



MED-REVIEW



# AMENORREIA SECUNDÁRIA

O ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO

**Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.**

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



### **Nossa metodologia une:**



**Didática Absurda**



**Estudo Ativo & Repetição Espaçada**



**Neurociência**

**Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.**



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

**Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.**

**E agora, você também pode dar o próximo passo.**



**MED-REVIEW**

## ESTÁ SEM TEMPO?

### O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Fizemos um mapa mental do que as bancas exigem que você saiba para não cair em pegadinhas.

| CENÁRIO CLÍNICO / PISTA NO ENUNCIADO                   | DIAGNÓSTICO PROVÁVEL                           | O QUE A BANCA COBRA                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mulher em idade fértil com atraso menstrual            | Gestação (Sempre a 1ª hipótese!)               | O primeiro passo é <b>sempre</b> pedir o Beta-HCG, mesmo se ela disser que usa preservativo ou não tem parceiro fixo.                                 |
| História de Curetagem Uterina + Não menstrua mais      | Síndrome de Asherman (Sinéquias intrauterinas) | Ocorre por lesão da camada basal do endométrio. Diagnóstico: Histeroscopia. Teste de E+P negativo (não sangra).                                       |
| Pós-parto com hemorragia grave + Agalactia (sem leite) | Síndrome de Sheehan (Necrose hipofisária)      | Ocorre isquemia da hipófise. Cursa com pan-hipopituitarismo (FSH, LH, TSH, ACTH baixos).                                                              |
| Atleta, bailarina, perda de peso, estresse             | Amenorreia Hipotalâmica funcional              | Tríade da Atleta. FSH e LH baixos (hipogonadismo hipogonadotrófico). Cuidado com fraturas (osteopenia).                                               |
| Galactorreia + Cefaleia + Alteração visual             | Hiperprolactinemia (Prolactinoma)              | Investigar medicamentoso (antipsicóticos, antidepressivos) e hipotireoidismo antes de culpar tumor. Tratamento: Agonista dopaminérgico (Cabergolina). |

| CENÁRIO CLÍNICO / PISTA NO ENUNCIADO          | DIAGNÓSTICO PROVÁVEL                        | O QUE A BANCA COBRA                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fogachos,<br>secura vaginal,<br>< 40 anos     | Insuficiência Ovariana Prema-<br>tura (IOP) | <b>FSH &gt; 25</b> (classicamente em <b>2 medidas</b> ; diretrizes recentes podem aceitar <b>1</b> em cenário típico). Não é "menopausa precoce". Precisa de TH até os 50 anos. |
| Teste da Progesterona POSI-<br>TIVO (sangrou) | Anovulação (ex: SOP)                        | Significa que tem estrogênio e o canal está aberto. O ovário funciona, mas não ovula.                                                                                           |

# INTRODUÇÃO E DEFINIÇÕES

## Contexto Clínico

Imagine que chega ao seu consultório uma mulher que já menstruou normalmente na vida, mas que agora a menstruação simplesmente a “abandonou” por tempo indeterminado. O impacto disso vai além do físico: envolve questões psicológicas, sociais e, claro, o desejo reprodutivo.



Para a prova e para a prática, a definição exata é um ponto forte:

- **Amenorreia Secundária** é a ausência de menstruação por **3 meses** (ou 3 ciclos) em mulheres que tinham ciclos regulares.
- Ou ausência por **6 meses** em mulheres com ciclos irregulares (oligomenorreia).



## Por que esse tema cai tanto?

As bancas amam esse tema porque ele exige um raciocínio de “detetive”. Você precisa investigar o defeito em um dos 4 compartimentos anatômicos (Hipotálamo, Hipófise, Ovário ou Útero/Vagina).

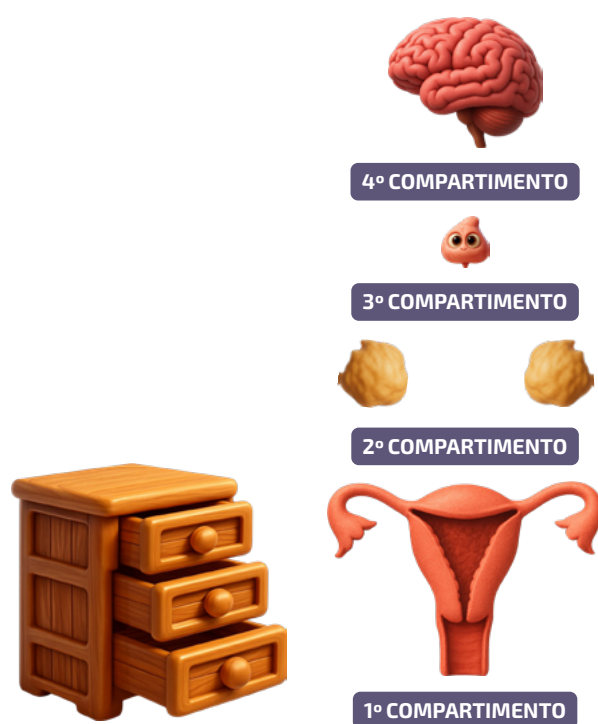
Antes de pensar em doença, lembre-se das causas fisiológicas. As três grandes situações onde é normal não menstruar são: **Gestação, Lactação e Menopausa**.



