

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
UFES

LARISSA FEREGUETTE OLIVEIRA ARAÚJO

**DISMENORRÉIA MEMBRANOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE  
LITERATURA**

VITÓRIA  
2017

LARISSA FEREGUETTE OLIVEIRA ARAÚJO

**DISMENORRÉIA MEMBRANOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES  
como requisito parcial para o cumprimento da  
Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Prof. Me. Célia Regina Trindade

VITÓRIA  
2017

**LARISSA FEREGUETTE OLIVEIRA ARAÚJO**

**DISMENORRÉIA MEMBRANOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito parcial para cumprimento da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Dr. Justino Mameri Filho  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

---

Dra. Juliana Xavier Santos de Roma Borges  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

---

Dra. Tatiana Có Gomes de Biase  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Dedico este trabalho a minha família,  
que é minha base, por todo incentivo e  
ajuda para que meu sonho se tornasse  
real.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por viver um sonho que é ser Ginecologista/Obstetra. Ao meu marido e filhos por tanto carinho e cuidado comigo, por entenderem minha ausência em diversos momentos. Aos meus pais pelo amor incondicional e irmãos e cunhados pelo incentivo e força. À minha orientadora Prof. Me. Célia Regina Trindade, pelos ensinamentos e disposição em me ajudar na realização deste trabalho, e a todo corpo docente da UFES, pela dedicação em ensinar com qualidade. Com carinho, muito obrigada.

*"Não to mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não temas nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares"*  
(Josué 1:9)

## RESUMO

A dismenorréia membranosa é assim denominada porque, além da dor, pode-se identificar a eliminação vaginal de material elástico ou membranoso. Atualmente, existem poucos relatos na literatura científica, e sua etiologia não está bem estabelecida. Várias hipóteses foram descritas para explicar a fisiopatologia da doença, dentre elas, uma resposta exagerada do endométrio ao aumento da progesterona, levando a uma desordem na decidualização com desabamento de um molde endometrial. No passado, a dismenorréia membranosa foi associada ao uso de acetato de medroxiprogesterona, porém com os diversos casos relatados na literatura com uso de outras formulações hormonais e até em mulheres sem uso de qualquer medicação, esta hipótese não foi confirmada. Neste trabalho foi relatado um caso de dismenorréia membranosa e realizado revisão de literatura sobre o assunto.

Palavras-chave: Dismenorréia membranosa. Dor pélvica.

## **SUMMARY**

Membranous dysmenorrhea is so named because in addition to pain one can identify the vaginal elimination of elastic or membranous material. Currently, there are few reports in the scientific literature, and its etiology is not well established. Several hypotheses have been described to explain the pathophysiology of the disease, among them an exaggerated response of the endometrium to the increase of the progesterone, leading to a disorder in decidualization with collapse of an endometrial mold. In the past, membranous dysmenorrhea was associated with the use of medroxyprogesterone acetate, but with the several cases reported in the literature with other hormonal formulations and even in women without any medication, this hypothesis was not confirmed. In this work a case of membranous dysmenorrhea and a review of the literature on the subject were reported.

Key words: Membranous dysmenorrhea. Pelvic pain.

## LISTA DE SIGLAS

PS - Pronto Socorro

DM - Dismenorréia Membranosa

ACO - Anticoncepcional Oral Combinado

DMPA - Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito

g/dL - Gramas por decilitro

mm<sup>3</sup> - Milímetro cúbico

cm<sup>3</sup>- Centímetro cúbico

mg - Miligramas

mcg - Microgramas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>12</b>
<b>4 RELATO DE CASO</b> .....	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>24</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>27</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>28</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>29</b>
<b>ANEXO D</b> .....	<b>30</b>
<b>ANEXO E</b> .....	<b>31</b>
<b>ANEXO F</b> .....	<b>32</b>
<b>ANEXO G</b> .....	<b>33</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Dismenorréia membranosa (DM) é uma desordem ginecológica incomum, descrita pela primeira vez no século 18 por Giovanni Battista Morgagni. Além da dor, caracteriza-se pela eliminação do endométrio ou membrana pela vagina, mantendo a forma da cavidade uterina.

A razão da ocorrência deste destacamento endometrial completo e agudo ainda não está elucidada. Várias hipóteses foram descritas para explicar a fisiopatologia da DM, mas poucos são os relatos na literatura sobre o assunto, por isso, considera-se importante a descrição de casos para se entender a etiologia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar revisão de literatura acerca do tema dismenorréia membranosa, em correlação com dados levantados sobre o caso relatado em específico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Relatar o caso clínico de dismenorréia membranosa, entidade pouco descrita e incidente e levantar dados da paciente que possam ser relevantes para o quadro.

Apresentar revisão de literatura com ênfase na etiologia e fisiopatologia da dismenorréia membranosa.

Correlacionar a revisão de literatura com o caso clínico relatado.

Contribuir como fonte de informação atualizada para futuros estudos sobre o assunto.

