

Dismenorreia e endometriose na adolescência

Protocolos Febrasgo

Ginecologia | nº 90 | 2021



DIRETORIA DA FEBRASGO 2020 / 2023

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Presidente

Sérgio Podgaec
Diretor Administrativo

César Eduardo Fernandes
Diretor Científico

Olímpio B. de Moraes Filho
Diretor Financeiro

Maria Celeste Osório Wender
Diretora de Defesa e Valorização
Profissional

Marta Franco Finotti
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Carlos Augusto Pires C. Lino
Vice-Presidente
Região Nordeste

Ricardo de Almeida Quinteiros
Vice-Presidente
Região Norte

Marcelo Zugaib
Vice-Presidente
Região Sudeste

Jan Pawel Andrade Pachnicki
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL - 2020 / 2023

Presidente

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente

Zuleide Aparecida Felix Cabral

Secretária

Denise Leite Maia Monteiro

Membros

Ana Karla Monteiro Santana
Cláudia Lúcia Barbosa Salomão
Elaine da Silva Pires Araujo
Erika Krogh
Ivana Fernandes Souza
Joao Bosco Ramos Borges
Liliane Diefenthaler Herter
Marcia Sacramento Cunha Machado
Maria Virginia Furquim Werneck Marinho
Romualda Castro do Rego Barros
Rosana Maria dos Reis
Tatiana Serra da Cruz

Dismenorreia e endometriose na adolescência

Descritores

Dismenorreia; Dor pélvica; Endometriose

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Dismenorreia e endometriose na adolescência. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 90/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto Puberal).

Introdução

Por definição, dismenorreia é uma dor pélvica ou abdominal inferior, cíclica ou recorrente, associada à menstruação.⁽¹⁾ Sua prevalência estimada varia de 45% a 93% das mulheres em idade reprodutiva e as adolescentes apresentam as maiores taxas de dismenorreia.⁽²⁾ Estima-se que 15% das adolescentes descrevem a dor como grave, impactando sua qualidade de vida.⁽³⁾

De acordo com a intensidade dos sintomas, é também uma causa importante de absenteísmo escolar ou laboral⁽¹⁾ e interfere nas atividades esportivas e sociais das adolescentes.⁽⁴⁾ Pode levar a desempenho acadêmico pior e à má qualidade do sono, resultando em alterações de humor, como ansiedade e depressão.⁽³⁾

Estudos mostram a existência de fatores associados à dismenorreia, como índice de massa corporal (IMC) baixo, menarca precoce (antes dos 12 anos), prolongamento do intervalo e da duração das

* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto-puberal e validado pela diretoria científica como documento oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 90. Aceso: <https://www.febRASGO.org.br/>

Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

menstruações, fluxo menstrual abundante, síndrome pré-menstrual, antecedentes de abuso sexual e tabagismo.⁽⁴⁾

Ginecologistas também devem considerar diferenças culturais relativas à menstruação, que podem afetar a relação das pacientes, principalmente adolescentes, com a percepção de sintomas relacionados ao período menstrual. O modelo parental também pode ter um papel importante na maneira como uma jovem relata e percebe a dor, bem como sua ansiedade em sentir dor.⁽⁵⁾

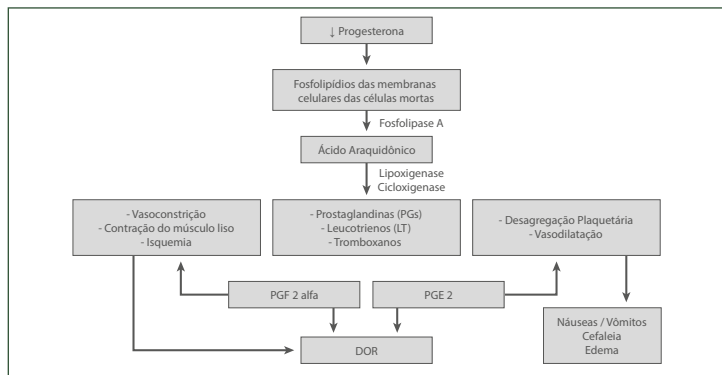
A dismenorria pode ser classificada, em relação à intensidade, em leve, moderada e grave e, em relação à etiologia, em primária ou funcional e secundária ou orgânica.⁽⁶⁾

Classificação quanto à CID-10: N94.4. Dismenorria primária; N94.5. Dismenorria secundária; N80. Endometriose.

