

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

OBJETIVO 1: CONSTRUIR A ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA AMENORREIA SECUNDÁRIA

A ideia é **descobrir onde está o problema**: hipotálamo, hipófise, ovário, útero ou trato de saída.

1. Será que é realmente amenorreia secundária?

- **≥ 3 meses** sem menstruar → se os ciclos eram regulares.
- **≥ 6 meses** → se os ciclos já eram irregulares.

E antes de pensar em qualquer doença, sempre iremos nos perguntar:

“Pode ser gravidez?”

Sempre afastar gravidez primeiro → β -hCG.

Se positivo → é gestação e a investigação muda.

Se negativo → seguimos investigando a amenorreia.

Certo, descartamos gravidez e agora?

2. Vamos para a 2ª pergunta: como está o eixo hormonal?

Os principais exames são:

- **FSH**
- **Prolactina**
- **TSH**
- **USG pélvica/transvaginal**

A partir daqui, o raciocínio fica muito mais fácil!!!

FSH alto: “o ovário está sendo estimulado, mas não responde?”

Sim.

FSH $\uparrow$ → pensar em insuficiência ovariana prematura (IOP).

O ovário produz pouco estradiol → perde o feedback negativo → a hipófise aumenta o FSH.

FSH baixo/normal + estradiol baixo: “o problema está antes do ovário?”

Provavelmente.

Pense em **hipogonadismo hipogonadotrófico**, principalmente **amenorreia hipotalâmica funcional**.

Aí procure:

- perda de peso;
- baixa ingestão alimentar;
- exercício excessivo;
- estresse importante.

Prolactina alta: “tem galactorreia?”

Pode ter, mas **não é obrigatório**.

PRL $\uparrow$ → hiperprolactinemia.

Pergunte também sobre cefaleia e alterações visuais.

TSH alterado: “a tireoide pode estar interferindo no ciclo?”

Pode.

Por isso o TSH faz parte da investigação.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

3. E se houver acne, hirsutismo ou virilização?

“Essa amenorreia é anovulatória e hiperandrogênica?”

Pode ser SOP, mas também existem outras causas.

Procure sinais de hiperandrogenismo:

- acne;
- hirsutismo;
- virilização.

Se necessário, complemente com **testosterona**, **SDHEA**, entre outros exames direcionados.

4. E entra o teste da progesterona Cuidado para olhar o teste atual!!!

Agora a pergunta é:

“Ela tem estrogênio suficiente para ter preparado o endométrio? E o caminho de saída está aberto?”

Fazemos:

Medroxiprogesterona 10 mg/dia VO por 5 dias.

Se **SANGRAR** → teste positivo

Isso significa:

- tem estrogênio endógeno;
- o endométrio foi proliferado;
- o trato de saída está pérvio.

→ Conclusão: **ANOVULAÇÃO**.

Se **NÃO SANGRAR** → teste negativo

Aí pense em:

- produção estrogênica deficiente;
- resposta endometrial inadequada;
- obstrução do trato de saída.

5. “E se não sangrou? Como eu descubro o motivo?”

Aí pode ser feito o **teste do estrogênio + progesterona**.

Se **houver sangramento** → o endométrio respondeu e o trato de saída está pérvio, **afastando causa uterovaginal**.

Se **não houver sangramento** → pense em **alteração uterovaginal/trato genital**, como uma alteração anatômica.

6. Não esqueça da história da paciente!

A anamnese praticamente já vai te dando as pistas.

Amenorreia + curetagem prévia

→ pense em **sinéquias/Asherman**.

Amenorreia + hemorragia pós-parto importante + agalactia

→ pense em **Sheehan**.

Amenorreia + perda de peso/exercício excessivo

→ pense em **causa hipotalâmica**.

Amenorreia + fogachos/secura vaginal

→ pense em **hipoestrogenismo/IOP**.

