
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA EN ADOLESCENTES

Fecha de búsqueda de información: Abril 2008

Fecha de elaboración: Abril 2008

Fecha de actualización: Abril 2013

Institución responsable. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.

Coordinadora del grupo:

Dra. Josefina Lira Plascencia

Médica cirujana, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Perinatal por el Instituto Nacional de Perinatología. Certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Coordinadora de la Clínica para la Atención de la Paciente Adolescente del Instituto Nacional de Perinatología.

Autores:

Dra. Josefina Lira Plascencia

Dr. Luis Assad Simon Pereira

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Perinatal por el Instituto Nacional de Perinatología. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Hospital Médica Sur.

Revisores internos:

Dr. Lino Amor Calleja

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ángeles del Pedregal.

Dr. Enrique García Lara

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ángeles del Pedregal.

Revisores externos:

Dr. Valentín Ibarra Chavarría

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Director médico del Instituto Nacional de Perinatología.

Dr. Juan Manuel Grosso Espinoza

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Adscrito a la Coordinación para la Atención de la Paciente Adolescente del Instituto Nacional de Perinatología.

Dr. Francisco Iburgüengoitia Ochoa

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Perinatal. Subdirector de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología. Certificado por el consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Conflicto de intereses:

Ninguno declarado. El financiamiento de la presente Guía de Práctica Clínica ha sido en su totalidad por el COMEGO y con el apoyo de los autores participantes.

TABLA DE CONTENIDO

Página

Resumen estructurado	201
Resumen de las recomendaciones	201
Introducción.....	203
Objetivos de la Guía	203
Alcance de la Guía	203
Material y métodos	203
Resultados	204
Anexos	211
Referencias bibliográficas	212

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: Revisar la metodología diagnóstica de dismenorrea primaria y emitir recomendaciones en relación a su tratamiento.

Material y métodos: Se conformó un grupo de expertos para seleccionar los temas de interés, bajo el formato de pregunta clínica estructurada. Se identificaron las palabras clave o MeSH, se consultaron bases de datos electrónicas (PubMed, Ovid, Cochrane, TripDatabase y SUMSearch) para ubicar las fuentes de información primaria y secundaria; en éstas últimas se restringió la búsqueda a documentos emitidos del 2003 a la fecha; dicha búsqueda no se limitó para las fuentes de información primaria. Se seleccionaron aquellas que señalaran explícitamente a la población de adolescentes (de 13 a 18 años de edad, según MeSH) y que cursaran con dismenorrea, excluyéndose aquellos documentos donde no se mencionara el origen o éste fuera orgánico.

Resultados: El diagnóstico es básicamente clínico; destaca la sintomatología reproducible del dolor tipo cólico que se agudiza en los días de mayor flujo catamenial. El diagnóstico diferencial se centra en endometriosis, malformaciones obstructivas de aparato genital y masas anexiales. En cuanto al tratamiento, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son de primera elección (OR 7.91; 95% IC 5.65-11.09) al demostrar mejoría en el síntoma del dolor, pero con aumento de los efectos adversos (OR 1.52; 95% IC 1.09-2.12). No hay acuerdo en definir la superioridad de algún tipo de AINES sobre otro. El empleo de anticonceptivos orales (AOC) a dosis media es eficaz en el tratamiento de la sintomatología (OR 2.01; 95% IC 1.17-3.33), pero sin disminuir significativamente los días de ausencia escolar o laboral (OR 0.43; 95% IC 0.19-0.99). No hay suficiente evidencia para emitir conclusión alguna sobre la seguridad y eficacia en el empleo de los anticonceptivos orales de dosis bajas. La laparoscopia diagnóstica debe ser considerada en el caso de que el tratamiento a base de analgésicos y anticonceptivos haya fallado. La neurectomía presacra y la resección de ligamentos úterosacros no han demostrado mejoría clínica sustentable en evidencias.

Conclusiones: La mayor parte de las recomendaciones están basadas en opiniones de autores o consensos, además de estudios clínicos con diseños no experimentales. Las recomendaciones mejor sustentadas son: las de la utilidad del seguimiento diagnóstico del ultrasonido ginecológico, el beneficio de los AINES que es limitado por sus efectos adversos y la falta de evidencia que apoye la utilidad de la interrupción quirúrgica de las vías nerviosas uterinas. Es insuficiente la existencia de estudios clínicos con calidad metodológica adecuada para orientar hacia la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas concluyentes.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

1. En adolescentes que presenten dismenorrea dentro de los primeros 6 meses posteriores a la menarca, deberá sospecharse fuertemente la posibilidad de malformaciones obstructivas a nivel del tracto genital. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)
2. Debido a la alta prevalencia de dismenorrea, y en el entendido de que un gran número de mujeres da por hecho que es normal, conviene que el médico investigue de manera dirigida respecto a las características de la misma, con la intención de descartar alguna patología de base. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)
3. El diagnóstico de dismenorrea secundaria es sustentable en pacientes en las que, después de varios años de ciclos menstruales sin dolor, refieren sintomatología al respecto. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

