

Dismenorreia membranosa (membranácea): um relato de caso

Membranous dysmenorrhea: a case report

Camila Raphaela Barbosa de Medeiros¹, Etiene de Fátima Galvão Araújo¹,
Luiza Wanderley Persiano Lopes¹

Descritores

Dismenorreia; Distúrbios menstruais; Anticoncepcionais; Ginecologia; Saúde da mulher

Keywords

Dysmenorrhea; Menstrual disorders; Contraceptives; Gynecology; Women's health

1. Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil.

Submetido:

24/03/2021

Aceito:

16/08/2021

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luiza Wanderley Persiano Lopes
Rodovia BR-230, km 22,
s/n, Água Fria, 58053-000,
João Pessoa, PB, Brasil
medicaluizapersianolopes@gmail.com

Como citar:

Medeiros CR, Araújo EF, Lopes LW. Dismenorreia membranosa (membranácea): um relato de caso. Femina. 2021;49(9):572-6.

RESUMO

A dismenorreia é a queixa ginecológica mais comum em mulheres jovens adultas, com um índice que varia entre 43% e 93% das mulheres que menstruam. A dismenorreia membranosa (DM), uma subclassificação da dismenorreia, é definida como a descida espontânea de tecido endometrial pela vagina, cursando com dor em cólica intensa e súbita. O relato de caso descrito evidencia três episódios típicos de DM, com recorrência em três vezes distintas, após uso do mesmo anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem. Esta publicação é importante para a comunidade científica devido à escassez de informações e artigos científicos publicados sobre o assunto, propondo a elucidação de alguns aspectos sobre o tema.

RESUMO

Dysmenorrhea is the most common gynecological complaint in young adult women, with an index that varies between 43% and 93% of women who menstruate. Membranous dysmenorrhea (MD) is a subclassification of dysmenorrhea and is defined as the spontaneous descent of endometrial tissue through the vagina, leading to severe and sudden colic pain. The case report described shows three typical episodes of MD, with recurrence three times after the use of the same low-dose combined oral contraceptive. This publication is important for the scientific community due to the scarcity of information and scientific articles published about this subject, proposing to elucidate some aspects about this theme.

INTRODUÇÃO

A dismenorreia é a queixa ginecológica mais comum em mulheres jovens adultas, com um índice que varia entre 43% e 93% das mulheres que menstruam.⁽¹⁾ Esse termo é derivado do grego e significa fluxo menstrual difícil. É definida como cólica menstrual dolorosa que ocorre durante a menstruação ou algumas horas antes. Sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, dor lombar, nervosismo, tontura e/ou cefaleia, quando estão presentes, caracterizam a síndrome dismenorreica. A dismenorreia pode ser primária, quando não há evidência de lesão orgânica, mais comum em adolescentes e adultas jovens, ou secundária, mais comum na faixa etária da menacme, quando há doença orgânica subjacente, como no caso da endometriose, adenomiose, doença inflamatória pélvica, cistos do ovário e estenose cervical.^(2,3)

Entre os fatores de risco, encontram-se idade inferior a 30 anos, baixo índice de massa corpórea, tabagismo, menarca precoce, ciclos menstruais longos, fluxo menstrual intenso, entre outros.⁽⁴⁾

A dismenorreia membranosa (DM), uma subclassificação da dismenorreia, é incomum e pouco relatada em livros-texto de Ginecologia e Obstetrícia; a maioria dos artigos encontrados a respeito dela está datada entre os anos de 1950 e 1970. Essa patologia é definida como a descida espontânea de tecido endometrial pela vagina, em formato semelhante à cavidade uterina ou em múltiplos pedaços em formato cilíndrico. A passagem desse material pela cérvix uterina não dilatada e pela vagina cursa com dor em cólica intensa e súbita, podendo estar relacionada com gravidez ectópica, aborto incompleto e uso de progesterona e de anticoncepcional oral.⁽⁵⁾

