

01

INTRODUÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

PRIMÁRIA	Ausência de menarca e caracteres sexuais secundários até os 14 anos ou presença destes, porém ausência de menarca até os 16 anos.
SECUNDÁRIA	Ausência de menstruação por 3 ciclos consecutivos ou por 180 dias em pacientes com ciclos menstruais irregulares.
CRIPTOMENORREIA	Falsa amenorreia; ausência de menstruação devida à obstrução do trato genital (possivelmente congênita ou adquirida) – amenorreia + dor pélvica cíclica.

02

AMENORREIA PRIMÁRIA

CAUSAS

HIPOTALÂMICAS E HIPOFISÁRIAS	Amenorreia hipotalâmica (estresse, distúrbios alimentares, exercícios intensos);
	Deficiência isolada de GnRH (hipogonadismo hipogonadotrófico idiopático; se associado com hipo/anosmia: síndrome de Kallmann);
	Tumor hipotalâmico ou hipofisário (associação com cefaleia, alterações de campo visual);
	Atraso constitucional da puberdade (mais comum em meninos que em meninas);
	Doenças sistêmicas crônicas, doenças agudas descompensadas, doenças infiltrativas/ inflamatórias.

OVARIANAS	Disgenesia gonadal (principal causa – disgenesia gonadal 45,X: síndrome de Turner; disgenesia gonadal 46,XX; disgenesia gonadal 46,XY: síndrome de Morris);
	Falência ovariana prematura (autoimune, pós-radio ou quimioterapia);
ANATÔMICAS	Anovulação crônica (síndrome dos ovários policísticos – principalmente as pacientes com altos níveis de androgênios circulantes e sobrepeso/obesidade; síndrome de Cushing; hiperprolactinemia; hiperplasia adrenal congênita não clássica; tumores virilizantes).
	Hímen imperfurado;
	Septos vaginais transversos/oblíquos; agenesia de vagina;
	Malformações müllerianas (síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser – agenesia de útero, colo e terço superior da vagina em proporções variáveis).

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

- Idade de início (telarca/pubarca);
- Desenvolvimento ponderal e estatural;
- Sinais de acometimento do sistema nervoso central – tumores;
- Sinais de virilização;
- Galactorreia;
- Desenvolvimento das mamas e dos pelos pubianos;
- Introito vaginal e avaliação hímen-clitóris;
- Malformações.

EXAMES COMPLEMENTARES

- FSH;
- LH;
- Estradiol;
- TSH;
- T4 livre;
- Androgênios;
- Cortisol;
- Prolactina;
- Ultrassonografia;
- Tomografia;
- Ressonância nuclear magnética e cariótipo.

TRATAMENTO

Deverá ser dirigido à causa-base. Considerações sobre fertilidade devem ser feitas à paciente, além de reposição hormonal para prevenir osteoporose e doença arterial coronariana prematura. Realizar correção cirúrgica de septos/confecção de neovagina em caso de agenesia.

HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO

Administração de GnRH quando a causa-base é a deficiência deste;

Administração de FSH/LH exógenos se a causa é deficiência de produção hipofisária.

**HIPOGONADISMO
HIPERGONADOTRÓFICO**

Reposição hormonal (estrogênios/progesterona);

Em caso de cromossomo Y (síndrome de Morris), deve haver retirada das gônadas, pelo risco de malignização (após a puberdade);

HIPERANDROGENISMO

Corticoides na hiperplasia adrenal congênita, cirurgia para exérese das gônadas, anticoncepcional hormonal ou acetato de medroxiprogesterona na 2ª fase do ciclo para síndrome dos ovários policísticos, tratamento do hirsutismo.

