

TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA

DR. CONSTANTINO CARVALLO VALDEZ (*)

DEFINICION

Etimológicamente la dismenorrea se define como la dificultad de pasar en el mes. Viene de Dis, dificultad; meno, mes; y rrea, pasar. La dismenorrea, sin embargo, es un dolor pélvico o abdominal que se presenta antes o junto con la menstruación. Se ha dicho también, que se denomina dismenorrea a la menstruación anormalmente dolorosa. Como la mayoría de las anomalías menstruales, constituye un síntoma o un síndrome y no por sí misma una enfermedad. Se caracteriza por dolores de tipo cólico, espasmódicos que recuerdan a los del parto, producidos por contracciones uterinas, así como por dolores vagos irradiados hacia el bajo vientre, el sacro y los muslos.

A esta sintomatología dolorosa se agregan la exagerada excitabilidad del sistema nervioso y diversas formas de neuralgias y trastornos gastrointestinales, por lo que todo este cuadro conforma realmente un **síndrome**.

SINONIMIA

La dismenorrea tiene otras denominaciones, pues se le conoce también como menalgia y algomenorrea, así como menorralgia.

CLASIFICACION

Desde antiguo se conoce que existen dos tipos de dismenorrea: a) la dismenorrea primaria o esencial y b) la secundaria o adquirida. También se conoce a la primaria como idiopática, demostrando con ello que la dismenorrea es muchas veces un enigma médico y a la secundaria como orgánica.

ETIOLOGIA

Desde luego ocuparse en forma integral del problema llevaría demasiado tiempo y, de otro lado, lo que nos interesa realmente es enfocar este síndrome desde el punto de vista de la dismenorrea primaria, puesto que, en la secundaria, el tratamiento va dirigido a corregir el disturbio que la ocasiona y que puede ser

(*) Trabajo de Incorporación como Miembro Titular de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

detectado. Descartamos, pues, la dismenorrea que tiene su origen en los procesos inflamatorios o infecciosos, en la de los tumores de los anexos, anomalías uterinas y del cuello y el síndrome de la congestión pélvica.

Es interesante hacer notar que la dismenorrea primaria, esencial o idiopática se presenta de preferencia en mujeres por debajo de los 25 años. Es la anomalía menstrual más común en la adolescencia. Del 30% al 50%, de las niñas de edad escolar, según Kistner (2) presentan este disconfort y el 10% están incapacitadas por 1 a 3 días cada mes. Estas cifras se proyectan, asimismo, a las mujeres que han pasado la vida escolar y que desarrollan algún trabajo u ocupación. Se puede, entonces, comprender la importancia socio-económica que presenta este problema, puesto que un numeroso contingente de mujeres que trabajan, empleadas, obreras, etc. se ven forzadas a dejar temporal y periódicamente sus ocupaciones, con detrimento de sus economías y, en última instancia, de la producción y desarrollo del país.

Se dice que esta anomalía se presenta más comúnmente en nulíparas. El parto marca, muchas veces, el final de la molestia.

La dismenorrea primaria se presenta en ausencia de una lesión pélvica objetivable. La causa precisa no está clara. La condición conocida es que está asociada a un endometrio secretor. Este proceso produce, al parecer, incremento de la motilidad uterina, presentándose contracciones de gran amplitud, asociadas con períodos de arritmia o tetanización del músculo uterino, por efectos: a) espasmos vasculares con isquemia del miometrio y b) expulsión de sangre y fragmentos endometriales.

Los psiquiatras opinan que, en ciertas pacientes, la dismenorrea puede ser un signo de disturbios emocionales. Debe sospecharse que existen causas psico-neuróticas cuando el dolor persiste a pesar de los tratamientos comunes y paliativos (1). Se ha dado mucha importancia al factor psicológico desde antiguo y cada día toma más incremento este punto de vista.

Ultimamente se ha insistido mucho en que la tensión premenstrual resulta de una retención de sodio o en el desequilibrio entre los estrógenos y la progesterona. Ambas hipótesis adquieren cada vez mayor valor.