# A INVESTIGAÇÃO PASSO A PASSO (O FLUXOGRAMA DE OURO)

A investigação da amenorreia secundária segue uma lógica de exclusão. Não decore, entenda o processo. O primeiro passo, mandatório e inegociável, é **excluir gravidez** pedindo o Beta-HCG.

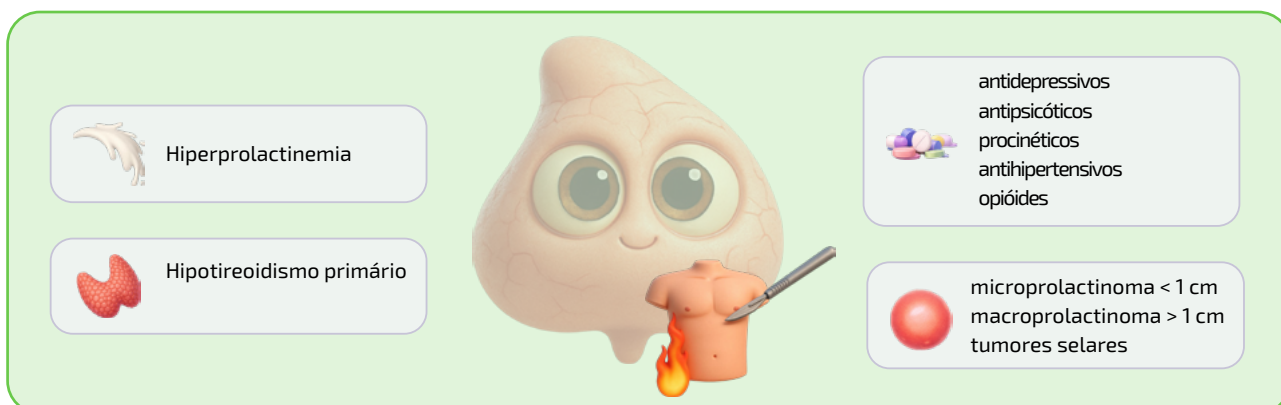
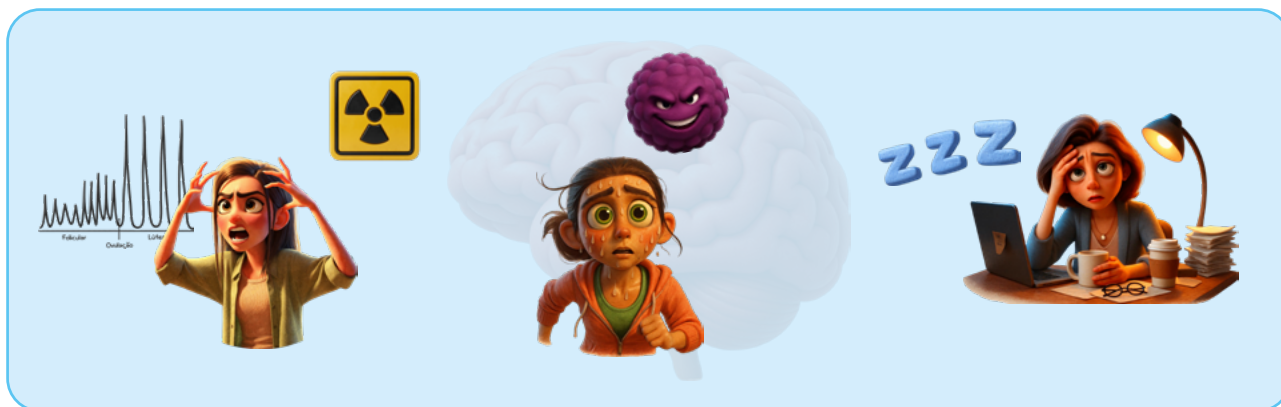
Deu negativo? Agora começamos a investigação hormonal básica.



## Passo 1 – TSH e Prolactina

Após excluir gravidez, as duas primeiras dosagens são TSH e Prolactina. Por que? Porque são causas frequentes e, muitas vezes, fáceis de tratar.

