Ginecologia e Obstetrícia
Edição XXIV



Capítulo 19

DOENÇAS BENIGNAS DA MAMA

CAROLINA CARVALHO DE SOUZA ÁVILA[1]
NICOLLY RIBEIRO[1]
JÚLIA WEBER DANDOLINI[1]
MARIA EDUARDA MENDES DANDOLINI[1]
JÚLIA COMIM VALGAS[1]
LIVIA ALÓS GEMERASCA DE FRAGA[1]
MARIANA ALMINDA GIUGNO[1]
BEATRIZ CARDOSO VOLTOLINI[1]
CAROLINA BÚRIGO MILANEZ[1]
ANA CLARA DE OLIVEIRA SCHEFFER DA ROSA[1]
CAROLINA DOS SANTOS HENRIQUE[1]
ANNA LIS VILLA[1]
HELOISA TIBES DA SILVA MANARIN[1]

[1]Discente – Medicina na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

Palavras-chave: *Doenças Benignas da Mama; Diagnóstico; Tratamento.*

EDITORA PASTEUR

http://doi.org/10.59290/0319025119

INTRODUÇÃO

As doenças benignas da mama compreendem um grupo heterogêneo de condições não malignas, que envolvem alterações estruturais, proliferativas, inflamatórias e neoplásicas do tecido mamário, e representam uma parcela expressiva das queixas mamárias na prática clínica. Estima-se que até 80% das massas mamárias palpáveis tenham etiologia benigna, embora essa frequência varie conforme a faixa etária, a população estudada e os métodos diagnósticos empregados (NAZÁRIO *et al*., 2007; FRAKER *et al*., 2023).

A apresentação clínica é variável e inclui mastalgia, nodularidade, descarga papilar e alterações inflamatórias. Algumas condições são assintomáticas e identificadas incidentalmente em exames de imagem, enquanto outras causam desconforto e preocupação, sobretudo pela possível semelhança com o câncer de mama. Entre as principais, destacam-se as alterações fibrocísticas, os cistos, os fibroadenomas, as lesões proliferativas, como a hiperplasia ductal usual, a adenose esclerosante e os papilomas intraductais, as mastites e a ectasia ductal. Nesse contexto, a avaliação clínica e radiológica, associada à investigação histopatológica quando indicada, é fundamental para o diagnóstico diferencial e a definição da conduta (STACHS *et al*., 2019; FRAKER *et al*., 2023).

Além disso, determinadas lesões benignas associam-se a aumento do risco futuro de câncer de mama, mais expressivo nas lesões proliferativas com atipia, como a hiperplasia ductal atípica. A identificação e a classificação adequadas dessas alterações são fundamentais para a estratificação de risco e a definição de estratégias individualizadas de acompanhamento (HARTMANN *et al*., 2015; STACHS *et al*., 2019).

Diante disso, este capítulo tem por objetivo abordar, de forma objetiva e atualizada, as principais doenças benignas da mama, com enfoque na prática ginecológica e mastológica, contribuindo para o reconhecimento de suas apresentações mais comuns, a adequada investigação diagnóstica e o manejo seguro das pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre doenças benignas da mama. As buscas foram realizadas entre agosto e setembro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE e SciELO, priorizando publicações entre 2018 e 2026 e incluindo fontes anteriores de relevância histórica ou técnica. Foram utilizados descritores controlados do MeSH e termos livres relacionados a doenças benignas da mama, fibroadenoma, mastalgia, cistos mamários, alterações fibrocísticas, descarga papilar, mastite, lesões proliferativas, hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobular atípica, tumor filodes, lipoma, hamartoma, adenoma e diagnóstico das lesões mamárias, combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*. Na SciELO, foram empregados termos equivalentes em português e inglês.

Foram incluídos artigos em português ou inglês, com texto completo disponível e relação direta com os objetivos do capítulo, na forma de estudos originais, estudos observacionais, revisões da literatura e diretrizes. Foram excluídas publicações duplicadas, sem relação direta com os temas propostos, sem texto completo disponível ou sem informações relevantes para a discussão. A seleção foi realizada pela análise de títulos e resumos, seguida da leitura dos artigos potencialmente elegíveis. Ao final, foram selecionados 22 artigos científicos e oito fontes complementares. Os achados foram sintetizados de forma descritiva e organizados em eixos

temáticos: cistos e alterações fibrocísticas, mastites, lesões proliferativas sem e com atipia, descarga papilar, fibroadenoma, mastalgia, outros nódulos benignos e abordagem diagnóstica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cistos mamários e alterações fibrocísticas

Ambos são condições benignas das mamas que acometem comumente mulheres na menacme. No entanto, por apresentarem características clínicas semelhantes às de outras condições, incluindo algumas neoplasias, é de suma importância diferenciá-los. Para isso, é imprescindível realizar uma avaliação completa da paciente, correlacionando a idade, o exame clínico e os achados dos exames de imagem, além do exame anatomopatológico, quando indicado, para estabelecer a conduta adequada (SANTEN, 2018; KLEIN *et al*., 2023).

Cistos mamários

- Características

Usualmente associados à dilatação das unidades ductolobulares terminais, os cistos são cavidades preenchidas por líquido, mais prevalentes na faixa etária entre 35 e 50 anos. De acordo com suas características ultrassonográficas, podem ser classificados em (BERG *et al*., 2010):

Cisto simples: apresenta parede fina e regular e conteúdo líquido homogêneo, sem componentes sólidos. É benigno e não apresenta risco significativo de malignidade (BERG *et al*., 2010).

