



Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario  
Virgen de las Nieves  
Granada

## DISMENORREA PRIMARIA: FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO

*Ana González Escudero*

*23/02/2017*

### **DEFINICIÓN**

La dismenorrea se define como el dolor recurrente localizado en hipogastrio y asociado a la menstruación. Generalmente es percibido por las pacientes como episodios espasmódicos de origen uterino y suele coincidir con el flujo menstrual, aunque en ocasiones precede al mismo.

Es el motivo de consulta ginecológico más frecuente entre mujeres jóvenes y supone, en mayor o menor medida, un obstáculo para la realización de actividades cotidianas, siendo importante causa de absentismo laboral y escolar.

Clásicamente la dismenorrea se ha clasificado según la causa de la misma en:

- Dismenorrea primaria: Es la más frecuente. Aquella que no es posible atribuir a ninguna condición física que la cause, sino que parece tener un origen funcional. Se caracteriza por ser un dolor localizado centralmente en hipogastrio que suele comenzar coincidiendo con la menarquia, o en un corto periodo después de la misma. La dismenorrea primaria puede subdividirse según la intensidad y duración del dolor:
  - Leve: Suele durar un día, no afecta a la vida cotidiana de las pacientes y no requiere tratamiento.

- Moderada: Dura de 2 a 3 días y puede acompañarse de clínica neurovegetativa, pero es adecuadamente aliviado con analgésicos.
  - Severa: Dolor muy intenso que puede acompañarse de síntomas neurovegetativos (náuseas, vómitos, debilidad...), siendo los analgésicos habitualmente poco eficaces.
- Dismenorrea secundaria: Es aquel dolor pélvico producido por alguna patología orgánica como puede ser la endometriosis, presencia de quistes ováricos, adenomiosis, enfermedad pélvica inflamatoria, etc. Su causa más frecuente es la endometriosis. Esta puede comenzar en cualquier momento después de la primera menstruación, una vez que la causa de la misma se desarrolla.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Aunque es considerada como una de las dolencias ginecológicas más frecuentes, la prevalencia de la misma es muy variable en las diferentes series epidemiológicas y la mayoría de los estudios no hacen diferenciación entre los tipos de dismenorrea y su presencia en los distintos grupos de edad.

De este modo, la prevalencia de la dismenorrea varía entre el 45% y el 95%. De este porcentaje, solamente el 10% se asocia a patología pélvica identificable, mientras que el resto hace referencia a dismenorreas primarias. Además, la dismenorrea primaria es más prevalente en adolescentes, ya que es un estatus que disminuye con la edad.

A pesar de la alta prevalencia de este problema, un importante porcentaje de las pacientes adolescentes (del 10 al 15%) no consultan por ser un proceso asumido como normal, estando, por tanto, infratratadas, y un importante grueso de las mismas desconocen la existencia de tratamientos médicos utilizando medidas no farmacológicas. A esto hay que añadir que un gran porcentaje de las mujeres se automedican sin haber consultado previamente, de hecho, en un estudio, hasta el 30-70% de las mujeres afirmaron haberse automedicado

en alguna ocasión, y se demostró que el 58% de las mismas lo hizo con dosis subterapéuticas, obteniendo pobres resultados en cuanto a mejoría del cuadro.

Algunos de los factores de riesgo que se han relacionado con la aparición de dismenorrea son la menarquia temprana, la edad <30 años, el consumo de tabaco, la obesidad (IMC>30), periodos menstruales prolongados y flujos abundantes, la nuliparidad, los abusos sexuales en la infancia, el estrés o las dietas no equilibradas (baja ingesta de pescados, frutas y verduras). Sin embargo, la realización de deporte físico, la multiparidad o la ingesta elevada de pescado se han asociado con una disminución del riesgo.

## **FISIOPATOLOGÍA**

La dismenorrea primaria se ha asociado clásicamente a la presencia de trastornos psicológicos y/o emocionales, pero posteriormente, se ha demostrado experimental y clínicamente que existe una causa fisiológica que justifica este problema. Desde 1965, año en que Pickles y cols. sugirieron el papel de las prostaglandinas en la fisiopatología de la dismenorrea, éstas se han propuesto, como principales causantes de esta condición.