4. En la adolescente que no ha iniciado actividad sexual con un cuadro característico de dismenorrea primaria, el examen pélvico no es necesario; de cualquier manera se sugiere la revisión de los genitales externos con la intención de buscar algún dato que sugiera un problema obstructivo como himen imperforado. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)
5. No existen evidencias de que la realización rutinaria del ultrasonido pélvico tenga utilidad diagnóstica en el estudio inicial de la paciente con dismenorrea primaria, sin embargo, en aquellas en las que la terapia previa ha fallado o ante alguna evidencia clínica identificada, puede ser de utilidad para la sustentación diagnóstica posterior. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)
6. La resonancia magnética puede ser de utilidad, especialmente en las pacientes con sospecha de alguna malformación obstructiva a nivel genital. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)
7. La laparoscopia es la única herramienta útil para establecer el diagnóstico final de dismenorrea secundaria debida a endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y síndrome adherencial. Su realización será la etapa final en la evaluación diagnóstica una vez que el tratamiento convencional haya fallado. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación B)
8. La evidencia sugiere que, en mujeres con dismenorrea primaria, los AINES son más efectivos que el placebo en el alivio del dolor. Sin embargo, las mujeres deben ser advertidas sobre los efectos adversos significativos. No hay evidencia que señale que AINES en particular es más efectivo y seguro que otro. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)
9. La evidencia inicial señala que el uso de AOC en dosis media (35 microgramos de estradiol y progestágenos de 1a. y 2a. generación) son superiores al placebo en la mejoría de la sintomatología de la dismenorrea. (Nivel de evidencia IIa, Grado de recomendación B)
10. El uso de AOC de baja dosis (20 microgramos de etinilestradiol y 100 microgramos de levonorgestrel) muestra insuficiente evidencia al demostrar su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes. (Nivel de evidencia, IIb, Grado de recomendación B)
11. El esquema de AOC en regímenes extendidos mejora los síntomas asociados. Sin embargo, no se tiene establecida la combinación de hormonales y el tiempo de administración óptimo. (Nivel de evidencia Ia, Grado recomendación B)
12. El uso de acetato de medroxiprogesterona se ha utilizado con éxito en el tratamiento de dismenorrea en mujeres adultas; sin embargo, en las adolescentes su uso por más de 2 años puede producir disminución de la densidad mineral ósea, por lo cual no es de primera elección en estas pacientes. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)
13. No existen resultados respecto al dispositivo medicado con levonorgestrel en pacientes con dismenorrea primaria. (Nivel de evidencia Ia, Grado recomendación B)
14. La resección del ligamento úterosacro y la neurectomía presacra no han mostrado eficacia en cuanto al alivio del dolor en el corto plazo en pacientes con dismenorrea. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)
15. El uso de vitamina E, ácidos grasos omega 3, vitamina B1 y magnesio parecen mejorar la sintomatología en pacientes con dismenorrea primaria; sin embargo, los trabajos existentes al respecto son pocos, con muestras pequeñas, por lo que no se pueden emitir conclusiones ni recomendaciones. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación B)

16. A las pacientes que cuestionan por los tratamientos alternativos como el ejercicio y calor local, se les debe indicar que a la fecha no existen evidencias que sustenten que este tipo de terapias sean de beneficio.^(2,3) (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación B)

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es un trastorno común, ya que afecta aproximadamente a un 50% de las mujeres, incapacitando al 10% por espacio de 1 a 3 días en cada menstruación; esta situación conlleva a un impacto económico importante, ya que se calculan anualmente pérdidas por 600 millones de horas de trabajo.⁽¹⁾ La mayoría de las mujeres consideran la dismenorrea como un proceso inevitable del período menstrual, incluso si ésta es incapacitante. Tal vez por ello pocas buscan asistencia médica, y con frecuencia no siguen de manera adecuada las indicaciones en cuanto a prescripción.^(3,4)

En relación a su fisiopatología, la dismenorrea primaria suele aparecer en la adolescente una vez que los ciclos ovulatorios se han establecido. Se ha implicado a la actividad uterina exagerada como causa del dolor, lo cual es mediado a su vez por prostaglandinas (PGF2alfa y PGE2). La síntesis de prostaglandinas aumenta de manera considerable en la fase lútea del ciclo menstrual, alcanzando su máxima concentración al principio de la menstruación.⁽⁴⁾

Se han relacionado factores de riesgo tales como menarca precoz, ciclos con hiperpolimenorrea y antecedentes familiares de dismenorrea.⁽⁴⁾

OBJETIVOS DE LA GUÍA

El objetivo específico de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) es sistematizar el abordaje diagnóstico de la paciente con dismenorrea primaria, así como actualizar el conocimiento en relación a las diferentes modalidades de tratamiento.

ALCANCE DE LA GUÍA

Las usuarias potenciales son mujeres adolescentes (13 a 18 años de edad).

La presente GPC está dirigida a médicos generales, médicos de urgencias y especialistas en Ginecología y Obstetricia que se encuentran en contacto con pacientes atendidas en unidades médicas urbanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se conformó un grupo de expertos para seleccionar los temas de interés, bajo el formato de pregunta clínica estructurada. El grupo fue capacitado para uniformar la metodología de búsqueda de la información y la estratificación y evaluación de la información recolectada. Se identificaron las palabras clave o MeSH en PubMed. Se consultaron las fuentes de información primaria y secundaria de las bases de datos electrónicas (PubMed, Ovid, Cochrane, TripDatabase y SUMSearch) para ubicar y evaluar inicialmente las guías de práctica clínica existentes, y en orden seguido a las fuentes secundarias (meta-análisis y revisiones sistemáticas) y las fuentes de información primaria (estudios clínicos controlados, cohortes, casos y controles, descriptivos). La búsqueda se limitó a los documentos publicados del 2003 a la fecha, que señalaran explícitamente a la población adolescente (de 13 a 18 años de edad, según MeSH) y que cursaran con dismenorrea. La estrategia de búsqueda se resume en el Anexo 2.

