

Dismenorreia, endometriose e tensão pré-menstrual na adolescente

Cólica menstrual primária, suspeita de endometriose e de malformação obstrutiva, tensão pré-menstrual e transtorno disfórico, e os sinais de alarme que levam ao pronto-socorro

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **dismenorreia primária** (cólica sem doença pélvica) começa em geral **6 a 12 meses após a menarca**, com os ciclos ovulatórios, dura 8 a 72 horas e é a principal causa de **falta à escola** entre adolescentes (FEBRASGO 2021). O diagnóstico é clínico, com **inspeção da genitália externa**. Tratamento em casa (🟢): **anti-inflamatório não esteroidal (AINE) em dose plena, iniciado 1 a 2 dias antes da menstruação ou ao primeiro sinal de sangramento**, calor local, exercício e, se necessário, **contraceptivo hormonal**. Dor **desde a menarca, progressiva, fora da menstruação, com sangramento irregular, dor ao evacuar ou urinar, ou refratária a AINE e contraceptivo** sugere **dismenorreia secundária — sobretudo endometriose —** e pede **encaminhamento com prioridade** ao ginecologista da infância e adolescência (🟡). **Dor cíclica com amenorreia primária** e mamas desenvolvidas sugere **malformação obstrutiva** (hímen imperfurado, septo vaginal). No transtorno disfórico pré-menstrual, o ISRS é opção. **Dor abdominal aguda intensa, com febre, desmaio ou atraso menstrual** vai ao **pronto-socorro** (🔴): gravidez ectópica, torção ovariana e doença inflamatória pélvica.

1. O que é e como se apresenta

Dismenorreia é a dor pélvica ou abdominal inferior, cíclica, associada à menstruação. Afeta de 45% a 93% das mulheres em idade reprodutiva, com as maiores taxas na adolescência; cerca de 15% das adolescentes descrevem a dor como grave (FEBRASGO 2021).

Dismenorreia primária — a maioria dos casos na adolescência:

- Mecanismo: na queda da progesterona, o endométrio libera **prostaglandinas** (PGF2-alfa, PGE2), que contraem o miométrio (FEBRASGO 2021); por isso o AINE funciona melhor já em uso no início do fluxo.
- Quadro: cólica em baixo ventre do início do fluxo (ou 1 a 2 dias antes) por 8 a 72 horas, irradiada para costas e coxas, com náuseas, vômitos e cefaleia; estável ciclo a ciclo e sem dor no restante do ciclo.

Dismenorreia secundária — dor menstrual com doença pélvica (cerca de 10% das adolescentes):

- **Endometriose**: a causa mais comum na adolescente. Presente em 25% a 38% das adolescentes com dor pélvica crônica (FEBRASGO 2021) e em até 70% das laparoscopias por dor refratária (CMAJ 2021). A dor costuma ser também **acíclica**, com sintomas intestinais ou urinários cíclicos e sangramento irregular.

- **Malformações obstrutivas do trato genital: hímen imperfurado e septo vaginal transverso** (dor cíclica com **amenorreia primária**, hematocolpo, hímen abaulado e azulado, massa pélvica, retenção urinária); **duplicação uterina com hemivagina obstruída** (menstrua pelo lado pérvio, dor progressiva, em geral com **agenesia renal do mesmo lado**) (FEBRASGO 2021).
- **Outras:** doença inflamatória pélvica (DIP), cistos ovarianos, gravidez, DIU de cobre; e causas não ginecológicas (constipação, intestino irritável, infecção urinária, depressão, violência — ver "Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais").

