

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **56**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013
Março 2011



Departamento
de Adolescência

**Distúrbios
menstruais e
amenorreia na
adolescência**

Departamento de Dermatologia

Dermatite atópica

Departamento de Saúde Mental

**Transmissão
de diagnóstico
em Pediatria**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Distúrbios menstruais e amenorreia na adolescência

Os distúrbios menstruais estão entre as principais causas de consulta médica na adolescência e motivo de grande preocupação entre adolescentes do sexo feminino. Podem ser considerados normais nos dois a três primeiros anos após a menarca, devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovários (HHO).

O termo menarca designa a primeira menstruação, não havendo duração determinada do fluxo e nem da quantidade especificada de sangramento para sua caracterização. O intervalo médio entre a telarca e a menarca é de aproximadamente 2,5 anos. A média de idade da ocorrência de menarca no Brasil é de 12,2 anos, podendo variar de 9 a 16 anos. A idade da menarca tem diminuído gradualmente durante o último século, influenciada por vários fatores, como: nutrição, nível socioeconômico, peso, hereditariedade, raça, entre outros.

Apesar de a irregularidade menstrual poder representar um evento fisiológico durante

os primeiros anos após a menarca, existem diversas condições patológicas que podem apresentar-se inicialmente como distúrbios menstruais. O diagnóstico precoce e correto pode interferir não só na função reprodutiva e sexual futura, como também na saúde física e psicossocial.

Os distúrbios menstruais podem ser classificados de diversas maneiras, conforme mostra o Quadro 1.

Amenorreias

As amenorreias são classificadas em primárias ou secundárias, conforme descrito no Quadro 1. Sua investigação inicia-se com a anamnese detalhada, exame clínico completo, incluindo a avaliação do desenvolvimento puberal.

➔ Amenorreia primária

Estima-se que 60% dos casos estejam associados a anomalias do desenvolvimento. Pacientes com amenorreia primária podem ser divididas didaticamente em dois grandes grupos, descritos a seguir:

Autores:

Alexandre Massashi Hirata e
Andrea Hercowitz

DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA

Gestão 2010-2013

Presidente:

Marisa Lazzer Poit

Vice-Presidente:

Mauricio Castro S. Lima

Secretário:

Andrea Hercowitz

Membros:

Alexandre Massashi Hirata, Ana Lucia Balbino Peixoto, Benito Lourenço, Carlos Alberto Landi, Claudete Ribeiro de Lima, Débora Gejer, Gabriella Eriacher Lube de Almeida, Geni Worcman Beznos, Ligia de Fatima N. Reato, Maria Dulcinea de Oliveira, Maria Ignês Borges Saito, Maria Sylvia de S. Vitale, Regina Célia L. Muller, Regina Maria Banzato, Rubens Uehara, Tâmara Beres L. Goldberg.

1. Caracteres sexuais presentes e concordantes

Deve ser descartada a hipótese de criptomenorria em decorrência de septos vaginais transversos ou hímen imperfurado. As malformações genitais isoladas ou combinadas também devem ser investigadas. Quando

os pelos pubianos e axilares encontrarem-se rarefeitos ou ausentes, o diagnóstico de síndrome dos testículos feminilizantes é possível.

Os exames de imagem são úteis para a verificação da presença de útero e vagina, assim como sua normalidade. Se o trato genital apre-

Quadro 1 – Classificação dos distúrbios menstruais

Referente ao intervalo

Polimenorria: ciclos com intervalos menores de 21 dias;
Oligomenorria: ciclos com intervalos maiores de 35 dias;
Espanomenorria: ciclos com intervalos de 45 a 60 dias.

Referente à quantidade

Hipermenorria: aumento da duração do fluxo (acima de oito dias);
Hipomenorria: diminuição da duração do fluxo (menor do que três dias);
Menorragia: aumento do volume menstrual (maior do que 80 mL);
Metrorragia: sangramento uterino com intervalos regulares, sem caráter rítmico e com duração e volumes variáveis.

Referente à ausência

Amenorria primária – ausência da menarca:

- numa adolescente de 16 anos com desenvolvimento puberal normal ou
- numa adolescente de 14 anos que ainda não iniciou desenvolvimento puberal ou
- numa adolescente há mais de dois anos após a maturação sexual completa

Amenorria secundária: ausência de menstruações há três ciclos em pacientes com estabilização das menstruações ou 18 meses após a menarca.