### 3 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento do caso clínico através de anamnese e dados de prontuário médico, em Clínica particular.

A revisão de literatura utilizou o portal Pubmed e o Google acadêmico como banco de dados *online* e método *MeSH* com o termo “*membranous dysmenorrhea*”, para seleção de artigos relacionados ao tema.

Foram incluídos artigos de revisão de literatura, relatos e séries de casos publicados em revistas científicas, de acesso livre e ou restrito, disponíveis nas línguas portuguesa e inglesa.

A revisão foi rodada por três vezes num período de 6 meses, onde encontramos apenas 23 artigos relacionados ao tema. Destes, 14 artigos não possuíam resumo disponível devido a publicação ser muito antiga (anteriores a década de 1970), mas foram citados no texto como citação de outros autores em artigos mais recentes.

#### 4 RELATO DE CASO

L.F.O, 29 anos, caucasiana, solteira, administradora de empresa, nuligesta, sexualmente ativa, procurou Pronto Socorro (PS) de hospital particular trazendo consigo um material recém eliminado por via vaginal após sentir dor pélvica.

Relatou que estava no sexto dia do início de nova cartela de anticoncepcional oral combinado (ACO), a base de Drospirenona 0,03mg + 0,02mg Etinilestradiol, quando iniciou quadro de dor hipogástrica em cólica, de leve a moderada intensidade, que cedeu parcialmente com uso de analgésico comum, e após um dia do início do quadro algico, apresentou eliminação via vaginal de um tecido elástico, firme, pardacento, no formato da cavidade uterina (anexo A), resultando em melhora total da dor pélvica. A paciente nega episódio semelhante prévio.

Informou que faz uso do ACO há aproximadamente 5 anos, de forma contínua, com pausa de 4 dias aproximadamente a cada 3 meses, porque apresenta sangramentos intermitentes com o uso prolongado (*spotting*).

Na última pausa devido a *spotting*, quando já estava no final da terceira cartela em uso contínuo, apresentou sangramento de privação em menor intensidade, tipo “borra de café” iniciando nova cartela com dois dias de atraso do início recomendado, somente após o fim do sangramento. No sexto dia de uso do ACO, ocorreu o quadro relatado acima.

Uma semana previamente a eliminação do material pela vagina, a paciente apresentou hematúria macroscópica e achado laboratorial de proteinúria em exame de urina tipo I, realizado após início da hematúria. O quadro está em investigação diagnóstica.

No PS foram realizados exames: clínico, laboratorial, de imagem e encaminhamento do material para análise anatomopatológica.

Ao exame físico, apresentava-se corada, hidratada, hemodinamicamente estável, afebril, abdome atípico, flácido, indolor a palpação, timpânico com ruídos hidroaéreos presentes. Colo uterino fechado com ausência de sangramento via vaginal.

A avaliação laboratorial complementar mostrou pesquisa de gonadotrofina coriônica humana negativa para gravidez, hemograma com hemoglobina 11.6 gramas por decilitro (g/dl) , leucócitos 4.800 milímetros cúbicos (mm<sup>3</sup>) sem desvios, plaquetas 183.000 mm<sup>3</sup> (anexo B), avaliação renal com uréia 40 miligramas por decilitro (mg/dl), creatinina 0.79mg/dl (anexo C); urina tipo I de aspecto hemorrágico, não infeccioso, com proteinúria 2+ (anexo D).

Ultrassonografia transvaginal apresentou útero com volume de 49.4 cm<sup>3</sup> e endométrio centrado, homogêneo, medindo 3.6mm de espessura (anexo E).

Ultrassonografia abdominal sem alterações ecográficas (anexo F).

A análise anatomopatológica do material eliminado mostrou cortes histológicos constituídos por fragmentos membranáceos de endométrio. Não foi observado tecido ovular. Endométrio secretor decíduide. Quadro histológico compatível com Dismenorréia Membranosa (anexo G).

Durante seguimento ambulatorial por 6 meses, a paciente não apresentou novos episódios semelhantes ao relatado. Encontra-se em uso do mesmo ACO de forma contínua.

Este relato de caso teve sua divulgação autorizada pela paciente.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Utilizando o termo “*membranous dysmenorrhrea*”, em pesquisa no site Pub Med e Google acadêmico, foram encontrados apenas 23 artigos publicados relacionados ao tema, grande parte muito antigos, o primeiro de 1950, e a maioria anterior a 1970, sendo que 14 artigos anteriores a década de 70 não possuíam mais resumo disponível, tendo conhecimento deles por citação de outros autores em artigos mais recentes.