Criterios de inclusión

Para la selección de una GPC y/o revisiones sistemáticas se utilizaron 3 requisitos: a) que fuera reciente (menos de 5 años de publicación), b) que señalara los grados de recomendación y niveles de evidencia y c) fuentes de información identificadas y relacionadas. En forma complementaria también se buscaron artículos originales obtenidos de sus fuentes primarias.

Criterios de exclusión

Algunos estudios fueron rechazados por no tratar el tema en forma específica, o bien, trataban solo algún tópico específico relacionado con el tema. Se rechazaron también estudios que no estaban en el idioma inglés y español, o artículos que no eran accesibles por distintas razones. Se excluyeron de esta revisión las intervenciones tradicionales de herbolaria.

Criterios de eliminación

Aquellos artículos que una vez seleccionados, al hacer un análisis de su contenido no tenían soporte estadístico, no concluían nada respecto al tema, ni servían para orientar el abordaje de la dismenorrea en adolescentes.

Modalidad de interpretación y síntesis de datos

Una vez que la información cumplía con los requisitos para ser valorada por los autores, se hizo un análisis de la información y por consenso entre los mismos se decidió cual era la información que se tomaría en cuenta para la elaboración de esta GPC.

Se estableció la aceptación de recomendaciones por el principio de consenso entre los autores directos de la GPC. Cuando ocurrió alguna discrepancia se recurrió al análisis de los datos originales para la toma de decisiones. En caso de no haber coincidencia, se agregó el comentario de los autores expertos.

RESULTADOS

Preguntas estructuradas, síntesis de la evidencia y recomendaciones

¿Cuál es la utilidad de la evaluación clínica en la adolescente con dismenorrea primaria?

La dismenorrea primaria se caracteriza por dolor tipo cólico en el área pélvica que suele aparecer previo a la menstruación. La sintomatología tiene su período agudo durante los días de mayor flujo catamenial (que generalmente dura 1 ó 2 días), para ir disminuyendo paulatinamente en el transcurso de los siguientes 3 a 4 días.⁽¹⁾ Frecuentemente, se asocian diarrea, náusea, vómito, fatiga, cefalea y, raramente, síncope o fiebre.^(1,5) Esta última sintomatología se atribuye a la producción de prostaglandinas.^(1,4) El cuadro clínico generalmente es reproducible entre un ciclo menstrual y otro.

El clínico deberá enfrentar, en una paciente que refiere dolor menstrual, la disyuntiva diagnóstica de dismenorrea primaria o secundaria. Para ello, será de suma importancia realizar un interrogatorio amplio en relación a la edad de la menarca, ciclos menstruales, duración de la menstruación, edad en que se instaló la dismenorrea, sus características específicas (cuándo inicia, cuánto dura, localización e irradiación del dolor, intensidad de la misma y síntomas acompañantes), si ha intentado alguna terapéutica y qué resultados ha obtenido. Es importante resaltar que, en pacientes adolescentes que presenten dismenorrea dentro de los primeros 6 meses posteriores a la menarca, deberá sospecharse fuertemente la posibilidad de malformaciones obstructivas a nivel del tracto genital.^(5,6)

Se interrogarán también antecedentes familiares en relación a endometriosis.⁽²⁾ Además, se deberá investigar de manera dirigida si ya inició actividad sexual y a qué edad, número de compañeros sexuales,

dispareunia y método anticonceptivo utilizado. Muchas adolescentes toman de pretexto la dismenorrea para buscar asesoría anticonceptiva.^(3,6,7) Debido a la alta prevalencia de dismenorrea y en el entendido de que un gran número de mujeres da por hecho que es normal, conviene que el médico investigue de manera dirigida respecto a las características de la misma, con la intención de descartar alguna patología de base.^(2,3) El diagnóstico de dismenorrea secundaria es sustentable en pacientes en las que, después de varios años de ciclos menstruales sin dolor, refieren sintomatología al respecto.⁽⁵⁾

En relación a los tratamientos previos es importante aclarar que, en las adolescentes en general, solo el 31% toma el medicamento en las dosis recomendadas, el 13% ingiere una dosis menor a la sugerida y tan solo el 16% toma sus medicamentos de manera profiláctica. De tal forma que la evaluación, en cuanto al resultado terapéutico, deberá contemplar estas variaciones frecuentes.⁽⁴⁾

La exploración física en términos generales es normal; sin embargo, debe señalarse que un examen pélvico normal no es excluyente por sí mismo de alguna patología de base. En la adolescente que no ha iniciado actividad sexual, con un cuadro característico de dismenorrea primaria, el examen pélvico no es necesario; de cualquier manera, se sugiere la revisión de los genitales externos con la intención de buscar algún dato que nos indique un problema obstructivo como himen imperforado.^(5,6) Los hallazgos físicos anormales llevarán al clínico a la sospecha de dismenorrea secundaria.

