



DISMENORREA

La dismenorrea o regla dolorosa es un problema importante porque puede llegar a alterar la calidad de vida, y porque es, algunas veces, manifestación de otras patologías.



CLASIFICACIÓN

En función de su etiología, podemos clasificar la dismenorrea en secundaria, (si hay una causa conocida), o primaria, (si no existe una causa demostrable).

DISMENORREA PRIMARIA: dolor abdominal en hipogastrio recurrente, tipo calambre, que ocurre durante la menstruación, en ausencia de patología objetivable. Se trata de un diagnóstico de exclusión, (una vez hemos descartado todos los demás). Es más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes.

DISMENORREA SECUNDARIA: mismo dolor, pero explicado por presencia de patologías como endometriosis, adenomiosis o miomas uterinos. La dismenorrea secundaria suele acompañarse de algunos datos que pueden hacernos sospechar la presencia de patología subyacente: útero aumentado de tamaño, dolor con las relaciones o resistencia al tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil estimar la prevalencia real de la hipermenorrea, pero se cree que la dismenorrea está infradiagnosticada e infratratada. Se estima que el dolor de regla afecta al 50-90% de mujeres en edad reproductiva, la mayoría jóvenes y sin patología subyacente. Es más habitual que la dismenorrea aparezca una vez se ha producido la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, que puede tardar hasta 5 años desde la menarquia.

La dismenorrea primaria tiende a resolverse con el paso de los años y más aún después del primer parto. Por su parte, la dismenorrea secundaria se desarrolla y con frecuencia empeora con el paso de los años.

FACTORES DE RIESGO:

- Ser joven (adolescente)
- Tabaco y el estrés.
- Pequeña predisposición familiar

FACTORES PROTECTORES:

- Ser joven en el primer parto
- Multiparidad
- Uso de anticonceptivos hormonales

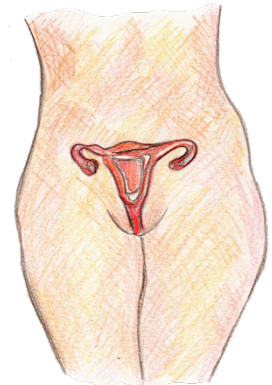




PATOGENESIS

En la patogénesis de la dismenorrea, las prostaglandinas liberadas por desprendimiento endometrial al comienzo de la menstruación juegan un papel importante en la inducción de contracciones uterinas.

Estas contracciones son no rítmicas o descoordinadas, y ocurren a alta frecuencia (más de 4-5/10 minutos). A menudo comienzan con un tono basal elevado (más de 10mmHg) y dan como resultado un alto nivel de presión intrauterino, con frecuencia mayores a 150-180 mmHg, que puede llegar a 400mmHg. Cuando la presión uterina excede a la presión arterial, se desarrolla isquemia uterina anaeróbica. Los metabolitos se acumulan, lo que estimula las neuronas dolorosas tipo C, y resulta en dismenorrea.



Es probable que la activación de los receptores de estiramiento también desempeñe un papel en la percepción del dolor.

¿CÓMO SABEMOS TODO ESTO? En estas pacientes con dismenorrea primaria, está elevada la concentración endometrial de prostaglandinas, y esta elevación es directamente proporcional al dolor referido durante la regla. Además, en las mujeres tratadas con antiinflamatorios no esteroideos, (inhiben la síntesis de prostaglandinas), mejoran los síntomas, disminuye la presión intrauterina, la contractilidad, y los niveles de prostaglandinas en el flujo menstrual. Además, los estudios Doppler demuestran elevación de presión de las arterias uterinas.

DOLOR DE REGLA

El dolor de regla suele comenzar 1-2 días antes del inicio de la regla, disminuyendo habitualmente en las siguientes 12-72h. Se trata, además, de un dolor recurrente, (ocurre en la mayoría de los ciclos). La dismenorrea puede ser referida como un dolor tipo calambre, intermitentemente intenso o como un dolor sordo continuo.

El dolor de la dismenorrea se localiza en parte baja del abdomen, a veces irradiado a la espalda o los muslos. Cuando el dolor no se centra en la línea media, se debe sospechar otro tipo de patología. Este dolor puede llegar a ser muy intenso y afectar mucho la actividad diaria. En ocasiones asocia náuseas, diarrea, fatiga, dolor de cabeza, y mal estado general.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la dismenorrea es fundamentalmente clínico. La dismenorrea primaria debe ser un diagnóstico de exclusión, descartando cualquier patología subyacente, no solo genital (EPI, endometriosis adenomiosis, miomas), sino también digestiva o urológica.



HISTORIA CLÍNICA: además de indagar en la historia factores de riesgo para otras patologías que puedan producir dismenorrea de forma secundaria, debemos descartar síndromes que asocien dolor crónico o incluso si existe alguna alteración de la salud mental.

*Se cree que en pacientes que sufren o han sufrido abusos sexuales en el pasado, los síntomas pueden empeorar.

