

Síndrome dos ovários policísticos na adolescente

Critérios diagnósticos próprios da adolescência, por que não pedir ultrassom nem AMH, exames de exclusão, rastreio metabólico e emocional, tratamento no consultório e o novo nome PMOS (2026)

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP/ADA/ISPAD, NICE (Oxford e Cambridge), AEP, SIP, Harvard e Johns Hopkins · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum da mulher jovem, mas na adolescência é **fácil de superdiagnosticar**: ciclos irregulares, acne e ovários multifolículos são comuns na maturação normal. Pela **diretriz internacional de 2023**, a adolescente precisa ter **os dois critérios**: **ciclos irregulares** definidos pelo tempo desde a menarca (**de 1 a 3 anos após a menarca: < 21 ou > 45 dias**; após 3 anos: < 21 ou > 35 dias ou < 8 ciclos/ano; qualquer ciclo > 90 dias após o 1º ano; amenorreia primária aos 15 anos ou > 3 anos após a telarca) e **hiperandrogenismo** clínico (hirsutismo, acne grave) ou laboratorial (testosterona). **Ultrassom e hormônio antimülleriano (AMH) não são recomendados nos primeiros 8 anos após a menarca** (FEBRASGO 2025 e SBEM concordam). Quem tem sinais sem fechar critérios é classificada como **"em risco"** e reavaliada. Antes de rotular, excluir gravidez, doença da tireoide, hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal não clássica. O pediatra trata a maioria (●): estilo de vida, contraceptivo combinado com 20–30 µg de etinilestradiol e metformina quando indicada, com rastreio de glicemia, lipídios, pressão, depressão e transtornos alimentares. **Virilização rápida (clitoromegalia, voz grave, calvície) ou testosterona muito elevada sugerem tumor e exigem avaliação urgente (●)**. Em 2026 foi proposto o novo nome **PMOS**.

1. O que é e como se apresenta

Definição: distúrbio endócrino-metabólico heterogêneo, com **disfunção ovulatória**, **hiperandrogenismo** e, com frequência, **resistência à insulina**, de forte componente genético, agravado pelo excesso de peso — mas presente também em adolescentes magras.

Novo nome (maio de 2026): um consenso global com mais de 50 organizações, publicado no *Lancet* e divulgado pela Endocrine Society, propôs **"polyendocrine metabolic ovarian syndrome" (PMOS)**, porque não há aumento de cistos ovarianos anormais na condição e o nome antigo desviava a atenção dos componentes metabólicos. Está prevista **transição de 3 anos**, com implantação plena na atualização da diretriz internacional de 2028. Até esta revisão não há tradução oficial em português; neste documento mantém-se "SOP", como nos protocolos brasileiros vigentes. Não houve mudança dos critérios diagnósticos.

Por que a adolescência é diferente

- Nos primeiros anos após a menarca, a **anovulação fisiológica** causa ciclos irregulares.
- Acne** leve a moderada é quase universal na puberdade; a diretriz considera apenas acne **grave** como sinal de hiperandrogenismo.
- Os ovários da adolescente são maiores e **multifolículos** — a morfologia "policística" ao ultrassom é comum e não define doença.
- Há risco de rótulo precoce, de exames desnecessários e de impacto emocional; há também risco de **não reconhecer** a síndrome e suas comorbidades.