Dismenorréia é uma palavra de origem grega que significa menstruação difícil e corresponde a um distúrbio ginecológico que provoca dor crônica, espasmódica, em forma de cólica, localizada no baixo ventre, durante o período menstrual.<sup>1</sup>

A prevalência varia de 45% a 95%, contudo a grande maioria das mulheres não procura assistência médica por terem dor suportável e/ou se automedicarem. Em 10% a 15% das vezes, a sintomatologia é intensa, interferindo com a vida escolar, social e produtiva da mulher.<sup>2</sup>

A dismenorréia é classificada em primária, quando não há doença orgânica evidente que a justifique, e secundária, quando ocorre em decorrência de outra condição orgânica, sendo a endometriose a principal causa, responsável por pelo menos 33% dos casos de dor pélvica crônica em mulheres.<sup>3</sup>

O conhecimento atual sugere que sua fisiopatologia decorre de um desequilíbrio na quantidade de prostaglandinas e leucotrienos (prostanoides e eicosanoides), liberados pelo endométrio durante o fluxo menstrual. Estes desencadeiam uma hipercontratibilidade uterina, reduzindo o fluxo sanguíneo e aumentando a sensibilidade à dor. Alguns quadros mais severos têm sido associados a uma maior quantidade de liberação de prostaglandinas, preferencialmente nos primeiros dois dias de fluxo menstrual.<sup>4</sup>

A dismenorréia membranosa (DM) consiste em uma subclassificação da dismenorréia, assim denominada porque, além da dor, pode-se observar a eliminação de material elástico ou membranoso.<sup>5</sup>

É uma entidade clínico- patológica rara, que tem sido pouco descrita na comunidade científica, não tendo dados reais de sua prevalência ou incidência, sendo subdiagnosticada, ou por desconhecimento médico da doença, uma vez que não está descrita nos atuais livros textos, ou por falta de confirmação histológica, apenas sendo a informação transmitida pela paciente.<sup>6,7</sup>

O termo DM foi utilizado pela primeira vez no século 18, por Giovanni Battista Morgani, quando este se referiu a passagem espontânea e dolorosa de um pedaço membranoso de endométrio no formato ou molde da cavidade endometrial.<sup>8</sup>

A dor associada ao quadro de DM seria decorrente do destacamento e da passagem do endométrio inteiro, sem dissolução, pelo canal cervical, após a decidualização das células estromais.<sup>5</sup>

A passagem vaginal de um tecido em uma mulher após a menarca levanta vários diagnósticos diferenciais.<sup>4</sup> Estes são: o abortamento, o destacamento de um pólipos ou de um sarcoma botrióide (rabidomiossarcoma embrionário: tumor de origem mesenquimal, de aspecto polipóide e de localização preferencial nas mulheres jovens, ao nível do colo do útero) e a DM. Todas essas lesões podem ser distinguidas por exame patológico.<sup>4,9</sup>

Várias hipóteses foram propostas por Greenblatt et al. (1954) relacionadas com a fisiopatologia desta entidade: aumento da secreção de estrogênio e progesterona com desagregação incompleta do endométrio espessado, desenvolvimento excessivo das artérias espiraladas, com vasodilatação excessiva seguida por vasoconstrição intensa, a mera acentuação da menstruação fisiológica, níveis sanguíneos elevados de progesterona endógena ou exógena ou ambos, determinando a decidualização do endométrio, com posterior expulsão, sem que haja a sua dissolução prévia.<sup>10,11</sup> Também foram descritos microabscessos em amostra do tecido, podendo a condição ter base infecciosa.<sup>11</sup> Por último, Rabinerson et al. sugeriram que as anormalidades de integrinas que medeiam a atividade de adesão célula-célula, poderiam explicar a patogênese da DM.<sup>12</sup> Alterações nos mecanismos de adesão celular com a participação das ativinas, folistatinas e inibinas nas células endometriais devem ser estudadas porque poderão ser a

resposta para as modificações morfológicas do processo de decidualização e ser o gatilho do destacamento do endométrio.<sup>7</sup>

Topçu et al (2014), também descreveram que a alteração dos componentes da matriz extracelular e atividade de adesão célula-célula no processo de decidualização, seja a principal razão para a formação do molde decidual.<sup>13</sup>

Acreditava-se no passado que a DM estaria relacionada com o uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), onde a progesterona, ao decidualizar o endométrio, poderia facilitar o desenvolvimento da DM.<sup>14,15</sup>

Hatim e Smith (2007) descreveram uma série de 6 casos de DM, com o propósito de ilustrar a variabilidade de contracepção hormonal a que as pacientes faziam uso. No primeiro caso, uma menina de 12 anos com paralisia cerebral, em uso de contraceptivo transdérmico para tratar dismenorréia, apresentou dor abdominal e expulsão de material pela vagina, cujo exame histopatológico confirmou DM. Após este evento, foi substituído o sistema transdérmico para DMPA, e acompanhada por 3 anos, não apresentou novos episódios. Em 3 casos descritos, as pacientes estavam em uso de DMPA antes de ocorrer a DM, (uma após 1 ciclo, outra após o 15º ciclo de uso e a terceira após 2 meses de sua injeção inicial), e mantiveram o mesmo contraceptivo, sem recidiva do quadro em 4, 3 e 2 anos respectivamente. Em outro caso, a paciente estava em uso de sistema transdérmico de contracepção para tratar dismenorréia, apresentando a DM após 5 ciclos e manteve a mesma medicação sem complicações. Por último, uma jovem que estava em uso de Ortho Tri- Cyclen (0,18 mg de norgestimato, 0,215mg, 0,25 mg \ etinilestradiol 35 mcg) e apresentou DM após seu sétimo mês de uso, tendo iniciado DMPA, sem recidiva num acompanhamento de 2 anos.<sup>16</sup>