Cisto complicado: não possui componente sólido verdadeiro, porém contém ecos internos, sem vascularização interna suspeita (BERG *et al*., 2010).

Massa complexa cística e sólida: apresenta componente sólido, parede ou septos espessados ou outras características suspeitas de malignidade, podendo exigir biópsia para investigação histopatológica (BERG *et al*., 2010; NEWELL *et al*., 2025).

- Manifestações clínicas

O quadro clínico é variável. Algumas pacientes são assintomáticas, com descoberta incidental do cisto em exame de imagem. Em outros casos, os cistos apresentam-se como nódulos palpáveis, arredondados, móveis e de limites bem definidos, que podem ser dolorosos quando o volume aumenta rapidamente ou quando há tensão da parede. Além disso, podem variar de tamanho ao longo do ciclo menstrual. A dor intensa de início súbito pode ocorrer quando há distensão rápida do cisto ou hemorragia em seu interior (BERG *et al*., 2010; SANTEN, 2018).

- Diagnóstico

A avaliação é feita pela correlação entre o exame clínico e os exames de imagem. A mamografia é, muitas vezes, responsável pelo achado em mulheres assintomáticas submetidas ao rastreamento; entretanto, geralmente não permite distinguir nódulos sólidos de lesões líquidas (BERG *et al*., 2010).

Nesse contexto, a ultrassonografia mamária é particularmente importante, pois permite essa diferenciação, além de poder ser utilizada como primeiro exame de imagem após suspeita clínica, dependendo da faixa etária e das características do achado (BERG *et al*., 2010; KLEIN *et al*., 2023). A análise citológica do líquido obtido por punção aspirativa não é rotina para cistos simples, sendo reservada para situações específicas, como líquido sanguinolento ou achados clínicos suspeitos de malignidade (BERG *et al*., 2010).

- Manejo

Os cistos simples assintomáticos geralmente não necessitam de tratamento. Nos casos dolorosos ou volumosos, pode ser indicada a punção aspirativa para retirada do líquido e alívio sintomático. Por outro lado, lesões com características suspeitas, componente sólido ou recorrência associada a achados preocupantes exigem investigação complementar, usualmente incluindo biópsia (BERG *et al*., 2010; NEWELL *et al*., 2025).

Alterações fibrocísticas

- Características

O termo refere-se a um conjunto de achados clínicos e histológicos benignos, e não a uma doença única; cistos, fibrose, adenose e alterações epiteliais, por exemplo, enquadram-se nessa categoria. Supõe-se que as oscilações hormonais do ciclo menstrual provoquem alterações na atividade do epitélio glandular e do estroma mamário, culminando em alterações císticas, com acúmulo de líquido e dilatação de estruturas glandulares, ou fibróticas, com espessamento do tecido conjuntivo (SANTEN, 2018).

- Manifestações clínicas

A sintomatologia pode ser unilateral ou bilateral, com intensidade variável entre as mulheres e ao longo do ciclo menstrual, sendo normalmente mais intensa na fase pré-menstrual e tendendo a atenuar-se após o início da menstruação. As manifestações mais comuns são a mastalgia cíclica, a nodularidade mamária difusa, o espessamento do tecido — sem limites tão definidos quanto os de um nódulo isolado —, a maior sensibilidade à palpação, o aumento do volume mamário e a sensação de peso (SANTEN, 2018).

- Diagnóstico

O diagnóstico depende da anamnese, do exame físico e, quando indicado, de exames complementares, cuja escolha inicial considera a faixa etária e a suspeita clínica (SANTEN, 2018; KLEIN *et al*., 2023). Na anamnese, é particularmente importante investigar a duração dos sintomas, sua relação com o ciclo menstrual, a presença de nódulos e de descarga papilar, o uso de hormônios e os antecedentes pessoais e familiares de câncer de mama (SANTEN, 2018).

No exame físico, é usual encontrar nodularidade difusa, áreas de espessamento e sensibilidade. Entre os exames complementares, a ultrassonografia caracteriza cistos, diferencia lesões líquidas de sólidas e avalia nódulos palpáveis; a mamografia diagnóstica pode ser indicada conforme a faixa etária e a apresentação clínica (BERG *et al*., 2010; KLEIN *et al*., 2023). Ressalta-se que a alteração fibrocística típica não exige biópsia, sendo a investigação histopatológica indicada quando há lesão suspeita ou discordância entre o exame físico e a imagem (SANTEN, 2018; KLEIN *et al*., 2023).

- Manejo

Normalmente, não é necessário tratamento específico para a alteração fibrocística, e a conduta é direcionada aos sintomas e aos achados clínicos. Pode-se orientar o uso de sutiã com sustentação adequada e acompanhamento clínico, avaliando-se também a necessidade de analgesia ou de anti-inflamatório tópico, consideradas as contraindicações (SANTEN, 2018). Nos casos com cisto doloroso ou volumoso, pode-se optar pela aspiração de alívio (BERG *et al*., 2010). Diante de nódulo suspeito ou persistente, é essencial realizar investigação diagnóstica adequada, sem presumir sua benignidade pela coexistência de alterações fibrocísticas (SANTEN, 2018; KLEIN *et al*., 2023).

