

11217
85-A
20j
J



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Hospital de Gineco Obstetricia No. 2
Centro Médico Nacional I.M.S.S.

EL SINDROME PREMENSTRUAL

TESIS RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECO
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. JAIME ALBERTO SALVADOR CEVALLOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
Introducción.....	1
Definición.....	2
Consideraciones generales.....	3
Sintomatología.....	6
Prevalencia.....	10
Etiología.....	11
Fisiopatología.....	25
Tratamiento.....	31
Comentarios.....	34
Bibliografía.....	35

EL SINDROME PREMENSTRUAL

INTRODUCCION.-

Los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante la fase previa al inicio de la menstruación, fueron mencionados ya, en los escritos de los médicos Hipocráticos - (Ricci 1950), y fue Giovanni da Monte de la Universidad de Padua quien mencionó la posible relación entre la menstruación y la depresión.

Fuera de la literatura médica, existen referencias sobre dicha entidad como las del historiador francés Jules Michelet, así como varios escritores y dramaturgos como - Anais Nin, Doris Lessing, William Faulkner, Fay Weldon, - etc.

No fue sino hasta 1931, en que las alteraciones premenstruales fueron identificadas como un síndrome. Robert Frank médico norteamericano fue quien puso en consideración de la Academia de Medicina de New York, el hallazgo de un gran número de mujeres que presentaban varios disturbios de diferente naturaleza, tanto físicos como psíquicos. En el mismo año el psicoanalista Karen Horney, publicó un artículo que mencionaba aspectos relacionados con las observaciones de Frank.

Frank sin embargo, explicaba que, los síntomas premenstruales se debían a una falla en el funcionamiento ovárico, mientras Horney manifestaba que se trataba de una sintomatología de conducta sexual reprimida.

Los mencionados cambios físicos y psicológicos, fueron denominados como "Tensión Premenstrual" (Frank, 1931) y "Síndrome Premenstrual" (Greene y Dalton, 1953)- éstos, constituyen los nombres frecuentemente usados para designar este cortejo sintomático que se presenta antes del inicio de la menstruación, y persisten por algún tiempo después de ella (McCane y cols. 1957), pudiendo ser usado alternativamente el denominador de "Síntomas Perimenstruales".

DEFINICION.-

El Síndrome Premenstrual (S.P.M.) es un desorden crónico, cíclico, con gran morbilidad. Se acompaña de síntomas emocionales, conductuales y físicos, que generalmente empiecen en la semana previa a la aparición de la menstruación, y termine con ella, o unos pocos días después. (1)

Ha sido también definido como un conjunto de cambios emocionales que varía de depresión hasta irritabili

dad, con cefalea, insomnio, debilidad física que precede - en límites variables a la aparición de la regla, y termina con su inicio o se extiende a toda su duración.(2)

La mujer ha experimentado síntomas de S.P.M. desde el inicio de los tiempos, sin embargo, ha sido pobremente estudiado, a pesar de que fue descrito desde 1931. Su etiología continúa oscura así como su tratamiento. Su importancia es relevante pues recientemente el S.P.M. fue tomado como factor atenuante en dos casos de homicidio en Cortes Británicas.

El S.P.M. ha intrigado a los investigadores de varias disciplinas, por el hecho de que, los síntomas tanto psicológicos como fisiológicos involucran también al ciclo menstrual, el cual, por sí solo es un fenómeno biológico - y tanto investigadores en Ciencias Biológicas así como en Ciencias Sociales han aportado su esfuerzo sobre el S.P.M.

(3)

CONSIDERACIONES GENERALES.-

Un mayor porcentaje de enfermedades mentales, en especial trastornos del humor han sido reportados en mujeres en relación con el hombre y esta discrepancia ha sido atribuida a un sustrato biológico asociado con el ciclo mens -

trual. Anteriores y recientes reportes asocian un aumento de morbilidad psiquiátrica en las mujeres en comparación con los hombres, sin que, exista aún una explicación suficiente. No hay aún la evidencia de que esté presente un factor biológico, pero parece existir una correlación estrecha con el ciclo menstrual. Sin embargo, esta relación permanece aún obscura.

Revisando la literatura hasta donde los estudios se han realizado, es necesario analizar la relación de este comportamiento durante la fase menstrual desde el punto de vista psicopatológico, y valorar las psicosis, neurrosis, y desórdenes de la personalidad en especial estas dos últimas. (4)

Por muchos años se ha discutido la posibilidad de la presencia de un complejo físico-psíquico que tiene enciclicidad. Hasta la fecha no hay una explicación biológica para la ciclicidad psicológica. Desde el punto de vista psicológico, el echo de que la paciente se enfrente a situaciones conflictivas en etapa pre menstrual en forma repetitiva, hace necesario valorar desde el punto de vista del desarrollo y la integración de la personalidad, teniendo en cuenta que los tratamientos con fármacos no han

tenido mayor éxito que los realizados con placebo.

Existe cada día más evidencia de que la mujer tiene un ciclo psicológico además de su ciclo menstrual. - Por muchos años los investigadores centraron su atención en las hormonas sexuales femeninas, y su posible desbalance entre estrógenos-progesterona. Recientemente el interés se ha fijado en los neurotransmisores; Reid y Yen, mencionan el papel de las endorfinas. Hoes da a conocer el posible papel de la hiperprolactinemia o de ésta, en combinación con niveles plasmáticos bajos de estrógenos y progesterona.

