

# BMJ Best Practice

## Avaliação da dismenorreia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 21, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>5</b>
Etiologia	5
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	12
Diagnóstico diferencial	13
<b>Recursos online</b>	<b>20</b>
<b>Referências</b>	<b>21</b>
<b>Imagens</b>	<b>23</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>25</b>

## Resumo

◊ A dismenorreia, uma das doenças ginecológicas mais comuns, afeta a qualidade de vida de inúmeras mulheres em idade reprodutiva.<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup> O termo significa "menstruação dolorosa" e deriva das palavras gregas dys (doloroso), meno (mensal) e rhoe (fluxo). A doença se manifesta na forma de cólicas uterinas e pode ocorrer alguns dias antes da menstruação e/ou durante o período menstrual, e geralmente diminui no final da menstruação.

A dismenorreia é classificada em 2 subcategorias, embora nem sempre seja fácil distingui-las somente com base na anamnese e no exame físico:

- A dismenorreia primária ocorre sem que haja uma doença pélvica
- A dismenorreia secundária ocorre na presença de doença pélvica.

É difícil determinar a prevalência, porque se utilizam diferentes definições e critérios e, frequentemente, a dismenorreia é subestimada e subtratada.<sup>[3]</sup> Uma revisão sistemática sobre dor pélvica crônica e dismenorreia cita uma prevalência de 47% a 97%.<sup>[4]</sup> Um estudo transversal relatou a presença de dismenorreia em 72% das mulheres jovens com 19 anos de idade e, em 15% delas, ela era intensa, afetando as atividades diárias.<sup>[5]</sup> O absenteísmo regular no trabalho ou na escola por causa da dismenorreia pode ocorrer em até 17% das mulheres.<sup>[6]</sup> O mesmo estudo revelou que até 50% dessas mulheres ausentaram-se do trabalho ou da escola em pelo menos uma ocasião por causa da dismenorreia, e 7.9% delas ausentaram-se em cada menstruação por, pelo menos, meio dia.

Os fatores que apresentam uma correlação positiva com a dismenorreia são tabagismo, menarca precoce, nuliparidade e história familiar.<sup>[1]</sup> <sup>[7]</sup> A dismenorreia não está associada à duração do ciclo menstrual, mas geralmente coexiste com a menorragia.

### ◊ **Dismenorreia primária :**

A dismenorreia primária ocorre rotineiramente de 6 a 12 meses após a menarca, depois que os ciclos ovulatórios estiverem estabelecidos. A dor, geralmente, localiza-se na região abdominal inferior, na forma de cólica. A dor pode irradiar até as costas e o lado interno das coxas. Ela geralmente permanece por 8 a 72 horas e acompanha o fluxo menstrual ou surge poucas horas antes dele. A dor pode estar associada a outros sintomas sistêmicos como vômitos, náuseas, diarreia, fadiga e cefaleia. Também pode haver maior sensibilidade à dor.<sup>[8]</sup>

As investigações clínicas não conseguiram revelar uma doença pélvica subjacente.

### ◊ **Dismenorreia secundária :**

Por outro lado, a dismenorreia secundária frequentemente ocorre anos após o início da menarca e pode surgir como um novo sintoma quando a mulher está nos seus 30 ou 40 anos de idade, sob a forma de uma doença pélvica identificável. A dor nem sempre é relacionada somente com a menstruação e pode ocorrer por toda a fase lútea do ciclo menstrual. Ela também pode piorar no decurso da menstruação em vez de ficar restrita às primeiras 24 ou 48 horas da menstruação. Sintomas concomitantes como padrão irregular de sangramento, menstruações intensas, corrimento vaginal e dispareunia podem ser sugestivos de uma patologia pélvica subjacente.<sup>[9]</sup>

As causas mais comuns da dismenorreia secundária são: endometriose, doença inflamatória pélvica crônica, adenomiose, pólipos intrauterinos, miomas submucosos e dispositivos intrauterinos. As

causas menos comuns incluem anormalidades uterinas congênitas, estenose do colo do útero e doenças ovarianas.

## Etiologia

A dismenorreia divide-se em 2 subcategorias, embora nem sempre seja fácil distingui-las somente com base na anamnese e no exame físico:

- A dismenorreia primária ocorre sem que haja uma doença pélvica
- A dismenorreia secundária ocorre na presença de doença pélvica.

