

SINDROME PREMENSTRUAL

(PREMENSTRUAL SYNDROME)

* Margarita Karol Malpartida Ampudia

RESUMEN

El síndrome premenstrual (SPM) es una afección que afecta el comportamiento, las emociones y la salud física de una mujer; estos cambios aparecen justo antes de la menstruación.

Se considera un trastorno psicoendocrino. El diagnóstico es clínico. La clave para un tratamiento efectivo es un diagnóstico preciso. El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas.

DESCRIPTORES

Premenstrual, GABA, psicoendocrino, depresión, ansiedad, fase lutea.

SUMMARY

Premenstrual syndrome (PMS) is a condition that affects a woman's behavior, emotions and physical health, these changes appear just before her menses.

It is considered a psychoendocrine disorder. The diagnosis is clinical. The key to an effective treatment is accurate diagnosis. Treatment depends on the severity of symptoms.

KEYWORDS

Premenstrual, GABA, psychoendocrine, depression, anxiety, luteal phase.

*Médico General.
Universidad de Iberoamérica
(UNIBE). San José - Costa
Rica

INTRODUCCION

Se conoce como síndrome premenstrual (SPM), cuando los síntomas anímicos y físicos cíclicos que aparecen en días previos de la menstruación, la intensidad es tal que interfiere con aspectos cotidianos de una mujer.

Se considera un trastorno psicoendocrino, estos síntomas negativos del estado de ánimo y físicos se da como resultado de la progesterona durante la fase lútea del ciclo menstrual (10 - 7 días antes de la menstruación), los progestágenos en los anticonceptivos hormonales o la adición de progestágenos en la terapia hormonal.

Se cree que este fenómeno está mediado por la acción de los metabolitos de progesterona en el sistema GABA (A), que es el principal sistema inhibitor en el SNC de mamífero.

Una de las dificultades para detallar si el SPM es enfermedad o una descripción de cambios fisiológicos reside en su alta prevalencia.

SINTOMAS

Se dice que un 75% de mujeres sufre síntomas recurrentes de SPM. 20-40% tienen cierto grado de incapacidad mental o física y 5% experimentan angustia grave. Con mayor frecuencia se presenta en

mujeres de 25 y 35 años y suele resolverse después de la menopausia. Aunque existe gran variedad de síntomas anímicos y físicos diferentes atribuidos al SPM, los síntomas físicos más comunes son (Cuadro 1)

Cuadro 1. Síntomas comunes del síndrome premenstrual	
Síntomas emocionales	Síntomas físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Enojos • Episodios de llanto • Irritabilidad • Ansiedad • Confusión • Retiro social • Pobre concentración • Insomnio • Aumento de siesta • Cambios en el deseo sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Sed y apetito cambiado (antojos de comida) • Sensibilidad en los senos • Hinchazón y ganancia de peso • Cefalea • Hinchazón de las manos de los pies • Molestias y dolores • Fatiga • Problemas de la piel • Síntomas gastrointestinales • Dolor abdominal

Los síntomas anímicos más frecuente (50-80%):

- Animo voluble
- Irritabilidad tendencia a la depresión
- Aumento de apetito
- Dificultad para la concentración

Se dice que más de 150 síntomas se han relacionado con SPM, por lo que estos no se han definido con claridad.

Es imprescindible establecer el diagnóstico correcto utilizando criterios claramente definidos y proporcionar un tratamiento individualizado basado en evidencias

basándose en el momento específico, la gravedad y la naturaleza de los síntomas, así como en las preferencias del paciente.

FISIOPATOLOGIA

Se desconoce la etiología del SPM, aunque existen muchas teorías.

Los datos actuales sugieren firmemente que el SPM y trastorno disfórico premenstrual (TDPM), son resultado de un efecto exagerado o anómalo de los cambios cíclicos de las hormonas esteroideas ovárica sobre los mecanismos neurotransmisores centrales, y que la serotonina desempeña un papel importante en la fisiopatología.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Patología orgánica, psiquiátrica o emocional que incluya sintomatología.

Muchos de los síntomas de otros trastornos del estado de ánimo se parecen al del SPM, esto se ha asociado con una disfunción serotoninérgica.

Los síntomas de otras condiciones pueden simular o coincidir con el SPM. Algunos de estas condiciones son:

- Depresión
- Ansiedad
- Perimenopausia
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome de intestino irritable
- Enfermedad tiroidea

Depresión y trastorno de ansiedad son las condiciones más comunes que coinciden con el SPM. En las mujeres con depresión los síntomas, a menudo duran todo el mes, y pueden empeorar antes o durante sus periodos.

