

# **TITULO: DISMENORREA**

## **Autores:**

**-José Antonio Navarro Repiso**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital INSALUD Ceuta**

**Dirección: C/ Real, nº 74, piso 4º, puerta 11**

**CP 51001 Ceuta. Tfno: 956-515813**

**-José Santiago-Cuadri Artacho**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital INSALUD Ceuta**

**- Addi Mohamed**

**Médico Ginecólogo. Especialista en Educación para la Salud.**

**Clínica Media Luna Roja. Tetuán**

## **INDICE**

### **I. INTRODUCCIÓN/ DEFINICION**

### **II. FISIOPATOLOGIA DE LA DISMENORREA PRIMARIA**

### **III. DIAGNOSTICO**

#### **III.1. CLINICA**

#### **III.2. DIAGNOSTICO**

#### **III.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

### **IV. TRATAMIENTO**

### **V. BIBLIOGRAFÍA**

### **VI. ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA**

### **VII. CUESTIONARIO**

## **I. DISMENORREA**

### ***I.1. DEFINICION:***

La dismenorrea es el dolor asociado a la menstruación, localizado preferentemente en la región suprapúbica <sup>1</sup>. Puede ser: <sup>2</sup>

- **Dismenorrea primaria:** Dolor asociado a la menstruación, en ausencia de patología orgánica demostrable.
- **Dismenorrea secundaria:** Dolor coincidente con la menstruación pero asociado a procesos patológicos como endometriosis, adenomiosis, enfermedad pélvica inflamatoria, tumoraciones, estenosis cervical, malformaciones uterinas, congestión pélvica y DIU.

## **II. FISIOPATOLOGÍA DE LA DISMENORREA PRIMARIA**

La prostaglandina F<sub>2a</sub> (PGF) es la responsable de la dismenorrea. Se libera procedente del endometrio secretor, produciendo contracciones miométriales. La PGF<sub>2a</sub> va aumentando progresivamente desde la fase folicular, alcanzando su mayor producción en las primeras 48 horas de la menstruación, coincidiendo con la máxima intensidad de los síntomas. Esta producción está asociada a los ciclos ovulatorios.

## **III. DIAGNOSTICO**

### ***III.1. CLINICA***

La dismenorrea suele comenzar varias horas antes o inmediatamente después del inicio de la menstruación y tiene una duración de dos o tres días. La máxima intensidad se alcanza durante las primeras 24-48 horas.

El dolor es de tipo cólico y localizado en la región suprapúbica, pudiendo irradiar a ambas fosas ilíacas y al dorso o cara interna de los muslos.

Este dolor se puede asociar a otros síntomas tales como:

- Náuseas y vómitos (89 %)
- Astenia (85 %)
- Diarrea (60 %)

- Dolor lumbar (60 %)
- Cefalea (45 %)

### ***III.2. DIAGNOSTICO***

- **Anamnesis**
- **Exploración física bimanual**, que será normal en la dismenorrea primaria.
- **Pruebas de laboratorio**: No existen pruebas de laboratorio diagnósticas de dismenorrea primaria.
- **Ecografía**: Sin hallazgos en la dismenorrea primaria.

### ***III.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL***

El diagnóstico diferencial de la dismenorrea primaria incluye todas las causas orgánicas que dan lugar a dismenorrea secundaria como la endometriosis, que se suele asociar a otros síntomas como esterilidad, hemorragia uterina disfuncional, dispareunia, disquecia o disuria. La dismenorrea causada por la endometriosis en adolescentes, por lo general aparece a los tres años o más de la menarquia.

La dismenorrea secundaria se asocia a procesos patológicos pélvicos y tiene varias características diferenciales respecto a la dismenorrea primaria:

- La edad de inicio suele ser más tardía.
- En procesos inflamatorios pélvicos es útil la analítica sanguínea y la VSG.
- En la ecografía pélvica, con frecuencia, aparecen hallazgos patológicos.

