

DOLOR MENSTRUAL EN LA ADOLESCENCIA

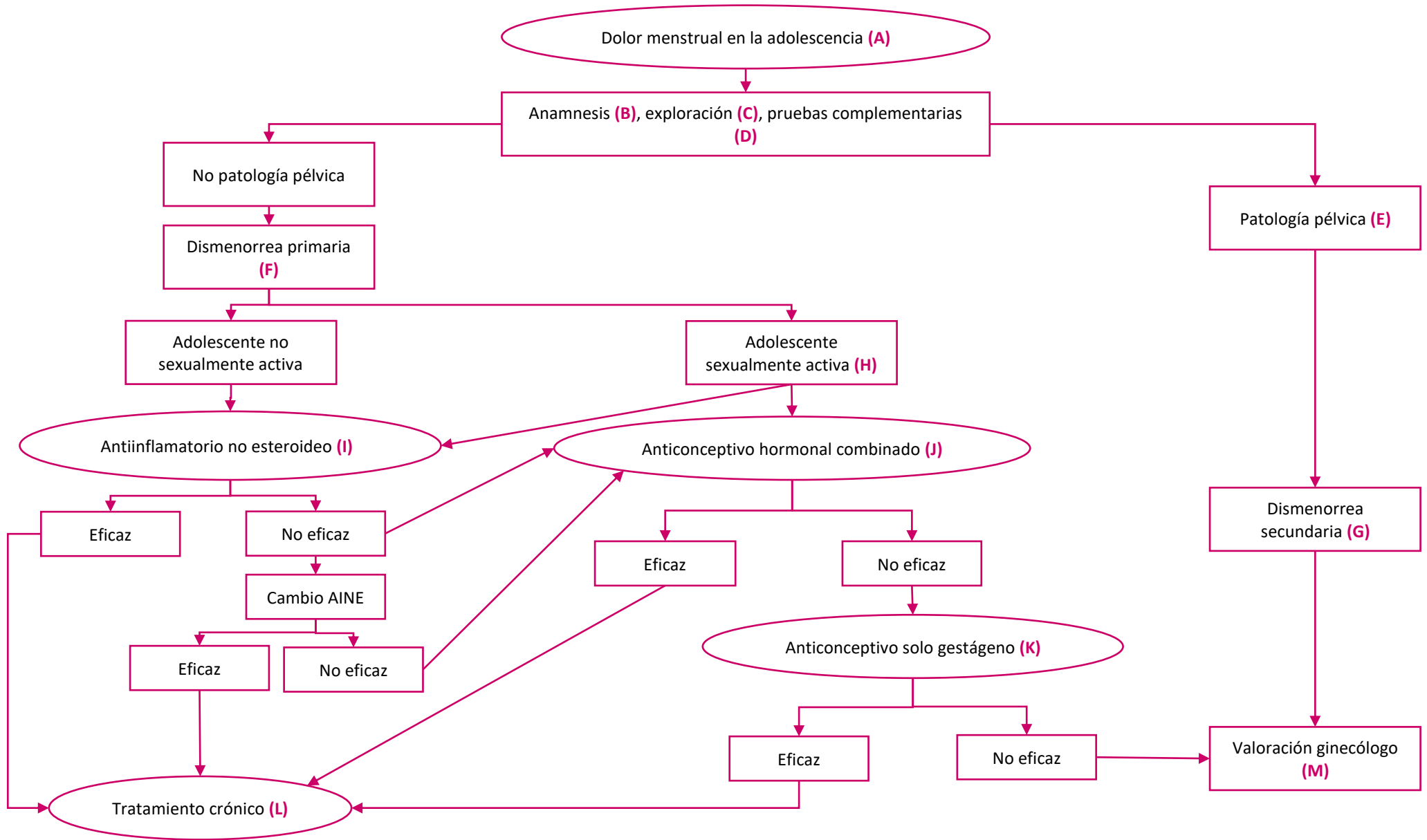
M.ª José Rodríguez Jiménez: Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid

Correo electrónico: mjroddjim@hotmail.com

Palabras clave: Dismenorrea. Antiinflamatorios no esteroideos. Anticonceptivos. Endometriosis..