DIAGNOSTICO

Se requiere un diario retrospectivo en donde se documente los síntomas específicos del ciclo asociados a las fases menstrual y lútea del ciclo. Hasta un 40% de las mujeres con supuesto SPM no presentan el patrón cíclico distintivo necesario para el diagnóstico y podría tener algún otro trastorno de ánimo o ansiedad.

El diagnostico requiere por lo menos 5 de los siguientes síntomas y uno de ellos debe estar entre los primeros 4 mencionados:

- Inestabilidad emocional (episodios de tristeza, llanto, irritabilidad o enojos repentinos).
- Ira o irritabilidad persistente notoria
- Ansiedad o tensión
- Estado de ánimo, deprimido, desesperación
- Perdida de interés en las actividades habituales
- Sensación de fatiga o pronunciada falta de energía
- Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse
- Cambios de apetito, ingestión de cantidades excesivas de alimentos o ansias de comer
- Hipersomnia o insomnio
- Sensación de estar abrumada o fuera de control
- Síntomas físicos (tensión mamaria, cefalea, edema, dolor articular o muscular y aumento de peso)

Estos síntomas afectan al trabajo o actividades habituales y no son exacerbación de otro trastorno psiquiátrico. Es diagnóstico de exclusión.

TRATAMIENTO

La clave de un tratamiento eficaz es el diagnóstico preciso. El tratamiento depende de la gravedad de síntomas.

Los cambios de hábitos alimenticios (limitar el consumo de alcohol, cafeína, tabaco, chocolate) podrían ser suficiente. En cuanto al estrés, alteración del sueño puede realizar ejercicios de relajación, terapia cognitiva – conductual, ejercicios.

Para los síntomas graves, puede requerirse medicación, estudios grandes bien diseñados, aleatorios y controlados con placebo de fluoxetina y sertralina, y estudios pequeños de otros inhibidores de receptación de serotonina (IRS), han demostrado beneficios claros en comparación con el placebo. Antes de comenzar un tratamiento con IRS, se debe de advertir sobre los más importantes posibles efectos adversos del tratamiento con IRS, los cuales son disfunción sexual, anorgasmia y disminución de libido.

Para la retención de líquidos e hinchazón se debe de restringir la sal de las comidas. Si es muy intenso se puede dar espironolactona desde 3 días antes de la menstruación. En algunos estudios clínicos se ha demostrado que la espironolactona ha demostrado ser más eficaz que el placebo para aliviar síntomas de irritabilidad, inflamación, dolor mamario con palpación y ansia por los alimento. El tratamiento debe de comenzar 14 días antes de la menstruación y continuar hasta el final del ciclo. Los anticonceptivos orales (ACO) han sido uno de los métodos más antiguos y simple para el tratamiento de SPM. Algunos estudios recientes en los cuales usaron ACO con progesterona drospirenona han observado que este tratamiento puede dar ligera mejoría a síntomas, entre ellos, el estado de ánimo y

del comportamiento especialmente cuando el periodo usual de 7 días sin píldora, se reduce a 4 días. Si la mujer no responde a los tratamientos que normalmente son

eficaces, se debe de considerar afecciones subyacentes, como depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada o consumo de drogas.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOG, A. C. (Mayo de 2015). <http://www.acog.org>. Recuperado el Marzo de 2016, de <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq057.pdf?dmc=1&ts=20170302T1945292228>
2. Alan H.DeCherney, M. L. (2013). Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos (11a ed.). Mexico, Mexico DF, Mexico: McGraw-Hill Companies,Inc. Recuperado el 2017
3. AMIR. (2016). Textbook AMIR MEDICINA (Vol. 3). España, España: Marbán.
4. Andréen L, N. S. (Setiembre de 2009). Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABAA modulators. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19272715>
5. Marc A.Freitz, M. S. (2012). Endocrinología ginecologica clinica y esterilidad (8va ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins. Recuperado el 2017
6. Patrick Michael Shaughn O'Brien, K. W. (12 de Enero de 2011). Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMD Montreal consensus. (C. G. Group, Ed.) doi:10.1002/14651858.CD001396.pub3
7. Tracy Nevatte, P. M. (27 de Abril de 2013). ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders. National Center for Biotechnology Information (NCBI). Recuperado el 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955202>.

Recepción: 28 Setiembre de 2017

Aprobación: 10 Octubre de 2017