Según los hallazgos se indicará la realización de pruebas diagnósticas como la laparoscopia diagnóstica o histerosalpingografía, útil en el caso de malformaciones uterinas.

## **IV. TRATAMIENTO**

En el manejo de la dismenorrea, debido a su componente emocional y a que afecta con frecuencia a adolescentes, es conveniente explicar a la paciente el alcance de su dolencia y tranquilizarla. Esto contribuirá a que las medidas farmacológicas tengan una mayor efectividad.

Se emplean principalmente dos grupos de fármacos: Anticonceptivos orales (ACO) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

La elección del tratamiento dependerá del deseo de embarazo de la paciente y de la existencia de contraindicaciones del uso de ACO o AINE..

▪ **Anticonceptivos orales (ACO).**

Fármacos de elección si se desea control de la natalidad. Inhiben la ovulación con lo que disminuyen los niveles de  $PGF_{2a}$  . Deben administrarse durante tres o cuatro meses para concluir si son eficaces. En el 75 % de los casos existe una mejoría evidente <sup>4</sup> .

▪ **Antiinflamatorios no esteroideos (AINE).**

Son los fármacos indicados en el tratamiento de urgencia. Pueden añadirse al tratamiento con ACO si estos no palian suficientemente el dolor o si la paciente no desea ACO.

Realizan su acción al inhibir la producción de prostaglandinas en el endometrio. Los más efectivos son los derivados del ácido propiónico ( ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno ) y los fenamatos ( ácido mefenámico, ácido niflúmico ).

Dosificación: Se administran sólo los 2-3 primeros días de la menstruación.

- Ácido mefenámico: 500 mgr. cada 8 horas
- Ibuprofeno: 400 mgr. cada 6 horas
- Naproxeno: 250 mgr. cada 6 horas
- Ketoprofeno: 50 mgr. cada 8 horas

