

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SÍNDROME DE OVÁRIOS
POLICÍSTICOSPORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS
Nº 6, DE 2 DE JULHO DE 2019

DIAGNÓSTICO

O Consenso de Rotterdam, de 2003, estabelece que a SOP seja diagnosticada pela presença de **pelo menos dois dos seguintes critérios no adulto** e **três critérios no adolescente** (2 anos pós menarca até os 19 anos incompletos).

TABELA 1- CRITÉRIOS ADOTADOS NO CONSENSO DE ROTTERDAM (2003)

1. Alteração dos ciclos menstruais: 9 ciclos ou menos no período de um ano;
2. Pelo menos 1 manifestação clínica de hiperandrogenismo: Acne, hirsutismo e alopecia de padrão androgênico ou Hiperandrogenismo laboratorial, este caracterizado por elevação de pelo menos um androgênio [testosterona total, androstenediona e sulfato de deidroepiandrotestosterona sérica (SDHEA), de acordo com os valores de referência do kit utilizado];
3. Morfologia ovariana policística à ultrassonografia (US): mais de 12 folículos antrais (entre 2 e 9 mm) em pelo menos um dos ovários ou volume ovariano de ≥ 10 cm³.

O diagnóstico da SOP é confirmado após exclusão de outras causas de hiperandrogenismo. Os principais diagnósticos diferenciais e exames para excluí-los estão listado a seguir:

Hiperplasia Adrenal
congenita –
17-hidroxiprogesterona
(17 OPH)Tireoideopatia
– Hormônio
tireoestimulante (TSH)Hiperprolactinemia -
Prolactina séricaInsuficiência ovariana
primária - hormônio
foliculo-estimulante (FSH)

Exames para avaliação do risco metabólico das pacientes diagnosticadas:

Glicemia de
jejumGlicemia após sobrecarga 75g de glicose (para mulheres
obesas ou com história familiar de diabetes mérito);DHEA (em caso de suspeita
de tumor adrenal)

TSH

Colesterol total, colesterol HDL e triglicérides (para
pacientes com suspeita de síndrome metabólica)

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Ovários Policísticos (SOP) é a endocrinopatia mais comum entre mulheres em idade fértil. Caracteriza-se por alterações hiperandrogênicas e reprodutivas. Sua etiologia envolve predisposição genética e fatores ambientais. As principais manifestações incluem acne, hirsutismo, alopecia, alterações menstruais e infertilidade e alterações metabólicas.

CID-10

E28.2 Síndrome dos ovários policísticos

L68.0 Hirsutismo

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste protocolo as pacientes que tiverem o diagnóstico de SOP, de acordo com os critérios do Consenso de Rotterdam.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo as pacientes que apresentarem outras doenças que causem:

hiperandrogenismo ou oligo/amenorreia (tumores produtores de androgênios, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, tireopatias, uso de medicamentos associados com hirsutismo e hipogonadismo, ou hiperplasia adrenal congênita)

pacientes gestantes; ou aquelas que apresentem hipersensibilidade, intolerância ou contraindicação conhecida aos medicamentos

TRATAMENTO

O tratamento envolve o controle dos sintomas hiperandrogênicos, regularização dos ciclos menstruais e proteção endometrial. Para todas as pacientes, modificações do estilo de vida e controle das anormalidades metabólicas devem ser sempre recomendados.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Modificações no estilo de vida:

Cessação do tabagismo e do uso abusivo de  lcool,

Prática de atividade física regular e

Alimenta o saudável

A perda de pelo menos 5% a 10% do peso corporal está associada   melhora da obesidade central, do hiperandrogenismo e das taxas de ovula o de mulheres com SOP.

Para mulheres com SOP e que desejam gestar, recomenda-se o aconselhamento pré concepcional e medidas para o controle de condi es.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Benefícios esperados: Regulariza o dos ciclos menstruais (já nos primeiros meses de tratamento), diminui o da quantidade, textura e distribui o de p los, melhora ou resolu o da acne e outras manifesta es androgênicas (após pelo menos 6 a 12 meses de tratamento), redu o do peso corporal e melhora das altera es metabólicas relacionadas com a resistência insulínica e redu o do risco de hiperplasia ou carcinoma de endom rio.

Irregularidade menstrual:
Anticoncepcional hormonal combinado (AHC);
progest genos.

Hiperandrogenismo clínico -
hirsutismo leve a moderado:
AHC com doses elevadas e
etinilestradiol.

Hiperandrogenismo clínico -
hirsutismo moderado a grave e acne:
Antiandrog nio + AHC ou Antiandrog nio
+ outro método contraceptivo.

Controle metabólico (quando indicado):
Metformina (geralmente associada com
AHC ou com antiandrog nio).

