

## Diagnóstico y tratamiento de la dismenorrea primaria

13 de mayo de 2021

Kimberly Kho, MD, MPH , Jessica Shields, DO

Revista OB / GYN contemporánea , Vol 66 No 05 , Volumen 66 , Número 05

*La dismenorrea primaria es una enfermedad prevalente, infradiagnosticada, pero tratable.*

La dismenorrea primaria se define como una menstruación dolorosa en ausencia de una causa identificable. La dismenorrea, caracterizada por dolor abdominal bajo tipo cólico recurrente que ocurre durante la menstruación, es el síntoma ginecológico más común y afecta del 50% al 90% de las mujeres. <sup>1</sup>

Para la mitad de las mujeres, el dolor experimentado es al menos de moderado a severo. <sup>1</sup> La dismenorrea secundaria se refiere a las mismas características clínicas del dolor durante la menstruación, pero es atribuible a patologías pélvicas como endometriosis, fibromas, adenomiosis y anomalías anatómicas congénitas (**Figura 1**) . El tratamiento de la dismenorrea primaria está dirigido a diagnosticar otras causas de síntomas e identificar terapias médicas que controlen satisfactoriamente los síntomas del paciente.

A pesar de su alta prevalencia, la dismenorrea a menudo es infradiagnosticada, tratada inadecuadamente y normalizada incluso por los propios pacientes, quienes pueden aceptar los síntomas como una respuesta inevitable a la menstruación. Esta frecuente normalización y minimización del dolor menstrual lleva a muchas pacientes a descartar sus propios síntomas y puede dar lugar a la suposición de que el tratamiento no está justificado ni disponible.

Todos los médicos, y específicamente los ginecólogos, deben indagar de forma proactiva sobre el impacto de los síntomas relacionados con la menstruación en la calidad de vida.

## Figure 1

## Secondary Dysmenorrhea

### Gynecologic

- Endometriosis
- Congenital anatomic abnormalities
- Sexually transmitted infections
- Pelvic inflammatory disease
- Adenomyosis
- Uterine leiomyoma
- Cervical stenosis

### Nongynecologic

- High-tone pelvic floor dysfunction
- Irritable bowel syndrome
- Bladder pain syndrome
- Pelvic adhesions
- Inflammatory bowel disease

Figura 1. Dismenorrea secundaria

La dismenorrea primaria generalmente comienza en la adolescencia, una vez que se establecen los ciclos ovulatorios. El dolor asociado surge de la liberación de prostanoideos en exceso, incluidas las prostaglandinas en el momento del desprendimiento del endometrio. Los prostanoideos se derivan de la vía de la ciclooxigenasa, que es iniciada por la fosfolipasa A2. Esta enzima se libera cuando se produce la desestabilización y degradación de los lisosomas celulares como resultado de la disminución de los niveles de progesterona al final de la fase lútea.<sup>2</sup> Los altos niveles de progesterona, como ocurre después de la ovulación, estabilizan estos lisosomas. El aumento y la disminución de la progesterona, controlada por la ovulación, y su influencia sobre la fosfolipasa A2 explica por qué la dismenorrea primaria no ocurre al comienzo mismo de la menarquia, cuando los ciclos son anovulatorios.<sup>3</sup>

En comparación con las mujeres asintomáticas, aquellas con dismenorrea tienen niveles más altos de prostaglandinas en el tejido endometrial y el líquido menstrual.<sup>4</sup> Se teoriza que el aumento del nivel de prostaglandinas en el momento de la menstruación causa hipercontractilidad miometrial, lo que resulta en hipoxia e isquemia del músculo uterino y la percepción de dolor, así como síntomas sistémicos que a menudo se asocian con la dismenorrea, como náuseas y diarrea.<sup>5</sup>

El impacto físico, social, emocional y económico de la dismenorrea es sustancial. Una encuesta poblacional de mujeres mayores de 18 años con dismenorrea primaria informó que más de la mitad describió síntomas que limitaban sus actividades y el 17% faltó a la escuela o al trabajo como resultado.<sup>6</sup> La dismenorrea es la causa más común de ausentismo a corto plazo de la escuela en las adolescentes, y 1 de cada 8 adolescentes y mujeres de 14 a 20 años informan que faltan a la escuela o al trabajo como resultado de la afección.<sup>1</sup>