Key words: Dysmenorrhea. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. Contraceptives. Endometriosis.

Cómo citar este algoritmo: Rodríguez Jiménez MJ. Dolor menstrual en la adolescencia. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/72/dolor-menstrual-en-la-adolescencia>



A. DOLOR MENSTRUAL EN ADOLESCENCIA

El dolor pélvico o abdominal que aparece durante la menstruación se denomina dismenorrea. La prevalencia en la adolescencia varía del 50 al 90%¹. Aunque con frecuencia interfiere con las actividades diarias y es considerada la principal causa de absentismo escolar, solamente el 15% de las adolescentes acude al médico por ese motivo, lo que sugiere que en la mayoría de los casos se realiza autotratamiento con mayor o menor eficacia. Aun así, constituye el motivo más frecuente de consulta ginecológica en la adolescencia².

B. ANAMNESIS

Para orientar el diagnóstico es fundamental realizar una historia clínica dirigida y completa, con el objetivo de valorar adecuadamente la intensidad de los síntomas y excluir una dismenorrea secundaria a otra patología³. Se deben recoger:

1. Antecedentes familiares: especialmente patología ginecológica e historia de dismenorrea en madre y hermanas.
2. Historia ginecológica: edad de menarquia, duración y cantidad del sangrado, intervalo entre ciclos y fecha de la última menstruación. Investigar si existe actividad sexual y el método de protección empleado, así como los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y gestaciones.
3. Sintomatología: aparición del dolor y su progresión en el tiempo, relación con los ciclos, presencia de síntomas asociados y repercusión en las actividades diarias. Entre los síntomas asociados con la dismenorrea se encuentran las náuseas, vómitos, diarrea y calambres musculares. En los casos de dismenorrea intensa se puede ver afectada la calidad del sueño, con retraso en la conciliación e interrupciones de este. También se ha demostrado la asociación con el síndrome premenstrual y con cuadros depresivos y de ansiedad.
4. Tratamiento: tipo, dosis y frecuencia de administración de fármacos, así como eficacia de estos en el control de los síntomas.

C. EXPLORACIÓN

La exploración física en la dismenorrea primaria fuera de los días de la menstruación será completamente normal y durante la misma solo mostrará dolor o sensibilidad a la palpación profunda de hipogastrio. Si existe un dolor localizado o se detecta una masa, hay que sospechar dismenorrea secundaria.

La exploración ginecológica es normal en todos los casos de dismenorrea primaria y en la mayoría de las dismenorreas secundarias, por lo que no es necesario realizarla.

D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: no es necesario realizar analítica convencional ni hormonal porque no aportan ninguna información.
- Ecografía pélvica: no es necesario hacerla siempre. Solo está indicada en los casos de dismenorrea primaria que no respondan a los tratamientos médicos habituales o cuando existan síntomas graves (dolor que precisa la administración de analgesia por vía parenteral), para excluir una dismenorrea secundaria a otra patología. Se puede realizar vía abdominal o vaginal. Esta segunda proporciona mejor visualización del aparato genital interno, siendo de elección si la joven ha mantenido relaciones sexuales o usa tampones durante la menstruación. En el resto de los casos, se realizará vía abdominal.

E. PATOLOGÍA PÉLVICA

Existen patologías que pueden dar lugar a dolor pélvico durante la menstruación⁴:

- Malformaciones anatómicas: como los defectos en la perforación del himen o las malformaciones müllerianas. Hay que sospecharlas en una dismenorrea intensa que aparece desde la menarquia. Algunas se diagnostican fácilmente con la exploración (himen imperforado), pero otras necesitarán prueba de imagen (malformaciones uterinas).
- Endometriosis: aunque se considera poco frecuente en la adolescencia, se diagnostica en dos tercios de las pacientes a las que se practica laparoscopia por dolor pélvico que no responde al tratamiento. Si afecta a los ovarios, en la ecografía se verán tumoraciones de ecogenicidad característica. Sin embargo, los implantes endometriósicos a nivel del peritoneo no tiene traducción ecográfica. El dolor que produce es progresivo, intenso y persiste tras la menstruación.
- Enfermedad pélvica inflamatoria, especialmente la infección por *Chlamydia*, que puede cursar de forma subclínica, pero provoca adherencias peritoneales que producen algias durante la menstruación.
- Miomas, pólipos, quistes ováricos: son poco frecuentes en adolescentes, pero también pueden causar dismenorrea.

