

## Casos Clínicos

# Dismenorrea membranácea durante la menarquia

Belkis Perdomo C., MSc.<sup>1</sup>, Sandi Jiménez P., MSc.<sup>1</sup>, Aracelis Fleites L.<sup>1</sup>, Susel Cruz G.<sup>1</sup>, Nuria Vega B., MSc.<sup>1</sup>, María R. Cabrera D., MSc.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Mariana Grajales", Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

### RESUMEN

La dismenorrea membranosa se caracteriza por dolor menstrual acompañado de la expulsión de la mucosa endometrial en forma de grandes fragmentos, e incluso en una única pieza, con la forma del molde de la cavidad uterina. Se presenta el caso de una paciente con expulsión de un gran molde de endometrio durante la menarquia. Se presentan las imágenes del molde endometrial íntegro de la cavidad uterina y el estudio anatomopatológico.

**PALABRAS CLAVE:** *Dismenorrea membranácea, dismenorrea, endometrio, progesterona*

### SUMMARY

Membranous dysmenorrheal consist of menstrual pain accompanied by the expulsion of endometrial mucosa in the form of large fragments or even in one piece with the shape of the uterine cavity. We present the case of a patient with expulsion of endometrial during menarche. The pictures of endometrial piece, the shape of the uterine cavity and anatomo-pathological study has presented.

**KEY WORDS:** *Membranous dysmenorrhea, dysmenorrhea, endometrium, progesterone*

### INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es definida como dolor tipo cólico en la región inferior del abdomen al comienzo de la menstruación y está asociado al ciclo ovulatorio. Se han descrito dos tipos de dismenorrea: primaria de origen desconocido y secundaria asociada a una causa identificable (1,2).

La dismenorrea membranácea fue descrita por Morgagni en el siglo XVIII. Consiste en el desprendimiento brusco y completo durante la menstruación de la decidua. El molde de mucosa endometrial se comporta como un cuerpo extraño en el interior del

útero y es expulsado en su totalidad mediante contracciones miometriales dolorosas (3-5).

Esta es una entidad cuya etiología es desconocida, en la mayoría de los casos, son resultado de un estado de hiperprogesteronismo similar al ocurrido durante el embarazo. Los altos niveles de progesterona estimulan la conversión de las células estromales en células deciduales (3,6-8).

Presentamos el caso clínico de una paciente adolescente que acude por dolor abdominal intenso y sangrado vaginal, observándose la expulsión de un molde total e íntegro de endometrio.

### Caso clínico

Paciente de 13 años de edad, color de piel blanca, sin historia de sangrado vaginal, ni dolor pélvico, y refiere no haber tenido relaciones sexuales desde hace seis meses.

La paciente es valorada en el servicio de urgencias del hospital por presentar dolor intenso de tipo cólico en hipogastrio, y sangrado vaginal que apareció tres días atrás por primera vez, y que podía estar en relación con la menarquía. Presentó lipotimia en dos ocasiones.

Durante el examen físico se observó un abdomen plano, que sigue los movimientos respiratorios, sin lesiones en piel, ni cicatrices, doloroso a la palpación superficial y profunda en región de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ni tumores palpables.

El examen con espéculo mostró vagina de coloración rosada, con restos de sangre. Por el orificio cervical externo, que se encontraba muy dilatado, se observa la expulsión de una masa de tejido de color rosado pálido, de contorno irregular y consistencia friable.

Se realizaron exámenes complementarios de urgencia. Hemoglobina: 116 g/l; tiempo de coagulación: 1 minuto; tiempo de sangrado: 8 minutos; plaquetas:  $270 \times 10^9/L$ ; leucocitos:  $15 \times 10^9/L$ ; polimorfonucleares  $70 \times 10^9/L$ ; linfocitos  $29 \times 10^9/L$ . Se procedió al alivio del dolor.