Otros estudios transversales que incluyen a miles de mujeres en todo el mundo han demostrado hallazgos similares de dismenorrea primaria que afectan las relaciones, el funcionamiento y la productividad, y contribuyen al ausentismo.<sup>5</sup> En los Estados Unidos, se estima que se pierden \$ 2 mil millones anualmente debido al trabajo perdido y la productividad.<sup>7</sup> A pesar de los efectos significativos sobre la calidad de vida, se considera que la prevalencia de la dismenorrea primaria está subestimada; las mujeres con frecuencia no buscan

tratamiento médico debido a la creencia común de que el dolor es una parte esperada de la menstruación.

## Diagnóstico

La evaluación y el diagnóstico de la dismenorrea primaria (**Figura 2**) no requiere especialización en la salud de la mujer o el dolor pélvico, y las quejas iniciales con frecuencia se presentan a los pediatras y médicos de atención primaria.

Figure 2 Diagnosis of Dysmenorrhea	
Symptoms highly suggestive of primary dysmenorrhea	Symptoms suggesting secondary cause
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptom onset &gt; 6 months, but &lt; 24 months of menarche</li> <li>▪ Pain starting a few hours before or at time of bleeding</li> <li>▪ Pain stopping before or with conclusion of bleeding</li> <li>▪ Midline pain; can radiate to back or thighs</li> <li>▪ Pain characteristics are consistent and predictable from one cycle to the next.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dyschezia</li> <li>▪ Dyspareunia</li> <li>▪ Cyclic hematochezia</li> <li>▪ Intermenstrual bleeding</li> <li>▪ Progressively worsening dysmenorrhea</li> <li>▪ Noncyclic pelvic pain</li> <li>▪ Onset with menarche</li> <li>▪ Unilateral pain</li> <li>▪ Abnormal bleeding</li> </ul>
<p><b>SHARED SYMPTOMATOLOGY</b>            Gastrointestinal: nausea, vomiting, diarrhea            Neurologic: headaches, dizziness            Muscle cramps            Fatigue            Poor sleep quality</p>	

Figura 2. Diagnóstico de dismenorrea

Los ginecólogos desempeñan un papel importante en la concienciación sobre la afección y son un recurso para las opciones de tratamiento y una evaluación adicional si la terapia empírica falla. A menudo se puede llegar a un diagnóstico mediante la obtención de antecedentes médicos, familiares, psicosociales y ginecológicos (incluidos los menstruales y sexuales) detallados.<sup>1,2</sup>

Una historia menstrual completa incluye la edad de la menarquia, la duración del sangrado, los intervalos entre menstruaciones y la evaluación del flujo menstrual; síntomas asociados como dolor, náuseas, diarrea y fatiga; y el momento de aparición, la gravedad del dolor y el efecto sobre las actividades diarias. El inicio de la dismenorrea primaria suele comenzar de 6 a 24 meses después de la menarquia.<sup>2</sup> El dolor pélvico que comienza con la menarquia, o rápidamente después, puede estar asociado con malformaciones obstructivas del tracto genital y debe impulsar una evaluación adicional.<sup>8</sup> El dolor es principalmente en la línea media y a menudo se describe como calambres en la parte inferior del abdomen o en la región suprapúbica.

Los pacientes pueden describir un dolor que se irradia alrededor del abdomen y hacia la zona lumbar o a lo largo de la parte anterior o medial del muslo. Los síntomas unilaterales persistentes pueden sugerir anomalías anatómicas como causa del dolor.

Por lo general, los síntomas comienzan unas horas antes o después del flujo sanguíneo menstrual, alcanzan su punto máximo en el momento del flujo sanguíneo más intenso y se resuelven en el día 2 o 3. El momento, la calidad, la duración y la ubicación del dolor asociado con la dismenorrea primaria es consistente de un ciclo menstrual al siguiente y no empeora

progresivamente con el tiempo. El empeoramiento progresivo o el dolor que persiste después de que concluye la menstruación no es característico de la dismenorrea primaria y puede estar relacionado con la endometriosis y otras causas secundarias.