F. DISMENORREA PRIMARIA

Es aquella en la que no se encuentra ninguna anomalía o enfermedad pélvica y no se vincula a ninguna patología orgánica específica. Se denomina también dismenorrea esencial o funcional. Característicamente, aparece cuando se instauran los ciclos ovulatorios, lo que suele ocurrir entre 6 y 12 meses después de la menarquia. Suele estar también presente si el sangrado es abundante y con coágulos, aunque no haya ovulación⁵.

Su fisiopatología se relaciona con las síntesis de las prostaglandinas y se ha comprobado que los niveles de PGF2- α están más elevados en el flujo menstrual de las mujeres con dismenorrea que en las que no la padecen. Otros factores que pueden tener algún papel son los leucotrienos, elevados en adolescentes que no responden al tratamiento con inhibidores de prostaglandinas, y la disminución en la síntesis de óxido nítrico endógeno.

La liberación excesiva de prostaglandinas produce un incremento descoordinado de la contractilidad del miometrio, generando un dolor similar a las contracciones del parto, y elevación del tono muscular, con isquemia secundaria del miometrio que da lugar a un dolor sordo, mantenido. El dolor suele iniciarse dentro de 1-4 horas del comienzo de la menstruación, alcanza su acmé en el primer día de la regla y suele terminar a las 24-48 horas. El dolor normalmente es pélvico, pero puede irradiarse a la región inguinal, zona lumbar e incluso a la parte alta de los muslos.

Al alcanzar las prostaglandinas el torrente sanguíneo, pueden producir sintomatología digestiva (náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento), urinaria y cefalea, entre otros.

El dolor puede ser ocasional en alguno de los ciclos o constante en cada ciclo. En la dismenorrea primaria el examen pélvico es normal.

G. DISMENORREA SECUNDARIA

Se denomina así al dolor menstrual debido a una anomalía o enfermedad pélvica específica y en la exploración se suele identificar alguna patología orgánica⁴.

Sus principales causas están relacionadas con alteraciones pélvicas ginecológicas (ver referencia E), pero también puede deberse a alteraciones en otros sistemas como el urológico, el gastrointestinal o el musculoesquelético. También se han descrito causas psicógenas.

Aparece tardíamente en la vida reproductiva de la mujer y a veces después de años de ausencia de dolor menstrual, excepto la debida a la obstrucción de las vías genitales, en las que el dolor se presenta desde las primeras menstruaciones y requerirá un diagnóstico diferencial con la dismenorrea primaria.

El dolor es más continuo, persistente y sordo, aumentando progresivamente durante los días del periodo menstrual y dura de dos a tres días.

H. ACTIVIDAD SEXUAL DE LA ADOLESCENTE

A la hora de indicar un tratamiento médico para la dismenorrea, es importante tener en cuenta si la adolescente tiene actividad coital. En ese caso, la prescripción de un anticonceptivo se convierte en la primera opción terapéutica, al cumplir simultáneamente dos objetivos: disminuir el dolor menstrual y proteger frente a un embarazo no deseado.

I. ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)

Una revisión sistemática de la base de datos Cochrane realizada en el año 2015⁶ señala que los antiinflamatorios no esteroideos son un tratamiento altamente eficaz en la dismenorrea, produciendo un alivio del dolor moderado o excelente en el 45-53% de las usuarias. Su eficacia confirma el papel primordial de las prostaglandinas en la fisiopatología de la dismenorrea. Además de aliviar el dolor reducen el flujo menstrual.