Recomendaciones:

1. *En adolescentes que presenten dismenorrea dentro de los primeros 6 meses posteriores a la menarca, deberá sospecharse fuertemente la posibilidad de malformaciones obstructivas a nivel del tracto genital. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)*

2. *Debido a la alta prevalencia de dismenorrea, y en el entendido de que un gran número de mujeres da por hecho que es normal, conviene que el médico investigue de manera dirigida respecto a las características de la misma, con la intención de descartar alguna patología de base. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)*

3. *El diagnóstico de dismenorrea secundaria es sustentable en pacientes en las que, después de varios años de ciclos menstruales sin dolor, refieren sintomatología al respecto. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)*

4. *En la adolescente que no ha iniciado actividad sexual, con un cuadro característico de dismenorrea primaria, el examen pélvico no es necesario; de cualquier manera se sugiere la revisión de los genitales externos con la intención de buscar algún dato que nos sugiera un problema obstructivo como himen imperforado. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)*

¿Cuál es la utilidad de las pruebas diagnósticas en el estudio de la adolescente con dismenorrea primaria?

No existen evidencias de que la realización rutinaria del ultrasonido pélvico sea de ayuda en la paciente con dismenorrea primaria; sin embargo, en aquellas en las que la terapia previa ha fallado, o en las que algún hallazgo físico orienta a la sospecha de alguna patología de base, puede ser de utilidad para la sustentación diagnóstica (malformación mülleriana, masas anexiales, etc.). Se recomienda, en caso de ser posible (si la paciente ya inició vida sexual), la realización del ultrasonido por vía vaginal. Cabe aclarar que el ultrasonido ginecológico no supe de ninguna manera los hallazgos de la exploración pélvica bimanual, en el caso de que ésta pueda realizarse.⁽⁷⁾

La resonancia magnética puede ser de utilidad especialmente en las pacientes con sospecha de alguna malformación obstructiva a nivel genital.^(5,6)

La laparoscopia es la única herramienta útil para establecer el diagnóstico final de de dismenorrea secundaria debida a endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y síndrome adherencial. Su realización será la etapa final en la evaluación diagnóstica, una vez que el tratamiento convencional ha fallado. En pacientes adolescentes en las que existe una fuerte sospecha de endometriosis, la realización de una laparoscopia diagnóstica no deberá postergarse, debido a que el pronóstico de la enfermedad dependerá, en parte, de un diagnóstico y tratamiento oportuno.^(8,9) La apariencia de los implantes endometriales tiene una morfología diferente en las mujeres adolescentes en comparación con las adultas; en las adolescentes son frecuentes las lesiones vesiculares transparentes, las lesiones en flama y los implantes blancos.⁽⁸⁾

Recomendaciones:

5. *No existen evidencias de que la realización rutinaria del ultrasonido pélvico sea de ayuda en la paciente con dismenorrea primaria; sin embargo, en aquellas en las que la terapia previa ha fallado, o en las que algún hallazgo físico orienta a la sospecha de alguna patología de base, puede ser de utilidad para la sustentación diagnóstica. Cabe aclarar que el ultrasonido ginecológico no suple los hallazgos de la exploración bimanual, en el caso de que ésta pueda realizarse. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)*

6. *La resonancia magnética puede ser de utilidad especialmente en las pacientes con sospecha de alguna malformación obstructiva a nivel genital. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)*

7. *La laparoscopia es la única herramienta útil para establecer el diagnóstico final de dismenorrea secundaria debida a endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y síndrome adherencial. Su realización será la etapa final en la evaluación diagnóstica, una vez que el tratamiento convencional ha fallado. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación B)*

¿Cuál es la seguridad y eficacia en el empleo de los analgésicos para la adolescente con dismenorrea primaria?

Varios medicamentos se han aprobado y comercializado para el tratamiento de la dismenorrea primaria. El acetaminofen es un analgésico y antipirético (no es un inhibidor periférico de la sintetasa de prostaglandina) que tiene un efecto débil como inhibidor de la ciclo-oxigenasa en presencia de altas concentraciones de peroxidasa, la cual está presente en tejidos inflamados. El acetaminofen produce analgesia disminuyendo el umbral del dolor; puede causar daño hepático después de tres o más bebidas alcohólicas al día y tiene una reacción cruzada con el ácidoacetilsalicílico produciendo asma.⁽¹⁰⁾ En varios análisis de efectividad de medicamentos para el tratamiento de dismenorrea, el acetaminofén es utilizado como control. El acetaminofen y el pamabrom han sido indicados en el tratamiento de la dismenorrea primaria. El pamabrom es un diurético de corta duración que mejora la retención de líquidos. La información con la que contamos actualmente, en cuanto a la eficacia del acetaminofén en la dismenorrea primaria, es limitada y no concluyente, cuando se le compara con los antiinflamatorios no esteroideos, o incluso, comparándose con placebo. La evidencia clínica del acetaminofén en asociación con el pamabrom es menos contundente aún.⁽¹¹⁾

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son analgésicos que inhiben la ciclooxigenasa (COX) impidiendo así la producción final de prostaglandinas. En un meta-análisis que incluyó 56 trabajos se confirmó que más allá de toda duda, los 4 AINES evaluados (naproxeno, ibuprofeno, ácido mefenámico y ácido acetilsalicílico) son efectivos en el tratamiento de la dismenorrea primaria.⁽¹²⁾ En esta revisión sistemática, tanto el naproxeno como el ibuprofeno fueron superiores al ácido acetilsalicílico y el naproxeno presentó mayores efectos secundarios que el ibuprofeno.