Tensão pré-menstrual (TPM) e transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM): sintomas **afetivos** (irritabilidade, raiva, humor deprimido, ansiedade) e **somáticos** (dor mamária, distensão, cefaleia, edema) que aparecem **de forma consistente na fase lútea** e cedem nos primeiros dias da menstruação (MS 2016). O **TDPM** é a forma grave, com predomínio de sintomas afetivos e prejuízo escolar, familiar ou social.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Dismenorreia primária típica (dor só na menstruação, genitália externa normal) que responde a AINE com ou sem contraceptivo; TPM leve	Tratamento em casa; diário de dor; retorno programado
● Moderada	Refratária a AINE em dose plena e a contraceptivo hormonal usados corretamente; sinais de dismenorreia secundária (dor desde a menarca, progressiva ou acíclica, sangramento irregular, dor ao evacuar ou urinar, anomalia renal); suspeita de malformação obstrutiva sem complicação aguda; faltas escolares repetidas; TPM grave ou suspeita de TDPM	Encaminhar com prioridade ao ginecologista da infância e adolescência, com ultrassonografia pélvica e diário de dor; TDPM: ISRS e apoio da saúde mental; malformação com dor intensa crescente: com urgência
● Grave	Dor aguda e intensa que não cede com analgesia; atraso menstrual ou beta-hCG positivo com dor ou sangramento; dor pélvica com febre ou peritonite; dor súbita com vômitos (torção); síncope ou hipotensão; retenção urinária com amenorreia (hematocolpo); ideação suicida no TDPM	Pronto-socorro com serviço de cirurgia ou ginecologia no mesmo atendimento; risco de suicídio: avaliação no mesmo dia (ver "Risco de suicídio")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Vida sexual ativa (gravidez, ectópica, DIP); malformação renal conhecida; amenorreia primária com mamas desenvolvidas.
- Mãe ou irmã com endometriose (NICE NG73, 2024); fluxo intenso ou coagulopatia (ver "A criança que sangra").

- Depressão, ansiedade, violência sexual ou doméstica.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese (a menstruação é um sinal vital — AAP/ACOG 2006; perguntar em toda consulta — ver "Consulta de puericultura — 11 anos" a "— 16 anos"):

- Menarca, ciclos, fluxo, **início da dor em relação à menarca**, piora ciclo a ciclo, dor fora da menstruação, sintomas intestinais e urinários cíclicos.
- **Impacto**: faltas à escola, idas ao pronto-socorro, analgésico usado (dose e momento — muitas "falhas" são dose baixa ou início tardio).
- Parte da consulta **a sós**, com sigilo e seus limites: vida sexual, contracepção, IST, violência (ver "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência").
- TPM e TDPM: **diário de sintomas por pelo menos dois ciclos** (fase lútea, alívio após a menstruação); rastrear depressão e risco de suicídio.

Exame físico: abdome (massa, dor localizada), **inspeção da genitália externa** (hímen imperfurado ou microperfurado, abaulamento azulado), Tanner. Exame especular e toque **podem ser adiados** na adolescente sem vida sexual com quadro de dismenorreia primária (FEBRASGO 2021; Boston Children's).

Exames:

- Dismenorreia primária típica: **nenhum exame** é necessário.
- **Beta-hCG** em toda adolescente após a menarca com dor pélvica aguda ou atraso menstrual (padrão do site, "Dor abdominal aguda").
- Sexualmente ativa: rastreio de IST; urina tipo 1 se sintoma urinário; hemograma e PCR na suspeita de DIP (FEBRASGO 2021).
- **Ultrassonografia pélvica (via abdominal)** na dor moderada a grave, refratária ou com sinais de secundária (SBP 2020; FEBRASGO 2021); via transvaginal só na adolescente com vida sexual que aceite. **Ultrassom normal não exclui endometriose** (NICE NG73, 2024); ressonância magnética fica a cargo do especialista.
- **CA-125 não serve para diagnosticar endometriose** (NICE NG73, 2024).
- Suspeita de malformação obstrutiva: ultrassonografia pélvica **e renal**.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: gravidez ectópica, torção ovariana, apendicite, DIP e abscesso tubo-ovariano, cisto ovariano roto, hematocolpo, infecção urinária e litíase, doença inflamatória intestinal, violência sexual.

4. Tratamento e seguimento

Medidas para todas:

- **Validar a dor:** dor que faz faltar à escola não é "normal" e merece tratamento.
- **Calor local e atividade física regular** (FEBRASGO 2021). A SBP (2020) orienta reduzir sal e gordura entre as crises e repouso nas crises. TENS, acupuntura e fitoterápicos não são primeira linha (FEBRASGO 2021).

