

R E S U M O
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

O presente trabalho faz a apresentação de um caso de
CENTRO BIOMÉDICO
AMENORRÉIA-GALACTORRÉIA PÓS-PÍLULA, sua des-
crição, exames complementares e os resultados obtidos
após do tratamento com a Bromocriptina, droga
utilizada no tratamento desta síndrome.
de

Centro de Ciências da Saúde - UFSC
CCS - M
BIBLIOTECA

Consta também do trabalho, algumas considera-
ções sobre o anticoncepcional oral ("a pílula").

SÍNDROME AMENORRÉIA-GALACTORRÉIA PÓS-PÍLULA
APRESENTAÇÃO DE UM CASO

MARIA EUGÊNIA X. DE MELO

MARIA DE LOURDES C. FARACO

NEUZA MARIA DE ARAUJO

MEDICINA

Florianópolis, novembro de 1979

desse potencial são pequenos. (16,7)

A maioria dos contraceptivos é derivada dos 19 noresteróides (por não terem carbono na posição 19). O protótipo básico dessa família de esteróides contraceptivos é o noretindrone; dele deriva o noretinodrel, oetinodiol, o norgestrel, o linestrenol, o allilestrenol, etc. (5,17,16,7)

Os agentes progestacionais oriundos da gravida se formam por acetilação do grupo 17-alfa-hidroxil e por hidroxilação do carbono 6 da 17-alfa-hidroxiprogesterona, a partir da qual se originarão a medroxiprogesterona, o megestrol e a clormadinona. (5,17,16). Tem eles acentuada atividade progestacional, porém são pouco eficazes com ovulostáticos, por não possuírem atividade estrogênica. (7)

A maioria dos esteróides contraceptivos, utilizados na prática, se origina das 19-nortestosterona e da acetoxiprogesterona. (7,16). Tais esteróides somente serão eficazes inibidores da ovulação, quando associados aos estrogênios (etinil_estradiol e mestranol) que possuem grande capacidade de inibir a liberação gonadotrófica da hipófise. (16,17)

São três os métodos para o uso dos progestogênios de síntese na prática.

O primeiro é o método combinado, no qual o estrogênio e o progestogênio são ministrados conjuntamente, nas mesmas dosagens diárias, durante 20 dias de cada ciclo menstrual. (7,17)

O segundo é o método sequencial. Nele somente

o estrogênio é administrado do 5º ao 15º dia do ciclo e, depois, se associa o progestogênio, por 7 ou 8 dias consecutivos.

Devido a sua eficácia maior com contraceptivo, o método combinado é o mais usado. (5,7,16,17). Recentemente, surgiram variações desse método. Assim, para diminuir os efeitos adversos coincidentes, na maioria devidos a ação estrogênica, surgiram as pílulas de microdose ou minipílulas, em que as quantidades de estrogênio são muito pequenas.

O terceiro método (mais recente) surgiu com a inclusão de certos radicais farmacológicos na composição da pílula como, por exemplo, o éter-ciclopentil ou o acetofenido, que permitiu o seu emprego uma só vez em cada ciclo menstrual. É a pílula de "um dia por mês". Pertencem também ao terceiro método, os contraceptivos com a inclusão de elevada dose de progestogênios de síntese, em cápsulas de Silastic que são implantadas no tecido subcutâneo do antebraço ou da nádega, permitindo a contracepção por meses ou anos seguidos. (7,16 17)

Ainda está em estudo o tipo de pílula composta essencialmente por derivados de estrogênio em alta dose, que permite ser usada na manhã seguinte do ato sexual. É a chamada "pílula do arrependimento" ou "pílula do dia seguinte". (7)

EFEITOS SOBRE O ORGANISMO

Falaremos resumidamente dos principais efeitos encontrados na mulher durante o uso de um contraceptivo oral do tipo combinado, hoje mais utilizado.

A intensidade dessas ações é variável conforme a estrutura química do produto, a dose, o quadro hormonal da usuária e sua forma de resposta ao mesmo. (4,17 15)

1. Efeito sobre o Eixo Hipotálamo-Hipofisário

Estudos indicaram que um dos mecanismos da inibição da secreção das gonadotrofinas hipofisárias em mulheres com ingestão de contraceptivo oral é a supressão direta da hipófise. Esta supressão por vezes não se faz de maneira efetiva ou seja, consistente, e podem ocorrer frequentes escapes ovulatórios. (11)

2. Efeito sobre os Ovários

Os anticoncepcionais exercem importante ação sobre os ovários. Estes mostram-se menores e o aspecto se assemelha ao observado na gravidez, ou seja, certa inatividade funcional.