Quadro clínico

- Ciclos longos, espaniomenorreia, amenorreia secundária ou sangramento uterino anormal (após longos períodos sem menstruar, sangramento intenso por anovulação).
- **Hirsutismo** (pelos terminais em padrão masculino: buço, queixo, linha média abdominal, tórax, dorso), acne moderada a grave e persistente, alopecia androgênica.
- **Acantose nigricans** (resistência insulínica), ganho de peso central; às vezes ronco e sonolência diurna.
- Sofrimento com a imagem corporal, sintomas depressivos e ansiosos, comportamento alimentar alterado.
- História frequente de **adrenarca precoce**, nascimento pequeno para a idade gestacional, obesidade e diabetes tipo 2 na família.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Adolescente "em risco" (sinais sem critérios completos) ou com SOP pelos critérios da adolescência; hirsutismo leve a moderado; sem alteração metabólica importante; exames de exclusão normais	Seguimento pelo pediatra: estilo de vida, contraceptivo combinado se indicado, rastreio metabólico e emocional; reavaliação a cada 3–6 meses
 Moderada	Dúvida diagnóstica; hirsutismo intenso ou sem resposta a 6 meses de tratamento; pré-diabetes , dislipidemia, hipertensão, esteatose (ALT elevada), obesidade grave; amenorreia persistente; 17-OH-progesterona elevada; prolactina ou TSH alterados; contraindicação ao contraceptivo; sofrimento psíquico relevante	Encaminhamento eletivo-prioritário (4–8 semanas) à endocrinologia pediátrica ou ginecologia da infância e adolescência; saúde mental conforme o caso
 Grave	Virilização rápida (clitoromegalia, voz grave, aumento de massa muscular, calvície frontal) ou início abrupto e progressivo de hirsutismo; testosterona muito elevada; massa abdominal ou pélvica; sinais de Cushing (estrias violáceas, hipertensão, fraqueza proximal); sangramento uterino intenso com anemia ou instabilidade; hiperglicemia com cetose ou sintomática; transtorno alimentar com instabilidade clínica; ideação suicida	Avaliação urgente: pronto-socorro/hospital ou especialista no mesmo dia, conforme o quadro

Fatores de risco e contextos que elevam a gravidade

- Obesidade (sobretudo grave), acantose, diabetes tipo 2 ou SOP na família.
- Nascimento pequeno para a idade gestacional; adrenarca precoce.
- Uso de medicamentos que alteram peso e ciclo (antipsicóticos, valproato).
- Tabagismo, enxaqueca com aura, trombofilia ou trombose na família (limitam o contraceptivo combinado).
- Depressão, ansiedade, transtorno alimentar, bullying.

3. Diagnóstico no consultório

Critérios na adolescência (diretriz internacional 2023; FEBRASGO 2025; SBEM) — é preciso ter os dois:

1. **Ciclos irregulares**, definidos pelo tempo desde a menarca:

- No 1º ano após a menarca: irregularidade é **normal** (faz parte da transição puberal).
- De > 1 a < 3 anos após a menarca: ciclos **< 21 ou > 45 dias**.
- De > 3 anos após a menarca: ciclos **< 21 ou > 35 dias**, ou **< 8 ciclos por ano**.
- Após o 1º ano: **qualquer ciclo > 90 dias**.
- **Amenorreia primária** aos 15 anos ou > 3 anos após a telarca.

2. **Hiperandrogenismo**:

- **Clínico**: hirsutismo pela escala de **Ferriman-Gallwey modificada $\geq 4-6$** , conforme a etnia (a SIEDP usa ≥ 6 em brancas e ≥ 8 em negras); acne **grave**; alopecia androgênica.
- **Laboratorial**: **testosterona total e livre** (ou índice de androgênio livre), idealmente por espectrometria de massas (LC-MS/MS); evitar testosterona livre por imunoensaio direto. Se testosterona normal com clínica sugestiva, **androstenediona e SDHEA**.

Não pedir para o diagnóstico: ultrassom pélvico e AMH nos primeiros **8 anos após a menarca** (diretriz 2023; FEBRASGO 2025; SBEM-SP). Ultrassom só se houver outra indicação (massa, dor, suspeita de tumor, amenorreia primária para avaliar útero).

Adolescente "em risco": sinais de SOP sem critérios completos (por exemplo, hiperandrogenismo com ciclos ainda dentro do esperado para o tempo de menarca) — pode ser tratada pelos sintomas, com **reavaliação até, no máximo, 8 anos após a menarca**.

Exames de exclusão (colher de preferência na fase folicular inicial ou em amenorreia, fora de contraceptivo hormonal)

- **β -hCG** (sempre, diante de atraso menstrual).
- **TSH e prolactina**.
- **17-OH-progesterona** basal (hiperplasia adrenal congênita não clássica).
- **FSH, LH e estradiol** se amenorreia (insuficiência ovariana, hipogonadismo, amenorreia hipotalâmica por baixo peso, exercício ou transtorno alimentar).
- Se sinais de Cushing: cortisol salivar noturno ou urinário, pelo especialista.
- **Testosterona muito elevada ou SDHEA muito elevado**, com virilização: **tumor ovariano ou adrenal** — imagem e especialista com urgência.