En una revisión de 63 trabajos controlados y con asignación aleatoria en mujeres con dismenorrea primaria, los AINES fueron más efectivos que el placebo en el alivio del dolor (OR 7.91; 95% IC 5.65-11.09), aunque los efectos secundarios fueron mayores (OR 1.52; 95% IC 1.09-2.12). Cuando los AINES se compararon entre ellos, o con el acetaminofen, se encontró una pequeña superioridad de cualquiera de los AINES respecto a eficacia o seguridad. Las mujeres que toman cualquier AINES reportan significativamente menos restricciones laborales (escuela o trabajo), en comparación con las mujeres que toman placebo.⁽¹³⁾

Un tratamiento efectivo debe ser tomado al inicio de la menstruación y pudiera no ser necesario más allá de 2 ó 3 días; se recomienda iniciar con una dosis de carga y posteriormente, dividir estas dosis a lo largo de 24 horas.

Los efectos adversos de los AINES incluyen intolerancia gastrointestinal, cefalea y somnolencia. Específicamente para evitar los problemas gastrointestinales, se recomienda tomar el medicamento con los alimentos.

La síntesis de prostaglandinas está mediada principalmente por 2 isoformas de la ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2), las cuales catalizan el metabolismo del ácido araquidónico a prostaglandinas. Los AINES convencionales son inhibidores no selectivos de ambas isoformas de la COX. Se ha propuesto que la eficacia terapéutica de los AINES es el resultado de la inhibición de la COX-2, mientras que la toxicidad gastrointestinal y la disrupción plaquetaria se derivan de la inhibición de la COX-1.^(5,7)

En un estudio doble ciego donde se comparó al meloxicam (7.5 mg y 15 mg una vez al día) con el ácido mefenámico (500 mg 3 veces al día), se concluyó que la posología de ambos medicamentos era adecuada para mejorar la sintomatología, pero el meloxicam mostró mejor tolerancia gastrointestinal.⁽¹⁴⁾

Desafortunadamente, los trabajos existentes al respecto de intervención terapéutica con AINES en dismenorrea primaria no han sido probados específicamente en adolescentes, por lo que su recomendación es solo una extensión de las recomendaciones propuestas para mujeres adultas.

Recomendaciones:

8. La evidencia sugiere que, en mujeres con dismenorrea primaria, los AINES son más efectivos que el placebo en el alivio del dolor. Sin embargo, las mujeres deben ser advertidas sobre los efectos adversos significativos. No hay evidencia que señale que los AINES en particular son más efectivos y seguros que otros. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)

¿Cuál es la utilidad del empleo de los medicamentos hormonales en las pacientes con dismenorrea primaria?

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) suprimen la ovulación y restringen el crecimiento endometrial, disminuyendo así la producción de prostaglandinas y el volumen catamenial, con lo que mejora la sintomatología de la enfermedad.⁽¹⁾ Estudios observacionales mencionan una franca mejoría en las pacientes con dismenorrea que utilizan AOC.⁽⁴⁾

En un meta-análisis que incluyó la revisión de 4 trabajos controlados y con asignación aleatoria, se determinó que el uso de AOC en dosis media (35 microgramos de estradiol y progestágenos de 1a. y 2a. generación) fueron superiores al placebo en la mejoría de la sintomatología de la dismenorrea (OR 2.01; 95% IC 1.17-3.33); por otro lado, cuando los trabajos se analizaron con un modelo de efecto aleatorio, los resultados no fueron estadísticamente significativos (OR 1.68; 95% IC 0.29-9.81).

El tratamiento con AOC comparado con placebo, al parecer no disminuyó de manera significativa los días de ausencia escolar o laboral (OR 0.43; 95% IC 0.19-0.99).⁽¹⁵⁾

El uso de AOC de baja dosis (20 microgramos de etinilestradiol y 100 microgramos de levonorgestrel) se ha analizado en cuanto a su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes. Trabajos controlados con asignación aleatoria y doble ciego han determinado que éstos mejoran la sintomatología; sin embargo, la evidencia es insuficiente para demostrar su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes.^(16,17)

El esquema de AOC en regímenes extendidos parece tener ciertas ventajas en las pacientes con dismenorrea. El resultado de un meta-análisis que incluyó la revisión de 6 trabajos con asignación aleatoria concluyó que este tipo de regímenes mejoran la cefalea, el cansancio, la irritación y el dolor menstrual, de manera significativa. Desafortunadamente, el esquema de régimen extendido se evaluó específicamente para anticoncepción y los hallazgos favorables para dismenorrea fueron resultados secundarios; por otro lado, no se tiene establecido la combinación de hormonales y el tiempo de administración óptimo.⁽¹⁸⁾

