

CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINEC. Y OBSTET.- U.N.A.M.  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA UNO.- I.M.S.S.  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

TRABAJO MONOGRAFICO SOBRE

"DISMENORREA Y TENSION PREMENSTRUAL"

Presenta: Dr. Carlos F. González Pérez

A cargo: Dr. Roberto Valasco Almeida

Vo. B.  
EL DIRECTOR MEDICO  
DR. CARLOS VIC OREGON

México, D. F., Noviembre de 1975.



HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
No. 1  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# D I S M E N O R R E A

## DEFINICION:

La palabra dismenorrea proviene del griego que significa mal fluir del -  
menstruo, es decir menstruación dolorosa o difícil.

La dismenorrea ha sido definida por Miller y Dehman (1963) como un  
síndrome caracterizado por síntomas subjetivos como: cólicos uterinos,  
malestar pélvico, náuseas, vómito, diarrea, tensión premenstrual y  
otros efectos variables que ocurren con la menstruación; comúnmente el  
término está restringido al significado, dolor menstrual (19). Aunque  
el dolor pélvico es un síntoma común, ya sea inmediatamente, antes,  
durante o después de la menstruación, solo constituye un síntoma y se  
ha reconocido universalmente como una entidad clínica y por lo tanto ha  
sido objeto de numerosos estudios desde hace muchos años (13).

## CLASIFICACION:

La clasificación aceptable del proceso requiere separar los casos en dis-  
menorrea primaria o intrínseca de la secundaria o extrínseca. A la dis-  
menorrea primaria o intrínseca se le ha denominado también interna o  
congénita; la extrínseca se ha llamado externa o adquirida. Sin embargo,  
los términos de primaria y secundaria son los más universalmente acep-  
tados (24).

Bernardo A. Santamaría considera que para fines prácticos es más útil

clasificarlo en dos grupos, siendo esta clasificación en la que están de acuerdo la mayoría de los autores consultados: dismenorrea primaria, - en la cual no hay lesión susceptible de descubrir en útero, trompas de Falopio, ovarios, etc. En el segundo grupo, el de la dismenorrea llamada secundaria o adquirida, la cual denota que el dolor es producido por una lesión orgánica que en la mayor parte de los casos se circunscribe a la pelvis (23).

DISMENORREA PRIMARIA:

FRECUENCIA:

La dismenorrea en la etapa incipiente de la época de la reproducción - es la manifestación más frecuente por la cual la mujer acude al clínico para consulta y tratamiento.

McArthur considera que es el trastorno menstrual más corriente en la época de la pubertad; la frecuencia informada varía según diversos autores entre el 4 y el 62%. Así tenemos que para Soteno Colé es del - 14.6 % (23).

Las estadísticas sobre la incidencia de la dismenorrea, reporta grandes variaciones debido a que existen diversas definiciones y a la inclusión - en algunas series de casos con malestares leves. Esta situación se debe fundamentalmente a la dificultad que existe para interpretar los síntomas subjetivos, especialmente el dolor.

También en muchas ocasiones, los autores de este tipo de estudios no -

comparan a las pacientes con dismenorrea primaria de aquellas con alteración orgánica pélvica, distinción que no puede hacerse adecuadamente cuando se obtienen datos estadísticos por medio de cuestionarios, aunque estos interrogatorios sean cuidadosos (18).

Davis encontró, después de una amplia revisión de la literatura, la frecuencia siguiente:

Entre grandes grupos de pacientes ginecológicas: 6.8 a 47.4 %. Entre estudiantes de secundaria y universidad 17 a 86 %; En mujeres que desarrollan trabajos industriales: 30 a 93%; En empleadas de comercio 34%. En mujeres supuestamente normales, sin tener en cuenta su ocupación de 31.2 a 84%; Entre empleadas de restaurantes 50%; Kasser reporta una incidencia que varía del 10 al 90% (10).

### ETIOLOGIA:

Se desconoce la etiología de la dismenorrea primaria, a pesar de que esta entidad clínica se reconoció desde la antigüedad. Años de observación clínica e investigación no han dilucidado el problema, y es indudable que probablemente participan muchos factores etiológicos. Mencionaremos algunos de los que consideramos más importantes, sobre todo porque forman la base de varios regímenes terapéuticos.

### DESEQUILIBRIO HORMONAL.

A pesar de los muchos estudios efectuados acerca de la concentración urinaria de estrógenos y pregnandiol durante el ciclo menstrual normal

ninguno indica que haya desequilibrio hormonal en mujeres con dismenorrea intensa. Por otra parte, se ha descubierto que la dismenorrea intrínseca guarda relación predominantemente con la ovulación. Es necesario percatarse de que en la fase lútea del ciclo menstrual la concentración urinaria de pregnandiol varía en límites muy amplios, sin que haya diferencias morfológicas fáciles de apreciar en el cuadro endometrial. Las muestras endometriales en la fase secretora obtenida en mujeres normales simultáneamente con estudios de orina revelan cuadros idénticos del estroma, las glándulas y los vasos, aunque la concentración urinaria de pregnandiol varía entre 3 y 11 mgrs. en 24 hrs. Estos estudios no comprueban desequilibrio hormonal como factor etiológico, aunque no se han investigado los índices de producción y secreción de estrógenos y progesterona en casos de dismenorrea intensa.

Cuando se introdujeron los estrógenos de síntesis en la práctica ginecológica, pronto se advirtió que inhibir la ovulación se acompañaba de menstruación indolora. Algunos investigadores consideran que el exceso de progesterona produce desprendimiento incompleto del endometrio y que ello motiva la dismenorrea. Cuando el endometrio no se disgrega en fragmentos, pueda expulsarse un molde membranoso, pero está plenamente demostrado que el molde decidual concomitantemente con el embarazo ectópico a menudo se expulsa sin dolor. De manera análoga, la llamada dismenorrea membranosa es entidad clínica poco frecuente(21).

## OBSTRUCCION CERVICAL.

La estenosis cervical probablemente sea la hipótesis más antigua y persistentemente aducida para explicar la dismenorrea primaria. Las mujeres que presentan ante flexión intensa del útero pueden tener este nosis cervical. Con mucha frecuencia, las pacientes de estenosis secundaria a la cauterización, biopsia por conización, traquelectomía o embarazo cervical, nunca experimentan dismenorrea sino hematometra. Además, en la mayoría de las pacientes con útero angulado puede introducirse fácilmente una sonda a la altura de la contracción uterina sin producir dolor de distribución semejante al observado en pacientes con dismenorrea primaria. La dificultad para diagnosticar la enfermedad orgánica en el útero y cérvix en pacientes con dismenorrea ha sido comprobada plenamente por James, el cual efectuó una serie de histerografías en este tipo de pacientes, pero no encontró que la introducción de sustancias radiopacas a través del cérvix desencadenara un cuadro en el útero normal compatible con el observado en grados menores de anomalías uterinas. De manera semejante, las anomalías mayores y menores del útero excepcionalmente se acompañan de dismenorrea (3).

## UTERO NEUROGENO HIPOPLASICO DE THEOBALD

Desde hace mucho tiempo se considera que la hipoplasia uterina es causa de dismenorrea primaria. Muchos autores invocan el hecho de que el cuerpo uterino pequeño, concomitantemente con cuello alargado pro-

duciría inversión de la polaridad o incapacidad para expulsar los restos menstruales (7). Al respecto varios científicos entre ellos Filler y Hall (33) estudiando pacientes con dismenorrea primaria le han achacado este problema a aspectos neurológicos. Se han usado pequeños balones de latex intrauterinos en este tipo de pacientes. Mawm hizo hincapié en las "contracciones disrítmicas" como una posible etiología de la dismenorrea, en el trabajo efectuado por Filler y Hall encontraron que un tono miométrial elevado entre contracciones es un factor importante en la dismenorrea más que el encontrado en contracciones uterinas muy intensas, este continuo y elevado tono puede producir dolor por una hipoxia del miocinio uterino.

El único dolor no asociado con el tono elevado está relacionado con el efecto de "reflujo" de sangre menstrual ocasionado por un orificio cervical estrecho o por un despiece en masa del endometrio que hacia insuficiente la luz del orificio cervical para la salida de esta sangre aunque éste no se ha demostrado ya que en varias pacientes con estos mismos datos no presentaban dismenorrea, sin embargo es una hipótesis. También algunos otros han centrado la búsqueda de las causas de la dismenorrea neurógena en cambios en el plexo de Frankenhansen.

### CONSTRICCIÓN DE LOS VASOS ESPIRALES.

Está comprobado que antes de iniciar la menstruación el endometrio - palidece por contracción de las arteriolas espirales. Estos vasos están situados en la capa esponjosa del endometrio y alcanzan la capacidad -



maxima de crecer durante la fase folicular del ciclo. Poco antes de iniciarse la menstruación, el ensortijamiento y la constricción de estas arteriolas producen isquemia focal, la cual, al ser aumentada por las contracciones uterinas, pudiera causar la dismenorrea intrínseca (21). Algunos otros investigadores también aducen el hecho de que cuando se produce isquemia en un territorio cualquiera, aparece un cuadro doloroso que obedece a un déficit sanguíneo, se ha pensado que la exageración del fenómeno isquémico que tiene lugar en el endometrio en las horas que preceden al sangrado menstrual, podría acarrear fenómenos dolorosos. Después de las clásicas experiencias de Markee, - trasplantando fragmentos de endometrio de conejas a la cámara anterior del ojo, se tiene conocimiento detallado de los cambios vasculares endometriales que preceden a la aparición del sangrado (11).

Otros en la actualidad como Schwartz, Zer y Lindner han puesto a discusión la hipótesis de que cantidades excesivas de prostaglandinas originadas del colapso del tejido "pseudodecidual" del endometrio premenstrual durante la caída de la progesterona, puede ser la causa del dolor por las contracturas miométricas y los síntomas gastrointestinales que caracterizan a este síndrome, ya que estudios de la eficacia y seguridad de las drogas que antagonizan la síntesis de prostaglandinas y/o su acción en el tratamiento de la dismenorrea primaria parecen adecuados (22)

### DEFECTOS POSTURALES

Las mujeres que tienen una ocupación sedentaria suelen quejarse de dig

menorvea primaria que puede atribuirse a una postura d defectuosa. Es difícil aceptar que la postura defectuosa en una mujer ag tónica sea agente causal, pues los ejercicios de corrección excepcional- mente producen alivio en algunos de los síntomas (21)., sin embargo, algunos otros si refieren mejoría ostensible con una serie de ejerci- cios practicados (6). Así encontraron una gran frecuencia de este pa decimiento en costureras, oficinistas, secretarias, etc., no así en - mujeres activas que practicaban una serie de ejercicios o practicaban algún deporte.

#### FACTORES PSICUICOS:

Los trastornos menstruales son modificados en gran medida por las - reacciones emocionales y mentales. Se oye hablar mucho acerca de - la disminución de la tolerancia al dolor y, en consecuencia, muchos - investigadores consideran que la psicoterapia es panacea para las en- fermedades ginecológicas. Los psiquiatras han comprobado que las - mujeres con dismenorreas experimentan fantasías y sueños de odio - (21,24), además de presentar tendencia a la belicosidad, la violencia incluso a la autodestrucción. Los cuidados maternos demasiados indul gentes, la exposición durante la adolescencia a la interpretación equi- vocada de los hechos acerca de la menstruación, al sumarse el medio emocional inestable, indudablemente participan en la evolución de esta patología en la adolescente. Estos últimos factores han motivado que muchos ginecólogos afirmen que la dismenorrea es padecimiento de - desajuste social, encontrándose en todas las etapas sociales de la par-

ciente. Todo estado subyacente de ansiedad puede impulsar a ésta a acudir al médico en etapas más temprana, pero desde luego no puede ser la causa única en la aparición de esta entidad nosológica.

