

DISMENORREA

* Dra. Roxana B. Burgos Portillo

* Dr. Edgar Iturri Bozo

* Dr. Eloy Reynolds Mejia

* Medicos Familiares

I. DEFINICION

Dismenorrea (de dys: difícil, mens: mes y rhoja: flujo), bajo el término de “Cólicos Menstruales”, “Dolores Menstruales”, “Menstruación Dolorosa”, o “Trastornos Menstruales” se define como la menstruación difícil o dolorosa. La característica principal es su periodicidad mensual y la presencia de dolor.

II. EPIDEMIOLOGIA

Mundialmente su importancia viene marcada por ser un problema de gran magnitud, en la gran mayoría de las mujeres. La incidencia varía de un 10 al 90% donde las menstruaciones han sido dolorosas en algún momento de la vida según la población estudiada; la prevalencia de la dismenorrea en la adolescencia es de 43 a 93%. Entre el 10 a 15% de las mujeres que la padecen, pueden presentar cuadros severos de dolor, y en el 5% pueden ser tan severo que genera notoria incapacidad para las actividades diarias, siendo importante causa de ausentismo académico y/o laboral de 1 a 3 días.

III. ETIOPATOGENIA

La etiopatogénia varía de acuerdo a la clase de dismenorrea:

1. Dismenorrea primaria ocurre sin una causa aparente, el dolor se atribuye a:
 - Los niveles de prostaglandinas están elevadas en la sangre menstrual de las pacientes con dismenorrea primaria, la PE-2 (produce vasodilatación y disminuye la agregabilidad plaquetaria) y particularmente la PF-2alfa (es un potente estimulante de la contractibilidad uterina); esta prostaglandina es sintetizada y liberada a nivel endometrial, actúa sobre los receptores presentes en los vasos rectos, produciendo vasoconstricción marcada que conllevará a la necrosis endometrial, a la vez modifica la

contractibilidad de las fibras uterinas produciendo isquemia al interior del miometrio uterino y la contracción miometrial es de tal intensidad que producirá aumento en la presión intrauterina hasta 200 o 300mm de Hg., con aumento del tono basal y disminución en el nivel de relajación entre contracciones. Además de sensibilizar las terminaciones nerviosas.

- Elevación de los niveles de leucotrienos.

2. dismenorrea secundaria es causada por :

- Endometriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Adenomiosis
- Quistes de ovario
- Embarazo patológicos (intra o extrauterinos)
- Alteraciones obstructivas de las vías genitales
- Miomas uterinos
- Tumores en cavidad pélvica
- Adherencias abdominales
- DIU

Se a sugerido una predisposición genética directa para la dismenorrea, puesto que afecta con mayor frecuencia a hijas de madres con dismenorrea primaria. Hay factores de riesgo que incrementan el dolor:

- Menarca temprana (menor a 11 años)
- Periodos menstruales largos
- El tabaquismo
- El alcohol
- La obesidad

IV. MANIFESTACIONES CLINICAS

- Dolor pélvico crónico, en la dismenorrea primaria es de tipo cólico, sensación de calambre o pesadez a nivel de hipogastrio, o en la región púbica, dolor que se irradia a región dorso-lumbar, muslos y sacro. Dolor cíclico que va asociado siempre a la fase menstrual, relacionada con ciclos ovulatorios,

se inicia 2 a 3 días antes del despeño menstrual alcanzando su pico con el mayor volumen del flujo menstrual, desapareciendo en forma gradual al final del día, generalmente dura de 8 a 72 horas. En la dismenorrea secundaria puede el dolor presentarse durante otras etapas del ciclo menstrual, incluso una semana antes; es un dolor continuo, prolongado, persistente que va en aumento durante el periodo menstrual, algunas veces el dolor dura uno o tres días más que el periodo.

- Náusea. y vómito.

- Diarrea..
- Cefaleas
- Astenia o sensación de cansancio y debilidad muscular.
- Lumbalgia
- En casos extremos se puede acompañar de lipotimias o pérdidas súbitas de conciencia, mareos y nerviosismo.