La verdad hasta al momento, no hay pruebas de que algún tratamiento médico sea totalmente efectivo. Tal vez la razón para esto sea al hecho de que, el síndrome no es uniforme, y cada grupo de síntomas necesite un diferente tratamiento. (5)

Por otro lado, el S.P.M. ha despertado un gran interés en el campo de la Psiquiatría si se hacen las siguientes consideraciones: el carácter y los cambios de conducta descritos en este síndrome pueden ser lo suficientemente severos para que una paciente sea referida a un Psiquiatra. Además, se ha incrementado la patología -

psiquiátrica aguda, y los suicidios en mujeres en período premenstrual. Las teorías sobre la etiología de los cambios conductuales premenstruales, envuelven importantes factores psicológicos y psicosociales. Hay además evidencia sobre la asociación de anormalidades de la personalidad, patología psiquiátrica y la sintomatología premenstrual. (6)

Se considera que, una cifra tan alta como el 30% de las mujeres en edad reproductiva experimente esta alteración temporal y recidivante en su vida personal y profesional por la aparición predecible del S.P.M. (7)

SINTOMATOLOGIA.-

Siete a diez días antes de la menstruación, pueden aparecer diversos grados de cansancio, labilidad emocional y depresión. Los pacientes notan que necesitan más horas de sueño, decrece la energía para realizar sus labores y pueden presentar crisis emocionales por razones aparentemente banales. Al mismo tiempo puede aparecer sensación de edema doloroso en las masas así como en hemicodo inferior, estreñimiento o diarreas, sin embargo, solo en unas pocas mujeres existe un verdadero edema con incremento de peso corporal y en muy pocas ocasiones la reten-

ción de líquidos puede alcanzar proporciones notables.

Muchas mujeres, dos o tres días antes de la menstruación notan un aumento del apetito, o en ocasiones, tendencia a preferir alimentos dulces o salados. Más tarde aparecen sentimientos de ansiedad, tensión y enfado, irritabilidad e insomnio. Se suman además otros factores como la dificultad de concentración, defectos de memoria, incapacidad para juzgar escusadamente, incoordinación motora y propensión a accidentes. A menudo aparecen cefaleas, las cuales coinciden como un signo que precede a la menstruación. Con el inicio de ésta, presentan un alivio casi inmediato de sus síntomas psicológicos, si bien sus síntomas somáticos como la cefalea pueden persistir por unos dos o tres días. La dismenorrea que a veces se asocia con el S.P.M. no lo hace siempre pero puede intensificar el síndrome.

La existencia de un lapso libre de síntomas luego de la menstruación es lo más importante para establecer que estos síntomas premenstruales no son exclusivamente una exacerbación de alguna entidad crónica tal como el edema idiopático, la mastopatía fibroquistica, la depresión endógena o la neurosis de ansiedad. El dolor pélvico premenstrual no es un hallazgo común en el S.P.M. y puede ser el-

indicador de una endometriosis asociada. (8)

SINTOMAS FISICOS PREMENSTRUALES.-

Uno de los síntomas más comunmente referidos por las pacientes es la "Ganancia de Peso", comunmente explicado - en términos de retención de sodio y agua, pero las evidencias para aseverar esto no son concluyentes. Otro síntoma-común es el dolor; un estudio sugirió que una mujer de cada nueve reportó dolor intenso y una de cada tres, dolor - de intensidad moderada. En general el dolor se refiere a - cefalea, lumbalgia, calambres abdominales, hipersensibilidad de las mamas y dolores generalizados.

De acuerdo con Brush (1977) la hipersensibilidad de las mamas en período premenstrual probablemente afecte a - la mayoría de mujeres. Mocs (1969) reportó que aproximadamente una de cada cuatro mujeres presentaban algún grado - de lumbalgia en período del premenstruo. La relación entre dismenorrea y calambres abdominales en período premenstrual está controvertida (Lennane, 1973) a pesar de que otros investigadores afirman una alta asociación de dismenorrea - con S.P.M. (Wilson y Rennie, 1976), pero esta relación ha creado confusión en muchas ocasiones.

SINTOMAS PSICOLOGICOS PREMENSTRUALES.-

En la esfera afectiva, se presentan alteraciones - que incluyen irritabilidad, depresión, tensión, ansiedad, - tristeza, inseguridad, letargia, sensación de soledad, fa - tiga y cambios de carácter. En un extenso estudio, Cull - berg (1972) encontró diferencias entre pacientes que repor - taban irritabilidad y otras, depresión en sus períodos pre - menstruales. Smith (1975) conceptúa que la fenomenología - de la depresión en el S.P.M. no ha sido estudiada suficien - temente como para relacionarla con otras formas de depre - sión. Sin embargo, la literatura reporta que la depresión - se ve acompañada por algunos síntomas neurovegetativos co - mo disturbios en el sueño.

CAMBIOS DE LA CONDUCTA EN LA ETAPA PREMENSTRUAL.-

Los cambios de la conducta han sido agrupados como - conducta agresiva y propensión a accidentes. La conducta - agresiva ha sido reportada en varios estudios y se ha co - rrelacionado con la fase premenstrual o menstrual en va - rias mujeres involucradas en crímenes y actos violentos. - Según Morton y cols. (1953) se reportó hasta un 62% de crí - menes cometidos por mujeres en la semana previa a la men - struación, 19% durante la mitad del ciclo y 17% durante la - menstruación; sin embargo quedó obscura la forma como de - terminaron con precisión la fase del ciclo en que se come -

tió el crimen.

