

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - DEPARTAMENTO MATERNO-
INFANTIL

Nota 4.0

Objetivo - excelente
abundância - regular
clareza - ruim.

DIAGNÓSTICO DAS AMENORRÉIAS SECUNDÁRIAS

MÁRIO CÉZAR SENS
JUAN GUADALUPE CORTÉS
FRANCISCO CALLEJAS NETO

Alunos da 11ª Fase do Curso de
MEDICINA. - 1ª Semestre/1979.

C O N T E Ú D O

I - INTRODUÇÃO

II - CONCEITOS BÁSICOS

III- DIAGNÓSTICO

IV - CONCLUSÃO

V - REFERÊNCIAS

RESUMO

A intenção maior é determinar o diagnóstico das amenorréias secundárias, seguindo uma linha de raciocínio baseada num mecanismo simples e através de técnicas rotineiras e disponíveis para a maioria dos clínicos, o que evitará o encarecimento do tratamento.

A menstruação depende de um sistema de compartimentos: 1) Canal de escoamento e endométrio. 2) Ovário. 3) Hipófise. 4) Hipotálamo e S.N.C.

A amenorréia secundária pode resultar de falhas em qualquer destes compartimentos.

O endométrio poderá ser irresponsível a ovários normais por ter sofrido curetagem, radioterapia ou infecção.

O ovário poderá esgotar-se prematuramente, instalando a menopausa precoce ou a função ser excessiva e anormal nos tumores e S. de Stein-Leventhal.

Frequentemente a falha é devido à hipófise ou hipotálamo como são os tumores e a necrose do S. de Sheehan-Simond. Os centros hipotalâmicos podem ser inibidos por drogas como a reserpina, os hemotiazídicos e os contraceptivos orais, bem como estados depressivos, anorexia nervosa, diabetes e tireotoxicose.

A síntese esteroidea ectópica pode inibir o complexo secretor gonadotrófico como ocorre na hiperplasia virilizante de suprarenal, S. Cushing e nos tumores adrenais.

O diagnóstico das amenorréias secundárias baseia-se essencialmente na anamnese, exame físico, prova da progesterona, prova do estrogênio e dosagem de gonadotrofina.

SUMMARY

The major object is to determine the diagnosis of secondary amenorrhea, by following a line of reasoning based on a simple mechanism and by means of routine techniques available to the majority of diagnosticians and which will avoid expensive treatment.

Menstruation depends on a system of compartments: 1) Flux canal and endometry. 2) Ovary. 3) Hypophysis. 4) Hypothalamus and C.N.S.

Secondary amenorrhea can result in the failure of any one of these compartments.

The endometry can be unresponsive to normal ovaries because it may have undergone a curetage, radiotherapy or suffered infection.

The ovary may fail prematurely in which case a precocious menopause or abnormal and excessive function may occur, as in the cases of Stein-Leventhal Syndrome and tumors.

Frequently the failure is due to the hypophysis or hypothalamus as is the case of tumors and the necrosis of the Sheehan-Simmond Syndrome. The hypothalamic centers can be inhibited by drugs such as reserpine, the hemothiazides and oral contraceptives, as well as depression, nervous anorexia, diabetes and thyroidtoxicose.

The synthesis of ectopic steroid hormone can inhibit the gonadotrophic secretor complex as occurs in the suprarenal virilizing hyperplasia, Cushing Syndrome and in the adrenal tumors.

The diagnosis of the secondary amenorrhea is based essentially on the anamnesis, physical examination, progesterone test, estrogen test and dosage of gonadotrophine.

I - INTRODUÇÃO

Poucos problemas em endocrinologia ginecológica desafiam e dificultam o clínico como a amenorréia. A ausência de fluxo menstrual não tem de per si importância alguma; o fato é que ela nos envolve em alterações de órgãos pouco familiares, algumas sem gravidade, outras capazes de por em risco a vida da paciente. Alterações que nos conduzem a erros de omissão, de confiança, de ignorância, de sapiência para a feitura do diagnóstico.

