

Fecha: 24 de Marzo de 201

Nombre: Dra. Llanos Belmonte Andújar R2

Tipo de Sesión: Seminario

LEUCORREA

Definición.

Es un flujo no sangrante que procede del aparato genital femenino. Puede deberse a una secreción cervical abundante y/o a una excesiva descamación de la vagina, provocada por lo general por una infección baja del aparato genital.

Ante una leucorrea se debe:

- Determinar si es fisiológica o patológica.
- Evidenciar el o los gérmenes etiológicos.
- Indicar un tratamiento eficaz y prevenir las recidivas.

Diagnóstico diferencial: Leucorrea fisiológica o patológica.

Anamnesis

Durante la entrevista con la mujer se deben obtener datos sobre:

- Caracteres de la leucorrea: cantidad, aspecto, color, olor, variación durante el ciclo menstrual.
- Circunstancias de su aparición: Relación con actividad sexual, con episodio de la vida genital (aborto, IVE, exploración ginecológica), con tratamientos (ATB, anovulatorios).
- Signos asociados: escozor, prurito, dispareunia, dolor pélvico.

- Hábitos higiénicos: tampones, uso de compresas o salvaslip continuos, duchas vaginales.
- Tratamientos previos: indicaciones y resultados.
- Síntomas en su pareja o parejas.
- Influencia sobre su equilibrio psicológico.

Exploración ginecológica

La exploración ginecológica debe realizarse en circunstancias basales (sin higiene previa) y de forma metódica.

Vulva y periné. Se ha de buscar la presencia de edema, erosiones, úlceras, zonas de eritema o presencia de flujo.

- En la piel del periné, de la cara interna de los muslos, de las regiones periorificiales.
- En la horquilla vulvar.
- En los orificios de las glándulas de Bartholino y de Skene.
- En el orificio de la uretra

Vagina. Tras la colocación de un espéculo de dos valvas, se han de explorar todas las caras de la vagina. Se precisará modificar la orientación del espéculo para tal fin. La mucosa vaginal puede ser normal, roja, congestiva o sangrante al contacto. Si se precisa se tomarán muestras para su análisis.

Cérvix. Siempre que sea posible se utilizará el colposcopio. Se ha de observar:

- La presencia de un ectropión, infectado o no.
- El aspecto de la secreción cervical, transparente, turbia o purulenta.
- El estado del endocérvix, tras separar los bordes de orificio cervical externo.

Se tomarán muestras para su análisis.

Útero y anejos. En el tacto vaginal bimanual se ha de evaluar el tamaño, la movilidad del útero y los anejos. La exploración es un acto dinámico y se ha de procurar reproducir la clínica descrita por la paciente para su evaluación.

Datos fisiológicos

Estado fisiológico de la vagina. La vagina presenta como datos de normalidad:

- Un pH ácido: 3.8-4.6.
- La acidez está relacionada con la transformación del glucógeno de las células vaginales en ácido láctico, hecho que depende de la presencia de bacilos de Doderlein y de la impregnación estrogénica.
- La acidez vaginal protege de infecciones, pero puede favorecer el desarrollo de micosis.

Leucorrea fisiológica. Tiene un origen doble, la secreción cervical y la descamación vaginal.

- La secreción cervical:
 - Preovulatoria
 - Aspecto de clara de huevo
 - Transparente
 - Almidona la ropa.
- La descamación vaginal:
 - Premenstrual
 - Aspecto lechoso

La leucorrea fisiológica no presenta signos funcionales asociados y evoluciona sin tratamiento.

Presunción diagnóstica de la leucorrea.

A favor del carácter fisiológico de la leucorrea:

- Características del flujo.
 - Secreción transparente o de aspecto lechoso.
 - Ausencia de olor.
 - Aparición periovulatoria.
- Ausencia de factores ginecológicos desencadenantes.

- Ausencia de signos funcionales asociados.
- Ausencia de enfermedad en la o las parejas sexuales.
- Frotis en fresco; no se observan leucocitos polimorfonucleares, ni esporas, ni hifas micóticas ni tricomonas.

A favor del carácter patológico de la leucorrea:

- Características del flujo.
 - Abundancia, color variable, olor.
 - Aparición después de relaciones sexuales, aborto, parto o maniobras uterinas.
- Existencia de signos funcionales acompañantes. Prurito vulvar, escozor, dispareunia, dolor pélvico, polaquiuria, disuria.
- Existencia de alteraciones en la o las parejas sexuales.
- Frotis en fresco. Se observan leucocitos polimorfonucleares, esporas, hifas micóticas o tricomonas.

Suele ser necesario **cultivo microbiológico** con antibiograma para precisar el o los gérmenes responsables, las asociaciones microbianas son muy frecuentes.

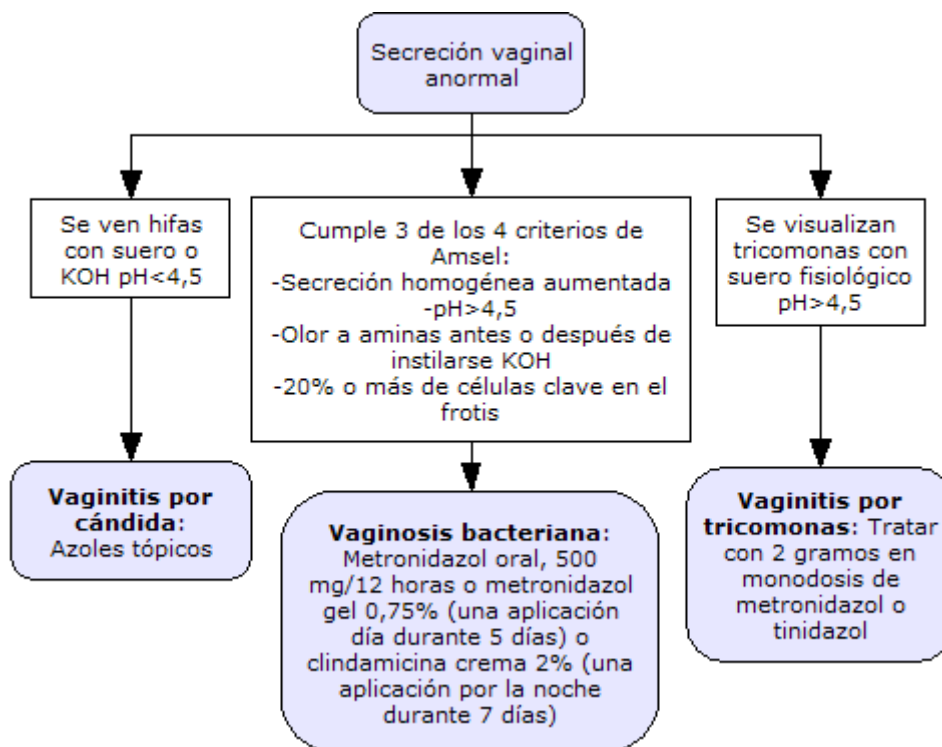
Los principales cuadros que provocan leucorrea patológica son los que se incluyen en la siguiente tabla con sus características correspondientes:

