

dismenorrea – dysmenorrhea

Authored by
memjavad

January 2, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *dismenorrea – dysmenorrhea*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8021>

Dismenorrea

Primary Disciplinary Field(s): Ginecología y Obstetricia, Medicina del Dolor.

1. Definición Central y Clasificación

La dismenorrea constituye uno de los trastornos ginecológicos más prevalentes, definiéndose formalmente como la presencia de dolor pélvico o abdominal de tipo cólico que se produce en asociación temporal con la menstruación. Este dolor, que puede variar desde una molestia leve hasta un sufrimiento incapacitante, típicamente comienza justo antes o al inicio del flujo menstrual y persiste durante las primeras 24 a 72 horas del ciclo. Su impacto es significativo, afectando la calidad de vida, el rendimiento académico y la productividad laboral de las mujeres en edad reproductiva a nivel global. A pesar de su alta incidencia, a menudo es subdiagnosticada o normalizada, lo que retrasa la búsqueda de tratamiento adecuado.

La clasificación de la dismenorrea es fundamental para guiar el diagnóstico y el abordaje terapéutico, dividiéndose tradicionalmente en dos categorías principales: primaria y secundaria. La **dismenorrea primaria**, también conocida como dismenorrea esencial o funcional, es aquella que ocurre en ausencia de una patología pélvica macroscópica subyacente identificable. Generalmente, su inicio se produce en la adolescencia, dentro de los 6 a 12 meses posteriores a la menarquia, una vez que se han establecido los ciclos ovulatorios. Este tipo de dismenorrea está intrínsecamente ligada a mecanismos bioquímicos y fisiológicos del endometrio durante la fase lútea tardía.

Por otro lado, la **dismenorrea secundaria** se refiere al dolor menstrual causado por una enfermedad o anomalía estructural dentro de la pelvis. A diferencia de la forma primaria, la dismenorrea secundaria suele manifestarse en mujeres que previamente experimentaban ciclos menstruales indoloros o solo ligeramente molestos, típicamente con un inicio en la vida adulta (después de los 25 años). Las causas subyacentes son variadas e incluyen condiciones como la endometriosis, la adenomiosis, los leiomiomas uterinos (fibromas), la enfermedad pélvica inflamatoria crónica (EPI) y, en raras ocasiones, malformaciones müllerianas. La identificación y el tratamiento de la patología causal son cruciales para la resolución de los síntomas en este subtipo.

2. Etiopatogenia de la Dismenorrea Primaria

La dismenorrea primaria es primariamente un trastorno de base bioquímica que se centra en la producción y liberación excesiva de [prostaglandinas](#) por el endometrio. Durante la fase lútea del ciclo menstrual, el endometrio se prepara para la descamación. Si no ocurre la implantación, la descomposición de las células endometriales libera fosfolípidos que, bajo la acción de la enzima fosfolipasa A2, son convertidos en ácido araquidónico. Este ácido es el precursor inmediato para

la síntesis de prostaglandinas, específicamente la Prostaglandina F2 α (PGF2 α) y la Prostaglandina E2 (PGE2).

El rol central lo desempeña la PGF2 α , un potente vasoconstrictor y estimulante del músculo liso uterino. La liberación local y exagerada de PGF2 α resulta en un aumento dramático de las contracciones miometriales, incrementando la frecuencia y la intensidad de las mismas, lo que se conoce como hipercontractilidad uterina. Estas contracciones intensas provocan un aumento de la presión intrauterina, que puede superar los 150-180 mmHg, dificultando el flujo sanguíneo hacia el miometrio. Esta isquemia transitoria del tejido muscular uterino es lo que se percibe como dolor de tipo cólico.

Además de las prostaglandinas, otros mediadores químicos están implicados en la fisiopatología de la dismenorrea primaria. Se ha investigado el papel de los [leucotrienos](#), productos de la vía de la 5-lipooxigenasa, los cuales también poseen propiedades vasoconstrictoras y proinflamatorias. La interacción de estos mediadores no solo exacerba la isquemia y la contracción, sino que también sensibiliza las terminaciones nerviosas nociceptivas, amplificando la percepción del dolor. La variación individual en la respuesta y el metabolismo de estas sustancias explica por qué algunas mujeres experimentan dolor severo mientras que otras son asintomáticas.

3. Etiopatogenia de la Dismenorrea Secundaria

La dismenorrea secundaria tiene una etiología heterogénea, siendo la **endometriosis** la causa más frecuente y clínicamente relevante. La endometriosis se caracteriza por la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina, lo que provoca una reacción inflamatoria crónica y la formación de adherencias. El sangrado cíclico de estos implantes ectópicos, junto con la liberación de citocinas proinflamatorias y prostaglandinas en la cavidad peritoneal, es responsable del dolor menstrual severo y, a menudo, del dolor pélvico crónico no cíclico.