Além disso, modificam a resposta ovárica aos estimulantes fisiológicos, o que se comprova pelos baixos teores de esteróides sexuais endógenos encontrados em alguns trabalhos. (11). Perturbam a biossíntese de esteróides sexuais, induzem modificações morfológicas e enzimáticas nas gônadas. (1,11)

Os folículos desenvolvem-se até certo ponto e sofrem atresia, dificilmente conseguindo atingir um es

tado de maturação conivente com a rotura e, assim, ocorrendo frequentemente ausência de corpo lúteo. (1,17)

O uso contínuo e prolongado da pílula não leva ao retardo da menopausa, pois o esgotamento da população folicular ovariana por atresia é constante e inevitável ao longo da vida. (17)

3. Efeitos sobre a Tuba

Na tuba o anticoncepcional leva a um aumento da sua motilidade, dificultando a captação do óvulo pela mesma. (11,3)

4. Efeitos sobre o Endométrio

As transformações sofridas pelo endométrio sob a ação de progestogênios sintéticos não são exatamente iguais aquelas que a progesterona promove e, variam de acordo com a substância utilizada, sua dose, duração do tratamento e porção do endométrio estudadas. (1,11, 17)

Em poucos dias o endométrio adquire aspecto semelhante ao encontrado no 18º a 19º dias do ciclo normal. O desenvolvimento do estroma é rápido, o edema é precoce assim como as alterações pré-decíduais. As glândulas estacionam em seu desenvolvimento, tornam-se de menor calibre, pouco entortilhadas e assoalhadas por epitélio cubóide. Enfim, o que se tem é um verdadeiro assincronismo entre a evolução morfológica das glândulas e a do estroma, mostrando-se o endométrio de aspecto dimorfo. (11). O endométrio adquire então aspecto bizarro tornando-se ambiente impróprio para nida

ção de um eventual ovo.

Torna-se desta maneira, a pílula, não somente um agente que induz a anovulação, mas também um agente microabortivo. (3)

5. Efeitos sobre o Colo Uterino

Sob a ação dos progestágenos de síntese a secreção de muco cervical diminui, tornando-se mais espessa, dificultando então a passagem do espermatozóide por mais esta barreira.

Os trabalhos mostram que estas alterações são precoces, podendo-se encontrar até o 12º dia raros espermatozoides com baixa motilidade, sendo que após este período nenhum é encontrado. (11,17)

6. Efeitos sobre a Vagina

Produzem alterações semelhantes as da progesterona, ou seja, da fase luteínica do ciclo. O esfregaço apresenta então, em sua quase totalidade, descamação de células intermediárias, podendo surgir células superficiais, porém não ultrapassando o índice de 10 a 20%. (17,3)

7. Efeitos sobre a Mama

Não parece haver grandes modificações nestas glândulas. Entretanto, certos autores relatam que há maior desenvolvimento lóbulo-alveolar em intensidade semelhante a observada no final da gravidez. Em alguns casos há mastalgia e turgor mamário, que tendem a diminuir com o uso continuado do contraceptivo oral.

Por outro lado, pacientes que apresentaram tais alterações durante a fase pré-menstrual dos ciclos fisiológicos, relataram melhora destas alterações com o uso dos contraceptivos.

Segundo alguns autores, o conteúdo hipofisário de prolactina é maior, devido provavelmente ao aumento de síntese e liberação periférica. Isto leva a crer que haja diminuição do fator inibidor de prolactina, fato que explicaria ocasionais galactorréias na vigência do tratamento contraceptivo. (1,11,17)

EFEITOS INDESEJÁVEIS

Serão analisados neste sub-ítem os aspectos considerados como reações adversas do anticoncepcional oral.

