

Dismenorrea en adolescentes

Autor: Dra. Julissa María Garisto Risco ^{1,2}

Dismenorrea se define como el dolor tipo cólico percibido en bajo vientre relacionado al período menstrual. Se puede clasificar de dos formas según el origen del dolor, primaria cuando no existe causa orgánica evidente o secundaria cuando se asocia a una patología subyacente¹. Por otro lado, el dolor pélvico crónico es definido por la ACOG como un dolor pélvico no cíclico que dura al menos 3 meses de duración o un dolor cíclico durante 6 meses que interfiere con al menos una de las actividades de la vida diaria.

En la población adolescente, la dismenorrea es la principal causa de consulta ginecológica y también de ausentismo escolar, laboral o de otras actividades. Es una condición muy prevalente que afecta a un 40-50% de las mujeres jóvenes. Aproximadamente el 10% de las adolescentes que refieren dismenorrea pueden llegar a presentar un problema orgánico secundario. Pese a la alta prevalencia de dismenorrea en las adolescentes, un alto porcentaje no solicita atención médica o es subtratada. Estudios realizados en distintas poblaciones mostraron que 30 a 70% de las adolescentes se automedicaban para manejo de la dismenorrea, sin embargo más de la mitad lo hacía con dosis inadecuadas.

La menarca se define como el inicio de los ciclos menstruales. En Panamá no contamos con estudios que nos den a conocer la edad media de la menarca en nuestra población. En las adolescentes el mecanismo de feedback positivo del estrógeno sobre la hormona luteinizante (LH) no madura sino hasta 2 a 5 años postmenarca, lo que se conoce como inmadurez del eje hipotálamo - hipófisis - gonadal (Figura 1). Como consecuencia 50 a 80% de los ciclos menstruales son anovulatorios e irregulares durante los dos primeros años postmenarca y aproximadamente 10 a 20% persisten hasta los 5 años.

Dado que la dismenorrea requiere de ciclos ovulatorios, se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes intermedias y tardías, una vez que ya se han regulado los ciclos menstruales.

¹ Ginecología Pediátrica. Servicio de Ginecología. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Panamá, República de Panamá.

Correo electrónico: info@doctoragaristo.com

² Ginecología Infanto-Juvenil. Consultorios Médicos Punta Pacífica. Piso 2. Consultorio 209. Panamá.

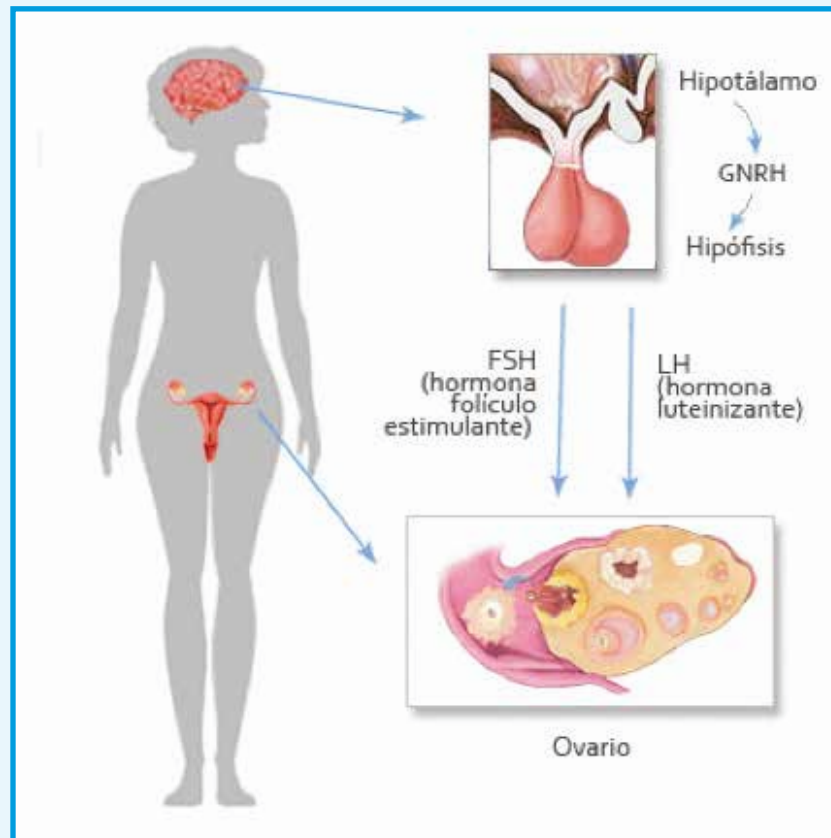


Fig.1 Eje Hipotálamo-Hipófisis- Gónada.