A complexidade da etiologia e o desconhecimento da fisiologia fazem com que as pacientes sejam encaminhadas ao especialista. Este com técnicas laboratoriais sofisticadas e desnecessárias onera o tratamento, inconvenientemente, até obter a cura.

Paula J. W. A nossa intenção é fornecer um mecanismo simples para o diagnóstico diferencial, utilizando cronologicamente técnicas rotineiras e disponíveis para a maioria dos clínicos.

Antes de apresentar o ^{teste} cotejo diagnóstico em detalhes, é necessário uma definição de amenorréia, designando a seleção apropriada das pacientes, denominadas amenorréicas secundárias, bem como uma revisão dos mecanismos fisiológicos pelos quais o fluxo menstrual é produzido e sua relação como fator causal de amenorréia.

Paula J. W.

II - CONCEITOS BÁSICOS

Amenorréica secundária é a mulher já menarca que não apresenta exteriorização do fluxo menstrual por um período de tempo equivalente a três ciclos, excluída causas fisiológicas. Consideraremos causas fisiológicas a pós menarca, a gravidez, a lactação e a menopusa normal.

A presença de função menstrual requer evidência visível de descarga menstrual, para isso é necessário um canal de escoamento intacto, conectado a uma genitália interna, o endométrio, origem da menstruação.

O endométrio é regulado e estimulado por uma quantidade apropriada e sequenciada de hormônios esteróides, secretados pelos ovários, mais especificamente, pelo folículo em desenvolvimento e corpo lúteo.

A maturação do aparelho folicular é guiada por um estímulo provindo das gonadotrofinas, FSH e LH, originadas na hipófise anterior. A secreção desses hormônios é por sua vez dirigida por peptídeos específicos, os realising-hormones coletados na eminência mediana do hipotálamo basal, que chegam à adenohipófise através da circulação venosa tipo porta comum às duas estruturas.

Os hormônios realizadores são regulados por um mecanismo complexo integrado por informações biofísicas e bioquímicas compreendidas por feed-back com esteróides ovarianos, gonadotrofinas hipofisárias e neurohormônios derivados da parte mais alta do S.N.C.

Com esses princípios, podemos didaticamente, formular um sistema de compartimentos dos quais a menstruação depende. São quatro:

1. Canal de escoamento e endométrio
2. ovário
3. hipófise
4. hipotálamo e S.N.C.

A amenorréia secundária pode resultar de falhas em qualquer destes quatro compartimentos.

O endométrio poderá ser irresponsível a ovários normais; isso é, devido à destruição traumática, feita por curetagem, radioterapia ou resultante de infecção; no Brasil é comum a endometrite tuberculosa. ?

O ovário poderá esgotar-se prematuramente, instalando-se a menopausa precoce ou sua função ser excessiva e anormal, como nos tumores e síndrome de Stein-Leventhal.

Frequentemente, a falha é devida à hipófise e ou hipotálamo. Por razões que permanecem obscuras, a deficiência isolada da secreção gonadotrófica como fenômeno secundário é mais comum que a deficiência de outras trofinas pituitárias. A causa, geralmente, é emocional, haja visto o alto índice de cura destas amenorréias em curto tempo.

Inibição reflexa dos centros hipotalâmicos realizadores de hormônios, por drogas como a reserpina, os fenotiazídicos e os contraceptivos orais, redonda em amenorréia. Estados depressivos, anorexia nervosa, diabetes, tireotoxicose ou doença debilitante severa também inibem centros superiores.

Ao contrário, poderá haver uma inibição específica do complexo secretor gonadotrófico por síntese esteroide a ectópica. A hiperplasia virilizante da suprarrenal, o Síndrome de Cushing e os tumores adrenais, são os exemplos clássicos.

Finalmente, a amenorréia secundária pode ser o resultado de uma lesão destrutiva na área que comanda o mecanismo menstrual, como são os tumores hipofisários e hipotalâmicos e a necrose do Síndrome de Sheehan/Simmond.