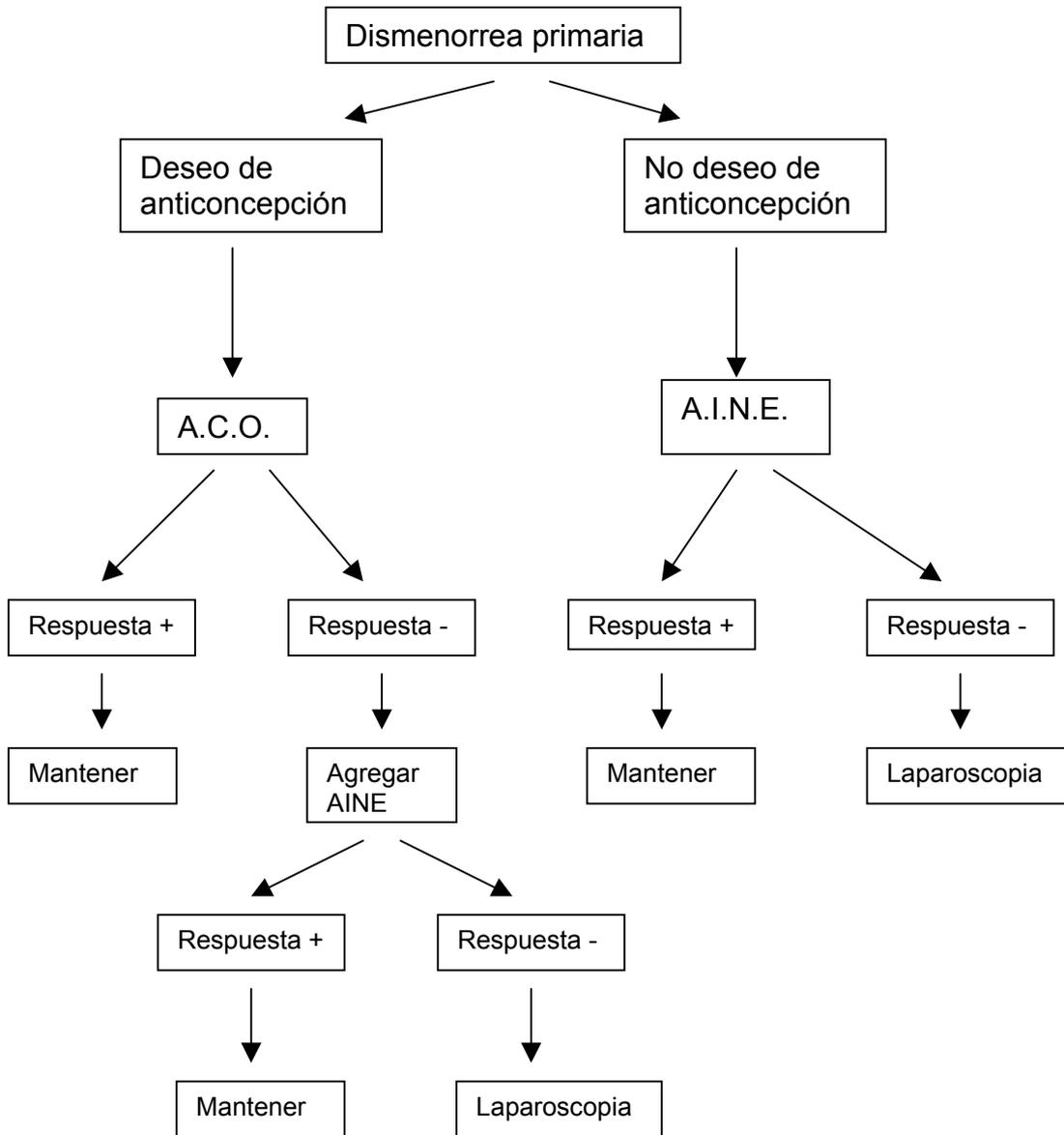
Los derivados del ácido acético, incluida la indometacina, no son de elección por asociarse a mayores efectos secundarios.

Si a pesar del tratamiento con ACO, AINE o la combinación de ambos persiste la dismenorrea, se debe remitir a su ginecólogo para descartar alguna causa de dismenorrea secundaria.

## V. BIBLIOGRAFIA

1. Speroff L, Glass RH. Endocrinología ginecológica e infertilidad. 6ª.ed.Lippincot Williams & Wilkins; 1999.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos asistenciales. Protocolo nº 56.
3. Jacobs AJ, Gast MJ. Ginecología Práctica. 1995. 156-158
4. Estudio SEDA. 1999

**VI. Algoritmo para el tratamiento de la dismenorrea primaria.**



## VIII. CUESTIONARIO

1. Una mujer de 32 años de edad presenta una historia de dismenorrea de 2 años de duración. Durante los últimos 10 meses el dolor ha empeorado progresivamente de tal forma que no puede trabajar 1-3 días al mes. Ha tomado varios tipos de analgésicos sin resultados. Utilizó un dispositivo intrauterino (DIU) durante 8 años sin problemas. Hace 3 años que le extrajeron el DIU porque ya no deseaba anticoncepción. La exploración pélvica repetida revela un útero indoloro de tamaño normal. La exploración de los anexos provoca dolor, aunque no se palpa ninguna masa. El siguiente paso más apropiado en el tratamiento de esta paciente consiste en:
  - a) Una ecografía pélvica
  - b) Una histerosalpingografía
  - c) Una laparoscopia diagnóstica
  - d) Observación durante 3 meses con ayuda de un calendario de síntomas
  
