

● Terapéutica

Maria Ulla Miravet¹,
Miguel Prats de Puig²

¹Ginecólogo. Área básica Badalona-Sant Adrià. Unidad de Senología Avanzada.

²Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Senología-Patología Mamaria por la Universidad de Barcelona. Codirector del Diploma y Máster en Senología-Patología Mamaria de la Universidad de Barcelona. Unidad de Senología Clínica Planas. Unidad de Senología Avanzada

Síndrome premenstrual

El síndrome premenstrual (SPM) es una entidad compleja, que se define como una combinación de alteraciones físicas y psíquicas de carácter cíclico justo antes de la menstruación, y tras ella existe un periodo asintomático. Comprende uno o varios síntomas, que en muchas ocasiones condicionan y afectan a las actividades de la vida diaria o a la actividad laboral.

La frecuencia del SPM es difícil de estimar, dada la variable proporción de mujeres que consultan por y/o refieren esta sintomatología.

Causas

Existen diversas teorías etiológicas, en las que median factores psicógenos, nutricionales y endocrinológicos, con muy poco apoyo de evidencia científica de alta calidad. La lista de teorías biológicas es amplísima: concentraciones bajas de progesterona, concentraciones elevadas de estrógenos, descenso de estrógenos, variaciones en el cociente estrógenos/progesterona, aumento de la actividad renina-angiotensina y de la actividad de la aldosterona, incremento de la actividad suprarrenal, cadencia de endorfinas endógenas, hipoglucemias subclínicas, variaciones centrales en las catecolaminas, respuestas a las prostaglandinas, carencias vitamínicas, secreción excesiva de progesterona, etc.

Un caso especial son los trastornos disfóricos premenstruales (PMDD, por sus siglas en inglés), entidad con sintomatología grave de síndrome premenstrual



©Thinkstock

que produce una disminución psicológica completa temporal que está recogida en el DSMR-IV (inventario de trastornos psiquiátricos). En los PMDD los datos experimentales apuntan hacia la posibilidad de una hipersensibilidad individual (en diferentes sistemas neurotransmisores del sistema nervioso central) al efecto modulador que ejercen sobre algunos neurotransmisores las hormonas sexuales. El principal sistema involucrado parece ser el serotoninérgico. Debemos remarcar que este diagnóstico se considera un diagnóstico provisional de último recurso.

Signos y síntomas

Los síntomas relacionados con el SPM son muy variables, y ninguno de ellos es específico de la patología.

Los síntomas más habituales son la presentación repetida de irritabilidad, depresión o fatiga, sensación de inflamación abdominal y de las extremidades en grados variables, hipersensibilidad mamaria, problemas de concentración, alteración de la sed y/o del apetito y cefalea, durante la segunda mitad de la fase lútea (en los últimos 7-10 días del ciclo).



Los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual son muy variables, y ninguno de ellos es específico de la patología

La sintomatología psicológica puede incluir cambios depresivos (distimia, anhedonia, labilidad emocional), de comportamiento (irritabilidad, aislamiento, conflicto interpersonal) y cognitivos (reducción de la capacidad de memoria, de la atención y del rendimiento intelectual). Entre los síntomas físicos destaca la mastodinia (dolor mamario cíclico), la inflamación, la cefalea, el acné, los sofocos y síntomas gastrointestinales inespecíficos.

En la presentación clínica del SPM pueden predominar los síntomas psicológicos sobre los físicos o a la inversa.

Lo verdaderamente característico del SPM es la reaparición de los síntomas siguiendo un patrón estable en cada ciclo menstrual, con una duración variable; se inician e incrementan de manera progresiva a lo largo de la fase lútea (con un máximo justo antes del inicio de la regla), para atenuarse rápidamente y desaparecer siempre antes del cuarto día de la misma.

Cuándo y cómo tratar el síndrome premenstrual

Los cambios hormonales del ciclo menstrual no constituyen un factor etiológico, pero pueden provocar alteraciones

del estado de ánimo en las mujeres sensibles o una desestabilización del estado anímico que afecte sobre todo al sistema serotoninérgico.

Los objetivos del tratamiento son controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Puesto que no se dispone de un tratamiento etiológico, las estrategias posibles se reducen a dos:

- Tratamiento dirigido a los síntomas.
- Manipulación hormonal del ciclo ovárico.

Medidas generales

Son siempre recomendables y pueden ser suficientes en los casos leves, sin requerirse otras intervenciones terapéuticas.

1. Información: el simple conocimiento del problema que aflige a la mujer, la liberación de sentimientos de culpa y una actitud empática y de apoyo del personal sanitario es siempre valiosa, y en ocasiones suficiente, para el alivio sintomático.

2. Cambios de estilo de vida:

- Ejercicio aeróbico regular.
- Reducción del estrés. Métodos de autoayuda. Terapias dirigidas.
- Dejar de fumar.
- Reducción del consumo de alcohol.
- Reducción del consumo de cafeína.
- Reducción del consumo de sodio.
- Modificaciones dietéticas: ingesta regular, frecuente y fraccionada de comidas ricas en hidratos de carbono complejos y bajas en grasas.