Há escassez de artigos relacionados à DM, evidenciada nos próprios títulos de alguns dos artigos encontrados como, por exemplo, “Dismenorreia membranosa: uma doença esquecida” e “Dismenorreia membranosa: uma rara e desconhecida entidade”.^(4,6) Por isso, torna-se necessária a introdução de novos relatos para que seja promovida uma discussão acerca desse assunto, a fim de detalhar o quadro clínico e fatores predisponentes que possam auxiliar na descoberta etiológica e fisiopatológica da doença.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, nulípara (G0P0). Relata, em abril de 2019, saída de tecido pela vagina. Fazia uso de anticoncepcional oral combinado (75 mcg de gestodeno + 30 mcg de etinilestradiol) há um ano, sempre com pausas de sete dias entre as cartelas. Relata sintomas pré-menstruais intensos, como dismenorreia, mastalgia e irritabilidade. Porém, em janeiro de 2019, resolveu fazer uso contínuo, até que em abril de 2019 teve *spotting* e resolveu interromper o uso. No segundo dia após a interrupção, apresentou um quadro de cólica intensa, que cessou com a saída de dois conteúdos teciduais alongados pela vagina (Figura 1).

Ao exame, a vulva encontrava-se normal, com região tricotomizada, monte de Vênus trófico, lábios externos e internos simétricos e normotróficos, clitóris sem alterações, ausência de proclividade de parede vaginal anterior e posterior, sem presença de tumorações; somente evidenciava hemorragia de privação em curso. Não foi realizado nenhum tratamento específico na primeira consulta, tendo em vista que os sintomas haviam cessado. Foi orientado o retorno em caso de reaparecimento dos sintomas. No mês seguinte, maio de 2019, foi reiniciado o uso do anticoncepcional de forma contínua devido à dismenorreia que havia no período da pausa, porém, após a terceira cartela, houve novamente *spotting* e descontinuou-se a medicação. No segundo dia pós-interrupção, apresentou episódio de dismenorreia, com duração de minutos, sem alívio com o uso de analgésicos. A dor cessou espontaneamente após a saída de conteúdo tecidual pela vagina com cerca de 6 cm, com características semelhantes à cavidade uterina (Figura 2).



Figura 1. Conteúdos teciduais expelidos pela vagina no primeiro episódio de dismenorreia membranosa

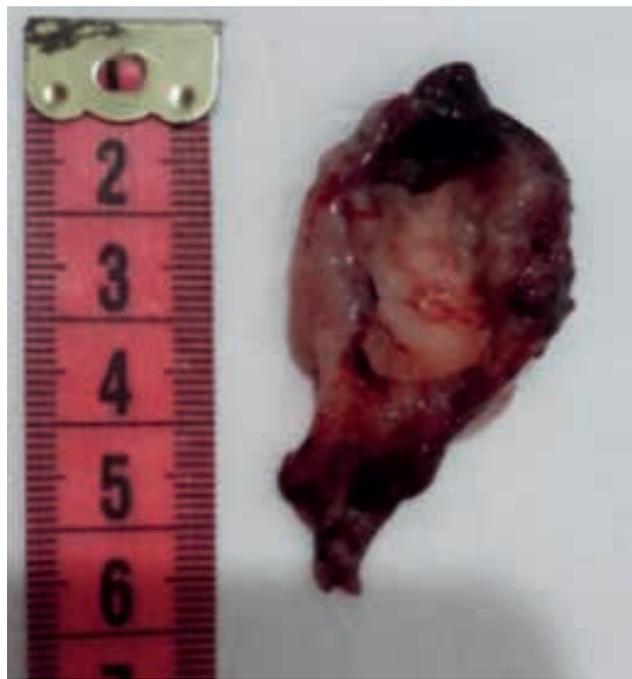


Figura 2. Conteúdo tecidual expelido pela vagina no segundo episódio de dismenorreia membranosa

Foi solicitado exame beta-HCG, o qual deu negativo, descartando-se, então, o diagnóstico diferencial de aborto. Além disso, o material foi enviado para avaliação anatomopatológica, que revelou estroma decidual com áreas necrosadas, além de áreas com infiltrado inflamatório misto (Figura 3), quadro compatível histolo-