Tabla I. Características del flujo vaginal según la causa				
	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa-moderada	Blanco-amarillento	Grumosa	Indiferente
Tricomonas	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente

Vaginosis	Moderada	Blanco-grisáceo	Homogéneo-adherente	Maloliente
------------------	----------	-----------------	---------------------	------------

A continuación (en la siguiente página) se muestra un algoritmo diagnóstico para diferenciar entre los anteriores cuadros de leucorrea patológica:

Algoritmo diagnóstico inicial de las vulvovaginitis más frecuentes:



La siguiente tabla muestra las principales opciones terapéuticas que se pueden utilizar en el caso de las vulvovaginitis más frecuentes en nuestro medio:

Tabla II. Tabla resumen de tratamiento de las vaginitis

	Elección	Alternativo	Embarazo	Recurrencias
Tricomoniasis	Metronidazol o Tinidazol (2 gramos en dosis única por vía oral).	Metronidazol 500mg (2 veces al día/7 días) Metronidazol gel menos eficaz.	Metronidazol (2gramos dosis única: categoría B de la FDA).	Metronidazol 500mg (2 veces/día 7 días) o Tinidazol 2g dosis única. Sino curan: Metronidazol o Tinidazol 5 días. Sino mejoría: derivar especialista para valorar sensibilidad de tricomonas a estos fármacos.
Candidiasis	Clotrimazol en cremas (1%, 5 gr/ día 7-14 días) u óvulos (100 mg/ día durante 7 días o Clotrimazol 100mg 2 comp/3días o Clotrimazol 500mg (un comprimido intravaginal) o Miconazol 2% crema 5 g intravaginal 7 días o Miconazol 100mg(un óvulo día 7 días).	Fluconazol 150 mg oral en dosis única.	Tratamiento tópico imidazólico durante 7 días.	Tratamiento tópico con derivados imidazólicos (7-14 días) o Fluconazol 100-150-200 cada 3 días 3 dosis.
Vaginosis Bacteriana	Metronidazol oral: 500 mg cada 12	Clindamicina 300mg cada 12 horas/ 7 días o	Metronidazol oral: 500mg cada 12 horas durante 7 días	Metronidazol gel 0,75% 2 veces a la

horas durante 7 días o Metronidazol gel 0,75% 5g intravaginal /24horas 5 días o Clindamicina crema 2% 5 gramos intravaginal antes de acostarse durante 7 días.	Clindamicina óvulos 100 mg antes de acostarse durante 3 días. El Metronidazol 2% dosis única, tiene menor eficacia.	o 250 mg/8horas 7 días o Clindamicina 300mg oral cada 12 horas/ 7 días. Tratamiento tópico no efectivo, a excepción de Clindamicina óvulos en el primer trimestre, que está contraindicada en el segundo trimestre.	semana durante 6 meses.
--	---	---	-------------------------

VULVODINIA

Definición.

Se define como una molestia vulvar crónica y espontánea a modo de ardor o irritación sin anomalías clínicamente detectables y sin agravación del dolor en la palpación. Representan un síndrome clínico multifactorial que necesita un tratamiento multidisciplinar. Su etiología y su tratamiento son aún desconocidos. Clásicamente se dividen en 3 grupos:

Vulvovaginitis cíclica.

Forma más frecuente de vulvodinia. Se caracteriza por episodios de ardor en la segunda parte del ciclo menstrual y entre periodos totalmente asintomáticos. Las enfermas se quejan de dispareunia con irritación postcoital, leucorrea, prurito. Contrariamente a las verdaderas candidiasis vulvovaginales recidivantes, no se encuentra candida albicans en las crisis. Durante las mismas, el examen clínico muestra a veces fisuras interlabiales, eritema, sequedad o leve edema.

Vestibulitis.

La definición se basa en tres criterios:

- Eritema vestibular localizado en el orificio de las glándulas de Bartholino.

- Dolor provocado al menor contacto con el vestíbulo, particularmente durante las relaciones sexuales.
- Dolor reproducido por el rozamiento de las zonas inflamatorias con un hisopo.

Contrariamente a la definición de las vulvodinias, los ardores de las vestibulitis se desencadenan por las relaciones sexuales y no son espontáneos. El examen histológico de las zonas eritematosas muestra una inflamación no específica y por lo tanto es inútil en este contexto. La causa de las vestibulitis es muy controvertida y parece ser multifactorial. La anamnesis revela a menudo un pasado de candidiasis de repetición con múltiples tratamientos locales que han podido agravar los dolores. Algunos estudios insisten en la participación psicoafectiva, ya que un porcentaje considerable de pacientes sufren depresión, vaginismo u otros problemas sexuales.

El tratamiento es muy variado. Los tratamientos locales se basan en los anestésicos (sobre todo antes de las relaciones), los lubricantes y los emolientes para limitar la sequedad. Su acción es muy limitada. Existen tratamientos quirúrgicos como la perineoplastia de Wooddruff que debe proponerse como último recurso. También son aplicables en estos casos las sesiones de relajación-estimulación vaginal de tipo bioalimentación.

Vulvodinia esencial.