El primer estudio prospectivo sobre la relación entre la conducta agresiva y la menstruación, fue realizado en el CENTRO CORRECCIONAL PARA MUJERES DE CAROLINA DEL NORTE, con cuarenta y cinco mujeres las cuales fueron monitorizadas en sus ciclos menstruales (Ellis y Austin, - 1971). La conducta agresiva incluyó agresiones verbales y físicas entre las internas y al igual que Dalton en 1969- observaron que la tensión premenstrual es un factor importante en la conducta agresiva. (9)

PREVALENCIA.-

Al revisar diferentes trabajos encontramos que - aproximadamente entre un treinta y cuarenta por ciento de mujeres en edad reproductiva presentan este síndrome, sin embargo no existe un criterio unificado ni resultados comparativamente afines al respecto.

Sutherland y Steward encontraron síntomas cíclicos en el noventa y siete por ciento de ciento cincuenta parientes nulíparas que gozaban de buena salud (10) y Pedersen y cols. (11) reportan que al noventa y siete por ciento de sus pacientes estudiadas, describieron al menos un síntoma en sus períodos premenstruales.

por qué algunas mujeres son más severamente afectadas que otras por esta entidad.

a) ESTROGENOS-PROGESTERONA: Un desbalance de éstos, o un exceso o deficiencia pudieran estar implicados en la etiología del S.P.M. pero las evidencias aún son controvertidas. Niveles bajos de progesterona en la fase lútea acompañados de niveles estrogénicos normales o elevados, medidos en orina o plasma fueron reportados en pacientes que sufren S.P.M. por Adamopoulos y cols. (1972), Prill y Kruger (1963) y varios otros investigadores. En contraste, Andersch y cols. (1979) notó que no había diferencias en los niveles plasmáticos, es decir, se mantenían niveles circulantes normales de dichas hormonas en pacientes con S.P.M.

O'Brien y cols. (1980) fundamentan hasta la actualidad que las pacientes con S.P.M. tienen altos niveles de progesterona valorados durante la fase post ovulatoria inmediata.

Según Sanders y cols. (14) los cambios empiezan aproximadamente cincuenta horas antes de la ovulación y se incrementan gradualmente conforme se desarrolla el cuerpo lúteo, llegando a su máximo nivel durante las últimas veinte y cuatro horas de la fase lútea, luego declinan rápidamente.

A.W. Clare (12) en un estudio de cincuenta pacientes comprendidas entre los dieciocho y cuarenta y cinco años - reportó sintomatología de S.P.M. en diversas fases del ciclo sin que exista un grupo de edad afectado predominantemente, considerándose como que esta entidad afecta a mujeres durante su edad reproductiva.

Según un estudio realizado en México en 1984 (13) en un grupo de mujeres comprendido entre los dieciocho y treinta y cinco años se concluyó que las mujeres casadas o solteras con un nivel socio económico bajo, no presentaban - predisposición al S.P.M. Por el contrario el grupo de mujeres solteras o casadas de nivel socio económico medio presentaban dicho síndrome, lo cual puede expresar cierta tendencia psicológica a una mejor aceptación del rol femenino en los grupos socio-económicos bajos.

ETIOLOGIA DEL SINDROME PRE MENSTRUAL.-

La etiología de esta entidad permanece aún desconocida, sin embargo se han propuesto varias teorías y consideraciones en diferentes esferas:

- 1.- BIOLOGICAS.- Se han sugerido bases biológicas en el contexto de este síndrome. Se ha tratado de explicar - buscando anomalías endócrinas que aclaren el echo del-

te al presentarse la menstruación, desapareciendo entre el primero y segundo día, momento en el cual los esteroides - ováricos alcanzan niveles basales. Un estudio comparativo - respecto a la relación entre los cambios positivos o negativos en el humor de las pacientes con S.P.M. demostró que, no se relacionaba con los niveles de progesterona, estradiol, testosterona o androstendiona.

Estos resultados controversiales pueden ser explicados sobre la base de muestras insuficientes en cada fase - del ciclo (a menudo, solo una o dos mediciones realizadas durante la segunda mitad de la fase lútea), el uso de una pequeña muestra en cuanto al número de pacientes y los controles, así como una inadecuada descripción de los sujetos estudiados y los criterios diagnósticos utilizados.

Según Dennerstein y cols. (1983) sus resultados permanecen hasta la presente inexplicados pues, las fluctuaciones observadas en los niveles de estrógeno - progesterona no revelan si constituyen la causa o el resultado en el S.P.M.

Si los niveles bajos de progesterona son la causa de los síntomas del S.P.M. entonces la terapia con progestergona podría resultar efectiva en el alivio de la sintomatología

gía. Dalton (1964) ha proclamado por largo tiempo la eficacia de la terapéutica a base de progesterona, pero falta la confirmación con estudios doble ciego.

Al comparar con estudios a base de placebo (Smith, 1975, Sampson, 1979) encontraron que no existe mayor beneficio que con el uso de progesterona. Ultimamente, al examinar individualmente los síntomas solamente la depresión ha sido significativamente mejorada con el placebo.

Otras evidencias sobre el posible papel de los estrógenos y la progesterona provienen de los estudios sobre los efectos de los anticonceptivos orales; las mujeres que toman dichos contraceptivos se quejan de algunos síntomas premenstruales (R.C.G.P. Report, 1974). Sin embargo es posible que pudiese existir una "autoselección" que haga que artificialmente aumente el número de mujeres que toman la píldora y que no presenten sintomatología.