1. **TSH (Tireoide):** O **Hipotireoidismo primário** é um grande vilão. Quando a tireoide funciona pouco (T3/T4 baixos), o hipotálamo tenta compensar aumentando o TRH. O problema é que o TRH estimula a hipófise a produzir TSH e *também* **Prolactina**. Resultado: A paciente tem amenorreia e galactorreia, mas a culpa é da tireoide!
2. **Prolactina:** A hiperprolactinemia inibe o GnRH, travando o eixo.
  - **Causas medicamentosas:** Antipsicóticos (ex.: risperidona), antidepressivos (principalmente tricíclicos), procinéticos (metoclopramida/domperidona) e opioides.
  - **Tumores:** Prolactinomas (adenomas hipofisários).



## ATENÇÃO NA PROVA

Se a questão fala de uma paciente que começou a tomar um remédio como procinéticos, antipsicóticos, antidepressivos e parou de menstruar, a maior chance é estarmos à frente de uma hiperprolactinemia medicamentosa.

## Questão Estratégica – Hipotireoidismo e Prolactina



### ISCM/SP-2016

Mulher, 25 anos, com amenorreia secundária. Exames: Beta-HCG negativo, Prolactina de 80 ng/mL (alta), TSH de 12  $\mu$ UI/mL (alto) e T4 livre de 0,1 ng/dL (baixo). Nega uso de medicações. Sobre o caso, assinale a alternativa correta:

- A) A investigação deve ser continuada com gonadotrofinas.
- B) Está indicado o tratamento do hipotireoidismo, visto que ele é responsável pela irregularidade menstrual.
- C) Está indicada terapia com agonistas dopaminérgicos.

**Comentário:**

O TSH alto e T4 baixo confirmam **Hipotireoidismo Primário**. O excesso de TRH (tentando estimular a tireoide) acabou estimulando a produção de prolactina (hiperprolactinemia secundária).

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

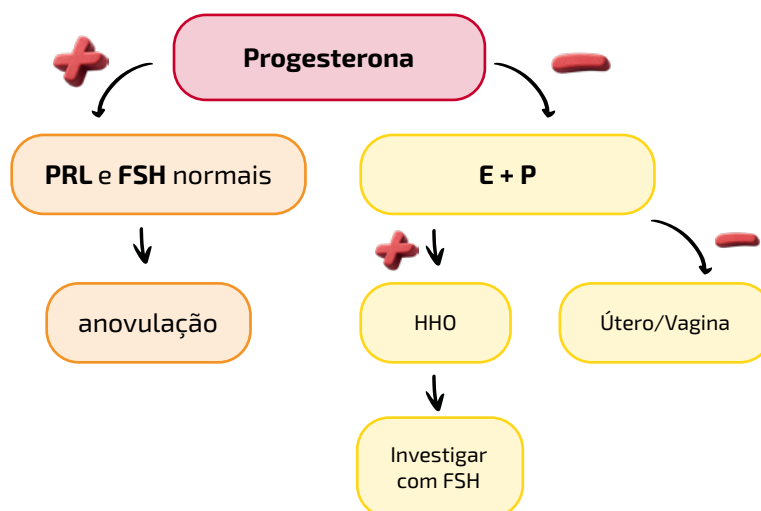
Não trate a prolactina com cabergolina aqui! Trate a tireoide (Levotiroxina) e a prolactina normalizará sozinha.

**Gabarito: Letra B****CONTINUAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO  
(TESTES TERAPÊUTICOS)**

Se TSH e Prolactina vieram normais, seguimos para os testes terapêuticos. Aqui a gente dá hormônio para a paciente e vê se ela sangra. É como testar se o "encanamento" e o "tanque de combustível" estão funcionando.

**Teste da Progesterona (O teste do Nível de Estrogênio)**

Você prescreve progesterona por 5 a 10 dias e suspende. O que esperamos? Que, na retirada, haja descamação do endométrio (menstruação).



**Cenário 1: O Teste foi POSITIVO (Ela sangrou)** O que isso significa?

1. O útero está pérvio (o sangue conseguiu sair).
2. O endométrio estava "preparado" (proliferado). Quem prolifera o endométrio? O **Estrogênio**.
3. Conclusão: Ela tem estrogênio e tem útero. O problema é que ela **não ovula** (Anovulação).

Sem ovular, ela não produz progesterona endógena. Sem progesterona, não ocorre a queda hormonal necessária para a descamação endometrial.

- **Principal causa:** Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP).

**Cenário 2: O Teste foi NEGATIVO (Ela NÃO sangrou)** Significa que ou ela não tem estrogênio para preparar o "terreno" (Hipoestrogenismo) ou o útero está obstruído. Para descobrir, vamos para o próximo passo.

**DICA PRÁTICA**

Se o teste de progesterona é positivo, o problema é anovulação (SOP). Se é negativo, o buraco é mais embaixo (ou mais em cima).