1. Sintomas de Pseudogravidez ou Lactação

Incluem-se aqui as náuseas, vômitos, cefaléias aumento de volume e da sensibilidade das mamas, fadiga depressão. (16)

2. Efeitos sobre os Ciclos Menstruais

O uso do contraceptivo oral poderá trazer para suas usuárias, quando o teor de estrogênio é baixo, perdas sanguíneas intermenstruais. (11)

Pode ocorrer também Amenorréia-Galactorréia, efeito esse raramente encontrado. Alguns autores interpretam este fato como sendo resultado de uma disfunção hipotálamo-hipofisária. (11,16,17)

3. Anomalias do Feto

Pesquisas recentes demonstraram que fetos expostos a um maior teor de progestágenos apresentam masculinização parcial da genitália externa. (16,17)

Atribui-se também ao uso do contraceptivo oral anormalidades como: ausência de braços, pernas, dedos das mãos e dos pés, além de anormalidades vertebrais, anais, cardíacas, traqueais, esofageanas e retais. (16 11).

4. Efeitos sobre a Coagulação Sanguínea

A incidência de tromboembolismo parece ser maior em pacientes em uso de contraceptivos orais. (11) Dentre os efeitos sobre a coagulação sanguínea podemos citar: enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral trombose venosa de membros inferiores, embolia pulmonar, tromboes arteriais. (4,11)

O estrogênio está sendo responsabilizado pelo aparecimento destes efeitos. Recomenda-se então a diminuição das doses deste nos contraceptivos orais. (4)

Deve-se lembrar que é contra-indicado o uso de contraceptivo oral em mulheres portadoras de história progressiva de tromboembolismo, varizes, etc...

5. Efeitos sobre a Pressão Arterial

A etiologia e o mecanismo da Hipertensão Arterial não estão ainda totalmente esclarecidos. (4,11,16) Admite-se que os hormônios esteróides sexuais atuem direta ou indiretamente, de maneira simultânea, em pontos centrais e periféricos do sistema cardiovascular.

(4,16).

Gavin §, acredita que um aumento considerável da pressão arterial ocorra em menos de 1% das mulheres que usam pílula.

Deve então ser lembrado, que em vigência de hipertensão arterial com anticoncepcional oral, se esta for benigna e assintomática, como na maioria dos casos não haveria necessidade da suspensão do medicamento, porém, se severa e sintomática, impõe-se uma orientação médica cuidadosa e a retirada, se necessário, do anticoncepcional oral. (11,16,17)

6. Diabetes

Em 1960, constatou-se que 15 a 40% das usuárias de anticoncepcionais orais, apresentavam alterações na tolerância à glicose e no metabolismo da insulina, criando-se então o temor do aparecimento de um "diabetes esteróide". (11)

Posteriormente, porém, foi demonstrado que, além da reversibilidade desses fenômenos, estes foram encontrados mais frequentemente em pacientes que possuíam diabetes pré-clínico, antecedentes familiares de diabetes ou nas portadoras de obesidade. (16)

7. Doenças Hepatobiliares

Os anticoncepcionais orais, à semelhança da gravidez ou do uso de corticoesteróides e esteróides anabólicos, favorecem a icterícia colestática, principalmente em mulheres com história pregressa da doença ou que apresentaram prurido gravídico; entretanto, es-

§ Citado por 17.

sas alterações são benignas e reversíveis. (16,17)

Há também provável relação entre o anovulatório oral e uma maior incidência de colecistite e colelitíase. (16,17)

8. Infarte do Miocárdio

Estatísticas recentes sugoem um aumento de incidência de acidentes coronarianos em pacientes sob uso de anovulatório oral, quando estas possuem mais de 40 anos de idade. Porém, a existência de outros fatores pré-disponentes como hipertensão arterial, stress, fumo, estado prévio das coronárias, devem ser observados sendo consequentemente difícil responsabilizar exclusivamente a pílula pelo surgimento de tais patologias.(11)

9. Infecção Urinária e Corrimento Vaginal

A possibilidade de uma infecção urinária estar relacionada com o uso de anticoncepcional oral é de 25 a 50%, sendo que o corrimento vaginal é exacerbado em 50% dos casos; porém, a maior frequência do coito em mulheres pelo anovulatório oral deve ser lembrado como um outro elemento determinante. (11,17,16)

Por outro lado, as cervicites tendem a ocorrer mais nas usuárias do anticoncepcional oral com doses elevadas de progestágeno. (16)