Los síntomas asociados con frecuencia con la dismenorrea incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolores de cabeza, calambres musculares y mala calidad del sueño, aunque también se pueden encontrar con causas secundarias como la endometriosis.<sup>1,2</sup> Los factores adicionales de la paciente que sugieren causas secundarias de dismenorrea incluyen dolor acíclico o de ciclo medio, sangrado uterino anormal e infertilidad.

Se recomienda un examen pélvico en mujeres adultas que presentan por primera vez dismenorrea porque la probabilidad de causas secundarias es mucho mayor en esta población.

Sin embargo, no es necesario un examen pélvico en pacientes no sexualmente activas, específicamente adolescentes, si la historia obtenida es descriptiva de dismenorrea primaria y en ausencia de otros síntomas como infección o sangrado anormal.<sup>1</sup> El examen pélvico debe ser normal en pacientes con dismenorrea primaria cuando no están menstruando.

El dolor localizado o los hallazgos físicos como el agrandamiento uterino, la masa pélvica, el desplazamiento o desviación del cuello uterino, la nodularidad en el tabique rectovaginal o la sensibilidad uterina o cervical no asociada con la menstruación apuntan a causas secundarias. Las infecciones de transmisión sexual deben descartarse con las pruebas adecuadas como una posible causa de dismenorrea en todas las pacientes sexualmente activas.

La ecografía transvaginal es el método preferido para la evaluación inicial de los órganos pélvicos. En mujeres jóvenes y adolescentes no sexualmente activas, es preferible la ecografía pélvica transabdominal para adaptarse a la comodidad del paciente. La dismenorrea asociada con patología anexial o anomalías uterinas (como leiomioma, adenomiosis y algunas anomalías de Müller) se puede diagnosticar con ecografía.

Aunque la endometriosis es una causa común de dismenorrea secundaria, la ecografía pélvica de rutina no suele ser notable en los pacientes afectados, a menos que haya distorsión anatómica, endometrioma o evidencia de endometriosis infiltrativa profunda.<sup>9</sup> Los avances en las imágenes han permitido a los médicos evaluar mejor la endometriosis infiltrante profunda en la resonancia magnética pélvica, pero esta modalidad no se recomienda generalmente como un paso inicial en la evaluación de la dismenorrea, a menos que la presentación clínica sugiera una causa secundaria.

La dismenorrea primaria se define como una menstruación dolorosa en ausencia de una causa identificable. La dismenorrea, caracterizada por dolor abdominal bajo tipo cólico recurrente que ocurre durante la menstruación, es el síntoma ginecológico más común y afecta del 50% al 90% de las mujeres.<sup>1</sup>

Para la mitad de las mujeres, el dolor experimentado es al menos de moderado a severo.<sup>1</sup> La dismenorrea secundaria se refiere a las mismas características clínicas del dolor durante la menstruación, pero es atribuible a patologías pélvicas como endometriosis, fibromas, adenomiosis y anomalías anatómicas congénitas (**Figura 1**). El tratamiento de la dismenorrea primaria está dirigido a diagnosticar otras causas de síntomas e identificar terapias médicas que controlen satisfactoriamente los síntomas del paciente.

## Tratamiento

Los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento son comunes y deben evitarse. Los objetivos del tratamiento son proporcionar un alivio satisfactorio del dolor y los síntomas y reducir las alteraciones en las actividades diarias.

Las adolescentes y las mujeres jóvenes que no son sexualmente activas y reportan antecedentes y síntomas típicos de la dismenorrea primaria deben iniciar un tratamiento empírico sin necesidad de completar un examen pélvico o estudios radiológicos. Sin embargo, si los síntomas persisten a pesar del tratamiento durante 3 meses, se justifica una evaluación adicional con un examen e imágenes para evaluar las causas secundarias. A los pacientes adultos cuyos antecedentes indican dismenorrea primaria y en los que los resultados del examen pélvico son negativos y se han descartado enfermedades infecciosas, también se les puede ofrecer terapia empírica antes de una investigación adicional con imágenes.

Las opciones terapéuticas deben tener en cuenta las necesidades anticonceptivas de la paciente, ya que tanto los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como los anticonceptivos hormonales se consideran agentes de primera línea, ya sea por separado o en combinación. Los anticonceptivos hormonales eficaces en el tratamiento de la dismenorrea incluyen las píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC), el anillo vaginal y el parche transdérmico. Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), como los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG) y los bastones implantables liberadores de etonogestrel, también son eficaces. Los AINE tratan eficazmente la dismenorrea al disminuir los niveles de prostaglandinas mediante la inhibición de la producción mediada por ciclooxigenasa. <sup>5</sup>

Los ensayos aleatorios controlados con placebo respaldan la eficacia de los AINE en el tratamiento de la dismenorrea primaria. <sup>5,10</sup> Sin embargo, existe evidencia limitada que sugiere que un AINE es más efectivo que otro. <sup>1,2</sup> Las opciones de venta libre, como el naproxeno y el ibuprofeno, son de fácil acceso y asequibles para la mayoría de los pacientes.

Se deben dar a las pacientes instrucciones específicas sobre la dosis óptima, la frecuencia y la duración del uso cíclico de AINE. Esto es especialmente importante para la población adolescente, en la que la infradosificación y el tratamiento subterapéutico son comunes y, por lo tanto, pueden conducir a lo que se percibe como un fracaso del tratamiento. <sup>8</sup> La terapia debe iniciarse al inicio de los síntomas o de la hemorragia, administrarse de manera programada y continuar hasta el día 2 o 38 del ciclo; para el dolor de moderado a severo, la terapia puede iniciarse de 1 a 2 días antes del inicio de los síntomas **(Figura 3)**.

Cabe señalar que el 18% de los pacientes sin etiologías secundarias aparentes de dismenorrea son resistentes al tratamiento con AINE a pesar de la adherencia a los regímenes de tratamiento recomendados. <sup>11</sup>

Figure 3		Treatment Recommendations	
Empiric/first-line therapy *Can be used together or separately	NSAID	<p><b>Target:</b> Decrease prostaglandin production</p> <p><b>Considerations:</b> No data favor one NSAID over another; consider cost and availability.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ibuprofen 600 mg every 6 hours</li> <li>Naproxen sodium 550 mg every 6 hours</li> <li>Start 1-2 days before symptom onset or at time of symptom onset; continue until day 2 or 3 of menses.</li> <li>May alternate/supplement with acetaminophen 650 mg every 6 hours</li> </ul>
	HORMONAL	<p><b>Target:</b> Interrupt ovulation and reduce endometrial proliferation</p> <p><b>Considerations:</b> Does the patient have any contraindications to estrogen therapy?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>All estrogen-containing contraceptives are effective for treatment of dysmenorrhea.</li> <li>Progesterone-only methods are likely effective but less well studied. Irregular bleeding is common, but often not associated with pain.</li> </ul>	<p><b>Estrogen-progesterone options</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estrogen-progesterone oral contraceptive pill</li> <li>Contraceptive intravaginal ring</li> <li>Contraceptive patch</li> <li>Continuous use may be more effective than cyclic.</li> </ul> <p><b>Progesterone-only options</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etonogestrel implant</li> <li>DMPA (amenorrhea 50% at 12 months)</li> <li>Levonorgestrel IUD (amenorrhea 20% at 12 months)</li> </ul>
Complementary & concurrent therapies	Limited data to support use	<ul style="list-style-type: none"> <li>High-frequency transcutaneous nerve stimulation</li> <li>Heat (caution patients regarding excessive/chronic use, which can lead to burns or skin changes)</li> <li>Yoga/exercise*</li> <li>Magnesium (dosing recommendations unknown)</li> <li>Vitamin E 200-400 IU daily</li> <li>Ginger 750-2000 mg twice daily</li> </ul>	
	No data to support use, but minimal risk of harm associated with use	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rose tea, sweet fennel seed extract, fish oil, krill oil, omega 3 fatty acids, fenugreek, valerian, Zataria, zinc sulphate, fish oil, vitamin B<sub>1</sub></li> <li>Acupuncture/acupressure</li> </ul>	
*Although the data supporting the use of exercise to manage menstrual pain are of low quality, exercise is an important component of promoting a healthy lifestyle and can reduce stress. Exercise should be encouraged, especially in young women as they begin to develop healthy habits.			
Reassess at 3-6 months	Patient RESPONDS to therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continue current therapy.</li> <li>Primary dysmenorrhea is the likely diagnosis.</li> </ul>	
	Patient DOES NOT respond to therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluate treatment adherence.</li> <li>Combine NSAID and hormonal therapy if not already using both.</li> <li>Consider continuous oral contraceptive pill if not already using this method.</li> <li>Consider causes for secondary dysmenorrhea.</li> <li>Pelvic examination</li> <li>Pelvic ultrasound</li> </ul>	
Refractory treatment options	Fertility sparing	Diagnostic laparoscopy, excision of endometriosis if present	
	Non-fertility sparing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hysterectomy</li> <li>Endometrial ablations with Mirena IUD insertion</li> </ul>	
	Treatments of last resort	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uterine nerve ablation</li> <li>Presacral neurectomy</li> </ul>	Although these procedures relieve pain, relief may be temporary due to nerve regeneration. The risks and adverse effects (constipation, urinary dysfunction) may outweigh the benefit.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Calcium channel blockers</li> <li>Glycerol nitrate</li> </ul>	Undesirable adverse effect profile