No debemos olvidar preguntar por tratamientos previos, (el 20% de las dismenorreas primarias no responden a AINEs).

¿CUÁNDO SOSPECHAR DISMENORREA SECUNARIA? La presencia de alguno de estos aspectos nos hará pensar en patología pélvica causante de dismenorrea secundaria:

- Inicio a partir de los 25 años (aunque la endometriosis también se puede dar en adolescentes)
- Asociar sangrado uterino anormal
- Dolor unilateral
- Ausencia de sintomatología como náuseas, vómitos, diarrea, dolor de espalda, mareo, dolor de cabeza durante menstruación
- Presencia de dispareunia o disquencia
- Progresión de la severidad de los síntomas

TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA

El objetivo del tratamiento es disminuir el dolor de regla y mejorar la calidad de vida. Una vez descartadas otras patologías, se puede iniciar un tratamiento empírico.

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS: Las medidas no farmacológicas siempre deberían formar parte de las recomendaciones terapéuticas, ya que son inocuas, baratas y aportan beneficios más allá del tratamiento del dolor:

- **Ejercicio físico:** hay estudios que defienden que el ejercicio aumenta la progesterona y reduce los mediadores del dolor. Aunque no está bien especificado qué tipo, frecuencia, y duración son más adecuados, está claro que el deporte tiene múltiples beneficios para la salud, y el riesgo de daño es bajo. Por lo tanto, parece una buena idea recomendarlo, especialmente cuando la paciente lleva una vida sedentaria.
- **Calor seco** en parte baja del abdomen. Algunos estudios propugnan que tiene una eficacia similar al Ibuprofeno, y mucho más que el paracetamol.

ANALGÉSICOS: tanto los analgésicos como AINEs o Paracetamol son el tratamiento de primera línea. En caso de que los analgésicos no sean suficientes o si la mujer desea anticoncepción, puede iniciarse tratamiento con anticonceptivos hormonales.

Los **AINEs** actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas. El Ibuprofeno es el más utilizado, a dosis de 600 mg/6-8h, (dosis máxima 2400mg/día), mantenida durante 2-3 días. También se utiliza con frecuencia el Dextetoprofeno (Enantyum® en España). Los Fenamatos, como el ácido mefenámico (Coslan® en España) o mecofenamato, pueden ser un poco más eficaces para tratar la dismenorrea. Es importante comenzar cuando se manifiesten los primeros signos de dolor, ya que son fármacos eficaces para evitar la instauración del dolor, pero menos para tratarlo una vez se ha establecido.



No se recomienda el uso de **inhibidores de la ciclooxigenasa (COX2)**, por sus efectos negativos sobre la ovulación, en la que las prostaglandinas juegan un papel importante. Los AINEs se consideran más seguros al respecto, siendo poco probable que retrasen o impidan la ovulación, (más aún si son utilizados únicamente durante la menstruación).

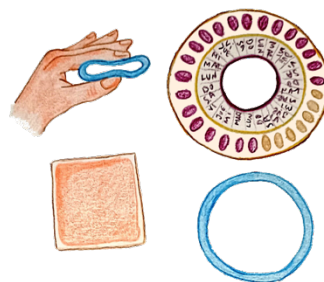
Sin embargo, en caso de infertilidad o subfertilidad, puede ser recomendable evitar los AINEs o reducir la dosis en la medida de lo posible, a pesar de que los estudios disponibles no han demostrado un efecto deletéreo sobre la ovulación.

Paracetamol: se suele utilizar en mujeres con intolerancia a AINEs, ya que es menos efectivo para el tratamiento de la dismenorrea.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES: los anticonceptivos hormonales suelen reservarse para las pacientes que no responden, o lo hacen parcialmente, al tratamiento con analgésicos. Sin embargo, pueden ser la primera opción terapéutica para aquellas mujeres que deseen anticoncepción.

La anticoncepción hormonal es efectiva en cualquiera de sus presentaciones y vías de administración. Serán adecuadas tanto de forma combinada de estógenos-gestágenos (en pastillas, parche, anillo vaginal...), como solo gestágeno (implante, inyección, DIU levonorgestrel, pastillas...). Se prescribirá uno u otro en función de las características y preferencias de la paciente.

ACH COMBINADOS: en general son los de primera elección. Al inhibir la ovulación, el endometrio se vuelve lineal, con poca cantidad de ácido araquidónico (a partir del cual se forman las prostaglandinas). Por esto se reduce el sangrado y las contracciones uterinas durante la menstruación, y con ello la dismenorrea.



Es válida cualquier vía de administración y también eficaces los de dosis baja. Si las fórmulas 21+7 no son eficaces, podría plantearse el cambio a fórmulas 24+4 o pautas más prolongadas. En casos refractarios pueden ser una buena opción las pautas trimestrales o incluso continuas.