Referente a sintomas subjetivos

Dismenorria
Tensão pré-menstrual

Fonte: Campaner e Beznos, 2006.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Tríênio 2010 - 2012

Diretoria Executiva **Presidente:**

Clóvis Francisco Constantino

1º Vice-Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Vice-Presidente:

Eraldo Samogin Fiore

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

João Coriolano Rego Barros

2º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zoller

1º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françaço

2º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

Diretoria de Publicações

Diretor:

Cléa Rodrigues Leone

Editor Revista Paulista de Pediatría:

Ruth Guinsburg

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Celso Moura Rebello

Mário Cicero Falcão

Sônia Regina T.S. Ramos

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Ciro João Bertoli

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



L.F. comunicações

Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otacília da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

sentar-se normal, investigar o eixo HHO como em casos de amenorreia secundária.

O cariótipo é útil para a verificação de síndromes e para a diferenciação entre malformação mülleriana ou feminilização testicular (Figura 1).

2. Caracteres sexuais ausentes, rudimentares ou discordantes

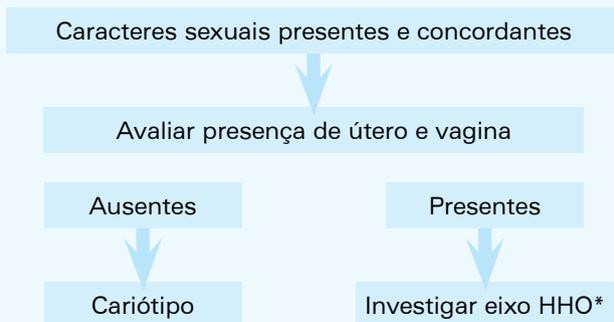
Os caracteres sexuais secundários não se desenvolveram em consequência de uma alteração gonadal ou é reflexo de uma alteração extragenital (endócrina, hipotalâmica ou hipofisária) (Quadro 2).

➔ Amenorreia secundária

O fato de já ter menstruado pelo menos uma vez significa que o eixo HHO é anatomicamente funcional, o endométrio pode responder à ação hormonal ovariana e que não há obstrução do trato genital. Várias são as situações que podem levar ao quadro de amenorreia secundária (Quadro 3).

O primeiro passo é excluir a possibilidade de gravidez pela dosagem dos níveis de gonadotrofina coriônica. Afastada a gravidez, deve-se solicitar: ultrassonografia para descartar anormalidades anatômicas; dosagens de

Figura 1 – Investigação de amenorreia primária com caracteres sexuais concordantes



46 XY – Feminização testicular (Pseudohermafroditismo masculino)
46 XX – Anomalias müllerianas (Sd. Rokitansky-Küster-Hauser-Mayer)

*HHO: eixo hipotálamo-hipófise-ovários

FSH, LH, prolactina e TSH; e, em seguida, proceder ao teste de progestagênio (Figura 2).

O teste de progestagênio (TPO) é importante na avaliação do *status* estrogênico endógeno e consiste na administração de acetato

de medroxiprogesterona 10 mg/dia ou progesterona micronizada 200 mg/dia, por via oral, durante cinco dias.

Recomenda-se que se aguarde pelo sangramento uterino por um prazo de até 14 dias, mas geralmente ocorre entre três a sete. A sua positividade

Quadro 2 – Principais causas de amenorreia primária com caracteres sexuais ausentes, rudimentares ou discordantes

Alteração gonadal

- Disgenesia gonadal
- Síndrome de Turner
- Falência ovariana primária
- Insensibilidade parcial aos androgênios
- Cirurgia, quimioterapia, radioterapia

Alteração extragenital

- Pan-hipopituitarismo
- Síndrome de Kallman
- Craniofaringioma
- Tumores extra-selares
- Doenças inflamatórias, infecciosas ou infiltrativas do SNC
- Traumas cranianos
- Radiação
- Anorexia nervosa
- Atletas com atividade física intensa
- Hipotireoidismo
- Hiperplasia congênita de suprarenal

Quadro 3 – Principais causas de amenorreia secundária

- Gravidez
- Anovulação crônica (síndrome dos ovários policísticos)
- Exercício físico
- Perda de peso e de gordura corporal
- Hipotireoidismo
- Hiperprolactinemia (prolactinoma, medicamentos, exercício físico, estresse)
- Alterações uterinas (sinéquias, endometrites)
- Abuso de drogas
- Doenças sistêmicas
- Fatores ambientais
- latrogenias

Referências bibliográficas

Campaner AB, Beznos GW. Distúrbios Menstruais na Adolescência. In: Monte O, Longui CA, Calliari LE, Kochi C. Endocrinologia para o Pediatra, 3ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p.217-228.