Dawood ² es uno de los autores que más ha profundizado en la fisiopatología de la dismenorrea primaria. Describe que existe una sobreproducción anormal de prostanoideos y posiblemente eicosanoides por el endometrio, que producen contracciones uterinas anormales.

La sobreproducción de prostaglandinas por el endometrio se debe a que posterior a la ovulación, con el progresivo descenso de la progesterona al final de la fase lútea, se produce labilización de los lisosomas. Esto produce liberación de la enzima fosfolipasa que generará hidrólisis de los fosfolípidos de membrana con el consecuente aumento de ácido araquidónico. La ciclooxigenasa actúa sobre el ácido araquidónico produciendo biosíntesis de endoperóxidos cíclicos. Sobre estos últimos productos actúan una serie de enzimas que generarán finalmente Prostaciclina (PGL₂), Prostaglandina (PG) F₂ α , PGE₂ y Tromboxano (TxA₂)³ Figura 2. TxA₂, PGF₂ α y PGE₂ estimulan la contracción muscular uterina, vasoconstricción e hipersensibilización de las fibras uterinas, lo que produce isquemia y finalmente calambres que se traducen en dismenorrea. Síntomas como las náuseas, vómitos o diarrea ocurre en el 60% de los pacientes, raramente síncope y fiebre, y es similar a los efectos adversos de las prostaglandinas.

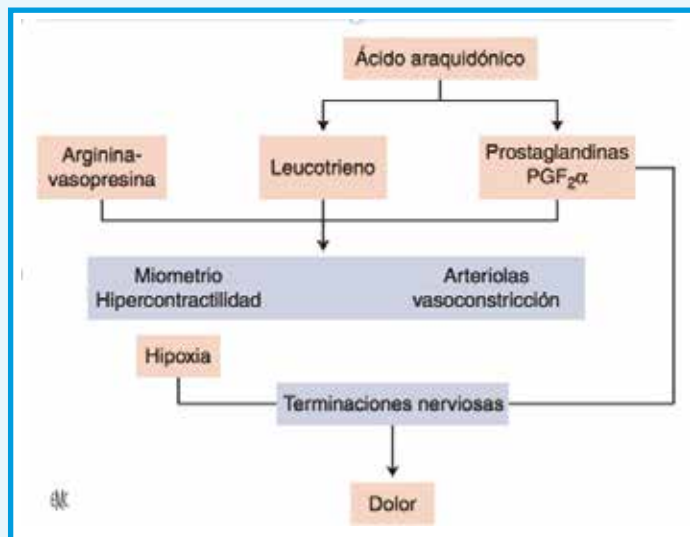


Fig 2. Fisiopatología de la Dismenorrea primaria³

Las mujeres eumenorréicas tienen patrones de contracciones que son influenciados por esteroides sexuales, PG y otras sustancias uterotónicas. En la mujer normal el tono basal uterino es menor a 10 mm/Hg y se producen de 3 a 4 contracciones cada 10 minutos, sincrónicas y rítmicas, alcanzando un máximo de 120 mm/Hg. Mientras que en las mujeres con dismenorrea primaria se presentan 4 contracciones anormales aisladas o combinadas, tono basal elevado (mayor a 10 mm/Hg), alcanzan mayores presiones con la contracción llegando incluso a más de 150-180 mm/Hg y mayor número de contracciones por minuto, no rítmicas e incoordinadas. Esto lleva a mayor isquemia y por lo tanto dolor. Si hay más de una contracción anormal, se produce sinergia y el umbral del dolor es sobrepasado frente a menores estímulos.

La dismenorrea primaria se caracteriza por calambres espasmódicos menstruales, intermitentes que se inician pocas horas antes o con el inicio de la menstruación y dura dos a tres días. El dolor es mayor el primer o segundo día de la menstruación, precisamente las primeras 24 a 36 horas (tabla 1), coincidente con el mayor flujo menstrual y con la mayor producción de PG liberada al fluido menstrual.