De los distintos fármacos inhibidores de la ciclooxigenasa, los derivados de los fenamatos (ácido mefenámico) y del ácido propiónico (naproxeno, ibuprofeno) son los que ofrecen mayores resultados. Los derivados del ácido acetilsalicílico pueden ser útiles, pero aumentan el flujo menstrual al inhibir la agregación plaquetaria, por lo que su indicación es limitada.

Para una mayor efectividad, los AINE deben prescribirse desde la aparición del dolor, pudiendo hacerlo también desde unas horas antes o incluso el día previo al inicio de la menstruación. Los efectos secundarios adversos conocidos, sobre todo a nivel digestivo, son escasos, debido a la brevedad de los tratamientos. Deben respetarse las contraindicaciones a los AINE, como antecedente de úlcera gastroduodenal, enfermedad hepática no aclarada y enfermedades alérgicas como el asma, y no administrar naproxeno ni fenamatos en edad inferior a 12 años.

Los AINE parecen funcionar mejor que el paracetamol, pero no está claro si un AINE es más seguro o eficaz que otro. Tampoco existe evidencia de que los tipos más nuevos de AINE (inhibidores específicos de la COX-2) sean más eficaces para el tratamiento de la dismenorrea que los tradicionales, ni que haya una diferencia entre ellos con respecto a los efectos adversos.

Si no se consigue alivio del dolor con un AINE determinado, se aconseja cambiar de compuesto y utilizar otro, si es posible de diferente grupo (por ejemplo, cambiar de ibuprofeno a ácido mefenámico), antes de pasar al siguiente escalón de tratamiento.

J. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)

Los anticonceptivos hormonales combinados se consideran el tratamiento de elección en aquellos casos en que la dismenorrea no mejore con el tratamiento con AINE a dosis adecuadas⁷. Además, deben ser la opción de primera línea en las adolescentes con actividad sexual que precisen protección frente al embarazo no deseado.

Los AHC, al inhibir la ovulación, disminuyen la síntesis de progesterona, con lo cual se tiene un menor sustrato para formación de fosfolípidos, disminuyen la síntesis de ciclooxigenasa, hay una menor concentración de prostaglandinas y menor proliferación endometrial con sangrado menstrual mucho más escaso. Por esos mecanismos se consigue la mejoría e incluso desaparición de la dismenorrea en el 90% de los casos.

Si el dolor no desaparece completamente, se pueden continuar utilizando un AINE los días que sea necesario.

Aunque todos los AHC proporcionan alivio del dolor, según la evidencia científica son más eficaces los que contienen dosis de 30-35 µg de etinilestradiol y progestágenos de 1.ª y 2.ª generación (levonorgestrel).

No existen estudios sobre la eficacia de los compuestos con dosis baja (20 µg) o ultrabaja (15 µg) de etinilestradiol. Los anticonceptivos que utilizan la vía vaginal (anillo) o transdérmica (parche) tiene la misma eficacia que los administrados por vía oral⁸. La elección del compuesto se hará siguiendo las preferencias de la paciente.

En el caso de que con los compuestos de 21 + 7 (21 días de medicación + 7 días de descanso) no mejoren la dismenorrea, se puede beneficiar de las formulaciones de 24 + 4 (menor intervalo sin medicación) o regímenes extendidos (toma continua de anticonceptivo durante 3 meses seguida de 1 semana de privación).

K. ANTICONCEPTIVOS SOLO CON GESTÁGENO (ASG)

En los casos de dismenorrea primaria que no respondan al tratamiento con AHC, está indicado el uso de los anticonceptivos que contienen solo gestágeno⁵: la píldora oral de levonorgestrel o drospirenona (*minipill*), los DIU de levonorgestrel o el implante de etonorgestrel. Estos anticonceptivos producen un cambio del patrón de sangrado, por lo que las adolescentes deberán estar muy bien informadas sobre ellos y aceptarlos. En la mayoría de los casos, tras unos primeros meses en los que se puede producir sangrado escaso pero prolongado, se consigue la ausencia de sangrado (amenorrea) y la desaparición al completo del dolor.

