

Amenorreia primária e secundária na adolescente

Definições, beta-hCG como primeiro passo, exames iniciais, causas por compartimento, saúde óssea e quando encaminhar

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, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · 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

Amenorreia primária: sem menarca **aos 15 anos** ou **3 anos após a telarca** (SBP, GPA nº 84/2023); **sem mama aos 13 anos** já é puberdade atrasada e também se investiga. **Amenorreia secundária:** sem menstruar por **3 meses ou mais** com ciclos prévios regulares, ou **6 meses** com ciclos irregulares (ASRM 2024). **O primeiro passo é sempre o beta-hCG**, mesmo quando a adolescente nega relação sexual. Afastada a gravidez: **FSH, LH, estradiol, prolactina e TSH**, e **ultrassom pélvico** na amenorreia primária. Causas mais comuns: **amenorreia hipotalâmica funcional** (restrição alimentar, exercício, estresse — RED-S e transtorno alimentar), **SOP**, hiperprolactinemia, tireoide, **insuficiência ovariana prematura** (Turner, pré-mutação do X frágil) e **malformações** (hímen imperfurado, MRKH, insensibilidade androgênica). O pediatra investiga e acompanha os casos funcionais leves (🟢); FSH elevado, prolactina alta, malformação ou causa não esclarecida vão à **ginecologia da infância e adolescência ou endocrinologia** (🟡). **Pronto-socorro** (🔴): gravidez com dor ou sangramento, hematocolpo com dor intensa ou retenção urinária, cefaleia com alteração visual e transtorno alimentar com instabilidade.

1. O que é e como se apresenta

Ciclo normal da adolescente (SBP, GPA nº 84/2023): menarca em média aos 12,4 anos, **2 a 3 anos após a telarca**; intervalo de **21 a 45 dias** nos primeiros anos, fluxo de até 7 dias. A imaturidade do eixo **não explica 3 meses ou mais sem menstruar**.

SITUAÇÃO	CRITÉRIO	FONTE
Amenorreia primária	Sem menarca aos 15 anos ou 3 anos após a telarca	SBP 2023; AAP 2016
Puberdade atrasada	Sem mama aos 13 anos (avaliar já)	"Puerdade precoce e puberdade atrasada"
Amenorreia secundária	≥ 3 meses com ciclos regulares, ou ≥ 6 meses com ciclos irregulares	ASRM 2024 (AAP 2016: ≥ 3 meses)
Ciclo que merece avaliação	Qualquer intervalo > 90 dias	AEPap 2018

Causas, por compartimento

- **Gravidez** — a causa mais frequente de amenorreia secundária.
- **Hipotálamo:** **amenorreia hipotalâmica funcional** por baixa disponibilidade energética (restrição, perda de peso, exercício intenso) e estresse — **tríade da atleta e RED-S**

("Lesões do esporte e osteocondroses") e **transtorno alimentar** em qualquer peso ("Transtornos alimentares"); doença crônica descompensada (celíaca, doença inflamatória intestinal, diabetes); tumor do SNC (craniofaringioma), radioterapia; **Kallmann** (com anosmia).

- **Hipófise: hiperprolactinemia** — prolactinoma, medicamentos (antipsicóticos, metoclopramida, domperidona), hipotireoidismo primário.
- **Tireoide:** hipo ou hipertireoidismo.
- **Ovário: SOP** ("Síndrome dos ovários policísticos"); **insuficiência ovariana prematura (IOP)** — **Turner** ("Síndrome de Turner e síndrome de Klinefelter"), disgenesia gonadal 46,XY, **pré-mutação do FMR1** ("Síndrome do X frágil e outras causas genéticas de deficiência intelectual e autismo"), autoimune, quimioterapia e radioterapia, galactosemia; hiperplasia adrenal congênita não clássica e tumor virilizante.
- **Útero e vagina: hímen imperfurado** e septo vaginal transversal (caracteres normais, **dor pélvica cíclica**, abaulamento azulado no introito, retenção urinária); **síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)** — 46,XX, mamas e pelos normais, **útero ausente e vagina curta**, com anomalias renais e vertebrais associadas.
- **Insensibilidade androgênica completa (46,XY):** mamas desenvolvidas, **pelos pubianos e axilares escassos**, vagina em fundo cego, sem útero, testosterona em níveis masculinos; às vezes hérnia inguinal com gônada na infância ("Genitália atípica e diferenças do desenvolvimento sexual").

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Beta-hCG negativo; amenorreia secundária com causa funcional leve e evidente (estresse, exercício, perda de peso modesta), sinais vitais normais, IMC preservado e exames iniciais normais; amenorreia por progestagênio contraceptivo	Seguimento pelo pediatra: calendário menstrual, disponibilidade energética, cálcio e vitamina D; retorno programado; reavaliar se os ciclos não voltarem
● Moderada	Amenorreia primária (15 anos, 3 anos após telarca, ou sem mama aos 13); FSH elevado ; prolactina elevada confirmada; TSH alterado; hiperandrogenismo; útero ou vagina ausentes ; pelos escassos com mamas normais; estigmas de Turner; RED-S ou transtorno alimentar estável ; fratura por estresse; gravidez sem complicação	Encaminhar à ginecologia da infância e adolescência ou endocrinologia pediátrica — com prioridade na IOP, no tumor hipofisário sem sinais neurológicos, na malformação com dor e no transtorno alimentar; gravidez: pré-natal e rede de proteção
● Grave	Gravidez com dor, sangramento ou instabilidade (ectópica, abortamento); hematocolpo com dor intensa ou retenção urinária ; cefaleia intensa, vômitos ou alteração visual (tumor ou apoplexia hipofisária); transtorno alimentar instável (critérios abaixo); virilização rápida com massa; ideiação suicida	Pronto-socorro/hospital

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Baixo peso, perda rápida de peso, purgação, exercício compulsivo; fratura por estresse; quimioterapia ou radioterapia; doença autoimune.
- Família com **menopausa antes dos 40 anos**, deficiência intelectual ou X frágil na linhagem materna.
- Antipsicóticos; sexo sem contracepção; violência sexual.

3. Diagnóstico no consultório

1. Beta-hCG antes de tudo (MS 2016; ASRM 2024) em **toda** adolescente com amenorreia. Consulta com **tempo a sós** e sigilo (ECA, CFM, SBP); gravidez < 14 anos aciona a rede de proteção.

2. Anamnese: telarca, pubarca, estirão, menarca e padrão dos ciclos; alimentação, peso, exercício, SCOFF, estresse e humor; galactorreia, cefaleia, alteração visual, anosmia; fogachos (hipoestrogenismo); acne e hirsutismo; dor pélvica cíclica; doenças crônicas, quimioterapia, medicamentos (antipsicóticos, contraceptivos); menarca da mãe e irmãs, menopausa precoce e X frágil na família.

3. Exame: peso, estatura e **velocidade de crescimento**; IMC em escore-z e % da mediana; FC, PA deitado e em pé, temperatura; **Tanner** de mamas e pelos separadamente; estigmas de Turner; acne, hirsutismo, acantose, virilização; galactorreia; tireoide; **inspeção da genitália externa** (hímen, abaulamento, clitóris).

4. Exames iniciais

EXAME	PARA QUEM	O QUE SUGERE
Beta-hCG	Todas	Gravidez
FSH, LH e estradiol	Todas, afastada a gravidez	FSH alto: IOP; FSH e LH baixos ou normais com estradiol baixo: causa hipotalâmica ou hipofisária; LH/FSH alto: SOP
Prolactina	Todas	Elevada: repetir em repouso, afastar medicamento, hipotireoidismo e macroprolactina
TSH e T4 livre	Todas	Disfunção tireoidiana
Ultrassom pélvico (via abdominal)	Amenorreia primária , dor pélvica, suspeita de malformação	Útero ausente (MRKH, insensibilidade androgênica); hematocolpo; massa
Testosterona, 17-OH-progesterona, SDHEA	Hiperandrogenismo	SOP, HAC não clássica, tumor
Hemograma, função renal e hepática, antitransglutaminase IgA com IgA total	Perda de peso, desaceleração do crescimento	Doença crônica, celíaca
Eletrólitos com fósforo e magnésio, ECG	Suspeita de transtorno alimentar	Instabilidade

5. Do especialista: cariótipo (FSH elevado, amenorreia primária, útero ausente, pelos escassos; no Turner, 30 células — PCDT 2025); **FMR1** na IOP; autoanticorpos na IOP; **ressonância de sela** se prolactina elevada sem causa, sinais neurológicos ou hipogonadismo hipogonadotrófico sem causa funcional; ultrassom renal na MRKH.

IOP (ESHRE/ASRM 2024): ciclos alterados ou amenorreia **por pelo menos 4 meses** com **FSH > 25 UI/L**; uma dosagem basta, repetida após 4–6 semanas só se houver dúvida; o **NICE (NG23)** exige **duas dosagens** com 4–6 semanas de intervalo. **Cariótipo e FMR1 para todas** (ESHRE 2024) e aconselhamento genético da família.

Teste da progesterona (MS 2016): na amenorreia secundária sem causa evidente; sangramento em 3–10 dias indica estrogênio adequado e trato pérvio (anovulação); sem sangramento, hipoestrogenismo ou obstrução. É complementar e não substitui FSH e estradiol (ASRM 2024).

Não pode passar: gravidez ectópica, transtorno alimentar instável, **tumor do SNC**, **Turner** na adolescente baixa, **insensibilidade androgênica**, hímen imperfurado e tumor virilizante.

4. Tratamento e seguimento

Princípio: tratar a causa. Não "regular a menstruação" com contraceptivo antes de investigar — ele **mascara** a amenorreia e atrasa o diagnóstico.

O que o pediatra faz

- **Amenorreia hipotalâmica e RED-S:** aumentar a disponibilidade energética (mais ingestão, menos treino), nutricionista e apoio psicológico; a volta da menstruação marca a recuperação (AAP 2016). Transtorno alimentar: conforme "Transtornos alimentares".
- **Hipotireoidismo:** conforme "Hipotireoidismo". **Hiperprolactinemia por medicamento:** discutir troca com o prescritor, sem suspender por conta própria.
- **SOP:** estilo de vida, contraceptivo combinado com 20–30 µg de etinilestradiol e metformina quando indicados ("Síndrome dos ovários policísticos").
- **Contracepção:** amenorreia não protege da gravidez; dupla proteção (SBP, GPA nº 122/2023).
- **Osso para todas:** cálcio na dieta, vitamina D, atividade física com carga moderada, sem tabaco e álcool.

Do especialista: reposição hormonal e indução puberal (IOP, Turner, hipogonadismo); prolactinoma; correção cirúrgica do hímen imperfurado e do septo vaginal; dilatação vaginal ou neovagina na MRKH; conduta sobre a gônada na insensibilidade androgênica e na disgenesia 46,XY; preservação da fertilidade.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Medroxiprogesterona (teste da progesterona)	5–10 mg/dia, VO	1x/dia	5–10 dias	Só com beta-hCG negativo (MS 2016)
Estrogênio — indução puberal ou reposição	Estrogênios conjugados 0,3 mg em dias alternados → 0,3 → 0,6 mg/dia; adulto 0,6–1,2 mg/dia	Diário, VO	Até a idade da menopausa	Especialista ; PCDT de Turner 2025; ESHRE 2024 e AAP 2016 preferem 17β-estradiol transdérmico
Progestagênio com o estrogênio	Medroxiprogesterona 5–10 mg/dia	Dias 20 a 30 do ciclo	Contínua	Após o 1º sangramento ou cerca de 2 anos de estrogênio (PCDT de Turner 2025)
Cálcio (preferir dieta)	1.300 mg/dia no adolescente (3–5 porções de lácteos; suplemento se a dieta não bastar)	Diária	Contínua	SBP, Manual de Alimentação (Nutrologia, 3ª ed., 2012); AAP 2016 (9–18 anos)
Vitamina D (colecalciferol)	600 UI/dia	Diária	1 a 18 anos	SBP 2024 (padrão do site)

O que não usar

- **Contraceptivo combinado para "fazer menstruar" ou proteger o osso** na amenorreia hipotalâmica e no transtorno alimentar: não recupera a massa óssea (AAP 2016; NICE, conforme "Transtornos alimentares"). Com baixa massa óssea persistente, o especialista pode indicar **17β-estradiol transdérmico com progestagênio cíclico**.
- **Contraceptivo combinado na indução puberal** (ESHRE 2024).
- Teste da progesterona ou contraceptivo **antes do beta-hCG**.

Saúde óssea e densitometria

- O hipoestrogenismo na adolescência compromete o **pico de massa óssea**, em parte de forma irreversível.
- **Densitometria (DXA), com laudo em escore-Z**: amenorreia ou baixa disponibilidade energética **≥ 6 meses**, transtorno alimentar, peso < 85% do esperado, perda ≥ 10% do peso ou fratura por estresse (AAP 2016); **no diagnóstico de IOP** (ESHRE 2024).
- **Reposição**: na IOP e no hipogonadismo, o estrogênio protege o osso e segue até a idade da menopausa natural (NICE NG23; ESHRE 2024); na amenorreia funcional, a proteção é recuperar energia e peso.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Beta-hCG positivo com **dor abdominal, sangramento, palidez, síncope ou hipotensão**.
- **Hematocolpo** com dor intensa ou **retenção urinária**.
- **Cefaleia intensa, vômitos, alteração visual ou de campo visual**, sobretudo súbitas.
- **Transtorno alimentar ou RED-S instável**: FC < 50 bpm acordado, PA < 90/45 mmHg, hipotensão ortostática, temperatura < 35,6 °C, < 75% da mediana do IMC, distúrbio eletrolítico, QTc prolongado, desidratação, recusa alimentar aguda, síncope.
- **Virilização rápida** com massa abdominal ou pélvica; ideação suicida; violência sexual recente.

Como encaminhar

1. Sinais vitais completos (FC, PA deitado e em pé, temperatura).
2. Gravidez com dor ou sangramento: jejum, acesso venoso e soro fisiológico se hipotensão; SAMU (192) se instável; contato prévio com a maternidade.
3. Transtorno alimentar instável: não realimentar no consultório; aquecer; seguir "Transtornos alimentares".
4. Hematocolpo: analgesia (dipirona 15 mg/kg/dose ou paracetamol 10–15 mg/kg/dose — padrão do site); **não puncionar** a membrana.
5. Sinais neurológicos: não atrasar a remoção; oxigênio se SpO₂ < 94%, mantendo entre 94% e 98% (padrão do site).
6. **Relatório**: história menstrual, Tanner, peso e IMC, exames feitos e medicamentos.

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

- "Comer pouco e treinar muito enfraquece os ossos; mais energia no prato e descanso fazem a menstruação voltar."
- "Sem menstruar, ainda é possível engravidar: use preservativo e um método eficaz."
- **Procurar o pronto-socorro se houver**: dor forte na barriga ou sangramento com teste de gravidez positivo; desmaio; dor no pé da barriga sem conseguir urinar; dor de cabeça forte com vômitos ou alteração da visão; tontura ao levantar, frio intenso ou recusa total de comer.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Amenorreia primária	15 anos ou 3 anos após telarca (GPA 84/2023)	Cortes clássicos de 14 e 16 anos (2016)	15 anos ou 3 anos após telarca (2016)	Sem diretriz localizada	14 sem caracteres, 16 com eles (SEMA 2020; 2025)	Sem posição específica localizada	15 anos ou 3 anos após telarca	Segue o NICE
Amenorreia secundária	Investigar ciclos > 45 dias	Observar 6 meses antes do fluxograma	≥ 3 meses (2016)	Sem diretriz localizada	≥ 6 meses; investigar após 90 dias	Sem posição específica localizada	Sem critério de tempo	Segue o NICE
Exames iniciais	Causas anatômicas, endócrinas, metabólicas	Beta-hCG, prolactina, TSH, teste da progesterona, FSH	Beta-hCG, FSH, LH, prolactina, TSH	—	Gravidez, FSH, LH, estradiol, prolactina, TSH	Sem posição específica localizada	Gravidez, hormônios, ultrassom	Segue o NICE
Insuficiência ovariana	Sem posição específica localizada	Encaminhar se FSH alto	Estradiol transdérmico preferido	FSH alto em 2 amostras (NG23, 2026)	Reposição; cariótipo	Sem posição específica localizada	Reposição hormonal	Segue o NICE
Osso	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	DXA se ≥ 6 meses; COC não protege	Estrogênio não de rotina no TA	Osteopenia na amenorreia prolongada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas mandam **excluir a gravidez primeiro**. A principal **divergência é a definição de amenorreia primária**: SBP (2023), AAP (2016) e Boston Children's usam **15 anos ou 3 anos após a telarca**; a AEP/SEMA e o protocolo do MS (2016) mantêm os cortes de **14 e 16 anos**, que atrasam o diagnóstico. Na **secundária**, a SBP não fixa tempo, mas manda investigar ciclos acima de 45 dias; o MS sugere observar 6 meses antes do fluxograma completo; AAP e ASRM (2024) usam **3 meses** (6 com ciclos irregulares) — o site adota **3 meses**, coerente com o limite de 45 dias da SBP, sem nunca atrasar o beta-hCG. Na **IOP**, a ESHRE/ASRM (2024) aceita uma dosagem de FSH > 25 UI/L e indica cariótipo, FMR1 e DXA para todas; o **NICE (NG23, atualizado em abril de 2026)** exige duas. ESHRE e AAP preferem o **17β-estradiol**; o PCDT de Turner usa estrogênio conjugado oral, disponível no SUS. **Posição do site:** a da **SBP**; onde ela não se posiciona, o Ministério da Saúde, e a ESHRE/ASRM 2024 na IOP (sem posição da SBP nem do MS).