**Questão Estratégica – Com quebra no meio da questão****AMRIGSRS - 2025**

Mulher de 31 anos, amenorreia secundária. HCG negativo, TSH/Prolactina/FSH normais. Após usar acetato de medroxiprogesterona por 10 dias, teve sangramento vaginal. A hipótese mais provável é:

- A) Síndrome dos ovários policísticos.
- B) Síndrome de Kallmann.
- C) Insuficiência ovariana prematura.
- D) Insensibilidade aos androgênios.

**Comentário:**

Se ela sangrou após a progesterona, ela tem estrogênio (exclui falência ovariana e Kallmann - amenorréia primária de causa hipotalâmica) e tem útero (exclui insensibilidade androgênica/Morris). Isso é clássico de anovulação crônica, sendo a SOP a causa mais comum..

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

Teste positivo = Anovulação.

Gabarito: Letra A

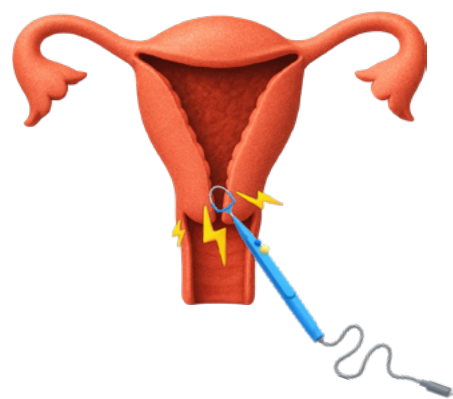
**Teste do Estrogênio + Progesterona (O teste do Útero)**

Se ela não sangrou só com progesterona, nós damos o "ciclo completo": Estrogênio (para fazer o endométrio crescer) + Progesterona (para descamar).

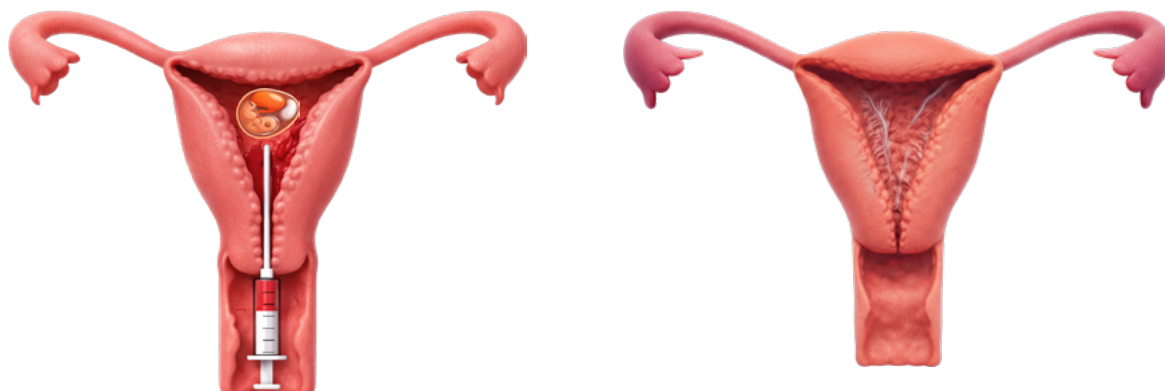
**Cenário 1: Teste NEGATIVO (Não sangrou nem assim)** Você deu tudo o que o útero precisava e ele não funcionou. O problema é **Anatômico (Compartimento I)**.

- Principal causa na prática e nas provas: **Síndrome de Asherman** (Sinéquias intrauterinas).
- História clássica: Paciente que fez curetagem, AMIU ou teve infecção uterina e parou de menstruar.

Na estenose cervical, ocorre o fechamento do orifício do colo do útero. O sangue menstrual é produzido, mas fica preso dentro do útero (**hematometra**), causando dor intensa. No caso da síndrome de Asherman a proliferação endometrial não é possível por conta das sinéquias.

**DICA PRÁTICA**

Nos casos de obstrução a paciente pode até ter sintomas de TPM (moléstia pré-menstrual) e dor pélvica cíclica (cólicas), porque ela ovula, mas o sangue não desce.

**SÍNDROME DE ASHERMAN**

## O QUE É A SÍNDROME DE ASHERMAN?

A síndrome de Asherman é uma condição adquirida caracterizada pela formação de aderências intrauterinas (sinéquias) decorrentes de destruição do endométrio basal, mais frequentemente após procedimentos uterino como curetagem uterina pós-aborto ou pós-parto, mas também podendo ocorrer após infecção uterina (endometrite, especialmente puerperal ou tuberculosa) ou cirurgias uterinas; essas fibroses podem obliterar parcial ou totalmente a cavidade uterina e levar a hipomenorreia ou amenorreia secundária, infertilidade, abortamentos recorrentes, dor cíclica por retenção menstrual e falha de implantação em reprodução assistida, sendo o diagnóstico suspeitado por história clínica associada a alterações menstruais e confirmado principalmente por histeroscopia (padrão-ouro), com auxílio de histerossalpingografia ou ultrassonografia com infusão salina, e o tratamento consiste em lise histeroscópica das aderências seguida de medidas para regeneração endometrial e prevenção de recorrência, como uso de estrogênio em altas doses, manutenção da cavidade com balão ou DIU inerte temporário e, quando necessário, antibiótico, embora casos extensos possam evoluir com prognóstico reprodutivo limitado.

