

CAPÍTULO 14

DOLOR PÉLVICO

*“El hombre es un aprendiz, el dolor es su maestro,
y nadie se conoce mientras no ha sufrido”*

Alfred de Musset

JOSÉ LUIS NEYRO BILBAO

IGNACIO LOBO LAFUENTE

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico puede definirse como aquel dolor localizado en los cuadrantes inferiores del abdomen.

Constituye por sí mismo una situación clínica muy frecuente en la práctica ginecológica diaria, ya que en general la mujer asocia el dolor pélvico a sus órganos genitales, lo cual resulta cierto en aproximadamente el 50% de los casos.

50% de origen genital

Excluyendo las causas de origen ginecológico, los otros orígenes a descartar son: gastrointestinal, urológico, osteomuscular e incluso somático.

Es conveniente diferenciar el dolor pélvico agudo (DPA) del crónico (DPC), debido a que la orientación diagnóstica varía según cada caso.

Agudo o crónico

Según diferentes autores, el DPA sería aquel de menos de una semana, un mes, seis semanas, e incluso seis meses de duración. Debido a esta diversidad de criterios, otros autores lo diferencian según la consulta por el dolor se haya realizado en urgencias o en una consulta programada.

CLASIFICACIÓN

CAUSAS AGUDAS

Ginecológicas

Aborto

Aborto

- Rítmico
- Metrorragia

El dolor relacionado con el aborto es rítmico, en forma de pinchazos sobre un fondo continuo, localizado a nivel hipogástrico, acompañado de metrorragia más o menos intensa y de la desaparición de la sintomatología gravídica.

La exploración con espéculo y el tacto bimanual son las primeras actuaciones a realizar tras la anamnesis (incluyendo el test de embarazo si se desconoce previamente dicho embarazo). La determinación de los niveles de beta HCG y la ecografía sirven para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento consiste en la realización de un legrado uterino evacuador.

Rotura folicular - folículo hemorrágico

Folículo roto

- Unilateral
- Irradiado

Clínicamente suele tratarse de mujeres jóvenes, que durante los primeros días de la segunda fase del ciclo presentan dolor abdominal unilateral con irradiación lumbar o crural, tras relaciones, traumatismo pélvico o bien de forma espontánea.

La exploración y la ecografía evocan el diagnóstico, recurriéndose a la laparoscopia para confirmarlo, la cual permite realizar el tratamiento (lavado peritoneal y electrocoagulación ovárica).

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico consiste en el desarrollo gestacional fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina y la localización más frecuente es la porción ampular de la trompa.

En general el embarazo ectópico en fase no complicada no suele ser muy sintomático, salvo por leve dolor en la exploración a nivel de uno de los fondos de sacos laterales (que se encontrará empastado) y por metrorragia escasa; englobándose en el diagnóstico diferencial de las metrorragias del 1^{er} trimestre. En la fase complicada la exploración abdominal revela un cuadro de abdomen agudo con reacción peritoneal (signo de Blumberg positivo), resultando la exploración ginecológica dificultosa y muy dolorosa.

Embarazo ectópico:

- No complicado
- Complicado

Debe confirmarse la positividad del test de embarazo y las pruebas diagnósticas a realizar son la ecografía (preferiblemente vaginal) y la laparoscopia que confirmará el diagnóstico y permitirá realizar el tratamiento, bien sea conservador o radical. Si la situación clínica de la paciente es inestable desde el punto de vista hemodinámico, tras su estabilización, es preferible la realización de una laparotomía.

Emfermedad inflamatoria pélvica

La infección del útero y los anejos es una patología que afecta en general a mujeres jóvenes y de clases sociales bajas. El dolor puede resultar uni o bilateral, acompañado de fiebre y leucorrea.

Infección:

- Dolor
- Fiebre
- Alteraciones analíticas

La exploración resulta muy dolorosa, sobre todo la movilización cervical por tacto bimanual, encontrándose los fondos de saco laterales empastados. A nivel abdominal presentan signos de irritación peritoneal. Analíticamente se aprecia leucocitosis con desviación izquierda y elevación de la VSG y de la PCR. La ecografía puede ayudar al diagnóstico en las fases avanzadas, pero suele ser poco demostrativa en las fases iniciales. La prueba correcta para el diagnóstico es la laparoscopia que permite identificar el proceso, recoger cultivos, realizar lavados peritoneales y liberar las adherencias formadas. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos de

amplio espectro, mientras no se disponga de los resultados del cultivo y del antibiograma.

Endometriosis complicada

Endometrioma

La rotura de un endometrioma cursa con un cuadro de dolor abdominal importante, inicialmente a nivel hipogástrico, que puede generalizarse. Se trata de una situación de abdomen agudo en una paciente en edad reproductiva diagnosticada o no previamente de endometriosis.

En la anamnesis se deben investigar los antecedentes de dismenorrea progresiva, dispareunia profunda, disuria o disquecia. En la exploración abdominal aparecen signos de irritación peritoneal, y en la ginecológica, la presencia de una tumoración anexial generalmente difícil de delimitar por el dolor. La ecografía resulta bastante esclarecedora mostrando la tumoración quística de contenido heterogéneo junto con la presencia de líquido libre intraperitoneal. El diagnóstico definitivo se establece por laparoscopia que a su vez permite realizar el tratamiento (lavado peritoneal y resección del endometrioma).

Torsión anexial por tumoración ovárica

Torsión

Esta situación clínica es típica de mujeres jóvenes con tumoraciones ováricas que condicionan la torsión del anejo correspondiente. El dolor suele ser de comienzo brusco, intenso, unilateral y que progresivamente conduce a un estado de shock. Se asocia con meteorismo por íleo reflejo, con náuseas, vómitos y defensa abdominal. Cursa sin fiebre y la ecografía muestra la tumoración anexial, generalmente sin derrame peritoneal. El diagnóstico definitivo se realiza por laparoscopia que a la vez sirve para realizar el tratamiento (de torsión y tumorectomía o bien anexeotomía unilateral).

Complicaciones de los miomas

Los miomas son tumoraciones benignas del útero, formadas por fibras musculares lisas, y las complicaciones de los mismos que cursan con dolor son:

- *Necrobiosis aséptica*: consiste en la degeneración de la parte central del mioma por isquemia, que conduce al reblandecimiento del mismo y a la aparición de dolor. Se diagnostica por la exploración y por la ecografía. El tratamiento puede ser conservador con analgésicos-antiinflamatorios o radical mediante la realización de una miomectomía-histerectomía.
- *Torsión de un mioma subseroso pediculado*: clínicamente se comporta como la torsión de un anejo y según su localización, el diagnóstico diferencial con ésta puede resultar difícil. La actitud diagnóstica es la misma y el tratamiento consiste en la realización de una miomectomía por laparoscopia o por laparotomía.
- *Mioma parido*: consiste en la exteriorización a través del cérvix de un mioma submucoso pediculado. El diagnóstico resulta fácil con la exploración vaginal y el tratamiento es la extirpación por torsión o bien la resección histeroscópica.

Miomas:

- Necrobiosis aséptica
- Torsión
- Mioma parido

No ginecológicas

Causas urológicas agudas

En este apartado las causas de dolor son por un lado el cólico nefrítico y por otro las infecciones del tracto urinario (ITU), bien sean bajas (cistitis) o bien sean altas (pielonefritis).

El *cólico nefrítico* presenta un dolor unilateral, a nivel lumbar, de tipo constrictivo y que se irradia hacia los genitales, siguiendo el trayecto uretral. Se acompaña de un estado de ansiedad y

Causas urológicas

agitación con vómitos. Puede aparecer sintomatología urinaria como disuria, tenesmo y hematuria. La exploración de los puntos ureterales es dolorosa. El diagnóstico es clínico, pero se confirma con el estudio ecográfico renal y la urografía intravenosa. El tratamiento se realiza con analgésicos y antiespasmódicos.

Infección urinaria:

- Cistitis
- Pielonefritis

Las *infecciones del tracto urinario* también resultan ser causa de dolor pélvico, clasificándose según el nivel de afectación y la gravedad del cuadro en dos entes diferentes. En la tabla nº 1 se resumen las principales características de ambos.

El tratamiento antibiótico se realiza inicialmente de forma empírica, a la espera de los resultados del urocultivo y del antibiograma.

Causas digestivas agudas

Dentro de las múltiples causas digestivas que se plantean en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico agudo, las más frecuentes son la apendicitis aguda y la diverticulitis.

