

HOSPITAL PROVINCIAL
" Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA"

Actualidad en dismenorrea. Revisión bibliográfica.
Updating in dysmenorrhea. A bibliographical review.

Daimi Ríos Samprón (1), Yuleysi Zamora Viera (2)

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica del tema, haciendo énfasis en la etiopatogenia y el tratamiento, teniendo en cuenta que esta afección es una causa muy común de consulta, sobre todo en la adolescencia acompañado los primeros años de la menarquia, no manejándose en muchas ocasiones correctamente, sobre todo en la atención primaria, muchas veces por desconocimiento; para ello se consultó bibliografía actualizada de los últimos años, disponible en libros, revistas, así como artículos de Internet.

Palabras Clave: DISMENORREA

1. Especialista de primer grado en Ginecobstetricia.
2. Residente de segundo año en Ginecobstetricia.

Se considera como dismenorrea a la menstruación difícil o dolorosa. Se presenta como una sensación de dolor cólico localizada en bajo vientre, a menudo acompañado de otros síntomas como sudoración, náuseas, cefaleas, vómitos, diarreas y otros, que precede o acompaña a la menstruación, por lo general se produce en mujeres jóvenes nulíparas, subrayando Hernández de la calle (1) que es uno de los trastornos más frecuentes de las adolescentes y puede representar entre el 48% y el 90% de las consultas realizadas por ellas (2).

Se ha demostrado que las hijas de mujeres con dismenorrea, son propensas a desarrollar el padecimiento; asimismo, se ha encontrado una alta frecuencia en mujeres fumadoras y que consumen alcohol en grandes cantidades (3).

Clasificación

Es difícil de clasificar la dismenorrea según la intensidad del dolor, pues se trata de un síntoma muy subjetivo (personal); la clasificación más importante es la que toma en cuenta su origen, de acuerdo con el cual se dividen en dos grupos.

*Primaria: Aquí se incluyen los pacientes con dismenorrea que no presentan una causa orgánica responsable del síndrome, sino alteraciones a nivel bioquímico, como causantes del dolor.

*Secundaria: Es debido a causas orgánicas como endometriosis malformaciones congénitas del aparato femenino, infecciones del tracto genital, estenosis cervical, dispositivos intrauterinos, tumores, así como adherencias pélvicas.

El dolor de la dismenorrea primaria (DP), suele aparecer el primer día de la regla y se mantiene los dos o tres primeros días, por lo general en mujeres nulíparas menores de 20 años y su inicio suele coincidir con el establecimiento de ciclos ovulatorios (4). Por el contrario, aunque la dismenorrea secundaria también suele aparecer antes de los 20 años es más frecuente que aparezca en mujeres de edad superior a los 20 ó 30 años, aquí el dolor suele ser progresivo con la edad y mantiene unas relaciones temporales con la menstruación menos definida.

Etiopatogenia

Dismenorrea Primaria.

Existen numerosas evidencias que relacionan a las prostaglandinas (Pg) con la DP. La PgF₂ y la PgE₂ se encuentran en concentraciones elevadas tanto en el endometrio secretor, como en el fluido menstrual de las mujeres con DP. La PgF₂, es un potente uteroconstrictor oxitócico; cuando se administra intrauterino provoca un intenso dolor como el de la dismenorrea y ocasionalmente sangrado menstrual (4;5).

En las mujeres con DP la producción endometrial de Pg es mayor que en las mujeres asintomáticas. La mayor parte de la liberación de la Pg durante la menstruación, ocurre en las primeras 48h, lo que coincide con la máxima intensidad de los síntomas. Se ha invocado que la caída brusca de los valores de progesterona al final del ciclo sería responsable de un incremento de las Pg (6). Como decimos el proceso de las contracciones comienza con la regresión del cuerpo lúteo y la caída de los niveles de progesterona. La fragilidad de lisosomas y la lisis de los mismos, inducen la liberación de fosfolipasa, el fosfatidilglicerol de la membrana celular es hidrolizado, liberándose ácido araquidónico que se metaboliza para formar un grupo de precursores que se transforman en Pg F2 alfa y Pg E2.(7). La cefalea, las náuseas, los vómitos y las diarreas se pueden explicar por la entrada de las prostaglandinas y sus metabolitos a la circulación sistémica (8).

