

Curso 1.0
Especialidade

Dismenorreia e Dor pélvica

Dismenorreia e Dor pélvica

Índice

1. Classificação
2. Avaliação inicial
3. Dor Aguda - Diagnóstico Diferencial
 - a) Gravidez Extrauterina
 - b) Rotura ou Torção de quisto anexial
 - c) Doença Inflamatória pélvica
4. Dor Cíclica - Dismenorreia
 - a) Primária
 - b) Secundária
5. Dor Crónica - Diagnóstico Diferencial
 - a) Endometriose
 - b) Adenomiose
 - c) Outras causas
6. Caso clínicos



Dismenorreia e Dor pélvica

Classificação

Aguda

- Início rápido e curta duração
- Intensa
- Associada com inflamação, infecção e/ou isquemia

Cíclica

- Menstruação
 1. **Mittelschmerz**
 2. **Dismenorreia**
 - primária
 - secundária

Crónica

- Duração superior a 6 meses
- Grave → incapacidade funcional

Dismenorreia e Dor pélvica - Avaliação inicial



Anamnese

- AP (doenças ginecológicas / IST), AC e MH
- História Gin/Obs (DUM, caracterização dos ciclos, VS, contraceção)
- Dor, sintomas GI e/ou urinários, corrimento vaginal/hemorragia
- Febre, síncope, dor no hipocôndrio direito/escapula



Avaliação inicial

- Hemograma, Urina II e/ou Urocultura
- Teste de gravidez
- Ecografia pélvica transvaginal (TV) – **Exame de 1ª linha!**



Exame Ginecológico

- Genitais externos, corrimento vaginal, presença de hemorragia/leucorreia
- Toque vaginal bimanual (doloroso?)



Outros exames

- TAC/RM Pélvica
- Laboratório: Bioquímica (PCR), tipagem e reserva de sangue

Dismenorreia e Dor pélvica

Dor Aguda - Diagnóstico Diferencial

Acute Pain
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Complication of pregnancy</i><ol style="list-style-type: none">a. Ectopic pregnancyb. Abortion, threatened, or incomplete
<ol style="list-style-type: none">2. <i>Acute infections</i><ol style="list-style-type: none">a. Endometritisb. Pelvic inflammatory disease (acute PID) or salpingo-oophoritisc. Tubo-ovarian abscess
<ol style="list-style-type: none">3. <i>Adnexal disorders</i><ol style="list-style-type: none">a. Hemorrhagic functional ovarian cystb. Torsion of adnexac. Rupture of functional, neoplastic, or inflammatory ovarian cyst
Recurrent Pelvic Pain
<ol style="list-style-type: none">1. Mittelschmerz (midcycle pain)2. Primary dysmenorrhea3. Secondary dysmenorrhea

Dismenorreia e Dor pélvica

Dor Aguda - Diagnóstico Diferencial

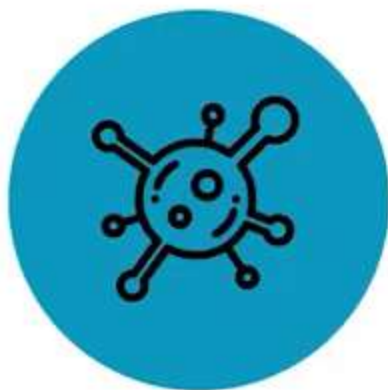
Gastrointestinal
<ol style="list-style-type: none">1. Gastroenteritis2. Appendicitis3. Bowel obstruction4. Diverticulitis5. Inflammatory bowel disease6. Irritable bowel syndrome
Genitourinary
<ol style="list-style-type: none">1. Cystitis2. Pyelonephritis3. Ureteral lithiasis
Musculoskeletal
<ol style="list-style-type: none">1. Abdominal wall hematoma2. Hernia
Other
<ol style="list-style-type: none">1. Acute porphyria2. Pelvic thrombophlebitis3. Aortic aneurysm4. Abdominal angina

Dor aguda - Gravidez Extrauterina (GEU)



Implantação do blastocisto fora do útero

- Na trompa de Falópio (96%)
- 6-16% das mulheres que recorrem ao SU com hemorragia e/ou dor no 1ºT



Tríade clássica: dor, amenorreia e metrorragia (50%)

Dor pélvica e tonturas/sincope - Hemoperitoneu?



