

Cláudia Braga Monteiro
Abadesso Cardoso¹
Maria Alice Neves
Bordallo²

Distúrbios menstruais na adolescência

> INTRODUÇÃO

A presença de irregularidade menstrual é comum na adolescência. Cerca de 50% dos ciclos menstruais são anovulatórios nos primeiros dois anos após a menarca. Uma das explicações para isso seria uma imaturidade fisiológica do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, representada pela ausência de *feedback* positivo do estradiol sobre a secreção de hormônio luteinizante (LH), impedindo assim a formação do pico do LH necessário à ovulação.

A *síndrome dos ovários policísticos* (SOP) é a causa mais comum de anovulação persistente na adolescência. Como essa síndrome geralmente inicia-se no período perimenarca, é fundamental que as adolescentes com irregularidade menstrual, principalmente oligomenorréia ou amenorréia secundária, sejam investigadas, sobretudo aquelas com irregularidade persistente após os primeiros dois anos.

Merecem avaliação as pacientes que apresentem sangramento vaginal anormal em duração, frequência ou quantidade. Padrões de sangramento:

- **Menstruação normal** – fluxo menstrual com duração de três a oito dias com perda sangüínea de 30 a 80ml; ciclo com duração de 30 ± 4 dias.
- **Menstruação anormal** – sangramento que ocorre a intervalos de 21 dias ou menos, com mais de sete dias de fluxo e/ou volume total > 80ml.
- **Amenorréia** – ausência completa de menstruação em uma mulher na fase reprodutiva da vida. Pode ser amenorréia primária (ausência de menarca aos 16 anos de idade) ou secundária (ausência de menstruação por mais de seis meses ou pelo menos três dos intervalos de ciclos menstruais precedentes em uma mulher que tenha ciclos menstruais normais previamente).
- **Oligomenorréia** – ciclos menstruais com intervalos maiores maiores que 40 dias.
- **Polimenorréia** – ciclos regulares com intervalos de 21 dias ou menos.
- **Hipermenorréia (menorragia)** – sangramento uterino excessivo em quantidade e duração, ocorrendo a intervalos regulares.

- **Metrorragia** – Sangramento uterino geralmente não-excessivo ocorrendo em intervalos irregulares.
- **Menometrorragia** – Sangramento uterino geralmente excessivo e prolongado ocorrendo a intervalos irregulares.
- **Hipomenorréia** – Sangramento uterino regular mas reduzido em quantidade.
- **Sangramento intermenstrual** – Sangramento que ocorre entre ciclos menstruais regulares.

Deve-se, ainda, distinguir o sangramento uterino anormal do *disfuncional*, que é definido como sangramento anormal no qual não se identificam causas orgânicas através de história clínica ou exames físico e ginecológico. Resulta, geralmente, de anovulação em uma mulher com bons níveis de estrogênio. Deve-se descartar a possibilidade de lesões do trato reprodutor, doenças crônicas e distúrbios da coagulação.

◀ TRATAMENTO DA IRREGULARIDADE MENSTRUAL

- Adolescentes com irregularidade menstrual sem manifestações clínicas de hiperandrogenismo (acne e hirsutismo):
 - acetato de medroxiprogesterona: 10mg/dia nos últimos dez a 14 dias do ciclo ou anticoncepcional hormonal de baixa dose. Esses medicamentos fazem com que os ciclos se normalizem e evitam a hiperplasia de endométrio decorrente dos ciclos anovulatórios. Devem ser mantidos por seis meses a um ano. Se os ciclos voltarem a ficar irregulares a paciente deve ser reavaliada;
 - perda de peso com dietas restritivas e exercício: o ganho ponderal por si só poderá levar à regularização dos ciclos menstruais.

¹Endocrinologista do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); doutora em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

²Professora-adjunta do Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ; doutora em Endocrinologia pela UFRJ.

- Adolescentes com irregularidade menstrual associada a manifestações cutâneas de hiperandrogenismo:
 - investigação da fonte de andrógenos;
 - acetato de medroxiprogesterona associado ao antiandrogênio acetato de ciproterona;
 - contraceptivo hormonal oral de baixa dose cuja progesterona apresenta atividade antiandrogênica; etinilestradiol + acetato de ciproterona.

➤ AMENORRÉIA

Indicação de avaliação

- Ausência de menarca aos 16 anos;
- ausência de caracteres sexuais secundários aos 14 anos;
- atraso significativo do ganho de peso e estatura durante a puberdade;
- ausência de menarca três anos após telarca;
- ausência de menstruação por mais de seis meses ou pelo menos três dos intervalos dos ciclos precedentes.

Classificação etiológica da amenorréia

- Lesões de origem central
 - Disfunções hipotalâmicas
 - lesões destrutivas, tumores;
 - relacionadas ao peso: anorexia nervosa, perda rápida de peso;
 - excesso de exercício;
 - induzida por estresse;
 - psicogênicas: anorexia nervosa, distúrbios emocionais;
 - SOP;
 - deficiência do hormônio de liberação da gonadotrofina (GnRH);
 - doenças crônicas: insuficiências renal e hepática, desnutrição.
 - Distúrbios hipofisários
 - lesões destrutivas, tumores;
 - defeitos congênitos: sela vazia, deficiência isolada parcial de gonadotrofinas.
- Distúrbios gonadais
 - defeitos congênitos: intersexualidade, síndrome de Turner;
 - tumores;
 - lesões destrutivas: radioterapia, quimioterapia.
- Anormalidades do útero e do trato genital

- útero: defeitos congênitos (agenesia, malformações), doenças infecciosas (esclerose endometrial por tuberculose);
- vagina: defeitos congênitos (hímen imperfurado, septo vaginal transversal, estenose traumática ou infecciosa).

Avaliação

- Anamnese: caracterizar o sangramento com relação a quantidade, duração e frequência; definir se se trata de amenorréia primária ou secundária; avaliar se existem disfunções psicológicas evidentes; uma história nutricional pode identificar o início de um quadro de anorexia nervosa ou bulimia.
- Exame físico:
 - avaliar sinais de doenças crônicas ou debilitantes, galactorréia e evidências de outras endocrinopatias;
 - exame neurológico: pode detectar anormalidades que sugiram lesões intracranianas;
 - avaliar o estadiamento puberal. Quando não há desenvolvimento puberal, o diagnóstico diferencial inclui o atraso constitucional de crescimento e desenvolvimento e o hipogonadismo (primário, secundário ou terciário). Se o desenvolvimento puberal é normal, o diagnóstico diferencial inclui desordens associadas a aplasias do trato genital, assim como as diversas causas de anovulação que serão discutidas posteriormente;
 - exame ginecológico: deve excluir causas orgânicas de amenorréia, como sinéquias uterinas, infecções, aumento ovariano, etc. Também pode revelar ambigüidade da genitália externa e anormalidades da vagina e do útero.
- Avaliação laboratorial:
 - testes para gravidez;
 - hormônio folículo-estimulante (FSH) e LH elevados indicam hipogonadismo primário ou hipergonadotrófico;
 - prolactina elevada (acima de 200ng/ml) sugere tumor hipofisário;
 - hormônio tireoestimulante (TSH) elevado indica hipotireoidismo primário;
 - cariótipo se existirem estigmas sindrômicos;
 - ultra-sonografia pélvica;
 - radiografia de crânio e sela túrcica: calcificações supra-selares sugerem craniofaringioma; aumento/erosão da sela túrcica sugere tumor hipofisário;
 - androgênios: testosterona total e livre, androstenediona, sulfato de deidroepiandrosterona (S-

DHEA), 17-hidroxiprogesterona, se houver indícios de virilização;

- avaliação da função hipofisária: FSH/LH após estimulação com GnRH;
- tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética da sela túrcica;
- prova progesteronal: administração de 10mg/dia de acetato de medroxiprogesterona por cinco dias. A finalidade do teste é estimar o nível de estrogênio endógeno e a competência do trato genital. Se a paciente apresentar sangramento menstrual dois a sete dias após a retirada da medicação, estabelece-se o diagnóstico de anovulação. Confirma-se a presença de trato genital funcionante e de útero revestido por endométrio reativo e preparado por estrogênio endógeno. A ausência de sangramento de supressão sugere problema no trato genital ou ausência de estímulo estrogênico prévio por insuficiência ovariana ou anormalidades no eixo hipotálamo-hipófise-gônada.

> ANOVULAÇÃO CRÔNICA

- Origem ovariana:
 - SOP: caracteriza-se por uma desordem heterogênea que consiste em anovulação, infertilidade, hirsutismo, obesidade e microcistos ovarianos (2 a 6mm). Ocorre mais freqüentemente em certas famílias, sendo descrita por alguns investigadores como de origem genética, porém pode estar associada a várias desordens hormonais, como tumores produtores de androgênio, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congênita, etc.
- Características clínicas: infertilidade (74%); virilização (21%); hirsutismo (69%); ciclos menstruais normais (12%); amenorréia (51%); obesidade (41%); a menarca ocorre em idade normal; desenvolvimento

de hirsutismo logo após a menarca; irregularidade menstrual logo após a menarca; ovários aumentados e com microcistos não estão necessariamente presentes.

Achados laboratoriais: relação LH/FSH aumentada (> 3:1); androgênios (testosterona e androstenediona) levemente elevados; S-DHEA e prolactina normais ou levemente elevados.

- Tumores ovarianos produtores de androgênio.
- Origem adrenal:
 - síndrome de Cushing;
 - tumores da supra-renal;
 - hiperplasia adrenal congênita.
- Origem hipotalâmica:
 - anorexia nervosa;
 - amenorréia associada ao exercício;
 - amenorréia associada ao estresse.
- Origem hipofisária: tumores produtores de prolactina.
- Outras causas:
 - obesidade;
 - hiper ou hipotireoidismo.

TRATAMENTO <

Depende do diagnóstico etiológico.

- Em pacientes com ausência de caracteres sexuais secundários, etinilestradiol (5 a 10µ/dia) ou estrógenos conjugados (0,3mg/dia) continuamente por três meses para indução da puberdade; dobrar a dose após três meses; após seis meses iniciar esquema cíclico: estrogênio nos dias 1 a 25 e progesterona nos dias 16 a 25 do ciclo menstrual, primariamente para induzir menstruação mas também para proteger o endométrio da estimulação estrogênica contínua.
- Anovulação crônica: tratamento como descrito na irregularidade menstrual.

> REFERÊNCIAS

1. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1994.
2. Muram D, Sanfilippo JS, Hertweek SP. Sangramento vaginal na infância e distúrbios menstruais na adolescência. Ginecologia pediátrica e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.