3. Suplementos nutricionales y fitoterapia:

- Vitamina B₆ (dosis superior a 100 mg/día) (nivel de evidencia A1a).
- Calcio (carbonato de calcio: 1.200-1.600 mg/día) (nivel de evidencia B2a).
- Vitamina E (dosis superior a 600 UI/día) (nivel de evidencia B3b).
- Magnesio (dosis superior a 500 mg/día) (nivel de evidencia C4).
- Triptófano (dosis superior a 6 g/día) (nivel de evidencia C4).
- *Tanacetum parthenium* (se usa en forma de droga pulverizada: 25-75 mg/12-24 h en infusiones).
- *Angelica sinensis* (o *Angelica polymorpha* «Dong Quai» «Dang Gui») (500 mg/24 h) (nivel de evidencia C4).
- Extracto de *Vitex agnus-castus*, aprobado por la Comisión E alemana con esta indicación, nivel de evidencia B para el dolor mamario cíclico y los síntomas del síndrome premenstrual. Una toma diaria de 4 mg de extracto estandarizado al 6%; a partir de 20-40 mg de extracto del fruto, o 40 gotas de extracto.
- Aceite de onagra (500 mg/día, 1.000 mg/8 h). Aporta el ácido gamma-linoleico necesario para la síntesis de prostaglandina E1. Se ha propuesto para aliviar la sintomatología de dolor mamario (nivel de evidencia D).

4. Fármacos:

- Tratamientos hormonales:

- Anticonceptivos orales: aunque suprimen la ovulación, su efecto sobre la sintomatología premenstrual es impredecible. Aproximadamente en un 25% de los casos pueden mejorar los síntomas de hinchazón, la mastodinia y los cambios psíquicos. Sin embargo, el 50% de las pacientes no observan cambios y el 25% empeoran, especialmente aquellas que presentan PMDD.

La drospirenona es un progestágeno análogo de la espironolactona con acción antiandrogénica y antiminerlocorticoidea; mejora la hinchazón, la mastodinia, la irritabilidad y la depresión, y además controla el acné, el apetito y el ansia de comer, considerándose el anticonceptivo de elección en pauta de 3 mg de drospirenona en combinación con etinilestradiol en dosis de 20-30 µg.

No se considera el tratamiento de elección para el SPM.

Las estrategias posibles de tratamiento del síndrome premenstrual se reducen a dos: tratamiento dirigido a los síntomas y manipulación hormonal del ciclo ovárico

- Progesterona micronizada o gestágenos: no presentan beneficios en el SPM. No indicados.
- Danazol: los efectos secundarios superan los posibles beneficios. No indicado.
- Análogos de la GnRh: producen una remisión constante y marcada del SPM. Una falta de respuesta a este tratamiento debería hacer reconsiderar el diagnóstico de SPM. La respuesta al tratamiento oscila entre el 60 y el 70%. Sin embargo, el aspecto más limitante de este tratamiento es el estado hipostrogénico que induce, con efectos secundarios inmediatos y con secuelas óseas, cardiovasculares, genitales, etc. Ello limita su indicación para aquellos casos graves con fracaso terapéutico previo, en forma de ciclos de tratamiento de menos de 6 meses.
- Psicofármacos:
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS): son los fármacos de primera elección en el tratamiento de los PMDD (nivel de evidencia A1a). El defecto en el tono serotoninérgico parece un elemento clave en la patogenia de los PMDD. Los IRS actúan incrementando la presencia de serotonina en las sinapsis nerviosas, con efectos no sólo antidepresivos, sino sobre la ansiedad, la irritabilidad, los trastornos del sueño o alimentarios y también sobre los síntomas físicos. La administración de estos fármacos puede limitarse a la fase lútea del ciclo, con idéntica eficacia, limitando los efectos secundarios (incremento de peso,

¿Qué hacer ante una consulta por síndrome premenstrual en la farmacia?

Tras realizar un breve interrogatorio para valorar los síntomas predominantes, puede darse una orientación sobre cambios de estilo de vida y ejercicio físico que, asociados a una pauta de fitoterapia y/o vitaminas, puedan ayudar a aliviar los síntomas.

Si los síntomas son importantes o no responden al tratamiento, debe recomendarse la consulta a un especialista para una valoración individualizada. En las mujeres ya diagnosticadas, puede ayudar en la elección y dosificación farmacológica o fitoterápica más apropiada.

anorgasmia...), minimizando el riesgo de síndrome de discontinuación y reduciendo el coste del tratamiento.

- Clomipramina: antidepresivo tricíclico y serotoninérgico (25-75 mg/día en pauta continua o intermitente durante la fase lútea) que tiene efectos beneficiosos en los PMDD pero más efectos secundarios que los IRS.
- Alprazolam: benzodiazepina con efectos ansiolíticos y discretamente antidepresivos (0,375-1,5 mg/día). Puede presentar ventajas cuando predomina la sintomatología ansiosa (nivel de evidencia B2b). Su potencial adictivo limita su utilidad, por lo que se considera de segunda línea, en asociación a los IRS cuando no consiguen el objetivo terapéutico, limitándose su administración a la fase lútea del ciclo menstrual, para evitar la dependencia. ●

Bibliografía

- Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 130(1): 4-17.
- Chocano-Bedoya PO, Manson JE, Hankinson SE, Johnson SR, Chasan-Taber L, et al. Intake of selected minerals and risk of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol.* 2013; 177(10): 1.118-1.127.
- Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 156(1): 72-77.
- Duymuş HG, Çiftçi GA, Yıldırım ŞU, Demirci B, Kırmır N. The cytotoxic activity of *Vitex agnus castus* L. essential oils and their biochemical mechanisms. *Industrial Crops and Products.* 2014; 55: 33-42.
- Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Am Pharm Assoc.* 2001; 41(3): 437-447 (disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372908>).
- Hajirahimkhan A, Dietz BM, Bolton JL. Botanical modulation of menopausal symptoms: mechanisms of action? *Planta Medica.* 2013; 79(7): 538-553.
- Van Die MD, Burger HG, Teede HJ, Bone KM. *Vitex agnus-castus* extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. *Planta Medica.* 2013; 79(7): 562-575.