15 minutos

Amenorreia secundária em 3 consultas

Caso rápido · ambulatório de GO

CASO | 'PAREI DE MENSTRUAR E NÃO ESTOU GRÁVIDA'

Camila, 27 anos, nutricionista, nuligesta.

Menarca aos 12, ciclos regulares de 28 a 30 dias até 7 meses atrás; última menstruação há 5 meses. Dois testes de farmácia negativos. Há 10 meses treina para maratona 6 dias/semana e perdeu 9 kg 'de propósito'. Sem fogachos, galactorreia, cefaleia ou alteração visual. Sem método hormonal.

Sem curetagem prévia. Sem hirsutismo ou acne. IMC 18,4 kg/m². PA 100x60. Exame ginecológico normal, mucosa trófica.

Traz 'check-up' por conta própria: hemograma normal, TSH 1,9 mUI/L, glicemia 82 mg/dL. Pergunta se 'os ovários pararam' e se vai conseguir engravidar.



Que exames você pede hoje, o que faz na 2ª consulta e o que já pode dizer a ela na 3ª?

A SEQUÊNCIA EM 3 CONSULTAS

Consulta	O que fazer	O que o resultado diz
Definição	≥ 3 meses sem menstruar em quem tinha ciclos regulares; ≥ 6 meses em quem era irregular	Antes disso é atraso menstrual, não amenorreia
1ª consulta	Anamnese: peso, treino, estresse, medicamentos (antipsicóticos, metoclopramida), curetagem, fogachos, galactorreia, cefaleia, hirsutismo; exame com IMC, tireoide, mamas, pelos Pedir: beta-hCG, TSH, prolactina (FSH e estradiol já na mesma coleta, se possível)	Gravidez é a causa nº 1 em qualquer idade TSH alterado: tratar e reavaliar o ciclo Prolactina > 25 ng/mL: repetir em jejum; > 100 ou sintoma de massa: RM de sela
2ª consulta	Com beta-hCG, TSH e prolactina normais: FSH (+ LH, estradiol) Teste da progesterona: medroxiprogesterona 10 mg/dia por 10 dias; sangrar em até 2 semanas = positivo	FSH > 25 UI/L (confirmar após > 4 semanas): insuficiência ovariana prematura Positivo: tem estrogênio, falta ovulação (SOP é a mais comum) Negativo: hipoestrogenismo ou via de saída
3ª consulta	Negativo + FSH baixo/normal: hipogonadismo hipogonadotrófico (hipotalâmico funcional ou hipofisário) Negativo + FSH alto: IOP → cariótipo, FMR1, anti-TPO Curetagem/infecção prévia: teste estrogênio + progesterona; não sangrou → histeroscopia (Asherman)	Hipotalâmica funcional é exclusão: RM de sela se prolactina alta, cefaleia, alteração visual ou sem causa evidente IOP: terapia hormonal até os 50 anos Asherman: lise histeroscópica

Fontes: Practice Committee of the ASRM, Current evaluation of amenorrhea, Fertil Steril 2008; FEBRASGO, Amenorreia (2018); ESHRE Guideline POI (2016, atual. 2024); Klein DA et al., Am Fam Physician 2019.

OS TRÊS DIAGNÓSTICOS QUE VOCÊ NÃO PODE ERRAR

Amenorreia hipotalâmica funcional

Tríade: déficit energético (restrição + exercício), estresse, perda de peso — IMC < 18,5 ou perda > 10% em pouco tempo

Laboratório: FSH e LH baixos ou normais-baixos, estradiol baixo, teste da progesterona negativo, prolactina e TSH normais

Risco: perda óssea — DMO se > 6 meses; tríade da atleta

Tratamento: recuperar peso e reduzir carga de treino (nutrição + psicologia); ACO não corrige o osso. Estradiol transdérmico + progesterona cíclica se não recupera em 6 a 12 meses.

Insuficiência ovariana prematura

Quando: < 40 anos, oligo/amenorreia ≥ 4 meses e FSH > 25 UI/L em duas dosagens com intervalo > 4 semanas

Pista clínica: fogachos, secura vaginal, história familiar, quimio/radioterapia, cirurgia ovariana, autoimunidade

Etiologia: cariótipo (Turner, mosaico), pré-mutação FMR1, anti-TPO; 70 a 90% ficam idiopáticas

Tratamento: terapia hormonal até a idade média da menopausa (50 anos) — estradiol 2 mg VO ou 100 µg transdérmico + progesterona; orientar sobre gravidez espontânea rara (5 a 10%) e ovodoação.