El diagnóstico comprende : ardores vulvares espontáneos, un examen clínico totalmente normal y la ausencia de causa explicable. Es un diagnóstico de exclusión. El examen clínico minucioso debe eliminar una enfermedad vulvar dermatológica: liquen escleroso, liquen plano erosivo, liquenificación, enfermedades ampollosas, dermatitis alérgicas o caústicas y psoriasis. Es necesario eliminar también el herpes y la candidiasis.

La biopsia y los otros exámenes complementarios son inútiles en la vulvodinia esencial, ya que se trata de entidades de origen psicosomático y representan a menudo un equivalente de la depresión. Su tratamiento general se basa en las propiedades neurotrópicas de los antidepresivos tricíclicos. El más utilizado es la amitriptilina con buena eficacia en dosis bajas (40 a 70 mg/día). El tratamiento debe ser prolongado, regular, idealmente multidisciplinario (ginecólogo, dermatólogo, psiquiatra y unidad del dolor).

La evolución de las vulvodinias es incierta. Se estima que existe un tercio de regresiones espontáneas, un tercio de respuestas al tratamiento y un tercio de fracasos terapéuticos.

MASTODINIA

La mastodinia o mastalgia (dolor mamario) es el síntoma más frecuentemente consultado en patología mamaria, el 50% de los casos.

Su frecuencia no debe invitarnos a infravalorar su importancia, no sólo por la alteración en la calidad de vida que el dolor mamario puede suponer, sino porque en un 16% de cánceres de mama el dolor es el síntoma principal y en un 8% el único síntoma. Por otro lado, una mastodinia aislada, con exploración y diagnóstico por imagen negativos, no significa un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer y así debemos transmitirlo a nuestra paciente.

Al realizar la historia clínica debemos preguntar si el dolor es uni o bilateral y si es cíclico. Así mismo preguntaremos por embarazos recientes, lactancia, uso de anticonceptivos orales, uso de tratamiento hormonal sustitutivo, la realización de ejercicio físico que incluya el uso del grupo pectoral, la existencia de traumatismo torácico previo, la concurrencia de problemas cervicales o dorsales y la asociación con otros signos, como fiebre, eritema, supuración etc. Intentaremos valorar la intensidad del dolor preguntando hasta qué punto interfiere y limita su vida diaria.

La exploración física general y mamaria irán dirigidas a buscar síntomas de neoplasia (masa, alteraciones cutáneas o del complejo areola y pezón) o bien signos de mastitis (rubor, calor).

Principalmente las dividiremos en dos grupos: mastodinitis cíclicas y no cíclicas.

La **mastalgia cíclica** la presentan 2/3 de las pacientes que refieren dolor en las mamas: se trata de mastodinitis secundarias a los cambios de proliferación epitelial y edema, consecuencia del estímulo hormonal durante el ciclo menstrual, y el momento más álgido del dolor suele corresponder a la ovulación y a los días previos a la menstruación. El tratamiento hormonal, ya sea mediante anticonceptivos o el tratamiento sustitutivo en la menopausia pueden provocar mastodinia por estímulo hormonal. Suele ser bilateral aunque puede afectar más a una mama que a otra y suele ser más intensa en el cuadrante superoexterno. Un cierto grado de malestar en las mamas con la ovulación y en los días previos menstruales puede considerarse "normal". Para algunos autores se convertiría en patológico si en una escala visual del 1 al 10 el dolor se clasifica como 4 o mayor y dura más de 7 días por ciclo. Este tipo de dolor llega a interferir en las relaciones sexuales, el ejercicio físico y la vida laboral hasta un 50% de los casos. Mujeres con una larga historia de mastodinia cíclica son las que acostumbran a presentar, sobretodo entre los 40 y los 50 años, cambios por mastopatía fibroquística, que incluyen quistes y nódulos de fibrosis además de dolor. La exploración física en la mastodinia cíclica no suele aportar ningún hallazgo, es negativa, excepto por el dolor, fuera de la fase de

mastopatía fibroquística. Solicitaremos una mamografía de cribado según el protocolo del servicio en el que estemos. En cuanto al tratamiento, en muchas mujeres la simple información de la causa del dolor les ayuda a tolerarlo más fácilmente. Si la causa es el uso de anticonceptivos o el tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia habrá que plantear su interrupción. Deben aconsejarse correctas medidas de sujeción de la mama a la paciente. Dejar de fumar, las dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono, así como la disminución de la ingesta de cafeína podrían ser beneficiosos. Tratamientos con gel de progesterona de forma tópica parecen mejorar el dolor. El tratamiento oral con preparados de la planta *Vitex Agnocastus* (sauzgatillo), administrado por la noche, han demostrado mejoría del dolor. En cuanto al tratamiento hormonal, su finalidad es disminuir los niveles de estrógenos o aumentar los de progesterona, intentando así compensar un supuesto hiperestrinismo, hipotéticamente causante del dolor. Por ello se ha utilizado tamoxifeno, danazol, gestrinona e inhibidores de la hormona liberadora de gonadotropina, con efectos objetivos disminuyendo el dolor, aunque difícilmente los efectos secundarios de estos fármacos justifican su uso en la mastalgia cíclica. Una pauta razonable y con resultados aceptables es la de administrar progesterona natural micronizada 200 mcg al día la segunda fase del ciclo.

La **mastalgia no cíclica** suele ser secundaria a la patología de la mama o de otras estructuras circundantes que provocan dolor irradiado. Suele ser unilateral aunque en determinadas patologías no puede excluirse bilateralidad.

Causas de dolor no cíclico:

La **mastitis**. Su diagnóstico es relativamente fácil por los síntomas acompañantes (rubor, edema, calor). Los cuadros iniciales pueden ocasionar febrícula, pero las mastitis muy floridas (mastitis flemonosas) pueden dar fiebre de hasta 40° C. Se trata de una infección de la mama, que se origina por lesiones en la piel o pezones que actúan de puerta de entrada para los patógenos. La más frecuente es la **mastitis puerperal**, que es la que se produce en el periodo de lactancia. Las grietas se producen como consecuencia de la succión suele ser en este caso la puerta de entrada. La bacteria más frecuentemente implicada es el *Staphylococcus Aureus*, aunque existen otros causantes (GN, estreptococos). A falta de cultivos fiables, se recomienda empezar con el tratamiento con Cloxacilina 500 mg/8h durante 10 días, sin interrumpir la lactancia. La lactancia sólo se interrumpirá si es necesario desbridar un absceso.