Cuidado para não confundir!

- **Hímen Imperfurado e Septo Vaginal Transverso** também são causas anatômicas, mas geralmente causam **Amenorreia PRIMÁRIA** (a menina nunca menstruou na vida, mas tem dor cíclica na adolescência)

**Cenário 2: Teste POSITIVO (Sangrou)** O útero funciona. O problema é que faltava estrogênio (Hipoestrogenismo). Agora precisamos saber: a falha é no Ovário ou nos compartimentos hipotálamo/hipófise? Para isso, pedimos o **FSH**.

## Questão Estratégica – Causa Uterina (Asherman)



**USP/SP - 2022**

Mulher, 28 anos, submetida a curetagem por abortamento há 6 meses. Desde então, não menstruou. Nega outras queixas. Qual a principal hipótese?

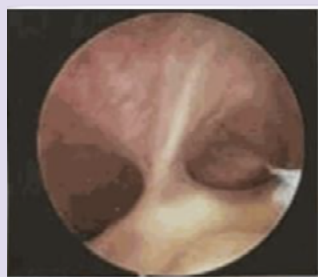
A)



B)



C)



D)



### Comentário:

Amenorreia secundária pós-manipulação uterina (curetagem) é a definição de livro para Sinéquias Uterinas (**Síndrome de Asherman**). O endométrio foi lesionado e "grudou", obliterando a cavidade.



### CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Se fizéssemos o teste de E+P nela, seria negativo. Na letra A temos um endométrio proliferativo. Na letra B, imagem de polipo endometrial, na letra C sinéquias uterinas e na letra D, neoplasia endometrial. Dentre essas alterações a única que evolui para amenorréia, seria sinéquias uterinas!

**Gabarito: Letra C**

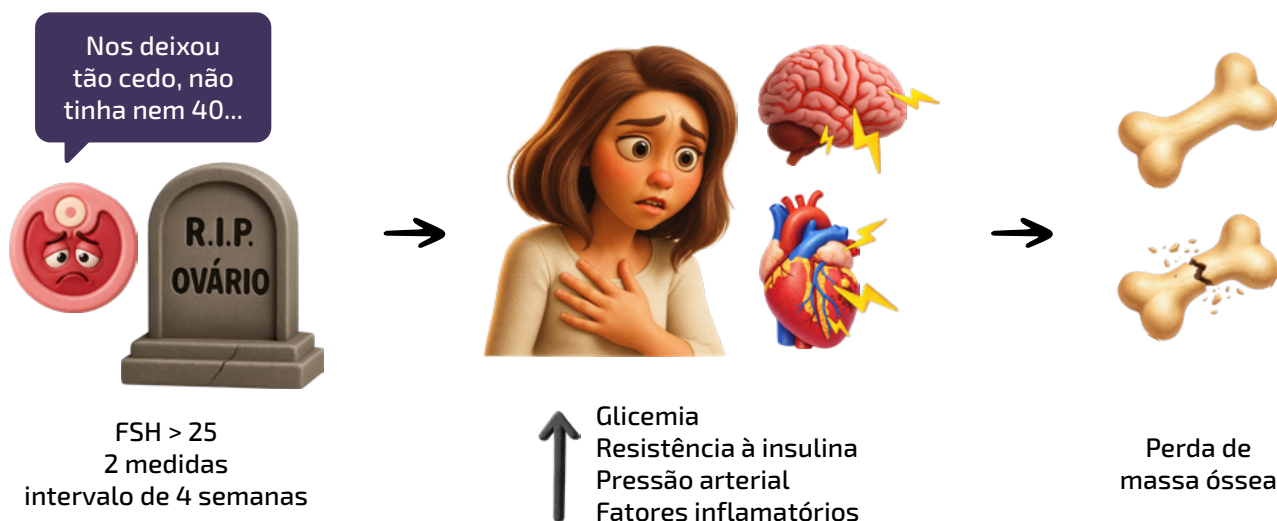
## O VEREDITO FINAL (DOSAGEM DE FSH)

Chegamos ao final do labirinto. A paciente sangrou com E+P, então o útero está ok, mas ela não produz estrogênio. Quem deveria estimular a liberação de estrogênio e progesterona? O FSH e o LH.

### FSH ALTO (> 25) — O problema é o Ovário

Se o FSH está nas alturas, a hipófise está gritando ("Produza!"), mas o ovário não responde. Isso é **Hipogonadismo Hipergonadotrófico**.

