

## ***Desvendando os Mistérios da Mulher (pelo Menos os Endócrinos)***

**editorial**

O DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA FEMININA da SBEM teve, até hoje, três presidentes, todos do Rio de Janeiro, onde esta área da especialidade mais se desenvolveu. Para isso contribuiu, provavelmente, o Ambulatório de Endocrinologia Feminina do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), criado em 1980, durante a gestão de Luiz Cesar Póvoa. O nome do ambulatório foi idealizado de modo a sugerir uma abrangência maior do que “Endocrinologia Ginecológica”, incluindo as diversas influências de hormônios não pertencentes ao eixo hipotálamo-hipófise-ovário sobre o sistema reprodutor e as ações dos hormônios desse sistema sobre outras estruturas que não as diretamente ligadas à reprodução, aos caracteres sexuais secundários femininos e à sexualidade.

**Quadro 1.** Presidentes do Departamento de Endocrinologia Feminina da SBEM

Período	Presidente
1995 – 1998	Ricardo M. R. Meirelles
1998 – 2000	Amanda Athayde
2000 – 2002	Ruth Clapauch

No Rio de Janeiro o Departamento de Endocrinologia Feminina mantém, há mais de quatro anos, reuniões bimensais em que se discutem casos clínicos e são apresentados temas de interesse por profissionais de diversas especialidades. Com o objetivo de disseminar o interesse pela Endocrinologia Feminina e capacitar médicos de todo o Brasil para as atividades ligadas a essa área, estruturamos um Curso Itinerante de Endocrinologia Feminina (CIEF). Ministrado por sócios do Departamento, este curso focalizará, neste e no próximo ano, a Terapia de Reposição Hormonal da Menopausa (TRHM), não só pela grande importância de que se reveste, no tratamento dos sintomas da síndrome do climatério e na prevenção de diversas patologias, como também pelo grande volume de trabalhos científicos publicados sobre o assunto.

O presente número dos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia traz uma coletânea de artigos que dão conta da abrangência da Endocrinologia Feminina. Começando pela infância, temos o artigo de Monte e cols (1), que nos faz meditar sobre diversos aspectos ainda não resolvidos da puberdade precoce, a começar pela própria definição do que seja puberdade normal. Mesmo o mecanismo de desencadeamento da puberdade até hoje não está completamente esclarecido, embora tenha sido objeto de cinco reuniões internacionais especificamente programadas para estudá-lo, à luz das inúmeras pesquisas já realizadas sobre o tema (2).

Em oposição à precocidade sexual, temos o hipogonadismo primário, cuja mais freqüente etiologia é a síndrome de Turner. Somente quando os estigmas são evidentes o diagnóstico é feito antes da época da puberdade. A excelente revisão de 60 pacientes apresentada por Guimarães e cols (3) determina a freqüência de complicações clínicas nessa síndrome, mostrando que o endocrinologista não pode se limitar a fazer a reposição dos hormônios

***Ricardo M.R. Meirelles***

*Diretor do IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Professor Associado de Endocrinologia da PUC – Rio de Janeiro e Vice-Presidente da SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia*

ovarianos, devendo ficar atento para a possibilidade de associação com outras endocrinopatias, doenças otorrinolaringológicas, cardiológicas, renais e gastrointestinais. Além da ausência do segundo cromossomo X, outras alterações deste cromossomo, especialmente os rearranjos, podem se associar a amenorréia primária e à falência ovariana precoce. Uma revisão dessas alterações encontra-se no artigo de Hassum Filho e cols (4).

Os hipogonadismos, na época da puberdade, cada vez mais freqüentemente são secundários à prática exagerada de exercícios, quer pela atração que as competições desportivas exercem na juventude, quer pela busca desenfreada do “corpo ideal”. As alterações hormonais observadas na mulher atleta são revisadas por Pardini (5). Essas alterações podem se manifestar como atraso puberal, oligomenorréia ou amenorréia e muitas vezes são agravadas pela coexistência de transtornos do comportamento alimentar, como a anorexia nervosa e a bulimia, que acrescentam vários graus de dificuldade à conduta terapêutica nessas pacientes. As informações prestadas pelos pais, outros parentes e conhecidos são indispensáveis para a suspeita diagnóstica dessas associações, uma vez que muitas vezes a própria paciente omite dados sobre o tempo e a intensidade da atividade física, bem como sobre os hábitos alimentares.

A irregularidade menstrual também é característica da síndrome dos ovários policísticos, motivo muito freqüente de consulta ao endocrinologista. Embora a descrição inicial salientasse a presença de obesidade, hirsutismo e amenorréia (6), o diagnóstico de ovários policísticos tornou-se, com o advento da ultra-sonografia, cada vez mais comum em mulheres sem essas características. A evolução dos métodos laboratoriais para dosagens hormonais permitiu uma nova visão da fisiopatologia da síndrome, com destaque para o papel da resistência insulínica e as alterações do metabolismo glicídico e lipídico, como confirma o artigo de Poy e cols (7). Essas alterações implicam em aumento do risco cardiovascular nas portadoras de ovários policísticos, fazendo com que seu tratamento já não se dirija apenas para a correção dos problemas estéticos, vinculados ao hiperandrogenismo, ou à infertilidade, por anovulação. Como mais uma contribuição para o diagnóstico, Pinheiro e Clapauch (8) analisam a importância da elevação dos níveis de 17 hidroxiprogesterona acima dos limites de referência, na ausência de hiperplasia adrenal.

O progresso das técnicas de análise genética fez com que situações de hipogonadismo hipergonadotrópico anteriormente de natureza desconhecida pudessem ser esclarecidas, tendo sua etiologia atribuída a mutações inativadoras dos genes dos receptores de gonadotrofinas, não localizados nos cromossomos sexu-

ais. As manifestações clínicas dessas mutações são variadas, como descrevem Kohek e Latronico (9), incluindo amenorréia primária, irregularidade menstrual, infertilidade e falência ovariana precoce. Por outro lado, as mutações ativadoras não parecem exercer papel significativo em mulheres, tendo sido associadas apenas à puberdade precoce por testotoxicose em meninos.

A Endocrinologia Feminina é uma área multidisciplinar, que interessa a várias especialidades. As alterações endócrinas que cursam com sangramentos uterinos disfuncionais geralmente são acompanhadas pelo ginecologista e, quando seguidas pelo endocrinologista, ocasionalmente exigem o suporte ginecológico para a execução de procedimentos invasivos, como curetagens e histeroscopias. É, portanto, importante conhecer a visão do ginecologista nesses casos, o que nos mostra Machado (10), neste número.

Outra especialidade que desempenha expressivo papel em diversas situações relacionadas aos distúrbios hormonais femininos é a Psiquiatria. Além da anorexia nervosa e bulimia, já citadas acima, outros distúrbios abordados pela Endocrinologia Feminina podem necessitar da participação do psiquiatra, como a síndrome pré-menstrual, as infertilidades, os distúrbios da puberdade, as genitálias ambíguas, os hiperandrogenismos e a síndrome do climatério. Os sintomas depressivos não são raros no climatério e costumam responder favoravelmente à terapia de reposição hormonal da menopausa. Sua associação com traços de personalidade foi analisada por Appolinário e cols (11).