10. Doenças da Pele

Observou-se que o uso do anticoncepcional oral pode influir nas seguintes doenças dermatológicas: fotossensibilidade, rosácea, eczema, cloasma, condicionando maior incidência nas pacientes que fazem uso desse

medicamento. (16,17)

11. Alterações Oculares

São descritas manifestações oculares como perda da visão, hemorragias retinianas, edema da retina, edema de córnea, opacificações corneanas, alterações neuro-oculares, lesões vasculares, neurite ótica, catarata; porém, ainda não está provado que os esteróides sexuais possuam qualquer ação sobre as estruturas oculares. (16,11)

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SÍNDROME AMENORRÉIA-GALACTORRÉIA PÓS-PÍLULA

A amenorréia após anticoncepção hormonal foi, pela primeira vez, referida por Shearman, em 1966. (4, 15).

Esta entidade é complicação que, incidindo em 2% das pacientes, pode assumir caracteres clínicos importantes. (15,19)

As principais observações com referência a coexistência da galactorréia com a amenorréia, datam do século passado, iniciando-se em 1855 com a descrição de casos de lactação persistente pós-parto com atrofia ovariana, por Chiari, Braun e Spaeth, desde então conhecida como Síndrome de Chiari-Frommel, caracterizada por amenorréia pós-parto, lactação persistente e atrofia útero-ovariana, sem evidência de tumor hipofisário (4).

Após o advento das dosagens hormonais, foi de-

monstrada excreção diminuída de hormônio folículo_estimulante (FSH) na urina e esfregaço atrófico de vagina (15,19).

Já a partir de 1930, foram descritas algumas observações sobre a participação direta da hipófise na gênese da Síndrome Amenorréia-Galactorréia, na dependência de tumores endosselares - Síndrome de Forbes - Albright. (4,19)

Uma outra síndrome foi particularizada a partir de 1932, por Argons e del Castillo, quando então foi salientada a associação de amenorréia e galactorréia em mulheres nulíparas com a diminuição da excreção urinária de gonadotrofinas e insuficiência estrogênica. (4,12). Em sua etiopatogenia, não havia qualquer indicio de patologia tumoral hipotalâmica ou hipofisária . (15,19).

Nos últimos anos, a Síndrome Amenorréia-Galactorréia ganhou novo interesse com inúmeras publicações a respeito, em vista do melhor conhecimento sobre a fisiologia normal e patológica da lactação e menstruação e a introdução na clínica da dosagem hormonal por radioimunoensaio.

Com o uso propagado da contracepção oral, uma nova entidade surgiu dentro do quadro das amenorréias-galactorréias, a "Amenorréia-Galactorréia pós-pílula", uma variante farmacológica dos processos hipotálamo - hipofisários não tumorais, observada em mulheres que, após o uso de anticoncepcionais, quando o suspendem, acusam amenorréia, não ovulam e apresentam galactorréia.

(18).

O mecanismo desta Síndrome Amenorréia-Galactorréia seria o mesmo admitido nas síndromes de Chiari Frommel e Ahumada-Argons-del Castillo, ou seja, desconexão do eixo hipotálamo-hipofisário. (4,15,19)

Acredita-se que os esteróides anticoncepcionais suprimam a secreção dos fatores de liberação e inibição hipotalâmica e, particularmente, o fator de liberação do LH. Isto foi provado por Schally et al.[§], que induziu a ovulação administrando o fator de liberação do LH nos animais em terapia anticoncepcional de esteróides.

Sugere-se que as combinações estrogênio-progestágenos tenham criado a disfunção hipotálamo-hipofisária ou que tenham piorado uma disfunção previamente não conhecida. (1,4)

O aparecimento desta síndrome independe do tipo de anticoncepcional oral, podendo este ser combinado ou sequencial e, não se verifica em pacientes que tomam o medicamento por menos de três meses e é mais comum após dois anos de uso. (1,4,19)

Verificou-se também que pacientes que são portadoras de distúrbios menstruais prévios, sejam mais susceptíveis ao acometimento por esta síndrome. (15)

É conveniente também relatar que alguns autores referem no seu trabalho uma estreita relação entre mulheres que possuam distúrbios psicológicos, ansiedade, ou que estejam vivendo situações estressantes, que sejam mais facilmente acometidas pela Síndrome

§ Citado por 1.

Amenorréia-Galactorréia Pós-Pílula. (19)

Em 1970, a primeira descrição de amenorréia e galactorréia em mulheres que haviam usado pílulas anticoncepcionais foi feita por *Shaw e colaboradores*. Desde então, este quadro clínico tem sido descrito em numerosos casos.

Em 1971, *Shaw e colaboradores* descreveram o primeiro caso de amenorréia e galactorréia em uma mulher que havia usado pílulas anticoncepcionais. Desde então, este quadro clínico tem sido descrito em numerosos casos.

Este quadro clínico é caracterizado por amenorréia e galactorréia em mulheres que haviam usado pílulas anticoncepcionais. Desde então, este quadro clínico tem sido descrito em numerosos casos.

M A T E R I A I S E M É T O D O S

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Identificação: M.S.S., 27 anos, sexo feminino, branca, casada, professora, natural de Florianópolis.

Queixa Principal: Atraso de menstruação.

História da Doença Atual: Paciente apresentando quadro de amenorréia desde há cerca de 8 meses, logo após a interrupção do uso de anovulatório oral, do qual utilizava-se já por período de 9 meses.

Antecedentes Ginecológicos: Menarca aos 13 anos de idade, menstruações posteriores regulares, com tipo menstrual de 27 a 29 dias por período de 4 dias, com volume e coloração dentro dos padrões da normalidade. Relata a data da última menstruação em 23 de janeiro de 1978. Apresentou uma gesta e uma pára, sendo este parto por via vaginal, sendo que a criança ao nascer possuía peso de 3.380 g, era do sexo masculino, e, fou amamentado com leite materno por cerca de 30 dias.

O meio anticoncepcional utilizado era o anovulatório oral; possuía libido e orgasmo normais, negava dispareunia ou sinusorragia.

Relata haver realizado tratamento anterior para leucorreia.

Exame Clínico:

Geral: Biotipo normolíneo, nutrição boa, mucosas úmidas

e coradas, afebril, hidratada, pele com elasticidade e umidade preservadas, subcutâneo com turgor conservado; gânglios impalpáveis.

Segmentar:

Crânio - sem particularidades.

Pescoço - sem particularidades.

Tórax - simétrico, com ausência de cicatrizes, de -
formidades ou abaulamentos.

Ausculta Pulmonar - Murmúrio Vesicular presente ,
ausência de ruídos adventícios.

Ausculta Cardíaca - Bulhas rítmicas normofonéticas

Abdomen - plano, simétrico, com ruídos hidroaéreos'
presentes, com ausência de massas ou vísceras palpá -
veis.

Membros Superiores - sem particularidades.

Membros Inferiores - ausência de varizes ou edema.

Exame Ginecológico:

Mamas: Inspeção Estática - simétricas, de médio volume
com pele, subcutâneo, aréola e papilas sem par-
ticularidades.

Inspeção Dinâmica - sem particularidades.

Palpação - com tecido celular subcutâneo, parên-
quima mamário sem particularidades, ausência de
nódulos; à expressão papilar presença de descar-
ga láctea em quantidade regular, bilateralmente

Genitais Externos - pilificação normal para sexo e ida

de; com vulva, de conformação feminina, com grandes e pequenos lábios, clítoris, uretra, glândulas, sem particularidades.

Genitais Internos -

Vagina - de amplitude, rugosidade, umidade e elasticidade normais.

Colo - de tamanho normal, esférico, de consistência fibroelástica, indolor, epitelizado, com orifício cervical externo em fenda, impermeável.

Corpo Uterino - útero de tamanho, forma, consistência, superfície, sensibilidade e mobilidade normais, com posição em anteversoflexão.

Anexos - impalpáveis.

Paramétrios - livres.

Fundos de Saco - livres.

Exames Complementares solicitados:

Radiografia de sela turca = normal

Campimetria = normal

Gravindex = negativo

Prolactina = 104 mg% .

R E S U L T A D O

Antes do tratamento, a paciente apresentava níveis elevados de prolactina. Durante o tratamento, com o uso do contraceptivo oral, devido a essa paciente foi submetida a tratamento pela droga Bromoergocriptina, durante um período de 41 dias, numa dose de 5 mg diárias (fracionadas em duas tomadas: uma anticoncepcional), pode produzir a secreção leiteira. Com 41 dias de tratamento obtivemos como resultado o aparecimento de fluxo menstrual de características normais (1).

Pelo acompanhamento da paciente, observou-se que os ciclos subsequentes foram normais, rítmicos, com o mesmo padrão dos anteriores ao uso do contraceptivo oral.

A galactorrêia tornou-se ausente após 60 dias do início do tratamento com Parlodel (Bromoergocriptina).

Em torno de 90 dias de tratamento, fez-se nova avaliação dos níveis sanguíneos de prolactina e estes haviam reduzido acentuadamente (18 mg %), o que se verificou também nos trabalhos feitos por H.A. Zacur e colaboradores, que relata que a administração de FSH leva ao rápido declínio da prolactina.

A partir da dosagem hormonal através de radioimunoensaio pode-se observar que, nas síndromes amenorréia-galactorrêias, os níveis de prolactina encontram-se elevados; desde então, o tratamento desta síndrome visa diminuir os níveis deste hormônio, para que retornem novamente a quantidades normais. (4,19,2)

A prolactina, um polipeptídeo secretado na hi-

lina, que inibe a produção fisiológica da prolactina (PIF). Origina-se na região médio-basal do hipotálamo e age via sistema venoso porta sobre o lobo anterior da hipófise, onde inibe as células produtoras de PRL (prolactina). (13)

Administra-se até 4 vezes 500 mg de L-Dopa por dia (Turkington)[§], Incomodam os efeitos secundários desagradáveis e o curto efeito da medicação que não ultrapassa o período de 6 horas. (2).

Piridoxina, na dose diária de 200 a 600 mg , abaixa os níveis de prolactina, melhorando os quadros clínicos decorrentes. (2,19)

E, finalmente, a Bromoergocriptina (2-bromo - alfa-ergocriptina) aplicada em doses de 2,5 mg, baixa os níveis de PRL durante 8 a 12 horas, agindo diretamente sobre as células secretoras de prolactina no lobo anterior da hipófise. (2,13). O seu efeito nas galactorréias está amplamente comprovado, mesmo quando a origem for tumoral. (2)

As doses costumeiras são de 1,25 até 2,5 mg , distribuídas em 3 a 4 tomadas ao dia. A dose necessária depende do processo em causa, sendo que nos processos funcionais os resultados alcançam 95% dos casos

Os efeitos secundários dependem da ação agonista em relação aos receptores dopamínicos: enjoos , tonturas, hipotermias ortostáticas e eventualmente colapsos. (10)

Em nosso caso tivemos também a ocorrência de efeitos colaterais, como relata a literatura; surgiram