Los estudios de Dennerstein encontraron que veinte y seis de treinta mujeres con sintomatología severa de S.P.M dejaron de usar la píldora por los efectos secundarios de ésta. Cullberg (1972) encontró que no existía una significativa diferencia en el alivio de los síntomas de irritabilidad o depresión, pero encontró un pequeño grupo que es -

peoró con el uso de contraceptivos que contenían dosis altas de estrógenos y una mejoría con los que poseían una dosificación mayor de progesterona. Morris y Udry (1972) no encontraron diferencia con el uso de la píldora y de placebos.

b) PROLACTINA.- Halbreich y cols. (1976) notaron que la prolactina causaba retención de agua, sodio y potasio en especial en la fase premenstrual lo cual no cambiaba con la menopausia; esto puede proveer una explicación en las mujeres que continúan sus cambios cíclicos posteriores a estas circunstancias. Se sabe que la prolactina se incrementa durante el tercer trimestre de embarazo y que es en esta época en la cual la toxemia gravídica se exagera notablemente. Estos investigadores encontraron altas concentraciones de prolactina en el suero de mujeres que sufren S.P.M. en comparación con mujeres controles.

Munday (1977), Brush (1979), encontraron que las concentraciones de prolactina tienden a ser mayores en pacientes con S.P.M. acompañado de bajos niveles de progesterona.

Tres estudios doble ciego (Bonedek-Jasmann y Hearn--Sturtevant 1976; Graham y cols.1978; Hallander y Svanberg-1979), hallaron que la bromocriptina suele ser más efectiva que el placebo en el alivio de los síntomas premenstruales.

truales. Sin embargo, aún no está claro si este hallazgo refleja la supresión de los niveles elevados de prolactina u otros efectos de la bromocriptina por ser agonista sobre la dopamina.

El aumento de la dopamina en suero puede reflejar niveles alterados de monoaminas en el SNC. La actividad de la monoaminooxidasa ha sido demostrada que varía en el humano y en varias especies de animales (Kamberi y Kobayashi, 1970) siendo la actividad elevada durante la fase lútea. Recientemente, los síntomas premenstruales se ha notado que mejoran con la hormona estimulante alfa melanocítica así como con los neuropéptidos beta endorfinas.

c) ALDOSTERONA.- La acción incrementada de esta hormona - condicionaría concentraciones bajas de progesterona, esto, constituiría otra teoría para explicar la acumulación de fluidos en pacientes con S.P.M. (Dalton, 1964). Algunos cambios en la esfera afectiva pudieran ser secundarios a este factor, o tal vez reflejen la presencia de alguna sustancia que fluctuaría paralelamente con la aldosterona como la angiotensina.

Munday (1977), y Munday y cols. (1981), no encontraron diferencias considerables en los niveles de aldostero-

na de mujeres con S.P.M. en comparación con los controles.

Varios investigadores han tratado de encontrar una relación entre la retención de líquidos y el complejo premenstrual (Bruce y Russell, 1962; Andersch y cols. 1978)-encontraron que las tasas de agua y potasio eran significativamente altas en pacientes con S.P.M. comparadas con controles durante la fase lútea. O'Brian y cols. en 1979 reportaron que la espironolactona reducía el peso y aliviaba los síntomas psicológicos en un 80% del grupo estudiado. Futuras investigaciones revelarán si estos beneficios persisten por varios ciclos.

d) PIRIDOXINA.- En forma de fosfato-5-piridoxal, constituye un cofactor en un elevado número de reacciones enzimáticas en el cuerpo humano, incluyendo importantes funciones en la producción de serotonina y dopamina. Una deficiencia de piridoxina, puede llevar a un decremento de la serotonina y dopamina en lo referente a su producción, y esto a la vez, llevar a la depresión en algunas pacientes (Curson - 1982).

La dopamina actúa como un factor inhibidor de la prolactina. La deficiencia de piridoxina la cual constituye un factor importante para la producción de dopamina, condicionaría a su vez un incremento en la prolactina, lo cual daría como resultado su efecto sobre las mamas.

sin embargo, Day (1981) reportó que la piridoxina no resultó más efectiva que los placebos, necesitándose mayor evidencia científica sobre la bondad de su uso en el tratamiento del S.P.M. siendo además necesario demostrar si las pacientes afectadas presentan o no deficiencia de piridoxina.

e) PROSTAGLANDINAS.- Otras sustancias que fluctúan con el ciclo menstrual pueden tener importancia en la etiología de los cambios afectivos. Las prostaglandinas sabemos que afectan muchos sistemas orgánicos incluyendo cerebro, hígado, intestino y útero. Wood y Jakubowick en 1980 realizaron un estudio cruzado doble ciego, encontrando que, el ácido mefenámico, un inhibidor de la sintetasa de prostaglandinas era más efectivo que el placebo en el alivio de la sintomatología de este síndrome, en especial cuando va asociado a dismenorrea.

2.- ETIOLOGIA PSICOLOGICA.- La etiología de este padecimiento la definió Dalton en 1964 como eminentemente fisiológica, y por el contrario Gregory en 1975, como básicamente psicológica. Este síndrome es muy complejo y por lo tanto es difícil concentrarse en una etiología excluyendo la otra. Sin embargo está claro que en la mayoría de pa -

cientes que sufren S.P.M. existen factores psicológicos - que exacerban el problema. Pero, cuáles son estos factores y cómo éstos afectan a este síndrome en sus variadas características? Porqué, algunas mujeres toleran mejor que - otras los cambios en el ciclo menstrual?

Muchas investigaciones indican que la menstruación - es percibida como un evento negativo y frecuentemente debilitante (Koss y cols. 1969), además de que la sintomatología premenstrual hace más negativa la concepción de la - menstruación (May 1976).