Rastreio de comorbidades ao diagnóstico (diretriz 2023)

- **Glicemia**: avaliar em **todas** ao diagnóstico; o **TOTG 75 g** é o teste mais preciso (glicemia de jejum e HbA1c são alternativas menos sensíveis); repetir conforme risco.
- **Pressão arterial** anual; **perfil lipídico** basal; peso, IMC e circunferência abdominal.
- **ALT** (esteatose associada à disfunção metabólica), sobretudo com obesidade.

- **Depressão e ansiedade** (instrumentos validados) e **transtornos alimentares**, independentemente do peso.
- Ronco, pausas respiratórias e sonolência diurna (apneia obstrutiva do sono).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Gravidez.**
- **Tumor secretor de androgênio** (ovário, adrenal): virilização rápida.
- **Hiperplasia adrenal congênita não clássica.**
- **Síndrome de Cushing**, hipotireoidismo, hiperprolactinemia (prolactinoma, medicamentos).
- **Amenorreia hipotalâmica** (anorexia nervosa, exercício intenso, estresse) e insuficiência ovariana prematura.
- Uso de esteroides anabolizantes ou medicamentos androgênicos.

4. Tratamento e seguimento

O tratamento é **dirigido aos sintomas e às prioridades da adolescente** (ciclos, pelos, acne, peso, contracepção), decidido junto com ela e a família.

Medidas de base (todas)

- **Estilo de vida** sem culpa e sem estigma: alimentação saudável, sono, redução de telas, e **pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa**, com fortalecimento muscular e ósseo 3 vezes por semana (diretriz 2023). Há benefício mesmo sem perda de peso; em quem tem excesso de peso, perdas modestas já melhoram ciclos e metabolismo.
- Tratamento cosmético do hirsutismo (depilação a laser ou outros métodos) e cuidado da acne (ver "Acne").
- Apoio emocional; atenção a transtornos alimentares durante intervenções de peso.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Contraceptivo oral combinado	Etinilestradiol 20–30 µg ou equivalente (diretriz 2023); FEBRASGO: ≤ 30 µg	1x/dia, esquema contínuo ou cíclico	Ao menos 6 meses para avaliar hirsutismo (acne melhora em 1–3 meses; pelos em 6–9 meses)	1ª linha para ciclos irregulares e hirsutismo, na adolescente com diagnóstico ou "em risco". Não há progestagênio preferencial (diretriz 2023). Checar enxaqueca com aura, trombose/trombofilia, hipertensão, tabagismo
Metformina	Dose inicial baixa com aumento gradual (Pediatria Integral: 425 mg 2x/dia); máximo 2 g/dia na adolescente (diretriz 2023)	1–2x/dia, com refeições	Enquanto houver benefício	Considerar em adolescentes com SOP ou "em risco" para regular ciclos e sobretudo com excesso de peso ou alteração glicêmica; evidência limitada. Uso fora da bula (bula: diabetes tipo 2 a partir de 10 anos). Efeitos gastrointestinais; vitamina B12 no uso prolongado
Antiandrogênio (espironolactona)	A critério do especialista (Pediatria Integral: 25 mg/dia, até 200 mg/dia)	1x/dia	—	Só com contracepção eficaz (risco de malformação genital de feto masculino); em geral associado ao contraceptivo quando a resposta do hirsutismo é insuficiente
Progestagênio cíclico	Conforme ginecologia/especialista	Cíclico, conforme o especialista	—	Proteção endometrial quando o contraceptivo combinado é contraindicado ou recusado

O que não fazer

- Diagnosticar SOP por **ultrassom** ou por **AMH** na adolescente, ou no 1º ano após a menarca por ciclos irregulares.
- Iniciar contraceptivo **antes** de colher os exames de exclusão (altera testosterona, SHBG e 17-OHP).
- Espironolactona sem contracepção.
- Dietas muito restritivas, "detox" ou suplementos para "tratar a SOP".
- Rotular a adolescente de "infértil" — a fertilidade costuma estar preservada, com tratamento quando desejada na vida adulta.