03

AMENORREIA SECUNDÁRIA

- Gestação (principal causa);
- Imaturidade do eixo hipotalâmico-hipofisário-ovariano;
- Alterações ponderais súbitas;
- Doenças crônicas (diabetes mellitus tipo 1, doença celíaca);
- Estresse excessivo;
- Exercícios físicos muito intensos;
- Tumores do sistema nervoso central;
- Infecções, traumas ou irradiação do sistema nervoso central;
- Pan-hipopituitarismo (por exemplo, síndrome de Sheehan);
- Hiperprolactinemia;
- Hipotireoidismo/hipertireoidismo;

- Falência ovariana precoce;
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Hiperplasia adrenal congênita;
- Uso externo de androgênios;
- Tumores de ovário;
- Amenorreia pós-pílula;
- Hiperplasia adrenal congênita de manifestação tardia;
- Sinéquias uterinas (síndrome de Asherman);
- Estenose cervical (pseudoamenorreia);
- Tumores de adrenais;
- Outros tumores.

04

ROTEIRO BÁSICO PARA INVESTIGAÇÃO

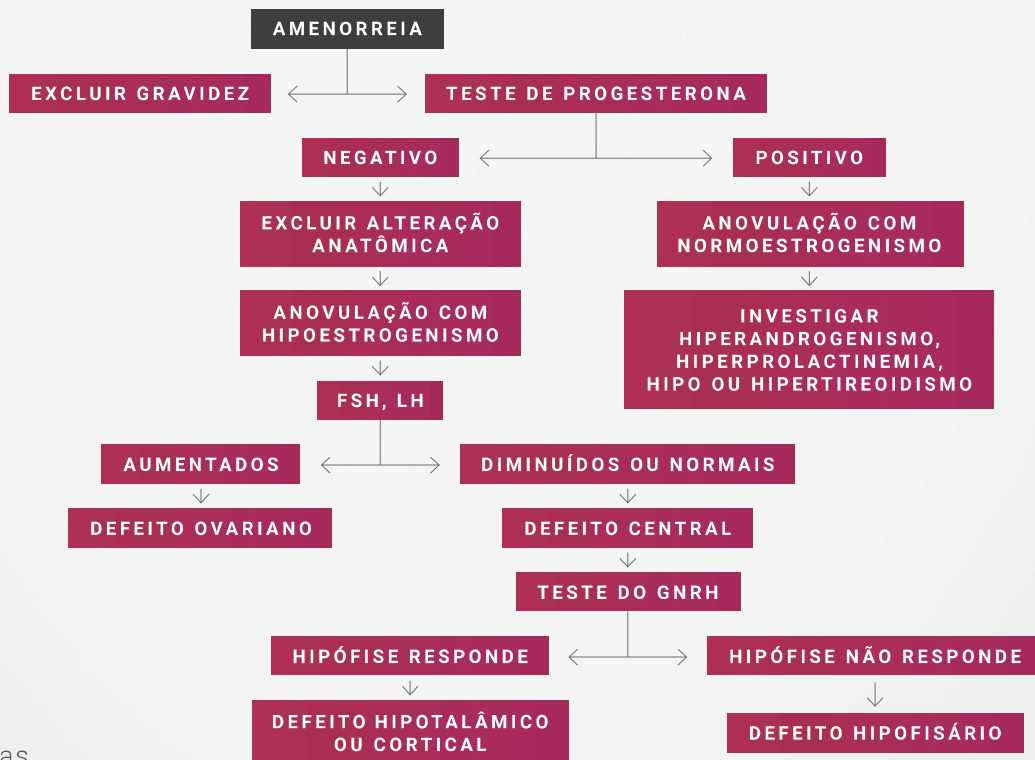


FIGURA 1 - Investigação das amenorreias

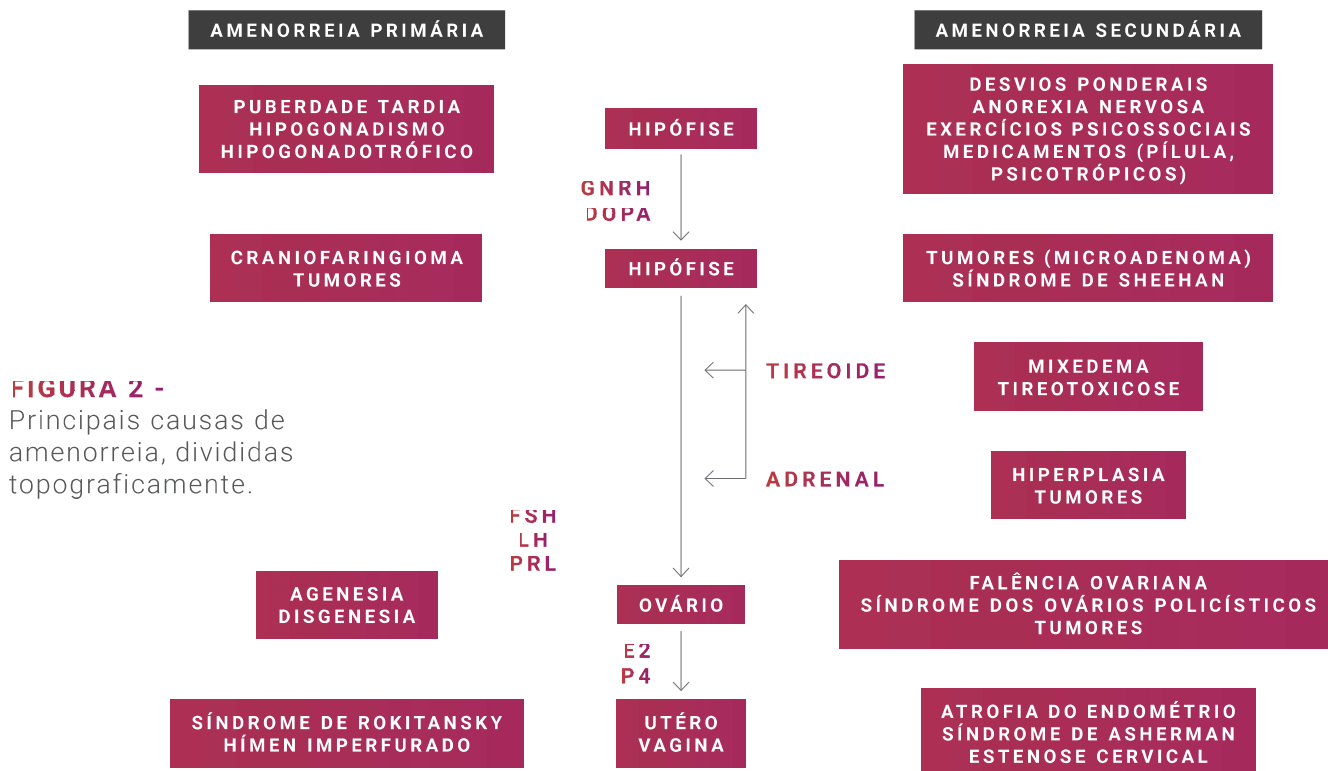


FIGURA 2 - Principais causas de amenorreia, divididas topograficamente.

05 TRATAMENTO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

CRIPTOMENORREIA	Tratamento cirúrgico, com remoção do obstáculo à menstruação;
SÍNDROME DE ASHERMAN	Lise das aderências por histeroscopia + colocação de DIU (não é consenso);
TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Tratamento com neurocirurgião; nos prolactinomas, o tratamento clínico com agonistas dopaminérgicos geralmente é suficiente;
HIPERPROLACTINEMIA	Bromocriptina ou cabergolina, no caso de prolactinomas; suspensão da causa (quando for uso de alguma droga, por exemplo);
SÍNDROME DE SHEEHAN E TIREOIDOPATIAS	Acompanhamento e tratamento clínico com endocrinologista;
SÍNDROME DE KALLMANN	Ciclos de estrogênios e progestogênios, gonadotrofinas e GnRH para indução de ovulações;
ATRASO FISIOLÓGICO	Baixas doses de estrogênio até o sangramento, após terapêutica cíclica com estrogênio e progestogênios;
AMENORREIA PÓS-PÍLULA	DIU ou citrato de clomifeno.