Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
Amélia

Fundamentação teórica
Dismenorreia

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

DISMENORREIA

Ivaldo Silva

A dismenorreia é caracterizada por dor uterina importante durante o período menstrual, podendo ser primária ou secundária (decorrente de causas orgânicas). Seu diagnóstico diferencial se baseia na anamnese (história clínica) e no exame físico, podendo haver necessidade de uso de métodos auxiliares, como ultrassonografia transvaginal, histeroscopia e laparoscopia.

Esse quadro de dor associa-se à ação de prostaglandinas decorrentes da queda prévia dos níveis de progesterona na fase pré-menstruação. Os anti-inflamatórios não hormonais, seguidos pelos contraceptivos orais, são as formas mais comuns de tratamento, embora existam alternativas.

O que é?

Menstruação dolorosa, cólica menstrual ou dismenorreia é a dor pélvica (baixo ventre) que ocorre antes ou durante o período menstrual, de modo cíclico. Menstruação dolorosa que impede as atividades normais ou necessita de medicação específica. Cerca de 90% das mulheres experimentam esse quadro em alguma fase da vida, contudo a grande maioria não procura assistência médica, pois os sintomas são suportáveis (DE MELO, 2010; REDDISH, 2006). A prevalência da dismenorreia, embora de difícil estimativa por falta de definição precisa, é uma das queixas mais frequentes em consultórios de ginecologia. Algumas vezes a dismenorreia pode vir associada com dor de cabeça, náusea e vômitos, desconforto digestivo, como diarreia ou constipação, desmaios, dor mamária e inchaço abdominal que pode durar toda a menstruação.

Como se classifica?

A dismenorreia pode ser primária, quando não há doença orgânica evidente que a justifique, e secundária, quando ocorre em virtude de outra condição orgânica. A mais frequente causa orgânica parece ser a endometriose pélvica (GIUDICE, 2010). Pode ser causada também em decorrência de estenose do canal cervical, chamada dismenorreia mecânica:

A) **Dismenorréia primária:** é a menstruação dolorosa na ausência de lesões nos órgãos pélvicos. Geralmente, acompanha os ciclos menstruais normais e ocorre logo após as primeiras menstruações, cessando ou diminuindo de intensidade em torno dos 20 e poucos anos ou com a gravidez. É devida ao aumento da produção de algumas substâncias pelo útero chamadas prostaglandinas, que promovem contrações uterinas dolorosas.

B) **Dismenorreia secundária:** está associada a alterações do sistema reprodutivo, como endometriose, miomas uterinos, infecção pélvica, anormalidades congênitas da anatomia do útero ou da vagina, uso de DIU (dispositivo intrauterino) como método anticoncepcional, entre outras. Comumente ocorre após dois anos da menarca (primeira menstruação).

Um aumento anormal na contratilidade miometrial é observado em mulheres com dismenorreia. Isso ocorre porque, após a queda de progesterona no fim do ciclo ovulatório, antes da menstruação, ácidos gordurosos ômega-6, particularmente acido aracdônico, são liberados, e uma cascata de prostaglandinas e leucotrienos é iniciada, ocasionando uma elevada produção de prostaglandinas E2 e F2-a no útero, que, por sua vez, causa vasoconstrição e contração muscular. O aumento de leucotrienos determina os sintomas sistêmicos da dismenorreia (HAREL, 2008). O ácido aracdônico é transformado em prostaglandinas através de sistema de enzimas denominado "via das cicloxigenases" (HAREL, 2008).

O que se sente?

A dor pode ser branda, causando cólica, desconforto, sensação de peso no ventre ou nas costas. A dor pode ser moderada, causando, além do desconforto, sensação de mal-estar, diarreia e dor de cabeça. Também pode ser muito forte, incapacitando a mulher de realizar suas atividades, durando de dois a sete dias, e sendo acompanhada de transtorno gastrintestinal inclusive com vômitos, dor referida nas costas, nas coxas e cefaleia.

Como se faz o diagnóstico?

Anamnese e exame físico são suficientes para diagnóstico de dismenorreia primária, que se inicia 6 a 12 meses após a menarca, com o início dos ciclos ovulatórios. A dor pélvica ocorre por 8 a 72 horas e está associada com o início do fluxo menstrual. Sintomas sistêmicos ocorrem em cerca de 50% das vezes e podem estar associados, tais como

cefaleia (60%), dor lombar, náuseas e vômitos (80%), diarreia (50%), irritabilidade (30%) e adinamia (fraqueza)(45%) (MARJORIBANKS et al, 2010).