Mastites

A mastite aguda é uma inflamação da mama, relacionada ou não à amamentação, ma-

nifestada predominantemente por dor, hiperemia e edema. Na mastite lactacional (puerperal), a estase láctea — favorecida por dificuldades na pega, produção abundante de leite e lesões mamilares — associa-se a ingurgitamento e, por vezes, a febre e calafrios. Medidas de suporte, como hidratação, amamentação em livre demanda, massagem de drenagem linfática e compressas frias, constituem o pilar do tratamento, e os antibióticos são indicados quando não há resolução com essas medidas (BLACKMON *et al*., 2024).

As mastites não puerperais formam um grupo heterogêneo, de etiologia infecciosa, inflamatória ou granulomatosa (JIAO *et al*., 2023; BLACKMON *et al*., 2024). A mastite periductal relaciona-se à obstrução ductal por metaplasia escamosa, fortemente associada ao tabagismo, e manifesta-se por dor periareolar, eritema, edema, massa subareolar e, por vezes, descarga papilar. É frequentemente resistente ao tratamento conservador, podendo exigir drenagem ou excisão ductal, e a cessação do tabagismo deve ser incentivada (JIAO *et al*., 2023). A mastite granulomatosa caracteriza-se por granulomas não caseosos nos lóbulos mamários, provavelmente de origem autoimune, com curso variável; em ambas, a biópsia é o padrão-ouro para o diagnóstico, e o uso de corticosteroides na forma granulomatosa deve ser individualizado (JIAO *et al*., 2023; LAAS *et al*., 2025).

Na avaliação de toda mama inflamada, deve-se considerar o carcinoma inflamatório, sobretudo quando os sintomas persistem ou progridem apesar do tratamento adequado ou há alterações suspeitas nos exames de imagem (BLACKMON *et al*., 2024).

Lesões proliferativas sem atipia

Caracterizam-se pela proliferação do epitélio ductal e/ou dos elementos estromais, sem as alterações citológicas e arquiteturais que definem a atipia (ELFGEN *et al*., 2023).

- Hiperplasia ductal usual

Consiste na proliferação de células epiteliais luminais e basais no interior do ducto, com padrão arquitetural heterogêneo, fenestrações periféricas irregulares e sobreposição nuclear. Na imuno-histoquímica, exibe perfil misto de citoqueratinas luminais (CK7, CK18 e CK19) e basais (CK5, CK6 e CK14) e expressão heterogênea do receptor de estrogênio, diferentemente da hiperplasia ductal atípica, que é clonal, monomórfica e uniformemente positiva para esse receptor. Associa-se a risco discretamente aumentado de câncer de mama e não requer tratamento específico, apenas rastreamento de rotina (ELFGEN *et al*., 2023).

- Adenose esclerosante

Apresenta arquitetura lobulocêntrica, com estruturas acinares pequenas e comprimidas, distorcidas por colágeno estromal, e preservação da camada mioepitelial. Associa-se a risco discretamente aumentado de câncer de mama, e o manejo depende da concordância clínico-radiopatológica, sem indicação de quimioprevenção pela presença isolada desse achado (STACHS *et al*., 2019).

- Papiloma intraductal

É uma lesão arborescente, com eixos fibrovasculares revestidos por epitélio sem atipia e camada mioepitelial contínua. O papiloma central, geralmente solitário e localizado nos grandes ductos subareolares, ocorre tipicamente entre 30 e 50 anos e manifesta-se por descarga papilar sanguinolenta ou serossanguinolenta unilateral, eventualmente com massa retroareolar; o periférico, geralmente múltiplo, origina-se nas unidades ductolobulares terminais e costuma ser silencioso, podendo manifestar-se apenas por calcificações (ELFGEN *et al*., 2023;

TURASHVILI, 2024). Na ausência de atipia, com amostragem adequada por biópsia assistida a vácuo e concordância radiopatológica, a observação tem substituído a excisão rotineira (ELFGEN *et al*., 2023).

- Cicatriz radial

Caracteriza-se por núcleo central fibroelástico com ductos convergentes de forma radiada, sendo denominada lesão esclerosante complexa quando ultrapassa 10 mm (TURASHVILI, 2024). Mimetiza o carcinoma invasivo na imagem e na histologia e é frequentemente detectada no rastreamento. Sem atipia e com concordância radiopatológica, pode-se considerar vigilância após remoção completa por biópsia a vácuo; a excisão permanece indicada se a amostragem for insuficiente ou houver discordância (ELFGEN *et al*., 2023).

Lesões proliferativas com atipia

Compreendem principalmente a hiperplasia ductal atípica (HDA) e a hiperplasia lobular atípica (HLA), encontradas em cerca de 10% das biópsias com resultado benigno. Seu significado é duplo: pode haver carcinoma concomitante não amostrado, e o risco futuro de câncer de mama é elevado (HARTMANN *et al*., 2015; KLASSEN *et al*., 2025). A atipia epitelial plana, por apresentar atipia citológica, também é abordada nesta seção.

- Hiperplasia ductal atípica

Caracteriza-se pela proliferação de células monótonas em padrões cribriformes ou micropapilares, semelhante ao carcinoma ductal *in situ* (CDIS) de baixo grau, do qual se distingue pela menor extensão, e costuma ser diagnosticada em biópsias motivadas por calcificações agrupadas (HARTMANN *et al*., 2015). Quando diagnosticada por biópsia por agulha grossa, a excisão revela CDIS ou carcinoma invasivo em 15% a 25% dos casos, razão pela qual é recomendada; essa taxa cai para 2% a 6% em casos selecionados — lesão pequena, concordância radiopatológica, ausência de massa e de necrose, poucos focos de atipia e remoção da maior parte da lesão —, em que a vigilância pode substituir a cirurgia, mediante decisão compartilhada (KLASSEN *et al*., 2025).