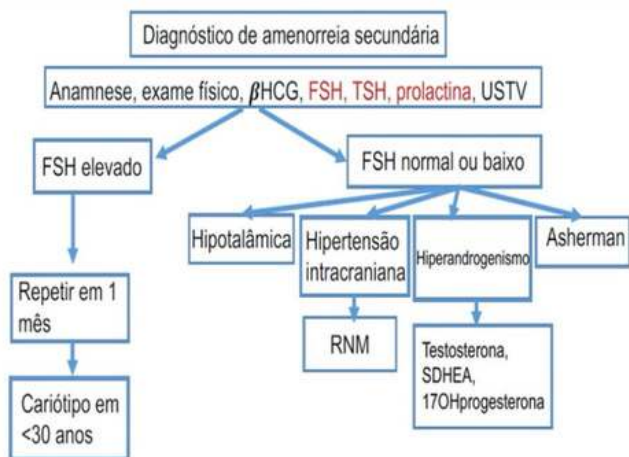
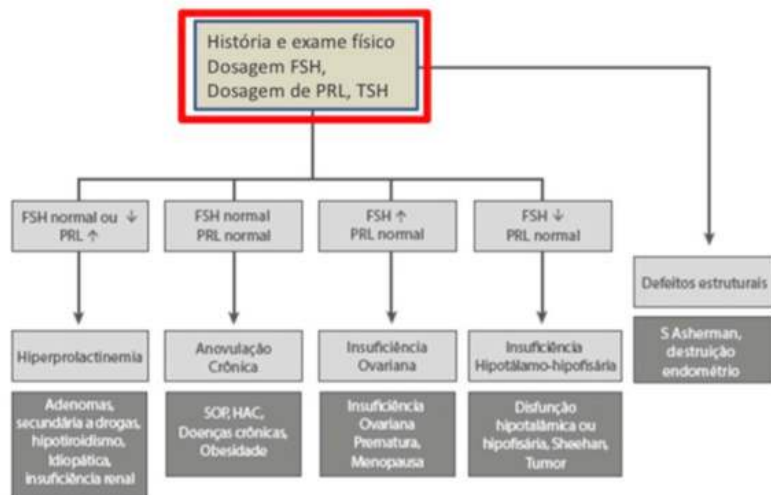
Amenorreia + galactorreia

→ pense em **hiperprolactinemia**.

Amenorreia + acne/hirsutismo

→ pense em **SOP/anovulação hiperandrogênica**.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA



OBJETIVO 2: CARACTERIZAR A SOMP E DIFERENCIAR DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE AMENORREIA

Primeiro, vamos entender a paciente com amenorreia. A pergunta é:

“Ela está sem menstruar porque não está ovulando, porque o ovário não funciona, porque o cérebro não está estimulando o ovário, porque tem prolactina alta, porque a tireoide está alterada ou porque existe um problema anatômico?”

1. SOMP — Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina

Quando você pensa em SOMP, pense principalmente em:

Anovulação + hiperandrogenismo

A paciente pode chegar falando:

“Minha menstruação é toda irregular e estou com muita acne e pelos.”

Procure:

- oligomenorreia/amenorreia;
- ciclos anovulatórios;
- hirsutismo;
- acne;
- alopecia androgenética;
- eventualmente sinais de virilização.

A SOMP é uma síndrome, então não existe um único exame que diga “é SOMP”.

O diagnóstico é feito pela combinação dos achados, depois de excluir outras causas.

E o ovário policístico?

Pode aparecer na ultrassonografia, mas **não é obrigatório ter ovário policístico para ter a síndrome.**

Então não caia naquela:

“USG normal = não é SOP.”

Não necessariamente.

O importante é juntar história + clínica + hormônios + imagem quando indicada.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

2. Agora compare com IOP

Aqui a pergunta é:

“O ovário está funcionando ou está falhando?”

Na insuficiência ovariana prematura, existe perda da função ovariana antes dos 40 anos.

Então:

FSH ↑ + estradiol ↓ → pense em IOP.

A paciente pode apresentar:

- amenorreia;
- fogachos;
- secura vaginal;
- diminuição da libido;
- outros sintomas de hipoestrogenismo.

A lógica é completamente diferente da SOP:

SOP → ovário está funcionando, mas há anovulação.

IOP → ovário está falhando.

3. E amenorreia hipotalâmica funcional?

Agora imagine:

“Paciente perdeu bastante peso, está treinando demais e parou de menstruar.”

Aqui não parece que o ovário simplesmente “quebrou”.

O problema está no estímulo central.

FSH baixo/normal-baixo + estradiol baixo → pense em hipogonadismo hipogonadotrófico

E procure:

- perda de peso;
- baixa disponibilidade energética;
- exercício excessivo;
- estresse.

A aula coloca justamente perda de peso, exercício físico e estados de grande tensão entre as situações relacionadas ao compartimento hipotalâmico.

4. E hiperprolactinemia?

Aqui a pista pode ser:

“Está saindo leite da mama?”

Pode haver galactorreia, mas ela não é obrigatória.

Também pergunte:

- cefaleia?
- alteração visual?
- medicamentos que aumentam prolactina?

PRL ↑ → hiperprolactinemia.

A aula destaca a investigação de galactorreia espontânea ou à expressão como uma pista importante.

5. E hipotireoidismo?

Aqui você precisa lembrar:

“A tireoide também conversa com o eixo reprodutivo.”

Então uma alteração tireoidiana pode causar irregularidade menstrual e amenorreia.

Por isso, na investigação inicial da amenorreia, entram TSH e prolactina, além do FSH e β -hCG.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

6. E síndrome de Asherman?

Aqui muda tudo.

Pense:

“E se os hormônios estiverem normais, mas o problema estiver dentro do útero?”