Los tratamientos con progestinas inhiben la ovulación de una manera satisfactoria, lo que a su vez produce atrofia endometrial, aliviando de esta forma la dismenorrea. El uso de acetato de medroxiprogesterona se ha utilizado con éxito en el tratamiento de dismenorrea en mujeres adultas; sin embargo, en las adolescentes su uso por más de 2 años puede producir disminución de la densidad mineral ósea, por lo cual no es de primera elección en estas pacientes.⁽⁸⁾

El implante subdérmico de etonogestrel (cuyo metabolito activo es el desogestrel) fue diseñado inicialmente como anticonceptivo y se ha relacionado con una disminución en la incidencia de dismenorrea en un 48% aproximadamente.^(19,20)

Desafortunadamente, los estudios existentes respecto al uso del implante en pacientes con dismenorrea no son concluyentes, ya que no hay trabajos controlados y con asignación aleatoria, específicamente en el tratamiento de esta patología.

El dispositivo intrauterino medicado con levonogestrel produce atrofia endometrial disminuyendo el sangrado catamenial. Su uso en mujeres con dolor pélvico crónico asociado a endometriosis ha mostrado eficacia; sin embargo, no existen resultados respecto al uso de este dispositivo en pacientes con dismenorrea primaria.⁽²¹⁾

Desafortunadamente, en algunos de los trabajos existentes respecto a intervención terapéutica con tratamientos hormonales en dismenorrea primaria, no han sido probados específicamente en adolescentes, por lo que su recomendación es solo una extensión de las recomendaciones propuestas para mujeres adultas.

Recomendaciones:

9. La evidencia inicial señala que el uso de AOC en dosis media (35 microgramos de estradiol y progestágenos de 1a.y 2a. generación) es superior al placebo en la mejoría de la sintomatología de la dismenorrea. (Nivel de evidencia IIa, Grado de recomendación B)

10. El uso de AOC de baja dosis (20 microgramos de etinilestradiol y 100 microgramos de levonorgestrel) muestra insuficiente evidencia al demostrar su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes. (Nivel de evidencia, IIb, Grado de recomendación B)

11. El esquema de AOC en regímenes extendidos mejora los síntomas asociados. Sin embargo, no se tiene establecida la combinación de hormonales y el tiempo de administración óptima. (Nivel de evidencia Ia, Grado recomendación B)

12. El uso de acetato de medroxiprogesterona se ha utilizado con éxito en el tratamiento de dismenorrea en mujeres adultas; sin embargo, en las adolescentes su uso por más de 2 años puede producir disminución de la densidad mineral ósea, por lo cual no es de primera elección en estas pacientes. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

13. No existen resultados respecto al dispositivo medicado con levonorgestrel en pacientes con dismenorrea primaria. (Nivel de evidencia Ia, Grado recomendación B)

¿Cuál es la utilidad y seguridad de las intervenciones quirúrgicas como tratamiento en las pacientes con dismenorrea primaria?

En un pequeño número de mujeres con dismenorrea, la sintomatología puede persistir a pesar del manejo instaurado. En pacientes adolescentes con dolor pélvico que no respondieron al tratamiento combinado con AINES y AOC, fueron diagnosticadas con endometriosis entre un 50 a un 70%.^(2,4)

La laparoscopia diagnóstica en estos casos resulta ser de utilidad para el diagnóstico, ya que, en caso de sospecha de endometriosis, una vez establecido el diagnóstico; podrá instaurarse un tratamiento oportuno para evitar la progresión de la enfermedad.^(8,9) Conviene recordar que la apariencia de los implantes endometriales en las adolescentes tiene una morfología diferente de las adultas, por lo que el cirujano deberá ser experimentado en el diagnóstico visual para no pasar por alto su identificación.

La neurectomía presacra se refiere a la resección del nervio presacro, y parece ser el método de denervación pélvica asociado a mejores resultados a largo plazo en las mujeres con dolor pélvico.^(22,23) En un estudio con asignación aleatoria que incluyó a 141 mujeres con dismenorrea asociada a endometriosis, a las que se les practicó neurectomía presacra, se encontró una mejoría del 83% en comparación con el 53% del grupo control; la dismenorrea, dispareunia y dolor pélvico crónico mejoró de manera equiparable en ambos grupos, sin embargo, a los 24 meses dicha mejoría fue significativamente mayor en el grupo de neurectomía presacra.⁽²⁴⁾

La resección del ligamento úterosacro, en teoría logra una mejor denervación uterina en comparación con la neurectomía presacra. En un trabajo controlado donde se comparó la resección del ligamento úterosacro versus la neurectomía presacra, más resección del ligamento en pacientes con dismenorrea primaria, no mostró diferencias significativas en cuanto a mejoría entre ambos grupos a los 3 meses de seguimiento (69 vs 73% respectivamente); sin embargo, las complicaciones quirúrgicas fueron mayores en el grupo de neurectomía más resección del úterosacro.⁽²⁵⁾

Los resultados de un meta-análisis que incluyó la revisión de 8 trabajos controlados concluyó que, tanto la resección del ligamento úterosacro como la neurectomía presacra, no mostraron una mejoría significativa en cuanto al alivio del dolor a corto plazo, sin embargo, la neurectomía fue significativamente más efectiva en el largo plazo. La conclusión de los revisores de este meta-análisis fue que la evidencia es insuficiente para recomendar, tanto la neurectomía presacra como la resección del ligamento úterosacro, en las pacientes con dismenorrea primaria.⁽²⁶⁾

Desafortunadamente, los trabajos existentes respecto a intervención terapéutica con métodos quirúrgicos (neurectomía presacra y resección del ligamento útero sacro) en dismenorrea primaria, no han sido probados específicamente en adolescentes, por lo que la recomendación es solo una extensión de las recomendaciones propuestas para mujeres adultas.

Recomendaciones:

14. La resección del ligamento úterosacro y la neurectomía presacra no han mostrado eficacia en cuanto al alivio del dolor en el corto plazo, en pacientes con dismenorrea. (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)

¿La medicina alternativa es una opción útil para la paciente con dismenorrea primaria?

La vitamina E se ha utilizado en las pacientes con dismenorrea primaria, al parecer con buenos resultados. En un estudio controlado con asignación aleatoria, doble ciego, se comparó el uso de 200 UI de vitamina E en pacientes con dismenorrea primaria; el grupo de vitamina E reportó mejoría significativa de la dismenorrea en relación al grupo control.⁽²⁷⁾

La utilización de aceite de pescado (ácidos grasos omega 3) se analizó en un trabajo controlado y con asignación aleatoria en pacientes con dismenorrea secundaria a endometriosis. Se comparó un grupo de pacientes que recibió tratamiento hormonal continuo versus tratamiento a base de dieta (ácidos grasos omega 3, vitaminas, minerales) y se encontró que la mejoría entre ambos grupos fue equiparable.⁽²⁸⁾ En otro trabajo con asignación aleatoria en adolescentes con dismenorrea primaria se encontró que el grupo de pacientes que recibió ácidos grasos omega 3 mostró una mejoría significativa cuando se le comparó con el grupo control (placebo).⁽²⁹⁾

La revisión de un meta-análisis que incluyó 7 trabajos controlados en relación al tratamiento de dismenorrea primaria mostró que la ingesta diaria de 100 mg de vitamina B1 mejora la sintomatología; en cuanto al magnesio, su uso en las pacientes con dolor menstrual es prometedor, sin embargo, los resultados existentes son pequeños, por lo que no se puede emitir alguna conclusión.⁽³⁰⁾

Recomendaciones:

15. El uso de vitamina E, ácidos grasos omega 3, vitamina B1 y magnesio parecen mejorar la sintomatología en pacientes con dismenorrea primaria; sin embargo, los trabajos existentes al respecto son pocos, con muestras pequeñas, por lo cual no se pueden emitir conclusiones ni recomendaciones. (Nivel de evidencia la, Grado de recomendación B)

¿Qué opciones terapéuticas no médicas existen como tratamiento en las pacientes con dismenorrea primaria?

Se han intentado diversas opciones no farmacológicas, como el ejercicio y calor local, con la finalidad de mejorar la dismenorrea; sin embargo, los datos de que disponemos en la actualidad son inconclusos y controversiales.

El ejercicio físico se ha relacionado con una mejoría importante en la sintomatología del dolor menstrual.⁽³¹⁾ Particularmente, se menciona que los ejercicios de relajación disminuyen la severidad del dolor, acortan los días de dismenorrea y aminoran la incapacidad. Algunos trabajos con asignación aleatoria no refieren ninguna mejoría con este tipo de terapias; los datos al respecto son controversiales, ya que carecen de una metodología adecuada para su evaluación y las muestras en estudio son pequeñas e inconsistentes, por lo que estos resultados deberán tomarse con cautela.⁽³²⁾ El calor local para el alivio de la dismenorrea ha demostrado mejoría significativa cuando se le ha comparado con ibuprofeno y acetaminofen.⁽³³⁾ Cabe hacer notar que son pocos los estudios al respecto para poder emitir conclusiones confiables.

Recomendaciones:

16. A las pacientes que cuestionan sobre los tratamientos alternativos como el ejercicio y calor local, se les debe indicar que a la fecha no existen evidencias que sustenten que este tipo de terapias sean de beneficio. (Nivel de evidencia la, Grado de recomendación B)

ANEXO 1. GLOSARIO DE DEFINICIONES OPERACIONALES

Siguiendo el proceso de estrategia de búsqueda, los temas se construyeron con preguntas de estructura «PICO» y se obtuvieron las palabras clave correspondientes al catálogo de términos para encabezados de temas médicos MeSH (*Medical Subject Heading*).

Estos términos MeSH y sus definiciones originales sirvieron como base para el presente glosario. Se prefirió la transculturación a la simple traducción. Algunas definiciones se ampliaron o aclararon con interés operativo a partir de referencias médicas especializadas.

Dismenorrea (*dysmenorrhea*). Dolor durante la menstruación. Se utiliza como término de entrada para dolor menstrual (*menstrual pain*). Por otra parte, el término dismenorrea proviene del griego y se define como flujo menstrual difícil. En términos generales se le clasifica en primaria y secundaria.

Adolescente (*adolescent*). Persona de 13 a 18 años de edad. Se utiliza como término de entrada para *teen, teenager, youth*.