TRATAMIENTO

1).— **Psicoterapia.** Se considera que el mejor y simple de los métodos de tratamiento es la psicoterapia en la forma de guiar, explicar e instruir acerca del natural fenómeno de la menstruación, rompiendo así el tabú que desde épocas

cas inmemoriales ha existido en relación con este proceso fisiológico. El misterio que siempre ha rodeado a este fenómeno debe ser eliminado y debe establecerse una franca comunicación no solamente entre el médico y el paciente, sino entre los padres y sus hijas mujeres. Debe establecerse, asimismo, un programa de actividades físicas. Los baños calientes, por ejemplo, son efectivos, pero tradicionalmente han estado prohibidos. La medicación debe limitarse al uso de analgésicos y antiespasmódicos. Muchas pacientes sienten alivio eliminando el cloruro de sodio de sus dietas, especialmente después de la ovulación, y otras, se benefician con la administración de diuréticos, como la clorotiazida.

2).— **Terapéutica hormonal.** La base de este tratamiento es asegurar una supresión adenohipofisaria e inhibición de la ovulación. Una gran variedad de preparaciones endócrinas han sido entusiastamente recomendadas, basados también en el referido desequilibrio hormonal estrógeno-progesterona. Es así que se han recomendado el uso de: a) **Estrógenos**, en sus diversas formas; b) **Andrógenos**, con el inconveniente de retener sodio y, de otro lado con el riesgo de producir hirsutismo, acné y cambios de la voz; c) **Progestínicos sintéticos**. Hay dos variedades de progestínicos de síntesis que se han usado principalmente. Los C-19 progestínicos como la etisterona, 19 noretisterona y noretinodrel, que retienen sal, y los largamente activos ésteres del 17 ahydroxy-progesterona como el caproato de 17 ahydroxyprogesterona.

3).— **Tratamiento quirúrgico.** Está reservado para aquellos casos que no han encontrado alivio con psicoterapia o con otros procedimientos conservadores. Puede ser la **Dilatación cervical** bajo anestesia, que es efectiva sólo en el 25% de los casos. Recurre por lo general a los 5 a 6 meses. La **Neurectomía pre-sacra** Cotte (2) es efectiva en un 80%. Consiste en la resección del plexo hipogástrico superior y medio. No deja de tener complicaciones, a parte de la dificultad de la localización anatómica del plexo. Como complicaciones se señalan la ligadura de los uréteres, lesión de las venas ilíacas, hematoma retroperitoneal, constipación, vejiga atónica, obstrucción intestinal y peritonitis.

MATERIAL Y METODO

Hemos hecho un estudio comparativo de dos grupos de pacientes de la clientela privada que presentaban este síndrome. Queremos dejar bien establecido que el cuadro de dismenorrea primaria se caracterizaba en todas ellas por dolor cólico de gran intensidad y con la característica fundamental de ser incapacitante por un lapso de 1 a 2 días. Ambos grupos fueron conformados

por mujeres solteras, entre 16 y 22 años, que no habían tenido relaciones sexuales, y, obviamente, que no habían gestado.

Cada grupo de 20 pacientes fue sometido a tratamientos medicamentosos distintos, pero tenían como común denominador los mismos consejos de tipo psicoterápico y similares orientaciones higiénico-dietéticas.

A).— Al primer grupo se le sometió a tratamiento con una combinación de Bendroflumetiazida 2.5 mgr.; Metaminodiazepóxido 5 mgr.; Clorhidrato de papaverina 50 mgr.; Aminopirina 150 mgr. y Cloruro de potasio 300 mgr. Es decir, un compuesto formado por un diurético, para impedir la retención de sodio y agua; un calmante de la ansiedad y la tensión; un analgésico; un antiespasmódico, para relajar el cérvix y reducir la contractibilidad uterina y potasio, para impedir su depleción.

A las pacientes bien regladas se les indicó que iniciaran el tratamiento 48 horas antes de la regla, a la dosis de 3 cápsulas por día, que se continuó hasta el 2º día de la menstruación. En las pacientes con ciclos irregulares y que no podían precisar el posible inicio de la regla, se les indicó que comenzaran la terapéutica apenas se pusieran de manifiesto los primeros síntomas de la menstruación, siendo la dosis de 1 cápsula cada 6 horas.

En este primer grupo 15 pacientes iniciaron el tratamiento en forma preventiva, es decir 48 horas antes de la regla. En 9 de ellas los síntomas dolorosos no se presentaron o si lo hicieron fueron en forma muy atenuada, lo que representa un 60% de efectividad. En las 6 restantes, o sea en el 40%, el dolor se presentó soportable, sin obligar al uso de otros medicamentos.