Figura 3. Recomendaciones de tratamiento

Los agentes hormonales más ampliamente estudiados, los AOC de estrógeno-progestina, inhiben la proliferación del revestimiento del endometrio, lo que disminuye la producción de prostaglandinas dentro del útero.<sup>1</sup> Se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la dismenorrea en varios ensayos controlados aleatorios.<sup>1,8</sup>

Se ha demostrado el alivio de los síntomas con todas las formulaciones de AOC, incluidas las píldoras de dosis baja (20 µg de etinilestradiol). Los métodos con progestina sola, los DIU-LNG y

las varillas implantables también han demostrado su eficacia para reducir la dismenorrea <sup>1</sup> ; incluso los adolescentes y las mujeres que nunca han sido sexualmente activas deberían considerar estos LARC. El acetato de noretindrona 5 mg continuo es igualmente eficaz que el AOC, pero no está aprobado para la anticoncepción en los Estados Unidos. <sup>1</sup>

Se recomienda a las pacientes que continúen con la terapia de primera línea durante 3 a 6 meses, y su respuesta a la terapia debe monitorearse 2 a 3 meses después de su inicio. Si no se logra un alivio adecuado de los síntomas, se recomienda una evaluación adicional o la derivación a un especialista en ginecología. En particular, hasta el 70% de los adolescentes que fracasan en la terapia inicial tendrán endometriosis, y esta condición prevalente debe permanecer en el diagnóstico diferencial si los síntomas progresan o se controlan de manera subóptima con la terapia empírica. <sup>8</sup>

Los pacientes suelen emplear terapias alternativas, como calor, ejercicio e intervenciones dietéticas y conductuales. La mayoría de las terapias son de bajo riesgo y pueden proporcionar a las pacientes un mejor control de los síntomas.

Los datos prometedores, aunque limitados, apoyan el uso del ejercicio, <sup>12</sup> y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea de alta frecuencia y el calor tóxico han demostrado los resultados más favorables. <sup>1,8</sup>. Existen datos limitados y contradictorios sobre la eficacia de las modificaciones dietéticas y los suplementos a base de hierbas en el tratamiento de la dismenorrea. <sup>13</sup> Estas alternativas pueden ser útiles como terapias complementarias o en pacientes que no pueden tomar o no están interesados en tratamientos farmacológicos.