La toma de la píldora es diaria, iniciándola el primer día de la regla, sin interrupciones. El implante subcutáneo de etonorgestrel se coloca entre el primer y el quinto día del ciclo y tiene una duración de 3 años. El DIU de gestágenos tiene una duración de 3 o 5 años y desde hace unos años se dispone en el mercado de un DIU de pequeño tamaño especialmente indicado para adolescentes y mujeres nulíparas. Tanto el implante como el DIU precisan inserción y retirada por parte de un profesional.

Los ASG pueden utilizarse con seguridad en las adolescentes, porque no van a tener ningún efecto nocivo en la masa ósea ni en la fertilidad futura, a pesar de que la paciente permanezca en amenorrea prolongada.

L. TRATAMIENTO CRÓNICO

Con independencia del tratamiento elegido, las adolescentes con dismenorrea deben ser reevaluadas para documentar la respuesta al mismo en un periodo entre 3-6 meses. Si el dolor mejora o desaparece, reafirma el diagnóstico de dismenorrea primaria; pero si no es así, y se ha comprobado que el tratamiento se realizó adecuadamente, debe ser evaluada por un ginecólogo para investigar si se trata de una dismenorrea secundaria.

El tratamiento con AINE se puede mantener de forma indefinida pues, a pesar de los efectos secundarios que produce, especialmente a nivel gastrointestinal, la toma se realiza durante pocos días al mes. Hay que aconsejar siempre que se tomen tras la ingesta o utilizando un protector gástrico.

Los anticonceptivos hormonales también pueden mantenerse de forma indefinida. Para el inicio del tratamiento solo es necesaria una anamnesis en la que se investiguen los antecedentes familiares de trombofilia (preguntar por eventos tromboembólicos en familiares <50 años), descartar hipertensión arterial y calcular el índice de masa corporal de la joven. A lo largo del tratamiento es aconsejable realizar una analítica con perfil hepático para descartar aumento de triglicéridos o transaminasas.

Como ya se ha señalado, ni los AHC ni los ASG tienen efecto negativo en la masa ósea ni el funcionamiento ovárico, por lo que pueden mantenerse de forma prolongada⁸.

M. VALORACIÓN POR GINECÓLOGO

Se debe realizar una valoración por el ginecólogo en aquellas pacientes que no respondan al tratamiento médico de la dismenorrea primaria, así como en las que en el estudio inicial se detecte patología orgánica¹. El ginecólogo realizará una exploración pélvica, si la adolescente la tolera, o solicitará pruebas complementarias como la ecografía o incluso una resonancia magnética. En el caso de que se demuestre patología, el tratamiento será el específico de esta (por ejemplo, tratamiento quirúrgico en un quiste de ovario o una malformación uterina), pero si las pruebas de imagen no revelan hallazgos patológicos y el dolor no responde al tratamiento, está indicada la realización de una laparoscopia diagnóstica para buscar patologías sin traducción en imagen (adherencias secundarias a enfermedad inflamatoria pélvica, implantes endometriósicos en peritoneo).

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. [Obstet Gynecol. 2018;132:e249-58.](#)
2. Banikarim C. Primary dysmenorrhea in adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 31/08/2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/primary-dysmenorrhea-in-adolescents>
3. Laufer MR, Goldstein DP. Disminorrea, dolor pélvico y síndrome premenstrual. En: Emans SJ, Laufer MR (eds.). Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology. 6.ª edición. Filadelfia: Lippincot Williams & Wilkins, 2012
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disminorrea en la adolescencia (actualizado a febrero de 2013). [Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2014;57:481-5.](#)

5. Taylor SH, Pal L, Seli E. Menstruation related disorders. En: Speroff 's. Clinical Gynecologic endocrinology and infertility. 9.ª edición. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020. p. 14.
6. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. [Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015\(7\):CD001751.](#)
7. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. [Cochrane Database Syst Rev. 2009;2009\(4\):CD002120.](#)
8. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. [Obstet Gynecol. 2010;115:206-18.](#)