### Dismenorreia primária

Durante os ciclos ovulatórios, a exposição sequencial ao estrogênio e à progesterona causa a descamação do endométrio e a liberação de prostaglandina, iniciando-se a menstruação. A biossíntese de prostaglandinas a partir do precursor, o ácido araquidônico, ocorre pela via da ciclo-oxigenase (COX). Existe uma hipótese para o mecanismo subjacente da dismenorreia primária. Nela, as contrações miometrais uterinas, estimuladas pela prostaglandina, levam a uma diminuição do fluxo sanguíneo com uma subsequente hipóxia uterina. Em seguida, a hipóxia desencadeia a dor espasmódica descrita pelas mulheres afetadas.[\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[12\]](#)

Em mulheres com dismenorreia primária, foram encontradas concentrações aumentadas da prostaglandina F2 alfa (PGF2alfa) no líquido menstrual. Essas concentrações aumentadas da PGF2alfa levam a contrações frequentes e disrítmicas e a um tônus uterino basal mais alto. A contratilidade aumentada correlaciona-se com a intensidade dos sintomas e com as concentrações da PGF2alfa.[\[13\]](#) [\[14\]](#) [\[15\]](#) Os leucotrienos e a vasopressina são outras substâncias circulantes que podem ter uma função na etiologia da dismenorreia primária.[\[16\]](#) [\[17\]](#) [\[18\]](#)

Outros efeitos das prostaglandinas na musculatura lisa podem se manifestar como sintomas gastrointestinais, os quais frequentemente coexistem em mulheres com dismenorreia primária.

Como a produção da PGF2alfa encontra-se aumentada nos ciclos ovulatórios, qualquer tratamento que iniba a ovulação, como a contracepção hormonal, tem grande probabilidade de constituir um tratamento eficaz para esse tipo de dismenorreia. [\[Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: contraceptive choices for young people\]](#) [\[19\]](#) Os tratamentos que diminuem a produção das prostaglandinas também costumam proporcionar um bom resultado no tratamento da dismenorreia primária.

### Dismenorreia secundária

Os mecanismos subjacentes da dismenorreia secundária e decorrentes de uma doença pélvica mesclam-se com os da dismenorreia primária. As causas comuns da dismenorreia secundária incluem:

- Endometriose: a causa mais comum da dismenorreia secundária. Ela se apresenta como dor e desconforto pélvicos exacerbados durante o período pré-menstrual e menstrual. Ainda não se sabe como o tecido endometrial ectópico pode ocasionar a dor na pelve, embora as prostaglandinas possam desempenhar uma função nesse quadro. Concentrações aumentadas de prostaglandinas foram documentadas no líquido peritoneal e na circulação das mulheres que apresentam endometriose.[\[20\]](#)
- Doença inflamatória pélvica: trata-se de um processo infeccioso caracterizado por um corrimento vaginal e frequentemente por história de infecção sexualmente transmissível. A dor pode estar relacionada à liberação de mediadores inflamatórios ou prostaglandinas, que em seguida levam à vasoconstricção e a contrações uterinas.

- Adenomiose: dor extrauterina e aumento de volume uterino no período pós-parto, acompanhados por sangramento vaginal intenso. Acredita-se que seja resultado de destruição da glândula uterina, resultando em contrações tônicas do útero.
- Leiomioma uterino: identificado no exame pélvico como um útero aumentado e, na ultrassonografia, como um útero aumentado com contornos irregulares.

Entre as causas menos comuns de dismenorreia secundária, acompanhada de contrações uterinas anormais e dor, estão:

- Cisto ovariano com hemorragia: caracterizado por dor e sensibilidade unilaterais e uma massa anexial. O mecanismo pelo qual as massas ovarianas resultam em dismenorreia não está bem elucidado e pode ser decorrente de uma dor de início agudo por causa de torção, ruptura ou hemorragia.
- Torção ovariana: algumas vezes, é acompanhada por um quadro ovariano com sintomas similares aos de um cisto ovariano hemorrágico. No entanto, comumente apresenta um início agudo e é improvável que cause dismenorreia de longa duração.
- Anomalias obstrutivas do ducto paramesonéfrico: manifestam-se como dor cíclica logo após a menarca.
- Estenose do colo do útero: ocorre characteristicamente em pacientes pós-cirúrgicas, com a dor exacerbada pela coleção de líquido na cavidade uterina. Essa coleção pode ser visível por ultrassonografia pélvica.

Outras causas incomuns incluem a síndrome de Asherman, a síndrome da congestão pélvica e outras anormalidades uterinas congênitas. Os dispositivos intrauterinos (cobre ou plástico), pólipos e miomas submucosos podem causar a contratilidade uterina enquanto o útero tenta expeli-los. As concentrações de leucotrienos também são elevadas.

## Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Nas mulheres com dor abdominal inferior ou dor na pelve em que há suspeita de gestação, esta deve ser obrigatoriamente excluída mediante um teste de gravidez no soro ou na urina. As complicações da gestação, como gravidez ectópica, necessitam de avaliação ultrassonográfica urgente e tratamento com um ginecologista. É improvável que esta dor afete as menstruações subsequentes e deve ser fácil distingui-la da dismenorreia.

A apendicite é um quadro clínico não ginecológico sério que deve ser avaliada no diagnóstico diferencial de mulheres que apresentam dor na parte inferior do abdome e sintomas associados como anorexia, febre, náuseas e vômitos. Uma relação com as menstruações seria muito incomum. Antieméticos e analgésicos aumentam o conforto da paciente e não apresentam efeitos adversos na acuidade do exame físico.

Estudos diagnósticos apropriados, inclusive a contagem leucocitária e uma tomografia (TC) do abdome são auxiliares na confirmação deste diagnóstico, no caso de uma suspeita clínica elevada. Ao realizar uma consulta com um cirurgião geral, é necessário escolher antibióticos pré-operatórios que forneçam uma cobertura de amplo espectro de Gram-negativos e anaeróbios.

### Torção ovariana

A torção ovariana é tipicamente caracterizada por uma dor na parte inferior do abdome de início agudo, associada a náuseas e vômitos. Embora a torção ovariana continue sendo uma entidade de diagnóstico clínico, a ultrassonografia pélvica pode ser uma ferramenta diagnóstica útil em casos menos bem definidos. Além do controle da dor, recomenda-se uma avaliação cirúrgica urgente para preservar a função ovariana e a fertilidade futura.

### Doença inflamatória pélvica (DIP) aguda

Deve-se considerar a realização de exames para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na avaliação inicial, se existirem fatores de risco presentes. Recomenda-se uma antibioticoterapia imediata para as mulheres com DIP aguda para minimizar a morbidade em curto e em longo prazo, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

Uma anamnese focada é um fator crítico para estabelecer o diagnóstico e também para diferenciar entre a dismenorreia primária e a secundária. Um exame clínico detalhado é muito valioso no auxílio do diagnóstico da causa da dismenorreia secundária. Existem muitos mitos associados aos distúrbios menstruais e o médico deve adotar uma abordagem cuidadosa e fornecer uma explicação quanto à sua etiologia e manejo.<sup>[2] [21]</sup> Muitas vezes, o tratamento é introduzido antes das investigações, sobretudo em mulheres jovens, que também necessitam de contracepção. [\[Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: contraceptive choices for young people\]](#)

## História

Deve incluir o seguinte:

- Idade da menarca.
- Início da dismenorreia, especialmente em relação à menarca. A dismenorreia primária ocorre tipicamente de 6 a 12 meses após o início da menarca. A dismenorreia secundária pode ocorrer na menarca ou vários anos após a menarca. As doenças obstrutivas do ducto paramesonéfrico (de Müller) se manifestam caracteristicamente nos primeiros ciclos, acompanhados de dor cíclica.
- Características da dor: na dismenorreia primária, a dor é em forma de cólica no abdome inferior e irradia para as costas e coxas. Ela é geralmente denominada dor "espasmódica". A dismenorreia secundária pode ser similar ou ser sentida como um peso pélvico e dorsalgia e é descrita como uma sensação "congesta".
- Momento e duração da dor: a dismenorreia primária começa junto com a menstruação, ou algumas horas antes dela, e cessa completamente ao término do fluxo sanguíneo. A dismenorreia secundária geralmente começa antes do início da menstruação, aumenta progressivamente durante a fase lútea tardia e continua ao longo da menstruação.
- Sintomas associados: a dismenorreia primária pode vir acompanhada de fadiga (85%), irritabilidade (72%), tonturas (28%), cefaleia (45%), dor lombar (60%), diarreia (60%), náuseas e vômitos (89%).<sup>[22]</sup>
- Fatores de exacerbação e alívio: é mais comum a dismenorreia secundária ser refratária a tratamentos simples como com os medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e a pílula contraceptiva oral combinada.
- Gravidade dos sintomas e como eles interferem com as atividades diárias.
- História menstrual: deve-se tentar obter informações sobre duração e regularidade do ciclo menstrual e a duração e quantidade do fluxo menstrual. Elas podem direcionar para uma causa secundária, como miomas uterinos, pólipos ou adenomiose, uma vez que o sangramento menstrual intenso não é comum em mulheres jovens com dismenorreia primária.
- Sintomas adicionais: a anamnese deve abordar a existência de sangramento pós-coito, sangramento intermenstrual, corrimento vaginal ou dispareunia profunda, uma vez que costumam acompanhar a dismenorreia secundária.
- História sexual: a dismenorreia primária parece ser mais prevalente nas pacientes com história de abuso sexual.<sup>[23] [24]</sup>
- História obstétrica: deve-se perguntar sobre os planos de gestação e sobre história de infertilidade primária ou secundária.
- História médica: existem várias doenças que podem causar dor similar a da dismenorreia, como a síndrome do intestino irritável ou a intolerância à lactose.