Andersch y Milson clasificaron la severidad de la dismenorrea primaria en grados:

GRADO DE SEVERIDAD	ACTIVIDAD LABORAL	SINTOMAS SISTEMICOS	NECESIDAD DE ANALGESICOS
Grado 0	No afectada	No dolor menstrual	No requeridos
Grado 1	Raramente afectada	Sin efecto sistémico Dolor leveTolerable	Raramente Requerido
Grado 2	Actividad Moderadamente Afectada	Efectos sistémicos escasos. Moderado dolor	Siempre requeridos
Grado 3	Actividad Claramente afectada	Efectos Sistémicos Severos: nauseas, vómitos, colapsos	Siempre requeridos Ocasionalmente con pobre respuesta

V. DIAGNOSTICO

- Anamnesis investigara las características del dolor que es diferente entre las dos clases de dismenorrea; en la dismenorrea primaria el resto de exámenes es normal y el diagnóstico es por exclusión
- Exploración física se pueden encontrar alteraciones a la inspección o palpación de acuerdo a la causa de la dismenorrea secundaria.
- Hemograma, VES en busca de infección
- Ecografía
- Laparoscopia.

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Entre dismenorrea primaria y secundaria.
- Causas Urológicas: IVU, Litiasis renal, Diverticulosis, Cistitis intersticial, Neoplasia cervical.
- Causas Gastrointestinales: Síndrome de Colon Irritable, Diverticulitis, Hernias, Constipación Crónica, Neoplasias, Endometriosis Intestinal.

- Causas Músculo Esqueléticas: Desviaciones de la columna lumbar, Hernias discal, Lesiones músculo esqueléticas.
- Causas Psicógenas

VIII. TRATAMIENTO

El tratamiento esta dirigido a aliviar el dolor y se divide en tres grupos de medidas:

1. Tratamiento no farmacológico:

- Psicoterapia, en los casos de dismenorrea leve puede bastar con la explicación a la mujer de los acontecimientos naturales que se producen durante la menstruación; si esto no funciona añadiremos un analgésico (paracetamol), se debe animar a la mujer a continuar su vida normal y las actividades habituales que venía realizando.
- El calor local como una almohadilla térmica sobre el abdomen y los masajes suaves pueden ayudar a encontrar mejoría y aliviar los síntomas.
- El ejercicio físico regular parece mejorar el cuadro y reducir los síntomas así como la intensidad del dolor.

- Evitar el insomnio, el estrés y la cafeína, pueden aumentar la intensidad de los dolores.
- Aceites de pescado

2. Tratamiento farmacológico

- a. Anticonceptivos Orales (ACOS): se usa en algunos casos severos y en algunos trastornos como la endometriosis, (se pueden administrar incluso a las niñas que no son sexualmente activas). Su acción se basa en inhibir la ovulación y que el endometrio tenga menor espesor con lo que se producen menores cantidades de prostaglandinas que, como veíamos antes, son responsables del cuadro clínico. Su eficacia es del 90%. Son de elección cuando la mujer quiere realizar control de la natalidad, pero muchas pacientes rechazan sobre todo las adolescentes porque es incomodo tomar cada día y prefieren los AINEs por ser tratamiento corto.
- b. AINEs: El tratamiento esta fundamentalmente dirigido a inhibir la síntesis de prostaglandinas a nivel endometrial. El mecanismo de acción de los AINEs se basa en la inhibición de la enzima ciclooxigenasa, bloqueando la producción de prostaglandinas, mediadoras del mecanismo de la inflamación. La ciclooxigenasa tiene 2 tipos o isoformas que son:
 - La ciclooxigenasa 1 (COX1): producen las prostaglandinas protectoras de la microcirculación gástrica, hepática y renal

- La ciclooxigenasa 2 (COX2): producen prostaglandinas responsables del proceso inflamatorio. La mayoría de los AINEs inhibe la actividad de ambas isoformas, pero en mayor medida la de la COX-1. Por esta razón el AINE ideal debería inhibir solamente el COX2, lo que evitaría los efectos adversos como ser la hemorragia digestiva, una de las más peligrosas y frecuentes. En diferentes estudios se a visto un beneficio significativo con el uso de AINEs comparados con placebo, con un alivio al menos moderado del dolor en las primeras 8-24 hrs. durante 3-5 días, con inicio del tratamiento 24 a 48 hrs. antes de la menstruación en mujeres con ciclos regulares; en estos mismos estudios se vio que no hay diferencia entre los diferentes AINEs, en el cuadro N° 1 se menciona los diferentes AINEs y las dosis. La de estos eficacia llega a un 70%. Estos medicamentos se pueden usar durante 6 meses y hacer una nueva valoración para ver la evolución, si han ido bien se pueden mantener un tiempo más, si fracasan se debe realizar un estudio más intenso en busca de otras enfermedades y en caso de que se descarten se pueden usar otros fármacos.