Com o aumento progressivo da longevidade humana, observado ao longo do século passado, um número cada vez maior de mulheres passou a viver mais de um quarto de suas vidas após a menopausa, numa situação de hipoestrogenismo que, além de causar desconfortáveis sintomas vasomotores e atróficos, se associa a aumento da incidência de doenças cardiovasculares e de osteoporose. Todos esses distúrbios se beneficiam da estrogênio-terapia. Depois que foi estabelecida a necessidade de associação de progestágeno ao estrogênio, para evitar o carcinoma de endométrio (12), muitas mulheres deixaram de se submeter à TRHM por não desejarem menstruar, o que geralmente ocorre com o esquema de reposição seqüencial. Foi então criada a alternativa de uso contínuo de progestágeno associado ao estrogênio para evitar o sangramento por privação. Os efeitos do esquema contínuo sobre a homeostase da insulina e do hormônio do crescimento foram estudados por Ginzburg e cols (13). As diversas alternativas terapêuticas disponíveis para o tratamento da osteoporose pós-menopausa requerem muito critério na decisão do que utilizar em cada caso. Muitos desses medicamentos são

dispendiosos e sua prescrição indiscriminada pode ser extremamente prejudicial à paciente. Russo (14) propõe um algoritmo para facilitar a escolha, baseado em evidências clínicas e laboratoriais, levando em conta o mecanismo de ação de cada opção terapêutica.

Finalmente, uma situação nova com que pode se deparar o endocrinologista: a necessidade de orientar o uso de hormônios e anti-hormônios pelos transexuais masculinos que se submetem a cirurgia para mudança de sexo. Athayde (15) descreve o processo decisório para indicação da cirurgia e os procedimentos que devem ser adotados pelo endocrinologista ao longo desse processo, bem como as questões éticas envolvidas.

O panorama desenhado pelos artigos que compõem este número permite avaliar a extensão do conhecimento e do desconhecimento em relação às endocrinopatias específicas do sexo feminino. A complexidade das flutuações hormonais da mulher, a delicadeza de seu equilíbrio e a multiplicidade de interferências a que essa harmonia está sujeita fazem da Endocrinologia Feminina uma das mais apaixonantes áreas da nossa especialidade.

## REFERÊNCIAS

1. Monte O, Longui CA, Calliari LEP. Puberdade precoce: Dilemas no diagnóstico e tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:321-330.
2. Bourguignon JP, Plant TM. **The Onset of Puberty in Perspective**. Amsterdam:Elsevier Science, 2000 (International Congress Series).
3. Guimarães MM, Guerra CTG, Alves STF, Cunha MCSA, Marins LA, Barreto LFM, et al. Intercorrências clínicas na síndrome de Turner. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:331-338.
4. Hassum Filho PA, Silva IDC, Verreschi ITN. O espectro das falências ovarianas ligadas ao cromossomo X. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:339-342.
5. Pardini DP. Alterações hormonais da mulher atleta. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:343-351.
6. Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. **Am J Obstet Gynecol** 1935;29:181-191.
7. Poy M, Wiltgen D, Spritzer PM. Perfil hormonal e metabólico em pacientes hirsutas com a síndrome dos ovários policísticos. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:352-360.
8. Pinheiro SA, Clapauch R. Importância da dosagem da 17OH-progesterona na síndrome dos ovários policísticos. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:361-368.
9. Kohek MBF, Latronico AC. O papel dos receptores das gonadotrofinas na reprodução feminina. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:369-374.
10. Machado LV. Sangramento uterino disfuncional. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:375-382.
11. Appolinário JC, Meirelles RMR, Coutinho W, Povia LC. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:383-389.
12. Gambrell RD Jr., Massey FM, Castaneda TA, Ugenas AJ, Ricci CA, Wright JM. Use of the progestogen challenge test to reduce the risk of endometrial cancer. **Obstet Gynecol** 1980;55:732-738.
13. Ginzburg D, Teixeira RJ, Dimetz T, Henriques JLM, Oliveira HC. Terapia de reposição hormonal contínua na pós-menopausa: Ênfase no hormônio de crescimento, insulina, fator de crescimento semelhante à insulina I (IGF-I) e proteína ligadora 3 do IGF (IGFBP3). **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:390-400.
14. Russo LAT. Osteoporose pós-menopausa: Opções terapêuticas. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:401-06.
15. Athayde AVL. Transexualismo masculino. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45/4:407-414.