- História familiar: deve-se registrar qualquer história similar na família.
- Informações quanto a medicamentos, drogas ilícitas e tabagismo.

## Exame físico

O exame pélvico geralmente não apresenta nenhuma alteração digna de nota na dismenorreia primária e, em geral, não é indicado para as mulheres jovens que não são sexualmente ativas se os sintomas sugerem dismenorreia primária. No entanto, um exame pélvico completo pode ser adequado para mulheres sexualmente ativas e até mesmo para algumas adolescentes que não são sexualmente ativas, mas cuja dismenorreia não responde à terapia de primeira linha com os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou à terapia hormonal. Nesses casos, um exame pélvico consegue identificar todas as áreas de dor e descartar a presença de anatomia anormal ou massas pélvicas. O exame deve incluir uma inspeção cuidadosa dos órgãos genitais externos e um exame especular, seguido de um exame bimanual. No caso de pacientes que não conseguem relaxar seus músculos pélvicos, pode-se utilizar um espéculo mais estreito.[\[25\]](#)

Os achados sugestivos de uma doença subjacente incluem o que se segue.

- Endometriose: achados positivos no exame clínico, em 35% a 40% dos casos, estão relacionados a sensibilidade anexial, retovaginal e uterina, associadas a excitação do colo do útero.[\[26\]](#) Doenças mais avançadas podem apresentar nódulos sensíveis à palpação acima dos ligamentos uterossacros e septo retovaginal, sensibilidade à palpação de massas anexiais uni ou bilateralmente e um útero imóvel fixo.
- Doença inflamatória aguda ou crônica: podem ocorrer sensibilidade à palpação no exame pélvico e anormalidades como a presença de massas anexiais (geralmente bilaterais), particularmente na doença crônica. O exame especular, em casos agudos, pode revelar um corrimento vaginal purulento, além de vagina e cervice eritematosos.
- Útero miomatoso: sugerido por um útero aumentado com contorno irregular.
- Adenomiose: um útero aumentado com formato globular e sensível à palpação é frequentemente palpável durante o exame bimanual.

A ausência de achados clínicos não descarta a doença e o exame deve ser complementado com outros métodos de diagnóstico.

## Investigações

Quando a anamnese e o exame clínico são sugestivos de dismenorreia primária, raramente é necessário realizar investigações adicionais.[\[27\]](#)

No entanto, poderão ser necessárias investigações adicionais caso ocorram sintomas inespecíficos, achados clínicos anormais, ineficácia do tratamento da dismenorreia primária, suspeita de dismenorreia secundária ou quando há dúvida no diagnóstico.

Essas podem incluir o seguinte.

- Ultrassonografia:
  - Miomas, doenças anexais, endometriomas e dispositivos contraceptivos intrauterinos podem ser mais bem avaliados pela ultrassonografia.

- Muitas vezes, prefere-se a ultrassonografia transvaginal, pois ela oferece uma melhor resolução e permite um exame mais detalhado da pelve. Ela também pode revelar a presença de sensibilidade.
- Na presença de lesões intrauterinas como pólipos ou miomas submucosos, a sensibilidade e a especificidade da ultrassonografia transvaginal podem ser melhoradas com o uso de ultrassonografia com infusão de solução salina.
- A ultrassonografia tridimensional (3D) permite uma avaliação dos órgãos no plano coronal e pode ser superior na avaliação de uma doença endometrial.
- A ultrassonografia 4D em tempo-real poderá atuar futuramente na avaliação da contratilidade miometrial na dismenorreia.

[Fig-1]

- Leucócitos, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa:

- Uma contagem leucocitária aumentada acompanhada de VHS e proteína C-reativa elevadas pode ser evidência de uma doença inflamatória aguda ou crônica.
- Esses testes não são específicos e é possível que nem sempre os valores estejam elevados na doença leve, a qual characteristicamente pode ser tratada ambulatorialmente. A contagem de leucócitos, VHS e a proteína C-reativa também podem estar elevadas em quadros clínicos não ginecológicos, como no caso de uma apendicite aguda.

- Swabs:

- Para clamídia e gonorreia da endocérvice, e do fórnix posterior da vagina para outras doenças sexualmente transmissíveis; devem ser obtidos antes da antibioticoterapia para doença inflamatória pélvica.