Los procedimientos de transección nerviosa, como la ablación laparoscópica del nervio uterino y la neurectomía presacra, pueden considerarse en pacientes no tratadas con las terapias anteriores y en las que no se identifican otras causas secundarias. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para recomendar su uso para la dismenorrea primaria, y los beneficios potenciales deben sopesarse con los riesgos.

La ablación endometrial mejora la dismenorrea asociada con el sangrado menstrual abundante en mujeres que ya no desean una futura fertilidad. En un estudio retrospectivo de 144 pacientes, hasta el 50% informó la resolución del dolor menstrual cuando el flujo menstrual disminuyó por la ablación. <sup>14</sup> Finalmente, se puede considerar la histerectomía en pacientes que han completado la maternidad o que no desean la preservación uterina y han tenido una respuesta inadecuada a otras terapias.

## Evaluación adicional

Aunque la mayoría de las mujeres mejorarán con estas terapias médicas de primera línea, particularmente si se logra la amenorrea, aquellas que no mejoran merecen una evaluación adicional. El seguimiento programado después del tratamiento inicial es importante para evitar retrasos en el diagnóstico, ya que muchos pacientes que buscan atención por dismenorrea ya habrán experimentado retrasos en el diagnóstico y el tratamiento.

Con frecuencia, junto con la dismenorrea pueden ocurrir diagnósticos concurrentes de diversas fuentes de dolor pélvico, como vulvodinia, disfunción del suelo pélvico y síndrome de vejiga dolorosa. La endometriosis debe ocupar un lugar destacado en el diagnóstico diferencial incluso durante la evaluación inicial, independientemente de la edad del paciente. Si una prueba de 3 a 6 meses de tratamiento médico empírico no controla los síntomas y la evaluación no sugiere otras causas, como una anomalía congénita o una infección, se debe realizar una laparoscopia con un plan para el tratamiento quirúrgico concurrente.

Las lesiones endometriósicas pueden no presentarse como lesiones clásicas de "quemaduras de polvo", especialmente en mujeres más jóvenes, y los cirujanos que ofrecen laparoscopia

diagnóstica deben estar capacitados y equipados para diagnosticar lesiones atípicas y reseca el tejido de apariencia anormal tanto para el diagnóstico patológico como para fines terapéuticos.

## Direcciones futuras

Al igual que con otras afecciones ginecológicas "benignas", a pesar de la alta prevalencia de dismenorrea primaria, la financiación de la investigación ha sido limitada. Los primeros estudios implican a los prostanoideos como un mecanismo subyacente, sin embargo, todavía queda mucho por entender mecánicamente. La terapia con AINE no mejora satisfactoriamente el dolor menstrual en el 18% de las mujeres,<sup>11</sup> lo que sugiere que los prostanoideos pueden no explicar toda la sintomatología.

La dismenorrea primaria es una condición de dolor crónico y, como se observa en condiciones de dolor similares (p. Ej., Síndrome del intestino irritable, síndrome de dolor de vejiga, fibromialgia), el procesamiento de los estímulos a través del sistema nervioso central y periférico está alterado.<sup>5</sup> Los resultados de varios estudios de neuroimagen han demostrado diferencias en la actividad metabólica en áreas del cerebro relacionadas con la percepción del dolor<sup>15</sup> y en la estructura cerebral en regiones clave del cerebro<sup>16</sup> en mujeres con dismenorrea en comparación con los controles. Estos cambios centrales pueden ser la base de los hallazgos de Hellman et al, en los que observaron que una quinta parte de los pacientes con dismenorrea moderada a severa también demostraron hipersensibilidad al llenado pasivo de la vejiga a pesar de que no se quejaban previamente de síndrome de dolor vesical.<sup>17</sup>

Aún no se ha determinado si estos hallazgos funcionales de la resonancia magnética representan la causa o el efecto de la dismenorrea primaria, pero ofrecen oportunidades para la investigación traslacional y el potencial de una terapia dirigida.