FACTORES NEUROGENOS:

Se ha propuesto como etiología de la dismenorrea cambios en los nervios simpáticos uterinos y en el plexo de Frankenhauer. En casos en que se ha efectuado neurectomía presacra que produjo alivio del dolor, afirmando que en el 70 por ciento de éstos casos hay datos de 'neuritis subaguda o crónica'.

Procesos generales que se caracterizan por debilidad general, como anemia, tuberculosis o diabetes sacarina, se acompañan de una frecuencia ligeramente más elevada de dismenorrea. Pero no hay una asociación manifiesta que pueda comprobarse entre tales trastornos y el dolor menstrual.

S I N T O M A S .

Muchas pacientes con dolor menstrual experimentan pródromos de la índole de molestias mamarias, edema de los pies, distensión de la porción inferior del abdomen, depresión o irritabilidad. Además, muchas de las pacientes quienes sufren las variantes más intensas de dismenorrea presentan cefalalgia, dolor en la porción inferior del abdomen, lassitud, náuseas y vómitos que preceden o siguen al cólico uterino, el cual se caracteriza por acción uterina brusca y de tipo desordenado.

Muchas otras experimentan dolor muy intenso concomitante con la ex-

pulsión de coágulos después que el flujo tiene unas horas de haber comenzado.

El volumen de los coágulos relacionados con éste tipo de menstruación varía en cada paciente. Cuando desaparecen los calambres intensos, los síntomas disminuyen hasta que solo se advierte malestar vago en la porción inferior del abdomen. Es importante recordar que la mayoría de las mujeres presentan cambios notables de la estabilidad emocional durante los días que preceden a la menstruación y en los dos primeros del flujo menstrual. Esta inestabilidad emocional ha sido informada por varios autores (7,26). Parsons informa que un 80% de los crímenes violentos cometidos por mujeres, ocurren en la semana que precede a la menstruación, cuando la inestabilidad emocional alcanza el máximo. La intensidad y duración del dolor puede modificarse por varios factores concomitantes, que son utilizados por la paciente para evitar responsabilidades, de la índole de obligaciones sociales, ausentismo en el trabajo, en la escuela, etc. El médico no debe olvidar que las manifestaciones generales asociadas pueden ser importantes y, de cuando en cuando, ser la causa principal de incapacidad.

### D I A G N O S T I C O

Ya que se tomó en consideración la etiopatogenia que es muy importante para conocer la frecuencia de este padecimiento, se investigará y se tratará de encontrar alguna causa primeramente orgánica y una vez

que todos los exámenes y pruebas son negativos, se estará de acuerdo en clasificar a la dismenorrea en primaria.

Para esto se efectúa primero una historia clínica completa, haciendo hincapié en datos de índole familiar, forma de vida, costumbres, factores psicológicos, etc.; esto indudablemente será muy difícil de investigar en la primera consulta, ya que la paciente no nos tendrá la suficiente confianza para hacernos partícipes de sus problemas. Debemos infundir en la paciente una sensación de confianza plena, pues el hacer una historia clínica completa, puede tener un gran valor terapéutico, orientándonos sobre la causa o causas del problema.

Es conveniente hacer notar a la paciente que los datos proporcionados por ella serán estrictamente confidenciales y una vez ganada su confianza, hacerle notar la necesidad de que en sus visitas subsecuentes con nuestra ayuda se eviten las inhibiciones.

Cuando la paciente es de corta edad, deberá infundirse la misma confianza a los padres y familiares, ya que un enfoque de simpatía, buen sentido y comprensión, sirve para establecer el diagnóstico y forma de tratamiento. Devolver la confianza y enseñar a la paciente, tiene gran valor, porque establece el ritmo y la calidad de las relaciones entre médico y paciente.

En seguida se efectuará una exploración física completa, siempre acompañados por una enfermera para evitar susceptibilidades; después valoración de los caracteres sexuales secundarios. La exploración ginecológica se encaminará buscando señales de traumatismos. Según la - -

edad, el grado de ansiedad y el estado del himen, puede efectuarse un examen vaginal.

En las pacientes vírgenes se efectuará un examen rectal buscando patología orgánica y en caso de que sea muy difícil la exploración se complementará con exámenes de laboratorio y gabinete. Cuando los padres prohíben específicamente la exploración ginecológica en pacientes no vírgenes, nos damos cuenta del clima que priva en el ambiente familiar de la paciente.

Así en la exploración ginecológica se observarán: himen, vagina, cervix útero, anexos, etc; sus características y patología que pudieran ser la causa del padecimiento. El estudio se complementará con exámenes de laboratorio si el caso lo amerita: cultivo de secreciones genitales, frotis vaginales, biopsia de endometrio, etc. También es de gran ayuda en el diagnóstico si contamos con: histerosalpingografía para descartar malformaciones congénitas u otra patología, la pelvineumografía, el ultrasonograma, laparoscopia que se le está dando un gran auge. De esta manera se descartará patología orgánica causante de la dismenorrea y si no se encuentra causa alguna demostrable entonces se justifica el diagnóstico de dismenorrea primaria (7, 10, 13, 21, 22, 24, 29).

#### T R A T A M I E N T O .

Es difícil encontrar un tratamiento específico para la dismenorrea primaria, ya que como se mencionó anteriormente, se le aducen múltiples agentes etiológicos, recordándose la importancia del factor psicológico.

como causa primordial de esta patología. Para su estudio y mejor comprensión, el tratamiento lo dividiremos en médico y quirúrgico.

### TRATAMIENTO MEDICO.

Las frustraciones que sufre el médico al tratar la dismenorrea solo pueden compararse con las que sufre la propia enferma.

Como ya se indicó, el tratamiento se inicia con la elaboración de la historia clínica y con lo que pudiera ser el primer examen pélvico de la paciente. Debe enfatizarse en los datos de tipo sexual, social y familiar, siempre tratando de ganar la confianza de la paciente, para que ella sienta un apoyo, una ayuda y en la medida que se va logrando, se verá como nos hace partícipes de sus frustraciones, sus inquietudes, su culpabilidad o su escepticismo. Cuando el gineco-obstetra se transforma en su confesor o en su juez, pasa a ser su amigo. El fin perseguido, es ayudarla a comprender mejor sus problemas, sus necesidades y orientarla sobre la mejor resolución de los mismos. Cuando la hagamos comprender lo erróneo de su conducta, empezará a suprimir ansiedades y miedos con respecto al sexo, que pudieran haberse expresado en forma de dismenorrea (5,13,21,22,24).

Al mismo tiempo que tratamos de realizar esta identificación médico-paciente, no debemos olvidar que contamos con una gama inusitada de medicamentos para tratar sintomáticamente esta patología. Estos van desde los más simples y aislados, hasta los más complejos y asociados. Con su ayuda, se observa mejoría transitoria de la sintomatología, moti-

vo por el cual este tratamiento ha sido abandonándose poco a poco por la mayoría de las gineco-obstetras, pero que indudablemente continúa siendo una arma más, utilizable al tratar de corregir el problema de la dismenorrea.

Mencione algunos de los esquemas terapéuticos más importantes y más utilizados a base de analgésicos, y que han dado buenos resultados según diferentes autores, señalándose en algunos casos su acción.

En el año de 1972 fué utilizado el Mesindol, compuesto a base de acetaminofen, salicilamida, metilbromuro de homatropina y cafeína. Hipotéticamente la salicilamida y el acetaminofen actúan como analgésicos; el metilbromuro de homatropina como antiespasmodico y la cafeína combate la depresión. Los autores que lo han utilizado (5), muestran un 90% de respuestas excelentes y muy buenas después de sumar y promediar los cien ciclos menstruales de tratamiento.

John A. Ogden y cols., utilizaron otros analgésicos como el "Dialog" (hipoclorito de propoxifeno 32 mgrs) en combinación con "Edrisal" (benredrina 2.5 mgr. acetilsalicilato 2.5 gr. y Fenacetina 2.5 grs.) y "Darvon" (alobarbital 15 mgr., acetaminofen 300 mgr). Su utilizaron a la dosis de 4 cápsulas cada 6 horas hasta obtener alivio de la sintomatología.

Existe otro tipo de tratamiento, a base de hormonales, y que cada vez adquiere más adeptos debido a la gran cantidad de reportes satisfactorios obtenidos por varios científicos. Este deberá probarse cuando



han fallado los demás tratamientos y antes de pensar en el tratamiento quirúrgico.

Como ya se dijo en la etiología de la dismenorrea primaria, un común denominador en las pacientes con este padecimiento es la ovulación, observando al inicio del tratamiento con anticonceptivos orales que además de evitar el embarazo, había una desaparición del dolor en pacientes con dismenorrea, de aquí que posteriormente se ha seguido utilizando con este fin.

Antes de iniciarse cualquier tratamiento esteroideo deberá valorarse cada paciente en particular y observar si no hay ninguna contraindicación para su uso (varicosidades, discrasias sanguíneas, hepatopatías, carcinomas hormono-dependientes, etc.) El uso de estos medicamentos ha sufrido modificaciones de acuerdo a los resultados obtenidos y a los efectos secundarios encontrados con el paso del tiempo. De este modo vemos que inicialmente se utilizaban los estrógenos solos por largo tiempo, encontrando que esto producía sangrados intermenstruales muy molestos para la paciente, además que había que reajustar la dosis cada 2 a 3 ciclos.

Entre los agentes más comúnmente usados está el dietilstilbestrol que se utilizó a la dosis de 0.5 grs. una a dos veces por día, del tercero al vigésimo o vigésimo quinto día del ciclo menstrual. Este agente no esteroideo brindaba resultados adecuados pero causaba en un gran número de pacientes náuseas, vómitos, etc.: de aquí que si las náuseas y el vómito son parte importante de la sintomatología de la dismenorrea,

conviene utilizar otro medicamento.

Un preparado de estrógenos que ha dado buenos resultados es el Premarin a la dosis de 1.25 mgrs. dos veces al día, también el etinil-estradiol a la dosis de 0.05 grs. diarios. Estos tienen el inconveniente arriba mencionado para el medicamento anterior.

También se utilizaron los andrógenos, desechándose de la terapéutica contra la dismenorrea por los efectos secundarios en ocasiones (acné, diaforesis, hirsutismo, signos de virilización, etc.) (21).

Igualmente éstos tratamientos de tipo hormonal, tienen el inconveniente de que no pueden ser utilizados en pacientes púberes ya que es bien sabido que limitan el crecimiento, de aquí que en este tipo de pacientes tampoco deben ser utilizados.

En la actualidad se utilizan estrógenos de síntesis asociados a progestágenos por el método combinado o el secuencial, como el que se utiliza con fines de anticoncepción, obteniendo resultados muy beneficiosos para aliviar los síntomas de esta entidad clínica.

Entre los tratamientos utilizados actualmente por diferentes autores, destacan el de Matthews y Clarke que utilizan mestranol 60 mcgrs. del 5o. al 25o. día del ciclo y clormadinona 2 mgrs. los últimos 5 días del mismo, refiriendo una disminución significativa del dolor en su estudio de 203 ciclos estudiados (12,18).

Sereno Coló utiliza dos esquemas terapéuticos:

1) Ciclos esteroideos tipo 3:2 con 0.625 mgr. de estrógenos conjugados

dos durante 20 días, a partir del 5o. día del ciclo menstrual más 2 mgrs. de clormadinona durante 10 días a partir del 15o. día, encontrando excelentes resultados en un 96.3% de los casos.

2) En este segundo esquema utilizó 100 mgrs. de Mestranol durante 20 días a partir del 5o. día del ciclo más 2 mgrs. de clormadinona durante 10 días a partir del 15o. día del mismo. Igualmente encontró un gran porcentaje de mejoría del 90% (23).