AINE — primeira linha (FEBRASGO 2021, que segue o ACOG nº 760, 2018; MS 2016):

- **Iniciar 1 a 2 dias antes da menstruação** (MS: 2 a 3) **ou ao primeiro sinal de sangramento ou dor** (ciclos irregulares), em **horário fixo** por 2 a 3 dias, após refeições.
- Sem resposta a um AINE em dose plena, trocar por outro de **classe diferente** (FEBRASGO 2021).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ibuprofeno	400–600 mg/dose (≥ 12 anos); < 40 kg, 10 mg/kg/dose	6/6 ou 8/8 h; máx. 2.400 mg/dia	2–3 dias por ciclo (MS: até 7 dias)	MS 2016 (600 mg 8/8 h); bula (400 mg só > 12 anos); padrão do site 5–10 mg/kg/dose
Naproxeno	500 mg na 1ª dose, depois 250 mg (naproxeno sódico 550 mg e depois 275 mg)	6/6 a 8/8 h	2–3 dias por ciclo	Bula do Naprosyn® (dismenorreia); máximo diário conforme bula
Ácido mefenâmico	500 mg/dose	8/8 h	Do início do fluxo; máx. 7 dias	Bula do Ponstan® (dismenorreia); contraindicado < 14 anos
Dipirona	15 mg/kg/dose (máx. 1 g/dose)	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Se o AINE for contraindicado; padrão do site (bula)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 1 g/dose ≥ 12 anos)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor; reavaliar após 48–72 h	Máx. 75 mg/kg/dia e 4 g/dia; padrão do site
Contraceptivo oral combinado (etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150 mcg)	1 comprimido/dia	Diário; regime estendido ou contínuo reduz a dor	Ensaio de cerca de 3 meses; manter se eficaz	MS 2016 (contínuo na endometriose); FEBRASGO 2021
Fluoxetina (TDPM)	10 mg/dia (< 40 kg) ou 20 mg/dia (≥ 40 kg)	1x/dia, contínuo ou só na fase lútea	Conforme resposta	MS 2016; dose do site ("Psicofármacos na criança e no adolescente")

Contraceptivo hormonal:

- Primeira linha junto com o AINE, para quem deseja contracepção ou não responde ou não tolera AINE; os dois juntos ajudam quem segue sintomática (FEBRASGO 2021).
- Opções: oral combinado em **regime estendido**, anel, adesivo; sem estrogênio, **progestagênio isolado** (oral, injetável, implante, **SIU de levonorgestrel**) (FEBRASGO 2021).
- Antes do estrogênio, excluir enxaqueca com aura, trombose ou trombofilia, lúpus, hepatopatia grave e hipertensão (SBP, GPA nº 122/2023; ver "Trombose venosa e trombofilias" e "Lúpus eritematoso sistêmico juvenil").

- Consentimento e sigilo: ECA, CFM e **SBP, Guia Prático nº 122/2023**. Não exige vida sexual e **não protege de IST**: reforçar o preservativo.

O que não usar:

- **Opioides** (risco de dependência) e **inibidores seletivos da COX-2** (risco cardiovascular no uso prolongado) não são recomendados na adolescência (FEBRASGO 2021).
- **Análogos de GnRH** abaixo de 18 anos: evitar (massa óssea); só pelo especialista, com endometriose confirmada e *add-back* (FEBRASGO 2021).
- AINE subdosado, tardio ou associado a outro AINE.
- **Não puncionar nem incisar** hímen abaulado no consultório (risco de infecção do hematocolpo): o tratamento é cirúrgico, pelo especialista.

Endometriose — papel do especialista: imagem, laparoscopia conservadora com biópsia e **supressão hormonal contínua** depois (FEBRASGO 2021). O pediatra **não espera** a confirmação para tratar a dor.

TPM e TDPM (MS 2016):

- Acolhimento, fatores estressantes, exercício, sono; investigar violência. **Contraceptivo combinado** contínuo ou com pausa reduzida, se aceito.
- **ISRS** nos sintomas afetivos intensos ou TDPM, contínuo ou só na fase lútea (menos eficaz, mais tolerada) (MS 2016; ACOG CPG nº 7, 2023), conforme "**Psicofármacos na criança e no adolescente**" (ideação suicida, reavaliação precoce); com depressão, ver "Transtornos Depressivos na Adolescência".

Escola: atestado quando preciso e orientação à escola (banheiro, analgésico, educação física adaptada).

Seguimento: revisar o diário. Dor que persiste com AINE em dose plena e contraceptivo bem usados (a FEBRASGO usa cerca de 3 meses de cada como teste terapêutico) é endometriose até prova em contrário: **encaminhar com prioridade** — sem aguardar o teste se houver sinais de dismenorreia secundária.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Dor **aguda e intensa** que não cede com analgesia oral.
- **Atraso menstrual ou beta-hCG positivo** com dor ou sangramento (ectópica, abortamento).
- **Dor pélvica com febre**, dor à mobilização do colo ou peritonite (DIP grave, abscesso tubo-ovariano — ver "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência").
- **Dor súbita** com vômitos (torção ovariana — ver "Massas e cistos ovarianos e torção ovariana na menina e na adolescente").

- Síncope, hipotensão, sangramento intenso; amenorreia com dor intensa, massa pélvica ou **retenção urinária** (hematocolpo); TDPM com **ideação suicida**.

Como encaminhar (coerente com "Abdome agudo cirúrgico e apendicite aguda na criança"):

1. **Jejum** a partir da suspeita cirúrgica; anotar a hora da última refeição.
2. **Analgesia antes de sair** (dipirona ou paracetamol nas doses da tabela, IM ou IV onde houver); a analgesia não mascara o diagnóstico.
3. **Beta-hCG** (teste rápido) se disponível, **sem atrasar** a remoção.
4. Sinais de choque: acesso venoso e **soro fisiológico 20 mL/kg**; oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; SAMU (192) se houver instabilidade.
5. Contato prévio com serviço com **cirurgia e ginecologia**, sem exames que atrasem.
6. Relatório: última menstruação, beta-hCG, medicamentos, achados do exame.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A cólica tem tratamento. O remédio funciona melhor se começar **um ou dois dias antes** da menstruação, ou logo que ela descer, em horário certo, por dois ou três dias."
- "Bolsa morna e atividade física ajudam. Anote dias de dor, remédios e faltas na escola."
- "Se a dor faz perder aula todo mês apesar do remédio, piora a cada ciclo ou aparece fora da menstruação, volte: pode ser endometriose, que tem tratamento."
- **Procure o pronto-socorro se houver:** dor forte e repentina na barriga, com vômitos; dor com febre; desmaio ou tontura forte; menstruação atrasada com dor ou sangramento; sangramento muito intenso; dor que não melhora com o remédio; não conseguir urinar; pensamentos de se machucar ou de morrer.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico	Clínico; US na dor moderada a grave ou refratária (GP nº 18, 2020)	Clínico; atentar para endometriose (2016)	Ciclo menstrual como sinal vital (2006)	Endometriose também ≤ 17 anos; US mesmo com exame normal (NG73, 2024)	Clínico; alarme: dor desde a menarca (AEPap 2020)	Sem posição específica localizada	Sem exame pélvico na maioria	Segue o NICE
Primeira linha	AINE, ACO; antiespasmódico, ansiolítico	AINE 2–3 dias antes; ibuprofeno 600 mg 8/8 h	Sem diretriz própria localizada	Paracetamol ou AINE por cerca de 3 meses	AINE antes da dor; ACO 30–35 mcg	Sem posição específica localizada	AINE; ACO, anel, DIU	Segue o NICE
Endometriose	Sem posição específica localizada	ACO contínuo; encaminhar se refratária	Sem diretriz própria localizada	≤ 17 anos: ginecologia pediátrica; sem CA-125	Refratária: ginecologia, laparoscopia	Sem posição específica localizada	US, RM, laparoscopia	Segue o NICE
TPM e TDPM	Sem posição específica localizada	ACO contínuo; ISRS contínuo ou na fase lútea	Sem posição localizada (ACOG 2023: ISRS)	Sem diretriz própria localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que a dismenorreia primária é clínica, tratada com **AINE iniciado antes ou no início do fluxo e contraceptivo hormonal**, e que a **falha dessa combinação** aponta para endometriose (FEBRASGO 2021; AEPap 2020; CMAJ 2021). A **SBP** (2020) inclui antiespasmódico e, às vezes, ansiolítico nas crises e indica ultrassonografia na dor moderada a grave ou refratária; o **MS** (2016) inicia o AINE 2 a 3 dias antes. O **NICE** (NG73, 2024) é o mais incisivo: suspeitar também abaixo de 17 anos, ultrassom mesmo com exame normal, **sem CA-125**, e encaminhar a serviço de ginecologia pediátrica e da adolescência. Na TPM e no TDPM, só MS e ACOG (2023) orientam, com ISRS contínuo ou na fase lútea. **O site adota a SBP** e, onde ela não tem posição (doses, TPM, pronto-socorro), **o Ministério da Saúde**, com doses conferidas em bula; antiespasmódico e ansiolítico ficam como adjuvantes opcionais.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte sobre menstruação e faltas à escola em toda consulta.
2. AINE em dose plena, iniciado 1–2 dias antes do fluxo ou ao primeiro sinal, em horário fixo por 2–3 dias; antes de declarar falha, confira dose, horário e adesão.
3. Dor desde a menarca, progressiva, acíclica ou refratária a AINE + contraceptivo é endometriose até prova em contrário: encaminhar com prioridade, sem esperar diagnóstico de imagem.
4. Amenorreia primária com dor cíclica: inspecione o hímen e peça ultrassonografia pélvica e renal; não puncione no consultório.
5. TDPM exige diário de sintomas por dois ciclos; o ISRS segue "Psicofármacos na criança e no adolescente", com vigilância de ideação suicida.
6. Dor aguda intensa, febre, desmaio ou atraso menstrual: beta-hCG e pronto-socorro — ectópica, torção e DIP não podem passar.