2. Una niña de 15 años de edad declara que tiene un dolor menstrual grave. La aspirina, única medicación que ha utilizado, no le ha sido útil. La madre explica que cuando la niña tiene la regla, generalmente tiene que ausentarse de la escuela 1-2 días y que este absentismo ha ido acompañado de malas notas. La familia de la niña acaba de mudarse a esta zona. La exploración pélvica es normal. La anomalía que con más probabilidad es la responsable de este trastorno es:
  - a) un aumento de la prostaglandina E<sub>2</sub>
  - b) un aumento de la prostaglandina F<sub>2a</sub>
  - c) un aumento de la progesterona sérica
  - d) una reacción de ajuste situacional
  - e) adicción de sustancias
  
3. Una mujer de 20 años de edad presenta una dismenorrea crónica que empezó 8 meses después de la menarquia y que cada mes la obliga a ausentarse 1-2 días de su trabajo. Ella misma se ha tratado con 650 mg de aspirina cuatro veces al día durante la menstruación, pero no ha observado ninguna mejoría apreciable. La exploración pélvica y rectal pone de manifiesto un útero de tamaño normal, retroflexionado y móvil, con unos anexos de tamaño normal y no dolorosos. Los ligamentos uterosacros tienen un aspecto normal. Los

resultados del hemograma y la prueba de Papanicolau están dentro de los límites normales. El mejor enfoque inicial del tratamiento consiste en:

- a) un tratamiento con ácido mefenámico
- b) un tratamiento con aspirina a altas dosis
- c) un tratamiento con fenilbutazona
- d) una laparoscopia diagnóstica

4. Cuál de estos procesos puede estar asociado a una dismenorrea primaria:

- a) endometriosis
- b) adenomiosis
- c) enfermedad inflamatoria pélvica
- d) dolor asociado a DIU
- e) ninguno

5. La dismenorrea primaria está asociada a elevación de la prostaglandina  $F_{2a}$ , pero, cuándo alcanza su mayor producción:

- a) al inicio de la fase folicular
- b) durante la ovulación
- c) al inicio de la fase lútea
- d) al final de la menstruación
- e) en las primeras 48 horas de la menstruación

6. Dónde se produce preferentemente la prostaglandina  $F_{2A}$  durante la menstruación:

- a) en el miometrio
- b) en el endometrio secretor
- c) en el endometrio proliferativo
- d) en el parametrio

7. La dismenorrea primaria está asociada con más frecuencia a:

- a) cefalea
- b) diarrea
- c) estreñimiento
- d) náuseas y vómitos
- e) la dismenorrea aparece de forma aislada

8. Uno de los siguientes síntomas no se asocia habitualmente con la dismenorrea primaria:
- a) astenia
  - b) diarrea
  - c) náuseas y vómitos
  - d) dolor lumbar
  - e) retención urinaria
9. El dolor que aparece en la dismenorrea:
- a) es de tipo continuo e irradia a ambas fosas iliacas
  - b) es de tipo cólico e irradia a epigastrio
  - c) es de tipo cólico y puede irradiar a la cara interna de los muslos
  - d) es de tipo cólico e irradia a la fosa iliaca derecha
  - e) ninguna de las anteriores es correcta
- 10.Cuál de las siguientes pruebas de laboratorio es característica de la dismenorrea primaria:
- a) leucocitosis con desviación izquierda
  - b) elevación de la VSG
  - c) elevación de la fosfatasa alcalina
  - d) no existen pruebas de laboratorio características
  - e) linfocitosis
- 11.Cuál de los siguientes hallazgos ecográficos es más frecuente que encontremos en la dismenorrea primaria:
- a) formación anexial anecoica
  - b) malformación uterina
  - c) genitales internos normales
  - d) tumoración sólida en alguno de los ovarios
  - e) miomatosis uterina
12. En la dismenorrea primaria es frecuente encontrar alguno de los siguientes síntomas asociados:
- a) disquecia
  - b) disuria
  - c) hemorragia uterina disfuncional