Tras producirse la ovulación comienzan a liberarse estrógenos y progesterona (sobre todo esta última) por parte del cuerpo lúteo, que ayudan a la proliferación endometrial. Al mismo tiempo, en la pared de las células endometriales hay un aumento progresivo de ácidos grasos omega-6. Al no producirse embarazo, el cuerpo lúteo sufre una regresión causando una caída en los niveles de estrógenos, pero sobre todo de progesterona, que es lo que causa la menstruación (*Ilustración 1*). Con dicho detrimento de progesterona, estos ácidos (fundamentalmente representados por el ácido araquidónico) activan una cascada de producción de prostaglandinas y leucotrienos en el útero, los cuales, con sus propiedades vasoconstrictoras inductoras de las contracciones miometriales, producen un aumento de presión intrauterino que acaba superando la presión arterial endometrial produciendo isquemia.

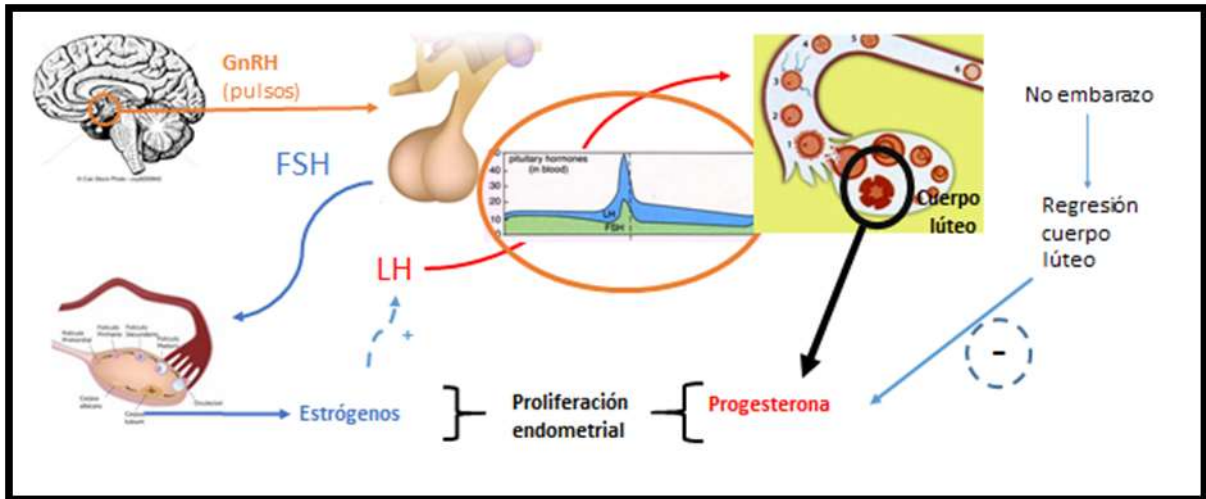


Ilustración 1

Esta es la base de la menstruación, pero también del dolor asociado a la misma, ya que, en esta situación de isquemia, se liberan metabolitos de anaerobiosis que estimulan a los nociceptores presentes en el útero (Ilustración 2).

De los metabolitos del ácido araquidónico, la prostaglandina  $F2\alpha$  ( $PGF2\alpha$ ) (obtenida por la vía de la ciclooxigenasa), es la más potente de todas y es la que se ha relacionado con la fisiopatología de la dismenorrea. Otras prostaglandinas que también se han encontrado aumentadas en estas mujeres son las  $PGE1$  y  $PGE2$ .