Outro caso relatado de DM, no ano 2000, ocorreu com uma paciente de 20 anos em tratamento para hipertricose, usando ciproterona. Foi realizada curetagem uterina após a expulsão de tecido sólido e metrorragia, com saída de restos necróticos e hemorrágicos.<sup>10</sup>

Estes casos contradizem claramente a causa/efeito entre a dismenorréia membranosa e DMPA devido a diversidade de circunstâncias apresentadas pelos pacientes.<sup>16</sup>

Na maioria dos casos de DM descritos na literatura, as pacientes estavam em uso de anticoncepcional contínuo para evitar o desconforto do período menstrual, pela dismenorréia ou simplesmente porque não queriam menstruar.<sup>5,16</sup>

Um estudo de coorte transversal realizado em 2007 na cidade de Campinas (SP) sobre a preferência das mulheres brasileiras quanto a mudança na menstruação, entrevistou um grupo de 420 mulheres alocadas em três grupos de idade (18-20, 25-34, 45-49 anos), e mostrou que menstruar mensalmente não é a preferência da maioria das mulheres. Aproximadamente uma quarta parte delas mostrou preferência por ciclos menstruais mensais, mas a maioria prefere intervalos maiores que uma vez ao mês, e um grupo não desprezível mostrou preferência por nunca menstruar, sempre que tenha segurança de não estar grávida nem estar sofrendo alguma doença.<sup>17</sup>

Segundo relatos da literatura, a DM é mais frequente na 2ª e 3ª décadas de vida; no entanto, foi publicado em 2007 um caso de DM numa menina de 9 anos de idade, pós menarca, em uso de DMPA devido a retardo mental, prescrito para supressão da menstruação, não só por questão da dificuldade de higiene, mas também pela vulnerabilidade dessas pacientes a abuso físico e sexual. A paciente apresentou o quadro de DM após 8 semanas da administração da primeira dose de DMPA 150 mg intramuscular a ser dado a cada 3 meses. Manteve o mesmo contraceptivo, e num acompanhamento de 18 meses, não apresentou recidiva.<sup>14</sup>

O que se observa em relação aos casos relatados de DM com o uso de DPMA, é que na maioria deles, o quadro se deu após a administração inicial da medicação (o intervalo variou entre 3 a 8 semanas após a primeira dose de DPMA), portanto, depois de algumas administrações do DPMA é improvável que o endométrio atrófico vai apresentar-se como um molde decidual volumoso.<sup>14</sup> Curiosamente em um caso relatado em uma série de casos de 2007, a DM ocorreu após 15 meses da administração do DMPA, o que pode contradizer esta hipótese.<sup>16</sup>

Poucos são os casos descritos de recidiva do quadro de DM. Um caso clínico publicado em 2014, descreveu uma paciente de 25 anos em uso de ACO (0,03 mg de etinilestradiol e 0,075 mg de gestodeno) há vários anos, que apresentou quadro de DM, tendo relatado episódio semelhante 7 meses antes, porém não está descrito se houve confirmação histopatológica no primeiro episódio.<sup>4</sup>

Da mesma forma, Appelbaum (2010), relatou um caso de DM em uma menina de 16 anos com útero didelfo e hemivagina obstruída, em tratamento com acetato de noretisterona para endometriose persistente após ressecção do septo vaginal. Ela havia relatado episódio de saída de tecido pela vagina similar, no mês anterior.<sup>8</sup>

Apesar da grande maioria dos casos descritos terem ocorridos em pacientes em uso de contraceptivos, tem-se relatado um caso de DM espontânea em uma adolescente de 17 anos, sexualmente inativa, sem uso de medicação.<sup>13</sup>

Greenblatt, Hammond e Clark (1954), relataram sete casos, sendo 3 casos associados a administração de altas doses de progesterona intramuscular e 4 casos não associados a fármacos.<sup>11</sup>

Asch e Greenblatt (1978) relataram que um molde decidual pode ocorrer no caso de um aumento de produção de estrogênio e progesterona com desintegração inadequada do endométrio. Nestes casos descritos acima, não associados a fármacos, o aumento da progesterona endógena provavelmente resultou no quadro.<sup>18</sup>