Dismenorrea Secundaria

La dismenorrea secundaria(DS) es debida a causas orgánicas como vimos anteriormente. Se inicia varios días antes de la aparición del sangrado menstrual y puede persistir en mayor o menor grado durante todo el ciclo(9). La exploración clínica y ecográfica es obligada al igual que la laparoscopia, para el diagnóstico de la endometriosis, siendo esta la causa más frecuente de la DS. El dolor de la DS puede exacerbarse por aumento de la PgF2 alfa como de hecho ocurre en presencia de endometriosis, miomas o dispositivos intrauterinos. (7)

Clínica

Generalmente aparece en mujeres nulíparas después muchos meses o 1-2 años después de la menarquia coincidiendo con el momento en que los ciclos se hacen ovulatorios, es más frecuente en mujeres alcohólicas, fumadoras, mujeres con antecedentes de enfermedad inflamatorias pélvicas, miomas, endometriosis, mujeres que utilizan dispositivos intrauterinos.

En la mayoría de las mujeres la dismenorrea mejora después de un embarazo que llega al término independientemente de la vía del parto (10; 7; 8). El dolor casi siempre comienza horas antes o coincidiendo con el flujo menstrual y suele prolongarse de horas a días siendo más intenso en las primeras 48h de la menstruación, generalmente no se extiende mas allá de del segundo día suele localizarse por encima de la sínfisis del pubis y puede ser más o menos agudo con carácter espasmódico, como calambres con irradiación habitual lumbosacra y/o en ambos muslos, con frecuencia se acompaña de cefalalgias, náuseas, vómitos, anorexia, diarreas, astenia y nerviosismo.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece fundamentalmente par la anamnesis, la exploración bimanual y la ecografía transabdominal y transvaginal, exploraciones estas que son normales en la DP. El diagnóstico de DP se hace por exclusión; la sospecha de endometriosis debe llevar a la realización de una laparoscopia diagnóstica, esta no debe retardarse porque el facultativo crea que la paciente es demasiado joven o mayor para presentar estos padecimientos (11; 1), otros exámenes que orientan al diagnóstico son la histeroscopia, histerosalpingografía.

Tratamiento

Dismenorrea primaria

Ha experimentado una gran evolución desde la introducción de los anovulatorios, que han constituido uno de los principales tratamientos, asociados a estos o en su lugar se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) inhibidores de las prostaglandinas y analgésicos.

Anticonceptivos orales

Para la paciente con DP que no presenta contraindicaciones para la administración de anticonceptivos orales (ACO) y que además, desea evitar la gestación estos fármacos son probablemente preferibles a los AINE. Los ACO disminuyen la proliferación endometrial disminuyendo los valores de Pg al disminuir el volumen de sangre menstrual y además, al inhibir la ovulación se crea un medio hormonal endometrial similar al de la fase proliferativa, que contiene los valores de prostaglandinas más bajos del ciclo menstrual. Estos fármacos llegan hacer eficaces hasta el 90% de los pacientes(4).

Antiinflamatorios no esteroides

Los AINE inhiben la síntesis de prostaglandinas aliviando sobremanera la sintomatología de la dismenorrea, los más útiles son los derivados del ácido arilpropionico como Naproxeno, Ibuprofeno y los fenamatos como el ácido Mafenámico.