La mastitis no puerperal se produce en mujeres que no están en periodo de lactancia y suele ser secundaria a la manipulación del pezón en las relaciones sexuales o la fricción con la ropa. La evolución suele ser más subaguda que en las puerperales. Como con frecuencia la infección la han iniciado los gérmenes

de la boca del compañero sexual (GN y anaerobios) a falta de cultivos fiables recomendamos iniciar tratamiento con Clindamicina 300 mg/6h durante 10 días. Ante cualquier mastitis hay que considerar la posibilidad de carcinoma inflamatorio si no cede con el tratamiento antibiótico adecuado. La cronificación de las mastitis es frecuente si no se tratan correctamente.

Una mastitis de repetición que hay que tener en cuenta es la fistulización periareolar recidivante. Se trata de mastitis reiterativa secundarias al acúmulo de material comedogénico en un ducto, que llevaría a su ruptura y sobreinfección del contenido: este material purulento buscaría salida por el punto de menos resistencia que sería el límite entre piel mamaria y areola, creando una fístula que cronifica el cuadro. Los pezones umbilicados son un factor de riesgo así como el tabaquismo, sin duda, al parecer por una cronificación del tercio terminal del ducto. Los episodios agudos hay que tratarlos con antibioterapia (Clindamicina) pero para evitar la recidiva hay que proceder a la resección de la fístula.

Otra causa de patología mamaria no inflamatoria que causa dolor no cíclico es la **ectasia ductal**, dilatación de los ductos en el contexto de una mastopatía fibroquística, en la que el dolor parece correlacionar con el grado de distensión del ducto subareolar. También las **mamas voluminosas** y péndulas, por tracción de los ligamentos de Cooper, justificarían una mastalgia no cíclica.

Existen también dolores irradiados que la paciente puede describir como iniciados en la mama, como los dolores de pared torácica, la condritis intercostal (síndrome de Tzietze), dolores musculares sobre todo del pectoral mayor, alteraciones en la columna vertebral y paraespinales, síndromes postoracotomía o post-traumatismo torácico (producen aumento de la prolactina, estímulo de ambas mamas e incluso galactorrea), lesiones pleuríticas, trombosis de la vena torácica superficial (síndrome de Mondor), entre otras. En estos casos la anamnesis, la exploración física cuidadosa y pruebas de imagen negativas en las mamas ayudarían al diagnóstico. Las pruebas de imagen son obligadas en casos de dolores continuos, sobre todo en dolores claramente localizados, dado que, como hemos mencionado, un pequeño porcentaje de carcinomas tienen como primer síntomas el dolor.

SÍNDROME PREMENSTRUAL

Definición y epidemiología.

Trastorno recurrente o cíclico que consiste en un conjunto de síntomas y signos físicos, psicoemocionales y cognitivo-conductuales, de suficiente intensidad como para alterar, al menos levemente, la actividad vital de la mujer y que se presentan o se exacerban regularmente hasta tres semanas antes de la menstruación, es decir, en la fase lútea o segunda fase del ciclo menstrual. Esta sintomatología ha de presentar alivio significativo o desaparición poco después de iniciarse la menstruación o en los primeros dos o tres días de la fase postmenstrual y no debe existir otra causa que la justifique.

En su forma más leve (experimentación de algunos síntomas característicos de duración de unos pocos días precediendo a la menstruación) se observa hasta en un 90% de las mujeres con ciclos ovulatorios, aunque en la mayor parte de las mismas no sea motivo de consulta. Es por ello que su prevalencia en las diferentes series es tan variable.

Sin embargo, la prevalencia del SPM catalogable de moderado o grave oscila entre el 8% y el 32%, con lo cual existen otros factores independientes de la mera definición del SPM.

Puede iniciarse a cualquier edad de la vida reproductiva, aunque es más frecuente su comienzo al final de la segunda década y mediados en la tercera, encontrándose la máxima incidencia de aparición entre la tercera y la quinta.

Existen correlaciones descritas entre la aparición de situaciones vitalmente estresantes y la intensidad de los trastornos del humor premenstruales.

El SPM repercute en la mujer como ente bio-psico-social, alterando su bienestar en estos tres niveles, afectando así a su calidad de vida.

Etiología y fisiopatología del SPM.

No hay una única causa identificable. Se han propuesto varios factores etiológicos.

Como mecanismos fisiopatológicos se han barajado modificaciones hormonales ováricas, endocrinas y neuronales:

- Bajos niveles de progesterona
- Altos niveles de estrógenos / descenso de estrógenos

- Cambios del cociente estrógeno / progesterona
- Aumento de la actividad renina / angiotensina / aldosterona
- Aumento de la actividad suprarrenal
- Descenso de endorfinas endógenas
- Modificaciones de la respuesta a las prostaglandinas
- Secreción excesiva de prolactina
- Déficit de vitaminas (calcio y magnesio y vitamina B6)

Factores hormonales ováricos.

Los niveles elevados de hormonas gonadales y sus fluctuaciones pueden no ser la única causa de SPM pero sí pueden determinar una sintomatología más grave en mujeres más sensibles ya que la respuesta anómala a niveles hormonales normales de esteroides ováricos es característica del SPM.

Interacciones entre las hormonas gonadales y otros sistemas.

Las hormonas gonadales interactúan con otros sistemas como el SNC, cardiovascular y otros sistemas reguladores. Por lo tanto, es de esperar que las fluctuaciones relacionadas con la menstruación puedan provocar modificaciones en la actividad de otros sistemas que puedan justificar la cohorte de síntomas del SPM.

Factores genéticos y/o hereditarios.

Estudios muestran cierta predisposición genética a padecer es SPM.

Otros factores:

- Déficit de vitaminas y minerales.
- Factores psicoafectivos, emocionales o psicológicos.

Mecanismos fisiopatológicos del SPM

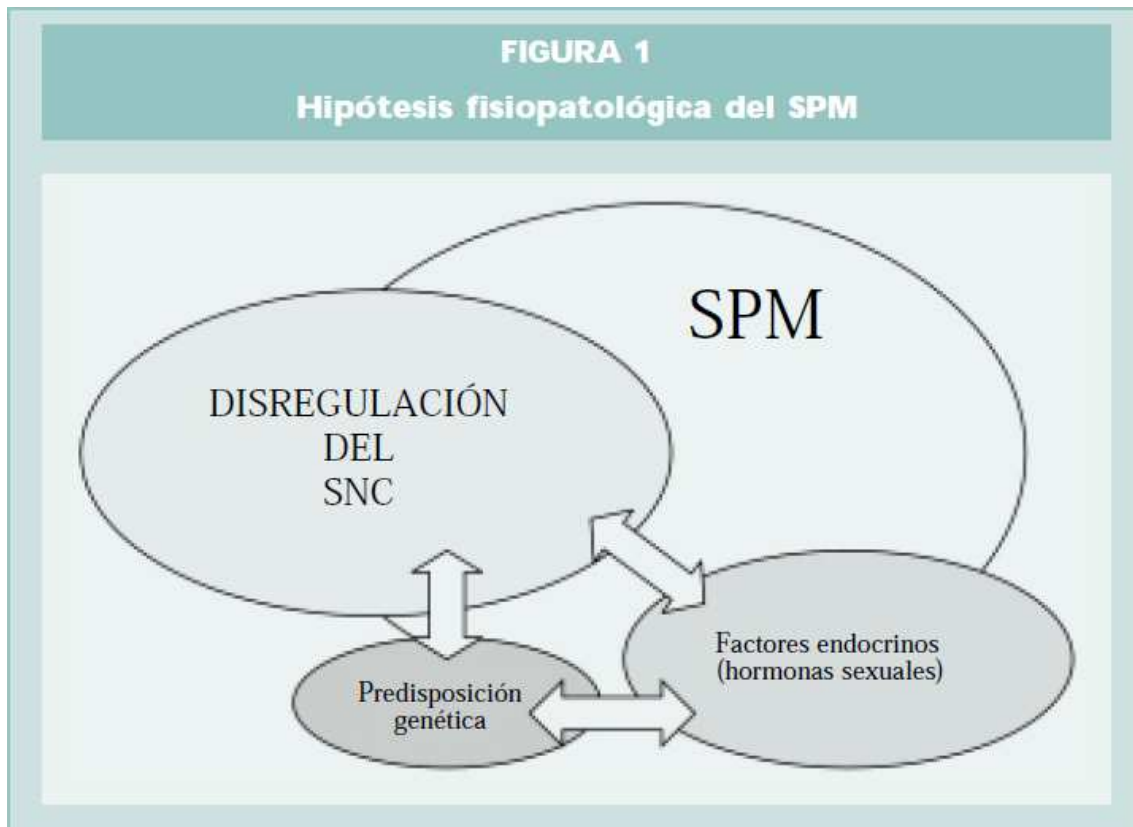
Si bien se ha expuesto que la etiología de los síntomas premenstruales es multifactorial, fisiopatológicamente se puede considerar que se partiría de una predisposición genética al SPM que se manifiesta con la propensión a disregulación del SNC y a mecanismos de adaptación perjudiciales. La hipersensibilidad del individuo a los cambios (fluctuaciones) de las hormonas gonadales es un factor contribuyente a la vulnerabilidad a padecer trastornos en otros periodos de cambio o inestabilidad hormonal como postparto y periodo perimenopáusico.

Con esta predisposición genética la sintomatología del SPM está provocada por cambios en los niveles de hormonas gonadales a partir de la ovulación y sobre todo durante la fase lútea. Estos cambios hormonales influyen en múltiples conexiones del SNC.

La incidencia de los síntomas y su gravedad tienen un carácter individual y dependen del ambiente de la mujer, de la percepción que haga de los síntomas y de su habilidad para sobrellevarlos; en esto influyen experiencias pasadas además de la interacción de los distintos sistemas de SNC afectados por las modificaciones hormonales.

En el síndrome premenstrual se produce, como en todo desequilibrio, un mecanismo de adaptación biológica que devuelve los distintos sistemas a un funcionamiento equilibrado y los síntomas desaparecen espontáneamente incluso en las pacientes más graves. El mecanismo de adaptación y por qué desaparecen los síntomas no se conoce.

En definitiva, se trataría de una especial sensibilidad individual de los diferentes sistemas de neurotransmisores del SNC al efecto modulador de las hormonas sexuales.



Sintomatología del SPM.

Síntomas somáticos

DOLOR: Cefalea, hipersensibilidad mamaria, dolor articular y dolor muscular.

NEUROVEGETATIVOS: Insomnio, anorexia, avidez por ciertos alimentos, fatiga, letargia, agitación y alteración de la libido.

ALTERACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Náuseas, diarreas, palpitaciones.

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Convulsiones, mareos, vértigos, parestesias y temblores.

TRASTORNOS HIDRO-ELECTROLÍTICOS: Distensión abdominal, aumento de peso, oliguria y edemas.

TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS: Acné, piel grasa, cabello graso, cabello seco, hirsutismo.

De ellos, **los síntomas somáticos asociados con más frecuencia** son:

- **Tensión mamaria:** aumento del volumen de las mamas, acompañado de dolorimiento (mastodinia).

- **Distensión abdominal**, que se acompaña de tensión dolorosa del abdomen y de ganancia ponderal premenstrual.
- **Artralgias, mialgias, cefaleas, edemas periféricos y alteraciones del hábito intestinal.**

Un aspecto importante de la sintomatología es la variabilidad interpersonal en la presentación clínica del síndrome. Sin embargo, la variabilidad intrapersonal es mínima, esto es, cada paciente presenta un cuadro bastante reproducible mes a mes.

2. Síntomas psíquicos

La sintomatología psíquica premenstrual es extraordinariamente frecuente:

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA: Disminución de la eficiencia, aislamiento social.

AFFECTIVOS: Tristeza, cólera, ansiedad, irritabilidad y labilidad emocional.

COGNITIVOS: Disminución de la concentración, indecisión, pensamientos suicidas, ideación paranoide.

