

# BMJ Best Practice

## Avaliação de massa mamária

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Sep 28, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	14
Diagnóstico diferencial	15
Diretrizes de diagnóstico	19
<b>Referências</b>	<b>21</b>
<b>Imagens</b>	<b>27</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>43</b>

## Resumo

- Massas mamárias são achados clínicos comuns, podendo ser palpáveis ou não palpáveis, benignas ou malignas. Grande parte das massas mamárias palpáveis é benigna, mas 10% das mulheres com esse achado acabam tendo um diagnóstico de câncer.<sup>[1]</sup> Aproximadamente 4% dos cânceres de mama se apresentam como uma massa palpável sem evidências da doença na mamografia ou ultrassonografia.<sup>[2]</sup>

O diagnóstico tardio ou errado de câncer de mama pode afetar gravemente o desfecho do paciente. A avaliação de uma massa mamária é guiada pelos achados na história, exame físico, imagens e biópsia. Um exame triplo com exame clínico de mama, imagens (por exemplo, mamografia e ultrassonografia) e biópsia com agulha pode levar ao diagnóstico definitivo em quase todos os casos.<sup>[3] [4] [5]</sup>

## Etiologia

Na maioria das vezes, o câncer de mama envolve as células glandulares da mama presentes nos ductos ou lóbulos. Nos EUA, foram estimados 252,700 novos diagnósticos de câncer de mama invasivo em 2017.<sup>[6]</sup>

Esta é uma das principais causas de mortes relacionadas ao câncer em mulheres europeias, com estimativa de 92,600 mortes na União Europeia em 2017.<sup>[7]</sup> O câncer de mama nos homens é responsável menos de 1% do total de casos. As manifestações, o diagnóstico e os tratamentos são os mesmos, embora os homens tendam a se apresentar mais tarde.<sup>[8]</sup>

## Massas mamárias benignas

A causa mais comum de massa mamária é o fibroadenoma. Os fibroadenomas ocorrem com maior frequência durante o início da idade reprodutiva. Os estudos de autópsia revelam a presença dessas lesões em 9% a 10% de todas as mulheres.<sup>[9]</sup> Ainda não se sabe a causa exata dos fibroadenomas, mas pense-se que o seu desenvolvimento está relacionado aos hormônios.<sup>[10]</sup> Embora sejam lesões benignas, alguns estudos sugerem que as mulheres diagnosticadas com fibroadenomas têm risco aproximadamente duas vezes maior de evoluir para câncer de mama em relação às mulheres sem lesões.<sup>[11]</sup> No entanto, isto não é respaldado por dados mais recentes.<sup>[12]</sup>

Os tumores filoides são crescimentos raros da mama que podem apresentar características benignas ou malignas.<sup>[13]</sup> <sup>[14]</sup> Eles geralmente se apresentam como uma massa mamária de crescimento rápido e indolor. Muitas vezes, os tumores filoides são difíceis de serem diferenciados histologicamente dos fibroadenomas. Aumento da celularidade, atipia, mitoses e margens positivas geralmente estão associados a um risco maior de recorrência local dos tumores filoides. O tamanho do tumor, a necrose e o supercrescimento do estroma são preditores de metástases a distância. Entretanto, nenhum deles é um marcador definitivo de malignidade e a biópsia continua sendo o principal meio de diagnóstico.<sup>[15]</sup>

A mama fibrocística é mais comumente encontrada em mulheres na pré- e na perimenopausa.<sup>[16]</sup> A condição engloba um espectro de alterações patológicas: além de cistos, inclui hiperplasia epitelial, metaplasia apocrina e dilatação e fibrose cística. Às vezes, os pacientes apresentam-se com queixas de uma massa distinta quando, na verdade, estão detectando uma área de nodularidade normal associada às alterações fibrocísticas. Os cistos benignos de mama são relativamente incomuns em mulheres menopausadas que não estão tomando hormônios. A sua presença em mulheres mais velhas deve levantar a possibilidade de malignidade.<sup>[17]</sup>