III - DIAGNÓSTICO

A amenorréia é um sintoma e como tal não será demais frisar que a gestação, a lactação e a menopausa são as causas mais comuns. São causas fisiológicas e por serem fisiológicas deverão ser descartadas inicialmente.

ANAMNESE - Como em todas as clínicas é mandatário uma história compreensiva. Na amenorréia alguns fatos chamam a atenção.

Na amenorréia seguindo gravidez, cabe perguntar a ocorrência de curetagem; se existe tal história, amenorréia traumática é o diagnóstico mais provável.

Seguindo um parto, onde houve grande hemorragia e agalactação, consideraremos o Síndrome de Sheehan, lembrando que uma das primeiras funções tróficas hipofisárias a ser afetada é a gonadotrófica.

Alteração do peso perto, ou no início do sintoma é comum. A obesidade pode ser relatada, porém, geralmente a paciente fornece uma história de emagrecimento, por exemplo, as adolescentes que fazem dieta rigorosa para emagrecer. O início da amenorréia é abrupto, segue a um significativo emagrecimento e persiste quando o peso é normalizado. É duvidosa se esta condição deveria ser considerada uma forma de anorexia nervosa. Tipicamente a paciente com esta síndrome insistirá que sua dieta é adequada ao contrário das pacientes submetidas a tratamentos dietéticos que os descrevem em detalhes.

Especificamente será perguntado à paciente sobre galactorréia e seu passado cirúrgico. Histerectomia, ooforectomia e cauterização são causas de amenorréia.

Galactorréia e a falta de menstruação após um parto, persistindo mesmo cessada a lactação, obriga à pesquisa do Síndrome de Chiari-Frommel. Se a galactorréia e a amenorréia desenvolveram-se sem relação com o período gestatóri

Amorrição da < ocorre > por parte dos casos em que há causas fisiológicas

o deveremos considerar o síndrome descrito por Forbes-Albright e Argonz-del Castillo; em qualquer deles um tumor hipofisário, assintomático, poderá existir.

Qualquer alteração no crescimento dos pelos deverá ser elucidado. Hirsutismo progressivo, associado com amenorréia sugere tumor ou hiperplasia da suprarrenal, tumor virilizante de ovário, ovários policísticos e, raramente, acromegalia.

Períodos irregulares, com sangramento progressivamente escasso, associado a hirsutismo e esterilidade sugere a possibilidade de ovários policísticos.

Alterações visuais, cefaléia intermitente, ora intensa, ora leve, pulsátil, às vezes localizada, outras difusa, requer investigação mais detalhada. Podem ser os primeiros sintomas de tumor cerebral.

EXAME FÍSICO - É metuculoso. É importante que a paciente esteja completamente despida e adequadamente vestida em bata hospitalar, pois, sua reação nessa hora, pode assinalar uma origem psicogênica.

Sinais de disfunção tireoidiana, a distribuição dos pelos e implantação no couro cabeludo, deverão ser notados cuidadosamente.

A associação de amenorréia, hirsutismo e hipertensão, sugere a possibilidade do Síndrome de Cushing.

Virilismo - engrossamento da voz, calvice temporal, aumento do clítoris e atrofia mamária - se presente acompanhando hirsutismo, sugerem um componente de virilização, isto é, tumor de ovário e suprarrenal ou hiperplasia da adrenal.

Hirsutismo inexpressivo e algum aumento clitoral acompanham ovários policísticos.

Mesmo sem a paciente ter história de galactorrêia, executar-se-á a expressão papilar.

gi. fazer com os anten.

O exame pélvico é obrigatório e é causa comum de atraso diagnóstico quando não realizado. Em muitos casos revela uma gestação. É feito observando-se cuidadosamente a distribuição dos pelos pubianos e o clítoris, e, ao toque bimanual, o útero e anexos.

No exame especular, as características da vagina e colo afastam, habitualmente, as chamadas criptomenorréias.

Como na maioria das vezes a história e o exame físico sugerem, mas não selam o diagnóstico de uma determinada patologia, o passo seguinte é tentar correlacionar a amenorréia ao compartimento.

É feito subindo uma hipotética escada em que a prova da progesterona é o primeiro degrau.

PROVA DA PROGESTERONA - Administra-se um progestogênio ativo desprovido de atividade estrogênica. Kase é a favor do acetato de medroxiprogesterona na dosagem de 10 mg ao dia durante 5 dias. A administração IM de 150 mg de progesterona é mais cômodo à paciente.

Dentro de 2-10 dias, haverá ou não sangramento.

Se sangrar, qualquer quantidade, o diagnóstico de anovulação é o mais provável; confirma-se assim um canal de escoamento íntegro e um endométrio suficientemente preparado por estrogênio endógeno. A presença deste estabelece a existência da funcionalidade do ovário, hipófise e SNC. Obviamente que não há perfeita integração deste sistema, mas todos estão presentes e funcionando.

Se não ocorreu sangramento o endométrio e ou o canal de escoamento estão lesados ou não existe secreção de estrogênio.

É nessa situação que subimos o segundo degrau no qual lançamos mão da prova do estrogênio.

ME ?
↑

PROVA DO ESTROGÊNIO - Um estrogênio oral é administrado em quantidade e duração para estimular a proliferação endometrial e causar hemorragia de privação. 1,25 mg diários de estrogênios conjugados durante 21 dias tem esse efeito. Outras preparações estrogênicas possuem o mesmo efeito e são citadas pelos europeus. Entre estas o estilbestrol na dose de 5 mg ao dia e o etinil estradiol 0,1 mg ao dia, durante 20 dias, são os mais utilizados.

Como resultado desse teste terapêutico, a paciente sangrará ou não.

Se não ocorrer sangramento, o diagnóstico no compartimento I é feito. Antes de afirmar a origem endometrial ou do canal de escoamento, como causa de amenorréia, é conveniente repetir a prova.

Ocorrendo sangramento podemos rotular de normais o endométrio e o canal de escoamento. Se adequadamente estimulados. O que falta, então, são os estrogênios ovarianos por falha nos compartimentos II, III ou IV.

Verificada a incapacidade dos mecanismos fisiológicos responsáveis pela elaboração destes esteróides, precisamos subir o terceiro degrau. É nele que determinaremos se a falha reside no aparelho folicular contido na gônada, ou se é devida a quantidades insuficientes de gonadotrofinas hipofisárias para estimular a atividade folicular.

DOSAGEM DE GONADOTROFINAS - O último degrau envolve a pesquisa laboratorial das gonadotrofinas. Dois pontos importantes merecem especial consideração; o primeiro é em relação à época da colheita do material; o segundo em relação ao material utilizável para a dosagem: plasma ou urina?

A opinião dos autores é que a determinação se já feita decorridas seis semanas da administração do estrogênio, pois este pode, temporariamente, alterar as verdadeiras concentrações basais das gonadotrofinas.

Hoje, a pesquisa urinária das gonadotrofinas deve ser abandonada, pois, em pacientes normais, já foram encontrados tanto níveis pós menopáusicos como iguais a zero.

A pesquisa radioimune das gonadotrofinas no soro substitui com amplas vantagens as usadas anteriormente. O padrão normal para o L.H. sérico varia de 5-20 mIU/ml. Em relação ao F.S.H., 5 mIU/ml é baixo, acima de 40 mIU/ml é anormalmente alto.

A dosagem determina se a falta de estrogênio é devido à falha no folículo (compartimento II) ou no eixo Hipófise-SNC (compartimentos III e IV).

Se o resultado de determinação é alta, configura-se uma falência gonadal; gonadotrofinas baixas demonstram inatividade ou falência hipofisária.

Se as gonadotrofinas estão baixas, a pesquisa continuará, pois é necessário distinguir entre uma causa hipofisária ou hipotálamo-SNC.

No estado atual da endocrinologia tal problema não pode ser ainda satisfatoriamente resolvido e métodos indiretos são os únicos usados para o julgamento.

Nessa altura da pesquisa é mister solicitar o parecer neuro-oftalmológico.

Testes sofisticados estão sendo utilizados visando diferenciar patologia hipofisária de hipotalâmica. Estão ainda no campo da pesquisa, seus resultados não sendo absolutos, aguardam comprovação.

A administração de extrato de realising-hormones seguido de aumento do LH plasmático fala a favor de distúrbio hipotalâmico.

Provocação da secreção de hormônio gonatotrófico pela administração de arginina ou hipoglicemia induzida por insulina, evidencia provável integridade hipofisária.

retorno a disjuncção?

O diagnóstico de falência hipofisária ou hipotálamica implica em vigilância constante, traduzida pela rotina neuro-oftalmológica e RX da sela turca, anuais.

Com essa sistemática diagnóstica o problema foi dissecado em compartimentos e provavelmente correlacionado com um órgão específico. Neste ponto definiu-se o "locus" do defeito e o clínico pode agora caminhar para elucidar a alteração causadora da falta de menstruação.

Dentro de cada um dos compartimentos anatômicos enumerados, certos diagnósticos são frequentes, senão, vejamos:

COMPARTIMENTO I - Síndrome de Ashermann
- Endometrite Tuberculosa

COMPARTIMENTO II - Ovários Policísticos
- Menopausa Precoce
- Tumores Virilizantes

COMPARTIMENTO III - Síndrome de Sheehan
- Tumores

COMPARTIMENTO IV - Psicogênica
- Galactorréias
- Medicamentosa (?)
- Nutricionais (?)

Se a prova do estrogênio foi negativa, o diagnóstico de amenorréia por falha no compartimento I está feito.

Que patologias causam esta alteração? Pergunta na maioria das vezes respondida pela história. Se a amenorréia foi seguida à manipulação intrauterina por instrumental cirúrgico, injeções com fins abortivos, o síndrome de Ashermann é o diagnóstico provável. Este será suspeitado quando a paciente refere esterilidade, dor de longa duração, incaracterística, no hipogástrico, fluxos menstruais que de normais, passaram a

escassos até a instalação da amenorréia. História progressiva de contágio ou mesmo doença pulmonar soma-se à sintomatologia. A H.S.G. fornece achados de suspeição, porém a certeza diagnóstica é dada pela cultura do sangue menstrual e sua inoculação em cobaio. A B.E. poderá ser útil: se positiva revelará granuloma tuberculoso.

Outras causas da amenorréia uterina como destruição do endométrio por radioterapia, infecções outras e mesmo ausência do útero por histerectomia é, na maioria das vezes, elucidado pela informação da paciente.

A criptomenorréia é comum como sintoma primário. Secundária, a estenose do colo por cauterização extensa ou de má técnica, é o habitual. O diagnóstico é comprovado pela visualização do colo no exame especular e exploração do canal cervical por histerômetro ou vela de Hegar.

No compartimento II é difícil, isoladamente, caracterizar a patologia causadora da amenorréia.

Podemos imputar apenas o ovário como responsável pelo sintoma? Os estudos levam-nos a crer que todo o sistema regulador endócrino-sexual está alterado. Não só o hipotálamo e a hipófise participam da disfunção; a tireóide e a suprarrenal associam-se como cúmplices extragenitais.

O exemplo mais típico é o síndrome dos ovários policísticos. Nesse a amenorréia é por anovulação, logo, progesterona positivo. Ao teste terapêutico, soma-se a história clínica de ciclos progressivamente escassos - amenorréia, certo hirsutismo, esterilidade e obesidade?. O diagnóstico é feito através da história e exame físico. O toque pode revelar ovários aumentados. O estudo do muco cervical, curva de temperatura basal, colpocitograma e a B.E. evidenciam a falta de progesterona, o pneumoperitoneo e/ou peritonioscopia confirma o aumento ovariano.

Sinais de sintomas de desfeminização com progressiva virilização fala a favor de patologia ovariana ou suprarrenal.

No classicismo das descrições fala-se em virilização quando a paciente relata: amenorréia, hirsutismo, acne, calvice temporal e mudança do timbre de voz. No exame físico anexam: aumento do clitóris, hipotrofia mamária e diminuição da adiposidade pélvica.

Os tumores virilizantes do ovário, da adrenal (adenoma e carcinoma) e a hiperplasia são entidades bem definidas a serem consideradas no diagnóstico diferencial da virilização. Não levaremos em conta os Stein-Leventhal por sua raridade como síndrome virilizante.

A dosagem dos 17 KS como método complementar nessas síndromes não é tão fiel como se espera. Via de regra, estão aumentados, mas em um terço dos casos são normais.

O fracionamento cromatográfico dos 17 KS é o preferido. A prova da supressão pela cortisona, de certa maneira, afasta a participação da córtex adrenal, na virilização.

No tumor virilizante do ovário a supressão pouco ou nada modifica o 17 KS, do mesmo modo que a cromatografia mostra os 11-oxi-17 KS (11-OH-eticolanona, 11-ceto-eticolanona e 11-beta-OH androsterona) normais excluindo, portanto, patologia adrenal.

Na hiperplasia da suprarrenal, a supressão reduz a excreção dos 17 KS, a cromatografia mostra elevação dos 11-oxi-17 KS.

Quando as provas funcionais não se modificam ou a queda não demonstra resultado significativo estamos em frente a tumor da suprarrenal.

Como são de quadro clínico semelhante, estudos hormoniais que pouco esclarecem o meio que resta-nos para diferenciar é o radiológico. O pneumo e o retropneumoperitônio diferenciam, fielmente, patologia ovariana de adrenal.

Na menopausa precoce, o pré-estabelecido não muda e a mulher apresenta as mesmas perturbações funcionais do climatério comum. A amenorréia caracteriza o modelo hipoestrogênico. Deve-se ter em mente a existência de modelos hipoestrogênicos por defeito hipotalâmico-hipofisário, daí a dificuldade diagnóstica. As gonadotrofinas elevadas podem levar a erros. Recomenda-se a biópsia do ovário, que evidenciará diminuição da população folicular, como método separativo.

Nahoum chama a atenção para a elevada incidência de estigmas nessas pacientes apontando sua filiação às disgenesias gonadossomáticas, de que podem ser consideradas formas frustas.

Chegamos ao terceiro degrau, isto é, diagnósticos falência no compartimento III ou IV. Como separá-los? Que diagnóstico fazer?

Mais uma vez a história nos ajuda.

Sinais e sintomas de deficiência pluriglandular como emagrecimento, despigmentação, intolerância ao frio, movimentos lentos e involução dos órgãos sexuais, com aparecimento após parto hemorrágico, sugerem a possibilidade de necrose parcial da hipófise.

O Síndrome de Sheehan é diagnosticada baseada no quadro clínico, evidenciável pela dosagem de gonadotrofinas baixas e por todas as provas que revelem deficit funcional da glândula em estudo.

A amenorréia pode ser o primeiro sintoma de tumor pituitário.

Os adenomas, cromofobo e acidófilo são os mais comuns.

o m. anderson?

O primeiro ligado ao Síndrome de Forbes Albright, o outro à doença de Cushing. Aliado à sintomatologia neuro-oftalmológica e à diminuição das gonadotrofinas plasmáticas, são identificáveis pelo RX, por um aumento da sela turca. O estudo dos campos visuais pode identificar ação do tumor sobre as vias óticas.

A doença de Cushing, caracteriza-se por obesidade, hirsutismo, amenorréia, moon-face, hipertensão e estrias purpúreas na pele. Os dados laboratoriais indicam aumento dos 17 OH, curva glicêmica do tipo diabético e policitemia. Ao RX nota-se osteoporose.

Das amenorréias ditas hipotalâmicas, a psicogênica constitui o maior percentual dos casos na mulher adulta. Na sua grande maioria são de curta duração e o ginecologista não toma conhecimento. O diagnóstico é de exclusão. Basei-se na história e ausência de outras alterações que possam ser atribuídas como causa da amenorréia. O RX de sela turca deverá ser levado em consideração quando feito este diagnóstico.

Duas formas dramáticas de amenorréia psicogênica, a anorexia nervosa e a pseudociese, são facilmente diagnosticadas pela história, lembrando sempre a necessidade de diferenciá-las; a primeira, das outras causas de emagrecimento, como são a doença debilitante; a segunda, da gestação normal.

As galactorréias permitem seu diagnóstico através da história. O síndrome de Chiari-Frommel segue o parto, o de Argonz-del Castillo a administração de drogas. Em ambas as situações impõe-se o RX da sela para afastar os tumores e servir de comparação posterior. Consideramos normal para a sela, valores volumétricos entre 240-1093 mm³.

A amenorréia pós-pílula pelo grande número, de casos publicados e de mulheres que usam as pílulas, classifica-se como a mais importante dentre as medicamentosas. Presumivelmente é devida à supressão do eixo com inibição dos realising-hormones. Regularizam-se dentro de 6-12 meses e o estado anovulatório é o encontrado. O estudo da sela turca e os campos visuais deverão ser considerados para outros diagnósticos.

O exemplo final da amenorréia hipotalâmica é devida a distúrbios nutricionais. O emagrecimento por dieta, a anorexia nervosa e a obesidade são as causas determinantes do sintoma.

Anorexia nervosa com seu quadro dramático é psicogênica. Duvida-se que o emagrecimento por dieta seja causa da amenorréia. Admite-se que o sintoma é decorrente de manifestação psicológica.

O problema crucial, é o da obesidade. Ela pode estar associada a situações de stress e ser psicogênica.

Uma forma grave, distrófica, de obesidade é o Síndrome de Froehlich. É devida a tumor pituitário. Caracteriza-se por distribuição gordurosa das mamas, cintura e monte de vênus. No laboratório, o padrão hipopituitário é a regra.

IV - C O N C L U S Õ E S

Podemos concluir assim, que racioncinando em termos de um sistema de compartimentos, o clínico terá grandes chances de chegar ao diagnóstico correto, se não pelo menos determinar o compartimento responsável pela amenorrêia.

IV - R E F E R Ê N C I A S

1. ALMEIDA, L. C., SIMÕES, P.M., CANELLA, P. - O DIU no Tratamento das Sinéquias Uterinas. Gin. Bras., IV: 271,1972.
2. ASHERMAN, J.C., - Amenorréia Traumática. J.Obst. Gynaecology. Brit. Emp., 67: 228, 1960.
3. GOLD, J.J. - Endocrinologia Ginecológica. El Ateneo, Buenos Aires, 1970.
4. ISRAEL, S.L. - Transtornos Menstruales Y Esterilidad. Editorial Bernardes, Buenos Aires, 1969.
5. LEVANTHAL, M.L. - Síndrome de Ovário Poliquístico. in GOLD, J.J., ed., Endocrinologia Ginecológica, El Ateneo, Buenos Aires, 1970.
6. LLOYD, C.W. - The ovaries. in WILLIAMS, R.H., ed., Textbook of Endocrinology, W.B., Saunders, Philadelphia, 1962.
7. NOVAK, E.R., JONES, G.S., JONES, H.W. - Tratado de Ginecologia. Interamericana, México, 1971.
8. RANKIN, J-S., RAKOFF, A.E. - Galactorrhoea - Amenorrhoea Syndromes. Obst. e Gynec. Survey, 24: 652, 1969.
9. SHEARMANN, R.P, - Statistical analysis of Relationship between oral contraceptives, secondary amenorrhoea and galactorrhoea. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlthi, 79:654, 1972.
10. SPEROFF, N., R.H., KASE, N.G. - Clinic Gynaecologic, Endocrinology and Infertility, Willians e Wilkins, Baltimore, 1973.

**TCC
UFSC
TO
0154**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0154

Autor: Sens, Mário César

Título: Diagnóstico das amenorréias ségu



972804960

Ac. 254289

Ex.1 UFSC BSCCSM