- Hiperplasia lobular atípica

Caracteriza-se pela expansão dos ácinos por células pequenas, monótonas e pouco coesas, com expressão reduzida ou ausente de E-caderina, geralmente como achado incidental. Sem outras lesões associadas e com concordância radiopatológica, a excisão revela malignidade em menos de 5% dos casos, o que dispensa a cirurgia de rotina (HARTMANN *et al*., 2015; KLASSEN *et al*., 2025).

- Atipia epitelial plana

Caracteriza-se por unidades ductolobulares terminais dilatadas, revestidas por células colunares com atipia nuclear monomórfica de baixo grau em arquitetura plana, associando-se tipicamente a microcalcificações amorfas ou finamente pleomórficas. Diagnosticada por biópsia percutânea com concordância radiopatológica e sem outra lesão de risco associada, pode ser manejada com vigilância, sem excisão rotineira (HARPER *et al*., 2023).

- Risco de câncer e acompanhamento

Mulheres com hiperplasia atípica têm risco de câncer de mama cerca de quatro vezes maior; a incidência cumulativa cresce aproximadamente 1% ao ano e alcança 30% em 25 anos, é maior quanto mais focos de atipia e persiste por décadas em ambas as mamas (HARTMANN *et al*., 2015; KLASSEN *et al*., 2025). A incidência estimada em cinco e dez anos é de 6,6% e 13,9% após HDA e de 9,7% e 15,4% após

HLA, porém com intervalos de confiança amplos e sobrepostos, o que não permite afirmar que o risco difere entre as lesões (BAKER *et al*., 2024).

O acompanhamento inclui mamografia anual, e a ressonância magnética deve ser considerada quando o risco ao longo da vida é igual ou superior a 20%, limiar que muitas dessas mulheres ultrapassam. A quimioprevenção também deve ser discutida — tamoxifeno na pré ou pós-menopausa e raloxifeno ou inibidores da aromatase na pós-menopausa —, com redução de 41% a 79% do risco em comparação com o placebo, considerando comorbidades, efeitos adversos e preferências da paciente (HARTMANN *et al*., 2015; KLASSEN *et al*., 2025).

Descarga papilar

A descarga papilar é definida como a saída de fluido pelo mamilo e corresponde à terceira queixa mamária mais comum, após a dor e o nódulo palpável. Pode ser classificada como fisiológica — provocada, multiductal, bilateral e de coloração branca, verde ou amarela — ou patológica — espontânea, unilateral, proveniente de um único ducto e de aspecto seroso ou sanguinolento (SANFORD *et al*., 2022).

- Principais causas benignas

As principais causas benignas de descarga papilar incluem papiloma intraductal, ectasia ductal, galactorreia, processos infecciosos e inflamatórios, como mastite e abscesso, secreção fisiológica relacionada à gravidez e à lactação, além de trauma ou manipulação mamária repetitiva. O papiloma e a ectasia ductal são as causas estruturais mais prevalentes, enquanto a galactorreia e os quadros infecciosos constituem causas funcionais e inflamatórias comuns (SANFORD *et al*., 2022).

- Avaliação clínica

A avaliação inicial deve ser realizada por meio de anamnese detalhada e exame físico direcionado, com o objetivo de diferenciar a descarga fisiológica da patológica. Na anamnese, devem ser avaliados lateralidade, número de ductos envolvidos, coloração, espontaneidade, relação com gestação e lactação, uso de medicamentos e sintomas sugestivos de endocrinopatias. No exame físico, devem ser pesquisados massa palpável, retração mamilar e sinais inflamatórios, além da tentativa de reproduzir a descarga por compressão, para determinar se é uni ou multiductal. Mulheres na pré-menopausa e com menos de 40 anos apresentam maior probabilidade de etiologia benigna (SANFORD *et al*., 2022).

- Diagnóstico diferencial

O papiloma intraductal é a causa mais comum de descarga papilar patológica, responsável por 35% a 48% dos casos (SANFORD *et al*., 2022). O papiloma central, descrito anteriormente, tipicamente causa descarga sanguinolenta ou serossanguinolenta unilateral e pode associar-se a massa retroareolar circunscrita, cisto complexo ou ducto dilatado nos exames de imagem (TURASHVILI, 2024).

A ectasia ductal é a segunda causa mais frequente de descarga patológica, representando entre 17% e 36% dos casos. Caracteriza-se pela dilatação dos ductos subareolares, com espessamento de suas paredes, estase de secreções e, frequentemente, inflamação periductal secundária. Clinicamente, pode causar descarga espessa, esverdeada, amarelada ou acastanhada, por vezes associada à retração do mamilo ou a massa subareolar palpável, podendo mimetizar achados de malignidade nos exames de imagem (SANFORD *et al*., 2022).

A galactorreia é a causa mais comum de descarga não associada à gravidez ou à lactação e não decorre de doença intrínseca da mama. É

tipicamente bilateral, multiductal, leitosa e expressa à manipulação, diferentemente da descarga patológica, que é espontânea, unilateral e uniductal. Resulta de hiperprolactinemia, cujas causas incluem estimulação mamária crônica, endocrinopatias, como hipotireoidismo e adenomas hipofisários secretores de prolactina, e uso de medicamentos antagonistas da dopamina, como antipsicóticos, antidepressivos e antieméticos (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2016).