Emans SJH. Amenorréia em Adolescentes. In: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Ginecologia na Infância & Adolescência, 5ª edição. São Paulo: Roca, 2008. p.175-222.

Greenfield TP, Blythe MJ. Menstrual Disorders in Adolescents. In Greydanus DE, Patel DR, Pratt HD. Essencial adolescent medicine. The McGraw-Hill Companies, 2006. p. 591-612.

Reis JTL. Amenorréia Primária e Secundária. In: Magalhães MLC, Reis JTL. Ginecologia Infanto-juvenil - Diagnóstico e Tratamento, 1ª edição. Rio de Janeiro: Medbook, 2007. p.247-260.

Popat VB, Prodanov T, Calis KA, Nelson LM. The Menstrual Cycle A Biological Marker of General Health in Adolescent. In NY Acad. Sci. 2008,1135: 43-51.

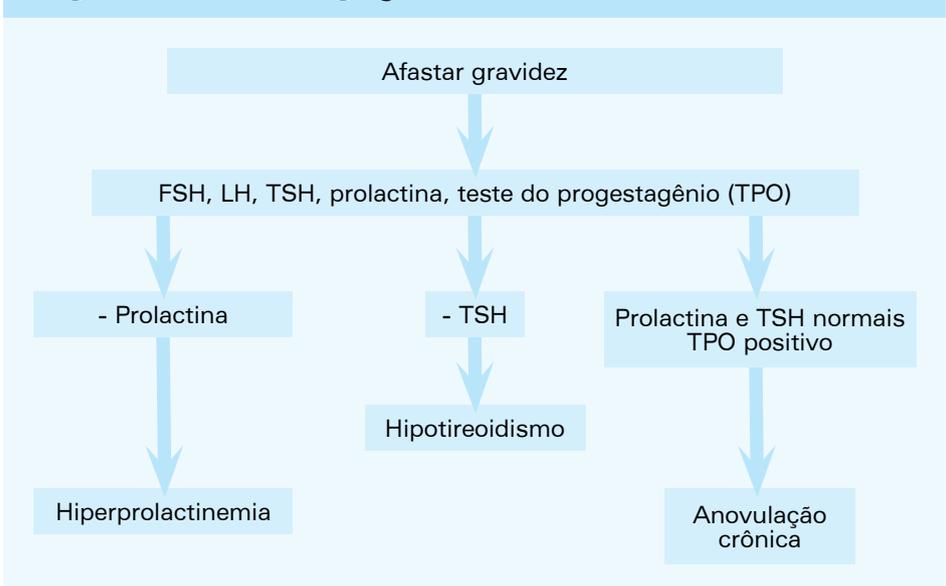
de demonstra a presença de sistema canalicular funcional, endométrio reativo e produção estrogênica ovariana significativa. Se o sangramento for de muito pequena quantidade (uma borra), o teste deve ser repetido dentro de 30 dias.

Quando o TPO mostrar-se negativo, devem-se administrar estrogênios conjugados 1,25 mg/dia ou estradiol 2 mg/dia por 20 a 30 dias, associado a um progestágeno, como os citados acima, nos 10 últimos dias (Figura 3). A positividade do teste é anun-

ciada por sangramento uterino nos primeiros 15 dias após a suspensão do tratamento. Quando negativo, indica a possibilidade de acometimento de órgãos terminais, principalmente o endométrio. A histerossalpingografia, a histerossonografia e a histeroscopia com ou sem biópsia auxiliam o diagnóstico final.

Na presença de teste positivo, devem-se considerar as dosagens de FSH e LH. Se estiverem elevadas, conclui-se pelas causas ovarianas como responsáveis e, se estiverem normais ou baixas, suspeita-

Figura 2 - Investigação de amenorreia secundária



se de bloqueio hipotalâmico ou hipofisário. O teste de GnRH (hormônio liberador de gonadotrofina) diferencia causas hipotalâmicas e hipofisárias, devendo-se, em seguida, realizar a avaliação anatômica por tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Tratamento

Está diretamente relacionado à causa do distúrbio menstrual, podendo ser clí-

nico ou cirúrgico. A reposição hormonal é utilizada no tratamento de diversas patologias e deve ser usada também de forma profilática nas jovens em que não conseguimos o retorno das funções endócrinas, evitando-se, assim, a redução da massa óssea.

Em alguns casos o suporte psicológico pode ser útil, como nos transtornos alimentares, Síndrome de Turner, tumores, entre outros.

Figura 3 – Investigação de amenorreia secundária com TPO negativo