TABLA I Sintomatología clínica del SPM		
Cognitivos y conductuales	Del ánimo	Somáticos
Trastornos del sueño Cambios en el apetito Disminución de la concentración Disminución del interés Retraimiento social	Irritabilidad Oscilaciones del ánimo Ansiedad/tensión Depresión Sentimiento de falta de control	Dolor Síntomas neurovegetativos Alteración del sistema nervioso autónomo Alteraciones del sistema nervioso central Trastornos hidro-electrolíticos Trastornos dermatológicos

Estos síntomas conductuales y del ánimo son los que más disconfort producen a las mujeres y son los que las llevan a tomar medicación más frecuentemente.

Sin embargo, las mujeres que típicamente refieren el mayor incremento premenstrual de los síntomas se refieren a los físicos en vez de a los psíquicos más característicos.

La característica común a todos los síntomas, fueren psíquicos o físicos, es que aparecen antes de la menstruación, que afectan a la rutina diaria o al trabajo de las mujeres que padecen SPM y que dicha sintomatología desaparece con la menstruación, siguiéndose de un periodo libre de síntomas hasta el siguiente periodo premenstrual, como ya se reseñó en el apartado de "precisiones conceptuales".

Aunque lo típico de la sintomatología es su aparición en la fase lútea, hay una considerable variación en la duración de los síntomas. La mayoría de las mujeres que solicitan tratamiento experimentan los síntomas una o dos semanas, pero se han observado otros patrones. Algunas mujeres experimentan el disconfort unos días alrededor de la ovulación y luego otra vez en la semana premenstrual; por el contrario, otras pueden padecer las molestias solamente unos días antes de la regla.

La afectación de la vida diaria es un criterio fundamental para valorar la gravedad del SPM. Hay un deterioro de las relaciones familiares, sociales, laborales y en la actividad sexual que afecta entre el 15 y el 30% de las que padecen este trastorno.

Abordaje diagnóstico del SPM.

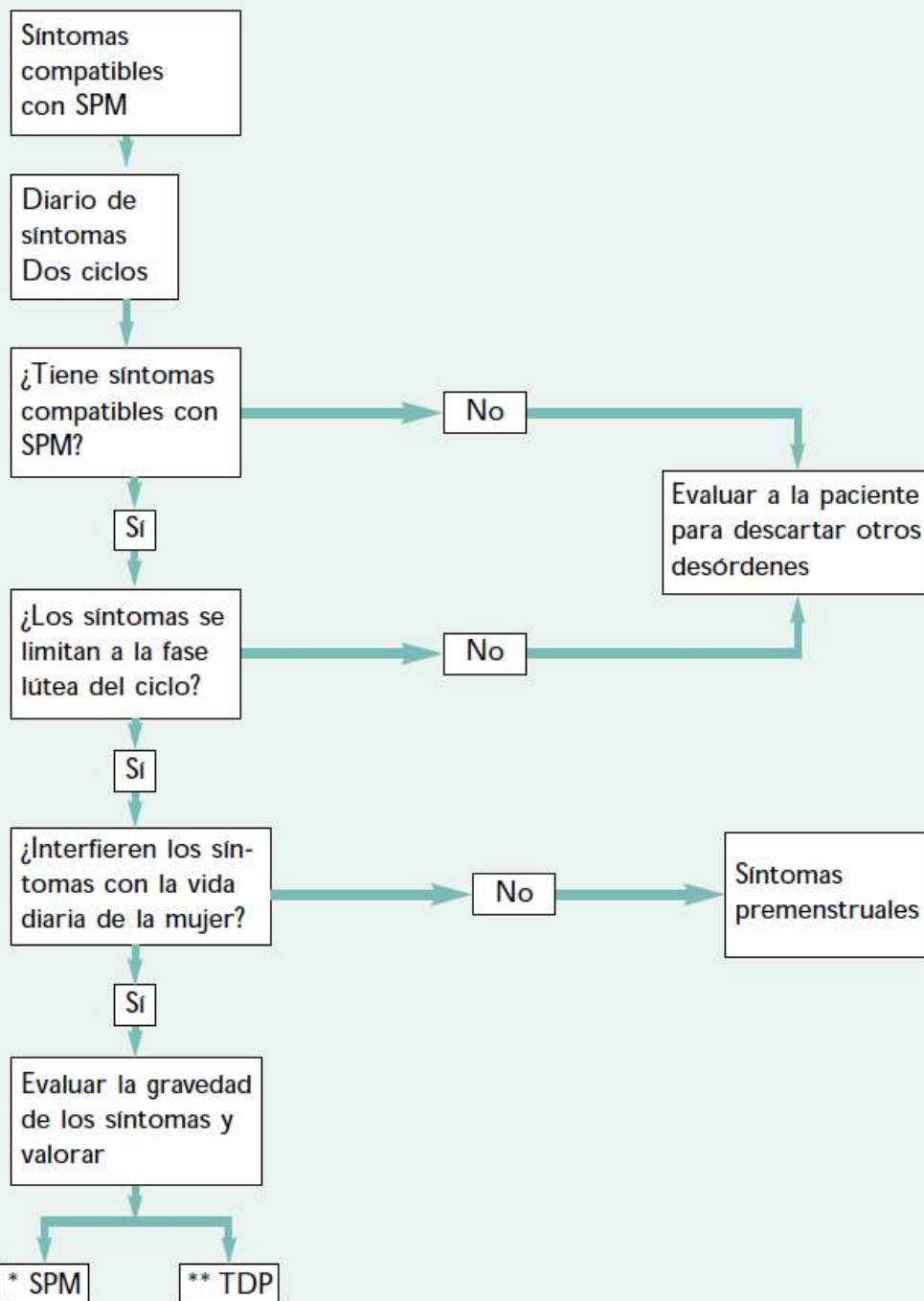
Aunque puede realizarse un diagnóstico provisional basándose en la descripción sintomática, el diagnóstico debe ser confirmado con un diario prospectivo durante **al menos dos ciclos consecutivos**.

Ante una paciente probablemente afecta de síndrome premenstrual la sistemática de estudio consistiría en:

1. Realización de historia clínica detallada incluyendo la descripción de los síntomas y duración de los mismos, así como su relación con el ciclo menstrual
2. Evaluación de diagnósticos diferenciales mediante la exploración física o pruebas complementarias específicas.
3. Observación prospectiva de los síntomas mediante la autoevaluación diaria de su presencia e intensidad por al menos dos ciclos.
4. Evaluación del registro de calendario, estableciendo el diagnóstico.
5. Eventual valoración psiquiátrica.
6. Indicación terapéutica.