Veja também, nesta Biblioteca: **Dor abdominal aguda** (Patologias do consultório); **Abdome agudo cirúrgico e apendicite aguda na criança** (Cirurgia pediátrica); **Massas e cistos ovarianos e torção ovariana na menina e na adolescente** (nesta área); **Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência** (Infectologia); **Psicofármacos na criança e no adolescente — o que o pediatra precisa saber** e **Risco de suicídio na criança e no adolescente — rastreio e manejo pelo pediatra** (Saúde mental); **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia); **Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente** e **A criança que sangra — hemofilia, doença de von Willebrand e outras coagulopatias** (Hematologia); **Consulta de puericultura — 11 anos a 16 anos** (Puericultura).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Adolescência. Dismenorreia primária em adolescentes — estado da arte (Guia Prático de Atualização nº 18), 2020. sbp.com.br
- FEBRASGO, Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto Puberal. Dismenorreia e endometriose na adolescência (Protocolo FEBRASGO nº 90), 2021. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês. Protocolos da Atenção Básica — Saúde das Mulheres, 2016. [PDF](#)
- NICE. Endometriosis — diagnosis and management (NG73), 2017, atualizada em 11/2024. nice.org.uk

- AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). Algoritmo — Dolor menstrual en la adolescencia, 2020. algoritmos.aepap.org
- Boston Children's Hospital. Dysmenorrhea. childrenshospital.org
- Kciuk O, Kives S. Painful periods in adolescents. CMAJ, 2021;193(16):E560. [PMC](#)
- The Menstrual Cycle as a Vital Sign — a comprehensive review (posição AAP/ACOG de 2006), 2024. [PMC](#)
- ACOG. Management of Premenstrual Disorders (Clinical Practice Guideline nº 7), 2023 — apêndice de evidências. [PDF](#)
- Bulas: ibuprofeno 400 mg (Cimed). [PDF](#); Naprosyn®. [PDF](#); Ponstan®. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.