La *apendicitis aguda*, se corresponde con un dolor en la fosa ilíaca derecha o periumbilical, que empeora con los movimientos, continuo, no

Tabla 1

	Cistitis	Pielonefritis
Dolor	Suprapúbico y a nivel de cara vaginal anterior	Lumbar, unilateral, irradiado hacia genitales
Fiebre	No	Sí
Disuria	Sí	Sí/no
Polaquiuria	Sí	Sí/no
Tenesmo	Sí	Sí/no
P.P.R.	Negativa	Positiva
Leucocitosis	No	Sí
Urocultivo	Positivo	Positivo
Tto Abco	Oral	Intravenoso

irradiado y que evoluciona hacia el empeoramiento. Va acompañado de fiebre o febrícula, signos digestivos como la anorexia, las náuseas y los vómitos. En la exploración destaca el signo de defensa abdominal con sensibilidad en el punto de Mc Burney y signo de Blumberg positivo. El tacto rectal resulta doloroso. Analíticamente aparece leucocitosis con desviación izquierda y elevación de la V.S.G. El diagnóstico es fundamentalmente clínico apoyado por la ecografía y el tratamiento es quirúrgico (apendicectomía).

Diverticulitis es en mujeres mayores

La *diverticulitis* es típica de mujeres por encima de los 50 años y que se corresponde con un cuadro de apendicitis izquierda, con fiebre elevada. El diagnóstico es clínico apoyado por el TAC que asegura el diagnóstico. El tratamiento en principio es médico con medidas dietéticas y antibioterapia sistémica, recurriendo a la cirugía si fuera preciso tras el cese del brote agudo.

CAUSAS CRÓNICAS

Ginecológicas

Endometriosis

La endometriosis consiste en la presencia de focos de endometrio ectópico (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina que responden fisio e histológicamente a las hormonas ováricas. Estos focos pueden localizarse en el interior del miometrio, lo que se denomina adenomiosis o endometriosis interna; o bien fuera del útero, en cualquier parte del organismo, aunque generalmente lo hace a nivel de la cavidad pélvica denominándose endometriosis externa.

Endometriosis es benigna y muy prevalente

Es una enfermedad de naturaleza benigna y se trata de la segunda enfermedad benigna más prevalente en la mujer fértil. Es muy poco frecuente la posibilidad de malignización a pesar

Etiopatogenia:

- Menstruación retrógrada
- Factores inmunológicos
- Factores hormonales
- Etc.

de su capacidad para crecer, infiltrar e incluso diseminarse como lo hacen las neoplasias malignas.

En referencia a su etiopatogenia hoy se maneja la idea de que la menstruación retrógrada facilitaría la implantación de células endometriales, probablemente ayudada por un defecto de los mecanismos locales de defensa (inmunológicos) a nivel del peritoneo. Otras teorías etiopatogénicas son la metaplasia celómica, el transporte vascular o linfático, factores hormonales, factores genéticos y factores inmunológicos. Cada una de estas teorías presenta adeptos y detractores resultando por tanto un punto de controversia en esta enfermedad.

Otros puntos controvertidos hoy día siguen siendo:

1. La definición, todavía no está consensuada.
2. La prevalencia real en la población, puesto que esta varía mucho de unos estudios a otros (0-50%), resultando difícil metodológicamente hacer extrapolaciones.
3. La biología y su historia natural.
4. Las implicaciones que tiene con el dolor y la esterilidad.
5. La dificultad para ser diagnosticada, ya que no existen pruebas complementarias analíticas ni radiológicas válidas.
6. La variedad de las alternativas terapéuticas empleadas.

En la literatura se han citado múltiples factores de riesgo y factores protectores asociados con la endometriosis, pero los que mencionaban algunos autores, los desmentían otros. En definitiva, el principal factor de riesgo de padecerla es ser mujer y encontrarse en el período fértil de la vida, y el principal factor protector, el consumo del tabaco, aunque péseme decirlo.

Clínica

El grupo de síntomas clásicos de la endometriosis es:

- Dismenorrea.
- Dolor pélvico.
- Dispareunia.
- Disquecia.
- Esterilidad.

El dolor pélvico relacionado con la endometriosis presenta una gran variabilidad clínica que va desde el no-dolor hasta un dolor y una dismenorrea incapacitantes. El dolor es profundo, sordo y constante, localizado generalmente en uno de los dos lados de la pelvis y puede durar todo el ciclo, aunque suele debutar o empeorar de forma pre o perimenstrual. Con frecuencia puede ser desencadenado por el coito, las exploraciones ginecológicas, la defecación o incluso la micción.

En la exploración se pueden encontrar los siguientes signos evocadores de la enfermedad, pero que resultan poco específicos:

- Nodularidad del fondo de saco de Douglas y/o lig. uterosacros.
- Dolor a la palpación pélvica.
- Induración pélvica.
- Masa anexial fija.
- Útero fijo en retroversión.

Tipo de dolor:

- Dolor sordo
- Muy variable
- Desencadenado por esfuerzos o exploraciones

Ecografía vaginal

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la endometriosis es preciso la realización de una laparoscopia, puesto que con la anamnesis y exploración física se carece de la fiabilidad necesarias. La ecografía

CA 125 vaginal tampoco es fiable, sobre todo en los estadios I y II, aunque sí resulta bastante fiable para el diagnóstico de endometriomas y además sirve para el seguimiento de los casos ya diagnosticados o en los cuales la laparoscopia estuviese contraindicada. Otras pruebas de imagen como la Resonancia Magnética, la Tomografía Axial Computerizada o el Doppler Color tampoco desplazan hoy día a la laparoscopia.

Laparoscopia

El CA 125 tiene valor en el seguimiento de la enfermedad, pero sólo en aquellas pacientes que presentaron niveles elevados en el momento del diagnóstico.

Decimos que la laparoscopia es la forma correcta de diagnosticar la endometriosis porque permite: la visualización de las lesiones endometriósicas y por tanto la confirmación del diagnóstico (se considera, un criterio suficiente para establecer el diagnóstico, si se realiza por personal experimentado), la valoración del resto de los genitales internos, la realización de un correcto estadiaje (según la clasificación de la AFS de 1985) y la realización de un eventual tratamiento quirúrgico en el mismo acto operatorio (figura nº 1).

Lesiones endometriósicas típicas

- Endometrioma (quiste ovárico de chocolate).
- Punteado negro, violáceo azulado, “en quemadura de pólvora”, rojizo.

Lesiones endometriósicas atípicas

- Cicatrices blanquecinas.
- Vesículas.
- Pápulas.
- Bolsas y defectos circulares peritoneales.



CLASIFICACION REVISADA PARA LA ENDOMETRIOSIS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE FERTILIDAD (AFS)

Nombre de la Paciente _____ Fecha _____
 Estado I (Mínimo) 1-4 Laparoscopia _____ Laparotomía _____ Fotografía _____
 Estado II (Leve) 6-15 Tratamiento recomendado _____
 Estado III (Moderado) 16-30 Pronóstico _____
 Estado IV (Severo) > 30
 Total _____

PERITONEO	ENDOMETRIOSIS	< 1 cm	1-3cm	> 3cm
	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
OVARIO	D Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	I Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
OBLITERACION FONDO DE SACO POSTERIOR		Parcial	Completa	
		4	40	
OVARIO	ADHERENCIAS	< 1/3 Compromiso	1/3- 2/3 Compromiso	> 2/3 Compromiso
	D Tenues	1	2	4
	Densas	4	8	16
	I Tenues	1	2	4
	Densas	4	8	16
TROMPA UTERINA	D Tenues	1	2	4
	Densas	4*	8*	16
	I Tenues	1	2	4
	Densas	4*	8*	16

* Si el extremo fimbriado de la trompa uterina está completamente comprometido, cambie la asignación de puntos a 16.

Endometriosis Adicional _____ Patología Asociada _____

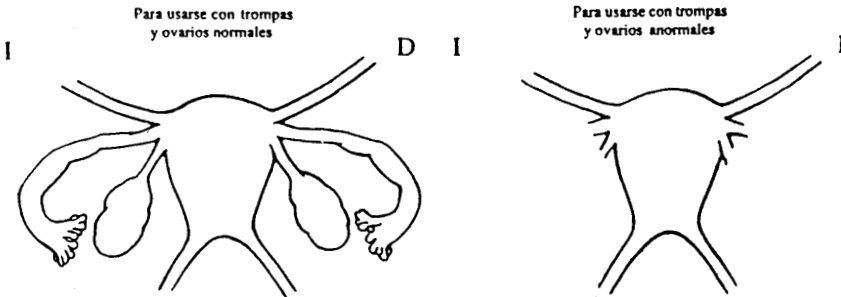


Figura 1.

- Opacificaciones peritoneales.
- Lesiones flamígeras rojas.
- Excrecencias glandulares.
- Adherencias subováricas.
- Manchas amarillo parduzcas.
- Áreas de hipervascularización.
- Petequias peritoneales.

El diagnóstico diferencial de la endometriosis debe plantearse con los siguientes procesos:

1. Hemangiomas.
2. Suturas antiguas.
3. Necrosis por embarazo ectópico.
4. Tejidos tumorales.
5. Inclusiones epiteliales.
6. Quistes inflamatorios.
7. Carbonización postlaser.
8. Reacción posthisterosalpingografía.
9. Cuerpo lúteo hemorrágico.
10. Hemorragia intraquística antigua.