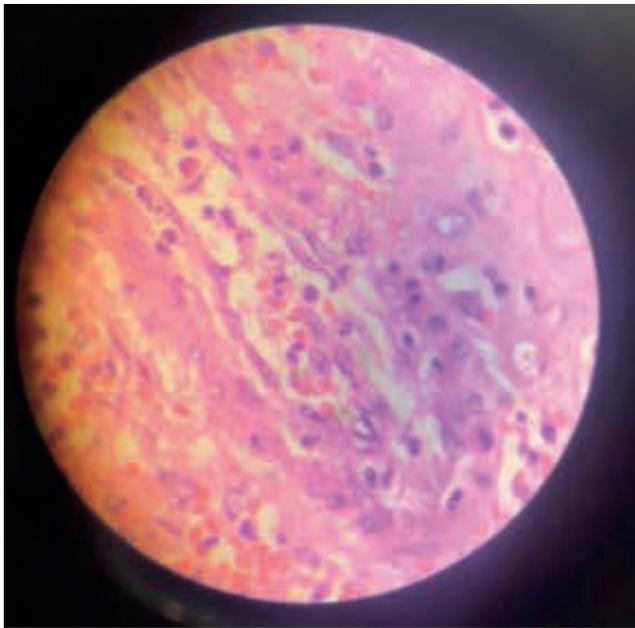


Figura 3. Histopatológico do conteúdo tecidual expelido pela vagina no segundo episódio de dismenorreia membranosa



Figura 4. Conteúdo tecidual expelido pela vagina no terceiro episódio de dismenorreia membranosa

gicamente com DM; confirmou-se, pois, o diagnóstico. Foram prescritos sintomáticos para o caso de os sintomas pré-menstruais persistirem e foi dada orientação acerca do diagnóstico.

No terceiro mês de seguimento, a paciente havia descontinuado o uso do anticoncepcional oral, utilizando somente método de barreira; encontrava-se assintomática e com ciclos regulares. Em novembro de 2019, ela reiniciou o uso do mesmo anticoncepcional oral, porém em menos de um mês teve *spotting* e dismenorreia, que cessaram após a saída do material membranáceo pela vagina (Figura 4).

Após três episódios semelhantes, e com o diagnóstico de DM comprovado pelo exame histopatológico, foi decidido cessar o anticoncepcional oral, e desde então ela faz uso somente de métodos de barreira. Além disso, foram prescritos trometamol cetorolaco e sertralina para modulação dos sintomas pré-menstruais. Atualmente, a paciente encontra-se assintomática e com ciclo menstrual regular. Ela relata que os sintomas pré-menstruais diminuíram bastante e que sua qualidade de vida aumentou consideravelmente.

DISCUSSÃO

O quadro clínico da DM é bem específico; nele a expulsão do tecido membranoso pela vagina é precedida de dor do tipo cólica, intensa e cíclica, podendo estar ou não associada a sangramento irregular durante o uso de contraceptivo oral. Como diagnósticos diferenciais para essa patologia, temos: abortamento, destacamento de pólipo e sarcoma botrioides.⁽⁶⁾ A paciente realizou o exame beta-HCG, descartando o abortamento, principal diagnóstico diferencial da DM. Além disso, teve a confirmação diagnóstica pelo exame anatomopatológico.

A DM não é uma doença *sui generis*, pois possui etiologia multifatorial, com diversas circunstâncias de acontecimentos, processos patológicos diversos e apresentações microscópicas variáveis. Algumas das principais hipóteses suscitadas na década de 1990 eram que a DM estava intimamente relacionada com fatores como endometriose, nascimento do primeiro filho, aborto ou infecção gonorreica. Porém, um número grande de casos acontecia em mulheres jovens, solteiras e sem histórico de infecção, o que descarta a relação direta entre essas hipóteses e a patologia em si.⁽⁷⁾

Poucas descobertas foram feitas desde o século 18, ainda não se sabendo ao certo a etiologia e a fisiopatologia do quadro. Teorias de que a DM era ocasionada por uma exsudação de linfa ou fibrina na superfície da mucosa membranosa do útero foram descartadas e deram lugar à evidência de que a membrana era formada através do próprio endométrio. Houve três constatações principais para isso: a evidência de estruturas semelhantes às do útero encontradas no tecido expelido; o formato triangular semelhante à cavidade uterina, que apresentava três orifícios correspondentes às aberturas das tubas uterinas e cérvix uterino; e a semelhança extrema com a membrana decidual, evidenciada na microscopia pelas células deciduais em estado de alto desenvolvimento e hipertrofia.⁽⁸⁾

Teorias como a de altos níveis intrínsecos e endógenos de progesterona e/ou estrógeno, alteração nos mecanismos de adesão celular com a participação de ativinas, folistatinas e inibinas nas células endometriais e anormalidades nas moléculas de integrina também foram suscitadas.⁽⁹⁻¹¹⁾ A teoria do hiperprogesteronismo foi bastante elencada em diversos artigos, seja esse aumento de causa endógena ou exógena, pois o excesso de progesterona determinaria excessiva reação decidual do endométrio e excessiva infiltração linfocitária, concorrendo para a descamação do endométrio e a consequente formação de membrana.⁽¹²⁾ Em adição, teorias como a de intensos vasoespasmos acompanhados de necrose tecidual, secundários à hipersensibilidade aumentada da resposta vascular à progesterona (resposta hiperprogestacional do endométrio) ou ao estrógeno, além do desenvolvimento intenso das arteríolas espirais durante a segunda etapa do crescimento endometrial, com vasoconstrição e eliminação da membrana endometrial, também foram elencadas.^(4,13) Alguns autores evidenciaram quadros em pacientes que não haviam feito uso de contraceptivos orais e defenderam a teoria de que poderia haver um hiperprogesteronismo endógeno.^(14,15)

A hipótese de que o excesso de progesterona e seu uso em doses altas ou prolongadas levariam a uma descidualização excessiva do endométrio e infiltração linfocitária excessiva, resultando em expulsão de membranas grandes e grossas, também foi levantada.^(16,17) Porém, diversos relatos foram feitos com pacientes em uso de contraceptivos hormonais combinados de baixa dosagem, por curto período de tempo, ou até mesmo sem qualquer terapêutica hormonal. No caso em questão, por exemplo, a paciente fazia uso de anticoncepcional que contém doses hormonais baixas, sendo improvável que ocasionasse hiperprogesteronismo; portanto, tal hipótese foi descartada. Foi observado, com o caso relatado, que um dos possíveis fatores de risco para o surgimento da DM seria o uso de anticoncepcionais orais combinados.

As prostaglandinas (PGs), metabólitos do ácido araquidônico, medeiam a resposta inflamatória e sistêmica e causam vasoconstrição potente e contrações miométriais, provocando isquemia e dor em mulheres com dismenorreia; e quanto maior a quantidade de PGs, maior a severidade dos sintomas, tendo em vista que níveis de PGs duas vezes mais altos foram encontrados em mulheres com dismenorreia, em comparação com as sem dismenorreia.^(14,18) Uma analogia interessante trazida por um autor foi a de comparar o processo de DM com a expulsão da placenta, pois na fase inicial há um aumento local das PGs, com contração miométrial e vasoconstrição arteriolar espiral e expulsão placentária, sendo essa fase semelhante na menstruação e no que ocorreria na DM. Tal processo teria como evento final a descidualização e a expulsão do material membranáceo pela vagina, podendo, assim, o endométrio descidualizado e a pla-

centa inicial compartilhar características semelhantes em termos de composição da matriz extracelular e atividade de adesão celular.⁽¹⁴⁾ Em vista disso, a DM pode ser um nível a mais no processo da dismenorreia grave. Esse pode ser o caso da paciente, tendo em vista que, desde sua menarca, ela sempre apresentou sintomas pré-menstruais intensos. Ainda não está claro o motivo pelo qual algumas mulheres apresentam a patologia e outras não, porém a DM não parece estar associada a consequências negativas; a longo prazo, é autolimitada e possui bom prognóstico.⁽⁶⁾

É impossível propor um mecanismo fisiopatológico definitivo baseado em um relato de caso, porém a junção dos mecanismos envolvidos na fisiopatologia da dismenorreia, envolvendo elevação das PGs, com a resposta hiperprogestacional do endométrio, parece ser uma boa explicação para o caso. A paciente segue fazendo uso de métodos de barreira ao ter relações sexuais e encontra-se assintomática e com ciclo menstrual regular. Relata que não houve mais episódios de DM e que seus sintomas pré-menstruais reduziram bastante após a prescrição de sertralina e trometamol cetorolaco. Isso mostra que é possível manejar a DM de forma satisfatória, embora não se saiba sua fisiopatologia exata, pois há melhora substancial na qualidade de vida das pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, então, que o relato de caso descrito evidencia três episódios típicos de DM, com presença de *spotting* e dismenorreia de forte intensidade, que cessa com a expulsão dos tecidos membranáceos pela vagina, sendo o diagnóstico confirmado por meio do exame histopatológico. Esta publicação torna-se importante para a comunidade científica devido à escassez de dados relacionados a tal tema, os quais são de extrema importância para um melhor entendimento acerca dele. Ademais, no estudo foi evidenciado algo atípico, quando comparado aos artigos encontrados: a recorrência dos episódios de DM em três vezes distintas com o uso do mesmo anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem – uma evidência de que os anticoncepcionais orais podem ser um fator de risco para o acontecimento desses episódios. Por isso, faz-se necessária a condução de estudos e pesquisas mais detalhados acerca da DM. Estudos em nível molecular dos materiais expelidos poderiam ser a chave para a descoberta da sua fisiopatologia e, a partir daí, uma condução mais efetiva da população acometida com tal patologia.