Doseamento de β -HCG positivo e ecografia TV

GEU com rotura: sinais de ventre agudo e/ ou choque hipovolémico



▪ **Conservador:** Metotrexato
Hemodinamicamente estável, sintomas ligeiros e reduzido volume de derrame peritoneal

▪ **Cirúrgico:** Salpingectomia
Laparoscópica é preferencial. Se instabilidade hemodinâmica fazer laparotomia.



Mulher em idade reprodutiva com dor abdominal aguda – excluir sempre gravidez!

Dor aguda - Rotura ou Torção de quisto anexial

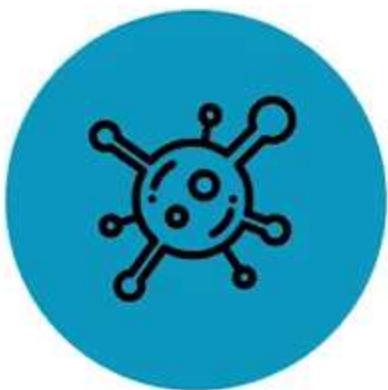


Rotura - Quisto fisiológico: folicular, corpo lúteo ou patológico: dermóide, endometrioma, maligno.

Torção - rotação do ovário e/ou trompa com compromisso vascular



70-75% abaixo dos 30 anos



FR:

- Quisto ovário (50%) ++ > 5 cm, benigno (90%)
- Gravidez (20%)
- Estimulação da ovulação
- Após relação sexual (+rotura)

Dor abdominal (QI) de início súbito, localizada

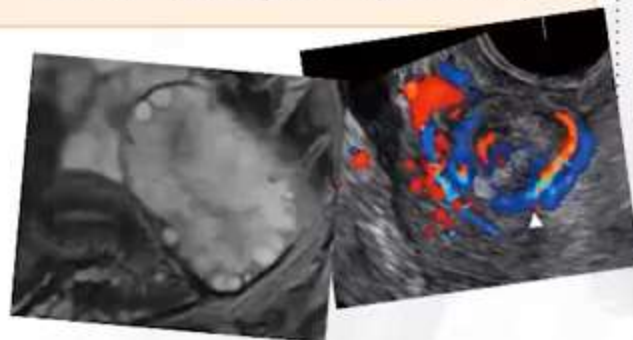
Irritação peritoneal

N&V e febre ++ se torção



Clínica + Ecografia TV

- Ovário aumentado (edema)
- Sinal "colar de pérolas"
- Líquido livre no FSD
- Sinal "Whirlpool" (S: 90%)



▪**Expectante:** não complicados

▪**Cirúrgico (++laparoscopia):**

- Hemoperitoneu com instabilidade hemodinâmica
- Peritonite química: Quisto dermóide
- Endometrioma
- Torção (destorção - mesmo se necrose- é o tratamento de eleição; quistectomia, se apropriado)

Dor aguda - Doença Inflamatória pélvica (DIP)



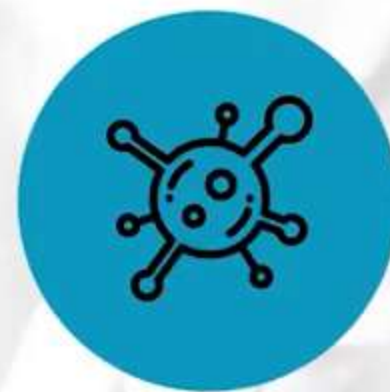
Infeção polimicrobiana

(Clamidia trachomatis, Neisseria gonorrhea++)

- Inflamação do trato genital superior, podendo envolver endométrio, trompas, ovários e estruturas adjacentes.
- Tem origem numa infeção no colo do útero e/ou vagina (contaminação ascendente)

Aguda - dor (> movimento, pós-menstrual), febre, corrimento purulento

Subclínica - similar SII (Clamídia++)



FR:

- Jovens (< 25 anos)
- VSA (múltiplos parceiros, novo parceiro)
- Antecedentes de DIP
- Baixo nível socioeconómico
- Manipulação uterina recente (DIU, CUT..)

Clinica variável

Dor pélvica pela manipulação uterina ou palpação anexos

Febre, N&V

Tensão abdominal (QI), por vezes com defesa

HUA

Dor aguda - Doença Inflamatória pélvica (DIP)



Essencialmente clínico!