Tratamiento

El tratamiento de la endometriosis debe tener como objetivos los siguientes:

1. Eliminar todos los focos endometriósicos.
2. Aliviar la sintomatología dolorosa (algias pélvicas crónicas, dismenorrea, dispareunia, disuria o disquecia).
3. Restablecer la fertilidad.
4. Evitar la progresión de la enfermedad.
5. Prevenir las posibles recidivas.

Para lograr estos objetivos se cuenta con tres grupos diferentes de tratamientos:

1. Tratamiento médico.
2. Tratamiento quirúrgico.
3. Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

Dentro del tratamiento médico actualmente contamos con fármacos como el danazol, gestágenos, gestrinona, anticonceptivos orales y agonistas de la GnRH. Con ellos se consigue un ambiente hormonal desfavorable para el desarrollo de los focos endometriósicos, intentando conseguir la atrofia de los mismos. De los objetivos marcados al principio, con el tratamiento médico se consigue en mayor o menor medida evitar que progrese la enfermedad, prevención de las recidivas y aliviar los cuadros dolorosos.

En el tratamiento quirúrgico cobra gran importancia la laparoscopia, que inicialmente es decisiva para establecer el diagnóstico y posteriormente permite realizar un tratamiento conservador con la extirpación o fulguración de todos los focos endometriósicos (incluidos los endometriomas) y la liberación de las adherencias tubo-ováricas y peritoneales. Con esta forma de tratamiento se pueden conseguir los tres primeros objetivos planteados, dependiendo los resultados de la gravedad del caso a tratar.

Las TRA son el soporte final para el tratamiento de la esterilidad de aquellas pacientes afectas de endometriosis en las cuales no se ha conseguido el embarazo a pesar de haber sido tratadas médica y/o quirúrgicamente.

Síndrome adherencial pélvico

El síndrome adherencial pélvico se debe a la lesión del peritoneo pélvico por diferentes motivos, siendo los más importantes:

- La infección (EIP, apendicitis).

Tratamiento médico:

- Danazol
- Gestágenos
- GnRH

Laparoscopia

Reproducción asistida

Adherencias dolorosas:

- Periováricas
- Uteroepiplóicas

- La endometriosis.
- El traumatismo quirúrgico (riesgo del 60-70%).

A pesar de numerosos estudios es difícil establecer una clara correlación entre el cuadro clínico y su constatación anatómica. Se considera que aquellas adherencias que limitan el movimiento de los órganos pélvicos son las causantes del dolor, resultando especialmente algógenas las adherencias periováricas y las uteroepiplóicas. El diagnóstico se establece mediante la laparoscopia que a su vez permite la adhesiolisis por electrocoagulación uni o bipolar o con láser de CO₂.

Algias pelvianas postesterilización

Dolor postesterilización

Estas algias se presentan en el 25-35% de las mujeres esterilizadas, pudiendo presentarse de forma inmediata (más importante si se realiza mediante electrocoagulación) o bien de forma tardía (la forma más habitual), asociándose en ocasiones con menometrorragias por distrofia ovárica secundaria.

El origen del dolor se encuentra en la lesión tubárica debido a:

- El elevado nº de alorreceptores en el seno de las capas tubáricas.
- La isquemia vascular provocada por la ligadura, con redistribución vascular ovárica anormal.
- La esclerosis tubárica.
- El hidrosalpinx proximal.
- Las reacciones granulomatosas del muñón proximal.

El diagnóstico en general es de exclusión tras haberse descartado otros orígenes y existiendo el antecedente de la ligadura de trompas. En algunos casos si fracasa el tratamiento médico con

analgésicos se tiene que recurrir a la histerectomía con doble anexectomía.

Síndrome de congestión pelviana

Este síndrome es secundario a la transformación fibrosa del tejido celular pélvico después de una fase inicial congestiva, consecuencia de agresiones locales repetidas sobre el aparato genital.

Anorgasmia crónica

La teoría más esbozada para explicar su etiología señala que la dilatación varicosa pélvica sintomática es debida al estasis del sistema venoso a dicho nivel sufrido por mujeres con anorgasmia crónica.

El dolor es difuso, sordo, localizado en las fosas ilíacas con irradiación lumbar, sacra, anal o inguinal y de comienzo paulatino, agravándose con los esfuerzos, la marcha y sobre todo, con las relaciones sexuales. Puede llegar a asociar polaquiuria y disuria, sin asociar generalmente síntomas gastrointestinales.

Ecografía Doppler

La exploración por tacto bimanual resulta dolorosa, mostrando un útero ligeramente aumentado de tamaño, blando y en muchas ocasiones en retroversión. Mediante el estudio ultrasonográfico con doppler color se pone de manifiesto la vascularización pélvica y con la laparoscopia se objetivan las varices parauterinas pronunciadas.

El tratamiento es complejo e inicialmente médico, consistiendo en tranquilizar a la paciente (con o sin apoyo psicológico) y en la administración de flebotánicos. Si fracasa, debe considerarse el tratamiento quirúrgico que puede ser conservador (ligadura o embolización de las varices parauterinas) o agresivo (histerectomía total con/sin anexectomía bilateral).

Retroversión y desgarró ligamento ancho

Síndrome de Masters-Allen

(desgarro del lig. ancho)

Partos rápidos o complicados

Este síndrome descrito en 1955 por Masters y

Allen, se engloba en los problemas de la estática

Tratamiento quirúrgico

pelviana, en concreto con la retroversión uterina y

se acompaña del desgarro de la hoja posterior del

ligamento ancho.

Su etiología está relacionada con partos complicados o muy rápidos, en ocasiones facilitados por la maniobra de Kristeller. Clínicamente se caracteriza por dolor pélvico difuso de varias horas de evolución, generalmente tras un episodio de dispareunia profunda. Otras veces se manifiesta por dolor lumbosacro más o menos permanente con agravamiento pre o intermenstrual, empeorando con los esfuerzos, la fatiga y el ortostatismo, mejorando con el decúbito ventral.

En la exploración nos encontramos un útero generalmente en retro con movilidad excesiva del cérvix y unos ligamentos uterosacos dolorosos. El diagnóstico se realiza por laparoscopia que pone de manifiesto el desgarro en la hoja posterior del ligamento ancho, en ocasiones bilaterales, además de un útero grueso, en retro, dilatación de las venas uterinas y líquido en el espacio de Douglas.

Himen imperforado

Ante la sospecha clínica, sobre todo tras descartar otras causas se debe realizar una laparoscopia diagnóstica. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la sutura del ligamento ancho desgarrado y en la oclusión del fondo de saco de Douglas.

Malformaciones del seno urogenital

En general las malformaciones genitales congénitas no cursan con dolor pélvico, salvo que presenten una obstrucción con retención del flujo menstrual. Su frecuencia por tanto es muy pequeña y afecta a adolescentes. La retención del flujo menstrual provoca una dilatación retrógrada progresiva, la cual condiciona el dolor. Éste es cíclico, mensual, que mes a mes aumenta de intensidad. De todas las malformaciones citadas a continuación, sólo nos vamos a centrar en el himen imperforado, por ser la más frecuente en la práctica clínica.

Tratamiento quirúrgico

1. Himen imperforado.
2. Agenesia o hipoplasia vaginal.
3. Agenesia cervical.
4. Tabique vaginal transverso completo.
5. Útero unicorne con esbozo o cuerno rudimentario no comunicante.
6. Obstrucción unilateral de una cavidad en un útero doble.
7. Obstrucción vaginal unilateral asociada con un útero doble.

El *himen imperforado* clínicamente se trata de una situación que afecta a jóvenes adolescentes en amenorrea primaria a pesar del inicio del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. El dolor, como ya hemos mencionado es de carácter cíclico, mensual y de intensidad progresiva, que va ocasionando un hematocolpos, un hematometra, un hematosalpinx e incluso un hemoperitoneo. Es en este punto cuando consultan por dolor pélvico agudo, asociado a veces con retención urinaria, secundaria a la compresión uretral por el hematocolpos. En la exploración se palpa una tumoración suprapúbica y con la simple inspección de los genitales se pone de manifiesto un himen no tunelizado, abombado. El tacto rectal delimita la tumoración. La ecografía permite valorar la presencia del hematometra, hematosalpinx o hemoperitoneo.

El tratamiento consiste inicialmente en el sondaje vesical, si asocia retención urinaria, y en la incisión y extirpación parcial del himen para facilitar el drenaje de toda la sangre acumulada.

Del resto de malformaciones solo citar que requieren un tratamiento quirúrgico inmediato para corregir el flujo retrógrado y aliviar la compresión creciente sobre los órganos y estructuras circundantes.

