfico, Antropométrico e Alimentar de Portadoras de Mioma Uterino em um Hospital Universitário em Recife. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, p. 530-546, 2023.
3. SABRY, Mohamed; AL-HENDY A. Medical treatment of uterine leiomyoma. **Reproductive sciences**, v. 19, n. 4, p. 339-353, 2012.
4. CASTRO, A. L. *et al.* Terapias minimamente invasivas para miomatose uterina: panorama atual. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 31, e-31115, 2021.
5. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. **Obstetrics & Gynecology**, v. 137, n. 6, p. e100–e115, 2021.
6. AL-SHUKRI, Maryam. *et al.* Vaginal Myomectomy for Prolapsed Submucous Fibroid: It is Not Only About Size. **Oman Medical Journal**, v. 34, n. 6, p. 556–559, 2019.

7. WANG, Jingxue; LI, Zheng; SUN, Yu. Prolapsed submucosal pyomyoma postpartum, a rare complication of fibroids. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2021.
8. LASMAR, Ricardo Bassil; LASMAR, Bernardo Portugal; MOAWAD, Nash S. HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY. **Medicina**, v. 58, n. 11, p. 1627-1647, 2022.
9. Sharma, Parul et al. A Prospective Study to Evaluate the Role of Combined Diagnostic Laparoscopy and Hysteroscopy in the Management of Female Infertility. **Cureus**, v. 16, n. 1, p. e52170, 2024.