Leucocitose + elevação VS/PCR

Exame microbiológico (urina/
exsudado vaginal e endocolo)

Excluir gravidez!

Ecografia TV:

- Salpingite
- excluir abscesso tubo-ovário



DIP Subclínica – aderências → infertilidade tubária (20%),
GEU (10%)



▪ **Terapêutica deve ser iniciada empiricamente**

▪ **Ambulatório:** reavaliação em 72h - Associação de
ATB + AINES (Cefoxitina 2 gr IM, dose única + Doxíciclina
100 mg, 2 id, 14 dias)

▪ **Internamento:** nos casos mais graves (ev)

Tratamento sistemático dos parceiros sexuais!

▪ **Terapêutica cirúrgica** se não houver melhoria
(drenagem abscesso, lavagem..)

Pode causar algias pélvicas crônicas (20%)



Dor aguda - Doença Inflamatória pélvica (DIP)



Essencialmente clínico!

Leucocitose + elevação VS/PCR

Exame microbiológico (urina/
exsudado vaginal e endocolo)

Excluir gravidez!

Ecografia TV:

- Salpingite
- excluir abscesso tubo-ovário



DIP Subclínica – aderências → infertilidade tubária (20%),
GEU (10%)



▪ **Terapêutica deve ser iniciada empiricamente**

▪ **Ambulatório:** reavaliação em 72h - Associação de
ATB + AINES (Cefoxitina 2 gr IM, dose única + Doxiciclina
100 mg, 2 id, 14 dias)

▪ **Internamento:** nos casos mais graves (ev)

Tratamento sistemático dos parceiros sexuais!

▪ **Terapêutica cirúrgica** se não houver melhoria
(drenagem abscesso, lavagem..)

Pode causar algias pélvicas crônicas (20%)



Dismenorreia

MENSTRUAL PAIN

SYMPTOMS



IRRITABILITY



MENSTRUAL PAIN



HEADACHE



NAUSEA



FATIGUE



DIZZINESS

TREATMENT



RELAXATION



WARM SHOWER



HEATING PAD



PAIN MEDICATION



HEALTHY FOOD



EXERCISE



Dor pélvica ou abdominal inferior, cíclica ou recorrente, associada à menstruação.



É a queixa ginecológica mais comum em mulheres jovens (60%)



Primária: ocorre na ausência de doença pélvica



Secundária: pressupõe a existência de patologia pélvica

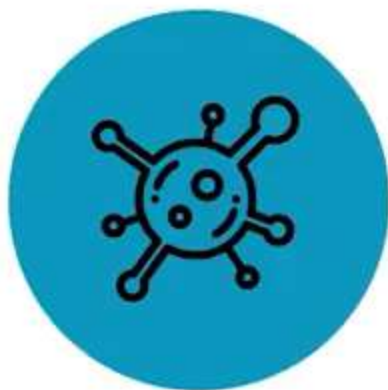
Dor cíclica - Dismenorreia primária



• Inicia-se com os ciclos ovulatórios
• Aparece umas horas antes ou no início do fluxo menstrual (pode prolongar-se durante 24 a 72 horas)



Adolescentes e jovens (< 40 anos)



Excesso de prostaglandinas → hipercontratilidade uterina (redução do fluxo sanguíneo) → dor

Dor hipogástrica, tipo cólica (melhora com pressão ou movimento)

N&V e diarreia



Essencialmente clínico!

Exclusão de causas orgânicas



- **AINEs:** tomar 1 a 3 dias antes ou no início da dor (> 6 meses)
- **Contraceção hormonal**
- **Ambos** (mais eficaz)
- **Medidas não farmacológicas;** calor, acupuntura, dieta, exercício físico

Dor cíclica - Dismenorreia secundária



- Pressupõe a existência de patologia pélvica
- Começa uma ou duas semanas antes da menstruação e persiste durante todos os dias do fluxo menstrual



Início mais tardio (3ª década de vida)



Causas:

- Endometriose ++
- Adenomiose ++
- DIP subaguda
- DIU-Cu
- Quistos anexiais
- Malformações pélvicas congénitas
- Estenose cervical



Ecografia TV
Laparoscopia
Histeroscopia



- **Tratamento da causa subjacente!**
- AINEs e contraceção hormonal são pouco eficazes