En un estudio efectuado por Nakano y Takemura utilizando Norgestrel a la dosis de 0.5 grs más etinilestradiol 0.05 grs (SM-850) en una sola tableta del 5o. al 25o. día del ciclo fueron observados 75 ciclos refiriéndose también gran mejoría.

Como puede observarse en todos estos esquemas terapéuticos se inhibe la ovulación y de esta manera, refieren los autores que desaparece la dismenorrea, observando que posterior al tratamiento con todos estos agentes al reinstalarse la menstruación "espontáneamente" desaparece la sintomatología.

Schwartz, Lindver y Zor utilizaron el ácido flufenámico refiriendo que inhibe la síntesis de prostaglandinas así como su acción biológica. Ellos la utilizaron a la dosis de 125 mgrs cuatro veces al día a partir del primer día del ciclo por 2-3 días (22); así mismo, estudios efectuados por Vane establece que un gran número de drogas no esteroideas, anti-inflamatorias y anti-piréticas como la indometacina, aspirina, y los fengatos son potentes inhibidores de la síntesis de prostaglandinas; actual

mente este tipo de tratamientos está en estudio (22,31).

Golub y cols. observaron que cuanto más agil es la paciente menos se queja de dismenorrea y cuanto más perezosa y menos activa más frecuentemente la sufre, creó una serie de ejercicios sencillos obteniendo con éstos una mejoría de la sintomatología (6,24). Consisten en lo siguiente: la paciente está de pie con los brazos extendidos a nivel de los hombros y gira el tronco hacia la izquierda conservando rectas las rodillas. Al mismo tiempo intenta tocar el pie izquierdo con la mano derecha. Luego se efectúa un segundo ejercicio con la enferma de pie y los brazos a los lados y los pies paralelos, separados de unos pocos traveses de dedos, la paciente después dirige sus brazos hacia adelante y arriba; luego simultaneamente eleva con energía su pierna izquierda y la dirige hacia atras. La explicación lógica a este tratamiento es mejorar la congestión venosa pélvica de éstas.

Así mismo han ensayado un sin número de tratamientos con diuréticos vasodilatadores, etc. (6,24)

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Los métodos quirúrgicos para tratar la dismenorrea van desde el simple sondeo del útero hasta la neurectomía presacra. El sondeo puede emplearse como una medida de consultorio, aunque la virginidad de la paciente muchas veces impide su utilización; igual acción se consigue según los diferentes investigadores con el uso de los dilatadores de

Regan; se cree que actúan rompiendo una boca cervical estrecha, incluso (teóricamente), rompiendo su plexo nervioso. Este procedimiento posteriormente perdió adeptos ya que demostró que con mucha frecuencia originaba insuficiencia del orificio cervical que ponía en peligro embarazos posteriores (13,18,21,24).

Antiguamente, además de la dilatación del orificio cervical se utilizó el taponamiento uterino, sin embargo lo anterior no solo es casi imposible en la nulípara, sino que puede causar infección con sinequias uterinas que originaban problemas menstruales adicionales y aún esterilidad. Igualmente con el fin de mantener un orificio cervical abierto se utilizaron pesarios.

Algunos otros reportan que la infiltración del plexo de Frankenhauer con alcohol, ha producido resultados beneficiosos (29).

Con el advenimiento de los esteroides, la neurectomía presacra se efectúa poco; los partidarios de esta intervención informan resultados favorables en el 50 al 90% de los casos y afirman que en casos de fracaso es debido a cirugía insuficiente. Al efectuar la neurectomía presacra, es indispensable descubrir las fibras nerviosas a nivel de la bifurcación aórtica, precisar su curso en el trayecto de 7,5 cms. hacia la cavidad pélvica, resecando éste trayecto para que la paciente se beneficie con la operación. Puede tropezarse con dificultades a causa de la grasa retroperitoneal excesiva o vasos aberrantes.

Puede tropezarse con dificultades a causa de la grasa retroperitoneal

excesiva o vasos aberrantes.

Aunque el procedimiento es de cirugía mayor, sorprende la frecuencia con la cual se descubren hidrosalpinx o estenosis. Se produce según los autores un cambio impresionante en el útero postoperado que es ocasionado por el síndrome de congestión pélvica.

El fundamento lógico de esta operación es interrumpir las fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas; muchos consideran que el alivio del dolor es debido a una mejor circulación uterina al extirpar los elementos nerviosos de los cuales dependen la vasoconstricción y la isquemia uterinas. También se ha descubierto que las pacientes sometidas a neurectomía presacra nunca presentan acción uterina incoordinada durante el trabajo de parto, lo cual sugiere que la polaridad invertida del útero pudiera ser el factor etiológico de la dismenorrea primaria.

En el Hospital de Boston City, concomitantemente con la neurectomía presacra se extirpa la inserción uterina del ligamento úterosacro, ésta modificación fue la operación de denervación uterina efectuada por Doyle, quien la efectuó por vía vaginal; este procedimiento divide a las fibras preganglionares además de los ganglios útero-vaginales.

La gran variedad de tratamientos expuestos solamente nos muestra la ignorancia que aún existe en cuanto a la etiología de este padecimiento; de aquí que aún sea un campo abierto a la investigación.

#### DISMENORREA SECUNDARIA.

Como se trató anteriormente es debido a una alteración orgánica así

tenemos: enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis pélvica, adenomiosis y fibromiosis, retroposición uterina, estenosis cervical, malformaciones congénitas de útero o vagina, etc., el tratamiento será específico para cada padecimiento.

### TENSION PREMENSTRUAL

#### DEFINICION:

La tensión premenstrual es un término aplicado a un complejo sintomático que se inicia 10-14 días antes de la menstruación y que alcanza su clímax poco antes de la menstruación y desaparece dramáticamente después de iniciado el flujo menstrual.

Este síndrome ya se conocía desde hace mucho tiempo. Hipócrates lo describió y decía que era debido a una "agitación sanguínea" tratando de salir por el útero (14).