A paciente pode ter história de:

- curetagem;
- manipulação uterina;
- endometrite/DIP;
- outros procedimentos uterinos.

E depois disso desenvolve **sinéquias intrauterinas**.

Então:

amenorreia + história de manipulação uterina → pense em Asherman.

OBJETIVO 3: PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

Agora vem uma pergunta que muda completamente a conduta:

“Essa paciente quer engravidar agora?”

Você não trata amenorreia no automático. Primeiro define o desejo reprodutivo.

1. SOMP

Se NÃO quer engravidar:

O objetivo é:

regularizar/proteger o endométrio + controlar hiperandrogenismo + reduzir risco metabólico.

- mudança de estilo de vida;
- contraceptivo hormonal combinado, quando não houver contraindicação;
- progestagênio para proteção endometrial;
- metformina quando houver indicação metabólica;
- tratamento do hiperandrogenismo em casos selecionados.

Por que proteger o endométrio?

Porque a anovulação crônica deixa o endométrio exposto ao estrogênio sem oposição adequada da progesterona.

Anovulação crônica → exposição estrogênica sem oposição → hiperplasia endometrial → aumento do risco de câncer endometrioide.

Então não é simplesmente:

“Ela não menstrua, mas está tudo bem.”

Temos que pensar na proteção endometrial.

Se QUER engravidar:

A prioridade muda:

“Como faço essa paciente ovular?”

O **letrozol** é uma opção de primeira linha para indução da ovulação em pacientes com SOP.

Dependendo do caso, podem ser utilizados outros tratamentos, como citrato de clomifeno, metformina em situações selecionadas, gonadotrofinas ou técnicas de reprodução assistida.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

2. IOP

Aqui o grande problema é:

falta de estrogênio.

Então o tratamento hormonal tem como objetivo reduzir as consequências do hipoestrogenismo, principalmente:

- sintomas;
- perda de massa óssea;
- consequências cardiovasculares.

Em uma paciente com útero, é necessário pensar na proteção endometrial quando se utiliza estrogênio.

E atenção para uma pegadinha:

Terapia hormonal para IOP NÃO é contraceptivo.

A paciente ainda pode apresentar ovulação ocasional.

Então, **se ela não quer engravidar, precisa de contracepção.**

Se ela quer engravidar, a abordagem é diferente, podendo ser necessária **reprodução assistida**, especialmente com **ovócitos doados**.

3. Hiperprolactinemia

Aqui você trata a causa.

Quando apropriado, os agonistas dopaminérgicos são a base do tratamento, principalmente:

Cabergolina

A bromocriptina é uma alternativa.

A ideia é:

reduzir prolactina → **recuperar o eixo reprodutivo** → **recuperar ovulação/menstruação quando possível**

E, aí dependendo da etiologia, pode ser necessária investigação por imagem da hipófise...

4. Síndrome de Asherman

Aqui não adianta ficar dando hormônio esperando a menstruação voltar.

O problema é **anatômico**.

A principal abordagem é:

histeroscopia com lise das sinéquias.

Depois, o acompanhamento busca reduzir o risco de formação de novas aderências e avaliar a recuperação da cavidade uterina.

E se a paciente engravidar depois de Asherman?

A gestação merece atenção porque existe maior risco de algumas complicações obstétricas, como alterações placentárias e parto prematuro.

OBJETIVO 4: APLICAR OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE MÉDICA PARA CONTRACEPÇÃO

Ufaaaa... quase acabando...

Agora vamos imaginar que a paciente diga:

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

“Não quero engravidar agora. Qual contraceptivo eu posso usar?”

Não existe uma resposta universal.

A pergunta é:

“Esse método é seguro PARA ESSA paciente?”

É aí que entram os **Critérios de Elegibilidade Médica (MEC)**.

A classificação é:

Categoria 1

→ pode usar normalmente.

Categoria 2

→ os benefícios geralmente superam os riscos.

Categoria 3

→ os riscos geralmente superam os benefícios; em geral, evitar.

Categoria 4

→ risco inaceitável; contraindicado.

1. Tabagismo

“Quantos anos ela tem e quantos cigarros fuma?”

Porque a combinação idade + tabagismo importa especialmente para métodos com estrogênio.

- **< 35 anos:** combinado → categoria 2.
- **≥ 35 anos + <15 cigarros/dia:** combinado → categoria 3.
- **≥ 35 anos + ≥15 cigarros/dia:** combinado → categoria 4.

Então:

35 anos + muito cigarro + método combinado = NÃO.

2. Pressão arterial

Aqui é outra pegadinha importante.

PA 140–159 / 90–99 mmHg

→ método combinado: **categoria 3.**

PA ≥160 / ≥100 mmHg

→ combinado: **categoria 4.**

Ou seja:

Hipertensão grave + estrogênio = contraindicação.