Colon irritable:

- Dolor espasmódico
- Evitar situaciones desencadenantes

No ginecológicas

Causas digestivas crónicas

Al igual que los procesos urológicos, los procesos digestivos, también son causa frecuente de consulta ginecológica por dolor pélvico. Nos debe orientar hacia una posible patología digestiva, la relación con la ingesta de alimentos, con la defecación o con alteraciones de dichas funciones. El interrogatorio debe orientarse en este aspecto, buscando la presencia de anorexia, saciedad temprana, náuseas, vómitos, distensión abdominal con meteorismo, diarrea o estreñimiento, flatulencia, etc. En este epígrafe se incluyen múltiples procesos digestivos, pero sólo nos vamos a centrar en los dos primeros que son los más frecuentes: síndrome de colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucciones intestinales, hernias, neoplasias digestivas y enteropatía isquémica.

Síndrome de colon irritable. El dolor es cólico, espasmódico, localizado en cuadrantes inferiores del abdomen, que dura horas o pocos días. Se exacerba tras las comidas y en general mejora tras la defecación. Hay situaciones que también se asocian con empeoramiento como son la ingesta de comidas ricas en grasas, episodios de estrés, de angustia, de depresión e incluso el propio ciclo menstrual. Suele presentar episodios alternantes de estreñimiento y diarrea, asociando tenesmo rectal. En ocasiones se acompaña de dispareunia, pero en general ésta tiene un origen ginecológico. La exploración resulta anodina con sensibilidad localizada a nivel del sigma, pero sin signos específicos. El tacto rectal tampoco aporta nada específico y el resto de pruebas complementarias son normales. El tratamiento consiste en informar a la paciente y aconsejarla que evite aquellas situaciones desencadenantes; en ocasiones se pueden asociar ansiolíticos o antidepresivos, pero en general los resultados son malos.

Enfermedad inflamatoria intestinal:

- Más dolor
- Diarrea
- Melenas

Síndrome uretral:

- Hipoestronismo
- Traumas durante el coito

Cistitis intersticial:

- Nicturia
- Disuria
- Dolor pelvis

Enfermedad inflamatoria intestinal (Enf. De Crohn y Colitis ulcerosa). La clínica es similar a la del síndrome de colon irritable, pero resultando el dolor más común, sobre todo en la Enf. de Crohn. Los episodios de diarrea son frecuentes en la Colitis Ulcerosa, además de episodios de melenas o rectorragias. Analíticamente presentan leucocitosis con elevación de la VSG y anemia, que puede ser ferropénica o macrocítica. El diagnóstico se realiza por colonoscopia y el tratamiento fundamentalmente es médico, salvo situaciones específicas que requieren tratamiento quirúrgico.

Causas urológicas crónicas

Dada la estrecha relación de los sistemas genital y urinario no es difícil entender que las patologías que afectan a este último sean incluidas en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico. La anamnesis debe por tanto referirse a este punto, indagando sobre los antecedentes previos de problemas urinarios.

Hay que sospechar un problema inflamatorio crónico cuando existen antecedentes de infecciones urinarias recurrentes que se acompañan de urocultivos negativos. En este apartado vamos a referirnos a dos situaciones como son el síndrome uretral y la cistitis intersticial.

Síndrome uretral. Clínicamente cursa con síntomas irritativos de la porción baja del tracto urinario, no siendo posible identificar una causa orgánica. Se ha manifestado que su etiología puede estar relacionada con el hipoestrogenismo secundario al climaterio o bien con traumatismos de repetición producidos por el coito. El cuadro inicial consta de urgencia miccional, polaquiuria con disuria, dispareunia y dificultad para la micción postcoital. En estos casos está indicado realizar una uretrocistoscopia que pone de

Puntos gatillo

manifiesto un eritema y un exudado uretrales. Terapéuticamente se han ensayado, diferentes tratamientos: reeducación miccional, dilataciones uretrales, antibioterapia, relajantes musculares y estrógenos tópicos vía vaginal.

Cistitis intersticial. Ésta representa un proceso inflamatorio que provoca cicatrices en la pared vesical que abocan a una disminución del volumen y de la distensibilidad de la vejiga. Se manifiesta con polaquiuria diurna y nocturna, siendo la nocturia un signo importante. También aparece urgencia miccional, disuria y hematuria e incontinencia de forma ocasional. El dolor es típicamente suprapúbico, pero en ocasiones puede tener otras localizaciones como la parte baja de la espalda o irradiarse hacia la ingle. Es preciso descartar una infección urinaria y una neoplasia mediante urocultivo y citología urinaria respectivamente. Por cistoscopia se observan petequias y hemorragias submucosas. El tratamiento consiste en tratar la inflamación con AINE e intentar aumentar la distensibilidad aumentando los intervalos miccionales. Se reserva el tratamiento quirúrgico para los casos rebeldes.

Rehabilitación

Causas musculoesqueléticas

De las causas del dolor pélvico crónico no ginecológico, probablemente, éstas sean las causas más frecuentes. Las características de este tipo de dolor son muy semejantes a las del dolor ginecológico y en ocasiones incluso, también se ven alteradas por los cambios hormonales producidos durante la menstruación y el embarazo. En general, se trata de un dolor sordo y molesto, poco localizado, en la parte baja del vientre. Suele ceder con el reposo y varía de localización e intensidad con los cambios posturales y con ciertas actividades. Este tipo de dolor condiciona una tensión anormal sobre los músculos abdominales, debida a la postura típica que se adopta, resultando ser el posible origen de

los puntos miálgicos abdominales (puntos gatillo). Estos puntos son zonas dolorosas e hiperirritables que pueden ocasionar un dolor referido. Suelen aparecer tras contracturas musculares. El origen de este dolor puede deberse a:

- Postura anómala.
- Escoliosis-lordosis lumbar.
- Alteraciones de la deambulaci3n.
- Diferencia de longitud entre las extremidades inferiores.
- Historia de traumatismo en la parte baja del dorso.

No debe ser subestimado

Para establecer el diagn3stico es necesario constatar la normalidad p3lvica mediante laparoscopia. La inyecci3n de un anest3sico local sobre los puntos dolorosos, si bloquea el dolor, apunta el diagn3stico al igual que sirve como medida terap3utica. La prueba de Carnett (elevaci3n de las extremidades inferiores en extensi3n o elevaci3n del tronco a partir del dec3bito supino) resulta una prueba muy v3lida para el diagn3stico ya que alivia el dolor visceral y agrava el dolor musculoesquel3tico.

Entrenamiento en ginecolog3a psicossom3tica

El tratamiento, en principio, consiste en tratar cualquier posible inflamaci3n aguda causante del dolor y posteriormente en realizar un tratamiento rehabilitador.

Dolor psicossom3tico

El dolor genital cr3nico de origen psicossom3tico, sin soporte org3nico, no presenta ning3n signo patognom3nico ni perfil definido. Algunos autores apuntan varias referencias que pueden ayudarnos a pensar en 3l, como son:

- Discordancia entre la intensidad del dolor y la importancia de las lesiones anat3micas.
- Imprecisi3n en su localizaci3n.

- Multiplicidad y variabilidad en sus irradiaciones.
- No relacionado con la anatomía.
- Descripción muy elaborada o enigmática.
- Ausencia inexplicable de mejoría con todos los tratamientos indicados.
- Actitud de desconfianza u hostilidad por parte de la paciente.

A veces metrorragia escasa

Este tipo de dolor se suele encontrar en diferentes patologías psicológicas como son la histeria, la hipocondría y la depresión.

A pesar de que este dolor no tiene una base orgánica no debe ser subestimado y debe ser considerado como un dolor verdadero, ya que su origen no deja de estar en un sufrimiento psíquico.

Desde el punto de vista del tratamiento debemos tener en cuenta que ya la propia relación médico-paciente es en sí misma terapéutica, si el médico tiene en cuenta el inconsciente y la relación terapeuta paciente, esto supone el reconocimiento de la transferencia, de que su objetividad está implicada y en dicha relación se producen proyecciones y fenómenos de identificación. El manejo de estas situaciones requiere formación en ginecología psicósomática y los esquemas terapéuticos se basan en:

Ausencia sustrato orgánico

- Fármacos psicotrópicos.
- Psicoterapias psicoanalíticas.
- Métodos corporales:
 - “Training” autógeno.
 - Biofeedback.
 - Terapias de grupo.

CAUSAS CÍCLICAS

Prostaglandinas

Síndrome intermenstrual (dolor periovulatorio)

Aumento de la contractilidad uterina

Se denomina así al pequeño dolor lateralizado en el abdomen, que no dura más que algunos instantes, a lo sumo una o dos horas y que gracias al cual, algunas mujeres son capaces de determinar el día de su ovulación e incluso, del ovario en el que se produce. En ocasiones este dolor se puede acompañar de un pequeño spotting vaginal.

En la exploración con espéculo se objetiva un moco cervical filante, transparente (de tipo ovulatorio) y en el tacto vaginal se demuestra un útero normal con cierta sensibilidad a nivel de uno de los anejos.

Tras la comprobación de la normalidad con la exploración la conducta terapéutica a seguir consiste en tranquilizar a la paciente explicándole el origen de su dolor y en el uso de analgésicos orales.