### FRECUENCIA

Es muy variable según diferentes científicos ya que es muy difícil de evaluar, dado que en una misma persona varía de mes a mes y que, a excepción hecha por los casos muy severos, las mujeres no buscan consejo del gineco-obstetra. Este se presenta en una edad muy variable, puede aún persistir después de la menopausia y no se modifica con la edad o la paridad (32).

Gómez-Murias (1953) reporta que en el 85% de las estudiantes varías presentan uno o más de los síntomas de la tensión premenstrual durante su vida. Se ha estimado que en el 99% de las mujeres americanas

presentan en una etapa de su vida tensión premenstrual (25). Kessel y Coppen (1963) encuentran una incidencia similar en las mujeres británicas, misma que se encuentra en nuestro país (9,13).

### E T I O L O G I A .

No hay una etiología precisa de la tensión premenstrual solo son teorías y especulaciones que la continuación presentamos.

Factores hormonales: Se observa un desequilibrio estrógeno-progesterona con un exceso relativo de los estrógenos provocando de esta manera retención acuosa y de sodio, que dependen también de una alteración en la filtración capilar.

Igualmente está demostrado que los estrógenos favorecen un incremento de agua en el volumen plasmático, produciendo una dilución de las proteínas ocasionando una menor presión coloidosmótica de las mismas.

Un incremento en los niveles estrogénicos produce cambios en el contenido colágeno de los vasos. Danforth y Buckingham mostraron un descenso en los ácidos mucopolisacáridos en los grandes y pequeños vasos, los cuales actúan a nivel de las glándulas mamarias, aumentando la estimulación y proliferación epitelial de la mama y órganos pélvicos.

Así mismo en el metabolismo de los carbohidratos, permitiendo un aumento en la tolerancia a la glucosa, manifestándose por la tendencia hacia la hipoglucemia (4, 9, 14, 18, 32, 34). La hipoglucemia de las pacientes con tensión premenstrual fué descrita primeramente por Merten también Israel y Suarez Murris consideran que es uno de los factores



que mayor influencia tiene sobre los problemas psicológicos de las pacientes; estas alteraciones consisten en una baja continua de glucosa durante los días que preceden a la menstruación y que vuelve a la normalidad dentro de las siguientes 24 horas. Muchas de estas pacientes presentan una curva de tolerancia plana. La participación de las glándulas suprarrenales en su función corticosteroidea, influyen en la presentación de la tensión premenstrual. Si se acepta la teoría de Selye que refiere, que en la fase terminal del ciclo menstrual el stress que se presenta, justifica una descarga de cortisona que es la responsable de varios de los síntomas de esta entidad; y ciertamente que influye en este tipo de pacientes, para la presentación del pseudoglucocorticoidismo, la personalidad psicótica de la misma.

Entre otras de las teorías hormonales tenemos a la influencia de la pituitaria. Laspan Barnes y colaboradores han descrito la influencia que tiene la tensión sobre la descarga de hormona antidiurética, ésta tiene un poder de retención de sodio y agua infinitamente superior a la cortisona.

Así tenemos que un común denominador de los factores hormonales es la retención de líquidos y de sodio provocando con ellos los edemas a diferentes niveles (pelvis, cerebro, etc.), provocando la sensación de plenitud mamaria, abdominal y la cefalea que se presenta con esta síndrome.

Factor Psicológico: Constituye a veces el único trastorno premenstrual, se presenta más comúnmente en pacientes inestables emocionalmente.

cionalmente. Hay sentimientos de inferioridad y de inutilidad y las pacientes consideran a su cuerpo, especialmente a sus órganos genitales, como desiguales. No se pueden explicar todos los fenómenos psicológicos que se presentan durante esta fase en la cual parece que la mujer pierde parte del control sobre sus emociones, donde le es más difícil ajustarse a las exigencias internas y del medio ambiente y donde por la mayor excitabilidad del sistema nervioso surgen tensiones, si las satisfacciones y gratificaciones no están a la altura de sus exigencias. También es variable la tolerancia que cada mujer tiene para el medio ambiente, la personalidad y este ambiente son por lo tanto, los factores psíquicos determinantes de la tensión premenstrual.

En referido por la mayoría de los investigadores que pacientes que han cometido crímenes, infracciones, etc., se ha comprobado que se encuentran en esta fase premenstrual (9, 14, 27, 32).

Factores Alérgicos. Existe también la teoría alérgica, basada en la observación de que diversas condiciones alérgicas se ven exacerbadas antes de la menstruación. Las pacientes alérgicas tienen un sistema neurovegetativo labil y se consideran como un terreno favorable para presentar esta entidad. Parece que en estos casos no se trata de alergia a hormonas autógenas. El síndrome es causado principalmente por el hecho de que estas mujeres no toleran la simpaticotomía que predomina durante la segunda fase del ciclo. Se refiere el ejemplo de Shelley de una paciente que presentaba una erupción crónica parecida al herpes que posterior a la ooforectomía hubo una mejoría franca (13, 18)

Como puede observarse la multitud de teorías presentadas solo dan idea de que la etiología de este síndrome no es conocida y solo se hacen conjeturas al respecto; también se le atribuyen a factores nutricionales, a trastornos en el metabolismo de los lípidos, a una deficiencia de factores vitamínicos del tipo del complejo "B", etc. (23).

### DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO.

El diagnóstico se efectúa con una historia clínica detallada y completa en la cual la paciente nos refiere depresión, irritabilidad, dificultad para realizar sus tareas cotidianas, impaciencia sobre todo con el esposo y sus hijos, llanto, aumento del apetito, dolor lumbar, cefalea, edema en distintas partes de su cuerpo, distensión abdominal y aumento en el tamaño de los senos. Estos síntomas varían en número e intensidad según la sensibilidad de la paciente. Generalmente son molestias ligeras, pero en el 40% de los casos son suficientes para influenciar sus actividades. Billing y Gilman encontraron que por cada 100 mujeres que trabajan se pierden aproximadamente 36 a 43 días laborables por mes. Morton encontró que en un grupo de prisioneras la tensión premenstrual era mucho más común que en su práctica privada y que el 62% de los crímenes cometidos por ellas habían sido en esta época; se observó también que en los síntomas más frecuentes era en primer lugar nerviosidad e inestabilidad emocional, ya que todas las pacientes lo tenían, mastodinia en el 76%, seguidos de aumento del apetito, dolor y distensión abdominal, aumento de peso y edema.