## Conclusiones

La dismenorrea primaria es una enfermedad prevalente, infradiagnosticada, pero tratable. Desafortunadamente, la normalización de la asociación entre los ciclos menstruales y el dolor conduce a retrasos en la evaluación y el diagnóstico de mujeres de todas las edades. La investigación sobre la gravedad de los síntomas revela con frecuencia un impacto negativo significativo en la calidad de vida con consecuencias potencialmente de gran alcance.

Los ginecólogos desempeñan un papel importante en la concienciación de los pacientes y la comunidad sobre la enfermedad, y en su diagnóstico y tratamiento. El empeoramiento progresivo de los síntomas o el control subóptimo de los síntomas con agentes de primera línea justifican una evaluación adicional de las causas secundarias, incluida la endometriosis. Las mujeres con dolor menstrual no deben descartarse y sus síntomas no deben considerarse inevitables y, por lo tanto, aceptables.

*Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani*

**Fuente:** <https://www.contemporaryobgyn.net/view/diagnosis-and-management-of-primary-dysmenorrhea>

## Referencias

Opinión del Comité ACOG No. 760: Dismenorrea y endometriosis en la adolescente. *Obstet Gynecol* . 2018; 132 (6): e249-e258. doi: 10.1097 / AOG.0000000000002978

2.Dawood MI. Dismenorrea primaria: avances en patogenia y manejo. *Obstet Gynecol* . 2006; 108 (2): 428-441. doi: 10.1097 / 01.AOG.0000230214.26638.0c

3. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Dismenorrea primaria: diagnóstico y terapia . *Obstet Gynecol* . 2020; 136 (5): 1047-1058.
4. Chan, WY y JC Hill, *Determinación de los niveles de prostaglandinas menstruales en sujetos no dismenorreicos y dismenorreicos*. *Prostaglandins*, 1978. **15** (2): pág. 365-75.
5. Iacovides, S., I. Avidon y FC Baker, *Lo que sabemos sobre la dismenorrea primaria hoy: una revisión crítica*. *Actualización de Hum Reprod*, 2015. **21** (6): pág. 762-78.
6. Burnett, MA, et al., *Prevalencia de dismenorrea primaria en Canadá*. *J Obstet Gynaecol Can*, 2005. **27** (8): pág. 765-70.
7. Dawood, YM., *Dismenorrea* , sitio web Glob Libr Womens Med. Publicado en 2008. <https://www.glowm.com/section-view/heading/Dysmenorrhea/item/9#.YHevoBNKjOQ> Consultado: 15/4/2021.
8. Burnett, M. y M. Lemyre, *Guía de consenso de dismenorrea primaria No. 345*. *J Obstet Gynaecol Can*, 2017. **39** (7): pág. 585-595.
9. Nisenblat, V., et al., *Modalidades de imagen para el diagnóstico no invasivo de endometriosis*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. **2** : p. CD009591.
10. Marjoribanks, J., et al., *Fármacos antiinflamatorios no esteroideos para la dismenorrea*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010 (1): pág. CD001751.
11. Owen, PR, *Inhibidores de la prostaglandina sintetasa en el tratamiento de la dismenorrea primaria. Se revisaron los ensayos de resultados*. *Am J Obstet Gynecol*, 1984. **148** (1): pág. 96-103.
12. Armour, M., et al., *Ejercicio para la dismenorrea*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019. **9** : p. CD004142.
13. Pattanittum, P., et al., *Suplementos dietéticos para la dismenorrea*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. **3**: CD002124.
14. Wyatt SN y col. Efecto de la ablación endometrial por radiofrecuencia sobre la dismenorrea . *J Minim Invasive Gynecol* . 2016; 23 (7): 1163-1166.
15. Tu, CH, et al., *Metabolismo cerebral anormal durante el dolor menstrual en la dismenorrea primaria*. *Neuroimage*, 2009. **47** (1): pág. 28-35.
16. Tu CH, et al. Cambios morfológicos cerebrales asociados con el dolor menstrual cíclico . *Pain*, 2010. **150** (3): pág. 462-468.
17. Hellman KM, et al. Los subtipos de dismenorrea exhiben perfiles diferenciales de evaluación sensorial cuantitativa . *Dolor* . 2020. **161** (6): 1227-1236.