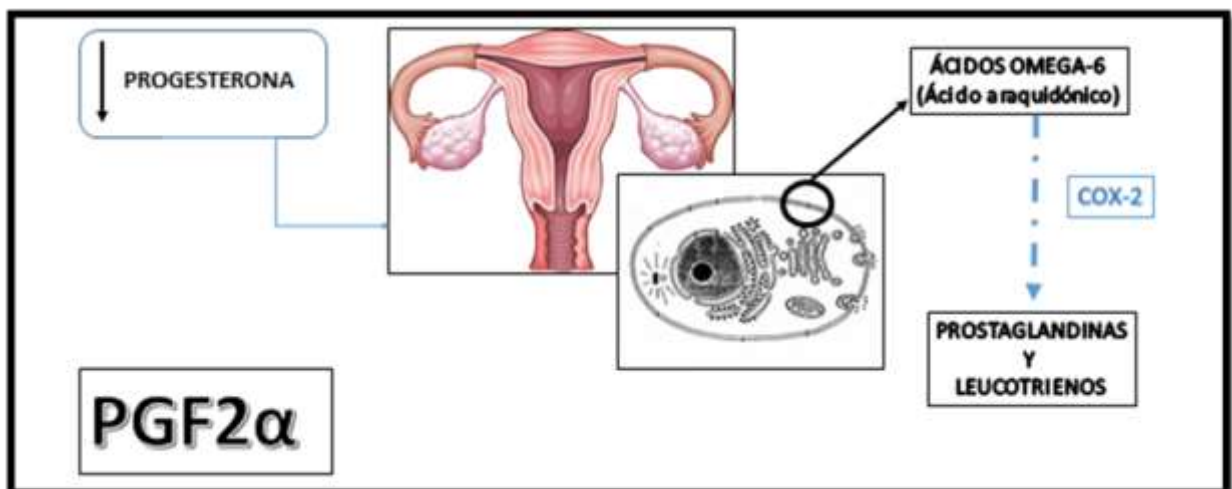


Ilustración 2

En numerosos estudios se ha demostrado que en mujeres con dismenorrea existe una presencia de hasta 3 veces mayor de  $\text{PGF2}\alpha$ , así como de leucotrienos, lo que parece determinar que existe relación entre la presencia de estos potentes vasoconstrictores y mediadores inflamatorios, y la aparición del dolor menstrual. Además, el paso de  $\text{PGF2}\alpha$  a torrente circulatorio explica la aparición de los síntomas neurovegetativos que pueden acompañar al resto del cuadro clínico.

En cuanto a la dismenorrea secundaria, también puede estar causada por el mecanismo anterior, pero, como ya se ha comentado, se asocia a otros procesos orgánicos identificables y suele estar más relacionada con desplazamiento de órganos adyacentes, lesión y desplazamiento de las vías nerviosas pélvicas, etc.

## **DIAGNÓSTICO**

Lo esencial en el diagnóstico de la dismenorrea es la realización de una correcta anamnesis de la paciente, caracterizando el comienzo del dolor en relación a la menarquia y a la menstruación, duración del dolor y severidad del mismo, respuesta a analgésicos, síntomas acompañantes, factores agravantes y factores que mejoran la clínica, etc.

También es importante investigar sobre la intensidad del dolor en relación a la limitación que produce para la realización de actividades diarias a la paciente, así como la eficacia de tratamientos previos para facilitar la toma de decisiones posterior en cuanto al manejo del cuadro.

Es importante descartar que se trate de un cuadro de dismenorrea secundaria, ya que esta estaría asociada a otro proceso ginecológico cuyo manejo sería específico para la enfermedad que estuviera causando el dolor. Algunos de los datos que nos orientarían a esta situación son:

- Comienzo de la clínica después de los 25 años
- Sangrados uterinos anormales
- Dolor pélvico lateralizado
- Ausencia de síntomas neurovegetativos que se asocian a la dismenorrea primaria

- Presencia de dispareunia
- Progresión en la severidad de los síntomas

En todos estos casos sospecharíamos una causa orgánica que podría confirmarse con la realización de una ecografía que confirmara el diagnóstico y nos permitiera orientar el tratamiento de una forma más adecuada.

Además de las pruebas de imagen, las pruebas de laboratorio podrían orientar a una dismenorrea secundaria (test de embarazo, leucocitosis que apoyaría causa infecciosa, hemoglobina y hematocrito, cultivos, etc).

### **Diagnóstico diferencial**

Fundamentalmente, ante un cuadro de dismenorrea, el objetivo va a ser concluir si la causa del dolor tiene un origen orgánico identificable con manejo específico, o si estamos ante un cuadro funcional.

Como ya se ha comentado, la prueba que nos permitirá confirmar con seguridad la causa del cuadro de dolor pélvico cuando se sospecha que la dismenorrea pueda ser secundaria, será una prueba de imagen como puede ser la ecografía ginecológica.

Sin embargo, la anamnesis, en algunos casos, ya nos va a permitir orientar clínicamente a la paciente:

- La enfermedad pélvica inflamatoria es más frecuente entre los 15 y los 25 años y puede presentarse como un dolor lateralizado que aparece durante o poco después de la menstruación y que empeora tras las relaciones sexuales. Puede asociarse a algunos signos exploratorios como leucorrea o fiebre.
- La endometriosis es la causa más frecuente de dismenorrea secundaria. Esta entidad causa dolor asociado a la menstruación, pero también puede producir dolor hipogástrico en cualquier otro momento del ciclo. Puede asociarse a dispareunia, pobre respuesta a AINES y progresivo aumento en la severidad de los síntomas.
- La adenomiosis suele asociar dismenorrea que se desarrolla después de los 35 años, lo que también ocurre con la presencia de miomas. En este

último caso, además, podemos encontrar otros síntomas como pueden ser aumento del flujo menstrual o clínica compresiva de estructuras adyacentes (vejiga, recto, etc)

- Otras anomalías uterinas de tipo estructural pueden causar dolor como pueden ser: anomalías müllerianas (en el caso de adolescentes), útero bidelfo con obstrucción unilateral, septos vaginales, estenosis cervical...
- En caso de cuadros agudos de dolor también deberíamos pensar en la posibilidad de gestaciones y complicaciones obstétricas como embarazos ectópicos. Dentro de este grupo encontraríamos, también, causas no obstétrico-ginecológicas de dolor abdominal agudo, que pueden ser de origen urológico, digestivo, etc.