Tomando en cuenta la sintomatología de la paciente, es obvio que se t

trata de una de las enfermedades psicósomáticas que tanta popularidad han adquirido en los últimos tiempos.

Morton en un estudio realizado en un lote de pacientes encontró la siguiente frecuencia en cuanto a la sintomatología y cuadro clínico: Nerviosismo e inestabilidad emocional en el 100%, sensación de plenitud mamaria 76%, polifagia 59%, dolor abdominal en bajo vientre 55%, sensación de pesantéz abdominal 52%, aumento de peso y/o edema 45%, disturbios o irregularidades menstruales 41%, cefaleas 31%, náuseas y vómito 10%, aumento del deseo sexual 10%, prurito vaginal 7% (14,15).

Pruebas de tolerancia a la glucosa mostraron un tipo de curva hipoglucémica en la fase premenstrual o una curva plana interpretando ésto como una hipoglucemia premenstrual causante de una parte de la sintomatología (temblor, irritabilidad emocional, etc.)

Otra de las manifestaciones aunque más raras que se mencionan son: trastornos respiratorios como congestión nasal con rinitis, epistaxis, modificaciones de la voz por hiperemia de la mucosa laringea; crisis de asma y de edema pulmonar en pacientes que cursan con una estenosis mitral. Trastornos reumáticos como dolores lumbares, digitales, etc., trastornos en el sueño; trastornos vasomotores del tipo de la acrocianosis e incluso del síndrome de Raynaud, sofocos, hiperhidrosis plantar y palmar, polifagia y polidipsia por último, se han señalado brotes premenstruales de acné, herpes, urticaria, eczema y edema de Quincke (1,2).

## TRATAMIENTO:

Como es lógico suponer si no hay una etiología específica en tratamiento este será diverso, cada uno con algún éxito por lo que el tratamiento se ha orientado para corregir algún síntoma específico, así tenemos que se utilizan diuréticos y dieta hiposódica en el período premenstrual para corregir los edemas y los síntomas debidos a éste, hacia el bloqueo de los factores psicógenos, hacia la inhibición de una excesiva producción de hormonas estrogénicas y hacia el uso de medicamentos puramente sintomáticos.

La consideración individual de los casos es importante y depende de la predominancia de alguno o algunos de los síntomas. Si éstos se deben a una mayor retención de agua, los diuréticos producirán buen resultado. Si la proliferación epitelial causa cambios mamarios o trastornos de la menstruación, la terapéutica hormonal puede ser de utilidad. Si estamos ante pacientes emotivas los sedantes y la psicoterapia estarán indicados, etc.

Es conveniente recordar que los síntomas de tensión premenstrual pueden ser originados por condiciones endócrinas muy diferentes, por lo tanto el tratamiento hormonal debe recomendarse solo después de haber realizado un estudio funcional completo (biopsia de endometrio, citología vaginal seriada, etc.). No es posible contar con un método terapéutico de "rutina" que pueda ser aplicado en todos los casos. En cada paciente el tratamiento prescrito se debe de reconsiderar, de acuerdo con la respuesta y no es raro que sufra modificaciones en el plan inicial.

una vez tomadas en cuenta estas pequeñas recomendaciones se bosquejarán algunos de los tratamientos más comunes utilizados por la mayoría de los gineco-obstetras.

El plan de terapéutica hormonal es realizado de la manera siguiente: para inhibir el exceso relativo de hormona estrogénica se han recomendado el uso de progesterona sola en la fase premenstrual a la dosis de 150 mgr. en tres dosis entre el 16o. y el 25o. día del ciclo. La asociación de andrógenos y progesterona es el que mejores resultados se han observado utilizados a la dosis de 10 mgr. de testosterona y 25 mgr. de progesterona en cuatro dosis y se utilizará la testosterona sola cuando en la biopsia de endometrio se reporte un hiperestrogenismo franco. En ciertos casos, cuando la testosterona no produce una respuesta inmediata y el endometrio es hiperestrogénico, Mayer recomienda usar gonadotropinas coriónicas a la dosis de 3,000 UI en tres dosis del 15o. al 25o. día del ciclo. En casos de hiperfolliculinemia demostrada el tratamiento utilizado básicamente es con testosterona a la dosis de 50 a 150 mgr. en la fase premenstrual y en dosis que no excedan de 25 mgr. diarios; preferentemente es usado el propionato en solución oleosa, en casos de hipersensibilidad se puede usar la metiltestosterona de 10 a 25 mgr. al día o el metilandrostenodiol 50 mgr. diarios por 10 días, del 15o. al 25o. día del ciclo.

Existe un acuerdo general en indicar en la fase premenstrual en este tipo de pacientes el uso de una dieta pobre en sal y según algunos autores como Morton, una dieta rica en proteínas (queso y leche) notando una mejoría franca en el sistema nervioso mejorando la sintomatolo-

gía debido a la hipoglucemia y la hipoproteínamia relativa (15).

El uso de medicamentos sedantes del tipo del diazepam y la benzodiazepina han reportado magníficas respuestas en pacientes emocionalmente inestables, el uso de agentes inhibidores centrales son particularmente útiles como el meprobamato en la segunda mitad del ciclo, así mismo se han utilizado barbitúricos y clorproprazina a dosis bajas.

Se han utilizado asociaciones de diuréticos, progesterona y aún placebos en el tratamiento de esta patología, reportándose buenos resultados por varios autores (15, 16, 18).