Topçu et al (2014) fizeram uma analogia da DM com a expulsão da placenta.<sup>13</sup> Não raro, pode-se observar que o molde decidual é expelido como um todo em gestantes que se submeteram a uso de medicamento para interrupção de gravidez inicial. Na fase inicial, o aumento local de prostaglandinas causa a contração do miométrio e vasoconstrição das artérias espiraladas. Essa fase é semelhante na menstruação e possivelmente na formação de molde decidual. O endométrio decidualizado e a placenta precoce podem compartilhar características semelhantes em termos de composição da matriz extracelular e atividade de adesão célula- célula. Acreditam que alteração nesta composição é a principal razão para a formação do molde decidual.<sup>13</sup>

Torres et al (2009) coloca a DM como um efeito colateral da terapia hormonal, além de náuseas, vômitos, *spotting* e hemorragias, e recomenda orientar as pacientes sobre esta situação, sugerindo ter uma relação causal entre o uso de anticoncepcional e a ocorrência de DM.<sup>19</sup>

Dado que a etiopatogenia da DM permanece desconhecida, em grande parte por serem raros os casos descritos, compreende-se que seu tratamento seja controverso e careça de evidência científica. Foram já sugeridos tratamentos com altas doses de progesterona, de forma a suprimir a ovulação, androgênios, antibióticos, analgésicos, antiespasmódicos, vasoconstritores (ergotamina) ou curetagem.<sup>4,5</sup>

Sen et al (2013) sugeriram a suspensão da droga utilizada, porque a maioria dos casos são iatrogênicos.<sup>9</sup>

Appelbaum (2010) também recomendou o tratamento de suporte com analgésicos e retirada do agente agressor.<sup>8</sup>

## 6 DISCUSSÃO

A DM foi pouco relatada e estudada nas últimas décadas.<sup>13</sup>

Asch e Greenblatt (1978) descreveram esta condição como um estado de hiperprogesteronismo, levando a intensa decidualização do estroma endometrial.<sup>18</sup>

No passado, Scott et al. (2005) sugeriram que a DM estaria correlacionada estritamente ao uso de DMPA, porém casos apresentados em nossa revisão bibliográfica e o caso descrito neste relato, contradizem essa premissa.<sup>5,15</sup>

As pacientes estavam em uso de diferentes formulações anticoncepcionais, por diversas vias de administração e indicações para tal uso, sendo a mais frequente a dismenorréia, o que paradoxalmente levaria a DM.<sup>5,7,16</sup>

No nosso caso aqui relatado, há concomitância entre o quadro de DM e o uso de ACO de baixa dosagem (associação estrógeno- progestativa contendo drospirenona). Da mesma forma, na maioria dos casos descritos até o momento, também se observou associação do quadro clínico e a administração exógena de hormônios em diferentes doses e esquemas.<sup>10,12, 16</sup>

Em alguns poucos casos descritos, as pacientes não estavam em uso de qualquer medicação contraceptiva, o que leva a crer que o quadro não está limitado somente ao uso de anticoncepcional, podendo haver associação com aumento da progesterona endógena, como um excesso de produção de gonadotrofina hipofisária ou hiperfunção de um corpo lúteo.<sup>11</sup>

Na paciente que acompanhamos, não foi instituído nenhum tratamento específico, tendo a mesma continuado com o anticoncepcional ao qual fazia uso, e no acompanhamento de 6 meses, não apresentou episódio semelhante de DM.

É claro que é impossível propor um mecanismo fisiopatológico definitivo baseado em um relato de caso, no entanto, é proposto que a DM aconteça como uma falha no processo de decidualização do endométrio, como uma resposta exagerada a progesterona, seja ela sendo usada de forma exógena (iatrogênica ou não), ou por um aumento endógeno. Essa falha da decidualização alteraria os componentes da

matriz extracelular do endométrio e poderiam desencadear este desabamento do molde endometrial.

## 7 CONCLUSÃO

Infelizmente há muitas teorias propostas, tanto é que a entidade é conhecida como a “doença das teorias” na literatura, mas a etiologia da DM ainda permanece desconhecida.<sup>13</sup>

Não está claro o que causa este tipo incomum de dismenorréia e por quê algumas mulheres apresentam o quadro cínico e outras não, mesmo fazendo uso do mesmo esquema hormonal. Portanto, mais estudos são necessários para esclarecer a etiologia e fisiopatologia da doença.<sup>5</sup>

O fato é que dor em cólica, com eliminação de fragmento membranoso pela vagina, deve ter avaliação histopatológica, considerando a necessidade de diagnóstico diferencial com outras patologias ginecológicas, especialmente uma bastante frequente, o abortamento.<sup>7</sup>

Este estudo também mostra que habitualmente não existem consequências negativas em longo prazo para esta doença e que, na maioria dos casos, o paciente pode continuar a usar o método anticoncepcional sem problemas.<sup>16</sup>

O relato deste caso clínico justifica-se não só pela escassez de dados, como pela necessidade de discussões atuais sobre esta patologia.

Concluimos pois, haver necessidade de mais relatos desta entidade, para posterior investigação e melhor caracterização etiológica e, conseqüentemente, melhor orientação clínica.