Dismenorrea primaria

Se define como la aparición de dolor abdominal o pélvico inmediatamente antes o coincidiendo con la menstruación, de suficiente magnitud como para que la mujer precise con claridad su comienzo y final y que sea responsable de alteraciones en la actividad diaria y/o del uso de medicación para su tratamiento.

Clásicamente la dismenorrea primaria o esencial se diferencia de la secundaria en la ausencia de sustrato orgánico causante del dolor.

Su frecuencia globalmente se encuentra subestimada, a pesar de los estudios, rondando el 50% de las mujeres. La proporción de casos invalidantes se aproxima al 10%; siendo la dismenorrea probablemente la primera causa de absentismo laboral y escolar en la mujer joven.

Etiología y fisiopatología

En la etiología de la dismenorrea primaria se

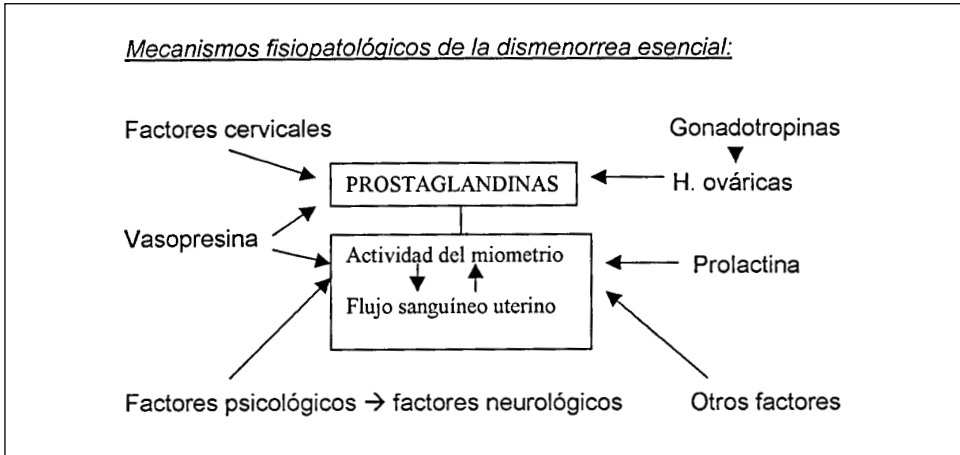


Figura 2.

encuentran involucradas las prostaglandinas (PG F2 alfa y PG E), habiéndose demostrado que éstas se encuentran aumentadas, tanto en el endometrio como en el flujo menstrual, de las pacientes con dismenorrea primaria (Pickles, 1979), y que a nivel sanguíneo también se encuentra aumentado un metabolito de la PG F2 alfa -15ceto, 13-14 dihidro PGF2- (Lundström, 1981).

Dolor continuo con exacerbaciones

El aumento de las prostaglandinas origina un aumento de la contractilidad uterina con disritmia (aumento de la duración, de la amplitud y de la frecuencia de las contracciones (Akerlund, 1979)) que a su vez origina una situación de isquemia uterina con hipoxia tisular. Estos hechos junto con el aumento de la sensibilidad de las terminaciones nerviosas condicionan la aparición del dolor durante la menstruación (figura nº 2).

A pesar de que las prostaglandinas son consideradas las principales responsables de la dismenorrea primaria, existen otros factores que también se relacionan con ésta como son:

- La vasopresina se encuentra elevada en estas

pacientes.

- Los antagonistas del calcio disminuyen la actividad uterina.
- Un aumento de la tasa de magnesio, origina una modificación de la proporción de prostaglandinas, a favor del aumento de prostaciclina, además de antagonizar con el calcio a nivel de la contracción muscular.

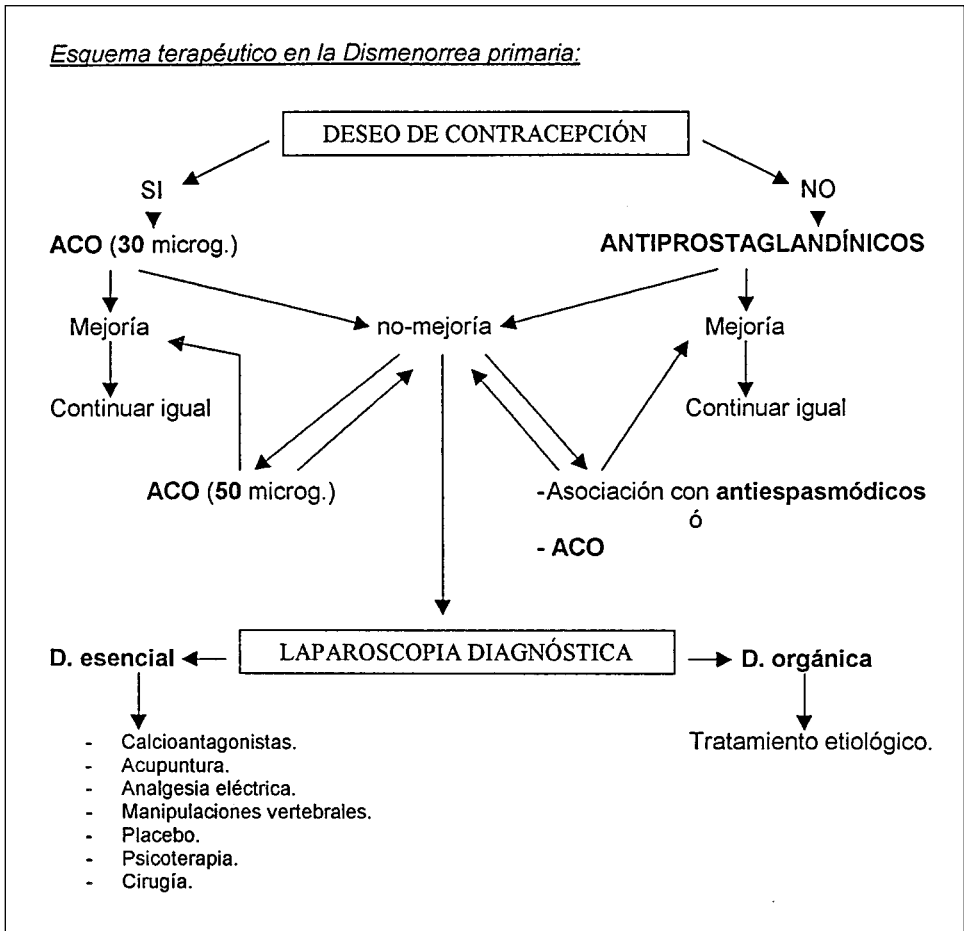


Figura 3.

- Los factores hormonales (hormonas gonadotropas y progesterona) están relacionados con la dismenorrea, ya que ésta aparece tras la menarquia, con la aparición de ciclos ovulatorios y desaparece durante el embarazo y tras la menopausia. En algunos casos los anticonceptivos son altamente eficaces.
- Factores psicológicos: estos han sido relacionados, en cuanto que una niña, hija de mujer dismenorreica, tiene el doble de riesgo de serlo, aunque estos factores no han sido del todo aclarados.

Clínica

El dolor se desencadena con el comienzo de la regla, se focaliza en hipogastrio y en ocasiones se irradia hacia la región lumbar, periné, ano, vulva, regiones crurales o inguinales. Es continuo, permanente, sobre el cual se asocian crisis agudas que remedan los dolores propios de las contracciones uterinas del parto. Otros síntomas que acompañan frecuentemente al dolor son náuseas, vómitos y diarrea.

La exploración ginecológica resulta normal, descartando otros orígenes del dolor. El tacto rectal también es normal. En un contexto clínico adecuado no se justifica la realización de pruebas complementarias, salvo que exista la sospecha de la existencia de alguna patología que sea la causante de la dismenorrea.

- Anamnesis
- Diagnósticos diferenciales

Tratamiento

El tratamiento de la dismenorrea esencial o primaria se basa principalmente en:

1. Analgésicos puros (paracetamol, paracetamol-codeína).
2. Antiespasmódicos.
3. Relajantes musculares.

Ecografía

4. Anticonceptivos orales.
5. Anti prostaglandínicos (ibuprofeno, naproxeno) (figura nº 3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

Al hablar de cada proceso ya se ha apuntado como se ha de enfocar su diagnóstico y en qué consiste el tratamiento, pero creemos que es preciso hacer algunos comentarios referentes a estos temas.

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

Test de embarazo

Para empezar hay que realizar una anamnesis detallada y bien dirigida, enfocando el interrogatorio según los síntomas. Es preciso preguntar sobre los tres sistemas principalmente involucrados como son el genital, el urinario y el digestivo. Tras la anamnesis se deben realizar una exploración física completa y una exploración ginecológica. Llegado este punto, hay que plantear un posible diagnóstico con sus diferentes diagnósticos diferenciales, siendo entonces necesario solicitar aquellas pruebas complementarias que nos puedan aclarar definitivamente el diagnóstico. Como si de una escalera se tratase estas pruebas deben ir siempre de menos a más en referencia a su invasividad o agresividad con las pacientes.

TÉCNICAS NO AGRESIVAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Laparoscopia

En las técnicas no agresivas se incluyen las pruebas de diagnóstico por imagen y las pruebas analíticas de laboratorio. Dentro de las primeras están las exploraciones radiológicas (radiografías de abdomen, de pelvis, de columna lumbar y

sacra, urografía intravenosa, etc.), la ecografía abdominopélvica, la tomografía axial computerizada y la resonancia magnética. De todas ellas la prueba más importante en el estudio del dolor pélvico es la ecografía, pues permite una completa evaluación de todo el aparato genital interno y la fosa pélvica, facilitando el diagnóstico de aquellas patologías ginecológicas que pudieran estar relacionadas con el dolor. La radiografía de abdomen es importante para el diagnóstico de cuadros digestivos fundamentalmente. La tomografía y la resonancia son pruebas que se reservan por su elevado coste para aquellos casos que requieran una valoración más precisa de todo el abdomen y la pelvis o bien de la columna lumbosacra. Si bien, estas pruebas son las más utilizadas, es preciso recordar que las pruebas complementarias para el estudio del dolor pélvico dependerán de la orientación diagnóstica que se plantee.

Laparoscopia en urgencias

A parte de las técnicas de imagen las pruebas de laboratorio también son importantes en la valoración del dolor pélvico. Una prueba de embarazo positiva, por ejemplo, ante un cuadro de dolor agudo nos puede orientar hacia un aborto o un embarazo ectópico. La alteración de las pruebas de orina nos orientará hacia una patología urológica. La presencia de leucocitosis con desviación izquierda nos hará pensar en un proceso inflamatorio o infeccioso. Una caída de los valores de hematocrito y de hemoglobina nos indicará que se ha producido pérdida hemática y la gravedad de la misma. De estas pruebas diremos lo mismo que de las pruebas de imagen, se deben solicitar con criterio y en función del enfoque diagnóstico.

TÉCNICAS AGRESIVAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Como prueba diagnóstica agresiva tenemos a la

Distintas prevalencias

laparoscopia que consiste en una técnica endoscópica que permite la visualización de toda la cavidad abdominal y la pelvis. Se realiza en quirófano y bajo anestesia general, aunque también se puede realizar con anestesia local utilizando un minilaparoscopio. Las ventajas que suponen su uso son:

1. Es la única técnica que permite la visualización directa del abdomen y la pelvis.
2. A pesar de tratarse de una prueba invasiva la recuperación es muy rápida y se puede realizar de forma ambulatoria.
3. Permite en el mismo acto operatorio la realización del tratamiento, si éste ha de ser quirúrgico.

El uso habitual de la laparoscopia en los servicios de urgencias de ginecología supone un gran avance en el manejo de los cuadros de abdomen agudo de origen ginecológico, por cuanto supone de beneficioso para las pacientes y para el propio servicio de salud.

Factores sociales

Factores psicológicos

Factores hormonales

Retención hidrosalina

Factores nutricionales

SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)

A pesar de que no existe una definición universal, reconocida por todo el mundo del SPM, nos parece la más sencilla y por ello más práctica la siguiente: “Conjunto de síntomas molestos físicos, psíquicos y de comportamiento, sin causa orgánica, que aparecen regularmente durante la fase premenstrual y desaparecen o disminuyen de forma significativa durante el resto del ciclo”.

Otras denominaciones posibles son:

- Tensión premenstrual.
- Cambios premenstruales.
- Síndromes premenstruales.

- Trastorno disfórico de la fase lútea tardía.

Más frecuente en depresivas

EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia de esta patología según los diferentes estudios varia entre un 25% (Kessel y Coppen, 1963) y un 77% (Fundación Internacional para la Salud, 1979); probablemente, dichas diferencias obedezcan a problemas de ámbito metodológico. Generalizando, se pueden afirmar las siguiente expresiones:

- Entre el 70-90% de las mujeres reconocen sufrir cambios premenstruales.
- En el 20-40%, estos cambios suponen un serio malestar físico y/o psíquico.
- Los cuadros severos afectan al 2-15% de las mujeres.

FISIOPATOLOGÍA

Factores culturales y sociales

Debido a la gran cantidad de alusiones referentes a la impureza de la menstruación, en todas las religiones y en la mayoría de las sociedades, no es de extrañar la vivencia negativa de la llegada de la menstruación y su aprensión hacia ella podría condicionar la aparición del SPM.

La educación, los estereotipos y los prejuicios de las mujeres respecto al ciclo menstrual pueden influir también en su vivencia negativa.

Algunos autores han llegado a afirmar que podría tratarse de un rechazo a la feminidad, no estando de acuerdo con esto otros autores.

Parece existir una correlación entre situaciones estresantes en la vida y la importancia de los trastornos del humor perimenstruales.

Hormonas:

- Estradiol y progesterona
- Prolactina
- H. tiroideas
- Hiperglucemia

Factores psicológicos

Estos factores se ponen de manifiesto de gran manera debido al efecto placebo que se consigue con facilidad en el tratamiento de SPM.

Para algunos autores el componente psíquico y de comportamiento del SPM no es más que una exacerbación de algún trastorno neurótico pre-existente de la personalidad.

Existen numerosas relaciones descritas entre el SPM y los trastornos neuropsiquiátricos, fundamentalmente con las depresiones (del 57% al 100% de antecedentes de depresión mayor en pacientes con criterios de SPM completo, Halbreich y Endicott, 1985).

Su frecuencia aumenta en aquellas pacientes que han desarrollado una depresión postparto; y aquellas afectadas por trastornos psiquiátricos sufren con más frecuencia SPM severos y con síntomas depresivos que las mujeres de la población general.

Factores hormonales

Hormonas ováricas: estradiol y progesterona

Las hipótesis propuestas referentes a su implicación en la patogenia del SPM son: Exceso o disminución del estradiol, deficiencia o descenso de progesterona, alteración de la relación estradiol/progesterona con hiperestrogenismo relativo y sensibilidad especial a las hormonas esteroideas ováricas con una respuesta anormal a las fluctuaciones hormonales fisiológicas e interacciones con otras hormonas. Los condicionantes a favor de su implicación son:

- La cronología de los síntomas, simultáneos con el ciclo menstrual.
- La ausencia de trastornos antes de la pubertad, después de la menopausia, durante el embarazo y en casos de amenorrea de origen hipotalámico.

- La persistencia de los trastornos después de una histerectomía preservando los ovarios.
- La acción del estradiol y de la progesterona sobre el metabolismo hidroelectrolítico y el SNC, donde tiene receptores específicos.

A pesar de todo esto, numerosos estudios al respecto no han podido demostrar claramente ni la relación de los niveles plasmáticos con las manifestaciones clínicas, ni la relación de las modificaciones hormonales de la fase lútea tardía con los síntomas premenstruales.

Prolactina

La mayoría de los autores no han encontrado entre los niveles de PRL y el SPM. Otros por el contrario encuentran niveles más elevados de PRL en la fase lútea que en la fase folicular, o niveles basales más elevados o incluso una respuesta dinámica anormal al test de TRH.

Retención moderada

Las respuestas al tratamiento con bromocriptina (inhibidor de la secreción de PRL) son inconstantes y generalmente, sólo sobre la sintomatología mamaria.

Hormonas tiroideas

Lo que se desprende de los diferentes estudios, es que la disfunción tiroidea y el SPM (especialmente el de predominio psicológico), pueden reflejar simplemente una asociación, sin relación causa-efecto.

Vitamina B₆

Hiper glucemia

Se podría relacionar una resistencia periférica a la insulina con la modificación de la tolerancia a los hidratos de carbono en la fase lútea, gracias a que se han hallado un menor número de receptores para la insulina en los monocitos circulantes durante la fase lútea que durante la fase folicular (De Pino, 1978).

Trastornos hidroelectrolíticos

La retención hidrosalina es uno de los principales factores sugeridos en la Fisiopatología del SPM; pero a pesar de que la mayoría de las pacientes lo perciben en su imagen corporal, no se han podido demostrar diferencias significativas en el peso, agua corporal total y sodio entre las fases folicular y lútea.

Los factores propuestos como responsables serían:

¿Defecto síntesis de prostaglandinas?

- Desequilibrio estradiol/progesterona.
- Aumento de mineralocorticoides.
- Aumento de vasopresina.
- Aumento de la actividad renina-angiotensina.
- Aumento de la aldosterona.
- Aumento de la hormona antidiurética.

Cuando se produce retención hidrosalina, en general, ésta es moderada y localizada, producida por un aumento de la permeabilidad capilar con redistribución y transferencia de agua y electrolitos hacia el espacio intersticial, preferentemente al nivel del tejido mamario, abdomen y extremidades (cara, manos y tobillos).

Factores nutricionales

La vitamina B₆ participa en la síntesis de algunos neurotransmisores implicados en la fisiopatología del SPM, como la dopamina y serotonina. Su déficit posiblemente secundario a una hiperestrogenemia, provocaría una disminución de la síntesis de serotonina a partir de triptófano (relacionada con fenómenos depresivos) y una disminución de la síntesis de dopamina que induce una hipersecreción de PRL causante de los síntomas mamarios.

Se ha descrito, en relación con el SPM, una

disminución de magnesio intraeritrocitario; el

Naloxona reproduce SPM

magnesio interviene en la biosíntesis de las

prostaglandinas y de la dopamina.

También se han relacionado como factores la

Clínica variable

vitamina A, el zinc y el calcio.

Prostaglandinas

La acción de las prostaglandinas sobre el SNC, la permeabilidad capilar, la ovulación y la dismenorrea ha hecho que se implique a éstas en la fisiopatología del SPM.

Se ha observado que los niveles serios de PGE2 y PGF2alfa y de sus metabolitos no varían durante el ciclo menstrual, pero que son significativamente menores en mujeres con SPM que en mujeres de un grupo control (Jakubowicz, 1984).

Otros autores han observado niveles más altos de ácido cislinoico (precursor de PG) y niveles disminuidos de sus metabolitos, sugiriendo que las mujeres que padezcan SPM tienen un defecto de síntesis de las PGE1 y del ácido araquidónico (Brush, 1984).

Después de todo esto se proponen dos formas de tratamiento diferentes:

- Inhibidores de la síntesis de PG para prevenir sus efectos.
- Preparados ricos en ácido gammalinolénico (derivados del aceite de onagra) para favorecer su síntesis.

Tabla 2. Principales signos físicos en el SPM

	Total %	% con signos medianos o severos
Mamas dolorosas y/o tensas.	84	48
Aumento de peso.	83	39
Malestar o dolor abdominal.	76	32
Sensación de hinchazón.	77	40
Dolor lumbar, articular o muscular.	74	27
Alteraciones cutáneas.	69	35
Edemas.	65	29

Premenstrual assessment (form Halbreich, 1985).

Neurotransmisores

Endorfinas

Las endorfinas regulan el humor, la sensación de dolor, de hambre, de sed, el tránsito intestinal y el metabolismo de las PG.

Las hormonas ováricas influyen en la actividad central y periférica de los péptidos opiáceos que a su vez actúan en la secreción de gonadotropinas hipofisarias y de Prolactina.

Mayor número de ingresos
psiquiátricos

Los principales argumentos aducidos a favor del papel de las endorfinas en el SPM:

Tabla 3. Principales signos psicológicos en el SPM

	Total %	% con signos moderados o severos
Tristeza, melancolía.	76	36
Falta de energía.	76	34
Impresión de malestar.	75	31
Ganas de llorar.	73	37
Provocación de discusión.	73	31
Intolerancia, impaciencia.	73	27
Irritabilidad.	71	31
Ansiedad.	70	26
Sensación de estrés.	70	24
Sensación de abatimiento.	68	27
Insatisfacción con el propio aspecto físico.	64	19
Cambios de humor.	64	30

Premenstrual assessment (form Halbreich, 1985).

- Los síntomas del síndrome de abstinencia de los toxicómanos se asemejan a los del SPM (la naloxona, antagonista opiáceo, en voluntarios reproduce los síntomas atribuidos al SPM, Cohen, 1981).
- Las respuestas al placebo podrían explicarse por una secreción de endorfinas.
- En un ámbito psicosocial de la fisiopatología del SPM, la teoría de las endorfinas permitiría integrar todos los factores.

Serotonina

Factor atenuante

En mujeres que padecen SPM se han observado trastornos del metabolismo de la serotonina y niveles de ésta inferiores en la fase lútea (Backstrom, 1961 y Rapkin, 1987).

Tras la administración de triptófano, la serotonina aumenta en las pacientes control sin SPM y sin embargo disminuye en pacientes con SPM durante la fase lútea tardía (Rapkin, 1989).

Otros

Algunos autores han sugerido la implicación de otros factores tales, como la alergia a hormonas endógenas y la acción de la alfaMSH (Hormona estimulante de melanocitos) (Reid, 1981).

Síntomas durante la última semana de la fase lútea

CLÍNICA

Toda la sintomatología relacionada con el SPM es muy heterogénea y variable, tanto de una mujer a otra, como de un ciclo a otro en la misma mujer. La duración es también muy variable desde sólo varios días hasta toda la fase lútea, extendiéndose incluso durante toda o parte de la menstruación. La intensidad en general va en aumento hasta la menstruación cuando empieza a decrecer.

Existen recogidas unas 150 alteraciones atribuidas al SPM. Los signos-síntomas pueden dividirse en dos grandes grupos, físicos y neuropsíquicos.

Signos físicos

Síntomas congestivos edematosos, localizados en mamas, abdomen y extremidades (cara, dedos y tobillos); siendo a menudo la sensación de hinchazón importante, incluso en ausencia de aumento de peso.

Las congestiones mamarias y pelvianas suelen ser dolorosas. Además, se asocian dolores musculares, osteoarticulares, cefaleas, edemas y signos cutáneos (alergias, herpes, acné, seborrea) y digestivos (náuseas, estreñimiento, diarrea) (tabla nº 2).

Signos neuropsíquicos

Los más frecuentes son las alteraciones del humor que pueden expresarse en forma de: irritabilidad, agresividad, depresión ansiedad, nerviosismo, crisis de llanto, labilidad emocional, encuadrándose dentro del trastorno disfórico de la fase lútea tardía.

Otros son la dificultad de concentración y de coordinación, fatiga, insomnio y modificaciones de los hábitos alimenticios y de la libido.

Trastornos psíquicos y de la conducta influidos por el ciclo menstrual

- *Alteraciones psiquiátricas:*
 - Durante el periodo pre-perimenstrual se puede observar la reaparición de trastornos o episodios psiquiátricos previamente existentes durante todo el ciclo (Abramowitz, 1982 y Severino, 1993) (tabla nº 3).

- Se produce un aumento de la frecuencia de episodios psiquiátricos agudos durante el periodo perimenstrual, que se manifiesta por el aumento de ingresos de urgencia en hospitales psiquiátricos (Dalton, 1959 y Janowsky, 1969).
 - En varios estudios se ha documentado que los intentos de suicidio son más frecuentes durante el periodo perimenstrual que durante el resto del ciclo (Mandell, 1967 y Guillaumont, 1988).
 - *Comportamiento social:*
 - El SPM puede llegar a tener repercusiones a nivel conyugal, familiar y socio-profesional, relacionándose con la provocación de conflictos conyugales, maltrato a niños, absentismo laboral e incluso accidentes laborales (Patel, 1985 y Stout, 1985).
 - *Criminalidad:*
 - De diferentes estudios queda claro que existe un recrudecimiento perimenstrual de los delitos, especialmente los violentos, pero se relacionarían con mujeres predispuestas a estas conductas y el SPM no sería el causante.
 - Tanto la justicia británica como la francesa, reconocen como atenuante médico-legal el SPM, por alteración parcial de la capacidad discriminatoria y responsabilidad atenuada.
- Dar información concreta
- Menor estrés

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos del trastorno disfórico de la fase lútea tardía:

Dieta

- Aparición, en el curso de la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior, de síntomas del criterio B durante la última semana de la fase lútea y desaparición de estos síntomas algunos

días después del comienzo de la fase folicular. En las mujeres que menstrúan, estas fases corresponden a la semana que precede y a los días siguientes al comienzo de la menstruación, respectivamente (en mujeres histerectomizadas, que no menstrúan, para la determinación de las fases lútea y folicular puede ser necesaria la determinación plasmática de las hormonas gonadotrópicas).

- Presencia de al menos cinco de los síntomas siguientes, la mayor parte del tiempo, en el curso de cada fase lútea tardía sintomática, con al menos uno de los síntomas (1, 2, 3 ó 4):
 1. Labilidad emocional marcada.
 2. Cólera o irritabilidad importante y persistente.
 3. Ansiedad o tensión importante, impresión de tener “los nervios de punta”.
 4. Carácter depresivo importante, pérdida de esperanza, autodesprecio.
 5. Disminución del interés por las ocupaciones habituales.
 6. Fatigabilidad fácil o pérdida importante de energía.
 7. Sensación de poca capacidad de concentración.
 8. Clara modificación del apetito, bulimia o consumo excesivo de un tipo particular de alimentos.
 9. Hiperinsomnio o insomnio.
 10. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o tensión mamaria, cefaleas, dolores musculares o articulares, aumento de peso, sensación de “estómago hinchado”.
- El trastorno perturba seriamente el trabajo, las actividades sociales o las relaciones con los

Danazol:
No todos los ciclos son
anovulatorios

demás.