La dismenorrea primaria se refiere al dolor cíclico y recurrente que se presenta en cada menstruación sin tener patología demostrable. Por otro lado, en la dismenorrea secundaria existe algún proceso patológico de base, el cual con frecuencia se asocia a endometriosis, masas anexiales y enfermedad pélvica inflamatoria, entre otros.^(1,5)

ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Meta-análisis (2 publicaciones)

“Dysmenorrhea”[Mesh] AND “Adolescent”[Mesh] AND (“2003”[PDAT] : “2008”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND “female”[MeSH Terms] AND Meta-Analysis[ptyp]

Estudios clínicos controlados (23 publicaciones)

“Dysmenorrhea”[Mesh] AND “Adolescent”[Mesh] AND (“2003”[PDAT] : “2008”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND Randomized Controlled Trial[ptyp]

Metabuscador de evidencia clínica (3 publicaciones)

(“dysmenorrhoea”[All Fields] OR “dysmenorrhea”[MeSH Terms] OR “dysmenorrhea”[All Fields]) AND systematic[sb] AND (“2003”[PDAT] : “2008”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND “adolescent”[MeSH Terms]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 428-41.
2. Reese KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in adolescent population: the Emory experience. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1996; 9:125-8.
3. Burnett M, Lefebvre G, Pinsonneault O, Antao V, Black A, Feldman K, et al. Prevalence of Primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Canada* 2005; 27: 765-70.
4. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 363-71.
5. Emans SJ, Laufer RL, Goldstein DP. *Pediatric & adolescent gynecology*. 5a. ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
6. Ahued AJR, Lira PJ, Simon PLA. Ginecología y Obstetricia de la Adolescente. En: Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C., eds. Programa de Actualización Médica Continua en Ginecología y Obstetricia. 1a. ed. México, D.F.: Intersistemas editores; 2005.
7. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27: 781-826.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 921-7.
9. Marsh EE, Laufer MR. Endometriosis in premenarcheal girls who do not have an associated obstructive anomaly. *Fertil Steril* 2005; 83: 758-60.
10. Karakaya G, Kalyoncu AF. Acetaminophen and asthma. *Expert Opin Pharmacother*. 2003; 4: 13-21.
11. Di Girolamo G, Sánchez AJ, De Los Santos AR, González CD. Is acetaminophen, and its combination with pamabrom, an effective therapeutic option in primary dysmenorrhoea? *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5: 561-70.
12. Zhang WY, Li Wan Po A. Efficacy of minor analgesics in primary dysmenorrhoea: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 780-9.
13. Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar C. Nonsteroidal antiinflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD001751. DOI: 10.1002/14651858.CD001751.
14. De Mello NR, Baracat EC, Tomaz G, Bedone AJ, Camargos A, Barbosa IC, et al. Double-blind study to evaluate efficacy and safety of meloxicam 7.5 mg and 15 mg versus mefenamic acid 1500 mg in the treatment of primary dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol. Scand* 2004; 83:667-73.
15. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD002120. DOI: 10.1002/14651858.CD002120.
16. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception* 2002; 66: 393-9.
17. Davis AR, Westhoff C, O'Connell K, Gallagher N. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005; 106: 97-104.
18. Edelman AB, Gallo MF, Jensen JT, Nichols MD, Schulz KF, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD004695.
19. Hohmann H, Creinin MD. The contraceptive implant. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50: 907-17.
20. Funk S, Miller MM, Mishell DR Jr, Archer DF, Poindexter A, Schmidt J, et al. Safety and efficacy of Implanon, a single-rod implantable contraceptive containing etonogestrel. *Contraception* 2005; 71: 319-26.
21. Abou-Setta AM, Al-Inany HG, Farquhar CM. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database Syst Rev* oct 2006;18;(4):CD005072.
22. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20: 695-711.
23. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA; Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril* 2002; 78: 961-72.
24. Zullo F, Palomba S, Zupi E, Russo T, Morelli M, Sena T, Pellicano M, Mastrantonio P. Long-term effectiveness of presacral neurectomy for the treatment of severe dysmenorrhea due to endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11: 23-8.
25. Juang CM, Chou P, Yen MS, Horng HC, Twu NF, Chen CY. Laparoscopic uterosacral nerve ablation with and without presacral neurectomy in the treatment of primary dysmenorrhea: a prospective efficacy analysis. *J Reprod Med* 2007; 52: 591-6.
26. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, Khan KS, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD001896. DOI: 10.1002/14651858.CD001896.pub2.

27. Ziaei S, Zakeri M, Kazemnejad A. A randomised controlled trial of vitamin E in the treatment of primary dysmenorrhoea. *BJOG* 2005; 112: 466-9.
28. Sesti F, Pietropolli A, Capozzolo T, Broccoli P, Pierangeli S, Bollea MR, Piccione E. Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III-IV. A randomized comparative trial. *Fertil Steril* 2007; 88: 1541-7.
29. Goldberg RJ, Katz J. A meta-analysis of the analgesic effects of Omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. *Pain*. 2007; 129: 210-23.
30. Proctor ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD002124.
31. Daley AJ. Exercise and primary dysmenorrhoea : a comprehensive and critical review of the literature. *Sports Med*. 2008; 38: 659-70.
32. Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002248. DOI: 10.1002/14651858.CD002248.pub3.
33. Akin M, Price W, Rodríguez G Jr, Erasala G, Hurley G, Smith RP. Continuous, low-level, topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. *J Reprod Med* 2004; 49:739-45.