## REFERÊNCIAS

1. MAYER, Janaina O. N. et al. Prevalência de dismenorreia em universitárias e sua relação com absenteísmo escolar, exercício físico e uso de medicamentos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Ceará, v. 26, n. 3, p. 381-386, July/set 2013.
2. PROCTOR, Michelle; FARQUHAR, Cynthia. Diagnosis and Management of Dysmenorrhoea. **British Medical Journal**, v. 332, n. 7550, p.1134-1138, May 2006.
3. WOODSON, Sue A. Chronic Pelvic Pain: Can You Guess the Cause?. **Nursing for Women's Health**, v.11, n.2, p. 200-204, April 2007.
4. MACIEL, Raquel et al. Dismenorreia membranosa: uma rara e desconhecida entidade. **Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa**, v. 8, n. 4, p. 402-404, 2014.
5. OLIVEIRA, Patrícia P. de et al. Dismenorreia membranosa: uma doença esquecida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 305-310, June 2009.
6. VELDMAN, Joan; VAN HOUDENHOVE, Boudewijn; VERGUTS, Jasper. Chronic fatigue syndrome: a hormonal origin? A rare case of dysmenorrhea membranacea. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 279, n. 5, p. 717-720, 2009.
7. SILVEIRA, Daniel S. et al. Dismenorréia membranácea: ainda existe? Relato de caso. **Clinical & Biomedical Research**, v. 31, n. 4, p. 468-470, Jan. 2011.
8. APPELBAUM, Heather. Membranous Dysmenorrhea: A Complication of Treatment for Endometriosis. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 116, n. 2, p. 488-490, Aug 2010.

9. SEN, Yasar; CIMBEK, Emine A.; UGRAS, Nevzat S. Decidual Cast after Discontinuation of Oral Contraceptives Use in a Young Girl. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 26, n.6, p. 127-129, Dec 2013.
10. ROUANET, Jean Pierre et al. Imaging of membranous dysmenorrhea. **European Radiology**, v. 11, n. 6, p. 952–954, May 2001.
11. GREENBLATT, Robert B; HAMMOND et al. Membranous Dysmenorrhea: studies in etiology and treatment. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 68, n. 3, p. 835-844, Set. 1954.
12. RABNERSON, D. et al. Membranous dysmenorrhea: the forgotten entity. **Obstetrics and Gynecology**, v. 85, n. 5, p. 891-892, 1995.
13. TOPÇU, Hasan O. et al. Spontaneous Membranous Dysmenorrhea in an Adolescent Girl: A Case Report and Literature Review. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 28, n. 5, p. 139-141, Oct. 2014.
14. SINGH, Vivekanand; TALIB, Nasreen; STRICKLAND, Julie. Decidual Cast in a Girl Receiving Depot Medroxyprogesterone Acetate - A Case Report. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, Kansas, v. 20, n. 3, p.191-194, 2007.
15. SCOTT, S. M. et al. Decidual casts associated with DEPO medroxyprogesterone acetate treatment in adolescents. **J Pediatr Adol Gynecol**, v. 18, p. 217-218, 2005.
16. HATIM, Omar A.; SMITH, Shawn J. Membranous Dysmenorrhea: A Case Series. **The Scientific World Journal**, v. 7, n. p. 1900-1903, Nov. 2007.
17. RIBEIRO, Carmen P.; HARDY, Ellen; HEBLING, Eliana M. Preferências de mulheres brasileiras quanto a mudanças na menstruação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 74-79, Feb. 2007.

18. ASCH, Ricardo H.; GREENBLATT, Robert B. Primary and membranous Dysmenorrhea. **Southern Medical Journal**, v. 71, n. 10, p. 1247-1249,1978.
19. TORRES, Anna et al. A case of unusual course of adolescent menorrhagia: decidual cast as a side effect of treatment. **Fertility and sterility**, v. 92, n. 5, p. 1748. e5-1748. e7, 2009.

## ANEXO A



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

Fonte: Acervo pessoal da paciente (2016)

## ANEXO B

DAMA FERREQUETI OLIVEIRA  
CRISTINA FERREQUETI OLIVEIRA

Material: Sangue  
Data Coleta: 04/12/2016

**HEMOGRAMA COMPLETO**  
Método: Sistema Automatizado com revisão de lâmina.

SÉRIE VERMELHA			Valores de referência
Hemácias	3,940	milhões/mm <sup>3</sup>	4,000 a 5,400 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	11,6	g/dL	11,3 a 15,8 g/dL
Hematócrito	36,5	%	36,0 a 47,0 %
VCM	92,6	μ <sup>3</sup>	77 a 92 μ <sup>3</sup>
HCM	29,4	pg	26,0 a 32,0 pg
CHCM	31,8	g/dL	31,0 a 36,0 g/dL
RDW	13,5	%	11,0 a 15,0 %