Paulson (1961) reportó una tendencia incrementada a actitudes negativas de la propia persona, que estarían asociadas con un aumento tensional en este período.

PERSONALIDAD.- Se ha encontrado que existe una tendencia a desarrollar este síndrome en cierto tipo de personalidad, - específicamente personalidades inestables, aprehensivas, - con un componente de "culpa" y muchos conflictos internos (Taylor, 1979). Una gran parte de la literatura sobre el - S.P.M. demuestra una asociación con el neurotismo. Pacientes con esta sintomatología premenstrual, muchas veces son divorciadas, separadas, sin niños, no han usado anticonceptivos orales y tienen dificultades en su vida emocional y -

sexual, no están satisfechas con su trabajo o profesión. - Existen entonces, aparentemente factores como la auto estimación y actitudes negativas hacia la menstruación, así como sentimientos de inferioridad ante los eventos de la propia vida de la paciente con S.P.M. en comparación con pacientes que no la padecen.

Es necesario considerar siempre los factores psicosociales para proveer de un manejo efectivo e integral a estas pacientes (15)

FACTORES NUTRICIONALES EN LA ETIOLOGIA DEL S.P.M.

Según Abraham (16), las pacientes que presentan S.P.M. han sido divididas en cuatro sub grupos.

El sub grupo más común S.P.M.-A presenta ansiedad premenstrual, irritabilidad y tensión nerviosa algunas veces expresadas por alteraciones de la conducta con sus padres, la familia o la sociedad. Niveles elevados de estrógenos y bajos de progesterona en sangre se han observado en este grupo. La administración de vitamina B6 en dosis de 200-300 mgs. diarios reduciría los niveles de estrógenos en sangre, incrementaría los de progesterona y daría como resultado mejoría en la sintomatología. Las mujeres de este subgrupo tienden a consumir un exceso de preparados

de azúcar refinada.

El segundo sub grupo común S.P.M.-H se asocia con - síntomas de retención de agua y sodio, calambres abdominales, mialgia y ganancia de peso. La forma severa de S.P. N. en este sub grupo se asocia con niveles elevados de aldosterona en suero. Según este autor la vitamina B6 a dosis altas suprime la aldosterona y aumenta la diuresis, - produciendo una mejoría clínica de esta entidad. La vitamina E ayudaría en el alivio de la sintomatología manarica, - y las metilxantinas y la nicotina acortarían el período de sintomatología, ayudando también la limitación de sal en - la dieta a tres gramos diarios.

El sub grupo S.P.M.-C suele caracterizarse por una - preferencia a ciertos alimentos y aumento del apetito en - período premenstrual. Estas pacientes prefieren alimentos dulces, consumen azúcar refinada y posteriormente presentan palpitaciones, fatiga, sensación de desfallecimiento - por instantes, cefaleas, y en ocasiones temblores. Las pacientes de este subgrupo tienen una tolerancia incrementada a los carbohidratos y baja de magnesio en las células - rojas de la sangre. El reemplazo de magnesio resulta en - una mejoría a la tolerancia de la glucosa y decrecimiento-

mujeres (17)

LOS ELECTROLITOS Y LA FUNCION DEL TEJIDO CEREBRAL.-

Es conocido el hecho de que los cambios en la distribución de agua y electrolitos alteran la función cerebral. McQuarris notó que existe una relación entre el balance hídrico y las crisis epilépticas y sugirió que pueden ser prevenidas mediante diuréticos. Realizó una serie de investigaciones que demostraron que las crisis pueden aparecer posteriores a una acumulación de agua hasta cierto nivel - y que ellas tienden a desaparecer luego de remover el exceso de agua posterior a una restricción severa de líquidos. Se conoce además que, el exceso de agua puede dar lugar a confusión mental y por otro lado, a nivel celular el agua y el sodio a niveles normales son vitales para mantener la conductividad y excitabilidad normales de la célula nerviosa.

Lapolla, observó que los síntomas del Parkinson y - los cambios electrocardiográficos (inversión de ondas) ambas inducidas por medicación tranquilizante, pueden responder favorablemente en tres a siete días mediante el uso de potasio oral (5 grs) tres veces al día.

Esta evidencia sugiere que también el potasio juega-

un importante papel a nivel de tejido nervioso de los pa-
cientes con Parkinson. Podría entonces considerarse que es-
tas alteraciones son importantes en los síntomas psicológi-
cos del S.P.M. (16)

EL PAPEL DE LOS ACIDOS GRASOS ESENCIALES Y LAS PROSTAGLAN-
DINAS EN EL S.P.M.

Muchas características del S.P.M. son similares a -
los efectos producidos por la administración de prolactina.
Algunas mujeres con S.P.M. presentan niveles elevados de -
prolactina, pero en la mayoría los niveles son normales.

Es posible que, las mujeres con este síndrome sean
anormalmente sensibles a cantidades normales de prolactina
existiendo evidencias de que, la prostaglandina E-1 deriva
da de los ácidos grasos ingeridos con la dieta, sea capaz
de atenuar las acciones biológicas de la prolactina y por-
lo tanto, la ausencia de prostaglandina E-1, resulte en un
efecto exagerado de la prolactina. Se han hecho intentos -
por tratar a estas pacientes con ácido gamma-linoléico, un
ácido esencial precursor de las prostaglandinas E-1. Este
ácido ha sido encontrado en humanos, pero no en bovinos.

Para el estudio se utilizó un preparado a base de -
una oleaginoso "Evening Primrose". Se realizaron investiga

ciones doble ciego utilizando placebos en un estudio abierto de mujeres con S.P.M. y que habían tenido resultados fallidos a tratamientos con diversas terapéuticas, así como en mujeres que previamente no habían recibido ningún tratamiento, demostrándose que el compuesto de la oleaginosa mencionada es altamente efectivo en el tratamiento de la depresión y la irritabilidad, el dolor y congestión de las mamas, así como la retención de fluidos asociado con el S.P.M.

Se conocen nutrientes que incrementan la conversión de ácidos grasos esenciales a prostaglandina E-1, éstos, incluyen el magnesio, la piridoxina, el zinc, la niacina y el ácido ascórbico.

El éxito clínico obtenido con estos nutrientes, puede en parte estar relacionado con los efectos sobre el metabolismo de los ácidos grasos (19)

FISIOPATOLOGIA DEL S.P.M.

Basándose en que la etiología del S.P.M. continúa siendo oscura y hasta cierto punto alucubrativa, la fisiopatología también tiene un sentido hipotético del cual se mencionará algunos conceptos, correlacionados con la posible etiología.

DEPRIVACION O INSUFICIENCIA DE PROGESTERONA.-

Como ya se mencionó se ha sospechado desde hace mucho tiempo que como resultado del exceso relativo de estrógenos, se produzca una insuficiencia de progesterona, siendo ésta, la causa del S.P.M. pues se sabe que los síntomas se intensifican a medida que los niveles de progesterona van decayendo en la parte final de la fase lútea.

A pesar de que se ha usado la progesterona para el tratamiento de esta entidad y han surgido numerosos testimonios sobre su eficacia, aún no se ha comprobado científicamente la efectividad del mencionado tratamiento.

En tiempos recientes varios grupos de investigadores ponen en duda la eficacia de dicha terapéutica, sobre la base de que en gran parte de mujeres que lo padecen presentan una función de cuerpo lúteo normal y que, con el uso de placebos la respuesta no ha sido superior en estudios controlados (20). Sin embargo Dalton (21) recomienda dosis de progesterona más elevadas que aquellas que se precisan para conseguir una fase lútea normal con niveles normales de progesterona y que, son más elevadas que las que se han usado en estudios previos controlados con placebo.

Es posible que dosis farmacológicas de progesterona puedan tener un efecto a nivel central aún no conocido - que aparentemente alivie el S.P.N.

HIPOGLUCEMIA.- Ha sido invocada como causa del S.P.N. basándose en el hallazgo de curvas de tolerancia a la glucosa oral aplanadas con evidencia de una hipoglucemia retardada en la fase lútea (22). Los esteroides provocan cambios en la acción de la insulina, lo cual sugiere sea la causa de este hallazgo (23), pero la hipoglucemia puede presentarse en pacientes femeninas sin que padezcan S.P.N. y además el síndrome no se alivia generalmente con la ingesta de alimento, lo cual hace remota la posibilidad de una causalidad en estas entidades.

ALERGIA ENDOGENA A LAS HORMONAS.-

La alergia a las hormonas es una patología bien establecida en dermatología, pero los datos que aportarían algo sobre la causa del S.P.N. son discutibles según los trabajos de Reid (24) y aparentemente es improbable que esta sea la causa.

DISPUNCIÓN PSICOSOMÁTICA.-

Hay pocas evidencias que apoyen esta hipótesis, pero se la ha propuesto para explicar algunos síntomas relacionados con el S.P.M. Ganon (25) realizó una revisión crítica de diversos trabajos sin que se concluya una relación causa-efecto.

HIPÓTESIS DE LOS PEPTIDOS OPIÁCEOS ENDOGENOS.-

Existe la posibilidad de que las modificaciones en la actividad de los péptidos opiáceos endógenos durante el ciclo menstrual juegue un papel importante en la fisiopatología del S.P.M. Existe la evidencia de un efecto inhibidor de estos péptidos sobre la secreción de gonadotrofinas. Se ha utilizado las modificaciones en la concentración de LH como respuesta a la administración del antagonista del opiáceo Naloxona para inducir los niveles aproximados de la actividad de péptidos a lo largo de las distintas fases del ciclo menstrual (26).

Durante la fase folicular temprana e en la menstruación, la Naloxona no provoca ningún incremento en los niveles de LH, lo que sugiere que la inhibición de las gonadotrofinas por los péptidos opiáceos es mínima durante esta época. Al contrario, en la fase luteínica del ciclo, cuan-

de las gonadotrofinas están normalmente descendidas, la administración de Naloxona da como resultado el mayor aumento en la concentración sérica de LH, lo cual sugiere que la inhibición de la liberación de gonadotrofinas por parte de los péptidos es máxima en esta etapa del ciclo. La determinación de la concentración de beta endorfinas en la sangre del sistema porta hipofisiario de monos resus, ha puesto en evidencia que los niveles de los péptidos son también más altos durante la fase lútea media, e indetectables al inicio de la menstruación.

Todo esto sugiere que la progesterona, actuando aisladamente o en combinación con los estrógenos, aumenta la actividad central de péptidos, lo cual da como resultado un ciclo de exposición primero, y luego de deprivación de péptidos durante la fase luteínica normal. La exposición excesiva a este estímulo o una deprivación brusca, puede desencadenar las manifestaciones psiconeuroendocrinas del S.P.N.

La administración de Naloxona (antagonista) de receptores opiáceos, ha demostrado que produce síntomas casi idénticos a los del S.P.N. (27)

Se dispone de datos en el sentido que los péptidos -

opiáceos funcionan como un neurotransmisor o neuromodulador con efectos sobre la secreción endócrina, el humor y la conducta. La depresión y el cansancio que se presentan durante esta época pueden ser el resultado de la disminución en la liberación de neuroepinefrina o de dopamina que están ocasionadas por la inhibición que ejercen estos péptidos sobre los sistemas de aminas biógenas (28). La deprivación aguda de la inhibición ejercida por los péptidos a medida que se aproxima la menstruación, puede conducir a un rebote de hiperactividad de estos neurotransmisores debido a una supersensibilidad del receptor adquirida lentamente, lo que da lugar a irritabilidad, ansiedad, tensión y agresividad. Un comportamiento psicótico premenstrual puede ser producido por una función intensa de la vía dopaminérgica (29)

En lo que se refiere al intestino, se sabe que los péptidos inhiben la secreción de líquidos estimulada por la prostaglandina E-1 y que disminuye la actividad muscular propulsora, lo que justificaría el estreñimiento y la sensación de hinchazón. El aumento de la actividad de las prostaglandinas que sigue a la caída de la actividad de los péptidos puede explicar los episodios de diarrea que -

preceden al inicio de la menstruación (30)

TRATAMIENTO DEL SINDROME PRE MENSTRUAL.-

Es importante el informar que el S.P.M. es un trastorno hormonal frecuente en mujeres de edad reproductiva.- Cuando los síntomas premenstruales son leves y en su mayor parte de origen somático, la terapéutica puede confiarse a una adecuada educación y al uso juicioso de medicación, teniendo precaución con la descripción de cualquiera de los fármacos durante la fase lútea si hay posibilidad de embarazo.

Algunas mujeres afirman tener mejoría con la utilización de anticonceptivos orales, sin embargo no está aún claro si éstos, son superiores a la utilización de un placebo.(31)

Los agentes anti prostaglandínicos, como el ácido mefenámico (250 mgs.), el naproxen sódico (275 mgs) o el ibuprofen (400 mgs) administrados por vía oral cada cuatro a seis horas, además de aliviar el S.P.M. son útiles en los síntomas de la dismenorrea, pero hay un escaso beneficio en cuanto a los síntomas limitados al premenstruo (32)

Puede utilizarse analgésicos para aliviar las cefaleas y dolores músculo-esqueléticos.

Los diuréticos se han usado mucho en el S.P.E. pero si se utilizan en forma discontinua pueden precipitar retención de líquidos y edema por una estimulación del sistema renina-angiotensina, siendo recomendado además una reducción en la ingesta de sal y carbohidratos (33). Se recomienda emplear como alternativa en la terapéutica diurética la espironolactona, 25 mgs. por vía oral, cuatro veces al día en la semana final.

El uso de bromocriptina y el danazol demuestran que ambos medicamentos son eficaces en el control de la tensión mamaria (34), pero estos fármacos pueden producir efectos colaterales como en el caso de la bromocriptina con náusea, vómito, hipotensión ortostática, úlcera gástrica, aborto espontáneo y mal formaciones congénitas.

El Danazol colateralmente puede producir amenorrea en algunas pacientes y efectos masculinizantes por ser un andrógeno débil.

Las pacientes rebeldes al tratamiento o que presentan alteraciones en el humor o síntomas maníaco-depresivos deben someterse a evaluación psiquiátrica. Hay que anotar que el uso de antidepresivos tricíclicos se realizará con precaución por su potencialidad en la exacerba-

ción de la conducta maníaca.

El carbonato de litio, 600 a 1800 mgs. por vía oral diariamente, es a veces eficaz para el control de la conducta psicótica (35), pero los efectos colaterales y la necesidad de controlar la función renal y los niveles séricos de litio, impide su uso rutinario en el S.P.M.

La progesterona y la piridoxina han sido aconsejadas, pero su eficacia en relación al uso de placebos está aún por confirmarse.

COMENTARIO.-

A pesar de las múltiples investigaciones, hipótesis y ensayos terapéuticos sobre el S.P.M., aún no se ha llegado a establecer nada definitivo.

Por lo revisado en la literatura médica, parece ser que en esta entidad existe una participación tanto fisiológica como psicológica. Existe aparentemente como algunos autores mencionan, una ciclicidad psicológica en la mujer, paralela a la fisiológica menstrual, seguramente correlacionada con el sistema endocrino femenino.

El tratamiento hasta el momento, si se quiere es em pírico, pero es necesario que se individualice el caso para efectuarlo. Por el momento, en forma paliativa se tra tará enfocando el síntoma principal, siendo muy importante una adecuada valoración psiquiátrica en las pacientes en las cuales los síntomas psicológicos predominan marcadamente sobre los somáticos.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Laughlin M; Johnson RE- Premenstrual Syndrome. Am. -
Fam. Physician 1984 Mar. 29(3): 265-9.
- 2.- Calderón Vega F. Los Trastornos Psico-somáticos más -
Frecuentes en Ginecología y Obstetricia. Ginecol. y -
Obstet. de México 1960. Ene-Feb.
- 3.- Applanap J.M. Premenstrual Syndrome: A Selective Re-
view Women Health 1983 Summer-Fall; 8(2-3) 107-23.
- 4.- Clare A.W. The Relationship Between Psychopathology -
and the Menstrual Cycle. Women Health 1983 Summer- -
Fall; 8(2-3) 125-36.
- 5.- L. Bernsted R. Luggin B. Petersson. Psychosocial Con-
siderations of the Premenstrual Syndrome. Acta Psy -
chiatr. Scand. 1984; 69 455-60.
- 6.- L. Dennerstein, Spencer, Burrows. Mood and the Mens-
trual Cycle. J. Psychiat. Res. Vol. 18, # 1, pp. 1984.
1-12.
- 7.- R. Reid. S.S. Yen. The Premenstrual Syndrome. Clin. -
Obs. Gin. 1983 (3) 863-873.
- 8.- R. Reid. S.S. Yen. The Premenstrual Syndrome. Clin. -
Obs. Gin. 1983 (3) 863-873.
- 9.- A. W. Clare. Psychiatric and Social Aspects of Premens-
trual Complaint. Psychological Medicine Monograph Su-
pplement, 4 Cambridge University, 1983.
- 10.- Sutherland H. Steward I. A critical Analysis of the -
P.S. Lancet, 1965; 1: 1180-1183.
- 11.- Pedersen C. Pedersen PA. Kamper-Larsen P. Nogle -
Premenstruelle Symptoner. Ugeskr Laeger 1981:143. -
1105-1108.

- 12.- A.W. Clare. Psychiatric and Social Aspects of Premenstrual Complaint. Monograph Supplement 4 Cambridge University Press. 1933.
- 13.- Balmori M.I. Garcia M.E. Algunos Efectos Físicos y Psicológicos de la Menstruación en el Rendimiento Laboral. 1984: 226-230.
- 14.- Sanders D. Leask R. Davidson D. Warner P. Bancroft J. "Mood, Sexuality Hormones and the Menstrual Cycle.II. Hormone Levels and their Relationship to the Menstrual Syndrome" Psychosom. Med. 1993 Dec; 45(6):503-7.
- 15.- L. Dennerstein et al- Mood and the Menstrual Cycle.- J. Psychiat. Res. Vol. 18 # 1 p.p. 1-12 1984.
- 16.- Abraham G.E. Nutritional Factors on the Etiology of the Premenstrual Tension Syndromes. J. Reprod. Med.- 1983 Jul. 29(7): 446-64.
- 17.- Labrum A.H. Hypothalamic, Pineal and Pituitary Factors on the Premenstrual Syndrome - J. Reprod. Med. 1983-Jul; 28(7):438-45.
- 18.- I. Sletten S. Gershon. The Premenstrual Syndrome: A Discussion of its Pathophysiology and Treatment with Lithium Ion. Comprehensive Psychiatry, Vol. 7 # 3. - Jun. 1966 p.p. 197-206.
- 19.- Horrobin DP. J. Reprod. Med. 1983; Jul; 29(7):465-8.
- 20.- Sampson GA. An Appraisal of the Role of Progesterone on the Therapy of Premenstrual Syndrome. In: Pieter-A vanKeep, ed. The Premenstrual Syndrome. Lancaster-England: MTP Press Ltd. Falcon House International - Medical Publishers, 1981: 51.
- 21.- Dalton K. Cyclical Criminal Acts in Premenstrual Syndrome. Lancet 1980; 2:1070.

- 22.- Morton JH. Addison H, Addison RG, Hunt L. Sullivan JJ. A Clinical Study of Premenstrual Tension. Am. J. Obstet. Gynecol. 1953; 65:1182.
- 23.- Bertoli A. de Pirro R. Fusio A, Greco AV, Magnatta-R, Lauro R. Differences in Insulin Receptors Between Men and Menstruating Women and Influence of Sex Hormones on Insulin Binding During the Menstrual Cycle. J. Clin Endocrinol Metab 1980; 50:246.
- 24.- Reid RL, Yen SSC. Premenstrual Syndrome. Am. J. Obs. Gynecol. 1981; 139:85.
- 25.- Ganon L. Evidence for a Psychological Etiology of - Menstrual Disorders: A Critical Review. Psychological Reports. 1981; 49: 287.
- 26.- Quigley ME, Yen SSC. The Role of the Endogenous Opiates on LH Secretion During the Menstrual Cycle. J. - Clin Endocrinol Metab 1980; 51:179.
- 27.- Cohen ME, Cohen RM, Pickar D, Weingartner H, Murhy - DL, Bunney WE jr. Behavioural Effects After High Dose Naloxone Administration to Normal Volunteers. Lancet 1981; 2: 1110.
- 28.- Schartz JC, Pollard H, Llorens C, et al. Endorphins- and Endorphin Receptors in Striatum: Relationships - with Dopaminergic Neurons. In:Costa E, Trabucchi M,- Eds. Advances in Biochem Psychopharm. New York: Raven Press, 1978; 245.
- 29.- Reid RL, Yen SSC. Premenstrual Syndrome. Am. J.Obst. Gynecol. 1981; 139-85.
- 30.- Reid RL, Yen SSC. El Síndrome Premenstrual. Clin Obst. Ginec. Vol. 3; 1983; p.p. 867-869.
- 31.- Cullberg J. Mood Changes and Menstrual Symptoms with Different Gestation-Estrogen combinations. Acta Psych. Scand. (suppl) 1972; 236.

- 32.- Wood C, Jekubowicz D. The Treatment of Premenstrual-Symptoms with Mefenamic Acid. Br. J. Obst. Gynec. - 1980; 87: 627.
- 33.- Mac Gregor GA, Roulston JE, Markander ND, Jonec JC, - de Wardener HD. Is "Idiopathic" Edema Idiopathic? - Lancet 1979; 1: 397.
- 34.- Day J. Danazol and the Premenstrual Syndrome. Post - grad Med. J. 1979; 55:87.
- 35.- Steiner W, Haskett RF, Osmun JN, Carroll BJ. Treat - ment of Premenstrual Tension with Lithium Carbonate: a Pilot Study. Acta Psychiat Scand. 1981; 61:96.