- Os cistos têm característica móvel e margens distintas durante o exame físico.
- Às vezes, os cistos são sensíveis, podendo variar com o ciclo menstrual.
- Os cistos simples são totalmente anecoicos, distintos do tecido mamário circundante na ultrassonografia de mama e benignos.<sup>[18]</sup>  
[Fig-1]
- Os cistos complexos estão associados à septação ou detritos celulares internos e devem levantar suspeitas de malignidade. Alguns autores afirmam que a biópsia guiada por imagem nem sempre é obrigatória, visto que o risco de malignidade é baixo.<sup>[19]</sup> No entanto, diretrizes da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) atuais recomendam avaliação desses cistos por biópsia tecidual.<sup>[20]</sup>  
[Fig-2]

A necrose gordurosa ocorre secundariamente à lesão da mama. A origem pode ser iatrogênica (como biópsia da mama, redução ou aumento de mama) ou traumática (como lesão por cinto de segurança).

na mama). Muitas das mulheres com necrose gordurosa não se recordam de ter sofrido algum trauma nas mamas. As lesões se apresentam como massas rígidas e fixas e demonstram sombra acústica na ultrassonografia — características suspeitas de malignidade que necessitam de biópsia.

A descarga mamilar sanguinolenta é típica de papiloma mamário. Esse tipo de lesão pode ocasionalmente ser detectado como uma massa dentro da mama. As saliências geralmente ocorrem dentro dos ductos mamários (papilomas intraductais). Essas lesões normalmente são benignas, mas podem estar associadas aos achados histológicos de atipia, carcinoma ductal in situ (CDIS) papilar ou câncer papilar invasivo.

[Fig-3]

Os abscessos mamários normalmente ocorrem em mulheres que estão amamentando. Acredita-se que eles resultem de ductos subareolares rompidos que se infiltram no espaço periductal. O abscesso deve ser diferenciado do câncer de mama inflamatório (que, paradoxalmente, não se apresenta como uma massa mamária).

[Fig-4]

Os adenomas são semelhantes a fibroadenomas, mas são um pouco diferentes na sua histologia. Muitos deles são adenomas tubulares, que se apresentam como uma saliência bem-demarcada em mulheres jovens. Adenomas lactantes podem ocorrer durante a gestação ou no período de pós-parto.[21]

## Massas mamárias malignas

O carcinoma mamário invasivo pode se apresentar como uma massa palpável ou não palpável, identificada na mamografia de rastreamento. O subtipo histológico mais comum é o carcinoma ductal invasivo, que surge dos ductos da mama. Alguns desses tumores (como o carcinoma lobular invasivo) podem se apresentar como uma massa palpável, em decorrência do padrão linear da característica de disseminação celular desse subtipo histológico de malignidade.[22]

Outros subtipos de tumores malignos classificados como carcinoma de mama invasivo incluem o carcinoma tubular, mucinoso ou coloide, papilar e medular. Todos são diagnosticados e tratados da mesma maneira.

O carcinoma ductal in situ (CDIS) é uma proliferação de células epiteliais de aparência maligna que não penetraram na membrana basal. A unidade ducto-lobular terminal é a origem da maioria das lesões. A maioria dos casos é diagnosticada na mamografia; contudo, 10% das lesões por CDIS se apresentam como massas palpáveis.[23]

O câncer metastático para a mama é extremamente raro, e é diagnosticado e tratado de uma maneira semelhante aos cânceres primários invasivos da mama (com a necessidade adicional de identificar o tumor primário metastático para a mama).

## Lesões mamárias pré-malignas

Tanto a hiperplasia ductal atípica (HDA) quanto a hiperplasia lobular atípica (HLA) estão associadas a um risco maior de câncer de mama. Os achados de biópsia percutânea com agulha grossa da HDA requerem maior amostragem com excisão assistida por vácuo (VAE) ou excisão cirúrgica da massa mamária,[24] já que essas lesões são reclassificadas no estádio mais avançado de carcinoma ductal in situ (CDIS) em quase 15% dos casos.[25]

O carcinoma lobular in situ (CLIS) é um achado incidental que é um marcador do risco maior para câncer de mama.[22] Também pode estar associado a lesões palpáveis. CLIS foi identificado em 2 subtipos:

- O subtipo clássico, que é um marcador de aumento de risco em qualquer uma das mamas. Recomenda-se uma maior amostragem com excisão cirúrgica ou VAE, pois o risco de evolução para câncer invasivo é de até 27%.[\[24\]](#)  
[\[Fig-5\]](#)
- O subtipo pleomórfico, que se comporta de forma mais parecida com o CDIS, por se acreditar que possa ser o precursor de doença invasiva e precisa ser tratado de forma semelhante.  
[\[Fig-6\]](#)

# Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

## Carcinoma de mama invasivo

Pode se apresentar como massas palpáveis ou não palpáveis. No exame físico, a paciente geralmente demonstra uma massa firme, que pode estar associada à linfadenopatia axilar, alterações cutâneas e descarga mamilar. Contudo, devido ao uso disseminado da mamografia de rastreamento, um paciente assintomático pode ser diagnosticado com câncer de mama depois de calcificações anormais e/ou distorção estrutural serem observadas na mamografia. O tratamento requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo oncologistas médicos, cirurgiões mamários e rádio-oncologistas.

## Carcinoma de mama in situ

O carcinoma de mama in situ (CMIS) é um câncer não invasivo que se origina nos lóbulos (CLIS) ou ductos (CDIS) da mama. É geralmente assintomático e diagnosticado no rastreamento. O diagnóstico é geralmente baseado nos achados da mamografia, ultrassonografia, ressonância nuclear magnética ou biópsia.<sup>[18]</sup> O tamoxifeno pode ser utilizado para prevenir a progressão da doença para um carcinoma invasivo. Alguns pacientes podem decidir realizar uma mastectomia bilateral preventiva.

## Sinais de alarme

- Câncer de mama invasivo
- Carcinoma ductal in situ (CDIS)
- Carcinoma lobular in situ (CLIS)

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O maior conhecimento público sobre o câncer de mama fez com que uma proporção significativa de mulheres se apresentassem ao médico com massas palpáveis. Os cânceres de mama detectados clinicamente ou por autoexame da mama geralmente se encontram em estádios mais avançados.<sup>[26]</sup> As massas identificadas na mamografia podem ser submetidas a outras avaliações com ultrassonografia para determinar se elas são císticas ou sólidas. O rastreamento mamográfico levou a uma detecção maior de cânceres de mama em estágios não palpáveis.<sup>[27] [28]</sup>

### História

O risco de câncer de mama em mulheres aumenta com a idade.<sup>[17]</sup> A média de idade quando do diagnóstico do câncer de mama em mulheres é de 62 anos.<sup>[6]</sup> A maioria dos cânceres de mama é esporádica (ou seja, em pacientes sem história familiar de câncer de mama). Contudo, pacientes com história familiar de uma parente de primeiro grau com câncer de mama na pré-menopausa apresentam aumento do risco.

Aproximadamente 5% a 10% de todos os cânceres de mama são diagnosticados em pacientes com mutação nos genes BRCA-1 ou BRCA-2.<sup>[29]</sup> História de biópsia prévia de hiperplasia atípica traz um risco quatro a cinco vezes maior no desenvolvimento de câncer de mama.<sup>[30] [31]</sup> Para aqueles com uma história de carcinoma lobular in situ (CLIS), há um risco aumentado de 7 a 12 vezes.<sup>[32]</sup> Pacientes diagnosticados com um câncer invasivo têm um risco de câncer de mama contralateral estimado em 0.5% a 1% ao ano, cumulativo ao longo da vida.<sup>[32]</sup>

Em mulheres menopausadas, terapia de reposição hormonal apenas com estrogênio está associada a pouca ou nenhuma alteração no risco de câncer de mama.<sup>[33]</sup> A prescrição de um estrogênio em combinação com uma progestina está associada a um pequeno aumento no risco de câncer de mama.<sup>[33] [34] [35]</sup> O aumento do risco está relacionado com a duração do tratamento e, provavelmente, regredie após a interrupção do tratamento.<sup>[33] [34] [35]</sup>

### Exame físico

Achados de exame físico isolado não podem estabelecer definitivamente uma massa como benigna ou maligna. Contudo, massas fixas irregulares são suspeitas quanto à malignidade.<sup>[36]</sup> Lesões malignas também podem estar associadas com o espessamento da pele (por exemplo, "peau d'orange", como a casca de uma laranja) ou alterações nos mamilos. Deve-se realizar um exame de mama bilateral completo em busca de:<sup>[37]</sup>

- Variação no tamanho da mama  
[Fig-7]
- Massas vegetantes  
[Fig-8]  
[Fig-9]
- Ondulação ou retração da pele  
[Fig-10]
- Inversão ou escoriação do mamilo (achado clássico da doença de Paget da mama).  
[Fig-11]

Esses achados podem ser acentuados se for solicitado que o paciente estique os braços acima da cabeça. Da mesma forma, solicitar que os pacientes coloquem as mãos nos quadris e apertem para dentro, ao mesmo tempo em que flexionam os músculos peitorais, pode revelar envolvimento da parede torácica. Os linfonodos que drenam a fossa cervical, supraclavicular e infraclavicular devem ser avaliados. O exame abrangente requer avaliação do paciente sentado ereto e deitado de costas, uma vez que as massas podem ser observadas melhor em uma posição que em outra. Um ensaio clínico randomizado e controlado mostrou que estimular a documentação do exame físico com o uso de um formulário específico resultou em maior taxa de avaliações mais aprofundadas de massas mamárias e melhor taxa de detecção de câncer.<sup>[38]</sup> Esses resultados indicam que o exame clínico focado pode resultar em melhora de desempenho.

## Mamografia

A mamografia ajuda a localizar malignidades ocultas.<sup>[39]</sup> Embora alguns questionem os méritos e danos relativos da mamografia de rastreamento, ela continua sendo um dos pilares da detecção do câncer de mama.<sup>[40] [41]</sup> Todas as mulheres com  $\geq 30$  anos de idade que apresentam massas mamárias devem fazer mamografia. Pacientes que apresentam massa palpável devem realizar uma mamografia na qual sejam obtidas outras vistas da área em questão.<sup>[20] [42]</sup> Recomendam-se vistas de compressão local e de ampliação para calcificações concomitantes.<sup>[42]</sup> Deve-se observar doença multifocal ou multicêntrica. No cenário de uma massa mamária palpável, a mamografia é 82% a 94% sensível e 55% a 84% específica para a detecção de câncer de mama.<sup>[43] [44] [45] [46]</sup>

Os radiologistas geralmente caracterizam os achados na ultrassonografia ou mamografia de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS).<sup>[47]</sup> Alguns defendem registrar a densidade da mama e o uso da terapia hormonal, uma vez que esses fatores influenciam significativamente o desempenho da mamografia.<sup>[48] [49]</sup>

Categoria BI-RADS	Descrição	Probabilidade de neoplasia	Recomendações
0	Precisa de mais informações	2-10%	Estudos adicionais de imagem
1	Normal	0.05-0.1%	Mamografia de rotina para triagem
2	Benigno	0.005-0.1%	Mamografia de rotina para triagem
3	Provavelmente benigno	0.3-1.8%	Acompanhamento de curto prazo (6 meses)
4	Altamente suspeito	10-55%	Biópsia
5	Maligno	60-100%	Biópsia
6	Câncer conhecido	100%	Tratar neoplasia

*Critérios do BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)*

Cortesia da Drª Anees Chagpar

[Fig-13]

[Fig-14]

O BIRADS foi desenvolvido pelo American College of Radiologists como um padrão de comparação para classificar as imagens de mamografia e ultrassonografia. Ele estabelece uma classificação para o nível de suspeita para a possibilidade de câncer de mama. Um escore de 1 a 3 pode exigir outros exames de

imagem com mamografia e/ou ultrassonografia ou acompanhamento em curto prazo; um escore de 4 a 5 requer uma biópsia de tecido.[\[20\]](#) Um estudo de imagem negativo de uma massa palpável também requer um acompanhamento cirúrgico. O escore 6 é atribuído apenas depois de a biópsia ser examinada e constatada como cancerígena; nesse caso, o tratamento é necessário.[\[20\]](#)

## Ultrasoundografia da mama

A ultrassonografia é muitas vezes considerada o teste diagnóstico de escolha em pacientes <30 anos de idade,[\[42\]](#) [\[50\]](#) porque a densidade da massa mamária em mulheres mais jovens limita a sensibilidade da mamografia.[\[51\]](#) Há relatos de que a taxa de falso-negativos em mamografias chega até 52% em pacientes com <35 anos de idade com massa mamária maligna palpável.[\[52\]](#) Além disso, a ultrassonografia está disponível rotineiramente no contexto ambulatorial e é uma ágil extensão para o exame físico. O American College of Radiology publicou diretrizes que podem auxiliar os médicos na realização da ultrassonografia da mama.[\[50\]](#) [\[53\]](#)

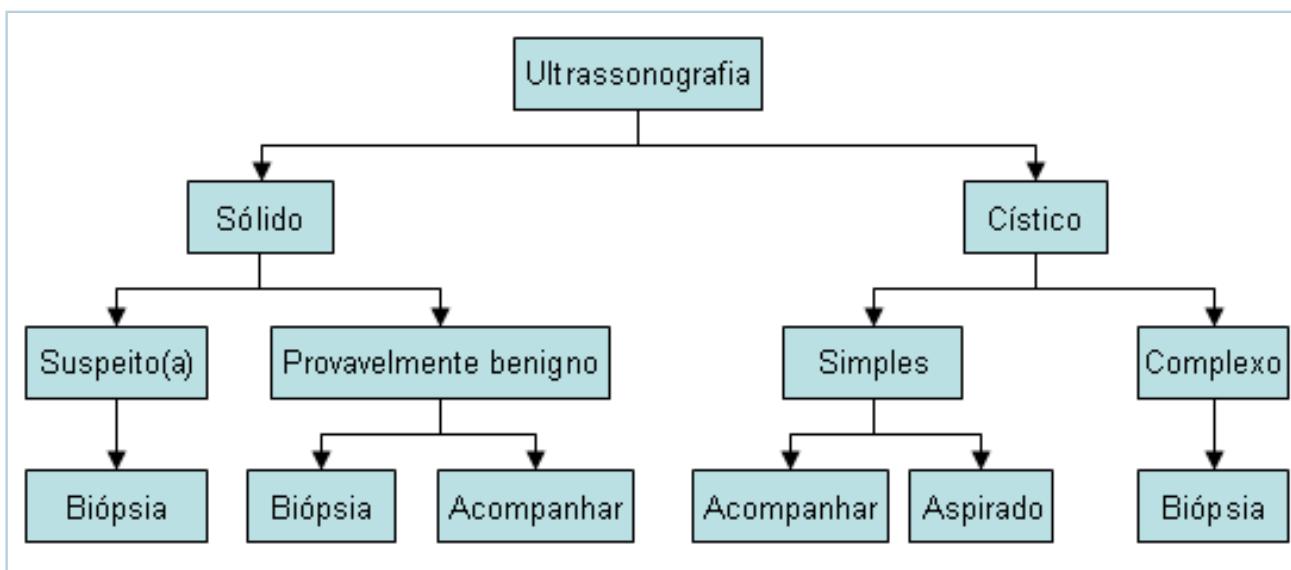
A ultrassonografia pode identificar estruturas císticas simples ou complexas.[\[18\]](#) Cistos simples são lesões preenchidas por fluidos que têm apresentação lisa, arredondada, bem-demarcada e anecoica. Se eles não tiverem septações ou detritos celulares internos, eles podem ser simplesmente acompanhados. A elastografia foi proposta como um adjuvante potencial para a ultrassonografia.[\[54\]](#) Contudo, como exame único, a elastografia não é superior à ultrassonografia isoladamente.[\[55\]](#) É necessária outra avaliação da medida da razão comprimento/cepa associada a elastografia.[\[56\]](#)

[Fig-1]

O manejo sugerido para pacientes com massas "provavelmente benignas" na ultrassonografia de mama inclui:

- Observação, se a suspeita clínica for baixa com exame clínico, com ou sem acompanhamento ultrassonográfico ou mamográfico, a cada 6 meses por 1 a 2 anos, para documentar a estabilidade.[\[20\]](#)
- Biópsia percutânea com agulha grossa para fazer um diagnóstico definitivo, mas deixando a lesão in situ. Se o resultado for benigno e concordante, recomenda-se a realização de um exame clínico da mama a cada 6 a 12 meses, com ou sem ultrassonografia ou mamografia, por 1 ano, para avaliar a estabilidade.[\[20\]](#)
- Remoção cirúrgica da massa, particularmente se a lesão for incômoda para o paciente.

Também se pode realizar ultrassonografia da axila para avaliação de linfadenopatia e biópsia de linfonodos anormais.



Algoritmo de diagnóstico para ultrassonografia de mama

Cortesia da Drª Anees Chagpar

## Ressonância nuclear magnética (RNM) da mama

Embora alguns acreditem que a RNM possa ser útil na diferenciação entre massas mamárias benignas e malignas,[57] a RNM permanece controversa neste sentido. As diretrizes atuais da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomendam que a RNM seja 'considerada' em pacientes com câncer de mama recém-diagnosticado para avaliar a extensão da doença e fazer a triagem da mama contralateral, sobretudo nos casos em que a doença não é visível com exame de mamografia.[58] [59] Contudo, a US Preventive Services Task Force (USPSTF) concluiu que as evidências são insuficientes para avaliar os riscos e os benefícios da RNM em associação com o rastreamento mamográfico.[41] Na avaliação de rotina de massas mamárias palpáveis, o papel da RNM não é claro, e o American College of Radiology concluiu que a RNM não é indicada na avaliação inicial de um paciente com massa mamária.[42] O potencial de resultados falso-negativos da RNM é preocupante; contudo, se houver suspeita de lesão observada na RNM, é obrigatório realizar uma biópsia.[60] A sensibilidade da RNM é melhor que a sua especificidade (0.90 e 0.72, respectivamente), e o seu desempenho é definido pela prevalência de câncer na população rastreada e pela possibilidade de que 2 critérios (em vez de 1 ou 3) (morfologia, contraste e cinética de captação de contraste) tenham sido usados para diferenciar entre doença maligna e benigna.[61] Para pacientes que se submetem a RNM, a imagem ponderada por difusão pode ser superior à da RNM com contraste para diferenciar entre lesões benignas e malignas.[62] Contudo, a detecção assistida por computador parece não fazer diferença em melhorar a sensibilidade e a especificidade da RNM.[63]

## Imagem nuclear da mama

A tomografia por emissão de pósitrons (PET) com fluorodesoxiglucose (18F) não é suficientemente precisa para auxiliar na avaliação de uma massa mamária palpável.[42] [64] [65] Em última análise, a biópsia será necessária para determinar se a massa é maligna ou não.

Alguns estudos constataram que a cintimamografia com tecnécio-99m sestamibi também pode ser utilizada no diagnóstico do câncer de mama.[66]

## Aspiração e biópsia de mama

Um diagnóstico definitivo de carcinoma mamário requer biópsia da mama. Três tipos principais de biópsia são comumente realizados:

- Aspiração por agulha fina (AAF)
- Biópsia percutânea com agulha grossa
- Biópsia por excisão.

Tipo de biópsia	Vantagens	Desvantagens
AAF	Fácil Relativamente indolor Procedimento de consultório Agulha muito pequena	Requer citopatologista especializado Não é capaz de avaliar a histologia
Agulha grossa	Fácil Relativamente indolor Procedimento de consultório Histopatologia padrão Capaz de avaliar a arquitetura do tecido Capaz de obter o estado do receptor	Agulha um pouco maior
Biópsia por excisão	Histopatologia padrão Capaz de avaliar a arquitetura do tecido Capaz de obter o estado do receptor	Requer sala de procedimento ou de cirurgia Incisão maior Mais doloroso

*Técnicas de biópsia da mama (AAF; aspiração com agulha fina)*

*Cortesia da Drª Anees Chagpar*

Técnica:

- A AAF envolve inserir uma agulha de calibre 22 a 25 na massa mamária e extrair células. Aumentar o número de passes aumenta a razão de chances do diagnóstico por AAF.<sup>[67]</sup> Em seguida, as células podem ser colocadas em uma lâmina ou bloco celular. As vantagens da AAF consistem na rapidez e na facilidade de execução e no fato de ela poder ser realizada no ambiente clínico. As desvantagens são de que não mostra a estrutura histológica e não pode auxiliar na diferenciação de carcinoma ductal *in situ* de malignidade invasiva. Contudo, nas mãos de um citopatologista experiente, essa técnica pode auxiliar na diferenciação entre lesões benignas e malignas<sup>[67] [68]</sup> e é valiosa na avaliação de linfonodos axilares.
- A biópsia percutânea com agulha grossa, utilizando uma agulha de calibre de 8 a 14, fornece uma amostra de tecido maior que a AAF. Pode ser realizada por palpação, sob controle estereotático, ou guiada por ultrassonografia. Essa técnica pode ser feita no ambiente clínico; é relativamente rápida e fácil e permite o diagnóstico histológico. Caso o diagnóstico seja de malignidade, estudos do receptor de hormônio podem ser conduzidos em espécimes da biópsia com agulha. Vários instrumentos podem ser utilizados para obter esses espécimes. Alguns deles utilizam auxílio de vácuo;<sup>[69]</sup> outros, energia de radiofrequência.<sup>[70]</sup> Em geral, a biópsia percutânea com agulha grossa é o método de escolha para o diagnóstico histológico de massas mamárias.<sup>[71]</sup>
- A biópsia por excisão envolve retirar toda a massa mamária para um diagnóstico histológico preciso. Essa técnica invasiva, no caso de uma massa assintomática benigna, pode não ser necessária; e no caso de uma massa maligna, pode não evitar a necessidade de um segundo procedimento para tratar o câncer uma vez que o diagnóstico tiver sido firmado. Os achados por biópsia com

agulha de hiperplasia atípica ou cicatrizes radiais requerem uma biópsia por excisão para descartar a malignidade concomitante.

Cistos dolorosos podem ser aspirados com guia por ultrassonografia. O fluido do cisto aspirado não deve ser enviado para a citologia porque, com a exceção do fluido cístico hemorrágico, as células malignas não costumam ser identificadas.<sup>[72]</sup> Os cistos que persistem ou não se resolvem completamente com a aspiração devem ser submetidos a biópsia para descartar a malignidade. Da mesma forma, a biópsia deve ser considerada em cistos complexos ou naqueles com elementos sólidos. As características sonográficas podem classificar uma massa sólida tanto como "provavelmente benigna" quanto como "suspeita". Massas lisas, ovais, lobuladas, com margens claramente definidas e mais largas que compridas geralmente são benignas (por exemplo, fibroadenoma). Se a massa é irregular, heterogênea, tem margens espiculadas ou pouco definidas, é mais comprida que larga, ela é considerada "suspeita" para malignidade, e deve ser realizada uma biópsia.

[Fig-17]

[Fig-2]

[Fig-18]

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Fibroadenoma

Mama fibrocística

Necrose gordurosa

Papiloma intraductal

Abscesso mamário

Hiperplasia ductal atípica (HDA) e hiperplasia lobular atípica (HLA)

Câncer de mama invasivo

Carcinoma ductal in situ (CDIS)

## Incomum

Tumor filoide

Adenoma

Cicatriz radial

Carcinoma lobular in situ (CLIS)

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Fibroadenoma

História	Exame	1º exame	Outros exames
assintomáticas, encontradas incidentalmente, paciente típico <40 anos de idade	massa lisa, endurecida e móvel	» <b>mamografia:</b> oval ou arredonda, circunscrita, pode ter calcificações grossas » <b>ultrassonografia das mamas:</b> sólida, oval ou arredondada, circunscrita, lobulada, largura maior que comprimento	» <b>biópsia de mama:</b> elementos epiteliais e estromais

### ◊ Mama fibrocística

História	Exame	1º exame	Outros exames
mastalgia; os sintomas flutuam com os ciclos menstruais	massa móvel, bem-circunscrita, endurecida	» <b>ultrassonografia das mamas:</b> cistos simples: bem-circunscritos com bordas bem-definidas, sem ecos internos; cistos complexos: componentes sólidos e císticos	» <b>mamografia:</b> não permite a diferenciação entre massas sólidas e císticas » <b>aspiração de mama:</b> a resolução dos cistos após a aspiração sugere cisto benigno

### ◊ Necrose gordurosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
aumento, redução cirúrgica ou trauma mamário prévio	massa firme, bordas irregulares	» <b>ultrassonografia das mamas:</b> margens pouco distintas, sólidas Pode se assemelhar com carcinoma.  » <b>mamografia:</b> margens pouco distintas, às vezes com calcificações Pode se assemelhar com carcinoma.	

