

Diagnóstico e Tratamento da Dor Mamária

Sociedade Brasileira de Mastologia

*Federação Brasileira das
Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 28 de Agosto de 2001

Coordenador: Borges SZ

Autoria: Nazário ACP, Chagas CR, Santos CC, Dias EN,
Henriques FAM, Brenelli HB, Silva HMS, Mottola Jr J,
Borges MN, Pontes MD



DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

A partir de revisão na literatura disponível, um texto básico foi elaborado e apresentado aos autores participantes que geraram, por acréscimos e subtrações, recomendações revisadas quanto ao seu grau de evidência científica, permitindo a edição do texto final.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
- B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
- C: Relatos e séries de casos clínicos.
- D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

- Demonstrar a importância da queixa de dor mamária;
- Estabelecer metodologia para seu diagnóstico, classificação e tratamento;
- Caracterizar o quadro clínico que deve ser tratado, com ou sem medicamentos, visando a redução do sintoma e a melhora na qualidade de vida.

PROCEDIMENTOS:

- Aspectos clínicos: história clínica;
- Propedêutica, classificação e diagnóstico;
- Conduta: orientação e tratamento.



INTRODUÇÃO

A prevalência da dor mamária é variável segundo as diferentes estatísticas e pode acometer cerca de 70% das mulheres, considerando-se um agravo crônico à saúde¹(D). A dor mamária pode ser classificada em dor cíclica (piora da dor no período pré-menstrual) e acíclica (sem relação com o período menstrual)²(B). A dor cíclica é freqüentemente bilateral, acomete principalmente os quadrantes superiores laterais das mamas e pode ter irradiação para o braço²(B); geralmente está associada a espessamento mamário, constituindo as Alterações Funcionais Benignas da Mama (AFBM), que representam simplesmente a resposta funcional efetora do tecido mamário à hormonologia cíclica do menacme, e não está associada a risco maior de câncer³(D). A dor acíclica pode ser decorrente de afecções mamárias específicas (processos inflamatórios e mastites, traumas, cicatrizes) ou de dor referida de afecções relacionadas à parede torácica, como mialgias e lesões musculares, neurites, dores ósseas e articulares (como a Síndrome de Tietze), dermatites e flebites (como a Síndrome de Mondor)⁴(B). Quanto à intensidade, pode ser referida como leve, na grande maioria dos casos, onde não há interferência nas atividades usuais e na qualidade de vida da paciente; moderada, quando incomoda, mas não interfere nas atividades habituais; e intensa, quando interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso freqüente de medicamentos⁵(B).

Considerando as características do quadro, a sua elevada prevalência e a ausência de associação com risco de câncer, o tratamento deve ser orientado de acordo com a classificação do sintoma após a avaliação clínica do caso⁶(B). É importante que se evite como rotina, medicamentos que, além do alto custo financeiro, representam possibilidade de importantes efeitos colaterais. A primeira medida deve ser sempre não medicamentosa, do tipo orientação verbal, e só casos refratários devem merecer prescrição de drogas⁵⁻⁷(B). A literatura mostra o grande número de opções terapêuticas medicamentosas, dos quais o próprio placebo tem uma resposta de 19% nos ensaios clínicos⁸(D).

PROPEDÊUTICA

A avaliação clínica deve seguir as etapas semiológicas clássicas. Uma história bem conduzida e atento exame físico fazem o diagnóstico e classifica o sintoma na maior parte dos casos, sendo a



chave do sucesso terapêutico⁹(B). A maioria das mulheres com mastalgia não requer exames complementares²(B). O sintoma dor raramente associa-se ao câncer de mama²(B). Quando nodularidade é identificada e a paciente encontra-se na fase lútea, o primeiro passo é examiná-la novamente após a menstruação, isto é, na fase folicular¹⁰(D).

Complementa-se a propedêutica com exames de imagem, de acordo com a significância dos achados e indicação individualizada para cada caso, como por exemplo, a necessidade de exames para a detecção do câncer de mama. A avaliação complementar por imagem na paciente com dor mamária, sem alteração ao exame físico, está indicada quando se pretende afastar a presença de lesões mamárias causadoras ou associadas ao sintoma, sendo que frequentemente nenhuma anormalidade é encontrada na área de dor¹¹(B). Nas mastalgias acíclicas, decorrentes de afecções da parede torácica, com dor irradiada para a mama, é útil a solicitação de radiografias de coluna e arcos costais¹⁰(D).

Realizados os exames pertinentes e afastadas quaisquer dúvidas em relação a presença de outras lesões, o quadro de mastalgia fica definido. No caso de haver alguma lesão de mama, a mesma deve ser investigada e tratada de acordo com recomendações específicas para a patologia encontrada, independentemente da dor. O fato da mulher apresentar mastalgia não a isenta de outras doenças da mama, inclusive o câncer.