- **Diagnóstico:** Insuficiência Ovariana Prematura (IOP) ou Menopausa (se > 40 anos).
- **IOP:** Perda da função antes dos 40 anos. Na IOP, a função ovariana pode ser intermitente (a mulher pode ovular esporadicamente e até engravidar em 5-10% dos casos), diferente da menopausa definitiva.



Até recentemente, a regra de ouro era rígida: você precisava de duas dosagens de FSH > 25 mUI/mL, colhidas com intervalo de 4 semanas, para confirmar a falência ovariana.

**O que mudou em 2025?** As novas diretrizes internacionais flexibilizaram esse rigor. Agora, é possível fechar o diagnóstico com **apenas 1 dosagem de FSH > 25**, desde que a paciente preencha todos os seguintes requisitos:

1. Idade < 40 anos.
2. Amenorreia por mais de 4 meses.
3. Quadro clínico compatível.

A repetição da medida (segunda dosagem) deixa de ser obrigatória para todas, ficando reservada apenas para casos onde exista **dúvida diagnóstica**.

Se a questão da prova for antiga (antes de 2025) ou não citar a atualização, o padrão "duas dosagens" ainda é a resposta segura. Se a questão citar "diretrizes atuais" ou "2025", aplique a regra da dosagem única.

Diagnosticou IOP? A investigação não acabou. Você precisa descobrir a **causa** (embora a idiopática seja a mais comum).

1. **Cariótipo:** Obrigatório para todas as mulheres com IOP < **30 anos** (algumas fontes dizem < 40). O objetivo é descartar mosaicismos ou presença de cromossomo Y (risco de gonadoblastoma).
2. **Rastreamento de Autoimunidade:** Anticorpos anti-adrenal (21-hidroxilase) e tireoidianos (Anti-TPO), pois a IOP pode fazer parte de síndromes poliglandulares.
3. **Pré-mutação do X-Frágil (FMR1):** Recomendada se houver histórico familiar de falência ovariana ou deficiência intelectual

## FSH BAIXO ou NORMAL — O problema é Central

Se a paciente não tem estrogênio e o FSH está baixo (ou "inapropriadamente normal"), a hipófise ou o hipotálamo não estão mandando o comando. Isso é **Hipogonadismo Hipogonadotrófico**

### Principais causas:

1. **Amenorreia Hipotalâmica:** Estresse, perda de peso, anorexia, exercícios físicos excessivos. O corpo "desliga" o eixo reprodutivo para poupar energia (Tríade da Atleta).
2. **Síndrome de Sheehan:** Necrose da hipófise após hemorragia puerperal grave. A paciente para de menstruar e não consegue amamentar (agalactia) e pode cursar com as variações do pan hipopituitarismo.
3. **Tumores:** Craniofaringiomas, etc..



## O QUE É A SÍNDROME DE SHEEHAN?

A síndrome de Sheehan é uma forma de hipopituitarismo adquirido que ocorre após hemorragia obstétrica grave (geralmente no parto ou imediatamente no puerpério), na qual o choque hipovolêmico provoca isquemia e necrose da hipófise anterior, glândula que já se encontra fisiologicamente aumentada na gestação e, portanto, mais vulnerável à queda de perfusão; como consequência há deficiência parcial ou total dos hormônios hipofisários (principalmente prolactina, ACTH, TSH, LH e FSH).



E nesse quadro a paciente irá apresentar tipicamente a falha de lactação precoce (agalactia), amenorreia secundária persistente, infertilidade, hipotensão, fadiga intensa, intolerância ao frio, hipoglicemia, perda de pelos axilares e pubianos e, nos casos graves, insuficiência adrenal potencialmente fatal, podendo a doença manifestar-se logo após o parto ou anos depois, sendo confirmada por dosagens hormonais baixas associadas a hipófise reduzida ou "sela túrcica vazia" na ressonância magnética, e tratada com reposição hormonal sequencial — primeiro glicocorticoides e depois levotiroxina, além de reposição gonadal quando indicada.

## Questão Estratégica – Atleta e FSH Baixo



**USP/SP - 2022**

Mulher, 23 anos, atleta profissional, fratura tibial por estresse. Amenorreia há 2 anos. HCG negativo. Baixa densidade óssea. Qual a conduta?

- A) Contraceptivo hormonal combinado.
- B) Bifosfonato.
- C) Ingesta de doses elevadas de cálcio quelado.
- D) Musculação.

### **Comentário:**

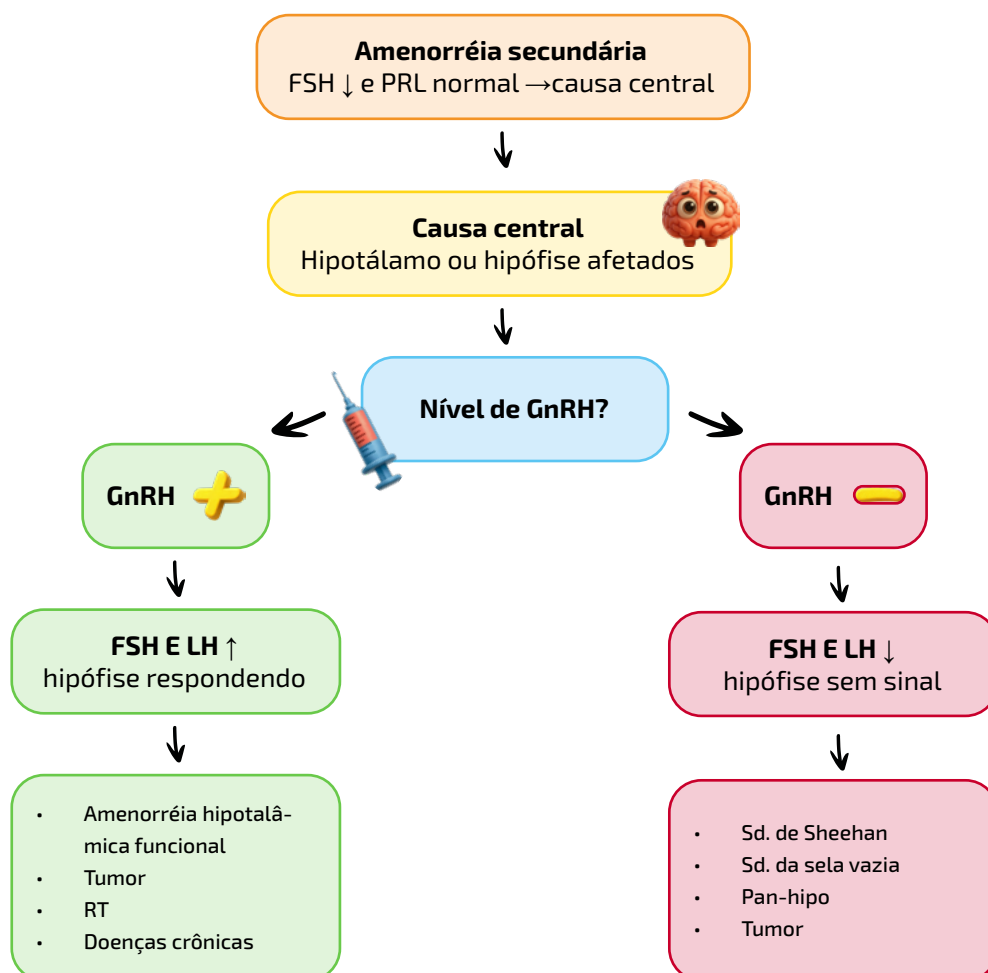
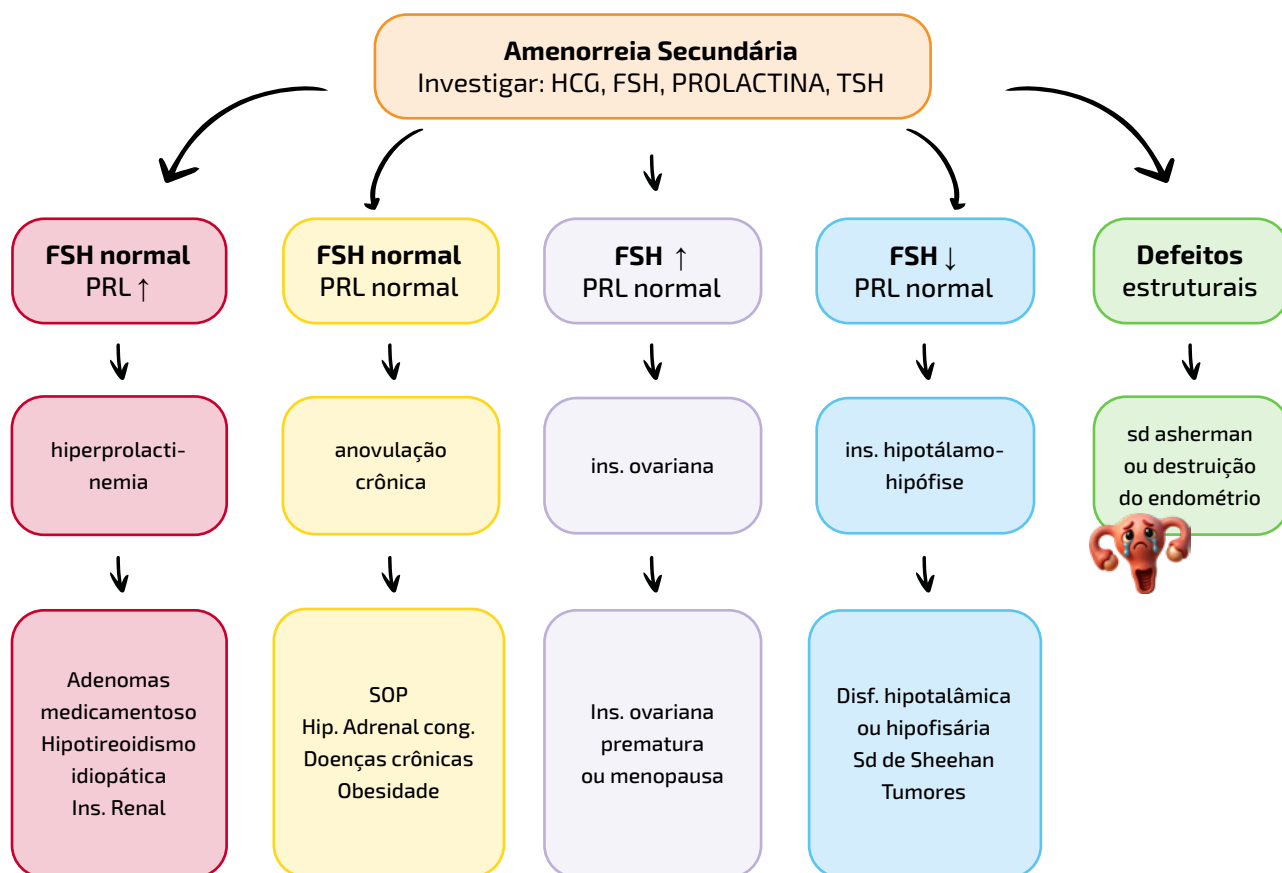
Atleta + Amenorreia + Fratura = **Tríade da Mulher Atleta**. É uma amenorreia hipotalâmica funcional (FSH e LH baixos por supressão do GnRH devido ao déficit energético). O hipoestrogenismo causou a osteopenia.



## **CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

A base do tratamento é corrigir o déficit energético. E, se necessário, reposição hormonal (contraceptivo combinado) para proteger o osso.

**Gabarito: Letra A**



## CONDUTA E TRATAMENTO

### Tratando a Causa Base

Na amenorreia secundária, o tratamento depende exclusivamente de onde está o defeito:

1. **Hipotireoidismo:** Levotiroxina.
2. **Hiperprolactinemia:** Suspende a medicação causadora (se possível) ou usar agonistas dopaminérgicos (**Cabergolina**), como indicados para os prolactinomas.
3. **SOP:** Mudança de estilo de vida (perda de peso), anticoncepcionais ou indutores de ovulação se quiser engravidar.
4. **Asherman/Estenose cervical:** Cirurgia (Histeroscopia cirúrgica para lise de aderências).
5. **IOP:** a reposição hormonal não é apenas "para menstruar". É **obrigatória** (salvo contraindicações) para proteger ossos e coração até a idade da menopausa natural (~50 anos). O risco do não tratamento está no aumento da mortalidade cardiovascular e fraturas.
6. **Tríade da mulher atleta:** O tratamento principal é a **correção do déficit energético** (nutrição + redução de carga). A reposição hormonal pode ser usada como medida adjuvante para proteção óssea.

## REVISÃO FINAL

Para fechar o raciocínio clínico e detonar na prova: Você está diante de uma amenorreia secundária.

1. Pediu **Beta-HCG**? (Tem que ser negativo).
2. Pediu **TSH e Prolactina**? (Trate hipotireoidismo ou hiperprolactinemia).
3. Deu **Progesterona** e sangrou? **Anovulação** (principal causa: SOP).
4. Não sangrou, deu E+P e não sangrou? É **Asherman** (Útero "colado").
5. Deu **E+P** e sangrou? Dose o **FSH**.
  - FSH alto = O ovário pifou (**IOP**).
  - FSH baixo = Hipotálamo ou Hipófise parou (**Hipotalâmica/Sheehan**).

## Resumo em 1 minuto

- **Definição:** Ausência de menstruação por 3 meses (regulares) ou 6 meses (irregulares).
- **Regra de Ouro:** Sempre exclua gravidez (Beta-HCG) primeiro.
- **Compartimento I (Útero):** Síndrome de Asherman (pós-curetagem). Diagnóstico: Histeroscopia.
- **Compartimento II (Ovário):** IOP (FSH > 25, < 40 anos). SOP (critérios de Rotterdam, exclusão).
- **Compartimento III (Hipófise):** Hiperprolactinemia (Prolactinoma ou medicamentos). Sheehan (necrose pós-parto).
- **Compartimento IV (Hipotálamo):** Amenorreia funcional (estresse, anorexia, atletas). FSH e LH baixos.
- **Teste da Progesterona Positivo:** Anovulação (SOP).
- **Teste E+P Negativo:** Causa Uterina (Asherman).

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA** a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