Se indicó ingreso hospitalario, a la paciente, mientras se encontraba en sala de observación expulsó por la vagina un molde endometrial total de cavidad uterina con alivio del dolor y mejoría clínica (Figura 1). Se tomó muestra del tejido expulsado para examen anatomopatológico que confirmó las características microscópicas de la dismenorrea membranácea (Figura 2 y 3).



Figura 1. Molde de endometrio completo e íntegro que recuerda la forma de la cavidad endometrial.

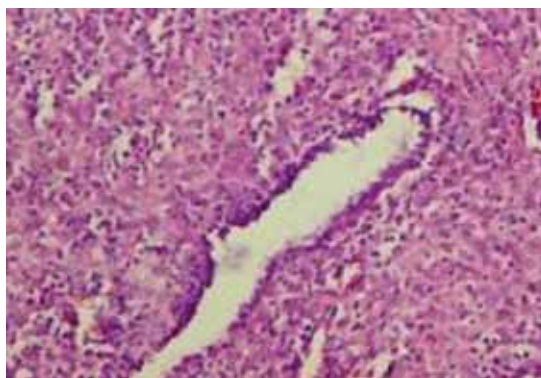


Figura 2. Microfotografía que muestra glándulas endometriales revestidas por células cuboideas

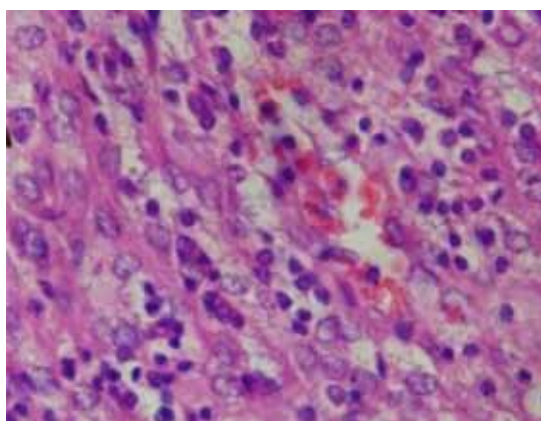


Figura 3. Microfotografía que muestra infiltración por polimorfonucleares y estroma predecidual con células de morfología alargada y fusiforme.

La paciente fue dada de alta y seguida por consulta externa trimestralmente. No ha presentado nuevos episodios.

### DISCUSIÓN

La dismenorrea membranácea se caracteriza por un cuadro dolor hipogástrico de aparición súbito (9). Al diagnosticarla se debe tener en cuenta el examen histopatológico del tejido expulsado, que muestra un endometrio con estroma predecidual o decidual, cuyas células adoptan una forma alargada, y que se encuentra intensamente infiltrado por polinucleares, con unas glándulas revestidas por epitelio cuboideo, hipotrófico, con los núcleos semejando los eslabones de una cadena (10).

A pesar de conocer la existencia de esta patología desde hace tiempo, hay muy pocos artículos

publicados sobre la misma. Los casos revisados predominan en la tercera y cuarta décadas de la vida, en mujeres sin antecedentes de dismenorrea y tras la administración de terapia hormonal con progesterona, sin ninguna relación con la duración ni con la dosis del tratamiento (11).

Existen autores que explican la dismenorrea membranácea como un episodio precoz de aborto con la expulsión temprana de todo el fragmento ovular, también en la expulsión de la reacción decidua en un embarazo ectópico, sin embargo, existen casos descritos en mujeres sin relaciones sexuales (3).

Por otro lado se ha reportado su asociación a los progestágenos. Algunos autores postulan que un exceso de progesterona determinaría una excesiva reacción decidua del endometrio y excesiva infiltración linfocitaria, que al venir el esfacelo menstrual se desprendería en grandes y gruesos colgajos de la capa funcional, lo que explicaría la dismenorrea membranosa (2).