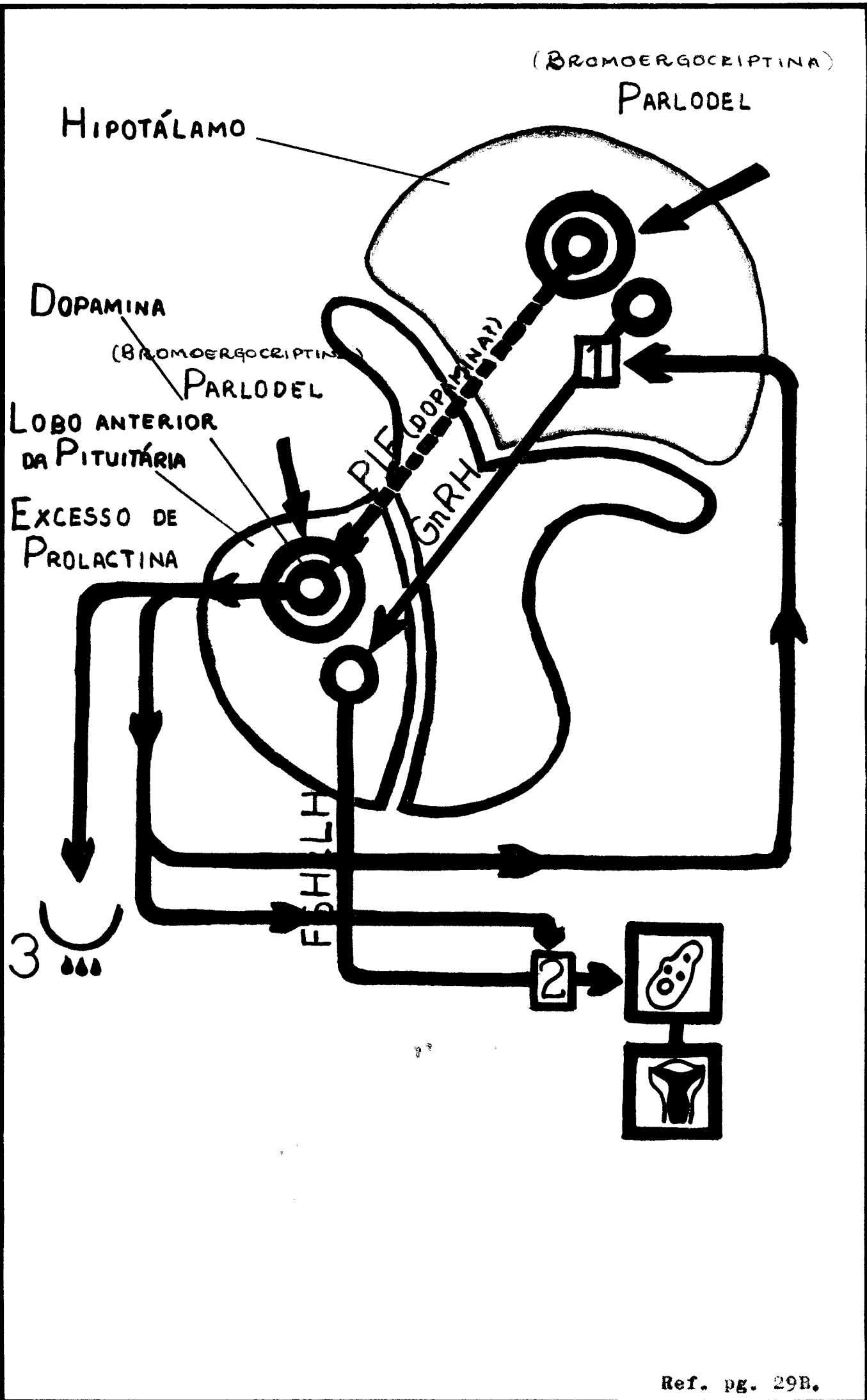
§ Citado por 10.

náuseas e vômitos, que foram controlados com o fracionamento da dose da Bromoergocriptina.

A Bromoergocriptina, segundo alguns autores , não parece interferir em outros sistemas endócrinos , nem foi constatada ação teratogênica durante a gravidez. (10)

H.A.Zacur e colaboradores, ⁽¹⁹⁾relata que a básica personalidade do paciente não se modifica com o tratamento através da Bromoergocriptina. Verificou também ' que a elevação da prolactina não está associada com a mudança aguda na personalidade e temperamento, assim \varnothing estabeleceu-se que a hiperprolactinemia não tem efeitos agudos na função psicológica. (2,19)

Herzerht, em seu trabalho publicado em 1973 , (American Journal) diz ter chegado a conclusão de ' que a Bromoergocriptina (Parlodel), tem uma indicação efetiva no bloqueio sérico de níveis elevados da prolactina em pacientes com amenorréia, com ou sem galactoréia, e em certos casos de disfunção menstrual, para indução da ovulação e, restabelecimento de ciclos menstruais normais. (2,13)



EXPLICAÇÕES DO DIAGRAMA (pg. 29A)

A secreção de prolactina é regulada por um com
plexo mecanismo de "Feed-Back" hormonal e neuronal, mediado
por Dopamina e / ou por fator inibidor de Prolactina
(PIF) para o Hipotálamo.

Um excesso de Prolactina causa Amenorréia por'
dois caminhos (de acordo com o diagrama):

1. Interfirindo na secreção dos hormônios li-
beradores gonadotrópicos (GnRH), assim previnindo a
secreção do hormônio luteinizante (LH) e hormônio fo-
liculo-estimulante (FSH), ou-

2. Bloqueando a ação do LH e FSH a nível go-
nadal.

O excesso de prolactina leva também a estimulação
direta das glândulas mamárias, resultando em galactor
réia (de acordo com item 3 no diagrama).

irregularidade do ciclo menstrual.

