

# Dismenorreia

Dysmenorrhoea

Roberta Dall' Acqua<sup>1</sup>  
Tania Bendlin<sup>2</sup>

**Palavras-chave**

Dismenorreia  
Saúde Pública  
Endocrinologia

**Keywords**

Dysmenorrhea  
Public Health  
Endocrinology

## Resumo

O artigo discorre sobre a dismenorreia, patologia de origem primária ou secundária que acomete mulheres no período fértil, tanto as que ainda não menstruam quanto as que já menstruaram. Caracteriza-se por dor intensa, em forma de cólica durante a menstruação, manifestada em região do baixo ventre ou lombar. Trata-se de um grande problema de Saúde Pública, gerador de prejuízos econômicos por provocar absenteísmo na vida profissional e escolar das mulheres acometidas. Diversos fatores estão envolvidos nessa patologia, como a produção e a liberação de prostanoídes, que promovem um desequilíbrio hormonal. Hoje, é designada como de causa endócrino-ginecológica e está relacionada com outros hormônios da mulher.

## Abstract

The article describes the dysmenorrhea, pathology of primary or secondary origin which affects women in the fertile period, both those that still do not menstruate as those that have already menstruated. It is characterized by severe pain, colic so during menstruation, manifested in the lower abdomen or lower back. It is a major Public Health problem, economic losses generator for causing absenteeism at work and school life of the women affected. Several factors are involved in this pathology, such as the production and release of prostanoids, which promote a hormonal imbalance. Today, it is known as a gynecological endocrine cause and is related to other hormones of women.

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina da Faculdade Ingá (UNINGÁ) – Maringá (PR), Brasil.

<sup>2</sup>Médica ginecologista e obstetra; Professora da UNINGÁ – Maringá (PR), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Roberta Dall Acqua – Rua Manoel de Macedo, 242 – Zona Sete – CEP: 87020-240 – Maringá (PR), Brasil  
E-mail: roberta.dallacqua@gmail.com

**Conflito de interesses:** não há.

## Introdução

Segundo a *International Pelvic Pain Society*, a dor pélvica crônica (DPC) é definida como um quadro doloroso, cíclico ou não, em região inferior do abdome ou pelve, com duração superior a seis meses, e se manifesta com sintoma álgico considerado uma síndrome. Essa dor pode ser expressa como dismenorreia, dispáuria ou desconforto crônico relacionado ou não ao ciclo menstrual ou fator desencadeante<sup>1,2</sup>. Segundo dados epidemiológicos, há elevada prevalência dela, que atinge 15% das mulheres em idade reprodutiva nos Estados Unidos e corresponde a 20% das consultas ginecológicas. A etiologia pode ser separada em grupos ginecológicos e não ginecológicos. Entre as causas ginecológicas, a principal é a endometriose. Do total das pacientes com DPC, 40 a 45% dos casos se manifesta com dismenorreia<sup>3,4</sup>.

O termo “dismenorreia” é derivado de palavra grega que significa fluxo menstrual difícil. É usado para denominar as cólicas menstruais dolorosas; ocorre durante a menstruação ou algumas horas antes, com sinais e sintomas representados por náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, dor lombar, nervosismo, tonturas e cefaleia. Caracteriza-se por dores abdominais relacionadas ao fluxo catamenial que surge principalmente em jovens, também designada algomenorreia, menalgia ou odinomenorreia. Sua incidência não é bem estabelecida, já que a dor é de apreciação subjetiva, sendo em geral referida espontaneamente pela paciente. É estimado por muitos autores que 52% das adolescentes são afetadas e cerca de 10% delas ficam incapacitadas para o trabalho por 1 a 3 dias todo mês<sup>1,5,6</sup> (Tabela 1).

## Classificação da dismenorreia

Classifica-se dismenorreia em primária, essencial, intrínseca, funcional ou idiopática, secundária, sintomática, extrínseca, adquirida ou orgânica.