Outras causas incluem a mastite e o abscesso mamário, processos inflamatórios geralmente relacionados à estase láctea e à infecção por Staphylococcus aureus, que cursam com dor, eritema e calor local e, no caso do abscesso, secreção purulenta (BLACKMON *et al*., 2024). A gravidez e a lactação produzem secreção fisiológica, geralmente bilateral e multiductal, decorrente da atividade secretora da glândula mamária (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2016). Além disso, o trauma ou a manipulação frequente da mama podem estimular a liberação de secreção papilar (BLACKMON *et al*., 2024).

- Conduta

Nas descargas não espontâneas ou multiductais, a conduta é expectante, com orientação para evitar a manipulação das mamas e retornar caso surja descarga espontânea; em pacientes com 40 anos ou mais, deve-se realizar mamografia de rastreamento, preferencialmente com tomossíntese, caso não tenha sido feita no último ano (BEVERS *et al*., 2023).

Nas descargas patológicas, caracterizadas por serem espontâneas, unilaterais, uniductais, claras ou sanguinolentas, a investigação depende da idade. Em pacientes com menos de 30 anos, realiza-se ultrassonografia, podendo-se associar mamografia diagnóstica com tomossíntese; a partir dos 30 anos, indica-se mamografia diagnóstica com tomossíntese associada à ultrassonografia. Quando a imagem inicial é classificada como BI-RADS 4 ou 5, deve-se realizar biópsia por agulha grossa, com excisão cirúrgica quando necessário. Nos casos BI-RADS 1 a 3, recomenda-se avaliação cirúrgica e ressonância magnética com contraste e, persistindo a suspeita, pode ser indicada a excisão ductal. A excisão ductal permanece como método de referência para excluir malignidade, pois exames de imagem negativos não eliminam completamente a possibilidade de carcinoma ou de lesão de alto risco (BEVERS *et al*., 2023).

Fibroadenoma

O fibroadenoma é uma lesão fibroepitelial benigna da mama, constituída por componentes epitelial e estromal. A maior parte dos nódulos sólidos mamários corresponde a lesões fibroepiteliais, sendo o fibroadenoma a mais comum, principalmente em mulheres jovens. Sua fisiopatologia está relacionada a uma resposta exagerada do tecido mamário aos estímulos hormonais fisiológicos após a menarca (MILLEN *et al*., 2019; ROSENBERGER *et al*., 2025).

- Epidemiologia

O fibroadenoma ocorre predominantemente durante a idade reprodutiva, sobretudo em adolescentes e mulheres jovens, distribuição etária relacionada à sua dependência hormonal. Costuma surgir após a menarca, pode sofrer modificações durante o ciclo menstrual, aumentar na gestação e na lactação e tende a involuir após a menopausa (MILLEN *et al*., 2019; ROSENBERGER *et al*., 2025). Geralmente se apresenta como lesão única; apenas cerca de 10% dos casos são bilaterais e 10% a 15% são múl-

tiplos. Habitualmente, tem crescimento limitado, sem ultrapassar 2 cm (MILLEN *et al*., 2019).

Isoladamente, o fibroadenoma não parece conferir risco de carcinoma. Contudo, o risco parece aumentar quando a lesão se associa a outras alterações proliferativas, como adenose esclerosante, adenose, hiperplasia ductal usual e microcalcificações epiteliais, situações em que passa a ser denominada fibroadenoma complexo (NASSAR *et al*., 2015; MILLEN *et al*., 2019).

- Características clínicas e diagnóstico

Classicamente, apresenta-se ao exame físico como nódulo palpável de consistência fibroelástica, com bordas regulares, superfície lisa, boa delimitação e mobilidade em relação aos tecidos adjacentes, podendo variar de tamanho de acordo com a exposição hormonal (MILLEN *et al*., 2019). À ultrassonografia, observa-se massa oval, frequentemente hipoecoica, de ecotextura homogênea, circunscrita, com margens regulares e orientação paralela à pele (MILLEN *et al*., 2019; ROSENBERGER *et al*., 2025). Em fibroadenomas mais antigos ou involuídos, a mamografia pode mostrar calcificações grosseiras, classicamente denominadas "calcificações em pipoca", e, nesses casos, pode ser diagnóstica (MILLEN *et al*., 2019).

Em mulheres com menos de 30 anos, com exames clínico e radiológico sugestivos de benignidade e lesão assintomática, o acompanhamento é adequado. Diante de lesão suspeita ou de outras situações que o justifiquem, deve-se proceder à avaliação tecidual por biópsia percutânea por agulha grossa (*core biopsy*), que fornece fragmentos para análise histológica (MILLEN *et al*., 2019; KLEIN *et al*., 2023).

- Diagnóstico diferencial

O tumor filodes é o principal diagnóstico diferencial do fibroadenoma, pois ambos são lesões fibroepiteliais e podem apresentar características clínicas, radiológicas e histológicas semelhantes. Em geral, o tumor filodes tem maiores dimensões e crescimento mais acelerado, ocorre com maior frequência em mulheres de 30 a 50 anos e apresenta maior celularidade estromal (MILLEN *et al*., 2019). Na biópsia por agulha grossa, o resultado "lesão fibroepitelial" não deve ser automaticamente interpretado como fibroadenoma, pois pode haver sobreposição histológica entre essas entidades (ROSENBERGER *et al*., 2025). Outros diagnósticos diferenciais incluem cisto mamário, lipoma, hamartoma, hiperplasia estromal pseudoangiomatosa, adenoma e carcinoma mamário, que deve ser excluído na presença de achados suspeitos (MILLEN *et al*., 2019; ROSENBERGER *et al*., 2025).

- Tratamento

Por ser uma lesão indolente, o fibroadenoma não necessita de exérese, apenas de controle clínico e radiológico (MILLEN *et al*., 2019). Atualmente, admite-se conduta ainda mais conservadora: quando os achados radiológicos e histológicos são concordantes e confirmam o diagnóstico, não é necessário acompanhamento radiológico específico da lesão, podendo a paciente retornar ao rastreamento apropriado para a idade e o risco (ROSENBERGER *et al*., 2025).

A excisão cirúrgica pode ser indicada quando o nódulo se torna sintomático, apresenta crescimento substancial ou grandes dimensões, causa deformidade mamária, apresenta discordância entre os exames ou características suspeitas, ou quando há dúvida diagnóstica ou suspeita de tumor filodes (MILLEN *et al*., 2019). Não há na literatura ponto de corte de tamanho definido para indicar a exérese, que pode ser considerada, por exemplo, quando as

dimensões do nódulo causam sintomas (MILLEN *et al*., 2019; ROSENBERGER *et al*., 2025).

Mastalgia

A mastalgia, ou dor mamária, é uma das queixas mais frequentes na prática mastológica, acometendo 60% a 80% das mulheres ao longo da vida. Embora predominantemente benigna, pode comprometer o sono, as atividades habituais, a sexualidade e o bem-estar emocional; por isso, sua abordagem deve excluir condições relevantes, identificar fatores desencadeantes e controlar os sintomas (HAFIZ *et al*., 2018; HOLBROOK *et al*., 2018; MILLEN *et al*., 2019).

- Classificação e etiologia

A mastalgia cíclica relaciona-se ao ciclo menstrual, intensifica-se na fase lútea e melhora após a menstruação; é geralmente bilateral e difusa, mais pronunciada nos quadrantes superolaterais, e atribuída à sensibilidade do tecido mamário às variações de estrogênio, progesterona e, possivelmente, prolactina (HAFIZ *et al*., 2018; MILLEN *et al*., 2019). A mastalgia acíclica não guarda relação com o ciclo, é frequentemente unilateral e localizada e pode decorrer de cistos, hipertrofia mamária, ectasia ductal, mastites, trauma, cirurgia prévia, doença de Mondor ou medicamentos, como hormônios, alguns psicofármacos (sertralina, venlafaxina, amitriptilina e haloperidol), espironolactona, metildopa, digoxina, cimetidina e domperidona. A dor extramamária origina-se na parede torácica ou em outros órgãos, como na costocondrite, na neurite intercostal, na radiculopatia cervical, no herpes-zóster e em doenças cardíacas ou gastroesofágicas (HOLBROOK *et al*., 2018; MILLEN *et al*., 2019). Ansiedade e medo do câncer podem amplificar a dor, mas não autorizam atribuí-la a origem psicogênica sem avaliação adequada (HAFIZ *et al*., 2018).

- Avaliação e investigação

A anamnese detalhada e o exame físico das mamas, das cadeias linfonodais e da parede torácica permitem, na maioria dos casos, classificar a dor e definir a necessidade de exames; quando há dúvida sobre o caráter cíclico, o registro diário da dor durante dois ciclos é útil. A palpação dos arcos costais e da musculatura peitoral ajuda a identificar causas extramamárias (HAFIZ *et al*., 2018; HOLBROOK *et al*., 2018; MILLEN *et al*., 2019).

A dor cíclica, difusa e sem outros achados apresenta associação extremamente baixa com malignidade e não requer exames de imagem motivados apenas pela dor. Na dor focal e persistente, sobretudo acíclica, indica-se ultrassonografia antes dos 30 anos e mamografia diagnóstica ou tomossíntese, frequentemente com ultrassonografia, a partir dessa idade; a ressonância magnética não é indicada rotineiramente (HOLBROOK *et al*., 2018). A mastalgia isolada raramente representa câncer, mas a queixa não deve levar o profissional a desconsiderar massa, retração, descarga papilar suspeita ou outras alterações concomitantes (MILLEN *et al*., 2019).

- Tratamento

O tratamento inicia-se com orientação e tranquilização quanto à baixa associação com o câncer, o que melhora ou resolve os sintomas em 85% a 90% dos casos, além do uso de sutiã adequadamente ajustado (HAFIZ *et al*., 2018; MILLEN *et al*., 2019). Os anti-inflamatórios não esteroides tópicos, especialmente o diclofenaco em gel, são a opção farmacológica inicial, e analgésicos sistêmicos podem ser utilizados na ausência de contraindicações. Não há evidência consistente para recomendar vitamina E, vitaminas B1 ou B6, óleo de prímula, progestagênios, diuréticos ou restrição de cafeína (SRIVASTAVA *et al*., 2007; HAFIZ *et al*., 2018).

As terapias hormonais são reservadas para a mastalgia intensa, incapacitante e refratária às medidas conservadoras, após exclusão de causas secundárias. O tamoxifeno, na dose de 10 mg/dia por 3 a 6 meses, é uma das opções com melhor evidência, e foram propostos cursos mais curtos, de cerca de 3 meses (SRIVASTAVA *et al*., 2007; MILLEN *et al*., 2019). O danazol também é eficaz, mas seus efeitos androgênicos — ganho ponderal, acne, hirsutismo, irregularidade menstrual e alterações da voz — restringem seu uso a casos selecionados (SRIVASTAVA *et al*., 2007; HAFIZ *et al*., 2018).

Outros nódulos e lesões benignas da mama

O tumor filodes é uma neoplasia fibroepitelial incomum, com predomínio do componente estromal, classificada em benigna, borderline ou maligna. Manifesta-se como nódulo bem delimitado e de crescimento rápido, que pode atingir grandes dimensões; como sua distinção do fibroadenoma pode ser difícil mesmo em amostras histológicas limitadas, lesões suspeitas exigem avaliação especializada e, em geral, excisão cirúrgica, dado o potencial de recorrência local (STACHS *et al*., 2019; FRAKER *et al*., 2023).

O lipoma é constituído por tecido adiposo maduro, apresenta-se como nódulo macio, móvel e indolor e, à mamografia, como formação radiotransparente circunscrita, bastando o acompanhamento quando há concordância clínico-radiológica. O hamartoma é uma proliferação desorganizada de tecidos glandular, fibroso e adiposo, com aspecto mamográfico característico de "mama dentro da mama". Entre os adenomas, o tubular pode simular o fibroadenoma, e o lactacional surge na gestação e na lactação. Em todos os casos, a conduta — acompanhamento, investigação adicional ou excisão — depende da concordância entre os achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos (NAZÁRIO *et al*., 2007; STACHS *et al*., 2019; FRAKER *et al*., 2023).

Abordagem diagnóstica das doenças benignas da mama

A investigação das queixas mamárias deve buscar excluir malignidade sem recorrer a procedimentos invasivos desnecessários (NAZÁRIO *et al*., 2007; KLEIN *et al*., 2023). A anamnese deve caracterizar a queixa, e o exame físico deve compreender inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas e avaliação das cadeias linfonodais. Retrações cutâneas ou papilares, descarga espontânea sanguinolenta, eritema persistente, espessamento cutâneo e linfonodomegalias sem causa evidente merecem investigação dirigida (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Diante de nódulo palpável, a ultrassonografia costuma ser o exame inicial antes dos 30 anos; entre 30 e 39 anos, podem ser utilizadas ultrassonografia, mamografia diagnóstica ou tomossíntese; e, a partir dos 40 anos, a mamografia diagnóstica ou a tomossíntese integram a avaliação inicial, associadas à ultrassonografia quando apropriado (KLEIN *et al*., 2023). A classificação BI-RADS orienta a conduta: categoria 0, avaliação incompleta; 1 e 2, exame negativo e achado benigno; 3, achado provavelmente benigno, com controle em intervalo curto; e 4 e 5, indicação de amostragem tecidual (D'ORSI *et al*., 2013). Um nódulo clinicamente suspeito, contudo, não deve ser considerado esclarecido apenas por imagem negativa ou benigna (KLEIN *et al*., 2023).

O encaminhamento ao especialista é indicado diante de achados suspeitos, discordância clínico-radiológica ou crescimento progressivo, seguindo os protocolos locais, como os do TelessaúdeRS-UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2023).

A ressonância magnética não é método de primeira linha para nódulo palpável, tem indicações específicas, como o rastreamento complementar em grupos de maior risco, não é necessária em toda mulher com mamas densas e não substitui a biópsia quando há suspeita (KLEIN *et al*., 2023; URBAN *et al*., 2023).

CONCLUSÃO

Esta revisão evidenciou a elevada frequência das doenças benignas da mama na prática clínica, que abrangem desde alterações autolimitadas até processos inflamatórios e lesões associadas a diferentes graus de risco de câncer de mama. Embora a maioria possa ser manejada de forma conservadora, as lesões proliferativas com atipia merecem atenção especial, em razão do maior risco de câncer e da necessidade de acompanhamento específico. A integração entre avaliação clínica, métodos de imagem e, quando indicada, investigação histopatológica é fundamental para o diagnóstico diferencial com lesões malignas, reduzindo tanto o subdiagnóstico quanto as intervenções desnecessárias. Estudos futuros devem aprimorar a estratificação de risco das lesões benignas, especialmente as de risco intermediário, e definir estratégias de acompanhamento mais precisas e seguras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin No. 164: Diagnosis and Management of Benign Breast Disorders. Obstetrics & Gynecology, v. 127, n. 6, p. e141-e156, 2016. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001482.

BAKER, J. *et al*. Atypical Ductal or Lobular Hyperplasia, Lobular Carcinoma in-Situ, Flat Epithelial Atypia, and Future Risk of Developing Breast Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. The Breast, v. 78, p. 103807, 2024. DOI: 10.1016/j.breast.2024.103807.

BERG, W. A. *et al*. Cystic Breast Masses and the ACRIN 6666 Experience. Radiologic Clinics of North America, v. 48, n. 5, p. 931-987, 2010. DOI: 10.1016/j.rcl.2010.06.007.

BEVERS, T. B. *et al*. NCCN Guidelines® Insights: Breast Cancer Screening and Diagnosis, Version 1.2023. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 21, n. 9, p. 900-909, 2023. DOI: 10.6004/jnccn.2023.0046.