Dismenorria primária: representa a maioria dos casos de dismenorria em adolescentes. É definida como cólicas menstruais abdominais inferiores na ausência de qualquer outra doença ou anormalidade pélvica. Seu início ocorre 6 a 12 meses após a menarca e associa-se aos ciclos ovulatórios.⁽³⁾ Dor de cabeça, náuseas e vômitos também podem acompanhar a dor. A dor pode irradiar para as coxas ou as costas e, em geral, apresenta-se no início do fluxo menstrual, ou um a dois dias antes da descida menstrual. Pode durar de 8 a 72 horas ou até quatro dias após a menstruação.⁽³⁾

A fisiopatologia da dismenorria primária envolve a ação de prostaglandinas (PGs) e leucotrienos (LTs) na musculatura uterina. Há aumento no acúmulo de ácidos graxos nos fosfolípidios das membranas celulares após a ovulação. Com a queda dos níveis de progesterona advinda da regressão do corpo lúteo, fosfolípidios das membranas das células mortas são convertidos em ácido araquidônico, que é metabolizado pela lipoxigenase e cicloxigenase, iniciando

a produção de leucotrienos e prostaglandinas (PG). As prostaglandinas PGF₂-alfa e PGE₂ são responsáveis por mediar a dor e outros sintomas associados à dismenorreia. A PGF₂-alfa é responsável pela sensação de dor e estimula a contração do músculo liso. A PGE₂ potencializa a desagregação plaquetária e a vasodilatação, produzindo cólicas e sintomas sistêmicos, como náusea, vômito, edema e cefaleia. Vários estudos examinaram o papel da PGF₂-alfa na dismenorreia e identificaram que os níveis de PGF₂-alfa eram duas a quatro vezes mais altos em mulheres com dismenorreia em comparação a mulheres sem dismenorreia. A intensidade das cólicas menstruais está diretamente relacionada à quantidade de PGF₂-alfa liberada (Figura 1).⁽⁷⁾ Níveis mais altos de leucotrienos urinários também foram encontrados em meninas adolescentes com dismenorreia, corroborando a ideia de que esses mediadores inflamatórios desempenham um papel importante na dismenorreia.⁽⁸⁾



Fonte: Adaptado de: Rees MC, Anderson AB, Demers LM, Turnbull AC. Prostaglandins in menstrual fluid in menorrhagia and dysmenorrhoea. Br J Obstet Gynaecol. 1984;91(7):673-80.⁽⁷⁾

Figura 1. Fisiopatologia da dismenorreia primária.

Dismenorreia secundária refere-se à menstruação dolorosa associada a anormalidades ou doenças pélvicas. Dez por cento das adolescentes podem experimentar dismenorreia secundária. Em geral, ocorre 12 meses após o estabelecimento do ciclo menstrual e, mais provavelmente, associa-se a dor pélvica crônica, dor no meio do ciclo, dispareunia e sangramento menstrual irregular.

Existem várias etiologias para a dismenorreia secundária, sendo a endometriose uma das mais comuns.⁽³⁾ O quadro 1⁽⁶⁾ apresenta possíveis causas de dismenorreia secundária.

Quadro 1. Possíveis causas de dismenorreia secundária

Intrauterinas	Extrauterinas	Não ginecológicas
Adenomiose	Endometriose	Desordens psicossomáticas
Leiomioma	Doença inflamatória pélvica	Depressão
Anomalias müllerianas	Aderências	Síndrome do cólon irritável
Estenose cervical	Gravidez ectópica	Constipação crônica
Dispositivo intrauterino	Hímen imperfurado	Doença inflamatória intestinal
Aborto	Hímen microperfurado	Dor miofascial
Sinéquias	Septo vaginal transverso	Infecção urinária
	Cistos ovarianos	Litíase renal

Fonte: Adaptado de: Silva JC. Dismenorreia. In: Fernandes CE, Sá M, editores. Tratado de ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 891–901.⁽⁶⁾

Endometriose representa a causa mais comum de dismenorreia secundária em adolescentes. É definida como a presença e o desenvolvimento de tecido glandular endometrial fora da cavidade uterina.⁽⁹⁾ Essa doença é descrita em 25% a 38% das adolescentes portadoras de dor pélvica crônica e em 47% daquelas submetidas à laparoscopia por esse motivo. Algumas adolescentes têm predisposição genética a desenvolver endometriose e apresentam tipos e mecanismos patogênicos diferentes daqueles da mulher adulta. Tal fato reforça a característica etiológica multifatorial da doença.⁽¹⁰⁾

A apresentação clínica da endometriose em pacientes adolescentes é representada por dismenorreia, menorragia, sangramento

uterino anormal ou irregular e, por último, sintomas gastrointestinais e geniturinários.⁽³⁾ Adolescentes apresentam dores acíclicas que normalmente interferem nas atividades diárias, como absenteísmo escolar ou de outras funções, o que levaria a forte suspeita dessa doença. A presença de sintomas atípicos como os de origem intestinal, urinário ou mesmo abdominal, sem relação com ciclo menstrual na adolescência, pode contribuir para postergar o diagnóstico, principalmente quando a paciente é assistida no atendimento primário à saúde.⁽¹¹⁾ Alguns estudos também evidenciam forte associação das alterações clínicas da endometriose com a saúde mental em adolescentes e mulheres jovens, sugerindo a importância de atenção e intervenção médica em jovens com sintomas sugestivos de endometriose.⁽¹²⁾

Diagnóstico

Para o diagnóstico da dismenorreia, em geral, história clínica e exame físico são suficientes⁽⁶⁾ e devem ser conduzidos para diferenciar a dismenorreia primária da secundária. Ao avaliar a adolescente, deve-se obter histórico completo dos sintomas. A anamnese deve incluir história menstrual, idade da menarca, localização e duração da dor, grau de comprometimento em suas atividades diárias (isto é, dias de falta de escola ou atividades) e quaisquer tratamentos usados anteriormente.⁽⁹⁾

História de dor que se inicia 6 a 12 meses após a menarca e geralmente se apresenta no início do fluxo menstrual, ou até dois dias antes, com duração de 8 a 72 horas,⁽³⁾ de intensidade leve a moderada e não progressiva, é sugestiva de dismenorreia primária.

Deve-se suspeitar de dismenorreia secundária se a paciente relatar dismenorreia grave imediatamente após a menarca ou se houver piora progressiva, sangramento uterino anormal (sangra-

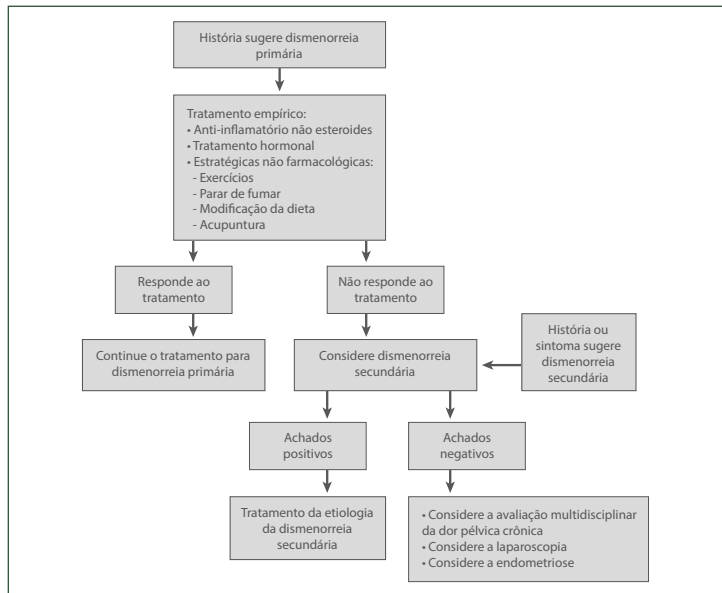
mento menstrual intenso e sangramento irregular), dor no meio do ciclo ou acíclica, infertilidade, falta de resposta ao tratamento médico empírico, história familiar de endometriose, anomalia renal, outras anomalias congênitas (coluna vertebral, cardíaca ou gastrointestinal) ou dispareunia. É importante avaliar se há relação da dor com atividade sexual ou história pregressa de infecção sexualmente transmissível (IST). História de abuso físico ou sexual também deve ser obtida.⁽⁵⁾