- Hemograma completo:

- Pode ser necessário para descartar anemia, se houver um sangramento menstrual intenso associado.

- Teste de gravidez urinário ou sérico:

- Para descartar a gestação em todas as mulheres que apresentam desconforto abdominal e pélvico e menstruação irregular.

- Laparoscopia:

- Trata-se de um auxiliar no diagnóstico de endometriose, aderências e doença inflamatória pélvica e, às vezes, pode oferecer tratamento concomitantemente. Apesar disso, um estudo relatou que 35% das laparoscopias realizadas para dor na pelve ou dismenorreia secundária foram negativas.[28]

[Fig-2]

[Fig-3]

- Marcadores tumorais como antígeno do câncer 125 (Ca-125):

- Devem ser verificados quando estiver presente uma massa ovariana. No entanto, trata-se de um teste inespecífico, e os níveis podem estar elevados na endometriose e em outras doenças como o câncer de ovário.

- Ressonância nuclear magnética (RNM) e tomografia computadorizada (TC) da pelve e/ou do abdome:
    - Podem ser realizadas no caso de resultados ultrassonográficos duvidosos.
  - Histeroscopia:
    - Pode ser indicada para avaliar uma doença intrauterina se os achados ultrassonográficos forem inconclusivos. Na presença de pólipos ou miomas submucosos, pode ser tentada ressecção subsequente.
- [Fig-4]
- [Fig-5]
- Biópsia endometrial com cânula de Pipelle:
    - Pode ser necessária se a aparência do colo uterino for anormal ou no caso de um sangramento irregular em mulheres acima dos 40 anos de idade.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Dismenorreia primária

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Endometriose

Adenomiose

Leiomioma uterino

Pólipos uterinos

## Incomum

Cisto ovariano com hemorragia

Torção ovariana

Anormalidades obstrutivas do ducto paramesonéfrico (duto de Müller)

Estenose do colo do útero

Dispositivos intrauterinos

síndrome de Asherman

Síndrome da congestão pélvica

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Dismenorreia primária

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre 6 a 12 meses após a menarca, assim que os ciclos ovulatórios tiverem se estabelecido; dor geralmente na parte inferior do abdome e em forma de cólica, que irradia até as costas e a parte interna das coxas. Geralmente permanece de 8 a 72 horas e acompanha o fluxo menstrual, ou o precede em apenas algumas horas; dor associada a sintomas sistêmicos como vômitos, náuseas, diarreia, fadiga e cefaleia	tipicamente normal	» <b>nenhum exame inicial:</b> diagnóstico clínico	

### 🚩 Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
corrimento vaginal; febre; sangramento irregular; história de infecção sexualmente transmissível (IST) ou doença inflamatória pélvica (DIP)	secreção mucopurulenta do colo uterino; eritema no colo do útero (e na vagina); dor à mobilização do colo; sensibilidade uterina e/ou anexial	» <b>culturas genitais ou testes para detecção de gonorreia e clamídia:</b> positiva Outros micro-organismos têm sido implicados na patogênese da doença inflamatória pélvica (DIP); por isso, as culturas genitais podem apresentar um resultado negativo tanto para gonorreia como para clamídia.	» <b>leucócitos:</b> leucocitose ou normal Não é necessário apresentar uma contagem elevada de leucócitos para o diagnóstico de DIP.  » <b>Velocidade de hemossedimentação (VHS):</b> >20 mm/hora Inespecífico, uma vez que outras doenças inflamatórias podem apresentar uma VHS elevada.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

**Comum****Doença inflamatória pélvica (DIP)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>ultrassonografia pélvica:</b> normal ou presença de massa anexial</li> <li>Útil para a detecção de abscesso tubo-ovariano coexistente.</li> </ul>

**◊ Endometriose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor na pelve antes e durante as menstruações ou em outros momentos no ciclo menstrual; piora progressiva dos sintomas com o decorrer do tempo; dispneunia; disquezia	nodularidade no fundo de saco; espessamento, sensibilidade ou nodularidade do ligamento uterossacro; útero fixo e retrovertido; desvio lateral do colo do útero; massas anexiais	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> pode revelar a presença de endometriomas ovarianos	» <b>laparoscopia diagnóstica:</b> lesões semelhantes a queimadura de pó causadas por implantes endometrióticos

**◊ Adenomiose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente já teve filhos; início dos sintomas após o parto; fluxo menstrual intenso ou padrão anormal de sangramento	útero aumentado e globular; sensibilidade uterina, especialmente durante as menstruações	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> útero normal ou aumentado A ultrassonografia pélvica é de mínima utilidade diagnóstica, especialmente se os achados na anamnese e em exame clínicos forem sugestivos de adenomiose.	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve:</b> útero aumentado; intensidades de sinal anormais no miométrio Ferramenta diagnóstica de alto custo; não é obrigatória uma vez que a adenomiose é uma doença que pode ser diagnosticada clinicamente.