Sin embargo, en la mayoría de los casos la progesterona permite estabilizar el ciclo e incluso mejorar el dolor de la dismenorrea habitual. Lo que sí se sabe es que en un ciclo menstrual normal el nivel de progesterona va aumentando hasta que se produce la regresión del cuerpo amarillo (si no se produce embarazo) con la subsiguiente disminución en la producción de progesterona, que desencadena fenómenos líticos a nivel endometrial, ruptura de la arquitectura endometrial y descamación, ruptura vascular y presencia de sangrado menstrual. Si por aporte externo el nivel de progesterona se mantiene o aumenta, podría dificultar dichos fenómenos líticos a nivel endometrial y la descamación sería más dificultosa (3).

En el caso que nos ocupa no existía uso externo de progestágenos y la posibilidad de embarazo fue descartada. La paciente presentó el cuadro en el curso de su menarquía y en este por primera vez se presenta la evidencia de un molde de endometrio íntegro y total que muestra el contorno de la cavidad uterina (Figura 1).

La baja incidencia de esta afección, ha conllevado a que se encuentren pocos artículos publicados sobre el tema, no obstante se ha observado que haber sufrido un episodio de dismenorrea membranácea no predispone a que se repita, y dicha patología no se asocia a alteraciones posteriores del endometrio que pudiera repercutir en la fertilidad de las pacientes (3).

Es fundamental para realizar el diagnóstico que se tenga en mente la posibilidad de dismenorrea membranácea, tratando así de realizar la demostración anatomopatológica (1).

## CONCLUSIÓN

La dismenorrea membranácea constituye una entidad rara en ginecología, el escaso número de artículos publicados y la poca información al respecto que se puede encontrar tanto en los libros clásicos de ginecología como en los textos actuales avala este planteamiento. La causa, incidencia y posibilidad de recurrencia son desconocidas, por ello es importante presentar evidencia científica de cualquier caso relacionado con esta entidad que pueda incrementar el arsenal de conocimientos sobre la dismenorrea membranácea.

## REFERENCIAS

1. Márquez-Ríos M, Oberto-Leal J, Reyna-Villasmil E, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N. Flujo sanguíneo de las arterias uterinas en mujeres con dismenorrea primaria. *Prog Obstet Ginecol* 2012;55(6):259-63.
2. Urrutia Ruiz M. Dismenorrea. Conceptos generales. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:60-8.
3. Zornoza V, Luengo A, Alpuente A, Martín F, Haya J. Dismenorrea membranosa. Expulsión endometrial completa. *Toko Gin Pract* 2010;69(6):182-4.
4. Veldman J, Van Houdenhove B, Verguts J. Chronic fatigue syndrome: a hormonal origin? A rare case of dysmenorrhea membranacea. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:717-20.
5. Vázquez A, De la Cruz F, Almirall A. Dismenorrea membranacea. A propósito de un caso. *J Multimed* 1997;1(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mul/vol1\\_2\\_97/mul03297.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mul/vol1_2_97/mul03297.htm)
6. Dallenback-Hellweg G, Schmidt D, Dallenback F. Funcional disturbances. In: *Atlas of endometrial histopathology*. Springer, New York, 2010;104-105.
7. Greenblatt RB, Hammond DO, Clark SL. Membranous dysmenorrhea: studies in etiology and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:835-44.
8. Olivera PP, Eyng C, Zin RN, Menegassi J. Membranous dysmenorrhea: a forgotten disease. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31:305-10.
9. Rouanet JP, Daclin PY, Turpin F, Karam R, Salanon AP, *et al*. Imaging of membranous dysmenorrhea. *Eur Radiol* 2001;11:952-4.
10. Rabinerson D, Kaplan B, Fisch B, Braslavski D, Neri A. Membranous dysmenorrhea: the forgotten entity. *Obstet Gynecol* 1995;85:891-2.
11. Omar HA, Smith SJ. Membranous dysmenorrhea: a case series. *ScientificWorldJournal* 2007;7:1900-3.