FÁRMACOS E ADMINISTRA O

Classe e a�o farmacológica	Medicamento	Posologia
Anticoncepcionais hormonais combinados - a�o sobre irregularidade menstrual, hirsutismo leve e contracep�o ¹ .	Etinilestradiol mais levonorgestrel comprimidos de 0,03 mg + 0,15 mg	Tomar 1 comprimido de 0,03 mg/0,15 mg ao dia por 21 dias/mês. Doses elevadas (3 a 4 comprimidos ao dia) e decrescentes podem ser utilizadas por curtos períodos (4 a 5 dias) para controle de sangramento disfuncional.
Progestog�nios - a�o sobre irregularidade menstrual.	Acetato de medroxiprogesterona: comprimidos de 10 mg	Tomar 1 comprimido de 10 mg ao dia por 10 a 12 dias do ciclo menstrual.
	Noretisterona: comprimidos de 0,35 mg	Tomar 1 comprimido de 0,35 mg ao dia em uso contínuo (efeito anticoncepcional).
Antiandrog�nio - a�o sobre hirsutismo moderado � grave e acne e em caso de contraindica�o ao AHC ² .	Acetato de Ciproterona - comprimidos de 50 mg	50 mg/dia, por via oral, no esquema 21/7 (utilizar por 21 dias e fazer intervalo de 7 dias para o período menstrual), em associa�o ao anticoncepcional oral ou outro método contraceptivo.
Sensibilizador da a�o de insulina - melhora sensibilidade � a�o da insulina; reduz produ�o de androg�nios (2� linha). Pode ser associado ao AHC ou ao antiandrog�nio ³ .	Metformina: comprimidos de 500/850 mg de libera�o normal	Iniciar com 500 mg, VO após o jantar; aumentar 500 (1.000 mg/semana até o máximo de 2,550 g/dia, se necessário). Dividir a dose em 2 ou 3 vezes ao dia para melhorar a tolerância, em caso de metformina de libera�o rápida. Em caso da metformina de libera�o prolongada, utilizar 1.000 mg 1 a 2 vezes ao dia.

1 - Potenciais efeitos adversos metabólicos e eventos tromboembólicos constituem uma preocupa o quando a sua prescri o. Pode ser contraindicado em pacientes de maior risco. No início do tratamento, podem manifestar-se náusea e turgência mamária relacionadas com uso de AHC.

2 - Recomenda-se utilizar em associa o com AHC no tratamento do hirsutismo.

3 - O uso da metformina pode apresentar como efeitos adversos, desconforto abdominal, náusea e diarreia, que tendem a melhorar com o decorrer do uso.

TEMPO DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser contínuo, enquanto a paciente não deseja gestar. A taxa de recorrência de hirsutismo dentro de 6 meses após a suspensão do tratamento é de 80%.

Naquelas pacientes que modificam o estilo de vida e perdem peso, a metformina pode ser suspensa. A avaliação das pacientes em relação ao uso diário de medicamentos, melhora do hirsutismo e da regularização dos ciclos menstruais, varia com o passar da idade, e é possível fazer o ajuste de doses ou mesmo suspender um ou mais medicamentos de acordo com a melhora clínica da paciente. O desejo de engravidar é indicação, mesmo que temporária, de suspensão do tratamento.

MONITORIZAÇÃO

A monitorização dos efeitos esperados dos imunossupressores é realizada periodicamente por meio de exames bioquímicos e, eventualmente, da avaliação histológica do fígado. Os inibidores de calcineurina devem ter seu nível sanguíneo avaliado para ajuste da dose à janela terapêutica. O tacrolimo tem estreita janela terapêutica, recomenda-se a monitorização do seu nível sérico, cuja frequência dependerá da fase do pós-operatório e do nível sérico do medicamento.

As recomendações sobre monitoramento das concentrações dos fármacos estão descritas na seção de esquemas de administração do Protocolo.

Na vigência de AHC, recomenda-se um seguimento inicial após 3 meses e, depois, a cada 6 meses. Espera-se sangramentos de privação nas pausas do AHC e redução progressiva do hirsutismo.

Avaliam-se o peso, a IMC e o diâmetro da cintura

Avaliar presença de eventos adversos, como elevação da PA, desconforto mamário, cefaleia e varizes, entre outros;

Níveis de testosterona sérica anuais devem se mostrar reduzidos em relação aos valores de antes do tratamento..

Avaliação de fatores de risco cardiometabólicos, clínicos e laboratoriais deve ser realizada anualmente, principalmente no caso daquelas pacientes em que se recomendou mudanças de estilo de vida associadas ou não à metformina.

Durante o uso de espirolactona, os níveis de potássio sérico devem ser monitorizados.

Pacientes em que o diagnóstico não possa ser firmado ou que apresentem comorbidades metabólicas, hirsutismo grave, sinais de virilização ou níveis de testosterona acima de 2 desvios padrão do valor de referência da dosagem devem ser encaminhadas para serviço especializado em Endocrinologia.

COMPLICAÇÕES

Os estudos que avaliaram o risco de neoplasia em mulheres com SOP apresentam limitações metodológicas significativas.

RISCO DE NEOPLASIA EM MULHERES COM SOP:

O câncer de endométrio se mostrou mais prevalente em mulheres com SOP. Porém o câncer de ovário e de mama não parecem ter essa associação.

RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES COM SOP:

Proporção significativa destas pacientes é resistente à insulina e apresentam maiores concentrações de marcadores inflamatórios, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome metabólica e até mesmo de alterações angiográficas (como calcificação e alterações ecocardiográficas), quando comparadas às mulheres sem diagnóstico de SOP. As mulheres com SOP apresentam prevalências mais altas de fatores de risco para doenças cardiovasculares.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta nº 6, DE 2 DE JULHO DE 2019 e pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal