

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



COMEGO

**GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA**

2008



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA EN ADOLESCENTES

Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

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

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 IBARGÜENGOITIA 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 a cargo del COMEGO, con el apoyo de los autores participantes.

ÍNDICE

Resumen estructurado	S214
Resumen de las recomendaciones	S214
Introducción	S215
Objetivos de la Guía	S216
Alcance de la Guía	S216
Material y métodos	S216
Resultados	S217
Anexos	S227
Referencias bibliográficas	S228

RESUMEN ESTRUCTURADO

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

Material y método: 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 estas 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 los documentos donde no se mencionara el origen o éste fuera orgánico.

Resultados: el diagnóstico es básicamente clínico: destacan los síntomas reproducibles del dolor tipo cólico que se agudiza en los días de mayor flujo catamenial. El diagnóstico diferencial se centra en endometriosis, malformaciones obstructivas del aparato genital y masas anexiales. En cuanto al tratamiento, los antiinflamatorios no esteroides (AINES) son de primera elección (OR 7.91; 95% IC 5.65 - 11.09) al demostrar disminución del síntoma del dolor, pero con aumento de los efectos adversos (OR 1.52; 95% IC 1.09 - 2.12). No hay acuerdo para definir la superioridad de algún tipo de antiinflamatorio no esteroide sobre otro. Los anticonceptivos orales (AOC) a dosis media son eficaces en el tratamiento de los síntomas (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 de los anticonceptivos orales de dosis bajas. La laparoscopia diagnóstica debe ser considerada en el caso de que el tratamiento con analgésicos y anticonceptivos haya fallado. La neurectomía presacra y la resección de ligamentos uterosacros no han demostrado mejoría clínica sustentable con 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 antiinflamatorios no esteroides 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 con dismenorrea en los primeros seis meses posteriores a la menarquia deberá sospecharse fuertemente la posibilidad de malformaciones obstructivas en el aparato genital.

(Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

2. Debido a la alta prevalencia de dismenorrea, y en el entendido de que gran número de mujeres da por hecho que es normal, conviene que el médico investigue de manera dirigida las características de la misma, con la intención de descartar alguna enfermedad 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 síntomas 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 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 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 antiinflamatorios no esteroides 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 antiinflamatorios no esteroides en particular son más efectivos y seguros que otros.

(Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)

9. La evidencia inicial señala que los anticonceptivos orales en dosis media (35 microgramos de estradiol y progestágenos de primera y segunda generación) son superiores al placebo en la disminución de los síntomas de la dismenorrea.

(Nivel de evidencia IIa, Grado de recomendación B)

10. Los anticonceptivos orales de baja dosis (20 microgramos de etinilestradiol y 100 microgramos de levonorgestrel) cuentan con insuficiente evidencia para demostrar su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes.

(Nivel de evidencia IIb, Grado de recomendación B)

11. El esquema de anticonceptivos orales en regímenes extendidos disminuye los síntomas asociados. Sin embargo, no se tiene establecida la combinación de hormonales y el tiempo óptimo de administración.

(Nivel de evidencia Ia, Grado recomendación B)

12. El acetato de medroxiprogesterona se ha indicado con éxito en el tratamiento de mujeres adultas con dismenorrea; sin embargo, en las adolescentes su prescripción por más de dos años puede disminuir 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 uterosacro y la neurectomía presacra no han demostrado eficacia en cuanto al alivio del dolor a corto plazo en pacientes con dismenorrea.

(Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)

15. La vitamina E, los ácidos grasos omega-3, la vitamina B1 y el magnesio parecen disminuir los síntomas 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 preguntan acerca de los tratamientos alternativos como el ejercicio y calor local, se les debe advertir que a la fecha no existen evidencias que sustenten que este tipo de terapias sean útiles.^{2,3}

(Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación B)

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es un trastorno común que afecta aproximadamente a 50% de las mujeres e incapacita a 10% durante 1 a 3 días en cada menstruación; esta situación tiene una repercusión económica importante. Se calculan anualmente pérdidas por 600 millones de horas laborables.¹ La mayoría de las mujeres considera a la dismenorrea un proceso inevitable del periodo menstrual, incluso si ésta es incapacitante. Tal vez por ello pocas buscan asistencia médica, y con frecuencia no siguen de manera adecuada las indicaciones de la prescripción.^{3,4}

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 ($\text{PGF}_{2\alpha}$ y PGE_2). La síntesis de prostaglandinas aumenta de manera considerable en la fase lútea del ciclo menstrual y alcanza su máxima concentración al principio de la menstruación.⁴ Se han relacionado factores de riesgo como: menarquia precoz, ciclos con hiperpolimenorrea y antecedentes familiares de dismenorrea.⁴

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Sistematizar el abordaje diagnóstico de la paciente con dismenorrea primaria y actualizar el conocimiento en relación con las diferentes modalidades de tratamiento.