Tabla 1. Dismenorrea primaria: visión actual. Evaluación de la severidad de la dismenorrea

Grado de severidad	Actividad laboral	Síntomas sistémicos	Necesidad de analgésicos
Grado 0	No afectada	No dolor menstrual	No requeridos
Grado 1	Raramente afectada	Sin efecto sistémico Dolor leve tolerable	Raramente requeridos
Grado 2	Actividad moderadamente afectada	Efectos sistémicos escasos Moderado dolor	Siempre requeridos
Grado 3	Actividad claramente afectada	Efectos sistémicos severos: náuseas, vómitos, colapsos Dolor intenso	Siempre requeridos ocasionalmente con pobre respuesta

Es importante preguntar a la paciente terapias utilizadas en el pasado para el manejo del dolor. Varios estudios describen que en un alto porcentaje no utiliza la dosis adecuada para manejar el dolor. También se debe obtener información acerca de inicio de actividad sexual para descartar infecciones de transmisión sexual y patología relacionada con embarazo.

En la mayoría de los casos el examen físico general y segmentario resulta normal. En el caso particular de las adolescentes que no han iniciado actividad sexual, que presentan la clásica historia de dismenorrea leve a moderada, el examen pélvico no es necesario. Sin embargo hay otros autores que sugieren de todos modos realizar un examen de los genitales externos para excluir anomalías del himen o vagina distal. Tabla 2

Tabla 2. Clasificación de las dismenorreas⁴

Características de los síntomas	Dismenorrea primaria	Dismenorrea secundaria
a) Inicio del dolor	1 a 2 años después de la menarquia	Más de 2 años después de la menarquia.
b) Aparición en relación con la menstruación	Al inicio	1 a 2 días antes
c) Duración	48 a 72 h	4 a 6 días
d) Antecedentes ginecológicos	Ninguno	Existe algún antecedente
e) Examen ginecológico	Negativo	Hallazgos de: - Retroversión uterina - Ligamentos útero-sacros dolorosos - Anejos dolorosos - Tumoración palpable

En la dismenorrea secundaria el dolor se describe una a dos semanas antes de la menstruación y persiste hasta terminar el sangrado. Un inicio del dolor inmediatamente post-menarca o dolor en una paciente que tiene claramente ciclos anovulatorios, debe hacer sospechar al clínico la posibilidad de una malformación obstructiva del tracto genital.

La principal causa de dismenorrea secundaria en adolescentes es la endometriosis.

Otras etiologías a tener presente son: enfermedad inflamatoria pélvica, absceso tuboovárico, quistes ováricos y más raro neoplasia ováricas. Los pólipos y miomas son poco frecuentes en la adolescencia.⁵

Los AINES son considerados como el tratamiento de primera línea en el manejo de la dismenorrea tabla 3. Si no hay mejoría con el uso de un esquema adecuado de AINES, en término de 3 ciclos menstruales, entonces hay que sumarle un AOC (anticonceptivo oral combinado) y hacer una prueba terapéutica por 3-4 ciclos más.⁶

Tabla 3. Dosificación de AINES en pacientes con dismenorrea.³**Antiprostaglandinas principales para el tratamiento de la dismenorrea.**

DCI	Dosificación	Dosis diaria
Ibuprofeno	200, 400 mg	De 200 mg × 3 a 400 mg × 3
Flurbiprofeno	50, 100 mg	100 mg × 2-3
Naproxeno	250, 500 mg, etc.	500 mg × 1-2
Ácido mefenámico	250 mg	500 mg × 3
Diclofenaco	25, 50 mg	50 mg × 2

DCI: denominación común internacional.

Los AOC suprimen la ovulación y el crecimiento del tejido endometrial, con la consiguiente disminución del volumen de fluidos, secreción de prostaglandinas, disminuyendo así la presión uterina y la intensidad de sus contracciones. Si aún persiste la dismenorrea a pesar de AINES + AOC, entonces la paciente es candidata a una laparoscopia diagnóstica⁶, ante la alta sospecha clínica de endometriosis, en cuyo caso, la detección temprana es la clave para mejorar el pronóstico a largo plazo.

Referencias

1. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S et al. Primary Dysmenorrhea in Adolescents: Prevalence, Impact and Recent Knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015;13(2):512
2. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol.* 1990; 33 (1):168-78.
3. Fevre A, Burette J, Bonneau S, Derniaux E. Dismenorreas. EMC – Ginecología-Obstetricia. 2014; 50(4):1-10.
4. Peláez Mendoza J. Recomendaciones en el manejo práctico de adolescentes que consultan por dolor pelviano crónico. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia.* 2014;40(2):233-245.
5. Debain L, Sauvanet E, Petit E, Azria E. Dismenorreas. EMC Tratado de Pediatría. 2017; 21 (1):1-5.
6. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006 Dec;19(6):363-71