PONTOS PRÁTICOS

1. Sem menarca aos 15 anos, 3 anos após a telarca ou sem mama aos 13: investigar, sem esperar os 16.
2. Beta-hCG primeiro, sempre, com tempo a sós e sigilo.
3. FSH, LH, estradiol, prolactina e TSH resolvem a maioria; ultrassom pélvico na amenorreia primária.
4. FSH elevado é insuficiência ovariana: cariótipo, FMR1 e especialista com prioridade.
5. Na atleta ou na adolescente que emagreceu, pense em RED-S e transtorno alimentar: o tratamento é energia, não anticoncepcional.
6. Amenorreia $\geq$ 6 meses com baixa energia, fratura por estresse ou IOP: densitometria em escore-Z e proteção óssea.

Veja também, nesta Biblioteca: **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente**, **Genitália atípica e diferenças do desenvolvimento sexual** e **Hipotireoidismo congênito e adquirido** (Endocrinologia); **Transtornos alimentares — anorexia, bulimia, compulsão alimentar e TARE (ARFID)** (Saúde mental); **Síndrome de Turner e síndrome de Klinefelter — diagnóstico e seguimento** e **Síndrome do X frágil e outras causas genéticas de deficiência intelectual e autismo (Rett, Angelman, esclerose tuberosa)** (Genética); **Puberdade precoce e puberdade atrasada** (Doenças da criança); **Lesões do esporte e osteocondroses na criança e no adolescente** (Ortopedia); **Puberdade normal e crescimento na adolescência — estágios de Tanner, estirão e variações do normal** (Medicina do adolescente).

8. Fontes

- SBP, DC de Medicina do Adolescente. Como reconhecer um ciclo menstrual normal em adolescentes? GPA nº 84, 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica — Saúde das Mulheres, 2016. [PDF](#)
- AAP. Weiss Kelly AK, Hecht S. The Female Athlete Triad. Pediatrics, 2016. publications.aap.org; [PDF](#)
- SBP, DC de Nutrologia. Manual de orientação — alimentação do lactente ao adolescente, 3ª ed., 2012. [PDF](#)
- AEPap. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Form Act Pediatr Aten Prim, 2018. fapap.es
- ASRM. Current evaluation of amenorrhea: a committee opinion, 2024. asrm.org

- ESHRE, ASRM, CRE-WHiRL, IMS. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency, 2024. asrm.org
- NICE. Menopause: identification and management (NG23), atualizada em 2026. nice.org.uk
- AEPap. Rodríguez Jiménez MJ. Amenorrea en la adolescencia, 2020. aepap.org
- SEMA. Trastornos menstruales en adolescencia. Adolescere, 2025. adolescere.es
- Boston Children's Hospital. Amenorrhea. childrenshospital.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.