- El trastorno no es una simple exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como una depresión mayor, un ataque de pánico, una distimia o un trastorno de la personalidad (pero puede agregarse a cualquiera de estos trastornos).
- La presencia de los criterios A, B, C y D se confirma por una autoevaluación prospectiva durante al menos dos ciclos sintomáticos (el diagnóstico puede hacerse a título provisional a la espera de esta confirmación).

TRATAMIENTO

La estrategia terapéutica va dirigida a dar información, consejos de higiene de vida y de alimentación y si llegara a ser necesario tratamiento medicamentoso.

Tratamientos no medicamentosos

- *Información y educación:* al recibir información sobre el SPM, la paciente puede llegar a superar los prejuicios relacionados con la menstruación. Se debe informar sobre la elevada frecuencia de estos trastornos, de su carácter transitorio e incluso de su reversibilidad en situaciones de menos estrés. Toda la información debe hacerse extensible al entorno familiar, haciendo hincapié sobre la pareja. En general una buena relación medico-paciente basada en el diálogo juega un gran papel en el aspecto terapéutico del SPM. El calendario de autoevaluación cotidiana resulta un importante método educativo, gracias al cual las pacientes llegan a conocerse mejor y a menudo consigue efectos terapéuticos.
- *Disminución del estrés:* dado que el estrés, acentúa los trastornos premenstruales. La práctica de actividades a la relajación como el

yoga, la organización de las relaciones sociales en función de los ciclos menstruales, pueden ayudar a manejar el SPM. El ejercicio físico también ayuda a atenuar los síntomas premenstruales.

- *Consejos dietéticos:* como norma van encaminados a conseguir una dieta equilibrada, bien repartida en varias comidas a lo largo del día. En general se trata de evitar:
 - Excitantes, como el tabaco, café o alcohol.
 - Azúcares de metabolismo rápido, por ser en ocasiones, fuente de hipoglucemias.
 - Sal, para evitar la retención hídrica.

Tratamientos medicamentosos

- Supresores del ciclo menstrual.
- Dirigidos sobre algún factor fisiopatológico implicado.
- Sintomáticos.

Tratamientos hormonales

- *Progesterona:* es el tratamiento más antiguo y que más se ha utilizado, siendo administrado durante la fase lútea; en dosis variables y por diferentes vías: oral, vaginal, rectal e intramuscular. Los resultados en general de los diferentes estudios no muestran que sea más eficaz que el placebo.
- *Progestágenos:* acetato de medroxiprogesterona (AMP), dihidrogesterona, acetato de nomegestrol han demostrado su eficacia frente al placebo en diferentes estudios.
- *Estrógenos:* varios estudios con parches de estradiol asociado a noretisterona han demostrado la mejoría de la sintomatología del SPM frente al placebo.
- *Contraceptivos orales (estrógenos y*

progestágenos): los efectos de los contraceptivos orales combinados sobre las manifestaciones del SPM son variables: Desaparición, atenuación, ausencia de cambios o agravamiento de los síntomas. De todos los estudios realizados parece entresacarse que a igualdad de dosis estrogénica, una mayor dosis del progestágeno mejora el cuadro y también que la frecuencia de SPM entre tomadoras de contraceptivos y no tomadoras es similar, sin embargo, los síntomas parecen ser menos importantes en las tomadoras. El dato más claro que se extrae de todos los estudios es que disminuye la dismenorrea.

- *Danazol*: se ha mostrado en diferentes estudios su eficacia en el SPM. La dosis recomendada es de 200 mg/día, por su relación eficacia-efectos secundarios. La eficacia del danazol en el SPM está relacionada con su capacidad de suprimir la ovulación, aspecto que se ha demostrado ya que a la dosis de 200 mg no todos los ciclos son anovulatorios, siendo menores los trastornos premenstruales en dichos ciclos. Algunos autores han propuesto su utilización de forma discontinua desde el comienzo de los síntomas hasta el comienzo de la menstruación, a razón de 200mg/día, resultando su eficacia superior al placebo y sin efectos secundarios. También se ha propuesto que en los casos severos y resistentes y que han obtenido resultado positivo con danazol, la realización de histerectomía total con doble anexectomía.
- *Agonistas de la GnRH*: la castración médica con agonistas resulta efectiva en el tratamiento del SPM, pero debido a su elevado coste y a los efectos derivados de la hipoestrogenemia, no parece el tratamiento ideal, limitándose sus indicaciones y la duración de su utilización en el SPM.
- *Mifepristona*: debido a sus propiedades

farmacológicas se consideró su uso en el SPM, pero en un estudio realizado no se mostró eficaz ni contra la aparición ni la intensidad de los síntomas premenstruales (Smith, 1991).

Psicotrópicos

Su uso se esgrime debido a que los síntomas más frecuentes en el SPM son las alteraciones del humor y de la conducta y a las relaciones existentes entre el SPM y los trastornos neuropsíquicos.

- *Alprazolam*: ansiolítico benzodiazepínico que potencia los receptores del ácido gammaaminobutírico (GABA). Varios estudios han demostrado su eficacia en los síntomas neuropsíquicos premenstruales, aunque algún estudio reciente no encontró diferencias respecto al placebo. Se prescribe durante la fase premenstrual, variando la dosis de 0'25 a 5 mg según cada paciente, aconsejándose una disminución de la dosis durante la menstruación.
- *Litio*: debido a su acción normotímica en los trastornos cíclicos se ha propuesto su uso en el SPM, aunque los estudios no avalan su eficacia frente al placebo. Podría ser considerado en casos severos con predominio depresivo.
- *Agentes serotoninérgicos*: su utilización está basada en la acción que juega la serotonina en los trastornos del humor.
 - *Fluoxetina*: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. A dosis de 20 mg diarios se ha mostrado altamente eficaz en el control de los trastornos del humor, de la conducta y de los signos físicos.
 - *Fenfluramina*: estimula la liberación de serotonina e inhibe su recaptación. Se prescribe en 2 dosis diarias de 15 mg, desde el 14º al 2º día del ciclo siguiente. Mejora los

cuadros de depresión y ansiedad, a la vez que suprime el aumento premenstrual de consumo calórico de glúcidos y lípidos.

- *Buspirona*: agonista de los receptores dopaminérgicos. La dosis diaria es de 25 mg, durante los 12 días previos a la menstruación. Se muestra eficaz sobre la irritabilidad, fatiga, dolor y comportamiento social.
- *Bromocriptina*: agonista dopaminérgico que inhibe la secreción de prolactina. Se prescribe en 2 dosis diarias de 2,5 mg durante la fase lútea o desde el 10º día hasta la menstruación. En algunos estudios ha demostrado su eficacia, aunque otros la han rebatido. Podría tener interés en pacientes con síntomas mamarios, con hiperprolactinemia y/o galactorrea.

Terapéutica nutricional

- *Aceite de onagra*: contiene ácido cislinoleico y ácido garrimalinolénico, ambos precursores de la PG E1, cuya deficiencia ha sido involucrada en la fisiopatología del SPM. 3 mg diarios repartidos en 2 tomas desde el 15º día hasta la menstruación, parece mejorar la depresión y los síntomas mamarios.
- *Piridoxina*: debido a su acción en la síntesis de dopamina y prostaglandinas se ha postulado su uso, a dosis que van desde 50 a 500 mg diarios. Su eficacia resulta dudosa y debido al riesgo de neuropatía sensitiva se aconseja restringir su uso.
- *Vitaminas y sales minerales*: dentro de los consejos dietéticos se incluyen suplementos vitamínicos y de sales minerales (vitaminas A, B6 y E; cobre, zinc, magnesio y calcio) siendo esta medida muy difundida en América.

Antiprostaglandínicos

Estos han demostrado su eficacia en la dismenorrea y debido a la relación de esta con las fluctuaciones en las concentraciones de PG F2 alfa y PG E2 a lo largo del ciclo menstrual, se ha propuesto el uso de AINES en el SPM.

El *ácido mefenámico* a dosis de 500 mg cada 8 horas, durante la fase lútea parece ser útil sobre todo en aquellos casos de SPM que asocian dismenorrea.

Diuréticos

La *espironolactona*, agonista de la aldosterona, es el único diurético que se ha mostrado superior al placebo en el SPM. A dosis de 25 mg cada 6 horas, mejora la sensación de hinchazón, aumento de peso y el índice de humor.

Compuestos de acción vascular

Los compuestos que aumentan el tono venoso y que limitan la permeabilidad vascular pueden ser usados en el SPM solos o asociados a otros agentes, para

tratar los fenómenos edematosos y/o dolorosos de las extremidades inferiores y de las mamas.

En nuestra experiencia y a pesar de todo lo anteriormente citado, el SPM es controvertido, largo y escasamente gratificante desde el punto de vista terapéutico. Consideramos que, en algunos casos seleccionados, una ligera elevación del nivel de estradiol en sangre, mediante la administración de un parche transdérmico de 25 microgramos de 17 beta estradiol los 3 ó 4 días previos a la menstruación, puede solventar los problemas del SPM que sean dependientes del bajo nivel de estrógenos en función de una susceptibilidad individual.