ACH sólo GESTÁGENOS: de igual forma, todas las vías de administración son adecuadas para el tratamiento de la dismenorrea. Cuando las características de la paciente lo requieren, también puede utilizarse el DIU-LNG, pero nunca DIU-Cu, ya que puede aumentar la dismenorrea.

TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA: en los casos refractarios al tratamiento puede ser conveniente reevaluar el diagnóstico inicial.

Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea del nervio tibial (TENS): disminuye el dolor de la hipoxia uterina y la contractilidad al enviar una descarga de impulsos aferentes a través de fibras sensoriales de gran diámetro de la misma raíz nerviosa, resultando en una menor percepción del dolor. Además, estimula la liberación de endorfinas desde nervios periféricos y médula espinal.

El TENS puede utilizarse en combinación con los tratamientos anteriores o incluso como primera línea en pacientes que no deseen tratamiento farmacológico. Consisten en tratamientos semanales durante 12 semanas. Tienen el inconveniente de no estar disponible en todos los países.



Análogos de la GnRH: los análogos de la GnRH inhiben la síntesis de gonadotropinas (FSH y LH), provocando una menopausia farmacológica reversible. (Estos medicamentos han demostrado ser efectivos para la dismenorrea en endometriosis, pero tienen un efecto desconocido en pacientes sin endometriosis). Debe reservarse a casos refractarios debido a sus efectos secundarios, que pueden mitigarse con terapia hormonal sustitutiva.

Laparoscopia exploradora: puede recurrirse a una laparoscopia para buscar otras causas, siendo habitual encontrar endometriosis no diagnosticada (70-80%). Se suele ofrecer cuando han pasado 3-6 meses y los tratamientos no han sido efectivos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Cuando la dismenorrea asocia reglas muy abundantes y deseo genésico cumplido, se puede ofrecer una ablación endometrial (disminuye dismenorrea en casi un 50%) y como ultima instancia, una vez finalizado el deseo reproductivo, la histerectomía.

OTROS TRATAMIENTOS: Existen otro tipo de terapias con escasa evidencia, pero que parecen asociar riesgo bajo, como asesoramiento en cambios de conducta, medicina alternativa o cambios en la dieta. Pueden utilizarse en cualquier momento y asociarlo con los tratamientos antes mencionados.

Asesoramiento cognitivo-conductual: pueden enseñarse estrategias para modificar la manera en la que se percibe el dolor (desensibilización, hipnosis...), intentando modificar la respuesta al dolor. No hay evidencia para recomendarlo o rechazarlo, pero parece que algunas mujeres podrían beneficiarse de este tipo de terapias. Puede ser beneficioso asociar la educación cognitivo-conductual con el ejercicio físico y la terapia médica en pacientes dispuestas.

Medicina alternativa: no tiene aún evidencia científica suficiente. En cuanto a la acupuntura hay estudios de baja calidad que presentan mucha heterogeneidad, aunque hay algunos estudios que concluyen que es efectiva. También existen tratamientos con hierbas chinas o japonesas que han intentado analizarse, adoleciendo del mismo problema de la calidad de los estudios.

Dieta y vitaminas: hay muy pocos estudios, aunque los datos parecen prometedores. Algunas recomendaciones son:

- Dieta vegetariana baja en grasas
- Aumento de ingesta en lácteos
- Vitamina E (500Uds por día o 200uds dos veces al día, comenzando dos días antes de la menstruación y continuando durante los primeros tres días de sangrado)
- Vit B1 100mcg día, B6 200mcg día
- Suplemento de aceite de pescado 1080mg de ácido eicosapentaenoico, 720 mg de ácido docosahexaenoico y 1,5mg de Vit E, fueron más efectivos que placebo.
- Una sola dosis de vit D3 (300 000 uds/ml, 5 días antes del primer día de regla esperado.
- Jengibre en polvo los días 1-3 del ciclo menstrual (750-2000mg).



BIBLIOGRAFÍA

- Dismenorrea. Protocolo actualizado en 2006. En: ProSEGO, editor. Ginecología Psicosomática; 2006. Disponible en: www.prosego.com
- Dismenorrea en la adolescencia. Protocolo actualizado en febrero de 2013. En: ProSEGO, editor. Ginecología General; 2013. Disponible en: www.prosego.com
- Smith RP, Kauinitz AM, Barbieri RL, Eckler K. Dismenorrea en mujeres adultas: características clínicas y diagnóstico [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. [Actualizado el 10 de abril de 2024; citado el 4 de enero de 2025].
- Smith RP, Kauinitz AM, Barbieri RL, Eckler K. Dismenorrea en mujeres adultas: tratamiento . En: UpToDate, Post TW, editor. [Actualizado el 12 de noviembre de 2024].
- Banikarim C, Geffner ME, Berlan ED, Eckler K. Dismenorrea primaria en adolescentes [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. [Actualizado el 24 de junio de 2024; citado el 4 de enero de 2025].



AulaGinecología.com