ALCANCE DE LA GUÍA

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

Esta Guía de Práctica Clínica 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 MÉTODO

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 (metanálisis 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 guía de práctica clínica y revisiones sistemáticas se utilizaron tres requisitos: *a*) que fuera reciente (menos de cinco 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 sólo algún tema específico relacionado con el tema. Se rechazaron también estudios que no estaban en inglés o español, o artículos que no estaban accesibles por distintas razones. Se excluyeron de esta revisión las intervenciones tradicionales de herbolaria.

Criterios de eliminación

Los 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

Después que la información cumplió con los requisitos para ser valorada por los autores, se analizó la información y, por consenso entre los mismos, se decidió cuál era la información que se tomaría en cuenta para la elaboración de esta Guía de Práctica Clínica.

Se estableció la aceptación de recomendaciones por el principio de consenso entre los autores directos de la guía de práctica clínica. Cuando hubo 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 de 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. Los síntomas tienen un periodo agudo durante los días de mayor flujo catamenial (que generalmente dura 1 o 2 días), para disminuir paulatinamente en el transcurso de los siguientes 3 a 4 días.¹ Frecuentemente se asocia con diarrea, náusea,

vómito, fatiga, cefalea y, raramente, síncope o fiebre.^{1,5} Este último síntoma se atribuye a la producción de prostaglandinas.^{1,4} El cuadro clínico generalmente es reproducible entre un ciclo menstrual y otro.

El clínico debe enfrentar, en una paciente con dolor menstrual, la disyuntiva diagnóstica de dismenorrea primaria o secundaria. Para ello, será de suma importancia realizar un interrogatorio amplio en relación con la edad a la menarquia, ciclos menstruales, duración de la menstruación, edad en que comenzó la dismenorrea, sus características específicas (cuándo inicia, cuánto dura, localización e irradiación del dolor, intensidad de la misma y síntomas acompañantes), si ha intentado algún tratamiento y qué resultados ha obtenido. En pacientes adolescentes con dismenorrea en los primeros seis meses posteriores a la menarquia deben sospecharse malformaciones obstructivas en el aparato genital.^{5,6}

Se interrogarán también los antecedentes familiares en relación con endometriosis.² Además, se deberá investigar de manera dirigida si ya tiene actividad sexual y a qué edad, cantidad 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, sus características para descartar alguna enfermedad 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 síntomas.⁵

En relación con los tratamientos previos, en las adolescentes en general, sólo 31% toma el medicamento en las dosis recomendadas, 13% ingiere una dosis menor a la indicada y sólo 16% toma sus medicamentos de manera profiláctica. Por esto la evaluación, en cuanto al resultado terapéutico, debe 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 enfermedad de base. En la adolescente que no ha iniciado su vida sexual activa, 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 indique un problema obstructivo, como himen imperforado.^{5,6} Los hallazgos físicos anormales llevarán al clínico a la sospecha de dismenorrea secundaria.

El diagnóstico de dismenorrea secundaria es sustentable en pacientes en las que, después de varios años de ciclos menstruales sin dolor, refieren síntomas.

Recomendaciones

1. En adolescentes con dismenorrea durante los primeros seis meses posteriores a la menarquia deben sospecharse malformaciones obstructivas el aparato 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, sus características, con la intención de descartar alguna enfermedad 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 síntomas.

(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)

¿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 de ultrasonido pélvico sea de ayuda en la paciente con dismenorrea primaria; sin embargo, en quienes los tratamientos previos han fallado, o en las que algún hallazgo físico orienta a la sospecha de alguna enfermedad de base, puede ser de utilidad para sustentar el diagnóstico (malformación mulleriana, masas anexiales, etc.). Se recomienda, si la paciente ya inició vida sexual, la realización del ultrasonido por vía vaginal. El ultrasonido ginecológico no supe los hallazgos de la exploración pélvica bimanual, en caso de que pueda realizarse.⁷

La resonancia magnética puede ser de utilidad, especialmente en las pacientes con sospecha de alguna malformación obstructiva genital.^{5,6}

La laparoscopia es la única herramienta útil para establecer el diagnóstico final de dismenorrea secundaria debido 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 con gran sospecha de endometriosis, no debe postergarse la laparoscopia diagnóstica debido a que el pronóstico de la enfermedad dependerá, en parte, de un diagnóstico y tratamiento

oportunos.^{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 quienes el tratamiento previo falló, o en las que algún hallazgo físico orienta a la sospecha de alguna enfermedad de base, puede ser de utilidad para sustentar el diagnóstico. El ultrasonido ginecológico no suple los hallazgos de la exploración bimanual.

