



# Amenorréia

Resumo de diretriz NHG M58 (março 2007)

Leusink GL, Oltheten JMT, Brugemann LEM, Belgraver A, Geertman JMA, Van Balen JAM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



## Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exames físicos
  - Exames adicionais
  - Avaliação
- Conduta
  - Orientação
  - Medicação
- Acompanhamento e outros exames adicionais
- Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Definições

- *Amenorréia*: ausência da perda de sangue menstrual regular na fase fértil da vida.
- *Amenorréia primária*: ausência da menarca até depois do aniversário de 16 anos.
- *Amenorréia secundária*: durante um mínimo de 6 meses ausência de menstruação em paciente onde anteriormente a menstruação esteve presente.
- *Amenorréia funcional*: amenorréia como resultado de um distúrbio no mecanismo de regulação hormonal do ciclo, na ausência de distúrbios orgânicos.

# Diagnóstico

## Anamnese

### Amenorréia primária

- Desenvolvimento de características sexuais secundárias (seios e pêlos pubianos).

Averiguar também possíveis causas de amenorréia secundária.

### A amenorréia secundária

#### *Padrão menstrual:*

- primeiro dia do último período menstrual;
- frequência e duração dos ciclos anteriores;
- idade onde a menarca ocorreu e o decorrer dos períodos menstruais desde então.

#### *Gestação, desejo de ter filhos:*

- a possibilidade da presença de uma gravidez;
- um aborto recente ou parto e amamentação;
- uma curetagem recente;
- desejo de ter filhos e o uso de contraceptivos.

#### *Fatores correspondentes com a amenorréia funcional*

- estresse e grandes eventos de vida;
- baixo peso corporal, fortes mudanças de peso ou problemas relacionados à alimentação;
- prática intensiva de esportes.

#### *Outros sintomas de distúrbios (hormonais):*

- acne, hirsutismo ou obesidade;
- galactorreia, eventualmente acompanhada de distúrbios visuais ou dor de cabeça;
- sintomas do climatério, como ondas de calor e secura vaginal;
- doenças crônicas, tais como diabetes mellitus e disfunção da tireóide;
- uso de medicamentos, como antipsicóticos e antidepressivos.

## Exame físico

### A amenorréia primária

- formação externa dos órgãos genitais, abertura do hímen (hematocolpos).
- comprimento, forma/postura corporal, características sexuais secundárias (mamas, pelos pubianos).

## Amenorréia primária e secundária

- Exame vaginal (a menos que existam objeções, por exemplo virgindade).
- Em mulheres magras, em grande mudança no peso, adiposidade: altura e peso.
- Em mulheres com queixas de acne ou hirsutismo: padrão dos pelos, outros sinais de virilização.

## Exame adicional

- *Teste de gravidez*: se através da anamnese uma gravidez não puder ser excluída.
- *Ultrassonografia*: em caso de dúvida na interpretação das conclusões do exame vaginal, se a informação é considerada desejável (por exemplo, anomalias congênitas e a síndrome do ovário policístico) .
- *Teste de provocação de progesterona*: pacientes com mais de 16 anos com amenorréia primária, altura normal, com forma/postura corporal e desenvolvimento de características sexuais secundárias normal, sem alterações no exame físico: prescrever medroxiprogesterona 10 mg 1x/dia durante 10 dias. O teste é positivo na ocorrência de sangramento dentro de 7 dias após a interrupção.
- *FSH, estradiol*: em amenorréia secundária e desejo de engravidar. Menopausa é provável com FSH >20 UI/l e estradiol <100 pmol/l.
- *Prolactina*: na suspeita de prolactinoma ou amenorréia funcional por mais de um ano. Devido à grande variação biológica, uma segunda determinação é desejada.
- *TSH*: apenas na presença de outras queixas condizentes à disfunção da tireóide.

## Avaliação

### A amenorréia primária

- Aguardar o curso natural até a idade de 16 anos em paciente com menos de 16 anos com ausência de menarca e altura normal, com forma/postura corporal e desenvolvimento de características sexuais secundárias normal, sem alterações no exame físico.
- Em pacientes dessa classe, com idades em torno de 16 ou 17 anos, com um teste de provocação de progesterona positivo, aguardar o curso natural até a idade de 18 anos.