Dismenorreia e Dor pélvica

Dor Crónica - Diagnóstico Diferencial

Gynecologic
Noncyclic
Adhesions
Endometriosis
Salpingo-oophoritis
Ovarian remnant or retained ovary syndrome
Pelvic congestion
Ovarian neoplasm benign or malignant
Pelvic relaxation

Cyclic
Primary dysmenorrhea
Mittelschmerz
Secondary dysmenorrhea
Endometriosis/adenomyosis
Uterine or vaginal anomalies with obstruction of menstrual outflow
Intrauterine synechiae (Asherman syndrome)
Endometrial polyps or nonhormonal intrauterine device (IUD)
Uterine leiomyomata
Pelvic congestion syndrome

Dismenorreia e Dor pélvica

Dor Crónica - Diagnóstico Diferencial

Genitourinary
Recurrent or relapsing cystourethritis
Urethral syndrome
Interstitial cystitis/painful bladder syndrome
Ureteral diverticuli or polyps
Carcinoma of the bladder
Ureteral obstruction

Gastrointestinal
Irritable bowel syndrome
Ulcerative colitis
Crohn disease
Carcinoma
Infection
Recurrent partial bowel obstruction
Diverticulitis
Hernia
Abdominal angina

Systemic
Fibromyalgia
Acute intermittent porphyria
Abdominal migraine
Connective tissue disease including systemic lupus erythematosus
Lymphoma
Neurofibromatosis

Neurologic
Nerve entrapment syndrome, neuroma, or other neuropathies
Trigger points
Musculoskeletal
Myofascial pain and trigger points

Dor Cíclica/Crônica - Endometriose



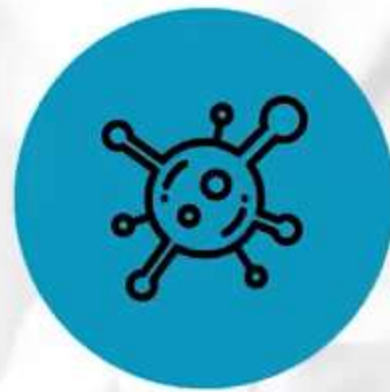
Glândulas e estroma endometrial em localização **extrauterina** → reação inflamatória crônica

Etiologia: Várias teorias, a mais consensual é a menstruação retrógrada



Idade reprodutiva (10%)
Mulheres com infertilidade ou dor pélvica (30-50%)

Diminuição qualidade de vida – impacto na saúde física e mental, afetando a vida laboral, social e familiar!



Clinica variável

Insidiosa e assintomática
Dor pélvica intensa e/ou
sintomatologia em órgãos à distância

Dismenorreia progressiva (62-79%)

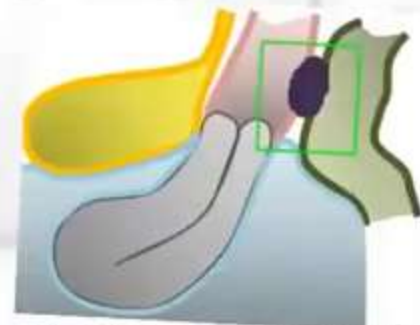
Dispareunia profunda (45%)

Dor pélvica crônica

Disúria (10-25%)

Disquesia (2-29%)

Infertilidade



Septo retovaginal

Dor Cíclica/Crónica - Endometriose



Diagnóstico difícil

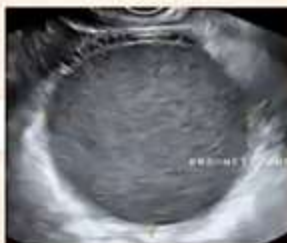
Exame pélvico: Pode ser normal!

- Útero fixo em RV e dor à mobilização devido a aderências
- Nódulos na vagina, LUS ou FSP, colo uterino ou vagina
- Massas anexiais (endometrioma)



Métodos de imagem

- Ecografia TV (1ª linha) – 20% endometrioma; “kissing ovaries”
- RM
- Laparoscopia diagnóstica (gold-standard)



Tratamento médico

- **Hormonal:** Estroprogestativos, Progestativos (dienogeste, SIU-LNG), Agonistas GnRH com add-back (2ª linha), inibidores da aromatase
- **Dor crónica:** AINEs, opióides fracos e fortes, antidepressivos

Tratamento cirúrgico (laparoscopia++)

- 1) Controlo da dor
- 2) Correção da distorção anatómica e/ou remoção das lesões (ex: massa anexial que justifique EH)

Dor cíclica /Crónica - Adenomiose



Glândulas e estroma
endometrial no
miométrio

- Uma das causas mais comuns de HUA abundante ou prolongada
- 1/3 das mulheres são assintomáticas



Início mais tardio (4ª década de vida)



- HUA abundante/prolongada
- Dismenorreia 2ária
- Dispareunia
- Dor pélvica crónica

Útero globoso, com dor à mobilização de consistência amolecida



Diagnóstico é clínico
Diagnóstico definitivo é
histológico

- Ecografia TV (1ª linha) - acuidade 68-86%
- RM pélvica



- Tratamento depende da idade e do desejo de manter a fertilidade
- Tratamento médico semelhante à endometriose

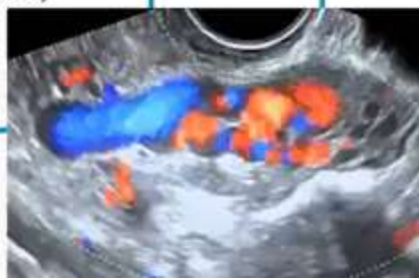
Dor Crônica - outras causas

Aderências

- Tecido fibroso em consequência de cirurgia, infecção ou trauma.
- A localização e densidade das aderências pode não estar relacionada com a intensidade da dor
- A lise de aderências **não está recomendada**

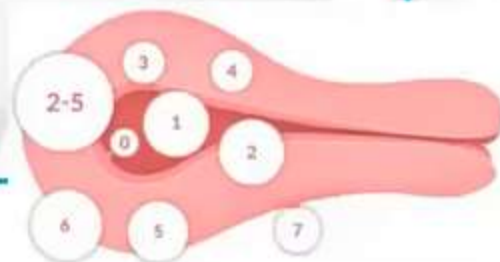
Síndrome de congestão pélvica

- Congestão e/ou dilatação dos plexos venosos do útero e ovários em mulheres em idade reprodutiva, multíparas.
- Dor abdominal (QI) e lombar que agrava com longos períodos em ortostatismo, dismenorreia 2ária, dispareunia.
- Tratamento hormonal, embolização ou cirurgia.



Fibromioma uterino

- Tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva.
- A maioria é assintomática mas algumas mulheres referem pressão, dor pélvica ou lombar, decorrente do número, localização e dimensão dos miomas.



Caso clínico 1



Adolescente de 17 anos, caucasiana, recorreu ao SU por dor na FID e hipogastro com 48 horas de evolução e agravamento recente, acompanhada por vômitos. Menarca aos 12 anos, ciclos regulares com início recente da atividade sexual. Ao exame objetivo: normotensa, apirética com dor à palpação abdominal, sem defesa.

1. Quais são os exames a realizar?

- a) Hemograma, PCR, TIG e ecografia TV
- b) Hemograma, PCR e β -HCG
- c) Hemograma, PCR e TAC pélvica
- d) Hemograma, PCR e Rx abdominal

Caso clínico 1

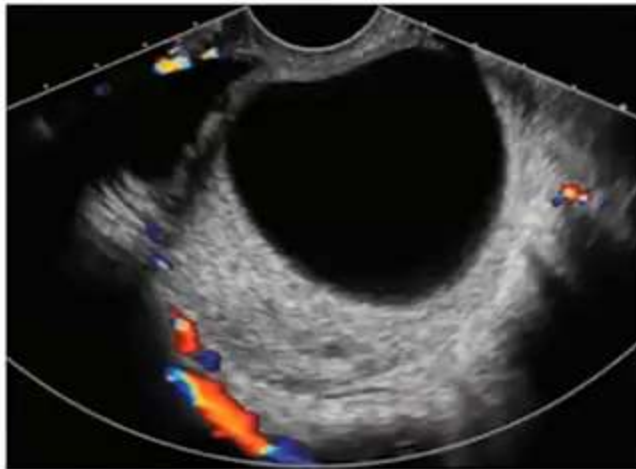
1. Quais são os exames a realizar?

