

2011 Octubre, 2(3): 1-1

SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL

Forestieri O, Forestieri L

Cátedra de Ginecología "B"

E-mail: oforestieri@gmail.com, lucreciaforestieri@hotmail.com

Introducción

El Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) es una entidad caracterizada por la exacerbación patológica de los cambios somáticos y físicos que ocurren durante la fase lútea del ciclo menstrual, produciendo incapacidad física, psíquica y problemas de relación familiar, laboral y social; ésta última condición imprescindible para considerarla enfermedad.

Objetivos

Los objetivos de éste trabajo son los siguientes:

- Conocer la prevalencia del síndrome disfórico premenstrual.
- Identificar su fisiopatología, tanto en aspectos biológicos, neuroendocrinos como psicológicos.
- Identificar posibles sitios de acción de drogas que intervengan dentro del esquema fisiopatológico.
- Evaluar alternativas terapéuticas.
- Seleccionar, mediante la revisión bibliográfica el tratamiento de elección para su uso en atención primaria de la salud.

Resultados

Las pacientes afectadas suelen presentar días previos a su menstruación cambios físicos, como aumento de peso, edemas, acné, mastalgia, mareos, cefaleas; como alteraciones conductuales como confusión, olvidos, falta de concentración, irritabilidad, falta de coordinación. Su incidencia varía entre un 5 a un 12 % de las mujeres en edad fértil. Su máxima prevalencia se encuentra en la cuarta década, con inicio en la segunda; es una patología que no se asocia a la menarca ni tiene relación con la dismenorrea que ocurre en la adolescencia. Las mujeres afectadas presentan mayor tendencia de patología psiquiátrica como Depresión Mayor. El Síndrome Disfórico Premenstrual se encuentra dentro de la clasificación del DSM IV. Intervienen en su gestación distintos estímulos que debe estar acompañados entre sí para favorecer su aparición como por ejemplo: insuficiencia de progesterona, déficit de vitamina B6, hipoglucemia, disfunción tiroidea, alteración de las hormonas reguladoras del metabolismo hidrocálico, factores psicosomáticos, supresión de la secreción de opioides endógenos y disfunción de serotonina.

2011 Octubre, 2(3): 2-2

Se considera como papel obligado el rol de los esteroides ováricos y sus inter-relaciones con neurotransmisores como serotonina, GABA, etc; esto también se hace evidente ya que los síntomas que representados por el síndrome desaparecen con la menopausia, como también generando el mismo efecto tras la administración de un análogo de LHRH. Así mismo, los síntomas vuelven con la incorporación de las hormonas. Las alternativas en cuanto a tratamiento se dividen en dos grandes tipos: fomentar hábitos higiénico-dietéticos saludables y tratamiento farmacológico. Dentro de los primeros se incluye a pacientes con síntomas leves; los casos leves a moderados requieren medidas dietéticas suplementarias como Calcio, Magnesio, Vitamina B6 y E para la mejoría de los síntomas. El tratamiento farmacológico comprende el uso de anticoncepción hormonal y fármacos antidepresivos. Dentro de los primeros la droga más estudiada para este caso es la drospirenona en asociación con etinilestradiol (EE) en dosis de 30 y 20 ug, comparada con otros progestágenos como levonorgestrel o desogestrel. La drospirenona muestra mejoría de síntomas en los primeros tres meses de tratamiento aunque no supera ni hay resultados concluyentes que sea superior a otras alternativas de asociaciones anticonceptivas (levonorgestrel o desogestrel luego del tercer mes de administrado. Otras alternativas en el tratamiento farmacológico es el uso de antidepresivos. Conociendo el importante rol que tiene la serotonina en la génesis del síndrome se postula tratamiento con drogas inhibidoras de la recaptación de serotonina (ISRS) Sertralina o Fluoxetina.

La Fluoxetina permite ser administrada de forma continua o intermitente dada su larga vida media y careciendo de síndrome de privación brusca; por lo que fue evaluada en distintas dosis (20, 60 mg) vs placebo durante tres meses en pacientes con alteraciones psiquiátricas y sin alteraciones, dosificada en forma continua e intermitente.

Conclusiones

El síndrome disfórico es una patología que afecta según diversos autores del 5 al 12 % de las mujeres en edad fértil, con una máxima incidencia en la cuarta década.

Pacientes con patología psiquiátrica presentan mayor tendencia al desarrollo del síndrome y más resistencia al tratamiento, necesitando medicación en forma continua; pero hay que destacar, que pacientes con síndrome disfórico premenstrual presentan también mayor tendencia a sufrir en algún momento manifestaciones psiquiátricas como depresión mayor y sus consecuencias. Su reconocimiento a tiempo permite mejorar la calidad de vida de estas pacientes y evitar en un futuro patología de mayor severidad en la que puede evolucionar.