Otra causa estructural importante es la **adenomiosis**, donde el tejido endometrial benigno invade el miometrio (la capa muscular del útero). Esta infiltración provoca un aumento del tamaño uterino (útero globuloso), hiperplasia miometrial y un incremento en la producción local de prostaglandinas, resultando en contracciones uterinas dolorosas y sangrado menstrual abundante (menorragia). La adenomiosis es particularmente común en mujeres multíparas que se acercan a la perimenopausia.

Otras condiciones incluyen los **leiomiomas uterinos** (fibromas), especialmente aquellos de localización submucosa o intramural, que pueden distorsionar la cavidad uterina y causar contracciones ineficaces y dolorosas. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) crónica, resultado de infecciones no tratadas, puede dejar secuelas en forma de adherencias y cicatrices que restringen la movilidad de los órganos pélvicos, generando dolor crónico que se exacerba durante la menstruación. Finalmente, el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), particularmente aquellos

que no liberan hormonas, puede, en algunos casos, inducir una respuesta inflamatoria local que contribuye a la dismenorrea.

4. Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico Diferencial

Las manifestaciones clínicas de la dismenorrea primaria son típicamente uniformes y predecibles. El dolor se localiza en la parte baja del abdomen, a menudo irradiando hacia la espalda baja o la parte interna de los muslos. Se describe como un calambre intermitente pero intenso. Es común que se acompañe de síntomas sistémicos vasovagales, incluyendo náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, fatiga y, en casos severos, mareos. Estos síntomas sistémicos son también atribuidos a la acción de las prostaglandinas en otros sistemas orgánicos, como el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso central.

El diagnóstico de la dismenorrea primaria es fundamentalmente clínico, basado en una historia detallada que revela la aparición del dolor poco después de la menarquia, su naturaleza cíclica y su cese tras la culminación del flujo menstrual. Sin embargo, el principal desafío diagnóstico reside en diferenciarla de la dismenorrea secundaria. La sospecha de dismenorrea secundaria aumenta si el dolor es de inicio tardío, si no responde a la terapia convencional con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o anticonceptivos orales, o si se acompaña de otros síntomas ginecológicos como dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), sangrado intermenstrual o dolor pélvico crónico.

El protocolo diagnóstico para la dismenorrea secundaria requiere una evaluación exhaustiva que incluye un examen pélvico completo, para detectar masas, nodularidad o dolor a la movilización cervical (sugestivo de EPI o endometriosis). La [ecografía transvaginal](#) es la herramienta de imagen de primera línea, permitiendo visualizar leiomiomas, quistes ováricos, útero globuloso (adenomiosis) y, en algunos casos, endometriomas. En situaciones de alta sospecha de endometriosis severa o cuando el dolor es intratable, la laparoscopia diagnóstica puede ser necesaria para confirmar la presencia y extensión de la patología subyacente, siendo considerada el estándar de oro para el diagnóstico definitivo de endometriosis.

5. Abordaje Terapéutico: Farmacológico y No Farmacológico

El objetivo principal del tratamiento de la dismenorrea es aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Para la dismenorrea primaria, el tratamiento farmacológico de primera línea son los **antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)**. Fármacos como el ibuprofeno, el naproxeno o el ácido mefenámico actúan inhibiendo la ciclooxigenasa (COX), reduciendo así la síntesis de prostaglandinas en el endometrio. Para ser efectivos, los AINEs deben iniciarse justo antes del inicio de la menstruación o tan pronto como el dolor comience, manteniendo una dosificación regular durante los primeros días del ciclo.

Si los AINEs resultan insuficientes o están contraindicados, la segunda línea de tratamiento farmacológico la constituyen los **anticonceptivos hormonales combinados (AHCs)**. Estos medicamentos funcionan suprimiendo la ovulación y, crucialmente, causando atrofia endometrial. Al reducir el grosor del endometrio y la proliferación glandular, se disminuye significativamente la cantidad de tejido disponible para producir prostaglandinas. Los AHCs pueden administrarse de forma cíclica o en regímenes de dosis extendida o continua, siendo esta última opción particularmente útil para reducir la frecuencia de los episodios dolorosos.

El abordaje terapéutico de la dismenorrea secundaria se centra inexorablemente en el tratamiento de la patología causal. Por ejemplo, en el caso de la endometriosis, el tratamiento puede involucrar la supresión hormonal a largo plazo (progestágenos, agonistas de GnRH) o la [cirugía laparoscópica](#) para la ablación de los implantes. Si la causa es un leiomioma sintomático, las opciones varían desde la miomectomía hasta la histerectomía en casos severos o en mujeres sin deseo de fertilidad. Solo al abordar la enfermedad subyacente se puede esperar una resolución completa o significativa de la dismenorrea secundaria.

