

Membranous dysmenorrhea: a rare and unknown entity

Dismenorreia membranosa: uma rara e desconhecida entidade

Raquel Maciel*, Sofia Rodrigues**, Gonçalo Inocêncio**, Joaquim Saraiva*, Manuela Montalvão*
Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Materno-Infantil, Centro Hospitalar do Porto

Abstract

Membranous dysmenorrhea is defined by painful vaginal elimination of elastic or membranous material. There are few reports in the literature and its final diagnosis depends on the anatomopathological exam, which should never be dismissed. The authors report a case of membranous dysmenorrhea and a brief review of the literature on the subject.

Keywords: Dismenorreia; Dismenorreia membranosa; Contraceção; Hemorragia vaginal; Decídua.

INTRODUÇÃO

A dismenorreia membranosa (DM) é uma subclasseificação da dismenorreia, caracterizada pela associação da dor menstrual à eliminação vaginal de um produto elástico ou membranoso, com a forma da cavidade uterina¹.

Apesar de não ser citada nos atuais livros de texto de Ginecologia, podem ser encontradas descrições clínicas desta entidade em publicações, especialmente dos anos 1950 e 1970. Numa revisão de literatura, através do PubMed e MeSH, utilizando o termo “membranous dysmenorrhea”, identificam-se apenas 21 artigos publicados, relacionados com o tema: seis neste século, um na década de 1990, um na década de 1980, três de 1970 e os restantes, publicados na década de 1960 ou anteriormente.

Desta forma, a apresentação e descrição de novos casos é importante não só para uma melhor compreensão do quadro clínico, como também para o correto estabelecimento do seu diagnóstico.

CASO CLÍNICO

25 anos, caucasiana, saudável, G1P0 (interrupção voluntária da gravidez - tratamento médico), a fazer contraceção oral combinada (0,030mg de etinilestra-

diol e 0,075mg de gestodeno) desde há vários anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) de Ginecologia, após recorrência de expulsão pela vagina de um tecido membranoso, com forma semelhante à cavidade uterina (Figura 1). O primeiro episódio teria ocorrido 7 meses antes.

Na admissão do SU, referiu ter tido uma dor pélvica em cólica muito intensa, com algumas horas de du-



FIGURA 1. Produto membranoso, com a forma da cavidade uterina, expulso pela vagina

*Especialista de Ginecologia e Obstetria

**Interno de Formação Específica de Ginecologia e Obstetria

ração, com baixa resposta à analgesia com anti-inflamatórios não esteróides, que antecedeu a eliminação do produto. A sua hemorragia de privação era habitualmente regular, mensal, com 3 a 4 dias de duração e em quantidade referida como normal (sic); no entanto, no corrente mês, manteve uma hemorragia vaginal escassa, tipo *spotting*, persistente, durante a segunda e terceira semanas do estroprogestativo. Ao exame objectivo encontrava-se corada, hidratada e normotensa. Ao espéculo, não apresentava alterações valorizáveis, encontrando-se com hemorragia de privação em curso, em pequena quantidade. Ecograficamente a cavidade uterina era virtual e o endométrio apresentava uma espessura de 3,2mm.

O material expulso, enviado para exame anatomo-patológico, confirmou a sua origem endometrial, com reação decidual do estroma, exuberante.

Ao 6º mês de seguimento, a doente encontrava-se assintomática, com hemorragias de privação regulares e em normal quantidade. Manteve o tratamento de contraceção oral combinada com etinilestradiol e gestodeno.

DISCUSSÃO

A dismenorreia caracteriza-se por uma dor pélvica intensa, cíclica, associada ou não a hemorragia vaginal. Estudos indicam que a sua prevalência estimada, varia entre os 45 e 95%^{2,3}.

O quadro de dismenorreia pode ser classificado como primário - sem doença orgânica subjacente - ou secundário - como consequência de uma patologia de base. Os casos de dismenorreia primária ocorrem durante ciclos ovulatórios, sendo um diagnóstico de exclusão⁴. O conhecimento atual sugere que sua fisiologia decorre de um desequilíbrio na quantidade de prostaglandinas e leucotrienos (prostanoides e eicosanoides), libertados pelo endométrio durante o fluxo menstrual. Estes, desencadeiam uma hipercontratilidade uterina, reduzindo o fluxo sanguíneo e aumentando a sensibilidade à dor⁵. Alguns quadros mais severos têm sido associados a uma maior quantidade de libertação de prostaglandinas, preferencialmente nos primeiros dois dias de fluxo menstrual. Há fatores descritos que podem estar associados a esse quadro, como idade inferior a 30 anos, baixo índice de massa corporal, tabagismo, menarca precoce, ciclos menstruais longos, fluxo menstrual intenso, entre outros⁶. Já os quadros de dismenorreia secundária podem ter diver-

sas etiologias, sendo a mais frequente a endometriose pélvica⁴.