- d) esterilidad
- e) lumbalgia

13. La dismenorrea secundaria se diferencia de la dismenorrea primaria:

- a) el dolor tiene unas características diferentes
- b) las náuseas y los vómitos son más frecuentes en la dismenorrea secundaria
- c) la edad de inicio suele ser más tardía
- d) no existen diferencias entre dismenorrea primaria y secundaria

14. Qué grupo de fármacos se utilizan habitualmente en el tratamiento de la dismenorrea primaria:

- a) ACO y AINE
- b) ACO
- c) AINE
- d) ACO y medidas psicológicas
- e) Antidepresivos tricíclicos

15. Qué tipo de fármacos utilizaremos para tratar de forma urgente a una paciente que padece de dismenorrea primaria habitual:

- a) ACO empezando ese mismo ciclo menstrual
- b) Opiáceos
- c) AINE
- d) Antagonistas de la dopamina
- e) Antiinflamatorios esteroideos

16. Los anticonceptivos orales:

- a) son el tratamiento de elección en urgencias por dismenorrea
- b) son el tratamiento de elección en el caso de desear embarazo
- c) son el tratamiento de elección en la dismenorrea siempre
- d) son el tratamiento de elección en la dismenorrea primaria en el caso de desear control de natalidad

17. En la dismenorrea primaria puede recomendarse:

- a) aumentar la dosis de ACO si éstos no han sido efectivos para paliar el dolor tras 3-4 meses de tratamiento
- b) buscar ayuda psiquiátrica si los ACO no han sido efectivos tras 3-4 meses de tratamiento
- c) añadir AINE al tratamiento con ACO
- d) nunca se añadirán AINE a los ACO, si no que se sustituirán
- e) no es correcta ninguna de las anteriores

18.Cuál de los siguientes AINE no se recomienda en el tratamiento de la dismenorrea primaria por asociarse a mayores efectos adversos:

- a) ácido mefenámico
- b) indometacina
- c) naproxeno
- d) ibuprofeno
- e) ketoprofeno

19.Cuál es el mecanismo de acción por el que los ACO alivian el dolor en la dismenorrea primaria:

- a) inhiben de forma directa la síntesis de ácido araquidónico
- b) disminuyen la producción de prostaglandinas al dar lugar a ciclos anovulatorios
- c) mediante el efecto directo de los estrógenos sobre el endometrio
- d) por el efecto de los estrógenos y gestagenos del ACO sobre el SNC

20. Paciente de 16 años con dismenorrea habitual que obliga a interrumpir durante 1-3 días al mes su actividad habitual y que, a pesar de seguir un tratamiento con ACO a los que asocia AINE durante los primeros 2-3 días de la menstruación, continua con sintomatología que cada vez es más intensa. Esta circunstancia ha llevado a la paciente varias veces a urgencias. Ante esta situación, cuál sería la actitud más recomendable:

- a) seguir aumentando la dosis de AINE hasta que sean efectivos
- b) cambiar el tipo de ACO
- c) remitir para tratamiento psiquiátrico por sospecha de patología psicósomática
- d) remitir a su ginecólogo para que descarte una posible causa de dismenorrea secundaria
- e) convencerla para que consulte en otro centro sanitario en su siguiente menstruación

21. Respecto al tratamiento con AINE en la dismenorrea primaria:

- a) continuar con el tratamiento con AINE si no se desea anticoncepción y es efectivo
- b) mantener el tratamiento durante toda la menstruación para que sean más efectivos
- c) recomendar ácido acetilsalicílico o indometacina a dosis altas
- d) añadir a los AINE, ACO durante la menstruación
- e) seguir con el tratamiento con AINE a pesar de que no sea efectivo

Respuestas:

- 1. c
- 2. b
- 3. a
- 4. e
- 5. e
- 6. b
- 7. d
- 8. e
- 9. c
- 10. d
- 11. c
- 12. e
- 13. c
- 14. a
- 15. c
- 16. d
- 17. c
- 18. b
- 19. b
- 20. d
- 21. a