CUADRO N°1

ESPECIFICIDAD	AINE	DOSIS
INHIBIDOR ESPECIFICO COX2	Rofecoxib	50mg/día (inicio) 25-50mg día
INHIBIDOR PREFERENCIAL COX2	Meloxicam Nimesulida Celcoxib	
NO ESPECIFICOS INHIBIDORES COX1 -. COX2	Ibuprofeno Naproxeno Diclofenaco Indometacina Piroxican	400mg c/12 -8 hrs. 500mg (inicio) 250mg c/8hrs. 50mg c/8hrs. 25-50mg c/6 – 8hrs. 10mg c/12 hrs. ó 20mg/día

- c. Paracetamol 500mg c/ 8hrs: su uso se limita a :
 - Dismenorrea leve que no responde a tratamiento no farmacológico
 - Cuando esta contraindicada el uso de AINEs por sus efectos adversos.
- d. Antagonistas del calcio o beta adrenérgicos que producen disminución de la contractilidad

- uterina, se utilizan como último recurso farmacologico, posterior a esto se valorará la cirugía (Dilatación cervical, histerectomía, etc)
- e. Suplementos Vitamínicos. Vitamina B3 (niacina): 200 mg de niacina al día durante el ciclo menstrual, luego 100 mg cada dos o tres horas mientras se experimentan cólicos menstruales; una combinación de niacina con

300 mg de vitamina C y 60 mg del flavonoide rutin a diario. La niacina puede no ser muy efectiva, a menos que se tome de siete a diez días antes de inicio de la menstruación.

- f. DIU liberadores de levonorgestrel: Produce un menor crecimiento endometrial, generándose una pseudodecidualización, la cual disminuye el sustrato para la formación de proglándulas. Esta indicada su uso en :
- Pacientes que usan DIU liberadores de cobre, las que producen dismenorrea secundaria por endometritis aséptica
 - Dismenorrea primaria severa

3. Quirúrgico.-

En mujeres en quienes la dismenorrea severa persista a pesar de los AINES y/o anticonceptivos orales, puede que requieran tratamiento quirúrgico:

- a. Laparoscopia: Es indiscutible su indicación, es importante para una evaluación más precisa, en muchos estudios controlados aportaron información del alivio del dolor. Al mismo tiempo es conveniente dilatar el cuello hasta el dilatador de 10 Hegar, llevando a un alivio temporal de la dismenorrea, por destrucción de fibras y plexos cervicales, con la consiguiente denervación parcial cervical: esta dilatación aumenta temporalmente el diámetro del conducto endocervical y mejora la expulsión del fluido menstrual disminuyendo el tiempo de contacto
- b. Manipulación espinal.

IX. COMPLICACIONES

La dismenorrea primaria no suele tener complicaciones. En la dismenorrea secundaria es preciso un estudio exhaustivo de las causas que pueden producir este síntoma para tomar las medidas oportunas más adecuadas de acuerdo al caso.

X. PREVENCIÓN

No existen medidas preventivas específicas para la dismenorrea primaria: En la dismenorrea secundaria evitar las enfermedades de transmisión sexual, lo que disminuirán las EPI y por ende disminuirá la dismenorrea asociada con estas enfermedades.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marjoribanks J, et al. [Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea (Cochrane Review)]. In: the Cochrane Library, 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons,
2. Monterrosa Castro A. Dismenorrea primaria. Visión Actual. *Selecta Médica* 1997; 8(1):1-28
3. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Neuroestimulación eléctrica transcutánea y acupuntura para la dismenorrea primaria. *La Biblioteca Plus* 2005; (2): 1-34
4. WY Zhang , Li Wan PA. Efficacy of minor analgesics in primary dysmenorrhoea: a systematic review *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;105:780-789.