



Unidade de
Endocrinologia
e Diabetes

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE / SUS

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

AMENORRÉIA

Cynthia Salgado Lucena
Caso Clínico/ Abril- 2011

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

ASPECTOS GERAIS:

▪ **Mamas presentes/ FSH nl/ útero ausente:**

Agenesia mülleriana e sínd de resistência completa aos androgênios.

Dosar testosterona.

▪ **Mamas ausentes ou com desenvolvimento parcial/FSH ↑:**

DISGENESIA GONADAL.

Investigação = obtenção de cariótipo.

▪ **Mamas ausentes ou com desenvolvimento parcial/ FSH nl ou ↓/ útero presente:**

SOP, hipotireoidismo e hiperprolactinemia.

Dosar: TSH, prolactina e outros.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

HISTÓRIA CLÍNICA:

Definir se amenorréia primária ou secundária

▪Desenvolvimento puberal; dados familiares; dados pessoais pregressos; queixas clínicas específicas; exercícios físicos; história obstétrica; disfunção psicológica; uso de medicações; outros.

EXAME FÍSICO:

- Desenvolvimento puberal: estatura, envergadura e peso.
 - Baixa estatura → S. de Turner ou atraso constitucional da puberdade.
 - Hábito eunucóide → S. de Kallman
 - Desenvolvimento mamário: critérios de Tanner.
 - Mamas + → exposição aos estrogênios e atividade ovariana.
 - Genitália externa: volume do clitóris, integridade himenal, presença ou ausência uterina(toque retal bimanual ou toque vaginal).
 - Avaliação geral: hirsutismo, acne, pigmentação cutânea, vitiligo.
-

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Geral: BhCG (gravidez), estradiol, prolactina(PRL), TSH e T4L, gonadotrofinas.

LH e FSH ↑: adenomas produtores de gonadotrofinas, perimenopausa, síndrome dos ovários resistentes, falência prematura dos ovários, disgenesia gonádica e galactosemia.
LH e FSH normais ou ↓: alteração hipofisária ou hipotalâmica

Outros(a depender do QC de cada paciente):

- testosterona e sulfato de diidroepiandrosterona (virilização, hirsutismo);
- 17-hidroxiprogesterona, androstenadiona e cortisol (hiperplasia adrenal congênita);
- Cortisol livre salivar, cortisol urinário ou teste de supressão com baixas doses de dexametasona(sínd. de Cushing);

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

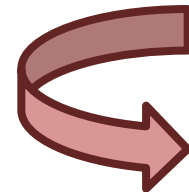
EXAMES COMPLEMENTARES:

▪ **Amenorréia Primária:**

1) Presença ou ausência de alterações anatômicas (útero e vagina) - exame físico ou USG.

➤ **Útero ausente:** cariótipo e dosagem de testosterona (diag. ≠ agenesia Mülleriana e S. dos testículos feminizantes).

➤ **Útero presente e sem alterações obstrutivas:** BhCG e FSH.



AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

❖ **FSH elevado:** FOP

Determinar cariótipo (Síndrome de Tuner e mosaicos ou disgenesia gonadal pura- XX e XY).

❖ **FSH nl ou reduzido:** Dist. hipotalâmico e/ou hipofisário

Verificar função hipofisária

Se alterações de campo visual e cefaléia – ex de imagem.

❖ **Clínicas específicas:**

Galactorréia → PRL e TSH

Hiperandrogenismo → testosterona e sulfato de DHEA

HAS + amenorréia primária → def. de 17- α -hidroxilase

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES:

▪ **Teste da progesterona:** se PRL e função tireoideana normais.

Procedimento: administrar medroxiprogesterona 10mg/dia vo durante 5 dias.

Interpretação: se houver sangramento nos próximos 2 a 7 dias → estímulo estrogênico adequado.

▪ **Teste do estrogênio + progesterona:**

Procedimento: administrar preparação de estrogênio oral (estrógenos conjugados) por 21 dias e associar um progestágeno nos últimos 5 dias.

Interpretação: sem sangramento → lesão endometrial ou anomalia úterovaginal;

com sangramento → ausência de lesão endometrial ou anomalia úterovaginal.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES:

- Ressonância Nuclear Magnética (RNM);
 - Vídeo-Histeroscopia.
-



Unidade de
Endocrinologia
e Diabetes

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE / SUS

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

QUESTÕES - TEEM

Cynthia Salgado Lucena
Amenorréia / Abril- 2011

QUESTÃO-1

No ambulatório você atendeu a uma **mulher** de **18 anos** com queixa de **amenorréia primária**. Exame clínico normal, exceto por uma **escassez de pêlos pubianos e axilares**. Avaliação laboratorial mostrava valores **elevados** de **LH, testosterona e estradiol**, enquanto os níveis de **FSH, prolactina e DHEAS** eram **normais; cariótipo XY**. Com base apenas nestas informações, a paciente em questão apresenta:

- a) Forma completa de resistência androgênica
 - b) Forma completa de disgenesia gonadal XY (Síndrome de Swyer)
 - c) Deficiência completa de 5 α -redutase
 - d) Deficiência de 17,20-liase
-

QUESTÃO-2

Paciente feminina, **32 anos** e IMC de 23, apresenta **amenorréia há 1 ano**, sintomas de **deficiência estrogênica e gonadotrofinas elevadas**. Tem um filho de 5 anos, nascido de parto normal. É portadora também de **tireoidite de Hashimoto**, em uso de tiroxina. A primeira hipótese diagnóstica é:

- a) Falência ovariana prematura
 - b) Hiperprolactinemia
 - c) Mau controle do hipotireoidismo
 - d) Adenoma hipofisário produtor de gonadotrofinas
 - e) Síndrome de Turner
-

QUESTÃO-3

Paciente de **33 anos** de idade procurou o endocrinologista por estar **amenorréica há 2 anos**. À idade de 21 anos teve estabelecido o diagnóstico de **diabetes tipo 1** e há 3 anos soube ser portadora de **tiroidite de Hashimoto** (em tratamento com L-tiroxina, 100 µg/dia). A *avaliação laboratorial* revelou os seguintes resultados: **glicemia de jejum = 144 mg/dL** (em uso de insulina glargina e insulina inalável); **HbA1c = 8,4%** (VR:4–6%); **LH = 40 UI/L; FSH = 70 UI/L;** **prolactina = 74 ng/mL** (VR= 2,8–29,2); **TSH = 28 mcUI/mL** (VR= 0,3–5); T4 livre = 0,6 ng/dL (VR= 0,8–1,5); **anticorpo anti-TPO = 630 UI/mL** (VR= < 35). Sobre este caso, podemos afirmar que:

- A função adrenal deve ser obrigatoriamente investigada.
 - A paciente deve fazer cariótipo para excluir síndrome de Turner.
 - A amenorréia desta paciente é secundária à hiperprolactinemia.
 - A correção do hipotireoidismo certamente possibilitará o retorno das menstruações.
 - A paciente deve ser submetida à ressonância magnética hipofisária.
-

QUESTÃO-4

Com relação às meninas portadoras de **Síndrome de Turner**, é incorreto afirmar que:

- a) Tireoidite de Hashimoto e Doença de Graves são mais prevalentes nestas pacientes, sendo indicado monitoramento constante através de dosagens de anticorpos antitireoideanos e TSH.
 - b) O tratamento com estrogênio deve ser iniciado ao redor de 11 anos, pois melhora auto-estima e funções cognitivas sem interferir na idade óssea e estatura final.
 - c) Ecocardiografia faz parte da abordagem pelas cardiopatias que podem estar associadas, acometendo especialmente o lado esquerdo do coração.
 - d) A baixa estatura é causada por haploinsuficiência do gene SHOX
 - e) Uma minoria de pacientes pode ter desenvolvimento puberal normal, com menarca espontânea e fertilidade preservada.
-