(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 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, luego que el tratamiento convencional ha fallado.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación B)

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

Se han aprobado y comercializado varios medicamentos para el tratamiento de la dismenorrea primaria. El acetaminofen es un analgésico y antipirético (no es un inhibidor periférico de la síntesis de prostaglandina) con un efecto débil como inhibidor de la ciclooxigenasa en altas concentraciones de peroxidasa, como sucede en tejidos inflamados. El acetaminofen produce analgesia al disminuir el umbral del dolor; puede causar daño hepático después de tres o más bebidas alcohólicas al día y tiene una reacción cruzada con el ácido acetilsalicílico al desencadenar asma.¹⁰ En varios análisis de efectividad de medicamentos para el tratamiento de la dismenorrea, el acetaminofen se utiliza como control. El acetaminofen y el pamabrom se indican en el tratamiento de la dismenorrea primaria. El pamabrom es un diurético de corta duración que disminuye la retención de líquidos. La información actual, en cuanto a eficacia del acetaminofen en la dismenorrea primaria, es limitada y no concluyente, cuando se le compara con antiinflamatorios no esteroides o, incluso, con placebo. La

evidencia clínica del acetaminofen junto con pamabrom es menos contundente aún.¹¹

Los antiinflamatorios no esteroides son analgésicos que inhiben la ciclooxigenasa (COX) al impedir la producción final de prostaglandinas. En un metanálisis que incluyó 56 trabajos se confirmó que más allá de toda duda, los cuatro antiinflamatorios no esteroides evaluados (naproxeno, ibuprofeno, ácido mefenámico y ácido acetilsalicílico) son efectivos en el tratamiento de la dismenorrea primaria.¹² En esta revisión sistemática naproxeno e ibuprofeno fueron superiores al ácido acetilsalicílico y el naproxeno tuvo mayores efectos secundarios que el ibuprofeno.

En una revisión de 63 trabajos controlados y con asignación aleatoria en mujeres con dismenorrea primaria, los antiinflamatorios no esteroides 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 antiinflamatorios no esteroides se compararon entre ellos, o con el acetaminofen, se encontró una pequeña superioridad de cualquiera de los antiinflamatorios no esteroides respecto a eficacia o seguridad. Las mujeres que toman cualquier antiinflamatorio no esteroide reportan significativamente menos restricciones laborales (escuela o trabajo), en comparación con las mujeres que toman placebo.¹³

El tratamiento efectivo debe tomarse al inicio de la menstruación y quizá no sea necesario más allá de 2 o 3 días; se recomienda iniciar con una dosis de carga y, dividir estas dosis a lo largo de 24 horas.

Los efectos adversos de los antiinflamatorios no esteroides 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 dos isoformas de la ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2), las cuales catalizan el metabolismo del ácido araquidónico a prostaglandinas. Los antiinflamatorios no esteroides convencionales son inhibidores no selectivos de ambas isoformas de la ciclooxigenasa. Se ha propuesto que la eficacia terapéutica de los antiinflamatorios no esteroides es el resultado de la inhibición de la COX-2, mientras que la toxicidad gastrointestinal y la desorganización 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, tres veces al día), se concluyó que la posología de ambos medicamentos era adecuada para disminuir los síntomas, pero el meloxicam mostró mejor tolerancia gastrointestinal.¹⁴

La eficacia terapéutica de los antiinflamatorios no esteroides es el resultado de la inhibición de la COX-2, mientras que la toxicidad gastrointestinal y la desorganización plaquetaria se derivan de la inhibición de la COX-1.

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

Recomendación

8. La evidencia sugiere que en mujeres con dismenorrea primaria, los antiinflamatorios no esteroides 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 antiinflamatorios no esteroides en particular sean más efectivos y seguros que otros.

(Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A)

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

Los anticonceptivos orales combinados suprimen la ovulación y restringen el crecimiento endometrial, lo que hace que disminuya la producción de prostaglandinas y el volumen catamenial, con lo que disminuyen los síntomas de la enfermedad.¹ Los estudios observacionales mencionan una franca mejoría en las pacientes con dismenorrea tratadas con anticonceptivos orales combinados.⁴

En un metanálisis que incluyó la revisión de cuatro trabajos controlados y con asignación al azar, se determinó que los anticonceptivos orales combinados en dosis media (35 microgramos de estradiol y progestágenos de 1ª y 2ª generación) fueron superiores al placebo en la disminución de los síntomas de la dismenorrea (OR 2.01; 95% IC 1.17 - 3.33); 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 anticonceptivos orales combinados 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 tratamiento con anticonceptivos orales combinados de baja dosis (20 µg de etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel) se ha analizado en cuanto a su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes. Los trabajos controlados con asignación al azar y doble ciego han determinado que disminuyen los síntomas; sin embargo, la evidencia es insuficiente para demostrar su eficacia en la dismenorrea.^{16,17}

El esquema de anticonceptivos orales combinados en regímenes extendidos parece tener ciertas ventajas en las pacientes con dismenorrea. El resultado de un metanálisis que incluyó la revisión de seis trabajos con asig-

nación al azar concluyó que este tipo de regímenes disminuyen la cefalea, el cansancio, la irritación y el dolor menstrual, de manera significativa.

Los tratamientos con progestinas inhiben la ovulación de forma satisfactoria, lo que a su vez produce atrofia endometrial y, de esta manera, alivian la dismenorrea. El 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 dos años puede disminuir la densidad mineral ósea, por lo que no es de primera elección en estas pacientes.⁸

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

Desafortunadamente, los estudios existentes respecto al implante en pacientes con dismenorrea no son concluyentes, porque no hay trabajos controlados y con asignación al azar; específicamente en el tratamiento de esta enfermedad.

El dispositivo intrauterino medicado con levonorgestrel produce atrofia endometrial y disminuye el sangrado catamenial. Su uso en mujeres con dolor pélvico crónico asociado a endometriosis ha demostrado eficacia; sin embargo, no existen resultados respecto al uso de este dispositivo en pacientes con dismenorrea primaria.

Por desgracia, 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 sólo una extensión de las recomendaciones propuestas para mujeres adultas.

Recomendaciones

9. La evidencia inicial señala que los anticonceptivos orales en dosis media (35 microgramos de estradiol y progestágenos de primera y segunda generación) son superiores al placebo en cuanto a disminución de los síntomas de la dismenorrea.

(Nivel de evidencia IIa, Grado de recomendación B)

10. Los anticonceptivos orales de baja dosis (20 µg de etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel) tienen insuficiente evidencia como para demostrar su eficacia en la dismenorrea primaria en pacientes adolescentes.

(Nivel de evidencia IIb, Grado de recomendación B)

11. El esquema de anticonceptivos orales en regímenes extendidos aminora los síntomas asociados. Sin embargo, no se tiene establecida la combinación de hormonales y el tiempo óptimo de administración.

(Nivel de evidencia Ia, Grado recomendación B)

12. El acetato de medroxiprogesterona se ha utilizado con éxito en el tratamiento de mujeres adultas con dismenorrea; sin embargo, en las adolescentes su uso por más de dos años puede disminuir la densidad mineral ósea, por lo cual no es de primera elección en estas pacientes.

(Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

13. Se carece de 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 los síntomas pueden persistir a pesar del tratamiento. En pacientes adolescentes con dolor pélvico sin respuesta al tratamiento combinado con antiinflamatorios no esteroides y anticonceptivos orales se diagnosticaron con endometriosis 50 a 70%.^{2,4}

La laparoscopia diagnóstica es de utilidad para el diagnóstico porque en caso de sospecha de endometriosis, una vez establecido el diagnóstico, puede iniciarse un tratamiento oportuno para evitar la progresión de la enfermedad.^{8,9} La apariencia de los implantes endometriales en las adolescentes tiene una morfología diferente que la de las adultas, por lo que el cirujano debe 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 con mejores resultados a largo plazo en las mujeres con dolor pélvico.^{22,23} En un estudio con asignación al azar que incluyó a 141 mujeres con dismenorrea asociada a endometriosis, en las que se hizo neurectomía presacra se encontró una mejoría de 83% en comparación con 53% del grupo control; la dismenorrea, dispareunia y dolor pélvico crónico disminuyeron 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 uterosacro, en teoría, logra mejor denervación uterina en comparación con la neurectomía presacra. En un trabajo controlado en el que se comparó la resección del ligamento uterosacro *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 tres meses de seguimiento (69 *vs* 73%, respectivamente); sin embargo, las complicaciones quirúrgicas fueron mayores en el grupo de neurectomía más resección del uterosacro.²⁵

Los resultados de un metanálisis que incluyó la revisión de ocho trabajos controlados concluyó que, tanto la resección del ligamento uterosacro 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 metanálisis fue que la evidencia es insuficiente para recomendar la neurectomía presacra o la resección del ligamento uterosacro en las pacientes con dismenorrea primaria.²⁶

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

Recomendación

14. La resección del ligamento uterosacro y la neurectomía presacra no han mostrado eficacia en cuanto al alivio del dolor a 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 al azar, doble ciego, se compararon 200 UI de vitamina E en pacientes con dismenorrea primaria; el grupo de vitamina E reportó disminución significativa de la dismenorrea en relación con el grupo control.²⁷

El aceite de pescado (ácidos grasos omega-3) se analizó en un trabajo controlado y con asignación al azar en pacientes con dismenorrea secundaria a endometriosis. Se comparó un grupo de pacientes que recibió tratamiento hormonal continuo *versus* tratamiento con dieta (ácidos grasos omega-3, vitaminas, minerales) y se encontró que la mejoría entre ambos grupos fue equiparable.²⁸ En otro trabajo con asignación al azar 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 metanálisis que incluyó siete trabajos controlados en relación con el tratamiento de dismenorrea primaria mostró que la ingestión diaria de 100 mg de vitamina B1 disminuye los síntomas; en cuanto al magnesio, su indicación en las pacientes con dolor menstrual

es prometedor; sin embargo, los resultados existentes son limitados, por lo que no se puede emitir alguna conclusión.³⁰

Recomendación

15. La vitamina E, los ácidos grasos omega-3, la vitamina B1 y el magnesio parecen disminuir los síntomas en pacientes con dismenorrea primaria; sin embargo, los trabajos existentes al respecto son pocos, con muestras pequeñas, por lo cual no pueden emitirse conclusiones ni recomendaciones.

(Nivel de evidencia Ia, 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 disminuir la dismenorrea; sin embargo, los datos disponibles en la actualidad son inconclusos y controversiales.

El ejercicio físico se ha relacionado con disminución importante del dolor menstrual.³¹ Particularmente se menciona que los ejercicios de relajación disminuyen la intensidad del dolor, acortan los días de dismenorrea y aminoran la incapacidad. Algunos trabajos con asignación al azar no refieren ningún alivio con este tipo de terapias; los datos al respecto son controversiales porque carecen de una metodología adecuada para su evaluación y las muestras de estudio son pequeñas e inconsistentes, por lo que estos resultados deberán tomarse con cautela.³³ El calor local para alivio de la dismenorrea ha demostrado mejoría significativa cuando se compara con ibuprofeno y acetaminofen.³³ Son pocos los estudios al respecto para poder emitir conclusiones confiables.

Recomendación

16. A las pacientes que preguntan sobre los tratamientos alternativos, como el ejercicio y calor local, debe indicárselas que a la fecha no existen evidencias que sustenten que este tipo de terapias sean útiles y mejores.

(Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación B)

Anexo 1

GLOSARIO DE DEFINICIONES OPERACIONALES

De acuerdo con 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 este 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*). 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 percibe en cada menstruación sin tener enfermedad demostrable. En la dismenorrea secundaria existe algún proceso patológico de base, el cual con frecuencia se asocia con endometriosis, masas anexiales y enfermedad pélvica inflamatoria, entre otros.^{1,5}

Anexo 2

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Metanálisis (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] “humans” [MeSH Terms] AND Randomized Controlled Trial[ptyp]) “2008” [PDAT]) AND

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, 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 and adolescent gynecology*. 5th 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, AC. Editores. Programa de Actualización Médica Continua en Ginecología y Obstetricia, 1^a ed. México: Intersistemas editores; 2005.
7. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, 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, Sanchez AJ, De Los Santos AR, Gonzalez 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;(4):CD001751.
14. De Mello NR, Baracat EC, Tomaz G, Bedone AJ, 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 Syst Reviews* 2001;(2):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, et al. Continuous or extended cycle vs cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;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, Archer OF, 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* 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, et al. 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 I, Morelli M, et al. Long-term effectiveness of presacral neurectomy for the treatment of severe dysmenorrhea due to endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:23-28.
25. Juang CM, Chou P, Yen MS, Horng HC, et al. 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 Syst Rev* 2005;(4):CD001896.
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 I, Broccoli P, et al. 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 dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD002124.
31. Daley AJ. Exercise and primary dysmenorrhea: 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 dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD002248.
33. Akin M, Price W, Rodriguez G, Erasala G, et al. Continuous, low-level, topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. *J Reprod Med* 2004;49:739-45.