En resumen los más utilizados son:

Naproxeno
Naproxeno sódico
Acido Mafenámico
Ibuprofeno
Meclofenamato
Acido Fluofenámico

El grupo del Acido Acético de entre la familia de los AINE y de los que un ejemplo es la indometacina se asocia con bastantes efectos colaterales y no son fármacos de elección para el tratamiento de la dismenorrea (2; 12)

Los AINE deben de administrarse antes del inicio del dolor (24-36h ante el inicio del flujo menstrual) y continuar de manera ininterrumpida cada 6-8h para evitar la resíntesis de las prostaglandinas durante los 2 ó 3 primeros días de la menstruación y antes de considerar que se ha producido un fallo en el tratamiento debe de administrarse durante 4 ó 6 ciclos.

Fármacos tocolíticos

El uso de estos medicamentos para inhibir la contracción muscular es lógico, desafortunadamente el uso de B miméticos es poco eficaz, el sulfato de terbutalina es eficaz para la inhibición de la contractilidad, uterina, pero sus efectos colaterales y la necesidad de uso endovenoso lo tornan terapéuticamente no practicable.

Antagonistas del calcio

Los fármacos antagonistas del calcio tienen un lugar en el tratamiento de la D.P; existen evidencias suficientes en la literatura que demuestran el efecto del nifedipino sobre la actividad miométrial de mujeres con dismenorrea(4), dicha actividad es abolida en más del 70% de pacientes en los 10-30 minutos posteriores a la administración sublingual de 20-40mg de nifedipino, el dolor desaparece completamente coincidiendo con la desaparición de la actividad uterina, la mejoría dura más de 5 horas, la falta de efectos secundarios severos hace que para muchos autores constituya el tratamiento de elección para aquellas pacientes con contraindicaciones para el uso de AINE o AOC, o por su rapidez de acción, para aquellas que consultan de urgencia por crisis intensas de dolor.

Otras alternativas del tratamiento

Si la mujer no mejora con los AINE o AOC es necesario revalorar el caso para poner en evidencia la posibilidad de alteraciones ginecológicas o no ginecológicas, siendo el cuadro realmente una dismenorrea secundaria. Dawood asevera que es conveniente dilatar el cuello hasta la bujía 10 de Heggard lo cual lleva al alivio temporal de la dismenorrea por destrucción de fibras y plexos cervicales, con la consiguiente desinervación parcial cervical, considera además que la dilatación aumenta temporalmente el diámetro del conducto endocervical y mejora la expulsión del fluido menstrual, disminuyendo el tiempo de contacto entre las prostaglandinas endometriales y la pared uterina(3).

El calor en abdomen o espalda disminuye el dolor, sentarse en un baño de agua caliente 10-15 minutos diarios mejora la sintomatología (13). El calor continuo y tópico a nivel del hipogastrio es una terapia tan efectiva como el ibuprofeno para el tratamiento de la dismenorrea (3)

Neurectomía Presacra

Constituye un procedimiento racional y eficaz en los pacientes que padecen de dismenorrea muy intensa y no responden al tratamiento conservador (14;8), dado que, aunque alivia totalmente el dolor es una intervención quirúrgica mayor no exenta de riesgos, y que no hay garantía de una respuesta benéfica, es un método en desuso. La resección de los ligamentos uterosacros y la simpatectomía lumbar y ovárica son técnicas abandonadas (7).

La acupuntura puede ser exitosa para el tratamiento de la dismenorrea; la auriculoterapia incluso en su forma más sencilla de fijar semillas en puntos auriculares, sola o en combinación con fórmulas herbales puede resultar muy efectiva(15). Las semillas de Vaccaria sagitales, se colocan una semana antes de la fecha prevista para la menstruación y se masajean de tres a cinco veces por día durante 10 minutos con una duración de 15 días el tratamiento.

Los parches de trinitrato de glicerina producen relajación de la contractilidad uterina; ninguna de las contraindicaciones que tiene los AINE y los AOC se aplican al trinitrato de glicerina y por tanto en estas circunstancias pueden ser llamados a tener en cuenta (3).