Exame ginecológico pode ser adiado se a história for mais consistente com dismenorrea primária e a adolescente não for sexualmente ativa. Exame físico deve incluir exame da genitália externa. Anormalidades anatômicas que podem ser vistas na inspeção visual incluem anormalidades do hímen, como hímen imperfurado ou micropерfurado. O septo vaginal pode ser identificado com a inserção de um *swab* no canal vaginal.

Adolescentes sexualmente ativas devem ser rastreadas quanto a ISTs e gravidez. Exame de urina pode ser feito para descartar infecção do trato urinário. Hemograma completo, proteína C reativa e taxa de hemossedimentação (VHS) podem ser obtidos quando se considera doença inflamatória pélvica (DIP) ou outro processo inflamatório. Imagens, como ultrassonografia ou ressonância magnética, podem ajudar a identificar quaisquer anormalidades nos órgãos uterinos ou pélvicos. Laparoscopia deve ser considerada quando não houver etiologia identificada e falha do tratamento com medicações de primeira linha.⁽³⁾

Tratamento

Como a dismenorrea primária representa a maioria dos diagnósticos na adolescência, o tratamento inicial é direcionado a ela (Figura 2).⁽⁵⁾



Fonte: Traduzido de: ACOG Committee Opinion, n. 760. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2018;132:e249-58.⁽⁵⁾

Figura 2. Abordagem de adolescentes com dismenorreia

Anti-inflamatórios não hormonais são considerados medicamentos de primeira escolha. Devem ser usados preferencialmente um a dois dias antes da menstruação, após refeições para evitar irritação gástrica, e continuados por mais dois dias durante o fluxo menstrual. Para pacientes com ciclos irregulares, deve ser orientado uso imediatamente no dia de início da menstruação ou de algum sintoma que surja. O tratamento deve ser mantido por um período de três meses e, caso a paciente não tenha melhora, pode-se, então,

iniciar tratamento hormonal. Inibidores da COX-2 têm mostrado resultados efetivos, porém há evidências de riscos de complicações cardíacas no uso a longo prazo, por isso não são recomendados durante a adolescência. Derivados opioides também não são recomendados por causar dependência no uso em adolescentes.⁽¹³⁾

Tratamento hormonal pode ser iniciado com medicamento oral combinado de baixa dose (anticoncepcionais orais combinados) ou terapia progestínica isolada (oral, injetável ou implantes) nos casos de contraindicações ao uso de estrogênios. Para adolescentes, é particularmente importante a recomendação do regime estendido para reduzir a sintomatologia e também para pacientes sexualmente ativas em razão de menos risco de esquecimento. Anel vaginal (Nuvaring®) ou adesivo (Evra®) são opções para substituir medicamentos orais.

Caso a dor não melhore com o uso de anti-inflamatórios não hormonais por três meses e terapia hormonal por mais três meses, o diagnóstico de dismenorreia secundária, particularmente endometriose, deve ser considerado. Sugere-se investigar as principais causas etiológicas por meio de avaliação pélvica e métodos de imagem, como ultrassonografia pélvica ou transvaginal, para pacientes com vida sexual, ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada. Achados positivos suscitam o início de terapia específica da patologia diagnosticada e achados negativos estabelecem a continuidade da investigação por videolaparoscopia para diagnóstico histopatológico de possível endometriose.⁽³⁾ A decisão de quando realizar a abordagem cirúrgica é individualizada em cada caso e deve-se expor os riscos e benefícios para a adolescente e seus familiares para ser tomada a melhor decisão.

A cirurgia laparoscópica deve ser conservadora, realizada por profissional experiente, pois lesões em adolescentes são diferen-

tes macroscopicamente daquelas de mulheres adultas. Segundo a *American Society for Reproductive Medicine*,⁽¹³⁾ devem ser realizadas classificação laparoscópica da endometriose, cauterização de focos, biópsias de lesões sugestivas e lise de aderências. Deve-se evitar manipulação ovariana para não haver comprometimento de tecido normal nem complicações reprodutivas no futuro. Laparotomia é raramente realizada.⁽¹⁴⁾

Após abordagem cirúrgica e diagnóstico de certeza da endometriose, a adolescente deve ser mantida em tratamento supressivo medicamentoso continuado para evitar a evolução e complicações da doença.⁽⁵⁾ Para o manejo e o acompanhamento da endometriose, é recomendado uso de terapia hormonal combinada ou progestínica isolada naquelas pacientes com contraindicação ao uso de estrogênio. Também podem ser usados métodos hormonais de longa duração, como contraceptivo injetável com medroxiprogesterona de depósito (DMPA), sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena® ou Kyleena®) ou implante subdérmico liberador de etonogestrel (Implanon®), ou, ainda, adesivo transdérmico combinado (Eвра®) ou anel vaginal (Nuvaring®).⁽⁹⁾

A utilização de análogos de GnRH em adolescentes com menos de 18 anos deve ser evitada pelo risco potencial de efeitos adversos sobre a formação e a densidade mineral óssea. Quando utilizado, deve-se, inicialmente, fazê-lo por um período de seis meses em pacientes com diagnóstico definitivo de endometriose e, depois, trocá-lo. Caso a terapia com análogo tenha que ser continuada (casos de pacientes com contraindicações ou refratárias a outras terapias), sugerem-se prescrição de terapia *add-back*, que consiste em utilizar regimes de terapia combinada ou progestínica isolada de baixa dose para conter efeitos adversos ósseos do análogo GnRH, e realização de

densitometrias ósseas a cada dois anos, para acompanhamento da massa óssea após estabilização do quadro. Mais uma vez, a escolha do método deve respeitar o desejo da paciente.^(5,10)

Quanto aos tratamentos não farmacológicos, há dados promissores, embora limitados, sobre os benefícios do exercício e do tratamento térmico para os sintomas da dismenorreia. Estimulação elétrica nervosa transcutânea, acupuntura, preparações de ervas e ioga demonstraram melhora na dismenorreia em alguns estudos, mas evidências atuais não as corroboram como terapias complementares e alternativas de primeira linha.^(2,15,16)

Considerações finais

- A dismenorreia é uma condição importante para a saúde das adolescentes e um desafio para os profissionais, uma vez que afeta, adversamente, atividades diárias e a qualidade de vida das adolescentes. Os responsáveis pelas adolescentes devem ter mais conhecimento e estar ativamente envolvidos no cuidado da dismenorreia. Uma abordagem multidisciplinar envolvendo uma combinação de estilo de vida, medicamentos e serviços de saúde aliados deve ser usada para limitar o impacto dessa condição nas atividades de vida diária (3-B).
- A avaliação inclui história clínica e menstrual completa para excluir causas secundárias de dismenorreia. Características que sugerem causa diferente da dismenorreia primária incluem dor pélvica que começou na menarca, dor pélvica não relacionada à menstruação ou relacionada à atividade sexual, dor com piora progressiva ou história de infecção pélvica (3-A).
- Exame pélvico e/ou ultrassonografia deve ser realizado(a) para excluir causas da dismenorreia secundária em todas as adolescentes com sintomas graves ou refratárias ao tratamento (3-B). Em geral,

exame pélvico interno é adiado em adolescentes jovens não sexualmente ativas com apenas cólicas menstruais leves (5-D).

