

DISMENORREIA MEMBRANOSA COMO CAUSA DE SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL E DOR PÉLVICA: UM RELATO DE CASO

Faria, LMF¹; Lima, ELC¹; Araújo, BBC²; Teles, CG³

¹Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais; ²Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Atenas - Passos; ³Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais e da Faculdade Atenas - Passos.

E-mail: luana.martinsff@gmail.com

Introdução: O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é prevalente na ginecologia, apresentando etiologias diversas [1]. Entre as causas raras e frequentemente subdiagnosticadas destaca-se a Dismenorreia Membranosa, caracterizada pela expulsão dolorosa de um fragmento intacto de estroma endometrial que mimetiza o formato da cavidade uterina ("molde") [2, 3]. Este relato descreve o manejo de uma paciente com quadro de SUA agudo associado a este fenômeno. **Descrição do caso:** Paciente B.B.C.A., 28 anos, nuligesta, com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em uso de Sertralina (100mg/dia). Apresentou-se com SUA agudo há 25 dias, fluxo intenso com coágulos e dor pélvica tipo cólica de forte intensidade. Negava uso de anticoncepcionais; vida sexual ativa com parceira do mesmo sexo. Ao exame, apresentava estabilidade hemodinâmica (PA 130/90 mmHg, FC 99 bpm) e IMC de 33,3 kg/m². O exame abdominal revelou dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais (glicose, TSH, prolactina e perfil hormonal) estavam dentro da normalidade. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero em anteversoflexão, miométrio homogêneo, eco endometrial de 1,0 cm e anexos sem alterações. A hipótese de Dismenorreia Membranosa foi estabelecida pela correlação entre a dor severa, a descrição da eliminação de material membranoso e a análise fotográfica do conteúdo expelido. A conduta baseou-se no manejo sintomático com ácido mefenâmico (500mg) e ácido tranexâmico (250mg) [4]. **Discussão:** A Dismenorreia Membranosa é uma entidade incomum cuja fisiopatologia envolve a decidualização excessiva do endométrio, geralmente sob influência de altos níveis de progesterona, resultando em descamação em bloco único [2]. A dor intensa que precede a expulsão frequentemente leva ao diagnóstico errôneo de abortamento espontâneo [5]. No caso relatado, a estabilidade hormonal e a ausência de alterações estruturais reforçam o diagnóstico clínico. **Conclusão:** A abordagem terapêutica alinhou-se aos protocolos para quadros agudos, priorizando anti-inflamatórios não esteroidais (inibição de prostaglandinas) e antifibrinolíticos [1, 4]. A raridade da condição exige alto índice de suspeição para evitar intervenções invasivas desnecessárias. O reconhecimento desta patologia no diagnóstico diferencial do SUA permite o manejo conservador eficaz e o aconselhamento adequado, mitigando o impacto psicológico da intensidade da dor e da natureza da eliminação tecidual.

Palavras-chave: Sangramento Uterino Anormal; Dismenorreia; Endométrio; Relatos de Casos; Diagnóstico Diferencial.

Referências bibliográficas:

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sangramento uterino anormal. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, nº 54).
2. Cunningham FG, et al. Williams Gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol. 2006;108(2):428-41.
3. O'Flynn N. Diagnosis and management of abnormal uterine bleeding in reproductive-age women: NICE guideline. Am Fam Physician. 2019;99(7):450-451. Gonçalves AC, et al.
4. Dismenorreia membranosa: uma causa rara de dor pélvica e sangramento vaginal. Rev Port Ginecol Obstet Reprod. 2018;12(3):180-183.
5. Gonçalves AC, et al. Dismenorreia membranosa: uma causa rara de dor pélvica e sangramento vaginal. Rev Port Ginecol Obstet Reprod. 2018;12(3):180-183.