## Comum

### ◊ Leiomioma uterino

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento menstrual intenso e/ou prolongado; padrão anormal de sangramento; pressão pélvica; polaciúria e/ou urgência urinária; constipação; pressão retal	útero aumentado com contorno irregular	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> visualização de leiomioma como massas sólidas e hipoeocoicas; permite a caracterização de local, tamanho e número de leiomiomas Modalidade de escolha de exame de imagem para detecção e avaliação.	» <b>histerossonografia:</b> identificação de leiomioma submucoso com componente intracavitário » <b>ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve:</b> visualização de leiomioma com caracterização de local, tamanho e número Ferramenta diagnóstica de alto custo; fornece detalhes quanto à diferenciação de tecido mole; capaz de identificar outras doenças pélvicas (ou seja, adenomiose). » <b>biópsia do endométrio:</b> normal A biópsia do endométrio pode ser indicada para algumas mulheres com sintomas como sangramento irregular, de acordo com a sua idade. As recomendações variam em diferentes países.

### ◊ Pólips uterinos

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento menstrual irregular; menorrhagia ou sangramento intermenstrual	normal; raramente pode-se observar a protrusão de pólipos através do orifício externo do útero durante o exame especular	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> uma massa separada no revestimento interno do útero Ela pode passar desapercebida se	» <b>histeroscopia:</b> visível como uma massa séssil ou pedunculada brotando do revestimento uterino

**Comum****◊ Pólipos uterinos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		houver hiperplasia endometrial coexistente.	

**Incomum****☒ Cisto ovariano com hemorragia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito, no meio do ciclo, componente lateral à dor	massa e/ou sensibilidade anexial	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> estrutura anexial cística Também pode revelar torção ovariana, que ocorre caracteristicamente em um ovário patologicamente aumentado.	

**☒ Torção ovariana**

História	Exame	1º exame	Outros exames
componente lateral à dor; início agudo dos sintomas; náuseas e vômitos; história de cirurgia pélvica	massa e/ou sensibilidade anexial	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> ovário aumentado por drenagem venosa e linfática prejudicada (torção) Também pode revelar uma doença subjacente que causa aumento do ovário (por exemplo, cisto aumentado do corpo lúteo, cisto ovariano ou tumor ovariano geralmente benigno).	» <b>laparoscopia diagnóstica:</b> ovário aumentado torcido Se a doença não for tratada rapidamente e o ovário tornar-se necrótico, os pacientes poderão ficar extremamente doentes.

**Incomum****◊ Anormalidades obstrutivas do ducto paramesonéfrico (duto de Müller)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor cíclica; início dos sintomas junto com a menarca, ou logo após a mesma	massa pélvica ou aumento assimétrico do útero	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> má-formação do ducto parmesonéfrico; corno uterino rudimentar e não comunicante com sangue aprisionado	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve:</b> má-formação do ducto parmesonéfrico; corno uterino rudimentar e não comunicante com sangue aprisionado Proporciona informações detalhadas sobre a anatomia uterovaginal e diferenciação do tecido mole.

**◊ Estenose do colo do útero**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de procedimento cirúrgico para displasia do colo do útero; amenorreia secundária; componente cíclico da dor	útero normal ou aumentado	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> normal ou coleção de fluidos no útero Pode mostrar uma coleção de sangue menstrual na cavidade uterina.	

**◊ Dispositivos intrauterinos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
recente colocação de dispositivo intrauterino (DIU); em havendo perfuração uterina, a paciente pode apresentar sinais peritoneais; com perfuração da bexiga, a paciente poderá apresentar cistite recorrente que	na presença de perfuração, os fios do DIU não serão visualizados através do colo uterino	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> dispositivo ecogênico no interior do revestimento interno do útero Confirma a colocação correta do dispositivo.	» <b>radiografia abdominal:</b> dispositivo ecogênico na cavidade abdominal; presença de gás subdiafragmático se ocorreu perfuração Ele deve ser realizado se a ultrassonografia transvaginal não permitiu a visualização

**Incomum****◊ Dispositivos intrauterinos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
não responde aos antibióticos			do dispositivo no interior do útero.

**◊ síndrome de Asherman**

História	Exame	1º exame	Outros exames
evento de gestação seguido por dilatação e curetagem, levando a irregularidades menstruais; com menor frequência acarreta abortamentos habituais e infertilidade secundária	normal	» <b>sono-histerografia (ou histerossalpingografia)</b> : cavidade endometrial distorcida anormal com várias aderências Revela a extensão do problema.	» <b>ultrassonografia pélvica</b> : útero parcialmente encarcerado por aderências corporais Não se trata de uma ferramenta diagnóstica confiável.  » <b>histeroscopia</b> : cavidade distorcida por tecido fibroso; possibilidade de oclusão do óstio tubário

**◊ Síndrome da congestão pélvica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor difusa, agravada ao permanecer em pé ou por outra atividade física; pode apresentar dispareunia profunda, sensibilidade pós-coito, irregularidades menstruais ou dor nas costas	dor à mobilização do colo, sensibilidade anexial e/ou sensibilidade uterina à palpação bimanual	» <b>laparoscopia</b> : veias pélvicas dilatadas Podem ser adequadamente visualizadas durante a laparoscopia, sem comprometimento do seu estado dilatado, ao se limitar a inclinação da posição de cabeça para baixo e a quantidade de dióxido de carbono utilizado na insuflação peritoneal.	» <b>ultrassonografia pélvica</b> : veias pélvicas dilatadas Experiência limitada, embora a sua função tenha sido avaliada em alguns estudos caso-controle.  » <b>venografia pélvica</b> : injeção transuterina de contraste radiopaco hidrossolúvel delineia as veias pélvicas; para classificar a venografia, são usados o diâmetro da veia ovariana, a congestão do plexo ovariano e o tempo necessário para o desaparecimento do

## Incomum

### ◊ Síndrome da congestão pélvica

História	Exame	1º exame	Outros exames
			meio de contraste; um escore de 6 é diagnóstico de congestão pélvica Experiência limitada; pode ser realizada em centros de referência especializados.

## Recursos online

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: contraceptive choices for young people (*external link*)

## Artigos principais

- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2008;9:2661-2672.
- Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ.* 2006;332:1134-1138.
- Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97:588-594.

## Referências

1. Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103:1134-1142.
2. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2008;9:2661-2672.
3. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ.* 2006;332:1134-1138.
4. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105:93-99.
5. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;144:655-660.
6. Burnett MA, Antao V, Black A, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27:765-770.
7. Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97:588-594.
8. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21:762-778.
9. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol.* 1990;33:168-178.
10. Lumsden MA, Baird DT. Intra-uterine pressure in dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985;64:183-186.
11. Altunyurt S, Göl M, Altunyurt S, et al. Primary dysmenorrhea and uterine blood flow: a color Doppler study. *J Reprod Med.* 2005;50:251-255.
12. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2006;108:428-441.

13. Lumsden MA, Kelly RW, Baird DT. Primary dysmenorrhoea: the importance of both prostaglandin E2 and F2 alpha. *Br J Obstet Gynaecol.* 1983;90:1135-1140.
14. Chan WY, Dawood MY, Fuchs F. Relief of dysmenorrhea with the prostaglandin synthetase inhibitor ibuprofen: effect on prostaglandin levels in menstrual fluid. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;135:102-108.
15. Eden JA. Dysmenorrhea and premenstrual syndrome. In: Hacker NF, Moore JG, eds. *Essentials of obstetrics and gynecology.* 3rd edition. Philadelphia: WB Saunders; 1998.
16. Hedenberg-Magnusson B, Ernberg M, Alstergren P, et al. Pain mediation by prostaglandin E2 and leukotriene B4 in the human masseter muscle. *Acta Odontol Scand.* 2001;59:348-355.
17. Akerlund M, Stromberg P, Forsling ML. Primary dysmenorrhoea and vasopressin. *Br J Obstet Gynaecol.* 1979;86:484-487.
18. Liedman R, Hansson SR, Howe D, et al. Endometrial expression of vasopressin, oxytocin and their receptors in patients with primary dysmenorrhoea and healthy volunteers at ovulation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;137:189-192.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2010;115:206-218.
20. Wu MH, Shoji Y, Chuang PC, et al. Endometriosis: disease pathophysiology and the role of prostaglandins. *Expert Rev Mol Med.* 2007;9:1-20.
21. Fothergill DJ. Common menstrual problems in adolescence. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2010;95:199-203.
22. Saad Amer. Endometriosis. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.* 2008;18:126-133.
23. Bettendorf B, Shay S, Tu F. Dysmenorrhea: contemporary perspectives. *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63:597-603.
24. Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* 2006;332:749-755. [Texto completo](#)
25. Braverman PK, Breech L; The Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics: clinical report - gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting. *Pediatrics.* 2010;126:583-590. [Texto completo](#)
26. Chapron C, Dubuisson JB, Pansini V, et al. Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:115-119.
27. Durain D. Primary dysmenorrhea: assessment and management update. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49:520-528.
28. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14:467-494.

## Imagens

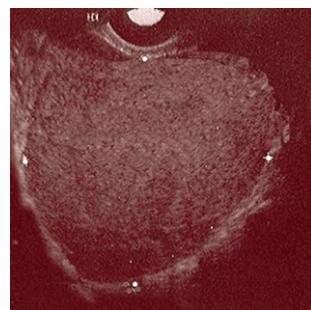


Figura 1: Ultrassonografia de endometrioma ovariano

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão

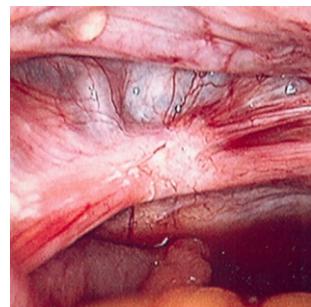


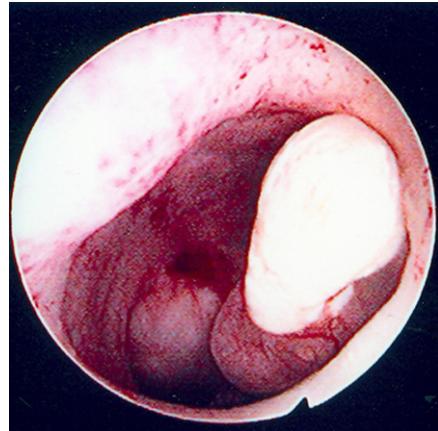
Figura 2: imagem laparoscópica de nódulo endometriótico

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão



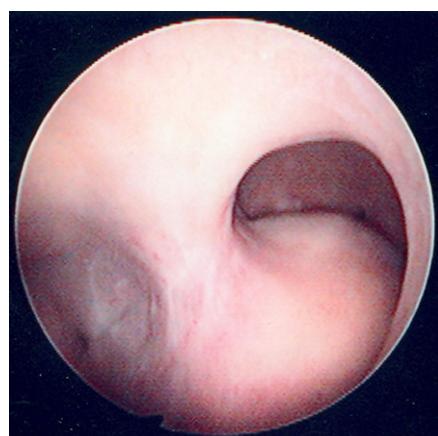
Figura 3: Imagem laparoscópica de endometrioma ovariano

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão



*Figura 4: Múltiplos pólipos identificados no exame histeroscópico da cavidade uterina nesta paciente com sangramento vaginal leve persistente*

*Do acervo do Dr. M.F. Mitwally and Dr R.J. Fischer; usado com permissão*



*Figura 5: Imagem histeroscópica de grande mioma uterino submucoso pedunculado*

*Do acervo do Dr. M.F. Mitwally and Dr R.J. Fischer; usado com permissão*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Mary Ann Lumsden, BSc Hons, MBBS, MRCOG, MD, FRCOG**

Head of Section

Reproductive and Maternal Medicine, University of Glasgow, Royal Infirmary, Glasgow, UK

DIVULGAÇÕES: MAL declares that she has no competing interests.

#### **Stamatina Iliodromiti, MD, MRCOG**

Research Fellow

University of Glasgow, Glasgow, UK

DIVULGAÇÕES: SI declares that she has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Mary Ann Lumsden and Dr Stamatina Iliodromiti would like to gratefully acknowledge Dr Suketu M. Mansuria and Dr Linda C. Lang, the previous contributors to this monograph. SMM and LCL declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Vani Dandolu, MD, MPH**

Associate Professor

Ob/Gyn and Urology, Director, Division of Urogynecology, Associate Residency Program Director, Temple University Hospital, Philadelphia, PA

DIVULGAÇÕES: VD declares that he has no competing interests.

#### **Mohamed Mitwally, MD, HCLD, FACOG**

Medical Director

Reproductive Endocrinology & Infertility Department, Baptist Medical Center, Odessa Reproductive Medicine, San Antonio, TX

DIVULGAÇÕES: MM declares that he has no competing interests.

#### **Robert Shaw, MD**

Professor and Chair

Department of Neurology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC

DIVULGAÇÕES: RS declares that he has no competing interests.

#### **Peter Reid, BSc, MD, FRCOG, FRANZCOG**

Specialist Gynaecologist

Peel Health Campus, Mandurah, Australia

DIVULGAÇÕES: PR declares that he has no competing interests.