

AMENORREIA E INFERTILIDADE

AMENORREIAS

- **PRIMÁRIA**
 - 16 anos com sinais de puberdade.
 - 14 anos sem sinais de puberdade.
- **SECUNDÁRIA**
 - Três ciclos ou seis meses sem menstruação.

AMENORREIA SECUNDÁRIA

- **INVESTIGAÇÃO**
 - 1) Beta-HCG para excluir gestação.
 - 2) TSH e prolactina.
 - Hipotireoidismo
 - Pode causar aumento de prolactina.
 - Hiperprolactinemia
 - Adenomas
 - Solicitar RNM de sela túrcica.
 - Tratamento: cabergolina, bromocriptina.
 - Medicamentosa
 - Metoclopramida.
 - Ranitidina.
 - Neurolépticos.
 - Triciclos.
 - ACO.
 - Outras
 - Gestação,
 - Lactação.
 - Estímulo local.
 - Lesão torácica.
 - Insuficiência renal.
 - 3) Teste da Progesterona
 - Realização
 - Avalia os níveis de estrogênio e trato de saída.
 - Demedrox® 10 mg por 5-10 dias.
 - Houve sangramento
 - Anovulação.
 - Pesquisas causas de ciclos anovulatórios.
 - Não houve sangramento
 - Pode ser deficiência de estrogênio ou problema anatômico.
 - Lesão de endométrio? Asherman? Obstrução ao fluxo?
 - 4) Teste do Estrogênio + Progesterona
 - Realização

- Avalia endométrio e trato de saída.
- Estrogênio + Progesterona por 21 dias e depois parada súbita.
- Houve sangramento
 - Estão excluídas as causas uterovaginais.
 - Ausência de estrogênio por problema ovariano, hipofisário (FSH) ou hipotalâmico (GnRH).
- Não houve sangramento
 - Confirmado alteração uterovaginal.
 - Solicitar imagem: ultrassonografia, histeroscopia.
- 5) Dosagem de FSH
 - Alto (> 20)
 - Falência ovariana.
 - Hipogonadismo hipergonadotrófico.
 - Normal ou baixo (< 5)
 - Causa hipofisária ou hipotalâmica.
- 6) Teste do GnRH
 - Realização
 - Administrar GnRH.
 - Se houver aumento do FSH e do LH
 - Confirma causa hipotalâmica.
 - Se não houver aumento
 - Confirma causa hipofisária.

AMENORREIA PRIMÁRIA

• INVESTIGAÇÃO

- Exame físico
 - Estigmas de Turner.
 - Ausência total de pilificação (Morris).
 - Hímen imperfurado.
- Caracteres sexuais secundários presentes?
 - SIM
 - Causa só pode ser anatômica, pois eixo hormonal está íntegro!
 - Confirmada causa uterovaginal.
 - NÃO
 - Dosar FSH: se alto, suspeita-se de disgenesia gonadal = solicitar cariótipo. Se baixo, proceder ao teste do GnRH para diferenciar causa hipofisária de hipotalâmica.

• DOENÇAS ESPECÍFICAS / DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Hipotalâmicas
 - Craniofaringiomas.
 - Síndrome de Kallman: anosmia, cegueira para cores e amenorréia primária.
 - Exercício físico intenso e atletas de alto rendimento.
 - Estresse emocional.
 - Anorexia.
- Hipofisárias

- Prolactinoma.
- Síndrome de Sheehan (apoplexia hipofisária pós-parto): qualquer hemorragia puerperal importante pode causar.
- **Ovarianas**
 - Falência ovariana precoce: abaixo dos 40 anos, sintomas de climatério e hipoenstrogenismo.
 - Síndrome de Savage: resistência a gonadotrofinas (foliculos não respondem).
 - Diferenciação apenas por biópsia, mas não é realizada na pratica.
 - Disgenesia gonadal
 - Principal causa em paciente com infantilismo sexual.
 - Síndrome de Turner é a mais comum.
 - Disgenesia com cromossoma Y => retirar gônada.
 - Síndrome de Swyer: 46,XY - testículos fibrosados em vez de ovários. Fenótipo feminino completo com genótipo masculino.
- **Uterovaginais**
 - Malformações Müllerianas
 - Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: vagina curta, colo e útero ausentes.
 - Síndrome de Asherman
 - Lesão endometrial com sinéquias uterinas,
 - Tratamento com lises de aderências por histeroscopia.
 - Hiperplasia adrenal congênita
 - Genitália ambígua na mulher.
 - Pseudo-hermafroditismo feminino.
 - Mais comum: deficiência de 21-hidroxilase.