- a) Hemograma, PCR, TIG e ecografia TV
- b) Hemograma, PCR e β -HCG
- c) Hemograma, PCR e TAC pélvica
- d) Hemograma, PCR e Rx abdominal



Analiticamente: Hb:12,1g/dl; Leu: 13.000 mm³ Neu:80%; Plaquetas: 200.000 μ L, PCR: 5 mg/L
TIG negativo

Ecografia TV:



2. Qual o próximo passo?

- a) Pedir TAC/RM pélvica e marcadores tumorais para melhor caracterização
- b) Tratamento expectante
- c) Tratamento cirúrgico – proposta para anexectomia
- d) Tratamento cirúrgico – proposta para destorção e/ou quistectomia

Caso clínico 1

2. Qual o próximo passo?

- a) Pedir TAC/RM pélvica e marcadores tumorais para melhor caracterização
- b) Tratamento expectante
- c) Tratamento cirúrgico – proposta para anexectomia
- d) Tratamento cirúrgico – proposta para destorção e/ou quistectomia ✓



3. Cuidados pós-operatório?

- a) Necrose do ovário e infecção
- b) Torção recorrente do ovário
- c) Transformação maligna da formação quística

Caso clínico 1

3. Cuidados pós-operatórios?

- a) Necrose do ovário e infecção
- b) Torção recorrente do ovário ✓
- c) Transformação maligna da formação quística

Prevenção de recorrência:

- Tratamento hormonal
- Ooforopexia
- Encurtamento do ligamento utero-ovárico

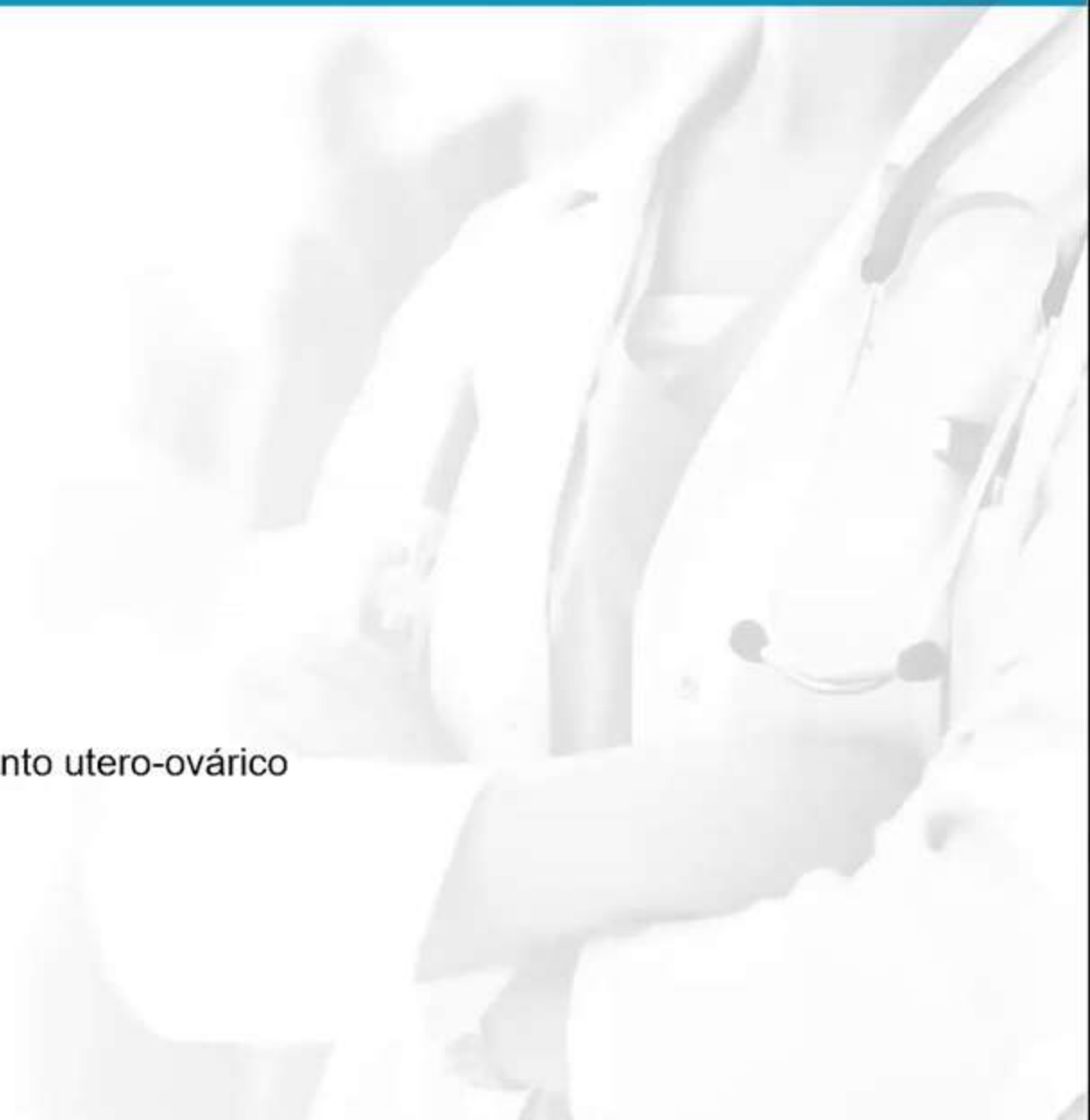
Caso clínico 1

3. Cuidados pós-operatórios?

- a) Necrose do ovário e infecção
- b) Torção recorrente do ovário ✓
- c) Transformação maligna da formação quística

Prevenção de recorrência:

- Tratamento hormonal
- Ooфорopexia
- Encurtamento do ligamento utero-ovárico



Caso clínico 2



Doente do sexo feminino, 36 anos, caucasiana, referenciada à consulta de Ginecologia Geral por dismenorreia secundária e dispareunia profunda com agravamento nos últimos meses, pretendendo engravidar desde há um ano.

Após interromper CHC, dores cíclicas na região pélvica com irradiação lombar, com início no primeiro dia de menstruação mantendo-se durante quase todo o cataménio, de tipo cólica, melhorando ligeiramente com AINEs e repouso, que a impedia de realizar a sua atividade diária.

Menarca aos 14 anos, ciclos regulares (5/22), G1/P1 (parto por cesariana por apresentação pélvica) aos 20 anos.

Ao **exame objetivo**: vulva e vagina sem alterações, útero de dimensões normais com consistência duroelástica, pouco móvel e doloroso à palpação e mobilização. Sem outras massas ou empastamentos pélvicos.

1. **Qual o primeiro exame de imagem a realizar?**
 - a) Ressonância magnética
 - b) Ecografia TV
 - c) Histerossalpingografia
 - d) Ecografia transabdominal

Caso clínico 2

1. Qual o primeiro exame de imagem a realizar?

- a) Ressonância magnética
- b) Ecografia TV ✓
- c) Histerossalpingografia
- d) Ecografia transabdominal



2. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Aderências após cirurgia
- b) Doença Inflamatória pélvica
- c) Endometriose
- d) Tumor pélvico

Caso clínico 2

2. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Aderências após cirurgia
- b) Doença Inflamatória pélvica
- c) Endometriose ✓
- d) Tumor pélvico

3. Qual é a atitude mais correta?

- a) Encaminhar para Procriação medicamente assistida (PMA)
- b) Laparoscopia diagnóstica
- c) Tratamento expectante
- d) Retomar CHC

Caso clinico 2

3. Qual é a atitude mais correta?

- a) Encaminhar para PMA ✓
- b) Laparoscopia diagnóstica
- c) Tratamento expectante
- d) Retomar CHC

Recorrer a técnicas de PMA para impedir agravamento da doença (se sem tratamento)

Referências bibliográficas

Autores	Ano	Título	
Lúcia Correia, Ana Teresa Marujo, Alexandra Queirós, Ana Quintas, Teresinha Simões	2015	Torção anexial	Acta Obstet Ginecol Port
Soia Raposo, Carlos Nobre, Margarida Dias	2013	Abdómen Agudo em Ginecologia	Acta Obstet Ginecol Port
Jonathan S. Berek, MD, MMS Laurie Kraus Lacob Professor	2019	Berek's & Novak's Gynecolgy 16ª edição	Wolters Kluwer
UptoDate	2020	Acute and chronic pelvic pain in females	



Curso 1.0
Especialidade

Obrigado!

Dra. Marta Pinto

Interna Ginecologia/Obstetricia CHUC - 5º ano