A DM é uma entidade clínico-patológica que tem sido pouco descrita pela comunidade científica. Epidemiologicamente não há dados da sua prevalência ou incidência³. Acredita-se que, na maioria das vezes, há apenas a informação transmitida pela doente, sem confirmação histológica. O desconhecimento médico, devido à ausência de descrição desta entidade nos livros de texto atuais, contribui também para o seu subdiagnóstico. Na maioria dos casos descritos, esta entidade ocorreu na 2ª e 3ª décadas de vida; no entanto, recentemente foi publicado um caso de DM numa criança púbere de 10 anos⁸.

A expulsão vaginal de tecido orgânico, numa mulher em idade fértil, deve ser alvo de estudo. Apresenta como diagnósticos diferenciais o abortamento, o destacamento de um pólipó (do corpo uterino ou do colo) ou de um sarcoma botrioides (rabdomiossarcoma embrionário: tumor de origem mesenquimal, de aspeto polipóide e de localização preferencial, nas mulheres jovens, ao nível do colo do útero) e, finalmente, a DM^{8,9}. O exame anatomo-patológico do produto expulso, com identificação de uma reação do estroma decidual exuberante, na ausência de outro tipo de linha celular, aliado, na grande maioria dos casos, às suas características macroscópicas, é a pedra basilar no estabelecimento do diagnóstico final.

A razão da ocorrência deste destacamento do endométrio permanece desconhecida. Anteriormente foi citado que a DM estaria correlacionada com o uso de altas ou prolongadas doses de hormonas exógenas; acreditava-se que a progesterona ao decidualizar o endométrio, poderia facilitar o desenvolvimento de DM^{10,11}. No entanto, a documentação de casos, tal como aquele que apresentamos, ocorridos em doentes medicadas com contraceptivos hormonais combinados de baixa dosagem, por curtos períodos de tempo ou ocorridos em doentes sem qualquer terapêutica hormonal, vieram afastar esta hipótese. A DM não está, portanto, limitada ao uso de uma ou outra formulação hormonal, nem a sua recorrência se associa à continuidade do seu uso - várias doentes mantiveram o mesmo tratamento, anterior à eliminação do molde, e não apresentaram reincidência do quadro⁷.

Dado que a etiopatogenia da DM permanece desconhecida, em grande parte por serem raros os casos descritos, compreende-se que o seu tratamento seja controverso e careça de evidência científica. Foram já sugeridos tratamentos com altas doses de progesterona,

de forma a suprimir a ovulação, androgénios, vasoconstritores (ergotamina) ou curetagem¹⁻³.

A DM não parece estar associada a consequências negativas, a longo prazo, sendo um quadro com baixa recorrência e com bom prognóstico^{7,9}.

O relato deste caso clínico justifica-se não só pela escassez de dados, como pela necessidade de discussões atuais sobre esta patologia. Concluimos pois, haver necessidade de mais relatos desta entidade, para posterior investigação e melhor caracterização etiológica e, consequentemente, melhor orientação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rabinerson D, Kaplan B, Fisch B, Braslavski D, Neri A. Membranous dysmenorrhea: the forgotten entity. *Obstet Gynecol.* 1995; 85(5 Pt 2):891-892.
2. Silveira D, Jaenickie A, Hollanda E, Valle R, Zimmermann J. Dismenorreia membranacea: ainda existe? Relato de caso. *Revista HCPA.* 2011; 31(4):468-470.
3. Oliveira P, Eyng C, Zin R, Menegassi J. Dismenorreia membranosa: uma doença esquecida. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(6):305-310.
4. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ.* 2006;332(7550): 1134-1138.
5. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(2):428-441.
6. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* 2006; 332(7544):749-755.
7. Omar H, Smith S. Membranous Dysmenorrhea: A Case Series. *TheScientificWorldJournal.* 2007;7:1900-1903.
8. Sen Y, Cimbeke E, Ugras N. Decidual Cast after Discontinuation of Oral Contraceptives Use in a Young Girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013: in press.
9. Rouanet J, Daclin P, Turpin F, Karam R, Salanon A, Courtieu C, Maubon A. Imaging of membranous dysmenorrhea. *Eur Radiol.* 2001; 11:952-954.
10. Greenblatt RB, Hammond DO, Clark SL. Membranous dysmenorrhea: studies in etiology and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1954; 68(3):835-844.
11. Asch RH, Greenblatt RB. Primary and membranous dysmenorrhea. *South Med J.* 1978; 71(10): 1247-1552.