A primária ocorre em pacientes com ausência de lesões orgânicas e sua etiologia não está bem definida. Destacam-se a miometrial, a psicogênica, a endócrina e a influência exercida pelas prostaglandinas e leucotrienos. Alguns autores acreditam que haja maior liberação de prostaglandinas no fluxo menstrual, o que causa contração uterina e dor. Ela ocorre nos ciclos ovulatórios e começa 6 a 12 meses após a menarca, com 88% delas ocorrendo nos primeiros 2 anos após a menarca. As taxas de prevalência da dismenorreia primária (DP) referidas na literatura são muito desiguais. Variam de 40 a 70% quando estudadas em grupos de mulheres com idade inferior a 30 anos. O estado civil “casada” e a paridade atuam como um fator protetor, sendo o casamento muito mais frequente entre as mulheres sem dismenorreia (34%); já o número de mulheres nulíparas chegou a ser de 84% entre as que haviam sido diagnosticadas com dismenorreia primária<sup>5,7,8</sup>.

A dismenorreia secundária (DS) origina-se de um processo orgânico que determina congestão pélvica ou espasmo do útero. Dentre as causas congestivas, citamos as inflamações subagudas e crônicas, como as anexites, parametrites e pelviperitonites, os tumores pélvicos que tornam difícil a circulação sanguínea, em que o sangramento leva à sensação dolorosa. Dentre as enfermidades orgânicas, citam-se endometriose pélvica, leiomioma do útero, distopias uterinas, malformação genital, estenose do canal do colo do útero e outras afecções. A presença de DIU (dispositivo intrauterino) não medicamentoso para contracepção também pode ser um potencial causador da dor menstrual. As prostaglandinas também estão presentes na DS, porém o fator desencadeante é anatômico, e a dor provocada pela liberação das prostaglandinas está relacionada a outros sintomas patológicos de base<sup>2,5</sup>. O processo inflamatório da doença e o fator psicológico potencializam os sintomas, tornando a dor mais duradoura e intensa, diminuindo a eficácia dos inibidores das prostaglandinas<sup>2,5</sup>.

## Diagnóstico

Quanto ao diagnóstico, é fundamentalmente clínico. Como na própria descrição da doença, é baseado na presença de cólica em baixo ventre durante a menstruação. O enfoque se dá em comprovar se ela é primária ou secundária, o que se confirma por meio de uma anamnese cuidadosa, exame físico geral e exames complementares<sup>2,7-9</sup>.

Na anamnese, deve-se atentar para a idade da paciente. Adolescentes têm um quadro mais doloroso do que o da mulher adulta. Deve-se dar destaque ao início da sintomatologia e da duração. O exame físico é importante para diferenciar DP de DS. O toque vaginal só deve ser realizado se a paciente já mantém atividade sexual, e o retal somente em necessidades. Na DS, o exame físico pode diagnosticar diversas patologias que causam útero aumentado.

**Tabela 1** - Diagnóstico diferencial entre a dismenorreia primária e secundária

Dismenorreia primária	Dismenorreia secundária
Início dos sintomas alguns meses após a menarca.	Início a qualquer momento após a menarca, especialmente acima de 25 anos.
Dor associada com início do fluxo. Inicia-se pouco antes ou no 1º dia da menstruação e dura frequentemente de 8 a 72 horas.	Variável, podendo mudar início e intensidade da dor.
Náuseas, vômitos, cefaleia e outros sintomas podem ocorrer.	Sinúrragia, dispáuria e menorragia podem ser referidos.
Exame físico e complementar normal.	Anormalidade pélvica evidenciada em exames.
História pregressa sem relevância.	História pregressa de exposição a doenças sexualmente transmissíveis, uso de DIU, uso de tampão, história familiar de endometrioses, história de sangramento uterino anormal, cirurgia prévia.
Boa resposta à terapia com AINEs e ACO.	Ausência ou mínima resposta à AINEs e ACO.

AINEs: Anti-inflamatório não esteroide; ACO: anticoncepcional oral; DIU: dispositivo intrauterino.

Fonte: (Proctor & Farquhar, 2006)<sup>10</sup>.

A forma assimétrica geralmente caracteriza miomas ou tumores. Útero móvel faz pensar em aderências e processos inflamatórios<sup>5,7</sup>.

Ultrassonografia pélvica (USG) constitui um recurso obrigatório nos casos atípicos ou com má resposta ao tratamento. Pode ser por via abdominal ou transvaginal. O método pode orientar o diagnóstico diferencial entre a DP e DS, e pode revelar irregularidade uterina, leiomioma, cistos ovarianos e doença inflamatória pélvica.