3. Obesidade

Agora:

“Ela é obesa. Então não pode usar anticoncepcional hormonal?”

Não.

Obesidade isoladamente não contraindica contracepção hormonal.

O que importa é avaliar o conjunto de fatores de risco...

4. Dislipidemia

Aqui também não basta olhar:

“Colesterol alto = nunca pode anticoncepcional.”

A decisão **depende da gravidade e do contexto cardiovascular**, principalmente quando estamos pensando em métodos combinados.

5. E risco trombótico?

Aqui precisamos ter muito cuidado com estrogênio.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

História de TVP/TEP ou trombofilia pode tornar o método combinado uma opção inadequada, chegando à **categoria 4** em situações específicas.

Por isso, diante de:

“Paciente com antecedente de trombose.”

A primeira coisa que você pensa é:

“Vou poder usar estrogênio?”

E provavelmente a resposta será não.

6. E a preferência da paciente?

Essa parte é MUITOO importante, afinal nossa paciente tem que participar ativamente da escolha do seu método, né?

Não adianta você pensar:

“DIU é o melhor, então vou colocar DIU.”

A paciente também participa da decisão.

Você precisa conversar sobre:

- eficácia;
- efeitos adversos;
- padrão de sangramento;
- benefícios não contraceptivos;
- reversibilidade;
- contraindicações;
- desejo reprodutivo;
- preferência da paciente.

Isso é:

decisão compartilhada.

O método mais eficaz não é automaticamente o método certo se a paciente não quer aquele método.

OBJETIVO 5: COMPARAR OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Agora vamos pensar como se a paciente estivesse perguntando:

“Tá, mas qual método é melhor para mim?”

Não existe “melhor” isoladamente. Existe o que **melhor combina com o perfil e os objetivos dela.**

1. Implante

Eficácia

Extremamente alta.

Sangramento

Pode ser **bem irregular**. Algumas pacientes apresentam amenorreia.

Benefícios

- não depende de uso diário;
- ótima eficácia;
- pode ser usado quando estrogênio é contraindicado.

Reversibilidade

Alta. Após retirada, a fertilidade retorna rapidamente.

IST?

Não protege.

2. DIU hormonal (LNG-IUS)

Esse é muito interessante para uma paciente com fluxo menstrual intenso.

Eficácia

Muito alta.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

Sangramento

reduzir bastante o fluxo → podendo chegar à amenorreia.

Benefícios

Além da contracepção:

- reduz sangramento menstrual;
- pode melhorar dismenorreia;
- promove proteção endometrial.

Reversibilidade

Alta.

IST?

Não protege.

3. DIU de cobre

Agora é o contrário do hormonal.

Eficácia

Muito alta.

Sangramento

Pode:

- aumentar o fluxo e as cólicas, especialmente inicialmente.

Benefício principal

É não hormonal.

Reversibilidade

Alta.

IST?

Não protege.

4. Anticoncepcional combinado

Aqui temos:

estrogênio + progestagênio.

Eficácia

Boa, principalmente com uso correto, mas depende bastante da adesão.

Sangramento

Geralmente deixa o ciclo mais previsível e regular.

Benefícios não contraceptivos

Pode ajudar em:

- dismenorreia;
- redução do fluxo;
- acne;
- hiperandrogenismo;
- redução do risco de câncer de endométrio e ovário.

Reversibilidade

Alta.

IST?

Não protege.

Mas lembra:

Antes de indicar estrogênio, cheque as contraindicações pelo amor de Deussss

Tabagismo em determinadas idades, hipertensão importante, enxaqueca com aura e alto risco trombótico são exemplos de situações que mudam completamente a escolha.

5. Pílula só de progesterona

Não contém estrogênio.

Sangramento

Pode provocar:

- irregularidade;
- spotting;
- amenorreia.

CASO 2: AMENORREIA SECUNDÁRIA

Benefício

É uma alternativa quando o estrogênio não é desejável ou está contraindicado em determinadas situações.

Reversibilidade

Alta.

IST?

Não protege.

ANOTAÇÕES:

6. Injetável de progestagênio

Pode causar:

spotting inicialmente → **amenorreia com o tempo.**

É uma opção interessante em algumas pacientes que não podem ou não querem utilizar estrogênio.

A principal diferença em relação a métodos de ação curta é que **o retorno da fertilidade pode ser mais demorado após a suspensão.**

7. Preservativo

Agora temos uma característica que nenhum dos outros métodos tem:

Proteção contra IST.

Então:

“Qual contraceptivo protege contra IST?”

Preservativo.

Os métodos hormonais, DIUs, implante, esterilização etc. **não protegem contra IST.**

Por isso existe a ideia de:

Dupla proteção

→ **um método contraceptivo eficaz + preservativo.**

BOA PROVA! ❤️