### A amenorréia secundária

Considere as seguintes causas.

- *Síndrome de Asherman*: após recente curetagem pós-aborto ou pós-parto.
- *Síndrome do ovário policístico*: em amenorréia e presença concomitante de acne, hirsutismo ou adiposidade. Na história de perturbações do ciclo, aumento gradual do

hirsutismo e ovários aumentados no exame físico ou ultra-som sustentam o diagnóstico.

- *Início da menopausa*: em mulheres na fase da pré-menopausa torna-se mais provável à medida que o tempo desde a última menstruação é mais longo, a mulher é mais velha e na presença de queixas climatéricas.
- *Hiperprolactinemia*: provável em galactorreia bilateral. As causas incluem o uso de medicações, manipulação dos seios ou mamilos e prolactinomas da hipófise.
- *Doenças crônicas ou medicamentos*: podem desempenhar um papel na amenorréia.
- *Amenorréia funcional*: na ausência dos sinais citados anteriormente para causas orgânicas da amenorréia. Estresse recente, baixo peso corporal ou mudança grande de peso ou exercício físico intenso sustentam o diagnóstico.

## Conduta

### Orientações

- *Ausência da menarca*: a distribuição fisiológica da menarca é 9-17 anos. O desenvolvimento das mamas e presença de pêlos pubianos são bons sinais.
- *Gravidez*: discutir se é desejada<sup>1</sup>.
- *Síndrome do ovário policístico*: disfunção dos ovários. A terapia não é necessária. É muitas vezes acompanhada de redução da fertilidade. Por isso, no desejo gestacional, propõe-se não adiar por muito tempo a primeira gravidez.
- *O início da menopausa*: explicar a distribuição da idade em que isso ocorre. Proporcionar às mulheres com início precoce da menopausa recomendações de estilo de vida para a prevenção da osteoporose, determinar se há fatores de risco para osteoporose, e indicação para a medição da densidade óssea. Instruir as mulheres a entrar em contato no caso de fraturas futuras.
- *No uso de medicamentos que podem causar amenorréia*: avaliar os prós e contras de mudar a medicação juntamente à paciente.
- *Amenorréia funcional*: explicar os fatores físicos e psicológicos que influenciam o ciclo menstrual. Muitas vezes, a causa é desconhecida. A amenorréia é inofensiva e não requer tratamento. O ciclo quase sempre recupera-se espontaneamente.

### Medicação

- Uma terapia causal ainda não está disponível.

## Acompanhamento e outros exames adicionais

- *Ausência da menarca*: realizar aos 16 anos de idade um teste de provocação de progesterona. Encaminhar aos 18 anos.
- *Na mudança de medicação*: controle após seis meses.
- *Amenorréia funcional*: determinar prolactina em pacientes sem desejo gestacional, um ano após a última menstruação. Encaminhar os pacientes com desejo gestacional.

## Encaminhamento

O médico de família e comunidade encaminha ao pediatra ou ginecologista a paciente:

- de 14 ou 15 anos, onde quais a menarca ainda não ocorreu e em que comprimento, forma/postura corporal ou características sexuais secundárias é anormal, ou portando anomalias físicas.

O médico de família e comunidade encaminha ao ginecologista:

- em amenorréia primária e um teste de provocação de progesterona negativo;
- 18 anos ou mais com amenorréia primária;
- em evidências de síndrome do ovário policístico na necessidade de certeza do diagnóstico ou o desejo reprodutivo;
- em suspeita de síndrome de Asherman;
- em paciente onde é provável a menopausa precoce e desejo reprodutivo;
- duas vezes um nível de prolactina elevado, não resultante de medicações e desejo gestacional;
- em amenorréia funcional, onde a recuperação espontânea após um ano não se concretizou e desejo gestacional.
- em amenorréia funcional, onde a recuperação espontânea após dois anos não se concretizou (e onde o paciente deseja diagnóstico).

O médico de família e comunidade encaminha ao endocrinologista:

- em nível de prolactina elevado em exames realizados 2 vezes, e não como consequência de medicação.

## Notas do tradutor

1. Na Holanda esse é um ponto importante devido à legalidade do aborto nas primeiras 22 semanas de gestação.