Laparoscopia é necessária para diagnóstico de certeza em endometriose e é indicada em caso de dores crônicas.

Histeroscopia pode ser indicada se na USG houver alterações na cavidade endometrial.

O diagnóstico diferencial de dismenorreia secundária torna-se essencial para orientar o tratamento mais adequado conforme a Tabela 2.

## Tratamento

O tratamento da dismenorreia pode ser realizado em dois momentos, ou seja, durante a crise ou profilaxia. Na crise, constitui tratamento sintomático, de emergência, visando remover ou aliviar a dor.

Nos casos de DP, o tratamento tem caráter profilático, desde terapia de apoio até o tratamento cirúrgico. Algumas medidas profiláticas e terapêuticas podem auxiliar. O exercício físico é considerado um alívio para o desconforto menstrual pelo aumento da vasodilatação. Se realizado de forma regular e moderada, alivia a dor. Medidas gerais como bolsa de água quente, banho morno e massagens relaxantes também aliviam a dor. Modificações dietéticas específicas podem contribuir para a redução dos sintomas associados à dismenorreia, como a diminuição do sal e de açúcar refinado 7 a 10 dias antes da menstruação, o que pode diminuir retenção de líquidos. Algumas mulheres com DP relatam uma redução na sintomatologia ao passarem de uma dieta rica em gorduras para uma baixa taxa de gorduras<sup>5,6,8</sup>.

No tratamento para a dismenorreia secundária, o mais eficaz é identificar a causa, usar analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais (AINH) para alívio da dor — sendo muito úteis os AINH — e,

muitas vezes, correção cirúrgica. Na dismenorreia primária, podem ser utilizados também os AINH para o tratamento. São muito usados atualmente por inibir a produção de prostaglandinas no endométrio e aliviar a dor. A seleção mais apropriada do AINH é baseada em eficácia, rápida absorção, menores efeitos colaterais e toleráveis. Dentre os AINH, há relato de melhora em 17 a 95% das mulheres em diferentes estudos, e 10 a 25% não respondem ao tratamento ou optam por não usá-los em razão dos efeitos gastrintestinais, não sendo indicados em mulheres com úlcera gástrica<sup>3</sup> (A). Em uma revisão realizada pelo autor Brill, foram avaliados 73 casos-controle num estudo randomizado em mulheres com DP<sup>11</sup>. Foi observado que houve melhora da dor, quando comparado ao grupo placebo, ou em uso de analgésicos, como o paracetamol. No grupo de usuárias do AINH, houve apresentação de melhora da qualidade de vida e diminuição das cólicas menstruais<sup>2,7,9</sup>.

Também é recomendado usar os inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2 (COX-2), que não acarretam tanta hemorragia nem gastrite, e reduzem o fluxo menstrual em 30 a 50%. Os mais utilizados são: Meloxicam, Celecoxib, Rofecoxib e outros. Meloxicam foi a droga eficaz no tratamento da DP em 94% dos casos. Dentre os AINH não seletivos para a COX-2, preferem-se os que têm maior ação analgésica e menos efeitos colaterais, como ácido mefenâmico, cetoprofeno, piroxicam, ibuprofeno, naproxeno e outros. Há estudos que relatam sobre os questionamentos do efeito cardiovascular, inibindo o seu uso, mas devemos levar em conta o benefício para a paciente<sup>8,9,12</sup> (A).

Um estudo publicado por Zhang e Po, em 1988, evidenciou as diferenças entre anti-inflamatórios não esteroides. Como resultados, o alívio da dor comparado ao placebo foi de 3,17 (IC95% 2,72–3,65) para naproxeno, 2,41 (IC95% 1,58–3,68) para ibuprofeno, 2,03 (IC95% 1,65–2,48) para ácido mefenâmico e 1,60 (IC95% 1,12–2,29) para aspirina. Nas mulheres que usaram ibuprofeno, naproxeno e ácido mefenâmico houve significativa redução do uso de analgésicos. O comprometimento das atividades diárias durante o ciclo menstrual foi minorado com o uso de ibuprofeno e naproxeno (0,26; IC95% 0,16–0,42, e 0,71; IC95% 0,60–0,85, respectivamente). Já o naproxeno foi o único capaz de diminuir o absenteísmo no trabalho e na escola (0,29; IC95% 0,13–0,66). Os efeitos colaterais tiveram seu RR calculado em 1,45 (IC95% 1,03–2,04) para naproxeno, 1,12 (IC95% 0,85–1,47) para ibuprofeno, 0,59 (IC95% 0,28–1,23) para ácido mefenâmico e 1,31 (IC95% 0,79–2,17) para aspirina. A conclusão obtida foi que o ibuprofeno tem maior eficácia e acarreta menos efeitos colaterais, sendo superior aos demais medicamentos analisados no estudo<sup>13</sup> (A). A utilização de piroxicam foi testada em alguns estudos. Saltveit, em estudo duplo-cego controlado, comprovou a eficácia e a baixa incidência de efeitos colaterais<sup>14</sup> (B). O piroxicam na apresentação sublingual também se mostrou eficiente, com rápido início de ação<sup>15</sup> (C).

