

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 álcool,

Prática de atividade física regular e

Alimentação saudável

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

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

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Benefícios esperados: Regularização dos ciclos menstruais (já nos primeiros meses de tratamento), diminuição da quantidade, textura e distribuição de pêlos, melhora ou resolução da acne e outras manifestações androgênicas (após pelo menos 6 a 12 meses de tratamento), redução do peso corporal e melhora das alterações metabólicas relacionadas com a resistência insulínica e redução do risco de hiperplasia ou carcinoma de endométrio.

Irregularidade menstrual:
Anticoncepcional hormonal combinado (AHC);
progestágenos.

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

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

Controle metabólico (quando indicado):
Metformina (geralmente associada com
AHC ou com antiandrogênio).



FÁRMACOS E ADMINISTRAÇÃO

Classe e ação farmacológica	Medicamento	Posologia
Anticoncepcionais hormonais combinados - ação sobre irregularidade menstrual, hirsutismo leve e contracepção 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.
Progestogênios - ação 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).
Antiandrogênio - ação sobre hirsutismo moderado à grave e acne e em caso de contraindicação 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 associação ao anticoncepcional oral ou outro método contraceptivo.
Sensibilizador da ação de insulina - melhora sensibilidade à ação da insulina; reduz produção de androgênios (2ª linha). Pode ser associado ao AHC ou ao antiandrogênio ³ .	Metformina: comprimidos de 500/850 mg de liberação 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 liberação rápida. Em caso da metformina de liberação prolongada, utilizar 1.000 mg 1 a 2 vezes ao dia.

1 - Potenciais efeitos adversos metabólicos e eventos tromboembólicos constituem uma preocupação quando a sua prescrição. 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 associação 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

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 espironolactona, 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 para o câncer de ovário e de mama, parece não haver 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.