

ÂNGELA MAGGIO DA FONSECA
Professor Assistente Doutor,
Departamento de Obstetria e
Ginecologia, F.M.U.S.P.
LUSO GUEDES D'AMORIM JÚNIOR
Médico Residente, Departamento de
Obstetria e Ginecologia, F.M.U.S.P.

3

SÍNDROME DE STEIN-LEVENTHAL

A síndrome de Stein-Leventhal constitui caso particular da síndrome dos ovários policísticos. De acordo com a escola francesa liderada por Netter existem os ovários policísticos da síndrome Stein-Leventhal e a chamada Distrofia Policística dos Ovários. Esses nomes foram rebatizados, recentemente, como ovários androgênicos do tipo I e ovários androgênicos do tipo II, respectivamente. O tipo I corresponde à síndrome de Stein-Leventhal; os ovários são grandes, simétricos, com a cápsula lisa e espessada. Admitem como fator etiológico um excesso de população folicular, ou seja, essas mulheres entram no menacme com uma população de folículos ovarianos maior que a população folicular de mulheres normais; respondem, portanto, erradamente aos influxos gonadotrópicos; ao invés desses folículos caminharem para a ovulação, caminham para a atresia e formação de cistos foliculares. O tipo II engloba os ovários com aumento da população de estruturas císticas sem que haja o correspondente acréscimo volumétrico uni ou bilateral dos órgãos; admitem uma série de etiologias responsáveis.

ETIOPATOGENIA

A síndrome de Stein-Leventhal constitui modelo de disfunção menstrual com alteração persistente da ovulação, da formação de corpo lúteo e também da secreção ovariana. Trata-se, portanto, de um modelo estrogênico persistente que se diferencia de outros pela maior produção de androgênios.

Os ovários são grandes, bilateral e simetricamente aumentados de volume. A área radiológica dos mesmos em média é de 12 cm², ocupando cada qual um espaço maior que a metade da área radiológica do útero, que em média é de 20 cm².

A camada cortical externa ovariana, apresenta-se branco-cinza nacarada, brilhante e espessada, em média tem 426 micra, cerca de duas vezes a do ovário normal (190 micra), não apresenta cicatrizes e está separada nitidamente do estroma.

Na superfície de corte são observados muitos cistos foliculares colocados um ao lado do outro.

Do ponto de vista microscópico há fenômenos de atresia folicular, hiperplasia e luteinização da teca interna. A tendên-

cia dos ovários é permanecer com maior contingente de folículos no segundo estágio de desenvolvimento. As unidades lúteas faltam ou são bem raras, portanto, são ovários anovulatórios por excelência. Este quadro pode algumas vezes estar incompleto, com ausência de espessamento da cortical ou hiperplasia tecomatosa. Por outro lado, os caracteres histológicos completos da síndrome de Stein-Leventhal podem ser encontrados em outras patologias.

A esteroidogênese está alterada; essa anomalia deve-se ao esgotamento de sistemas enzimáticos e é provocada por alterações do sinal gonadotrópico. Este sinal gonadotrópico que tem predomínio do LH, sendo o FSH quase inexistente, é de intensidade suficiente para manter a contínua formação de cistos foliculares e a própria secreção ovariana.

É preciso salientar que existem doenças localizadas em outros sistemas endócrinos ou de natureza orgânica, e que podem acarretar quadro anátomo-clínico semelhante ao acima descrito.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico é caracterizado por:

- 1) Perturbações menstruais — em relação às perturbações menstruais duas variantes podem ser observadas: amenorréica e hemorrágica. A variante amenorréica compreende o padrão menstrual caracterizado por períodos de amenorréia de curta ou longa duração, amenorréia primária ou ainda diminuição acentuada do sangramento menstrual. Como variante hemorrágica aquele caracterizado por menstruações abundantes, independente da duração do fluxo ou do intervalo menstrual. A variante amenorréica constitui a maioria dos casos da síndrome de Stein-Leventhal; a incidência dessa variante é de aproximadamente de 80%, ao passo que a variante hemorrágica concorre com 20% dos casos. Apesar da diferença clínica, ambas as variantes apresentam praticamente a mesma história natural em relação aos ciclos menstruais. Assim, as

pacientes iniciam precocemente a disfunção menstrual, embora a menarca ocorra na idade normal na maioria das vezes.

- 2) Esterilidade — até a idade de 23 anos é possível a ocorrência de gravidez espontânea em 21,3% das pacientes com vida sexual; após essa idade o índice médio de gestações é desprezível.

- 3) Hirsutismo — é inconstante. Os ovários produzem mais androgênios, mas o hirsutismo depende da sensibilidade do sistema pilo-sebáceo e da qualidade dos androgênios produzidos.

- 4) Obesidade — é inconstante.

- 5) Acne — é inconstante.

Quanto a variedade dos sintomas menstruais e esterilidade, tudo dependeria do potencial hipotalâmico e do aumento numérico das unidades foliculares e cistos foliculares. Se o hipotálamo for suficientemente forte para enfrentar uma população folicular maior, poucas repercussões haverá, exceto o aumento de cistos foliculares proporcional ao aumento de folículos. Se o aumento da população folicular for muito grande ou o potencial hipotalâmico for insuficiente, resultará a disfunção menstrual.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é orientado primariamente pela anamnese e exame físico.

Dos exames complementares utiliza-se a curva térmica basal para comprovar ciclos anovulatórios, devendo ser observada no espaço mínimo de três meses.

Para avaliar o nível androgênico utiliza-se os 17 KS urinários; valores entre 14-18 mg/24 horas são compatíveis com ovários policísticos.

A pneumopelvigrafia e a laparoscopia fecham o diagnóstico, pois evidenciam ovários grandes e simétricos, que é a única constante da síndrome.

Outras dosagens hormonais como estrogênios urinários, 17 OH, gonadotropinas urinárias e colpocitologia funcional, eletroencefalograma, captação de iodo, enriquecem o diagnóstico.

TRATAMENTO

Atendendo a fisiopatologia da síndrome de Stein-Leventhal é pouco provável que através de medicamentos se consiga alterar a produção hormonal dos ovários. Não tendo sido modificadas as condições locais da população folicular a situação fisiopatológica se mantém. O problema real será resolvido apenas com a ressecção em cunha no sentido de diminuir o débito hormonal e normalizar as relações neurendócrinas.

O tratamento de escolha é, portanto, a ressecção cuneiforme dos ovários (operação de Thaler). Esta consiste na retirada de uma cunha longitudinal de ambos os ovários com perfuração dos cistos foliculares no parênquima restante e sutura dos bordos com algodão 10. A massa ovariana retirada deve corresponder àquela que restitua ao ovário o seu tamanho normal. Afastada a causa, o excesso de população folicular, com a cirurgia, essas mulheres apresentam regularização do padrão menstrual em 72,5% e a gravidez ocorre em 65,7% dos casos. Deve-se ressaltar que o índice médio de abortamentos é três vezes superior ao da população geral não sendo modificado com a cirurgia. A maioria das pacientes normaliza o padrão menstrual dentro dos primeiros três meses após a cirurgia. A gra-

videz demora um pouco mais; o zênite é atingido ao final do primeiro ano. Estatisticamente não há diferença significativa quanto à idade mais favorável para a cirurgia em relação à regularização das menstruações e gravidez; tampouco quanto ao início da vida sexual.

Em referência ao hirsutismo, apesar da cirurgia não influir notavelmente nos pelos já estabelecidos, o crescimento piloso cessa de progredir após a intervenção; o mesmo acontecendo com a acne e a obesidade.

O tratamento clínico na síndrome de Stein-Leventhal é assunto bastante controvertido. Os medicamentos mais empregados são o citrato de clomifênio, levodopa, hidantal, corticosteróides, gonadotropinas e progestinas. Assim, para induzir a ovulação pode-se tentar o citrato de clomifênio que funciona somente durante a tomada, mas os demais comemorativos da síndrome permanecem inalterados, sendo, portanto, medida paliativa. É interessante ressaltar que nas pacientes onde falha a cirurgia, ou seja, um ano após a mesma, as menstruações continuam irregulares e não ocorre a gravidez; os resultados ao tratamento clínico são bem superiores indicando que a resposta do sistema reprodutor é mais favorável quando há diminuição da massa ovariana. ●

BIBLIOGRAFIA

1. BRUX, J. — Histo-endocrinologie des biopsies d'ovaire. Rev. Franç. Gynéc., 70 (6):427, 1975.
2. CLAUZET, R. M. B. — Contribuição para o estudo das estruturas císticas dos ovários de pacientes portadoras da síndrome Stein-Leventhal. Tese Doutorado Fac. Med. Univ. São Paulo, SP, 1972.
3. CLAUZET, R. M. B.; HALBE, H. W.; FONSECA, A. M. DA; VIEIRA, C. & BAGNOLI, V. R. — Influência do tratamento corticosteroide na disfunção menstrual. J. Bras. Gin., 76 (3):149, 1973.
4. FONSECA, A. M. DA; HALBE, H. W.; PAULA E SILVA, P. DE; CLAUZET, R. M. B.; SANNINI, L. C. C. & GALLUCCI, J. — Alguns aspectos da variante hemorrágica da síndrome de Stein-Leventhal. Mat. e Inf., 31 (2):127, 1972.
5. FONSECA, A. M. DA; HALBE, H. W.; PAULA E SILVA, P. DE; CLAUZET, R. M. B.; SANTINHO, M. B.; BAGNOLI, V. R.; VIEIRA, C. & GALLUCCI, J. — Síndrome de Stein-Leventhal: variante amenorréica. J. Bras. Gin., 75 (1):39, 1973.
6. FONSECA, A. M. DA — Contribuição para o estudo da população folicular nos ovários da síndrome de Stein-Leventhal. Mat. e Inf., 33 (2):271, 1974.
7. FONSECA, A. M. DA; HALBE, H. W.; CLAUZET, R. M. B.; GALLUCCI, J. & SALVATORE, C. A. — Resultados do tratamento clínico da síndrome de Stein-Leventhal. J. Bras. Gin., 79 (4):139, 1975.
8. GAMBRELL JR., R. D.; GREENBLATT, R. B. & MAHESH, V. B. — Serum gonadotropin levels and ancillary studies on Stein-Leventhal syndrome treated with clomiphene citrate.

Obst. & Gynaec., 38:850, 1971.

9. HALBE, H. W.; D'AVILA, M. S. & PAULA E SILVA, P. DE — As relações útero-ovarianas da síndrome de Stein-Leventhal. J. Radiol., 1:9, 1966.

10. HALBE, H. W. — Contribuição para o estudo dos modelos de excreção androgênica na síndrome de Stein-Leventhal. Tese Livre Docência — Fac. Med. Univ. São Paulo, SP, 1968.

11. HALBE, H. W.; FONSECA, A. M. DA; PAULA E SILVA, P. DE; CLAUZET, R. M. B. & GALLUCI, J. — Stein-Leventhal syndrome. Amer. J. Obstet. Gynec., 114:280, 1972.

12. HALBE, H. W. — Modelo estrogênico ou folicular persistente. In: Ginecologia Endócrina, São Paulo, Berlimed, 1972.

13. HALBE, H. W.; FONSECA, A. M. DA; PAULA E SILVA, P. DE; CLAUZET, R. M. B. & GALLUCI,

CI, J. — Influência da massa ovariana removida nos resultados da ooforectomia parcial bilateral na síndrome de Stein-Leventhal. Mat. e Inf., 31 (3):175, 1972.

14. HALBE, H. W. — Síndrome de Stein-Leventhal. Existe? — Femina, 2 (9): 527, 1974.

15. HALBE, H. W.; PAULA E SILVA, P. DE & GALLUCI, J. — Alguns aspectos da ooforectomia parcial bilateral (operação de Thaler) na síndrome de Stein-Leventhal: estudo de 121 casos. Rev. Paul. Med., 85:5, 1975.

16. PERLOFF, W. H. & CHAUNIC, B. L. — Effects of prednisone on abnormal menstrual function. Amer. J. Obstet. Gynec., 77:138, 1959.

17. STEIN, I. F. & LEVENTHAL, M. L. — Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Amer. J. Obstet. Gynec., 29:181, 1935.

18. STEIN, I. F.; COHEN, M. R. & ELSON, R. — Results of bilateral ovarian wedge resection in 47 cases of sterility. Amer. J. Obstet. Gynec., 58:267, 1949.

19. STEIN, I. F. — Wedge resection of the ovaries: The Stein-Leventhal syndrome. In: Ovulation. Ed. Gretenblatt, R. B., Toronto, Lippincott, 1966.

20. WIDER, J.; NEUWIRTH, R. & VANDE WIELE, R. — Use of clomiphene citrate in treatment of wedge resection failures and as a preoperative test for wedge resection success. Amer. J. Obstet. & Gynec., 101:740, 1968.

21. ZARATE, C. E. S. & GONZALES, A. — Therapy of anovulatory sterility with menopausal and chorionic gonadotropins assessment of follicular maturation by urinary estrogen determination. Int. J. Fertil. 18:26, 1973.

INSTITUTO DE RADIOTERAPIA OSVALDO CRUZ

Dr. J. Roberto Barreto Lins diretor crm 1.092

Dr. Marcos Lederman diretor crm 11.546

Dr. A. Costa Pinto consultor científico crm 8.093

Dr. Carlos Salvetti médico assistente crm 11.634

Dr. Salim Aisen médico assistente crm 13.425

Dr. Camilo Segreto médico assistente crm 156

Dr. José Waldemar Petitto médico assistente crm 16.206

— acelerador linear

— roentgenterapia

— radioterapia

— endolinfática

— cobaltoterapia

— radium

— betaterapia

— linfografia diagnóstica

Oncologia Clínica

Dr. Odilon Vieira de Campos Filho crm 15.236

Dr. Yoram Weissberger crm 15.776

— quimioterapia

— imunoterapia

rua João Julião, 331 — fone: 287-2166 — São Paulo