**Tabela 2** - Diagnóstico diferencial de dismenorreia secundária

Ginecológicas	Não ginecológicas
Adeniose	Síndrome do cólon irritável
Menometrorragia (coágulos)	Constipação crônica
Miomatose	Doença intestinal inflamatória
Aborto	Dor músculo-esquelética
Anomalia uterina congênita	Infecção do trato urinário
DIU	Cálculo renal
Corpo estranho	
Doença inflamatória pélvica	
Aderências pélvicas	
Gravidez ectópica	
Carcinoma endometrial	
Carcinoma ovariano	

DIU: dispositivo intrauterino

Fonte: (Proctor & Farquhar, 2006)<sup>10</sup>.

Morrison et al., em um estudo duplo-cego controlado, demonstrou que o efeito do inibidor específico da COX-2, com Rofecoxib, equiparou-se ao efeito do naproxeno no alívio da dor da dismenorreia primária, obtendo boa tolerabilidade<sup>16</sup> (B).

Outras possibilidades terapêuticas têm sido empregadas, como a utilização de medicamentos antiespasmódicos, prescrição de magnésio, vitaminas B6, B1 e E, ácidos graxos e ômega-3, e métodos alternativos como repouso, calor local, dieta leve e atividade física e acupuntura<sup>12</sup> (A).

O uso da vitamina E na dismenorreia primária foi avaliado em um estudo duplo-cego, em 2001, e sua eficácia foi praticamente similar à melhora percebida no grupo controle. Assim, a vitamina E não pode ser considerada como de escolha para tratamento de dismenorreia<sup>17</sup> (B).

Sobre a atividade física, ocorre liberação de endorfinas, melhorando o fluxo sanguíneo pélvico, que age como analgésico específico<sup>7,9</sup> (A).

Se a paciente tiver vida sexual ativa e deseja contracepção, o anticoncepcional oral (ACO) pode ser indicado. Os autores Gauthier e Brill evidenciaram que o uso de anticoncepcional na população geral pode tratar a dismenorreia, chegando a quase 90% de melhora. Os ACO inibem a ovulação e, com isso, ocorre diminuição de prostaglandinas no útero, redução do fluxo menstrual e alívio da dor. Alguns autores revogam essa terapia, que pode ser utilizada quando há consentimento da paciente, devendo ser respeitadas as contraindicações relativas e absolutas do uso<sup>18,19</sup>.

Em uma revisão realizada em 2011 foram avaliados estudos comparativos entre ACO *versus* placebo e ACO estrogênios de diferentes doses *versus* ACO progesterona. Em relação aos grupos nessa revisão, no que foi tratado com ACO houve uma melhora da dor, em relação ao placebo. Houve um benefício nos ACO de terceira geração, ou seja, com dose menor de estrogênio, 35 mcg associados à progesterona de terceira geração. Houve uma melhora da dor em

comparação com o grupo que usou os ACO (associação dose baixa de estrogênio 35 mcg e progesterona) de primeira e segunda linha. Ressalta-se que há uma escassez de trabalhos publicados apoiando a prática dessa terapia baseada em evidência clínica<sup>18,11</sup>.

## Conclusão

A dismenorreia é uma afecção da mulher, de elevada prevalência, com incidência maior em mulheres mais jovens. O diagnóstico deve ser baseado na história clínica e no exame físico e em exames específicos quando for secundária. Em razão do assunto proposto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica de publicações científicas entre o ano 1994 e 2010 em relação à dismenorreia primária e secundária. Foi possível perceber que há poucos relatos sobre a patologia descrita e estudada, como evidência clínica. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos mais recentes em base de dados PubMed – MEDLINE, e os de exclusão, artigos de outras áreas não específicas. É possível ainda constatar um grande problema para as mulheres que sofrem desse mal, o qual torna a vida comprometida e hoje é uma das grandes causas da perda da produtividade e absentismo escolar, interferindo na vida cotidiana, principalmente nos primeiros dias da menstruação.

Há vários tratamentos possíveis, considerando-se a terapêutica adequada aquela direcionada para o fator etiológico ou para a condição fisiopatológica responsável pelo sintoma e com melhor adaptação à paciente.

Portanto, a dismenorreia deve ser tratada, e a nossa função como médicos é proporcionar uma melhor qualidade de vida às pacientes e minimizar o sofrimento, buscando nas evidências científicas os tratamentos disponíveis e a melhor eficácia conforme revisão neste artigo.

## Leituras suplementares

- Diegoli MSC, Diegoli CA. Dismenorreia. Rev Bras Med. 2007;64(3):81-7.
- Kameyama A, Gonçalves Filho RP, Bernal L, Felgueira RM, Bueno AN, Barbosa CP, et al. Tratamento da Dismenorreia. Femina. 2005;33(12):911-8.
- Alcala FOM, Velasco JAA, Cortes RJR, Mello NR, Baracat EC, Tomaz G, et al. Eficácia e segurança do uso do inibidor seletivo da COX-2 versus anti-inflamatório não esteroide clássico no tratamento sintomático da dismenorreia primária. Rev Bras Med. 2003;60(11):882-7.
- Borges GP, Ramos DJ, Yatabe S, Damião R, Lopes GR, Lippi GU. Dismenorreia e endométrio. Femina. 2007;35(12):789.
- Leite MCA, Leite CA, Machado RFF, Portella ASJAR, Simões BN. Dismenorreia: uma visão atual. Rev Universidade Pernambuco. 2010.
- Junior SJ, Haidar AM, Nunes GM, Lima RG, Bacarat CE. Dismenorreia. São Paulo: Ginecologia UNIFESP; 2009. p. 357-62.
- Shor E, Sato H, Kolpelman A, Sartori FM. Dor pélvica crônica. São Paulo: Ginecologia UNIFESP; 2009. p 181-7.
- Milson I, Hedner N, Mannheimer CA. Comparative study of the effect of high-intensity transcutaneous nerve stimulation and oral naproxen on intrauterine pressure and menstrual pain in patients with primary dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol. 1994;170(s.n.):123-9.
- Motta EV, Salomão AJ, Ramos LO. Dismenorreia. Rev. Brasileira Medicina. 2000;57:369-86.
- Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhea. BMJ. 2006;332:1134-1138.
- Brill K, Norpoth T, Schnitker J, Albring M. Clinical experience with a modern, low-dose oral contraceptive in almost 100,000 users. Contraception. 1991;43(2):101-10.
- Ramírez MIO, Romero-Quezada LC. [Dysmenorrhea: the most common and mismanaged chronic pain in women]. Medwave. 2013. Spanish.
- Zhang WY, Po LWA. Efficacy of minor analgesics in primary dysmenorrhoea: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105:780-9.
- Saltveit T. Piroxicam in primary dysmenorrhea. Acta Obstet Gynecol Scand. 1985;64:635-7.
- Ragni N, Ciccarelli A [Primary dysmenorrhea treated with sublingual piroxicam]. Minerva Ginecol. 1993;45:365-75.
- Morrison BW, Daniels SE, Kotey P, Cantu N, Seidenberg B. Rofecoxib, a specific cyclooxygenase-2 inhibitor, in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 1999;94:504-8.
- Ziaei S, Faghihzadeh S, Sohrabvand F, Lamyian, Emamgholy T. A randomised placebo-controlled trial to determine the effect of vitamin E in the treatment of primary dysmenorrhoea. BRJ Obstet Gynecol. 2001;108:1181-3.
- Gauthier, Upmills D, Dain M. Clinical evaluation of a new, triphasic oral contraceptive: norgestimate end ethynil estradiol. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1992;156:27-32.