Seguimento

- Reavaliação a cada 3–6 meses no início: ciclos, hirsutismo (escala), acne, peso, pressão, humor.
- Glicemia/TOTG e lipídios conforme risco (anualmente na obesidade ou alteração prévia).
- Rever o diagnóstico da adolescente "em risco" até **8 anos após a menarca**.
- Transição para a ginecologia/endocrinologia de adultos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Sangramento uterino intenso** (encharca absorventes em pouco tempo, coágulos grandes) com palidez, taquicardia, tontura ou hipotensão.
- **Virilização rápida**, massa abdominal ou pélvica palpável, dor pélvica aguda (torção ou tumor).
- **Hiperglicemia sintomática** (poliúria, polidipsia, perda de peso), cetose, vômitos ou desidratação.
- **Transtorno alimentar** com bradicardia, hipotensão, hipotermia ou distúrbio eletrolítico.
- **Ideação suicida** ou autolesão.
- Suspeita de **trombose** em uso de contraceptivo (dor e edema de panturrilha, dor torácica, dispneia, cefaleia intensa súbita, déficit neurológico).
- Nos demais casos (🟡), encaminhamento ambulatorial à endocrinologia pediátrica ou ginecologia da infância e adolescência.

Como encaminhar

1. Sangramento intenso: sinais vitais, acesso venoso e SF 0,9% 20 mL/kg se instabilidade; hemograma e β -hCG; contato com o serviço de ginecologia.
2. Hiperglicemia: glicemia capilar e fita urinária (glicose e cetonas) no consultório; não aguardar exames ambulatoriais.
3. Risco de suicídio: não deixar a adolescente sozinha, acionar a família e o serviço de emergência psiquiátrica.
4. Suspeita de trombose: suspender o contraceptivo e encaminhar imediatamente.
5. Relatório com curva de peso e estatura, pressão arterial, escala de hirsutismo, datas das menstruações e exames já realizados.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Nos primeiros anos depois da primeira menstruação, é normal o ciclo ser irregular. Vamos acompanhar antes de dar um diagnóstico definitivo."
- "Ovário 'com microcistos' no ultrassom da adolescente é comum e não é doença."
- "Síndrome dos ovários policísticos não é culpa de ninguém; é uma condição hormonal e metabólica que tem tratamento. Atividade física e alimentação saudável ajudam mesmo sem emagrecer."
- "O anticoncepcional regula o ciclo e melhora pelos e acne, mas os pelos levam 6 meses ou mais para melhorar. Tome todos os dias no mesmo horário."
- "Com SOP, a fertilidade costuma estar preservada — e o anticoncepcional não prejudica gestações futuras."
- Anotar as datas das menstruações (calendário ou aplicativo) e trazer no retorno.
- Voltar antes se: mais de 3 meses sem menstruar, sangramento muito prolongado, pelos aumentando rápido, tristeza persistente, vômitos para emagrecer ou restrição alimentar.

- **Pronto-socorro se:** sangramento intenso com tontura ou desmaio, dor na barriga forte, dor e inchaço na perna ou falta de ar em uso de anticoncepcional, pensamentos de morte.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS / SBEM (FEBRASGO)	AAP / PES / ENDOCRINE SOCIETY	NICE (OXFORD / CAMBRIDGE)	AEP	SIP / SIEDP	HARVARD / JOHNS HOPKINS
Critérios na adolescente	FEBRASGO 2025: anovulação crônica + hiperandrogenismo; SBEM-SP: irregularidade (> 45 dias), hirsutismo e testosterona elevada; sem documento específico da SBP localizado	Pediatrics 2020: ciclos irregulares + hiperandrogenismo; diagnóstico definitivo só ≥ 2 anos após a menarca; sem diretriz AAP própria	Sem diretriz NICE específica localizada (página CKS inacessível); segue o NICE	Pediatria Integral (SEPEAP) 2020: adiar o diagnóstico até ≥ 3 anos após a menarca	Não fazer diagnóstico definitivo na adolescente; tratar componentes	JH: página geral de adultos, sem recomendação para adolescentes; Harvard: página inacessível
Ultrassom	Não usar; rever após 8 anos da menarca	Não recomendado na adolescente	—	Volume ovariano ≥ 12 mL "sugere", mas dispensável	Ainda lista morfologia (≥ 12 folículos ou volume > 10 mL)	JH cita ultrassom no diagnóstico (adultas)
Hirsutismo	Ferriman-Gallwey	mFG	—	—	mFG ≥ 6 (brancas), ≥ 8 (negras)	—
1ª linha	Contraceptivo com ≤ 30 µg de etinilestradiol	Contraceptivo combinado	Etinilestradiol + ciproterona considerado (ver "Acne")	Contraceptivo combinado	Contraceptivo com progestagênio antiandrogênico (drospirenona na obesa)	Contraceptivo, metformina, estilo de vida
Metformina	500–2.800 mg/dia (FEBRASGO, adultas); fora da bula na adolescente	Para disfunção metabólica	—	425 mg 2x/dia, progressiva	—	Citada para resistência insulínica
Nome	SOP	PMOS proposto (Endocrine Society, 2026)	Society for Endocrinology anuncia PMOS	—	—	JH já usa "PMOS"

Leitura: a diretriz internacional de 2023, a FEBRASGO (2025), a SBEM e a revisão publicada na *Pediatrics* (2020) convergem no essencial: na adolescente, o diagnóstico exige **disfunção ovulatória definida pelo tempo desde a menarca e hiperandrogenismo, sem ultrassom e sem AMH até 8**

anos após a menarca, com exclusão de gravidez, tireoide, prolactina e hiperplasia adrenal não clássica, rastreio metabólico e emocional e contraceptivo combinado de baixa dose como primeira linha. As divergências são de **momento** (a revisão da *Pediatrics* aguarda 2 anos após a menarca e a SEPEAP, 3 anos; a diretriz 2023 aceita ciclos > 45 dias já a partir do 2º ano) e de **atualização**: a página da SIEDP e a revisão da SEPEAP ainda descrevem critérios ecográficos, e a página de Johns Hopkins, voltada a adultas, inclui ultrassom. O nome PMOS (2026) está em transição e ainda não foi incorporado pelos documentos brasileiros. Não foram localizados documento específico da SBP nem diretriz NICE sobre SOP na adolescente; Oxford e Cambridge seguem o NICE.

PONTOS PRÁTICOS

1. Na adolescente, SOP exige **ciclos irregulares pelo tempo desde a menarca + hiperandrogenismo** — os dois.
2. **Não peça ultrassom nem AMH** para diagnosticar SOP nos primeiros 8 anos após a menarca.
3. Antes de rotular: **β-hCG, TSH, prolactina e 17-OH-progesterona**, colhidos antes de iniciar contraceptivo.
4. Sinais sem critérios completos = "**em risco**": tratar sintomas e reavaliar.
5. Ao diagnóstico: glicemia (TOTG), lipídios, pressão, humor e comportamento alimentar.
6. **Virilização rápida ou testosterona muito alta = tumor até prova em contrário**; avaliação urgente.

Veja também, nesta Biblioteca: **Acne, Obesidade e risco cardiometabólico, Puberdade precoce e puberdade atrasada e Ansiedade e depressão na infância e adolescência** (Patologias do consultório); **Medicamentos para obesidade (GLP-1) em adolescentes** (Temas atualizados pela SBP).

8. Fontes

- Teede HJ et al. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome — Summary, 2023 (Monash University). [PDF](#)
- FEBRASGO, Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina. Síndrome dos ovários policísticos. *Femina*, 2025;53(12):1390-7. [PDF](#)
- SBEM-SP. SOP na adolescência: US não deve ser critério. sbemsp.org.br
- FEBRASGO. Síndrome dos Ovários Policísticos na adolescência, 2018. febrasgo.org.br
- Diagnosis and Management of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents. *Pediatrics*, 2020;145(Suppl 2):S210. publications.aap.org
- Endocrine Society. Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome: new name to improve diagnosis and care, 12/05/2026. endocrine.org

- Roldán Martín MB, Corredor Andrés B. Síndrome de ovario poliquístico en la adolescente. Pediatría Integral (SEPEAP), 2020. pediatriaintegral.es
- SIEDP. Síndrome dell'ovaio policistico. siedp.it
- Johns Hopkins Medicine. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS/PMOS). hopkinsmedicine.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.