Hiperprolactinemia e Asherman

Prolactina: primeiro afastar gestação, hipotireoidismo, medicamentos (risperidona, metoclopramida, ISRS) e macroprolactina; > 100 ng/mL ou sintomas de massa → RM; cabergolina 0,25 a 0,5 mg 2x/semana

Asherman: amenorreia após curetagem (sobretudo pós-parto ou aborto infectado) com eixo normal e teste E+P negativo; USTV com endométrio fino e irregular; histeroscopia diagnostica e trata

SOP é a causa mais comum de amenorreia secundária depois da gravidez — mas quem perde peso e treina 6x/semana com FSH baixo não é SOP.

Fontes: Gordon CM et al., Endocrine Society Guideline — Functional Hypothalamic Amenorrhea, JCEM 2017; ESHRE POI Guideline 2024; Melmed S et al., Endocrine Society — Hyperprolactinemia, JCEM 2011; FEBRASGO 2018.

RESOLUÇÃO | O EIXO DESLIGOU POR FALTA DE ENERGIA

Amenorreia hipotalâmica funcional: perda de 9 kg + treino diário + IMC 18.4, com tireoide normal e sem sinais de hiperandrogenismo ou de massa hipofisária.

1ª consulta (hoje): beta-hCG sérico (não confie só na farmácia), prolactina em jejum, FSH, LH e estradiol — TSH já veio normal. Já abro a conversa sobre energia disponível e marco nutrição.

2ª consulta (2 semanas): beta-hCG negativo, prolactina 14 ng/mL, FSH 3,8 UI/L, LH 1,9 UI/L, estradiol 22 pg/mL. Teste da progesterona: medroxiprogesterona 10 mg por 10 dias. Não sangra — esperado com estradiol de 22.

3ª consulta (6 semanas): teste negativo + gonadotrofinas baixas = hipogonadismo hipogonadotrófico. Causa funcional evidente, sem cefaleia nem galactorreia: RM de sela só se não recuperar em 6 a 12 meses ou surgir sintoma. Densitometria óssea (> 6 meses de hipoestrogenismo).

O que dizer a ela: os ovários não pararam — o cérebro os colocou em espera. Recuperar 2 a 3 kg e reduzir o treino costuma devolver o ciclo em meses; a fertilidade futura é boa. ACO não é tratamento: mascara o ciclo e não protege o osso.



1ª: beta-hCG, TSH, PRL

2ª: FSH + teste de P

FSH baixo = eixo central

Tiate a energia

Fontes: Endocrine Society 2017 (AHF); ASRM 2008; FEBRASGO 2018.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 24 anos, amenorreia há 5 meses após curetagem por aborto retido complicado com endometrite. Beta-hCG negativo, TSH e prolactina normais, FSH 6 UI/L. Teste da progesterona negativo; teste com estrogênio seguido de progesterona também sem sangramento. A hipótese diagnóstica e a conduta são:

A — Insuficiência ovariana prematura — solicitar cariótipo e iniciar terapia hormonal.

B — Amenorreia hipotalâmica funcional — orientar ganho de peso e repetir FSH em 3 meses.

C — Síndrome dos ovários policísticos — iniciar anticoncepcional combinado.

D — Sinéquias uterinas (síndrome de Asherman) — indicar histeroscopia.

E — Hiperprolactinemia por macroprolactina — solicitar ressonância de sela túrcica.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 24 anos, amenorreia há 5 meses após curetagem por aborto retido complicado com endometrite. Beta-hCG negativo, TSH e prolactina normais, FSH 6 UI/L. Teste da progesterona negativo; teste com estrogênio seguido de progesterona também sem sangramento. A hipótese diagnóstica e a conduta são:

A Insuficiência ovariana prematura — solicitar cariótipo e iniciar terapia hormonal.

B Amenorreia hipotalâmica funcional — orientar ganho de peso e repetir FSH em 3 meses.

C Síndrome dos ovários policísticos — iniciar anticoncepcional combinado.

D Sinéquias uterinas (síndrome de Asherman) — indicar histeroscopia.

E Hiperprolactinemia por macroprolactina — solicitar ressonância de sela túrcica.

PARA LEVAR

1

Amenorreia secundária: ≥ 3 meses sem menstruar. Primeiro passo sempre: beta-hCG, TSH e prolactina — e uma anamnese sobre peso, treino, remédios e curetagem.

2

Segundo passo: FSH e teste da progesterona. Sangrou: anovulação com estrogênio (SOP). Não sangrou: FSH alto é ovário, FSH baixo é cérebro.

3

Teste E+P negativo após curetagem é Asherman: histeroscopia. Amenorreia hipotalâmica se trata com energia e peso — ACO não corrige o osso.