La psicoterapia es valiosa siempre, si observamos que la mayoría de los pacientes se quejan de nerviosismo e inestabilidad emocional; la comprensión adecuada de la paciente en sus problemas de índole social y familiar etc., harán que posteriormente nos tenga mayor confianza con la mejoría subsecuente de sus problemas una vez que le demos la orientación adecuada para la solución de los mismos. También algunos otros autores recomiendan ciertos tipos de ejercicios físicos ya que según los diferentes investigadores mejoran grandemente la capacidad circulatoria pélvica y cerebral en pacientes que llevan sobre todo, una vida sedentaria (20).

El uso de medicamentos puramente sintomáticos: los que obran en el sistema vegetativo, simpaticolíticos, etc., como la hidergina ya la dihidroergotamina dan resultados variables (18).

La vitaminoterapia también se ha utilizado especialmente para las mastodismas como la vitamina "A" a la dosis de 2,000 U.I. diarios, por

10 días antes de la menstruación o al empezar de completo "H" y vi-

laminas "H" a la dosis de 30,000 U.I., etc. (17).

Los gases óxidos de nitrógeno utilizados para la corrección \*

de esta patología, solo nos damos que aún existe una oscuridad en

la etiopatogenia y solo se busca con otros arsenal terapéutico y usual.

más que curar, el complejo sintomático de la lesión premenstrual.



BIBLIOGRAFIA:

1. Amory L., Secou C., Chevallier G.: Praxis Médica.- Ediciones Latinoamericanas 10: 160.- Edit. Praxis Médica.- Mónaco 1971.
2. Cárdena J.: El síndrome de tensión premenstrual etiopatogenia y tratamiento.- Medicina.- 44: 107, 1964
3. Coppen A.: The prevalence of menstrual disorder in psychiatric patients.- Obst. Gynec. Survey. 20: 814, 1965.
4. Epstein M.T., Hockaday, J.M.: Migraine and reproductive hormones Throughout the menstrual cycle.- The Lancet 2: 543, 1975.
5. Flores Mercado F., Callegos Torres, J.: El uso de Mecindol en el dismenorrea.- Ginec. Obstet. Mex. 32: 497, 1972.
6. Golub L.J., Menduke H., Warren L.R.: Exercise and dysmenorrhea in young teenagers: A three year study.- Obstet. Gynec. 32: 504, 1968.
7. Israel S.L.: Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility. 2a. Ed. Heber New York, N.Y., 175, 1967.
8. James M.: Hystero-graphy as an aid in some problems posed by dysmenorrhea: Anatomic and isthmic factors.- Gynec. Obstet. 62: 679, 1963
9. Kanter F.N.: Consideraciones sobre la etiología de la tensión premenstrual.- Memorias VIII Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia.- 284, 1959
10. Kassar O., Friedberg V., Ober K.G., Thomsen K., Zander J.: Ginecol. Obstet. Ed. Gacg. Thieme Verlag. 401, Salvat Editores S.A., Barcelona (España) 1973.
11. Markes J. E.: Morphological basis for menstrual bleeding.- Anat. Rec. 94: 481, 1956.
12. Matthews A.R.B., Clarke J.E.F.: Double-blind trial of sequential oral contraceptive (sequens) in the treatment of dysmenorrhea.- J.Obstet. Gynec. Brit. 75: 1117, 1968
13. Monroy Hernández A., Guzmán S. C., García Gortias E.: Fenómenos que acompañan a la menstruación. Dismenorrea, tensión premenstrual.- Monografías Ginec. Obstet. A.M.R.R.H.C.O.U. p: 211, 1966.
14. Morton H.J.: Premenstrual tension.- Am.J.Obst.Gynec. 60: 343, 1950.

15. Morton H.J., Addison R.G., Addison H.: A clinical study of premenstrual tension. *Am.J.Obst.Gynec.* 63: 1192, 1953.
16. Odd Jorheim: The premenstrual syndrome. *Acta Obst.Gynec. Scand.* 51: 77, 1972
17. Procopé B.J.: The premenstrual syndrome in relation to sport, gymnastics and smoking.- *Acta Obst.Gynec. Scand.(Suppl.)* 9:77 1971.
18. Rodríguez Argüelles J.: Dismenorrea y tensión premenstrual: Boletín Médico del I.M.S.S., Vol. VI, No.9, 231, 1964.
19. Ryosuke Nakano, Hideo Takemura: Treatment of functional - dysmenorrhea: a double-blind study. *Acta Obst.Gynaec. Jap.* - 18, 41, 1971.
20. Sakari I., Berndt-Johan P.: Premenstrual syndrome and - physical exercise.- *Acta Obst.Gynec.Scand.* 50: 331, 1971.
21. Santamarina A.C.B.: Dismenorrea.- *Clin. Obstet. Gynec.* 12: 708, 1969.
22. Schwartz A., Tor U., Lindner M.R., Naor S.: Primary Dismg. - norrhga. Alleviation by an inhibitor of prostaglandin synthesis - and action.- *Obst. Gynec.* 44: 705, 1974.
23. Sereno Coló: Estudio comparativo de dos distintos tipos de tra- - tamiento hormonal en la dismenorrea. *Cac.Med. Mex.* 97: 823, 1967.
24. Sloan Don.: Pelvic pain and dysmenorrhea. *Pediatr. Clin. North - Am.* 19: 669, 1972
25. Stokes J.: Pyridoxine and premenstrual tension. *The Lancet.* - 1: 1177, 1972
26. Sturgis S.H.: The gynecological patient: A psycho-endocrine - Study.- Grunc, New York, N.Y. 1962
27. Sutherland H., Stewart I.: A critical analysis of the premenstrual - syndrome. *Lancet.* 1: 1130, 1965.
28. Taylor H. C.: Pelvic pain based on a vascular and autonomic - nervous system disorder *Am.J.Obstet. Gynec.* 67: 177, 1954
29. Theobald G.W.: Pelvic sympathetic syndrome *J.Obstet. Gynaec.* - *Brit.* 58: 733, 1951
30. Vane J.R.: Inhibition of prostablandin synthesis as a mechanism of - action for aspirin-like drugs. *Nature* 231: 232, 1971