Otras medidas a tener en cuenta son aumentar el consumo de agua, jugos, verduras, frutas, dietas ricas en ácidos grasos polinsaturados omega 3, que están contenidos en aceite de pescado, estos ácidos compiten con el ácido graso omega 6 para disminuir la producción de prostaglandias y leucotrienos. Se recomienda realizar ejercicios físicos, ya que favorecen la circulación mejorando las molestias y el estado de ánimo, evitar el tabaquismo y el consumo de alcohol, así como reducir el consumo de condimentos y carnes.

Dismenorrea secundaria

El tratamiento consiste en el tratamiento específico de la causa orgánica que la provoca.

ABSTRACT

A bibliographical review of the topic was done, emphasizing the etiopathogenesis and treatment taking into account this disease is a very common cause of visit to the doctor above all in adolescence accompanied the first years of menarche in many occasions not correctly treated especially in primary care, many times because of lack of knowledge. That's why an updated bibliography of the last years was consulted in books, magazines as well as articles found in Internet.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández de la Calle I, Gussinyé M, Carrascosa A. Función Ovárica. En: Argente Oliver J, Canascosa Lezcano A, Gracia Bouthelier R, Rodríguez Hierro F., eds. Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. 2 ed. Barcelona: Doyma 2000; 945 -65.
2. Tejerizo López JC, Tejerizo García A, Borrego Estella V, Gómez Serranor M, García Roble MR. Protocolo de actuación sobre dismenorrea. Salud total 2003;(03): 155-162
3. Monterrosa A. Dismenorrea primaria: Visión actual. [en línea] 2001 noviembre [fecha de acceso 2003 octubre 6] URL disponible en : <http://www.encolombia.com/medicina/ginecología/obstetricia/52401dismenorrea.htm>
4. Carmona F. Dismenorrea. [en línea] 1999 Diciembre 03.[fecha de acceso 20 de mayo 2003] ; 57(1323). URL disponible en: <http://www.atenciónprimaria.com>
5. Martínez-Guisasola J, Ferrer J, Díaz F, Alfonso F, Guerrero M. Niveles plasmáticos de B endorfina en la dismenorrea primaria. Prog Obst Gin 1999; 42(8) : 572-578.
6. Hauksson A, Akirlund M. Plasma Concentrations of Vassopresin and PGF 2 alfa in females with primary dysmenorrhea, before and during oral contraceptive treatment. J Endocrinol 1987; 115: 355-5.
7. Arbuís Lacadena J. Dismenorrea. Protocolos de Obstetricia y Ginecología. Madrid, SEGO 2001; Proto A2 / prot 2- 56 htm
8. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Trastornos Mentruales. En : Speroff L, Glass RH, Kase NG. Eds. Endocrinología ginecológica e infertilidad. Madrid: Wauerley Hispánica Organón: 2000. p: 557-63.
9. Kennedy ST. Primary dysmenorrhea. Lancet 1997; 349: 1116-7.
10. Sundell G, Milson I, Andernach B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 588-94.
11. Hammond CB, Riddick DH. Menstruación y trastornos de la función menstrual. En: Scott JR D, Sala PJ, Hammond CB, Spellacy WN., eds. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p:631-44.
12. Analgésicos para la dismenorrea primaria. [en línea] 2002 Diciembre 15 [fecha de acceso 2003 Octubre 10] . URL disponible en: <http://www.infodoctor.org/dolor/CP066.html>
13. Dismenorrea primaria. [en línea] 2002 Marzo 05 [fecha de acceso 2003 Octubre 10] . URL disponible en: <http://www.Conalsalud.com/elmedicodefamilia/guia-enfermedades/enfermedades/DISMENORREA.htm>
14. Wentz AC. Dismenorrea, Síndrome premenstrual y otras alteraciones. En: Jones HW, Wentz AC, Burnett LS editores. Tratado de Ginecología de Novak. 11 ed. Mexico: Interamericana McGraw-Hill 1991. p: 211-30.
15. El rincón de la Medicina China. [en línea] 2003 Octubre 01 [fecha de acceso 2003 Octubre 10] . URL disponible en: <http://www.bluepoppy.com/>