- Decisões de tratamento dependem da gravidade dos sintomas menstruais e da limitação das atividades diárias. Para adolescentes com dismenorreia primária que requerem tratamento, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e terapia hormonal, incluindo anticoncepcionais orais combinados (ACOs), representam a primeira linha de tratamento (1-A).
- Para aquelas que optam por não usar ou não podem usar contracepção hormonal, sugere-se ensaio de tratamento com um AINE. No caso de falhas com uma classe de AINE, a substituição por um AINE de uma classe diferente é uma opção terapêutica razoável (1-A).
- Para aquelas que desejam contracepção, não respondem ou não toleram AINEs, sugere-se tratamento com ACO de baixa dosagem (1-A).
- Se o tratamento com uma dessas modalidades falhar, sugere-se avaliar a adesão e considerar um curso de tratamento com outra modalidade. O tratamento com a associação de ACO combinado e AINE pode ser eficaz em mulheres que permanecem sintomáticas com o uso de apenas uma das modalidades terapêuticas (1-A).
- Na falha de resposta terapêutica, deve-se pensar na possibilidade de dismenorreia secundária, em especial na endometriose, que é sua causa mais comum (3-A). Nesses casos, deve-se prosseguir investigação diagnóstica com exames de imagem (3-B).

Referências

1. Rodrigues AC, Gala S, Neves Â, Pinto C, Meirelles C, Frutuoso C, et al. Dismenorreia em adolescentes e jovens adultas: prevalência, factores associados e limitações na vida diária. Acta Med Port. 2011;24 Suppl 2:383-8.

2. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Primary Dysmenorrhea in adolescents: Prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015;13(2):512–20.
3. Dharmapuri S. Dysmenorrhea in adolescents. *Pediatr Med.* 2019;2:34.
4. Narring F, Yaron M, Ambresin AE. [Dysmenorrhea: a problem for the pediatrician?]. *Arch Pediatr.* 2012;19(2):125–30. French.
5. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e249–e258.
6. Silva JC. Dismenorrea. In: Fernandes CE, Sá M, editores. *Tratado de ginecologia Febrasgo.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 891–901.
7. Rees MC, Anderson AB, Demers LM, Turnbull AC. Prostaglandins in menstrual fluid in menorrhagia and dysmenorrhoea. *Br J Obstet Gynaecol.* 1984;91(7):673–80.
8. Harel Z, Lilly C, Riggs S, Vaz R, Drazen J. Urinary leukotriene (LT) E(4) in adolescents with dysmenorrhea: a pilot study. *J Adolesc Health.* 2000;27(3):151–4.
9. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135(1):185–95.
10. Laufer MR. Endometriosis in adolescents: diagnosis and treatment. In: Barbieri RB, Blake D, editors. *Uptodate.* 2020 jun23. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-in-adolescents-diagnosis-and-treatment>
11. Dun EC, Kho KA, Morozov VV, Kearney S, Zurawin JL, Nezhat CH. Endometriosis in adolescents. *JLS.* 2015 ;19(2):e2015.00019.
12. Gallagher JS, DiVasta AD, Vitonis AF, Sarda V, Laufer MR, Missmer SA. The impact of endometriosis on quality of life in adolescents. *J Adolesc Health.* 2018;63(6):766–72.
13. American Society for Reproductive. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril.* 1997;67(5):817–21.
14. Lebovic DI. Endometriosis: surgical management of pelvic pain. In: Falcone T, editor. *Uptodate;* 2020. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-surgical-management-of-pelvic-pain>
15. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21(6):762–78.
16. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13(15):2157–70.