## **TRATAMIENTO**

### **Antiinflamatorios no esteroideos**

Los antiinflamatorios no esteroideos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la dismenorrea ya que son inhibidores no selectivos de la ciclooxigenasa (COX), la enzima responsable de la producción de las prostaglandinas que producen los síntomas de la dismenorrea. La ciclooxigenasa existe en dos formas, la COX-1 y la COX-2, y parece que el efecto analgésico de los AINEs se debe, fundamentalmente, a la inhibición de la COX-2.

En una revisión en la que se incluyeron 80 estudios controlados aleatorizados en los que se comparaban hasta 20 AINEs diferentes entre ellos y con placebo<sup>9</sup>, se concluye que estos fármacos son efectivos en el alivio de la dismenorrea. La evidencia sugiere que mientras que un 18% de las mujeres tratadas con placebo sentían un alivio de los síntomas, hasta entre un 45 y 53% de las tratadas con AINEs mejoraban, excepto en el caso de la aspirina, donde el volumen de evidencia era muy bajo.

En cuanto al uso de paracetamol se ha visto que los AINEs son más efectivos para conseguir el alivio del dolor. Sin embargo, a la hora de comparar los diferentes AINEs entre sí, mientras que algunos estudios no encuentran

diferencias, otros determinan que los fenamatos (ácido mefenámico) tienen una eficacia ligeramente superior que los derivados del ácido fenipropiónico (ibuprofeno, naproxeno), ya que los fenamatos, además de inhibir la producción de prostaglandinas, también bloquean directamente la acción de las mismas. Concluyendo, no existen suficientes datos que permitan recomendar algunos por encima de otros, debido a la falta de estudios comparativos.

En cuanto a nuevos antiinflamatorios como son los inhibidores selectivos de la COX-2, únicamente algunos tienen aprobación para su uso en la dismenorrea, y debido a la baja disponibilidad, su mayor coste y los efectos adversos cardiovasculares asociados a ellos, no se usan para el tratamiento de esta entidad.

El uso de AINE debería comenzar con el inicio del dolor, o incluso horas antes del principio de la menstruación, y se espera que consigan un alivio rápido de la sintomatología dismenorreica. Además, deben administrarse con la regularidad adecuada para evitar que la reducción de dosis analgésicas en el foco del problema permita una exacerbación de los síntomas. Sin embargo, debe informarse a las pacientes de los diversos efectos secundarios que se han asociado a ellos, como pueden ser alteraciones gastrointestinales, cefaleas, mareos, etc.

Algunas pacientes no responden al tratamiento con AINEs lo cual podría explicarse por el hecho de que estos fármacos sólo reducen la producción de prostaglandinas y no de otros mediadores inflamatorios que intervienen en la fisiopatología de la dismenorrea, como los leucotrienos. Sin embargo, en alguno de estos casos, se ha probado el uso de antagonistas del receptor de leucotrienos (montelukast) sin resultados satisfactorios.

### **Anticonceptivos combinados**

Los anticonceptivos combinados se consideran un tratamiento efectivo y seguro de la dismenorrea, sobre todo cuando las pacientes desean alivio de los síntomas, así como una medida para evitar gestación. Tienen una acción directa del alivio de los síntomas basada en la limitación del crecimiento endometrial, reduciendo la cantidad de tejido disponible sobre el que actuarán

los mediadores inflamatorios que intervienen en el desarrollo fisiopatológico de la dismenorrea. Además, actúan de forma indirecta sobre el dolor inhibiendo la ovulación y la producción de progesterona.

En cuanto a los preparados, existen estudios que comparan las diferentes formas de presentación en relación a dosis de estrógenos y tipo de gestágeno. Una revisión Cochrane<sup>10</sup> en la que se incluyeron 23 estudios que comparaban diferentes preparados de anticonceptivos orales combinados concluyó que el alivio del dolor en mujeres con dismenorrea es similar en preparados de dosis bajas y medias de estrógenos y no se encontraron diferencias significativas en cuanto al tipo de gestágeno, excepto en un único estudio que concluía una mayor efectividad de los gestágenos de tercera generación con respecto a los de primera y segunda generación.

En cuanto al dienogest, es un fármaco aprobado para el tratamiento de la endometriosis y que ha demostrado reducir el dolor pélvico asociado a esta enfermedad, y, por tanto, en teoría podría mejorar los síntomas asociados a dismenorrea primaria. Sin embargo, en un estudio<sup>14</sup> en el que se estudiaron dos grupos de pacientes, uno en tratamiento con estradiol valerato + dienogest, otro con etinilestradiol + levonorgestrel, se concluye que no existe superioridad del preparado con dienogest en el tratamiento de la dismenorrea primaria.

La vía de administración clásica de estos tratamientos es la vía oral y consiste en 21 días de terapia combinada, seguido de 7 días de descanso. Existen casos en los que los síntomas de la dismenorrea persisten en la semana de privación hormonal en el uso de anticonceptivos orales, y en ellos podría plantearse la posibilidad de tratamientos ininterrumpidos durante más de 21 días que, además, han demostrado reducir del número de días de flujo menstrual. Estos preparados son conocidos como pautas extendidas y, de hecho, desde el 2003 existe la aprobación por parte de la FDA del uso de etinilestradiol (EE- 30 mcg) + Levonorgestrel (LNG- 150 mcg) durante 84 días ininterrumpidamente, seguido de 7 días de privación, e incluso, de 7 días de EE aislado a dosis bajas (10 mcg) en lugar de píldoras inactivas. Posteriormente, en 2007 se aprobó el uso de terapia hormonal combinada en pauta continua a dosis bajas (EE 20 mcg + LNG 90 mcg) durante 365 días.

En España, aunque en la práctica clínica se han simulado estas pautas utilizando los preparados cíclicos monofásicos de forma más prolongada, no ha sido hasta recientemente que se ha comenzado a comercializar algún preparado de pauta extendida (3 meses). Sin embargo, los de pauta continua (anual) aún están por llegar.

Estos regímenes continuados han demostrado ser superiores con respecto a las pautas cíclicas en el alivio de los síntomas de la endometriosis, y han sido ampliamente analizados en estudios con esta indicación. De ahí la idea teórica de que pueden ser igualmente efectivos en el tratamiento de la dismenorrea.

En una revisión en la que se incluyeron 16 estudios aleatorizados y 14 observacionales<sup>13</sup> se vio que las pautas continuas y extendidas presentan una eficacia y seguridad comparable a las pautas cíclicas clásicas y, además, mejoran los síntomas asociados a la menstruación, entre ellos, la dismenorrea, durante los días de privación hormonal. Se vio una reducción de los síntomas en un 56% así como una disminución del absentismo laboral y escolar del 92%.

En un estudio aleatorizado<sup>12</sup> se siguieron a 38 pacientes con dismenorrea durante 6 meses comparando dos grupos de tratamiento, uno con pauta anticonceptiva continua, y otro con pautas cíclicas. Los resultados a corto plazo (entre el primer y tercer mes de seguimiento) muestran una superioridad de la pauta continua en el alivio del dolor asociado a menstruación, pero no existen diferencias significativas en cuanto a efectividad a partir de los 6 meses, mostrándose ambas pautas igualmente eficaces en la reducción de los síntomas asociados a dismenorrea.

En cualquier caso, se concluye que la individualización del tratamiento es primordial y se aconseja considerar las preferencias de la paciente a la hora de decidir el preparado que más le conviene, sobre todo, en cuanto a número de episodios de sangrado que desea.

Además de la vía oral, existen otras formas de administración. Entre ellas, el anillo vaginal, que ha demostrado en diversos estudios ser eficaz en la disminución del dolor cíclico asociado a menstruación (de un 35.4% a un 10.9%

en una revisión de 5 estudios europeos que incluían a 12457 mujeres). En un estudio de 2007<sup>15</sup> se comparó la eficacia del anillo con respecto a las píldoras hormonales combinadas y se vio que la prevalencia de dismenorrea se redujo de un 19 a un 6.4% en el grupo de pacientes tratadas con anillo vaginal, pero sin diferencias aparentemente significativas con respecto al grupo tratado con píldoras. Más recientemente en 2016<sup>16</sup>, se han publicado los resultados de un estudio igualmente comparativo para el tratamiento del dolor pélvico crónico idiopático, en el que también se ha visto una importante reducción de la prevalencia de dismenorrea en mujeres portadoras de anillo vaginal, de nuevo sin poderse demostrar una superioridad en cuanto a eficacia con respecto a los anticonceptivos orales.

El uso de parches de aplicación cutánea, se ha estudiado, fundamentalmente, para demostrar la eficacia anticonceptiva. En una revisión Cochrane publicada en 2013, al comparar con anticoncepción oral, sin embargo, se observó que las pacientes portadoras de parche refieren una mayor aparición de efectos adversos, entre ellos, la dismenorrea<sup>17</sup>.

### **Anticonceptivos gestagénicos**

Los tratamientos anticonceptivos consistentes en únicamente un gestágeno también se han demostrado útiles para el tratamiento de la dismenorrea, debido a su capacidad de inducir atrofia endometrial, aunque no tienen un efecto tan potente en la inhibición de la ovulación. Sin embargo, son una buena alternativa para mujeres en las se contraindica la administración de dosis anticonceptivas de estrógenos.

Estos también se presentan en diferentes vías de administración. La oral es una de ellas, con los preparados de desogestrel. Existe poca información sobre los efectos de los gestágenos orales en la dismenorrea. Sin embargo, resultados muy positivos se han encontrado en un estudio de tratamiento continuo con desogestrel, en el que se observó la desaparición o considerable mejoría de la dismenorrea en el 93% de la población estudiada<sup>19</sup>. No existen estudios comparativos para valorar superioridad de los preparados de sólo gestágenos con respecto a combinados en el tratamiento de la dismenorrea.

Otras formas de presentación son el DIU de levonorgestrel que ha sido estudiado como método anticonceptivo capaz de reducir los síntomas asociados a dismenorrea. En un estudio de 2013, el DIU de levonorgestrel se demostró eficaz en el tratamiento de la dismenorrea, con una reducción en los periodos de dolor y mejoría en la capacidad laboral, así como reducción de la toma de analgésicos<sup>20</sup>. Sin embargo, resulta complicado establecer una relación de eficacia entre este dispositivo y otros métodos hormonales reversibles debido a la falta de estudios de calidad.

En cuanto al implante subdérmico de etonogestrel, igualmente se ha demostrado eficaz en el tratamiento de esta enfermedad. En un estudio americano de 2005 en el que se siguieron a 474 mujeres que utilizaron este método anticonceptivo, entre aquellas que presentaban de forma basal síntomas dismenorreicos, el 81% reportó una disminución de estos síntomas<sup>21</sup>.

### **Análogos de GnRh**

Estos tratamientos inducen una menopausia bloqueando todo el eje hipofisogonadal, por lo que van a mejorar los síntomas de la dismenorrea. Sin embargo, teniendo en cuenta que esta entidad es sobre todo frecuente en la población más joven, los efectos adversos asociados no son aceptables, por lo que la única posibilidad de uso en las pacientes más jóvenes es si se asocia a tratamientos hormonales sustitutivos, y, en cualquier caso, no deben indicarse en pacientes menores de 16 años.

### **Tocolíticos**

Ya que una de las principales causas de los síntomas de la dismenorrea son las contracciones uterinas, parece lógico concluir que aquellos fármacos que nos ayudan a reducirlas, limitan en cierta medida la isquemia que se produce a nivel uterino causante del dolor. Algunos de estos fármacos son el óxido nítrico, la nitroglicerina o los bloqueantes de los canales de calcio y están siendo estudiados como futuras terapias para el tratamiento de esta entidad, sin embargo, no tienen aprobado su uso para esta indicación.

### **Hábitos saludables**

Para aquellas mujeres que rechazan tratamientos de ningún tipo, existen alternativas relacionadas con hábitos saludables que, en algunos casos, parecen mejorar la sintomatología. Algunos de ellos son:

- **Terapia térmica:** El calor local aplicado de diferentes maneras ha demostrado ser tan efectivo como el ibuprofeno y más que el acetaminofeno en diferentes estudios aleatorizados.
- **Ejercicio físico y sexual:** Se basa en la teoría del aumento de flujo vascular a nivel de la pelvis, así como la liberación de endorfinas (que actúan como analgésicos no específicos) asociadas a estas actividades. No existe suficiente evidencia que apoye o desestime estas modalidades, aunque hay algunas mujeres que podrían beneficiarse de ellas.
- **Medidas dietéticas:** Numerosas recomendaciones alimenticias y uso de vitaminas se han propuesto como válidas para el alivio de la dismenorrea, pero todos los datos son limitados a pequeños estudios que, aunque aportan datos prometedores, son insuficientes. Algunas de estas propuestas son: dietas vegetarianas bajas en grasas, ingesta de lácteos, vitamina E, vitamina B1, vitamina b6, suplementos de aceite de pescado, vitamina D3 o jengibre.

### **Terapias alternativas**

Numerosas terapias alternativas al tratamiento médico han sido propuestas y estudiadas a lo largo de la historia, pero actualmente no existen estudios controlados que aporten evidencia suficiente para usarlas como tratamiento de la dismenorrea<sup>25</sup>. Sin embargo, se sabe que son terapias a las que las pacientes acuden por motu-propio, por lo que deberían ser conocidas por el personal sanitario, para, de esta forma, guiar y aconsejar a las pacientes que se decidan por estas opciones:

- **Acupuntura:** Aunque hay múltiples estudios publicados al respecto, la mayoría son de baja calidad y, de hecho, en una revisión de 2016<sup>24</sup> en la que se incluyeron 42 estudios, no se pudo determinar si esta técnica

puede considerarse actualmente válida para el tratamiento de la dismenorrea.

- Manipulación espinal: En un estudio se concluyó que no había diferencias entre esta técnica y placebo.
- Hierbas: Algunas infusiones de hierbas japonesas han demostrado ser más efectivas que el placebo en el alivio de los síntomas dismenorreicos, y aunque hay estudios prometedores al respecto, ninguno llega a conclusiones determinantes.
- Estimulación nerviosa transcutánea (TENS): Consiste en la aplicación de impulsos de diferente frecuencia e intensidad a nivel cutáneo con el objetivo de aportar alivio del dolor, mediante dos procesos: elevando el umbral del dolor mediante una señal aferente a través de las fibras sensoriales, lo que resulta en una menor percepción de las señales dolorosas uterinas; y estimulando la liberación de endorfinas a nivel de nervios periféricos y médula espinal. Parece que esta es una técnica razonable a usar en mujeres con dismenorreas refractarias a tratamiento. En un metaanálisis que incluía 3 estudios se demostró que esta técnica es más efectiva que el placebo, aunque el alivio del dolor es menos intenso que con el uso de fármacos<sup>25</sup>.

### **Tratamiento quirúrgico**

Consiste en la interrupción de las vías nerviosas que transmiten las señales nociceptivas que proceden de la pelvis. Incluye la ablación nerviosa y la neurectomía presacra. No se tiene suficiente evidencia para recomendar este procedimiento en el tratamiento de las dismenorreas<sup>23</sup>.

### **Manejo terapéutico**

Es importante informar a las pacientes del origen del problema y del carácter crónico de la enfermedad. Ofreceremos las diferentes opciones terapéuticas antes descritas, e insistiremos en la posibilidad de mejoría de los síntomas al introducir las medidas higiénico-dietéticas que se han expuesto anteriormente.

No existe ninguna escala terapéutica para el tratamiento de la dismenorrea, aunque parece lógico comenzar con AINEs a dosis bajas, e ir aumentando progresivamente las mismas, o asociando fármacos de las diferentes familias de antiinflamatorios. En pacientes que, además, deseen evitar embarazo, recomendaremos los anticonceptivos en las presentaciones y aplicaciones que mejor se adapten a cada paciente. Incluso podremos asociar los dos anteriores (antiinflamatorios y anticonceptivos) para obtener mejores resultados si es necesario. En todo caso, tendremos en cuenta contraindicaciones de los distintos tratamientos en cada paciente para elegir las mejores opciones.

En aquellas mujeres que no respondan a tratamiento después de meses de administración correcta del mismo cabría pensar en la posibilidad de una enfermedad pélvica oculta, es decir, que estuviéramos ante un caso de dismenorrea secundaria. De esta forma, se recomienda el uso de una técnica laparoscópica diagnóstica. El problema de esta es que incluso, en el caso de una endometriosis, puede no ser diagnóstica. En ese caso, podría recomendarse el uso de agonistas de la GnRH de forma previa o posterior a la cirugía, en caso de que esta no haya sido concluyente. También se ha demostrado como efectivo el uso del DIU-LNG en casos de endometriosis no diagnosticadas.

## **CONCLUSIONES**

- La dismenorrea es un problema muy prevalente a nivel mundial, siendo causa de absentismo laboral y escolar. La más frecuente es la primaria, que es, a su vez, más común en adolescentes y mujeres jóvenes.
- Es una enfermedad, sin embargo, infradiagnosticada en hasta un 15% de las pacientes ya que estas no consultan, por asumir que el dolor es algo intrínseco a la menstruación.
- La dismenorrea primaria se ha visto que está causada por un aumento de prostaglandinas (sobre todo PGF<sub>2</sub> $\alpha$ ) a nivel uterino.
- En el diagnóstico lo más importante es una anamnesis detallada que nos pueda orientar a hacer la diferenciación entre un cuadro de origen funcional o con causa orgánica identificable que posteriormente

confirmaremos con pruebas más específicas, como las de imagen, o, en última instancia, con una técnica invasiva como la laparoscopia.

- Las opciones terapéuticas incluyen antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos como opciones principales. Ambas han demostrado ser efectivas en el control del dolor, sin haberse concluido superioridad de una sobre la otra.
- Existen opciones alternativas que incluyen medidas higienico-dietéticas y tratamientos no farmacológicos para las que no hay suficiente evidencia como para indicarlas en el manejo de la dismenorrea, pero que es importante conocer y ofrecer a las pacientes que rechazan tratamientos médicos.
- No existe un manejo escalado en el tratamiento de la dismenorrea, indicándose cada posibilidad terapéutica según las preferencias de cada paciente, posibles contraindicaciones, y respuesta a tratamientos previos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, Buzi F, De Sanctis C, Tonini G, Rigon F, Perissinotto E. Primary dysmenorrhea in adolescents: Prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015; 13(2): 512-20.
2. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Annals of the New York Academy of Science.* 2008.
3. Latthe PM, Champaneria R, Khan KS. Dysmenorrhoea. *Clinical evidence.* BMJ. 2010.
4. Dismenorrea en adolescentes. *Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Ginecología.* 2013.
5. Lacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015; 21(6): 762-78.

6. Latthe P, Luciano M, Richard G, Robert H, Khalid K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review *BMJ*. 2006; 332:749
7. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of Dysmenorrhoea. *Clinical Review. BMJ*. 2006.
8. Sanfilippo J, Erb T. Evaluation and management of dysmenorrhea in adolescents. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2008.
9. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015.
10. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009.
11. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, Giusy B, Somigliana E, Bosari S. Estrogen-Progestin and progestins for the management of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 2016; 126 (7): 1552-71.
12. Dmitrovic, Romana R. Continuous compared with cyclic oral contraceptives for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(6): 1143-50.
13. Mendoza N, Lobo P, Lertxundi R, Correa M, Gonzalez E, Salamanca A, Sánchez-Borrego R. Extended regimens of combined hormonal contraception to reduce symptoms related to withdrawal bleeding and the hormone-free interval: a systematic review of randomised and observational studies. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014; 19(5): 321-39.
14. Petraglia F, Parke S, Serrani M, Mellinger U, Römer T. Estradiol valerate plus dienogest versus ethinylestradiol plus levonorgestrel for the treatment of primary dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 125(3): 270-4.
15. Frans JME, Roumen. The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2007; 75(6): 420-9.
16. Priya K, Rajaram S, Goel N. Comparison of combined hormonal ring and low dose combined oral hormonal pill for the treatment of

- idiopathic chronic pelvic pain: a randomised trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016; 207: 141-46.
17. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013
  18. Lete I, et al. Efectos beneficiosos no anticonceptivos del anillo vaginal anticonceptivo. *Rev. Iberoam. Fert Rep Hum.* 2013; 30(3): 80-85.
  19. Ahrendt HJ, Karck U, Pichl T, Mueller T, Ernst U: The effects of an oestrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with cyclical symptoms: results from two studies on oestrogen-related symptoms and dysmenorrhoea. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* 2007;12(4), 354–61.
  20. Lindh I, Milsom I. The influence of intrauterine contraception on the prevalence and severity of dysmenorrhea: a longitudinal population study. *Hum Reprod.* 2013; 28(7): 1953-60
  21. Funk S, Miller MM, Mishell DR, Archer DF, Poindexter A, Schmidt J, Zampaglione E. Safety and efficacy of Implanon, a single-rod implantable contraceptive containing etonogestrel. *Contraception.* 2005; 71(5): 319-26.
  22. Zahradnik H-P, Hanjalic-Beck A, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief for dysmenorrhea: a review. *Contraception.* 2010; 81(3): 185-96.
  23. Proctor M, Latthe P, Farquhar C, Roberts H, Khan K, Johnson N. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005.
  24. Smith CA, Armour M, Zhu X, Li X, Lu ZY, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016
  25. Fisher C, Sibbritt D, Hickman L, Adams J. A critical review of complementary and alternative medicine use by women with cyclic perimenstrual pain and discomfort: a focus upon prevalence, patterns and applications of use and users' motivations, information seeking and self-perceived efficacy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2016; 95(8):861-71.