BLACKMON, M. M. *et al*. Acute Mastitis. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557782/. Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015.

D'ORSI, C. J. *et al*. ACR BI-RADS Atlas: Breast Imaging Reporting and Data System. 5. ed. Reston: American College of Radiology, 2013.

ELFGEN, C. *et al*. Third International Consensus Conference on Lesions of Uncertain Malignant Potential in the Breast (B3 Lesions). Virchows Archiv, v. 483, n. 1, p. 5-20, 2023. DOI: 10.1007/s00428-023-03566-x.

FRAKER, J. L. *et al*. Prevalence, Impact, and Diagnostic Challenges of Benign Breast Disease: A Narrative Review. International Journal of Women's Health, v. 15, p. 765-778, 2023. DOI: 10.2147/IJWH.S351095.

HAFIZ, S. P. *et al*. Clinical Management of Idiopathic Mastalgia: A Systematic Review. Journal of Primary Health Care, v. 10, n. 4, p. 312-323, 2018. DOI: 10.1071/HC18026.

HARPER, L. K. *et al*. Imaging Characteristics of and Multidisciplinary Management Considerations for Atypical Ductal Hyperplasia and Flat Epithelial Atypia: Review of Current Literature. RadioGraphics, v. 43, n. 10, p. e230016, 2023. DOI: 10.1148/rg.230016.

HARTMANN, L. C. *et al*. Atypical Hyperplasia of the Breast: Risk Assessment and Management Options. New England Journal of Medicine, v. 372, n. 1, p. 78-89, 2015. DOI: 10.1056/NEJMsr1407164.

HOLBROOK, A. I. *et al*. ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain. Journal of the American College of Radiology, v. 15, n. 11S, p. S276-S282, 2018. DOI: 10.1016/j.jacr.2018.09.014.

JIAO, Y. *et al*. Identification of Periductal Mastitis and Granulomatous Lobular Mastitis: A Literature Review. Annals of Translational Medicine, v. 11, n. 3, p. 158, 2023. DOI: 10.21037/atm-22-6473.

KLASSEN, C. L. *et al*. Updates on Management of Atypical Hyperplasia of the Breast. Mayo Clinic Proceedings, v. 100, n. 6, p. 1051-1057, 2025. DOI: 10.1016/j.mayocp.2025.01.029.

KLEIN, K. A. *et al*. ACR Appropriateness Criteria® Palpable Breast Masses: 2022 Update. Journal of the American College of Radiology, v. 20, n. 5S, p. S146-S163, 2023. DOI: 10.1016/j.jacr.2023.02.013.

LAAS, E. *et al*. Les Tumeurs Rares du Sein. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, v. 70, n. 6, p. 581-589, 2025. DOI: 10.1016/j.anplas.2025.06.002.

MILLEN, E. C. *et al*. Doenças Benignas da Mama. In: FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. (ed.). Tratado de Ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. cap. 78.

NASSAR, A. *et al*. Complex Fibroadenoma and Breast Cancer Risk: A Mayo Clinic Benign Breast Disease Cohort Study. Breast Cancer Research and Treatment, v. 153, n. 2, p. 397-405, 2015. DOI: 10.1007/s10549-015-3535-8.

NAZÁRIO, A. C. P. *et al*. Nódulos Benignos da Mama: Uma Revisão dos Diagnósticos Diferenciais e Conduta. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 4, p. 211-219, 2007. DOI: 10.1590/S0100-72032007000400008.

NEWELL, M. S. *et al*. ACR BI-RADS v2025 Manual. Reston: American College of Radiology, 2025. Disponível em: https://www.acr.org/Clinical-Resources/Clinical-Tools-and-Reference/Reporting-and-Data-Systems/BI-RADS.

ROSENBERGER, L. H. *et al*. American Society of Breast Surgeons and Society of Breast Imaging 2025 Guidelines for the Management of Benign Breast Fibroepithelial Lesions. JAMA Surgery, v. 160, n. 12, p. 1378, 2025. DOI: 10.1001/jamasurg.2025.4392.

SANFORD, M. F. *et al*. ACR Appropriateness Criteria® Evaluation of Nipple Discharge: 2022 Update. Journal of the American College of Radiology, v. 19, n. 11S, p. S304-S318, 2022. DOI: 10.1016/j.jacr.2022.09.020.

SANTEN, R. J. Benign Breast Disease in Women. In: FEINGOLD, K. R. *et al*. (ed.). Endotext. South Dartmouth: MDText.com, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278994/.

SRIVASTAVA, A. *et al*. Evidence-Based Management of Mastalgia: A Meta-Analysis of Randomised Trials. The Breast, v. 16, n. 5, p. 503-512, 2007. DOI: 10.1016/j.breast.2007.03.003.

STACHS, A. *et al*. Benign Breast Disease in Women. Deutsches Ärzteblatt International, v. 116, n. 33-34, p. 565-574, 2019. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0565.

TURASHVILI, G. Nonneoplastic and Neoplastic Sclerosing Lesions of the Breast. Histopathology, v. 85, n. 3, p. 383-396, 2024. DOI: 10.1111/his.15252.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. TeleCondutas: Nódulo Mamário. Versão digital. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2023. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/.

URBAN, L. A. B. D. *et al*. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil. Radiologia Brasileira, v. 56, n. 4, p. 207-214, 2023. DOI: 10.1590/0100-3984.2023.0064.