Las estrategias no farmacológicas, aunque generalmente complementarias, pueden ofrecer alivio. La aplicación de calor local (termoterapia) en el abdomen bajo ha demostrado ser tan efectiva como algunos AINEs en estudios controlados, debido a su capacidad para relajar el miometrio y mejorar el flujo sanguíneo. Otras intervenciones incluyen la modificación dietética (reducción de grasas saturadas, aumento de ácidos grasos omega-3), el ejercicio físico regular, y técnicas de medicina complementaria como la acupuntura, que han mostrado resultados variables pero prometedores en algunos subgrupos de pacientes.

6. Impacto Socioeconómico y Calidad de Vida

La dismenorrea, especialmente en sus formas moderadas a severas, impone una carga sustancial tanto a nivel individual como social. Es una de las principales causas de absentismo escolar y laboral entre las mujeres jóvenes. Los estudios epidemiológicos indican que el dolor menstrual puede llevar a la pérdida de hasta 1 a 3 días de actividad al mes, lo que se traduce en una reducción significativa de la productividad económica y académica a escala global. Este impacto se ve agravado por la tendencia social a minimizar el dolor menstrual, lo que lleva a las mujeres a no reportar sus síntomas o a automedicarse ineficazmente.

Más allá de la esfera productiva, la dismenorrea afecta profundamente la calidad de vida y el bienestar psicológico. El dolor crónico o recurrente está asociado con un aumento en las tasas de ansiedad, depresión y trastornos del sueño. La incapacidad para participar en actividades sociales, deportivas o familiares durante varios días al mes puede generar aislamiento y frustración. En el contexto de la dismenorrea secundaria, particularmente la asociada a la endometriosis, el retraso diagnóstico (que puede ser de varios años) perpetúa el sufrimiento y

puede llevar a la cronificación del dolor, dificultando aún más el tratamiento exitoso.

Desde una perspectiva socioeconómica más amplia, los costos asociados a la dismenorrea son elevados. Estos incluyen los costos directos (consultas médicas, medicamentos, procedimientos diagnósticos) y los costos indirectos, siendo estos últimos los más significativos debido a la pérdida de productividad, el absentismo y el presentismo (estar en el trabajo o la escuela pero con rendimiento reducido). Reconocer la dismenorrea como una condición médica seria, y no meramente un inconveniente fisiológico, es crucial para justificar la inversión en programas de salud pública y la educación tanto de pacientes como de profesionales sanitarios.

7. Líneas de Investigación y Controversias Actuales

Las líneas de investigación actuales buscan comprender mejor los mecanismos que subyacen a la dismenorrea primaria refractaria y la conexión entre la dismenorrea secundaria y los estados de dolor crónico. Una área de estudio importante es la **sensibilización central**. Se postula que la exposición repetida a episodios de dolor pélvico agudo puede llevar a cambios neuroplásticos en el sistema nervioso central, haciendo que las vías del dolor se vuelvan hiperexcitables. Esto podría explicar por qué algunas pacientes con dismenorrea primaria severa continúan experimentando dolor significativo incluso después de la supresión exitosa de la producción de prostaglandinas.

Otra controversia se centra en la identificación de nuevos blancos terapéuticos. Dado que la inhibición de la COX con AINEs no es universalmente efectiva, la investigación se ha dirigido a otros mediadores inflamatorios y neuromoduladores. Se están explorando agentes que actúan sobre la vía de los leucotrienos o que modulan los canales de calcio uterinos, buscando alternativas que puedan reducir la hipercontractilidad uterina sin los efectos secundarios gastrointestinales o renales asociados a los AINEs. La genética también juega un papel; se están identificando polimorfismos que podrían predisponer a una mayor producción de PGF₂ α o a una mayor sensibilidad al dolor.

Finalmente, existe un debate constante sobre el diagnóstico temprano y la gestión de la endometriosis en adolescentes que presentan dismenorrea severa. Tradicionalmente, la laparoscopia se reservaba para casos refractarios, pero algunos expertos abogan por una intervención diagnóstica más temprana en jóvenes con dolor incapacitante que no responde al tratamiento empírico con AINEs y anticonceptivos, argumentando que el diagnóstico temprano podría prevenir la progresión de la enfermedad y la cronicidad del dolor. Sin embargo, la invasividad del procedimiento y la falta de biomarcadores confiables siguen siendo barreras significativas en este campo.

8. Lecturas Adicionales

[Dismenorrea \(Wikipedia, fuente general\)](#)

[Dysmenorrhea: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Management \(Revisión académica\)](#)

[Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent \(Guía ACOG\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM