

Dismenorréia

*Federação Brasileira das Sociedades de
Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 17 de Junho de 2002

Autoria: Santiago RC, Schor E, Melo NR

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Foi feita uma pesquisa de referências bibliográficas na base de Dados PubMed (National Library of Medicine), utilizando os termos relacionados com dismenorréia, medicações e tratamentos. Selecionados os artigos mais relevantes publicados nos últimos anos. A partir de citações encontradas nestes artigos, foi feita a consulta a outros artigos, inclusive anteriores a esta data.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:

- A:** Estudos de intervenção ou observacionais de maior consistência.
- B:** Estudos de intervenção ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

- Determinar uma propedêutica para as pacientes com dismenorréia primária;
- Determinar os benefícios e riscos do tratamento medicamentoso e cirúrgico.

PROCEDIMENTOS:

- História clínica e exame físico;
- Exames laboratoriais;
- Ultra-sonografia vaginal;
- Laparoscopia diagnóstica ou cirúrgica;
- Tratamento medicamentoso ou cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Dismenorréia é definida como dor pélvica pré-menstrual, com ou sem associação com sintomas sistêmicos. Sua incidência é de até 72% em mulheres com idade de 19 anos, em uma população urbana, com utilização de tratamento clínico em até 32% e 8% de perdas no trabalho ou escola. As repercussões sociais e pessoais são inúmeras como diminuição das horas de trabalho/ presença escolar e outros¹(B).

Sinonímia: algomenorréia, síndrome de dor menstrual, ou menstruação dolorosa ou menalgia.

CLASSIFICAÇÃO

A dismenorréia, de acordo com sua etiologia, pode ser classificada em primária ou secundária. Considera-se dismenorréia primária, ou essencial, os casos nos quais inexistem problemas orgânicos subjacentes. Nestes casos, o início da dor é normalmente a partir do segundo ano após a menarca, coincidente com o início dos ciclos ovulatórios²(D).

A dismenorréia secundária tem nosologias orgânicas desencadeantes. Esta pode se iniciar em qualquer idade, e podemos vê-la associada a ciclos anovulatórios.

ETIOLOGIA

A dismenorréia primária foi bastante estudada com relação à sua etiologia, havendo algumas teorias que possivelmente se somam na gênese da dor. É reconhecida sua relação com ciclos ovulatórios, sendo maior sua incidência na vigência destes. Com a queda dos níveis de progesterona ao final dos ciclos ovulatórios, existe uma maior produção de prostaglandinas diretamente relacionadas à gênese da dismenorréia.

As teorias que se seguem são possivelmente relacionadas à gênese da dismenorréia³(D):

- Espasmo vascular: a vasoconstrição das arteríolas miometriais

estariam relacionadas com isquemia, originando dor;

- Espasmo muscular: dor uterina originada da contração muscular exagerada, incoordenada;
- Psicogênica: atitude negativa frente à menstruação;
- Prostaglandinas: baseada inicialmente na terapêutica antiinflamatória que alivia a dor, esta teoria foi demonstrada laboratorialmente pela presença muito maior de prostaglandinas no período menstrual das mulheres dismenorréicas em comparação com as não dismenorréicas³(D).

Por sua vez, a dismenorréia secundária pode ter como causa direta vários fatores, tais como (Quadro 1):

Quadro 1⁵(D)

Etiologia da dismenorréia secundária

Himen imperfurado

Septo vaginal transverso

Estenose cervical

Anormalidades anatômicas uterinas

Sinéquias uterinas

Pólipo endometrial

Adenomiose

Leiomioma uterino

Síndrome de congestão pélvica

Endometriose

Tumores pélvicos

Anexites

Hipoplasia uterina

Retroversão uterina acentuada

Utilização de dispositivo intra-uterino

DIAGNÓSTICO

A base do tratamento da dismenorréia passa pelo diagnóstico diferencial entre dismenorréia primária e secundária. Seu diagnóstico deve ser inicialmente clínico.

A dismenorréia primária usualmente se inicia poucas horas antes ou logo com o início do sangramento. De intensidade variável, pode ou não acontecer concomitante a outros sintomas, como vômitos, diarreia, cansaço, cefaléia ou até episódios de síncope. Não existem alterações dos sinais vitais, aparelho urinário ou intestinal. Na palpação uterina deve-se avaliar tamanho, volume, forma e mobilidade, que se apresentam normais. Não devem existir alterações à investigação clínica anexial, sem massas ou dolores localizados⁴(D).

Na vigência de alterações da secreção vaginal, ou proveniente do colo, massas anexiais ou anormalidades laboratoriais sugestivas de anexite, o diagnóstico de doença inflamatória pélvica (DIP) deve ser excluído⁴(D).

Nos casos de dismenorréia secundária, a dor tende a existir de duas semanas antes até alguns dias após o sangramento menstrual. Seu diagnóstico está relacionado à presença de alterações no exame físico, laboratorial ou de imagem, ou ainda nos casos de falência do tratamento clínico com anticoncepcionais hormonais orais ou antiinflamatórios não-esteróides (AINEs) por um período ideal de até seis meses com adaptações de doses e drogas.

Nestes casos, deve ser realizada laparoscopia para abordagem de uma possível desordem cirúrgica⁴(D).

São importantes os diagnósticos diferenciais de dismenorréia secundária, como segue (Quadro 2):

TRATAMENTO

O tratamento da dismenorréia tem como fundamento sua etiologia.

A dismenorréia primária pode ser abordada conforme o desejo ou não das pacientes a contracepção.

Nos casos de desejo de contracepção, a primeira escolha é a utilização de anticoncepcional hormonal oral, que tem uma eficácia de até 90%⁶(C).

Os antiinflamatórios não-esteróides são as drogas de segunda escolha na abordagem clínica. Sua utilização é limitada pelos efeitos colaterais, sensibilidade à droga ou contra-indicações, que são basicamente relacionadas aos efeitos gastrintestinais⁷(D).

Em uma revisão sistemática da literatura, publicada em 1998, Zhang & Po demonstraram as diferenças entre antiinflamatórios não-esteróides. Deste estudo temos as seguintes conclusões⁸(A):

- O alívio da dor comparado ao placebo foi de 3,17 (IC 95% 2,72-3,65) para naproxeno, 2,41 (IC 95% 1,58-3,68) para ibuprofeno, 2,03 (IC 95% 1,65-2,48) para ácido mefenâmico e 1,60 (IC 95% 1,12-2,29) para aspirina;
- Entre as usuárias de ibuprofeno, naproxeno e ácido mefenâmico houve significativa diminuição da utilização de complementos analgésicos;

Quadro 2⁹(D)

Diagnóstico diferencial de dismenorréia secundária.

Não-cíclico

Aderências
Endometriose
Salpingo-ooforite
Síndrome de aderência ovariana
Congestão pélvica
Relaxamento pélvico
Doença inflamatória pélvica crônica

Cíclico

Dismenorréia primária
Cisto funcional ovariano

Gastrintestinal

Síndrome do cólon irritável
Colite ulcerativa
Doença de Crohn
Carcinoma intestinal
Diarréia infecciosa
Obstrução intestinal recorrente
Diverticulite
Hérnia
Angina abdominal
Cólica apendicular

Genito-urinário

Cistite recorrente
Síndrome uretral
Cistite intersticial
Pólipos ou divertículo ureteral
Obstrução ureteral
Rim pélvico

Neurológico

Neuroma

Músculo esquelético

Anormalidades congênitas
Escoliose e cifose
Espondiloidose
Traumas medulares
Osteoporose
Doenças degenerativas
Tumores

- Foi menor o comprometimento das atividades diárias com o uso de ibuprofeno e naproxeno (0,26, IC 95% 0,16-0,42 e 0,71, IC 95% 0,60-0,85, respectivamente);
- Naproxeno foi o único capaz de diminuir estatisticamente o índice de faltas ao trabalho/escola (0,29, IC 95% 0,13-0,66);
- Os efeitos colaterais encontrados tiveram seu RR calculado em 1,45 (IC 95% 1,03-2,04) para naproxeno, 1,12 (IC 95% 0,85-1,47) para ibuprofeno, 0,59 (IC 95% 0,28-1,23) para ácido mefenâmico e 1,31 (IC 95% 0,79-2,17) para aspirina;

Os autores concluem que ibuprofeno é superior aos demais comparados por apresentar boa eficácia com menores efeitos colaterais⁸(A).