CONDUTA

A abordagem se inicia já no primeiro contato com a paciente. A orientação verbal é a conduta inicial⁵(B). Esta etapa consiste em esclarecer de forma precisa, de modo a transmitir confiança à

paciente, que sua condição é benigna e não envolve relação com o desenvolvimento de neoplasias malignas. A paciente com mastalgia, muitas vezes, apresenta um quadro de extrema ansiedade e angústia pelo medo da possibilidade daquele sintoma representar uma lesão maligna. Desta forma, o esclarecimento seguro das possíveis causas do sintoma e sua evolução natural é fundamental para o desfecho do quadro⁵(B).

Como medida geral, o uso de porta-seios adequados ajuda em casos sintomáticos a reduzir a mobilidade mamária e a dor¹²(B).

Nas pacientes com mastalgia e em terapia de reposição hormonal (TRH), a redução da dose hormonal pode ser suficiente para melhorar o quadro, sem perder os benefícios da reposição estrogênica, já que seus efeitos têm relação com dose e tempo de uso¹³(D). Em alguns casos, a mudança do hormônio pode ser necessária.

Em 85% dos casos de mastalgia cíclica, a orientação verbal com tranquilização da paciente é suficiente. Nasqueles pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou naquelas refratárias à orientação verbal, a conduta medicamentosa deve ser considerada, representando aproximadamente 15% dos casos^{6,7}(B)¹⁰(D).

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS E EVIDÊNCIAS DE BENEFÍCIOS:

Óleo de prímula e ácido gamalinolênico.

➤ Dose: 3 g de óleo de prímula/dia (=240 mg de ácido gamalinolênico)^{14,15}(B); associação ácido gamalinolênico/gamolênico 120 a 160 mg/dia¹⁶(B)¹⁰(D). Há discordância na eficácia, desde 26% (semelhante a placebo)¹⁷(B), até 58% após 4 meses de uso¹⁴(B). A taxa de efeitos colaterais gastrointestinais é de 4%^{14,15}(B).

Citrato de Tamoxifeno

> Dose 10 mg/dia. Período três meses. Eficácia de 72% a 90% nas mastalgias cíclicas e não-cíclicas¹⁸⁻²¹(A). A taxa de efeitos colaterais é de 20%, principalmente alterações menstruais e ondas de calor. O seu uso para doenças benignas é controverso^{18,19}(A). Não se constitui em método anticoncepcional.

Bromoergocriptina.

> Dose máxima de 5 mg/dia; em função dos efeitos colaterais, inicia-se com 1,25 mg/dia ao deitar, aumentando-se gradativamente 1,25 mg/dia a cada 2 semanas até atingir a dose máxima¹⁵(B)^{22,23}(A). Período três a seis meses. Efetiva nas mastalgias cíclicas^{23,24}(A) sendo que um terço das pacientes apresentam efeitos colaterais como náuseas, cefaléia, hipotensão postural e obstipação¹⁵(B)²²(A). As respostas às mastalgias refratárias é pobre²⁵(B).

Danazol.

> Dose 100-200 mg/dia²⁶(A); 100 mg 2x/dia/2 meses, seguido de 100 mg/dia/ 2meses, seguido de 100 mg/dia na fase lútea ou em dias alternados se houver amenorréia^{15,27}(B)²⁸(A). Apresenta-se efetivo nas mastalgias cíclicas e

acíclicas¹⁵(B)²¹(A). A eficácia é de 65% a 79%. Mostra-se superior à bromocriptina nas mastalgias refratárias²⁵(B). A taxa de efeitos colaterais é de 22% a 30%, sendo severos em 6 a 15, sendo os mais comuns irregularidade menstrual, ganho de peso, hirsutismo, oleosidade cutânea, acne, mudanças da voz, cefaléia e náusea¹⁵(B)²¹(A). Tem potencial teratogênico e não tem poder anticoncepcional¹⁵(B)²¹(A).

Análogos do GnRH (Goserelina).

> Dose: 3,6 mg/mês subcutânea. Apresentam-se como a medicação mais eficaz das mastalgias severas e refratárias²⁹(A)³⁰(B). No entanto, os efeitos colaterais são intensos do tipo alterações menstruais, cefaléia, náusea, depressão, secura vaginal, perda de libido e redução de massa óssea²⁹(A)³⁰(B). A indicação destes é muito restrita.

MEDICAMENTOS INEFICAZES

Diuréticos³¹(B), Vitamina B6³²(A) e Medroxiprogesterona³³(A).

CIRURGIAS

A indicação de cirurgias para algumas mulheres com dor mamária localizada e refratária é controversa. Os resultados não podem ser garantidos^{7,9}(B).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leinster SJ, Whitehouse GH, Walsh PV. Cyclical mastalgia: clinical and mammographic observations in a screened population. *Br J Surg* 1987; 74:220-2.
2. Preece PE, Mansel RE, Bolton PM, et al. Clinical Syndromes of mastalgia. *Lancet* 1976; 2: 670-3.
3. I Reunião Nacional de Consenso em Mastologia. Módulo II. Alterações funcionais benignas das mamas. Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia; 1994.
4. Maddox PR, Harrison BJ, Mansel RE. Non-cyclical mastalgia: an improved classification and treatment. *Br J Surg* 1989; 76: 901-4.
5. Barros AC, Mottola J, Ruiz CA, et al. Reassurance in the treatment of mastalgia. *Breast J* 1999; 5:162-5.
6. Wisbey JR, Kumar S, Mansel R, et al. Natural history of breast pain. *Lancet* 1983; 2: 672-4.
7. Pye JK, Mansel RE, Hughes LE. Clinical Experience of drug treatments for mastalgia. *Lancet* 1985; 2: 373-7.
8. Gateley CA, Mansel RE. Management of cyclical breast pain. *Br J Hosp Med* 1990; 43: 330-2.
9. Griffith CD, Dowe CS, Hinton CP, et al. The breast pain clinic: a rational approach to classification and treatment of breast pain. *Postgrad Med J* 1987; 63: 547-9.
10. Holland PA, Gateley CA. Drug therapy of mastalgia. What are the options? *Drugs* 1994; 48:709-16.
11. Duijm LE, Guit GL, Hendriks JH, et al. Value of breast imaging in women with painful breasts: observation follow up study. *BMJ* 1998; 317:7171, 1492-5.
12. Hadi MS. Sports brassiere: Is it a solution for mastalgia? *Breast J* 2000; 6:407-9.
13. Brinton LA, Schairer C. Estrogen Replacement Therapy and Breast Cancer Risk. *Epidemiol Rev* 1993; 15: 66-79.
14. Pashby NL, Mansel RE, Hughes LE, et al. A clinical trial of evening primrose oil in mastalgia. *Br J Surg* 1981; 68:801.
15. Gateley CA, Miers M, Mansel RE, et al. Drug treatment for mastalgia: 17 years experience in the Cardiff mastalgia clinic. *J R Soc Med* 1992; 85:12-5.
16. Cheung KL. Management of cyclical mastalgia in oriental women: pioneer experience of using gamolenic acid (Efamast r) in Asia. *Aust N Z J Surg* 1999; 69:492-4.
17. Wetzig NR. Mastalgia: a 3 year Australian study. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 329-31.
18. Fentiman IS, Caleffi M, Brame K, et al. Double-blind controlled trial of tamoxifen therapy for mastalgia. *Lancet* 1986; 8: 287-8.
19. Fentiman IS, Caleffi M, Hamed H, et al. Dosage and duration of tamoxifen treatment for mastalgia: a controlled trial. *Br J Surg* 1988; 75: 845-6.



20. Grio R., Cellura A, Gerânio R, et al. Clinical efficacy of tamoxifen in the treatment of premenstrual mastodynia. *Minerva Ginecol* 1998; 50:101-3.
21. Kontostolis E, Stefanidis K, Navrozoglou I, et al. Comparison of tamoxifen with danazol for treatment of cyclic mastalgia. *Gynecol Endocrinol* 1997; 11: 393-7.
22. Mansel RE, Dogliotti L. European multicentre trial of bromocriptine in cyclical mastalgia. *Lancet* 1990; 335: 190-3.
23. Mansel RE, Preece PE, Hughes LE. A double-blind trial of the prolactin inhibitor bromocriptine in painful benign breast disease. *Br J Surg* 1978; 65: 724-7.
24. Hinton CP, Bishop HM, Holliday HW, et al. A double-blind controlled trial of danazol and bromocriptine in the management of severe cyclical breast pain. *Br J Clin Pract* 1986; 40: 326-30.
25. Gateley CA, Maddox PR, Mansel RE, et al. Mastalgia refractory to drug treatment. *Br J Surg* 1990; 77: 1110-2.
26. Mansel RE, Wisbey JR, Hughes LE. Controlled trial of the antigonadotrophin danazol in painful nodular benign breast disease. *Lancet* 1982; 1:928-30.
27. Harrison BJ, Maddox PR, Mansel RE. Maintenance therapy of cyclical mastalgia using low dose danazol. *J R Coll Surg Edinb* 1989;34:79-81.
28. O'Brien PMS, Abukhalil IEH. Randomized controlled trial of the management of premenstrual syndrome and premenstrual mastalgia using luteal phase-only danazol. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 180: 18-23.
29. Mansel RE. Goserelin-the British multicenter trial. *Br J Clin Pract Suppl* 1989; 68:33-53.
30. Hamedd H, Caleffi M, Chaudary MA, et al. LRRH analogue for treatment of recurrent and refractory mastalgia. *Ann R Coll Surg Engl* 1990; 72:221-4.
31. Preece PE, Richards AR, Owen GM, et al. Mastalgia and total body water. *Br Med J* 1975; 4:498-500.
32. Smallwood J, A-Keye D, Taylor I. Vitamin B6 in the treatment of premenstrual mastalgia. *Br J Clin Pract* 1986; 40:532-3.
33. Maddox PR, Harrison BJ, Horobin JM, et al. A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate in mastalgia. *Ann R Coll Surg Engl* 1990; 72:71-6.