En cambio, en las 5 pacientes que comenzaron la terapéutica al inicio de los primeros síntomas, 4 de ellas tuvieron que recurrir a otros medicamentos analgésicos y antiespasmódicos por vía parenteral, lo que significa un fracaso del 80%. La restante paciente presentó dolor de tipo soportable.

En estas 15 pacientes mencionadas se ha podido comprobar que, mientras hicieron uso de la medicación se vieron libres o aliviadas de los síntomas dolorosos, pero apenas discontinuaron el tratamiento el síndrome se volvió a repetir con igual intensidad en el período siguiente.

B).— Al segundo grupo de 20 pacientes se le sometió a tratamiento con anovulatorios (4), escogiéndose para el caso el de tipo secuencial, es decir, se hizo uso de Mestranol 80 mcgr. los primeros 15 días del ciclo y la combinación del Mestranol 80 mcg. con Acetato de clormadinona 2 mg. en los últimos 5 días. De las 20 pacientes tratadas con este método, 18 anotaron alivio abso-

luto de sus molestias, lo que representa un 90% de éxito en la terapéutica. Las 2 restantes no experimentaron ninguna modificación de sus síntomas, por lo que fueron a consulta con el médico psiquiatra, obteniendo mejoría una de ellas con el tratamiento de dicho especialista, desconociéndose aún los resultados en la otra.

Todas estas pacientes toleraron bien el medicamento. Dos de ellas refirieron náuseas al inicio del tratamiento, desapareciendo dichas molestias a medida que se insistió en el mismo. No manifestaron nerviosidad, cefaleas ni variaciones substanciales en el peso. La terapéutica se mantuvo por un lapso de 3 meses.

De estas 18 pacientes en las que se obtuvo buen resultado, 6 de ellas, o sea el 33.33% presentaron los mismos síntomas una vez suspendido el tratamiento; 9, o sea el 50%, tuvieron un lapso de 3 a 4 meses en el que persistió el alivio, para recurrir al final las molestias con igual intensidad, y en 3, o lo que es lo mismo en el 16.66%, la sintomatología dolorosa reapareció en el mismo plazo que en el anterior, o sea a los 3 a 4 meses, pero notoriamente atenuada. El plazo máximo de observación ha sido de 1 año.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se ha hecho un estudio comparativo de dos grupos de pacientes de clientela privada que presentaban el síndrome de la Dismenorrea primaria, esencial o idiopática, con características semejantes en cuanto se refiere al síndrome mismo, a la edad y al estado civil.

El primer grupo de 20 pacientes fue sometido a un tratamiento con la combinación de un diurético, un antiespasmódico, un sedante, un analgésico y potasio.

El segundo grupo también de 20 pacientes fue sometido a un tratamiento con un anovulatorio oral.

Se ha podido comprobar que en el primer grupo se han obtenido resultados satisfactorios en un 60% de los casos y aceptables en un 40%, en las pacientes bien regladas y un 80% de fracasos o malos resultados en pacientes con ciclos irregulares. En todas ellas las manifestaciones dolorosas recurrieron una vez suspendido el tratamiento, por lo que se debe considerar a este método como un buen tratamiento de tipo sintomático.

En cambio, en el segundo grupo se obtuvieron resultados óptimos o satisfactorios en el 90% de los casos. De otro lado, una vez suspendido el tratamiento en

el 33.33% de las pacientes la sintomatología recurrió en forma inmediata y con igual intensidad; en el 50% el alivio persistió durante 3 a 4 meses, regresionando los síntomas con igual intensidad y en el 16.66% el alivio también fluctuó entre 3 a 4 meses, pero los síntomas en la recurrencia fueron más atenuados, de lo cual se puede presumir que este sistema terapéutico no solamente tiene un carácter sintomático, sino en cierto grado curativo.

Diciembre de 1968

Constantino Carvalho V.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— HOWARD A. NOVELL: Factores psicológicos en la tensión premenstrual y la dismenorrea.
- 2.— GASTON COTTE: Trastornos funcionales del Aparato Genital de la mujer. 1929.
- 3.— ROBERT W. KISTNER: Modern Treatment. Vol 2 N° 1 January 1965.
- 4.— MANUEL SUAREZ DEL REAL: Empleo de pregestágenos orales en la endometriosis. Ginec. y Obst. de México. XXI 121; 123. Marzo-Abril 1966.