1. O trabalho nos mostrou que o anticoncepcional oral é um dos métodos largamente utilizados pela população feminina.
2. A Síndrome Amenorréia-Galactorréia é pouco frequente - dentre os efeitos colaterais que a ingestão de contraceptivo oral pode causar, a Síndrome Amenorréia-Galactorréia é raramente encontrada.
3. Ocorrência de bloqueio Hipotálamo-Hipofisário pelo uso de contraceptivo oral - na maioria dos trabalhos revisados, os autores explicam o aparecimento de Amenorréia-Galactorréia como resultado de bloqueio prolongado do setor Hipotálamo-Hipofisário por estrógenos e progestágenos.
4. Alterações Psicológicas estão frequentemente relacionadas com o aparecimento da Síndrome Amenorréia-Galactorréia - os trabalhos feitos por H.A. Zacur muito bem demonstraram isto, pois observou que a maioria das pacientes que desenvolviam amenorréia-galactorréia pós-pílula possuía anteriormente ao uso da pílula, graus variados de alterações psicológicas.
5. Notou-se também uma maior probabilidade de Síndrome Amenorréia-Galactorréia em mulheres portadoras de

B I B L I O G R A F I A

1. ARRATA, W.S.M. et al. - A Síndrome Amenorréia-Galactorréia resultante de contraceptivo oral - Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia, 3:157, jun 1978.
2. BALAMO, A.R. et al. - Bromocriptina no Tratamento da Amenorréia e Hiperprolactinemia - Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia, 10:216, ago 1979.
3. BASTOS, A.C. - Níveis de Ação dos Anticoncepcionais Femina, 6:534, jul 1978.
4. BERGER, G.S. et al - Oral Contraceptive Potencies and Side Effects - Obstetrics and Gynecology, 51:545, may 1978.
5. CARVALHO, W.D.P. de - Avaliação Crítica dos Progestágenos de Síntese - Ars Cyrandi, 11:76, set 1978.
6. CECIL-LOEB et al. - Tratado de Medicina Interna, 2:2099, Editora Interamericana, 14ª Edição, 1977.
7. CHANG, M.C. - Development of the Oral Contraceptives Am. J. Obstet. Gynecol., 132:217, sept 1978.
8. FABRE, M.J. et al - Métodos Anticoncepcionais utilizados por 100 mulheres do Bairro Bela Vista - São José - S.C. - A.C.M., 7:69, jun 1978.

16. SILVA, G. R. et al. - Alguns Aspectos Farmacologicos e Clínicos dos Anticoncepcionais Esteroides Orais ' ("A Pílula"). - J. Bras. Ginec. , 186:265, nov 1978.
17. SOUCASAU, N. - Anticoncepcionais Orais - Aspectos Controvertidos - J. Bras. Ginec., 187 : 273 , maio 1978.
18. TYSON, J. E. et al.- Disfunção Neuroendocrina em Amenorréia - Galactorréia após uso de Contraceptivo Oral - Sinopse de Ginecologia e Obstetricia , 17 : 378, fev 1979.
19. ZACUR , A. H. et al. - Galactorrhea - Amenorrhea : Psychological interaction With Neuroendocrine function - Am. J. Obstet. Gynecol., 125 : 473, jul 1976.

Í N D I C E

R E S U M O	1
I N T R O D U Ç Ã O	2
HISTÓRICO	2
FARMACOLOGIA DA PÍLULA	6
EFEITOS SOBRE O ORGANISMO	10
EFEITOS INDESEJÁVEIS	13
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SÍNDROME AMENORRÉIA-GALACTORRÉIA PÓS-PÍLULA	17
O B J E T I V O S	21
M A T E R I A L E M É T O D O S	22
R E S U L T A D O	25
C O M E N T Á R I O S	27
C O N C L U S Ã O	30
A B S T R A C T	32
B I B L I O G R A F I A	35

**TCC
UFSC
TO
0107**

N.Cham. TCC UFSC TO 0107

Autor: Melo, Maria Eugêni

Título: Síndrome Amenorréia-Galactorréia



972802147

Ac. 254242

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM