

## CÓLICAS

*Data de aceite: 02/10/2023*

**Marina Botazini Braga**

<https://orcid.org/0000-0001-8065-3105>

### INTRODUÇÃO

As cólicas também conhecidas por dismenorréia tem alta prevalência e atinge maiores índices em mulheres com menos de 20 anos. A intensidade da dor é variável, e 10% das pacientes tornam-se incapazes de desenvolver suas atividades habituais em decorrência da dor. É uma importante causa de absenteísmo escolar e do trabalho e compromete a qualidade de vida e o bem-estar geral de suas portadoras.

**Palavras-chave:** dismenorréia; qualidade de vida; contrações miométriais.

### Classificação

Quanto a intensidade se divide em I) Leve II) Moderada III) Grave

Quanto a etiologia pode ser classificada em:

Primária / Funcional - se inicia após os primeiros ciclos menstruais ovulatórios

normais, não está associada a nenhuma doença do trato genital e pode sofrer redução espontânea significativa de sua intensidade ao redor dos 20 anos de idade; em alguns casos, isso pode ocorrer após a primeira gestação.

Secundária/Orgânica - pode ter início em qualquer período da vida reprodutiva e está associada a algum tipo de alteração do sistema reprodutor, em consequência de doenças ou anormalidades anatômicas canaliculares congênitas ou adquiridas que resultem em lesões nos órgãos pélvicos. As doenças ou situações mais comumente associadas são: endometriose, leiomioma, adenomiose, pólipos endometriais, doença inflamatória pélvica e uso de dispositivo intrauterino

### Etiopatogenia

O mecanismo da dor na dismenorreia está relacionado à liberação de grandes quantidades de prostaglandinas e mediadores inflamatórios pelo endométrio em descamação. Esses produtos

promovem aumento da atividade do músculo uterino, que culmina com o incremento da força e frequência das contrações miométriais, o que acarreta a redução do fluxo sanguíneo no órgão e hipóxia tecidual.

As prostaglandinas têm ação de vasoconstrição e estímulo da contração da musculatura lisa, que se associam e geram um quadro de isquemia. Esse estado de hipóxia resulta em estímulo das terminações nervosas nociceptivas com indução de dor.

## Diagnóstico

A história clínica e o exame físico são suficientes para o seu diagnóstico. Informações sobre a localização, a duração e características da dor, além de fatores de melhora e de piora, são dados a serem abordados. A dor menstrual é, em geral, tipo cólica e se inicia na pelve, podendo irradiar-se para a região lombar e coxa e causar sensação de peso no hipogástrico. Inicia-se nos primeiros dois dias do fluxo menstrual. Na maioria dos casos é acompanhada por outros sintomas.

A história clínica e achados negativos para doenças pélvicas norteiam o diagnóstico de dismenorreia primária (Dawood, 2006). As enfermidades mais comumente associadas à dismenorreia secundária são as que provocam dor pélvica crônica como a doença inflamatória pélvica, a endometriose e as doenças que acometem o útero como a leiomiomatose e a adenomiose, além das alterações psíquicas, que podem cursar com desconforto pélvico e dor de intensidade variável.

## Tratamento

O objetivo do tratamento é basicamente neutralizar a COX, enzima que está envolvida na produção de prostaglandinas e hipercontratibilidade uterina, vômitos e aumento da motilidade intestinal. As opções terapêuticas são:

- Analgésicos simples: como paracetamol ou dipirona, podem ser utilizados com sucesso em casos iniciais ou quando os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) são contraindicados.
- Anti-inflamatórios não esteroidais: as diferentes drogas anti-inflamatórias não esteroidais no mercado têm eficácia similar para o tratamento da dismenorreia. Geralmente, são necessários de três a cinco dias de tratamento, iniciando-se um a dois dias antes do início do fluxo menstrual. Efeitos adversos gastrointestinais, podem ocorrer, mas em geral são bem tolerados.
- Anticoncepcionais orais: reduzem a espessura endometrial, diminuindo o sangramento e, por consequência, provocando queda dos níveis de prostaglandinas. Embora existam controvérsias, o emprego dos contraceptivos hormonais cursa com importante melhora do quadro clínico geral de dismenorreia primária e, se houver o desejo de contracepção pela paciente, essa passa a ser a melhor opção terapêutica.

- Sistema intrauterino de levonorgestrel: ele tem sido utilizado mais recentemente no tratamento da dismenorreia primária e secundária. Cerca de 70% das usuárias desse método desenvolvem amenorreia após seis meses de uso e cerca de 56% a mantêm após três anos. O SIU-LNG tem ação hormonal por um período de cinco anos e age induzindo atrofia endometrial por ação local, intrauterina, do levonorgestrel.
- Tratamentos combinados ou medicações de uso menos frequente: a combinação de medicações pode ser utilizada em casos de refratariedade aos tratamentos propostos. Os progestagênios isolados orais, injetáveis ou implantes são medicamentos que induzem a anovulação e amenorreia, consequentemente melhorando a dismenorreia, e podendo ser utilizados em pacientes contraindicados ao uso de estrogênios exógenos.

## O que leva o paciente ao PS

Se dor muito intensa, acompanhado de sangramento vaginal, alterações urinárias, ou febre, pode ser sinal de algo mais preocupante, portanto é nesse momento em que a paciência procura o pronto socorro.

É importante orientar a paciente sobre a intensidade das cólicas e periodicidade, tal como se acompanhada de qualquer um dos sintomas citados acima.

## Introdução

As emergências obstétricas são relacionadas, principalmente, ao sangramento na gestação. O sangramento durante qualquer período da gravidez, não é considerado normal e a paciente deve procurar assistência médica imediatamente.

## Diagnóstico (alterações)

Gravidez ectópica – é quando o óvulo fertilizado se implanta fora do útero, na maioria dos casos, na trompa de falópio. A gravidez ectópica pode causar: dor pélvica; sangramento vaginal.

Descolamento prematuro da placenta – é quando a placenta se separa do útero antes do nascimento do bebê. É mais comum de acontecer depois de 20 semanas de gravidez. O descolamento prematuro da placenta pode provocar: sangramento vaginal; dor abdominal intensa ou cólica; contrações.

Eclâmpsia – é a ocorrência de convulsões depois que a mãe apresenta um quadro de pré-eclâmpsia e não exista outra causa provável. Na pré-eclâmpsia, a pressão arterial fica elevada e há proteína na urina, sendo mais comum depois de 20 semanas de gravidez. Além das convulsões, a eclâmpsia pode provocar: forte dor de cabeça; náusea; vômito; visão alterada; confusão mental.

Ruptura prematura de membranas (RPM) – é o rompimento da bolsa de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto. É uma emergência obstétrica se acontecer antes de 37 semanas de gravidez. A ruptura prematura de membranas pode provocar: descolamento prematuro da placenta;

Infecção na mãe; infecção no bebê.

Prolapso do cordão umbilical – é quando o cordão umbilical sai antes do bebê no momento do parto. O prolapso do cordão umbilical pode causar: comprometimento da oxigenação para o bebê.

Rotura de cisto ovariano: durante o ciclo menstrual, os ovários produzem os chamados folículos, também conhecidos como cistos foliculares ou cistos funcionais. Existem outros tipos de cistos ovarianos, como os cistos de corpo lúteo, os teratomas e os endometriomas. Todos guardam em comum o fato de serem cistos, ou seja, “bolsas” que possuem conteúdo líquido. A mulher sente dor, geralmente súbita, possivelmente intensa, e costuma estar associada a distensão abdominal. Além da dor, sintomas como taquicardia, náuseas, vômitos, queda de pressão arterial e fraqueza podem estar presentes e indicar a existência de perda sanguínea.

Torção anexial; chamamos de “anexo” os órgãos e estruturas compostos pelos ovários, tubas uterinas e pelos seus vasos sanguíneos e ligamentos. Quando ocorre uma rotação completa ou parcial do ovário ou tuba em seus ligamentos de suporte, temos o quadro de torção anexial, o que acarreta a diminuição do aporte sanguíneo e o consequente comprometimento da vascularização do órgão afetado. Os principais sintomas são dor abdominal e distensão abdominal. Dependendo do grau de torção e do tempo decorrido, pode levar a sintomas como taquicardia, náuseas, vômitos, queda de pressão arterial e fraqueza.

Abscesso tubo-ovariano: é uma complicação grave da doença inflamatória pélvica, doença caracterizada pela infecção do trato genital superior (útero, trompas e ovários) geralmente associada a agentes sexualmente transmissíveis como a *Neisseria gonorrhoeae* (“gonorreia”) e a *Chlamydia trachomatis* (“clamídia”), embora já se saiba que é um processo polimicrobiano. O abscesso tubo-ovariano pode se romper, conferindo ainda mais gravidade ao quadro. Os principais sintomas incluem dor abdominal, geralmente em topografia pélvica, associada a febre e secreção vaginal com odor, dor na relação sexual (dispareunia), dor lombar e, nos casos mais graves, sinais toxêmicos como taquicardia, confusão mental e choque.

## Tratamento

Rotura do cisto ovariano: Trata-se de uma urgência médica com risco para a vida da mulher, sendo fundamental que a avaliação pelo médico seja feita o mais rápido possível.

O tratamento cirúrgico é indicado nesse caso e tem o objetivo de conter o

sangramento, retirar o cisto roto e preservar o restante do ovário quando possível. A via de cirurgia preferencial é a laparoscopia por se tratar de uma cirurgia minimamente invasiva. Nos casos com instabilidade clínica, a opção pode ser a cirurgia convencional de urgência.

**Torção anexial:** O tratamento costuma ser cirúrgico por laparoscopia ou laparotomia, dependendo do caso. Embora a literatura médica descreva haver possibilidade de distorção do anexo com posterior reavaliação do fluxo sanguíneo em casos selecionados, frequentemente a torção anexial leva a importante prejuízo da vascularização do anexo, sendo necessária a retirada da tuba uterina, do ovário ou de ambos.

**Abscesso tubo-ovariano:** O tratamento é feito com antibióticos de amplo espectro de ação, cuja administração deve ser feita em ambiente hospitalar, associada ao tratamento cirúrgico por laparoscopia ou laparotomia para drenagem e limpeza da cavidade pélvica. Todos os parceiros recentes nos últimos seis meses devem ser convocados e receberem tratamento medicamentoso (antibióticos) de acordo com a suspeita clínica.

## Orientações ao paciente do PS

Nos casos em que as pacientes vêm ao PS com queixa de cólicas intensas é muito importante que saibam que, caso tenham alguma úlcera gástrica, as mesmas não devem fazer o uso indiscriminado de Aines. Nos casos de gestantes, tranquilizar e orientar o caráter fisiológico do sintoma. Também é muito importante frisar que a dismenorrea secundária são as que provocam dor pélvica crônica como a doença inflamatória pélvica e que o diagnóstico diferencial é indispensável.

## REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
2. FERNANDES, César Eduardo et al. **Tratado de Ginecologia FEBRASGO**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.