REFERÊNCIAS

1. Silva FB, Souza JO, Januário PO, Cruz AT. Prevalência da dismenorreia e sua influência na vida de trabalhadoras brasileiras. *Rev Saúde Desenvolv.* 2019;13(14):64-82.
2. Acqua RD, Bendlin T. Dismenorreia. *Femina* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 19];43(6):274-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n6/a5327.pdf>

3. Berek JS. Tratado de ginecologia Berek & Novak. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
4. Oliveira PP, Eyng C, Zin RM, Menegassi J. Dismenorreia membranosa: uma doença esquecida. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(6):305-10. doi: 10.1590/S0100-72032009000600007
5. Jyoti SK, Kumar D, Gupta P, Gupta N, Kumar A. Recurrent decidual cast whit membranous dysmenorrhea. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2019;8(2):738-40. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20190080
6. Maciel R, Rodrigues S, Inocêncio G, Saraiva J, Montalvão M. Dismenorreia membranosa: uma rara e desconhecida entidade. *Acta Obstet Ginecol Port [Internet].* 2014 [cited 2021 Mar 19];8(4): 402-4. Available from: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/16-aogp-d-13-00079.pdf>
7. Morse EA. A report of four cases of membranous dysmenorrhea. *Johns Hopkins Hosp Bull.* 1907;18(191):40-5.
8. Simpson JY. On the nature of the membrane occasionally expelled in dysmenorrhoea. *Mon J Med Sci.* 1846;1(3):161-5.
9. Rabinerson D, Kaplan B, Fisch B, Braslavski D, Neri A. Membranous dysmenorrhea: the forgotten entity. *Obstet Gynecol.* 1995;85(5 Pt 2):891-2. doi: 10.1016/0029-7844(94)00302-t
10. Sen Y, Cimbeke EA, Ugras NS. Decidual cast after discontinuation of oral contraceptives use in a young girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26(6):e127-9. doi: 10.1016/j.jpog.2013.04.011
11. Silveira DS, Jaenickie A, Hollanda ES, Valle RG, Zimmermann JB. Dismenorreia membranosa: ainda existe? Relato de caso. *Rev HCPA [Internet].* 2011 [cited 2021 Mar 19];31(4):468-70. Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/18864/14963>
12. Perdomo CB, Jiménez PS, Fleites AL, Cruz GS, Nuria VB, Cabrera DMR. Dismenorrea membranosa durante la menarquia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(2):135-7. doi: 10.4067/S0717-75262016000200010
13. Greenblatt RB, Hammond DO, Clark SL. Membranous dysmenorrhea: studies in etiology and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68(3):835-44. doi: 10.1016/s0002-9378(16)38325-9
14. Topçu HO, Topçu S, Kokanali D, Memur T, Doganay M. Spontaneous membranous dysmenorrhea in an adolescent girl: a case report and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28(5):139-41. doi: 10.1016/j.jpog.2014.11.001
15. Brandão P, Portela-Carvalho AS, Oliveira C. Non-painful out of pill membranous dysmenorrhoea. *Obstet Gynecol Cases Rev.* 2018;5(6):1-3. doi: 10.23937/2377-9004/1410137
16. Asch RH, Greenblatt RB. Primary and membranous dysmenorrhea. *South Med J.* 1978;71(10):1247-9. doi: 10.1097/00007611-197810000-00017
17. Ruiz UM. Dismenorrea. Conceptos generales. *Ginecol Obstet Mex [Internet].* 2013 [cited 2021 Mar 19];81(1):60-8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom131j.pdf>
18. Chan WY, Hill JC. Determination of menstrual prostaglandin levels in non-dysmenorrhoeic and dysmenorrhoeic subjects. *Prostaglandins.* 1978;15(2):365-75. doi: 10.1016/0090-6980(78)90176-4