FIGURA 1

Algoritmo diagnóstico del SPM



* SPM: Síndrome premenstrual
** TDP: Trastorno disfórico premenstrual

En resumen: siguiendo las directrices del *American College Obstetrics and Gynecologist*, el **diagnóstico de SPM debe incluir:**

- Síntomas concordantes con SPM.
- Aparición de estos síntomas en la fase lútea (últimas dos semanas del ciclo menstrual).
- Alivio de estos síntomas en la fase folicular.
- Interferencia de los síntomas con la actividad vital de la mujer.
- Exclusión de otros cuadros.

Abordaje terapéutico del SPM.

A continuación se detallan esas opciones terapéuticas.

Tratamientos médicos

A. Hormonales

Anticonceptivos hormonales con drospirenona

La drospirenona es un nuevo gestágeno, derivado de la espironolactona (diurético antagonista competitivo de la aldosterona), que conserva en gran medida la capacidad de inhibir competitivamente el receptor de la aldosterona. Esta característica le hace ser diferente de los demás gestágenos, ya que al igual que la progesterona natural tiene un efecto natriurético. Este hecho se manifiesta en una mejoría sustancial del SPM. Por lo tanto, los anticonceptivos con drospirenona son una buena opción terapéutica en aquellas pacientes con SPM que deseen tomar ACH.

Una ventaja adicional del uso de la drospirenona como gestágeno anticonceptivo es que el antagonismo de la aldosterona reduce el efecto de retención hidrosalina inducida por el etinilestradiol, la cual es responsable de algunos de los efectos desagradables de los anticonceptivos orales, como la mastodinia, las náuseas, o el aumento de peso inicial que se produce al comenzar un tratamiento con anticonceptivos orales.

Progesterona y progestágenos

Es el tratamiento hormonal más antiguo y que más se ha utilizado. Se ha administrado durante la fase lútea en dosis diarias de entre 50 y 800 mg, por diferentes vías: vaginal, rectal, intramuscular y oral.

Únicamente merece la pena comentar **la tibolona**. Con este gestágeno, 19-norderivado de primera generación, se ha efectuado un ensayo clínico doble ciego frente a placebo, con buenos resultados.

Danazol

Aunque la eficacia del danazol en el SPM esté comprobada, su interés en esta indicación está muy limitado debido a sus riesgos y efectos secundarios, como lo atestiguan los numerosos abandonos en el curso de los estudios. Por tanto su utilización debería estar restringida a casos muy severos, y además se debería administrar en cortos períodos de tiempo.

Utilizando el danazol en dosis de 200 mg por día, en forma discontinua, desde el principio de los síntomas hasta el comienzo de la menstruación.

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHa)

Pese a su eficacia, los GnRHa tienen grandes inconvenientes. Por un lado, al suspender el tratamiento con GnRHa se reanudan los ciclos y la ovulación, y con ellos reaparecen los trastornos. Por otro lado, el coste del tratamiento con GnRHa es muy elevado, y los efectos secundarios de la hipoestrogenemia que inducen son muy importantes y desagradables. Estas circunstancias limitan enormemente sus indicaciones y la duración de su utilización en el SPM.

B. No hormonales

Diuréticos

En la actualidad se puede considerar su uso como muy escaso.

Tratamientos quirúrgicos

En la actualidad rara vez está justificada esta terapia, dado que existen tratamientos médicos con gran eficacia.

Tratamientos con fármacos psicotropos

Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Fluoxetina

Ansiofíticos

El alprazolam, una benzodiazepina. Es útil también de forma discontinua durante la fase lútea.

La buspirona es un ansiofítico de acción serotoninérgica; 25 mg/día, también se ha encontrado útil en algunos estudios.

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual se ha revelado como la más eficaz en este campo.

Medidas higiénico dietéticas y actividad física

A. Información y educación

El calendario de autoevaluación cotidiana es un excelente método de educación, que permite a la paciente un mejor autoconocimiento. El simple hecho de rellenarlo de continuo logra a menudo efectos terapéuticos.

La información debe extenderse al entorno familiar, especialmente al cónyuge o el compañero, con el fin de obtener su comprensión y asistencia.

Una buena relación médico-paciente basada en el diálogo desempeña, así mismo, un papel importante

B. Consejos dietéticos

La mejoría de los síntomas después de una comida con alto contenido de carbohidratos puede explicarse por un aumento de los niveles de serotonina.

Una dieta equilibrada y una ración alimenticia bien repartida en varias comidas a lo largo del día. Es aconsejable evitar los azúcares de metabolismo rápido, que son fuente de fenómenos hipoglucémicos, limitar la sal, que puede contribuir a la retención hídrica, y los excitantes como el tabaco, el café y el alcohol.

Los consejos conducen al menos a una mejor higiene alimenticia y evitan los errores que pueden agravar los síntomas.

C. Suplementos de vitaminas y minerales

Pese a que nunca se han podido demostrar deficiencias vitamínicas o de minerales en pacientes con SPM, se han utilizado diversas vitaminas y minerales en forma de suplementos para el tratamiento de este síndrome.

Vitaminas B 6 (piridoxina)

Dado que la piridoxina actúa como cofactor enzimático en la síntesis de la dopamina, de la noradrenalina, de la serotonina y de las prostaglandinas, se ha preconizado un posible papel terapéutico en el SPM, en dosis que van de 50 a 500 mg por día.

Sin embargo, todos los demás estudios más recientes que han utilizado la piridoxina en dosis diarias de 100, 150 ó 200 mg por día no han encontrado una eficacia superior a la del placebo.

Por otra parte, la descripción de casos de neuropatía sensitiva en sujetos tratados con 200 mg diarios aconseja tener prudencia y a restringir su uso, al menos hasta que se tengan datos definitivos de su eficacia.