SÉRIE BRANCA			De 4.000 a 11.000
LEUCÓCITOS	4.800 /mm <sup>3</sup>		

DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS			
Blastos	00 %	0000/mm <sup>3</sup>	De 00 a 00%
Promielócitos	00 %	0000/mm <sup>3</sup>	De 00 a 00%
Mielócitos	00 %	0000/mm <sup>3</sup>	De 00 a 00%
Metamielócitos	00 %	0000/mm <sup>3</sup>	De 00 a 00%
Bastonetes	02 %	0096/mm <sup>3</sup>	De 01 a 04%
Segmentados	40 %	1920/mm <sup>3</sup>	De 36 a 67%
Eosinófilos	03 %	0144/mm <sup>3</sup>	De 01 a 04%
Basófilos	00 %	0000/mm <sup>3</sup>	De 00 a 02%
Linfócitos	53 %	2544/mm <sup>3</sup>	De 20 a 45%
Monócitos	02 %	0096/mm <sup>3</sup>	De 02 a 10%
TOTAL	100		

CONTAGEM DE PLAQUETAS:	183.000 /mm <sup>3</sup>	De 140.000 a 450.000 /mm <sup>3</sup>
------------------------	--------------------------	---------------------------------------

TEAC - 93496      TEAC - 93496      CRF-ES - Nº - 4548      CRF-ES - Nº - 5074      CRF-ES - Nº - 9453

## ANEXO C

Material: Sangue

Data Coleta: 04/12/2016

**URÉIA**

Método: Enzimático

Resultado: 40,0 mg/dL

Valor de Referência: 13 a 43 mg/dL

**CREATININA**

Método: Enzimático

Resultado: 0,79 mg/dL

Valor de referência: 0,4 a 1,3 mg/dL

**TRANSAMINASE GLUTÂMICA OXALACÉTICA**

Método: CINÉTICO - ULTRA VIOLETA

Resultado: 20,0 U/L

Valor de referência: Inferior a 40,0

**TRANSAMINASE GLUTÂMICA PIRÚVICA**

Método: CINÉTICO - ULTRA VIOLETA

Resultado: 15,0 U/L

Valor de Referência: Menor ou igual a 34,0

**FOSFATASE ALCALINA**

Método: CINÉTICO - ULTRA VIOLETA

Resultado: 49,0 U/L

Valores de referência: Masculino: Inferior a 270,0 U/L.

Feminino: Inferior a 240,0 U/L.

Obs.: Os valores em crianças e adolescentes em fase de crescimento ósseo ativo são mais elevados que em adultos.

**BILIRRUBINAS**

Método: Colorimétrico

Bilirrubina Total: 0,53 mg/dL

Bilirrubina Direta: 0,19 mg/dL

Bilirrubina Indireta: 0,34 mg/dL

Valor de referência: BT: Até 1,2

BD: Até 0,4

BI: Até 0,8

**GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE**

Método: SZASZ MODIFICADO

Resultado: 14,0 U/L

Valor de referência: 6,0 a 42,0 U/L

## ANEXO D

Material: Urina  
Data Coleta: 04/12/2016

**URINA ROTINA - EAS****CARACTERES GERAIS**

pH..... 6,0  
DENSIDADE..... 1030  
ASPECTO..... hemorrágico  
COR..... amarelo ambar  
DEPÓSITO..... +++

**EXAME QUÍMICO QUALITATIVO**

PROTEINÚRIA..... presente(++)  
GLICOSÚRIA..... ausente  
CETONÚRIA..... ausente  
PIGMENTOS BILIARES..... ausentes  
HEMOGLOBINÚRIA..... presente(+++)  
NITRITO..... ausente

**SEDIMENTOSCOPIA**

PLÁCIDOS..... 10/c  
CÉLULAS EPITELIAIS..... 08/c  
HEMÁCIAS..... incontáveis  
CILINDROS..... ausentes  
CRISTAIS..... ausentes  
FUNGOS..... ausentes  
PROTOZOÁRIOS..... ausentes  
FLORA BACTERIANA..... aumentada  
MUCO..... presente(++)

## ANEXO E

**ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL**

**Vagina:** De aspecto ecográfico normal.

**Uretra:** Apresentando aspectos anatômico e ecográfico normais.

**Bexiga:** Contorno interno regular, espessura da parede normal.

**Útero:** Medindo 6.4 x 4.3 x 3.3 cm, com volume de 49.4 cm<sup>3</sup>.

**Serosa:** Contornos regulares, superfície lisa.

**Miométrio:** Textura homogênea, de aspecto normal.

**Endométrio:** Centrado, homogêneo, medindo 3.6 mm de espessura.

**Colo:** Apresentando aspecto anatômico normal, medindo 3.0 cm de comprimento. Presença de cistos de Naboth.

**Ovários:**  
**Direito:** Para uterino, ovalado, textura heterogênea, medindo 1.9 x 1.7 x 1.6 cm, com volume de 2.8 cm<sup>3</sup>.  
**Esquerdo:** Para uterino, ovalado, textura heterogênea, medindo 2.6 x 1.7 x 1.6 cm, com volume de 3.9 cm<sup>3</sup>.

**Fundo de saco:** Ausência de líquido.

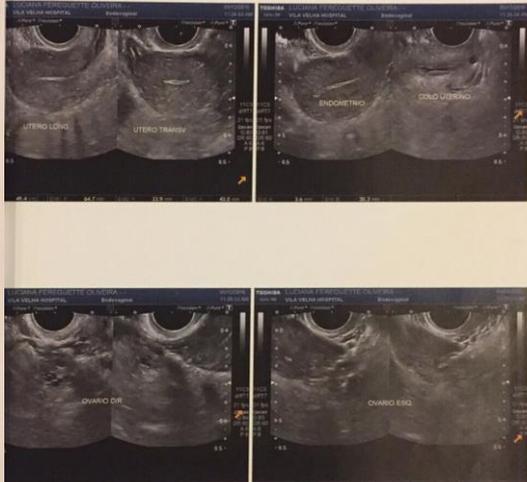
Ausência de processo expansivo em cavidade pélvica.

**Conclusão:** Achados normais.  
Categoria I (GI-RADS).

Atenciosamente,

  
 DANILLO DE AGUIAR PEROBA  
 CRM: 3452

CRM:  
 Rua Moema, quadra 41, Divino Espírito Santo - Vila Velha - ES - CEP 29107-250  
 (27)2127-8500 - Fax: (27)2127-8785 - E-mail: contato@vilavelhahospital.com.br



(27)2127-8500  
WWW.VILAVELHAHOSPITAL.COM.BR

## ANEXO F

**ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMINAL  
(PRONTO SOCORRO)**

**Fígado:** de tamanho normal, contornos regulares, ecotextura homogênea, sem evidência de alterações estruturais. Distribuição vascular preservada com calibre normal das supra-hepáticas e da veia porta.

**Vesícula Biliar:** normodistendida, de conteúdo anecóico, paredes finas e regulares, sem imagem de cálculo no seu interior.

**Vias Biliares:** não há dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas. Colédoco de calibre normal.

**Pâncreas:** de dimensões, contornos e ecogenicidade preservadas. Não há dilatação do ducto de Wirsung.

**Baço:** de dimensões e textura preservada, veia esplênica de calibre normal.

**Rim direito:** de topografia habitual, contornos regulares e dimensões normais, com textura, ecogenicidade e diferenciação córtico-medular preservadas. Não há hidronefrose ou imagens de cálculos.

**Rim esquerdo:** de topografia habitual, contornos regulares e dimensões normais, com textura, ecogenicidade e diferenciação córtico-medular preservadas. Não há hidronefrose ou imagens de cálculos.

**Aorta e veia cava inferior** de calibre e topografia normais.

Não foi observada linfadenomegalias.

**Bexiga** de contornos regulares, sem cálculos ou lesões expansivas.

**Cavidade abdominal** pélvica sem sinais de massas ou líquido livre.

Atenciosamente,

  
 DANILLO DE AGUIAR PERCEBA  
 CRM 3452

CRM:  
 Rua Moema, quadra 41, Divino Espírito Santo - Vila Velha - ES - CEP 29107-250  
 (27)2127-8500 - Fax: (27)2127-8765 - E-mail: contato@vilavelhahospital.com.br



(27)2127-8500  
 WWW.VILAVELHAHOSPITAL.COM.BR

## ANEXO G

### Laudo anátomo-patológico

#### Informes Clínicos

Idade: 29 anos.

História clínica: Não informada.

Hipótese diagnóstica: Restos ovulares? Dismenorréia membranácea?.

#### Espécime e Métodos

Topografia: MUCOSAS UTERINAS.

Exame anátomo-patológico de espécime obtido por curetagem.

Fragmentos para microscopia: 01. Blocos de parafina: 01. Número de lâminas: 01.(inclusão total).

Coloração pela Hematoxilina/eosina.

#### Laudo Macroscópico

Número de fragmentos: Um.

Forma: Membranácea.

Peso (g): 5,2

Cor: Branca, com pequenas áreas pardas.

Superfície: Lisa.

Particularidades: Não foram observadas.

#### Microscopia e conclusão

**Endométrio:** CORTES HISTOLÓGICOS CONSTITUÍDOS POR FRAGMENTOS MEMBRANÁCEOS DE ENDOMÉTRIO.

NÃO FOI OBSERVADO TECIDO OVULAR.

ENDOMÉTRIO SECRETOR DECIDUÓIDE.

QUADRO HISTOLÓGICO COMPATÍVEL COM DISMENORRÉIA MEMBRANÁCEA.

Dr. Paulo Roberto Merçon de Vargas CRM-ES 2.365

**Obs.: Laudo impresso via Internet com uso de senha gerada para este fim.**