



## **Dismenorrea en pacientes pediátricos: claves para su diagnóstico y tratamiento**

La dismenorrea, definida como el dolor menstrual que interfiere con las actividades cotidianas, es una de las principales causas de ausentismo escolar y deterioro de la calidad de vida en adolescentes. Se clasifica en dos tipos: primaria, sin patología ginecológica subyacente, y secundaria, asociada a condiciones como endometriosis o malformaciones uterinas.

### **Fisiopatología**

En la dismenorrea primaria, el dolor se relaciona estrechamente con la actividad ovulatoria del ciclo menstrual. Para que se produzca este tipo de dolor es necesario que existan ciclos ovulatorios, lo cual suele ocurrir entre 6 y 12 meses después de la menarquia, cuando el eje hipotálamo-hipófisis-ovario madura.

Durante la fase lútea, tras la ovulación, el cuerpo lúteo produce progesterona, que estabiliza el endometrio. Al final del ciclo, si no hay embarazo, los niveles de progesterona disminuyen bruscamente; esta caída hormonal induce un aumento en la actividad de enzimas como la fosfolipasa A2, lo que lleva a una mayor liberación de ácido araquidónico desde las membranas celulares endometriales.

Este ácido araquidónico es el precursor de las prostaglandinas, especialmente la prostaglandina F2 $\alpha$  (PGF2 $\alpha$ ) y la PGE2. En adolescentes con dismenorrea primaria, se ha demostrado una producción excesiva de PGF2 $\alpha$ , la cual provoca contracciones uterinas intensas, vasoconstricción y reducción del flujo sanguíneo al miometrio, generando isquemia y dolor.

En la dismenorrea secundaria, el dolor se debe a una patología estructural o funcional, como endometriosis, estenosis cervical o malformaciones uterinas. En estos casos, además del efecto de las prostaglandinas, existen factores mecánicos o inflamatorios adicionales que contribuyen al dolor.

## Factores de riesgo

Existen diversos factores que se han asociado a una mayor probabilidad de desarrollar dismenorrea, especialmente en su forma primaria, entre los que destacan:

- Edad temprana de la menarquia (<12 años).
- Ciclos menstruales regulares y ovulatorios.
- Historia familiar de dismenorrea.
- Tabaquismo.
- Índice de masa corporal bajo.
- Sangrado menstrual abundante o prolongado.
- Estrés psicológico y ansiedad.
- Sedentarismo.

El conocimiento de estos factores permite identificar a las adolescentes con mayor riesgo y aplicar estrategias de prevención o tratamiento temprano.

## Diagnóstico

El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, incluyendo características del dolor, inicio respecto a la menarquia, duración, intensidad, respuesta a tratamientos previos y síntomas asociados.

En dismenorrea primaria típica, no suele requerirse evaluación adicional; sin embargo, ante sospecha de dismenorrea secundaria, dolor progresivo o refractario al tratamiento, está indicado realizar una ecografía pélvica, y en casos seleccionados, puede considerarse realizar una resonancia magnética o laparoscopia diagnóstica.

## Tratamiento

El tratamiento inicial de la dismenorrea primaria incluye medidas generales como ejercicio físico regular, aplicación de calor local y educación sobre el ciclo menstrual. Los antiinflamatorios no esteroides (AINES), como ibuprofeno o naproxeno, constituyen la primera línea terapéutica, ya que estos inhiben la enzima ciclooxigenasa (COX), disminuyendo la síntesis de prostaglandinas y, por tanto, reducen las contracciones uterinas y el dolor.

Si los AINES no son efectivos, se puede indicar el uso de anticonceptivos hormonales combinados, que suprimen la ovulación, reducen la proliferación endometrial y disminuyen la producción de prostaglandinas.

En la dismenorrea secundaria, el tratamiento se orienta según la etiología, y puede incluir terapia hormonal supresora y/o cirugía laparoscópica, especialmente en casos de endometriosis.

## Conclusión

La dismenorrea es una afección común en adolescentes, cuyo manejo adecuado mejora significativamente su calidad de vida, la comprensión de su fisiopatología, incluyendo la necesidad de ciclos ovulatorios, la disminución de progesterona y el rol clave de las prostaglandinas, permite un abordaje más racional y eficaz.

Con una buena identificación de factores de riesgo, evaluación clínica cuidadosa y tratamiento escalonado, la mayoría de los casos pueden manejarse exitosamente.

La combinación de ibuprofeno y paracetamol representa una alternativa segura y eficaz para el manejo del dolor, especialmente en pacientes que no responden de forma óptima a los AINEs en monoterapia.

Con una buena identificación de factores de riesgo y un tratamiento escalonado, la mayoría de los casos pueden manejarse exitosamente en el primer nivel de atención, y la derivación al especialista es clave en casos refractarios o cuando se sospecha una causa secundaria.