Suplementos cálcicos

Utilizar dosis de 1000-1.200 mg al día de calcio elemental durante tres ciclos ha demostrado mejoría en cuanto a la intensidad de la depresión, retención hídrica, dolor, antojos alimenticios, fatiga e insomnio. Sin embargo son necesarios estudios de mayor envergadura que corroboren estos datos.

Suplementos de magnesio

Dosis entre 200 y 360 mg/día han demostrado tener cierto efecto beneficioso, reduciendo tanto los síntomas físicos como los emocionales.

D. Ejercicio físico

El ejercicio físico realizado de manera regular puede tener efectos pronunciados sobre el sistema endocrino. Durante el ejercicio físico se produce un aumento de los niveles de cortisona, testosterona, estradiol, prolactina y hormona del crecimiento, lo cual podría acarrear una mejoría del cuadro.

E. Fototerapia

Un estudio aleatorio, doble ciego, ha comparado los resultados obtenidos al exponer durante 30 minutos a pacientes con tensión premenstrual a una luz con el espectro completo, similar a la luz solar.

6.Terapias alternativas

Aceite de onagra

El aceite de onagra contiene ácido cis-linoleico y ácido gamma-linolénico, precursores ambos de las prostaglandinas, y cuya deficiencia han sido involucrada en la fisiopatología del SPM. Utilizándolo en dosis de 1,5 mg dos veces al día, desde el 15º día del ciclo hasta el comienzo de la regla.

Aunque podría emplearse en algunos casos de este síndrome, dada su carencia de efectos adversos, en la actualidad no constituye un tratamiento de elección.

Sauzgatillo (Vitex Agnus Castus)

Tanto en la antigua Grecia como durante la Edad Media, el fruto de sauzgatillo fue considerado un anafrodisíaco, por lo que se empleaba para ayudar a mantener la castidad. En la actualidad no se ha visto que disminuya la libido, sino que se comprobado más bien una actuación de normalización del humor, en el sentido de que controlaría tanto los excesos como la falta de ánimo. En este sentido podría considerarse al *Vitex Agnus Castus* como un estabilizador del humor, tanto en varones como en mujeres.

La fitoterapia actual utiliza los preparados del fruto de agnocasto para el tratamiento del síndrome premenstrual y de la mastodinia (nivel A2 según los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia).

El *Vitex Agnus Castus* demostró igual eficacia en el control del SPM que la fluoxetina, pero con menores efectos secundarios.

Aún no es conocido totalmente cuál es el mecanismo íntimo de acción del Sauzgatillo.

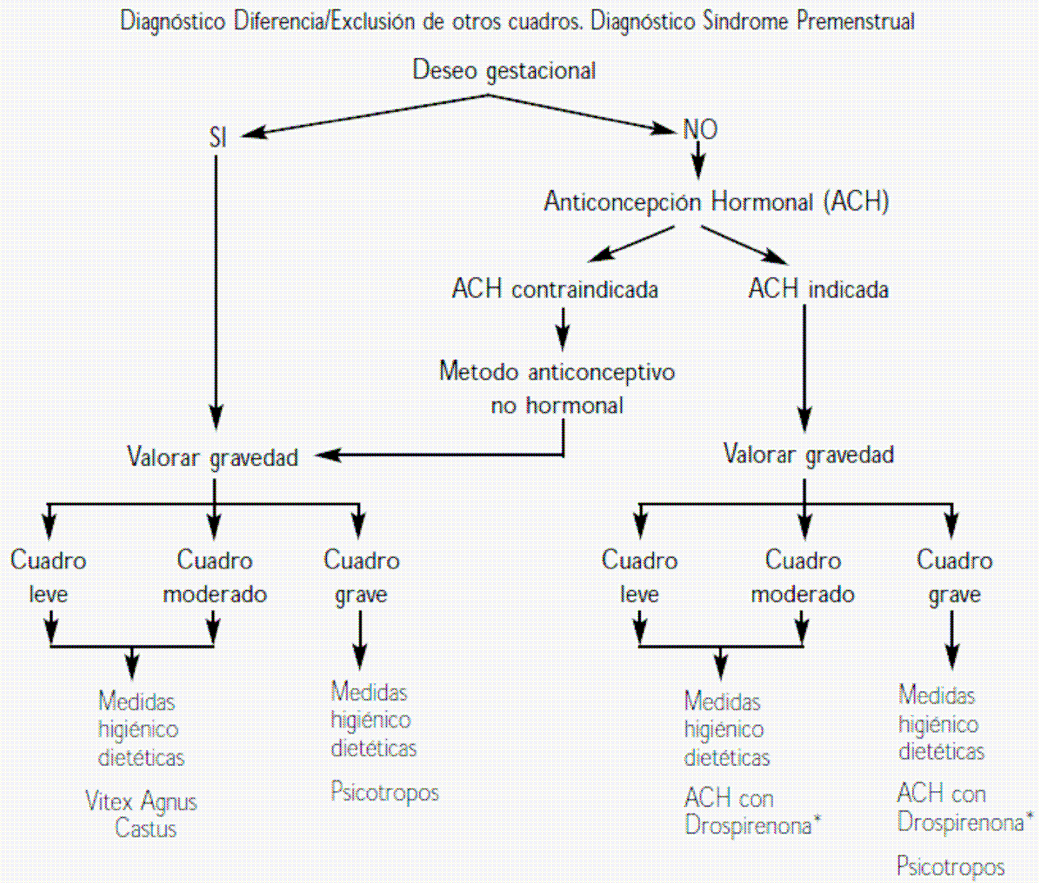
La dosis más adecuada se considera que está en unos 4 mg de extractos seco del fruto, con una dosificación de una o dos dosis al día, durante un periodo mínimo de 3 meses, todos los días del ciclo. Si fuera necesario, se puede utilizar por tiempo indefinido.

Por lo que se refiere a los efectos secundarios, se trata de una droga bien tolerada, para la que sólo ocasionalmente se ha descrito la aparición de picores o exantemas urticarios. Estas reacciones de tipo alérgico cesan al suspender el tratamiento.

Es una opción terapéutica válida en el SPM leve a moderado.

FIGURA 1

Algoritmo terapéutico Síndrome Premenstrual



* por su perfil farmacológico ha demostrado mejor efecto en el alivio del SPM que otros gestágenos.

