

Dismenorreia membranácea: ainda existe? Relato de caso

Membranous dysmenorrhea: does it still exist? A case report

Daniel Sad Silveira¹, André Jaenickie², Erick Sabbagh de Hollanda³, Renata Godinho Alves Valle³, Juliana Barroso Zimmermann⁴

Revista HCPA. 2011;31(4):468-470

¹Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.

²Maternidade, Hospital Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, MG.

³Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, (SUPREMA) Juiz de Fora, MG.

⁴Departamento Materno Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.

Contato:
Juliana Barroso Zimmermann
E-mail: julianabz@uol.com.br
Juiz de Fora, MG, Brasil.

Resumo

A dismenorreia membranosa é assim denominada porque além da dor pode-se identificar a eliminação vaginal de material elástico ou membranoso. Atualmente, existem poucos relatos na literatura científica, mas sua etiologia deve ser suspeita em casos de dor associada a sangramento vaginal com eliminação de material elástico ou firme. Os autores relatam um caso de dismenorreia membranácea e uma breve revisão da literatura sobre o assunto.

Palavras-chave: dismenorreia/citologia; dismenorreia/diagnóstico; distúrbios menstruais; anticoncepcionais orais; dor pélvica

Abstract

Membranous dysmenorrhea is so called because, beyond the pain itself, it can be identified by the vaginal elimination of elastic or membranous material. Currently, there are few reports on this condition in the scientific literature, but its etiology should be suspected in cases of pain associated with vaginal bleeding and elimination of elastic or firm material. The authors report a case of membranous dysmenorrhea and a brief review of the literature on the subject.

Keywords: dysmenorrhea/citology; dysmenorrhea/diagnosis; menstruation disturbances; oral contraceptives; pelvic pain

A dismenorréia caracteriza-se por uma dor pélvica, cíclica, podendo associar-se a sangramento irregular ou não, com prevalência difícil de ser estipulada, pois nem sempre a paciente procura atendimento médico, embora se estime que possa variar entre 45 e 95% e ser classificada como primária, quando não associada à doença orgânica ou secundária, quando associada a uma patologia de base (1).

A dismenorréia membranácea ou membranosa (DM) foi descrita inicialmente por Giovanni Battista Morgagni e caracteriza-se pela eliminação do endométrio ou de membrana, mantendo a forma da cavidade uterina (2,3).

A razão da ocorrência deste destacamento ainda não é explicada. Devido a sua baixa incidência, poucos são os estudos identificados na literatura e, por isso, considera-se importante a descrição de casos para que possamos entender seu quadro clínico e fatores predisponentes, já que a relevância clínica está associada à dor e ao sangramento genital identificados, bem como na necessidade de se fazer o diagnóstico diferencial com outras afecções ginecológicas.

Relato de caso

Paciente de 22 anos, estudante do segundo grau, compareceu ao Serviço de Obstetrícia da Maternidade Therezinha de Jesus - Universidade Federal de Juiz de Fora - com queixa de dor pélvica intensa, tipo cólica, iniciada há cinco dias e sangramento genital com eliminação de coágulos.

Sem histórico de patologias prévias ou de episódios semelhantes e vida sexual inativa (virgem). Em uso de contraceptivo hormonal oral, para controle do ciclo menstrual, há dois meses. Ao exame apresentava-se corada, hidratada, anictérica, acianótica, estável hemodinamicamente, com abdome doloroso à palpação profunda e ausência de massas abdominais. À avaliação pélvica identificou-se genitália com pilificação normal, trófica, hímen íntegro, sangramento genital moderado, com eliminação de coágulos e de material pardacento, firme, com formato irregular, conforme Figura 1 (A e B) e morfologia semelhante à cavidade uterina. O material foi enviado para estudo histológico que identificou dissociação estroma-glandular do endométrio e intensa decidualização, o que é compatível com dismenorreia membranácea.

A paciente foi internada para controle clínico. Realizada ultrassonografia da pelve que identificou útero em anteversoflexão (AVF), regular, miométrio homogêneo, volume de 172,4 ml, endométrio de 7,6 mm (secretor), ovários sem alterações macroscópicas e ausência de líquido

livre na pelve. O hemograma foi compatível com anemia leve (Hb=10,6; HTC=35,7). A paciente recebeu alta, com melhora clínica, sem queixas algícas, após 24 horas de observação. Até o momento, não houve repetição do episódio e a paciente encontra-se estável.

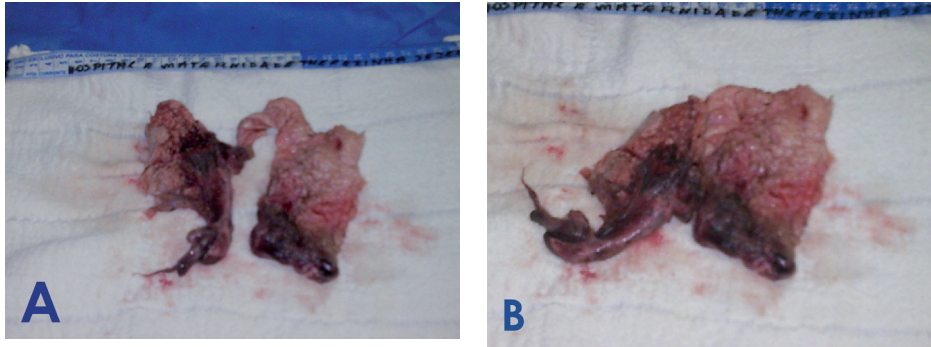


Figura 1: Aspecto macroscópico do material eliminado, após cólica intensa. Observa-se a morfologia semelhante à da cavidade uterina.

Discussão

A dismenorrea membranácea (DM) é uma entidade clínico-patológica que tem sido pouco descrita pela comunidade científica, embora se encontrem relatos clínicos nas décadas de 1950 e 1970. Entretanto, predomina em mulheres na segunda e terceira décadas de vida. Neste caso, a paciente era jovem, negra e sem atividade sexual, usuária de contraceptivo hormonal oral, apenas para controle do ciclo, o que é compatível com a literatura médica(1,2,4-6).

Várias hipóteses têm sido propostas para explicar sua causa. O aumento da produção de estrogênio e progesterona com posterior eliminação incompleta do endométrio espessado, a vasodilatação intensa das artérias espiraladas endometriais, seguida por vasoconstrição e eliminação do endométrio superdesenvolvido, a formação de microabscessos e altos níveis de progesterona determinando a decidualização do endométrio, com posterior expulsão, sem que haja a sua dissolução prévia são fatores responsáveis pela sua origem (7).

No passado foi citado que a DM estaria correlacionada estritamente ao uso de progesterona de depósito (8). Acreditava-se que a progesterona, ao decidualizar o endométrio, poderia facilitar o desenvolvimento da DM. Tais observações não se comprovaram porque nem todas as pacientes fizeram uso dessa medicação. Neste estudo, a paciente era usuária de contraceptivo hormonal oral combinado apenas há dois meses, o que contradiz esta hipótese (1,8,9). Além do acetato de medroxiprogesterona (150 mg), outros progestágenos (acetato de noretisterona, levonogestrel) associados ao etinilestradiol em diferentes dosagens, bem como dosagens hormonais em dispositivo transdérmico também foram citados como fatores

predisponentes da DM, mas não está claro por que algumas mulheres apresentam o quadro clínico e outras não, mesmo fazendo uso do mesmo esquema hormonal(1). Deste modo, a DM pode acontecer independentemente da dosagem hormonal, da via de administração e do hormônio utilizado. Por isso, alterações nos mecanismos de adesão celular com a participação das ativinas, folistatinas e inibinas nas células endometriais devem ser estudadas porque poderão ser a resposta para as modificações morfológicas do processo de decidualização e ser o gatilho do destacamento do endométrio (10,11).

O tratamento da DM ainda é controverso, já que algumas recomendações ainda carecem de evidência científica, como, por exemplo, altas doses de progesterona, supressão da ovulação, terapia com andrógenos, curetagem, antibióticos e vasoconstritores (ergotamina). Optou-se pela observação da paciente, com utilização de antiespasmódico e sem a necessidade de curetagem uterina. A contracepção hormonal foi mantida, embora não haja certeza de que o quadro clínico não se repetirá (12).

Conclusões

A DM não está limitada a uso de uma ou outra formulação hormonal, nem sua recorrência associa-se à continuidade do uso. Embora pouco mencionada, a dismenorrea membranácea deveria ser mais estudada para proporcionar um tratamento efetivo para as pacientes acometidas. O fato é que dor em cólica, com eliminação de fragmento membranoso pela vagina, deve ter avaliação histopatológica, considerando a necessidade de diagnóstico diferencial com outras patologias, especialmente o abortamento (1).

Referências

1. Oliveira PP, Eyng C, Zin RMA, Menegas R. Dismenorreia membranosa: uma doença esquecida. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(6):305-10.
2. Jason LA, Corradi K, Torres-Harding S, Taylor RR, King C. Chronic fatigue syndrome: the need for subtypes L. A. et al. *Chronic fatigue syndrome: the need for subtypes.* *Neuropsychol Rev.* 2005;15(1):29-58.
3. Wilson A, Hickie I, Hadzi-Pavlovic D, Wakefield D, Parker G, Straus SE et al. What is chronic fatigue syndrome? Heterogeneity within an international multicentre study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2001;5(4):520-7.
4. Greenblatt RB, Hammond DO, Clark SL. Membranous dysmenorrhea: studies in etiology and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68:835-44.
5. Rabinerson D, Kaplan B, Fisch B, Braslavski D, Neri A. Membranous dysmenorrhea: the forgotten entity. *Obstet Gynecol.* 1995;85(5 Pt 2):891-2.
6. Veldman J, Van Houdenhove B, Verguts J. Chronic fatigue syndrome: a hormonal origin? A rare case of dysmenorrhea membranacea. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(5): 717-20.
7. Rouanet JP, Daclin PY, Turpin F, Karam R, Salanon AP, Courtieu CR et al. Imaging of membranous dysmenorrhea. *Eur Radiol.* 2001;11(6):952-4.
8. Scott SM, Parrish A, Schlaff W, Stevens-Simons C. Decidual casts associated with DEPO medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005;18(3):217-8
9. Appelbaum H. Membranous dysmenorrhea: a complication of treatment for endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2):488-90.
10. Jones RL, Findlay JK. Activin A and inhibin A differentially regulate human uterine matrix metalloproteinases: potential interactions during decidualization and trophoblast invasion. *Endocrinology.* 2006;147(2):724-32.
11. Jones RL, Findlay JK. The role of activins during decidualisation of human endometrium. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006;46(3):245-9.
12. Omar HA, Smith SJ. Membranous dysmenorrhea: a case series. *ScientificWorld Journal.* 2007;7:1900-3.

Recebido: 03/03/2011

Aceito: 11/07/2011