A utilização de piroxicam foi demonstrada em alguns estudos, conforme também publicado por Saltveit, em estudo duplo-cego, controlado, que demonstrou eficácia e baixa incidência de efeitos colaterais⁹(B). A utilização de piroxicam na apresentação sublingual se mostrou também efetiva e com rápido início de ação¹⁰(C).

Em um estudo com a utilização de cetoprofeno, sua eficácia em doses superiores a

50 e 75 mg foi considerada comparável com naproxeno, e boa sua tolerabilidade¹¹(B).

Foi demonstrado por Morrison et al, 1999, em um estudo controlado, duplo-cego, que o efeito do inibidor específico da ciclooxigenase 2 (COX2), com rofecoxib, foi comparável ao efeito do naproxeno no alívio dos sintomas da dismenorréia primária, com boa tolerabilidade¹²(B).

A utilização de vitamina E em dismenorréia primária foi avaliada em um estudo duplo-cego, controlado com placebo, em 2001 e sua eficácia foi estatisticamente significativa, como também foi a melhora no grupo usuário de placebo. Portanto, a vitamina E não pode ser considerada como de eleição para tratamento de dismenorréia¹³(B).

A utilização de antiinflamatórios não-esteróides não deve ser feita em pacientes com sensibilidade às drogas, com passado de úlcera péptica ou de sangramento gastrointestinal, por poder promover novos sangramentos ou complicações dispépticas⁷(D).

O tratamento da dismenorréia secundária deve ser feito com foco na nosologia de base, com abordagem cirúrgica ou clínica de acordo com seus próprios critérios.

REFERÊNCIAS

1. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhoea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:655-60.
2. Menstrual Disorders. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG, editors. *Clinical Gynecological Endocrinology and Infertility*. Baltimore; 1999.
3. Ylikorkala O, Dawood MY. New concepts in dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130:833-47.
4. Menstrual Disorders. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG, editors. *Clinical Gynecological Endocrinology and Infertility*. Baltimore; 1999.
5. Rapkin AJ. Pelvic pain and dismenorrea. In: Berek JS, Zdashi EY, Hillard PA, editors. *Pensilvania: Novak's Gynecology*; 1996.
6. Chan WY, Dawood MY. Prostaglandin levels in menstrual fluid of non-dysmenorrheic and dysmenorrheic subjects with and without oral contraceptive or ibuprofen therapy. *Adv Prostaglandin Thromboxane Res* 1980; 8:1443-7.
7. Venkat K, Brown MD, Barkin R. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and gastroduodenal injury. *Am J Ther* 1998; 5:263-72.
8. Zhang WY, Li Wan Po A. Efficacy of minor analgesics in primary dysmenorrhoea: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:780-9.
9. Saltveit T. Piroxicam in primary dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64:635-7.
10. Ragni N, Ciccarelli A [Primary dysmenorrhea treated with sublingual piroxicam]. *Minerva Ginecol* 1993; 45:365-75.
11. Mehlisch DR. Double-blind crossover comparison of ketoprofen, naproxen, and placebo in patients with primary dysmenorrhea. *Clin Ther* 1990; 12:398-409.
12. Morrison BW, Daniels SE, Kotey P, Cantu N, Seidenberg B. Rofecoxib, a specific cyclooxygenase-2 inhibitor, in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1999; 94:504-8.
13. Ziaei S, Faghihzadeh S, Sohrabvand F, Lamyian, Emamgholy T. A randomised placebo-controlled trial to determine the effect of vitamin E in the treatment of primary dysmenorrhoea. *BRJ Obstet Gynecol* 2001; 108:1181-3.