A dismenorreia secundária frequentemente ocorre como um novo achado em mulheres de 30 a 40 anos. Há queixa de mudança no início e intensidade da dor. Outras condições, como dispareunia (dor ao coito), sangramento uterino anormal e outros sintomas, podem estar associadas. Investigação com ultrassonografia transvaginal e laparoscopia e/ou histeroscopia pode ser feita para confirmar o diagnóstico. A severidade da dismenorreia está associada à duração do fluxo menstrual, tabagismo, consumo de álcool, história de abuso sexual e obesidade, além de estresse e distúrbios emocionais.

A influência do quadro na vida produtiva da mulher é fato de grande preocupação, sendo a sua associação com a alteração de humor um acontecimento comum em que os dois pontos devem ser considerados: a influência que exerce o humor sobre a dor (mulheres com síndrome pré-menstrual e síndrome disfórica pré-menstrual).

Como se trata?

O tratamento da dismenorreia primária inclui o uso de medicações da classe dos anti-inflamatórios: os AINE (anti-inflamatórios não esteroides) tomados um pouco antes e durante toda a menstruação, que bloqueiam a produção das prostaglandinas. Também são indicados anticoncepcionais, em uso contínuo ou cíclico, pois o ciclo anovulatório é geralmente menos doloroso. É recomendada uma dieta com menos gordura animal, laticínios e ovos, insistindo na ingestão de vegetais, sementes cruas e nozes. O exercício físico moderado e regular e medidas gerais, como bolsa de água quente, banho morno e massagens relaxantes, auxiliam no alívio da dor.

O tratamento da dismenorreia secundária é avaliado conforme cada caso, pois a dor é devida ao problema orgânico que deve ser tratado.

O tratamento é direcionado ao alívio dos sintomas:

1. **Analgésicos e AINEs (anti-inflamatórios não esteroides)**

É a primeira linha no manejo da dismenorreia primária (MARJORIBANK et al, 2010). Agem pela redução da atividade da via da cicloxigenase, inibindo a síntese de prostaglandinas.

2. **Contraceptivos hormonais**

Agem por inibição da ovulação e reduzem a proliferação endometrial, limitando a produção de prostaglandinas (WONG et al, 2009).

3. **DIU com levonorgestrel (Mirena)**

Até 50% das mulheres se tornam amenorreicas após 12 meses, e redução da dismenorreia tem sido relatada (PROCTOR; FARQUHAR, 2008).

4. **Associação de tratamentos**

Algumas mulheres podem não responder à terapia única, requerendo associação entre duas das opções acima (PROCTOR; FARQUHAR, 2008).

5. **Outras opções**
   - **Progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) e antiprogestínicos (gestrinona)**: por levarem à amenorreia, podem ser eficazes especialmente em casos de dismenorreia secundária associada a endometriose (PROCTOR; FARQUHAR, 2008).
   - **Hormônios liberadores de gonadotrofina e danazol:** o danazol é um esteroide sintético com ação antiestrogênica e antiprogesterônica, além de fraca propriedade androgênica. Ele suprime os receptores de estrogênio e de progesterona no endométrio, causando atrofia e redução da menstruação.
   - **Terapias alternativas**: substâncias como tiamina, vitamina E, piridoxina, magnésio e óleo de peixe têm demonstrado efeito benéfico em alguns casos.

6. **Terapia não medicamentosa**

Também a atividade física pode melhorar o fluxo sanguíneo pélvico, bem como estimular a liberação de betaendorfinas que agem como analgésicos inespecíficos. A acupuntura, a acupressão e cuidados de chiropraxia são opções interessantes no manuseio da dismenorreia.

REFERÊNCIAS

DE MELO, N. R. **Estrogen-free oral hormonal contraception**: benefits of the progestin-only pill. Womens Health (Lond Engl), v. 6, n. 5, p. 721-735, 2010.

GIUDICE, L. C. Clinical practice. **Endometriosis**. N Engl J Med, v. 362, n. 25, p. 2389-2398, 2010.

HAREL, Z. **Dysmenorrhea in adolescents**. Ann NY Acad Sci, n. 1135, p. 185-195, 2008.

MARJORIBANKS, J. et al. **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea**. Cochrane Database Syst Rev, v. 20, n. 1, 2010.

PROCTOR, M. L.; FARQUHAR, C. M. **Dysmenorrhoea**. Clin Evid, n. 15, p. 2429-2448, 2006.

REDDISH, S. **Dysmenorrhoea**. Aust Fam Physician, v. 35, n. 11., p. 842-844, 846-849, 2006.

WONG, C. L. et al. **Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea**. Cochrane Database Syst Rev, n. 4, 2009.