**Comum****◊ Necrose gordurosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» <b>biópsia de mama:</b> necrose gordurosa	

**◊ Papiloma intraductal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
descarga mamilar sanguinolenta	massa geralmente pequena, nem sempre palpável	» <b>mamografia:</b> pode ser negativa » <b>ultrassonografia das mamas:</b> ducto dilatado com massa oval » <b>ductografia de mama:</b> falha de enchimento do ducto	» <b>biópsia de mama:</b> padrão de crescimento papilar: papiloma benigno ou atípia, carcinoma ductal in situ papilar ou carcinoma papilar invasivo

**◊ Abscesso mamário**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mastalgia, febre; aumento rápido e alarmante	eritema da pele, sensibilidade, flutuação da altura mamária; mastite associada	» <b>ultrassonografia das mamas:</b> cavidade preenchida de fluido contendo detritos	» <b>aspiração de mama:</b> fluido purulento

**◊ Hiperplasia ductal atípica (HDA) e hiperplasia lobular atípica (HLA)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente encontradas incidentalmente	raramente se apresentam como uma massa palpável	» <b>mamografia:</b> nenhum achado específico » <b>ultrassonografia:</b> nenhum achado específico » <b>biópsia de mama:</b> células atípicas O achado de células atípicas por biópsia percutânea com agulha grossa requer maior amostragem com	

## Comum

### ◊ Hiperplasia ductal atípica (HDA) e hiperplasia lobular atípica (HLA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		excisão assistida por vácuo ou excisão cirúrgica, para descartar carcinoma ductal in situ (CDIS) ou carcinoma invasivo concomitante.	

### ◊ Câncer de mama invasivo

História	Exame	1º exame	Outros exames
aumento gradual da mama observado, história pessoal ou familiar de câncer de mama	massa fixa, dura; inversão do mamilo, descarga mamilar, retração da pele, peau d'orange, linfadenopatia	» <b>mamografia:</b> margens espiculadas ou pouco distintas, densidade aumentada, calcificações pleomórficas finas » <b>ultrassonografia das mamas:</b> forma irregular, margens maldefinidas, altura maior que a largura, calcificações pontuadas, hipoeogenicidade Teste melhor em mulheres <30 anos de idade.	» <b>biópsia de mama:</b> células com núcleo hipercromático invadindo o estroma

### ◊ Carcinoma ductal in situ (CDIS)

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente assintomático	pode ou não estar presente massa mamária; descarga mamilar, sensibilidade da mama, rachadura da pele (doença de Paget da mama)	» <b>mamografia:</b> muitas vezes associada a microcalcificações	» <b>biópsia de mama:</b> células malignas que envolvem os ductos que não cruzam a membrana basal

**Incomum****◊ Tumor filoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
40 a 60 anos de idade; início recente e aumento rápido da mama	massa mamária larga e bem-demarcada	<p>»<b>mamografia:</b> massa circunscrita, oval</p> <p>»<b>ultrassonografia das mamas:</b> massa bem-circunscrita, hipoecoica</p> <p>»<b>biópsia de mama:</b> elementos epiteliais e estromais; a classificação histológica pode variar de benigna a maligna Pode ser difícil distingui-la do fibroadenoma na aspiração com agulha fina (AAF) e biópsia por agulha grossa.</p>	

**◊ Adenoma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
massa mamária de aumento lento e indolor	massa móvel, bem-circunscrita	<p>»<b>mamografia:</b> lesão oval ou arredonda com margem circunscrita</p>	<p>»<b>ultrassonografia das mamas:</b> massa bem-circunscrita, sólida</p> <p>»<b>biópsia de mama:</b> adenoma tubular</p>

**◊ Cicatriz radial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente encontradas incidentalmente	raramente se apresentam como uma massa palpável	<p>»<b>mamografia:</b> nenhum achado específico</p> <p>»<b>ultrassonografia:</b> nenhum achado específico</p> <p>»<b>biópsia de mama:</b> células atípicas</p>	

**Incomum****◊ Carcinoma lobular in situ (CLIS)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente encontradas incidentalmente na biópsia da mama, realizada por outro propósito	raramente se apresentam como uma massa palpável	<p>»<b>mamografia:</b> nenhum achado específico</p> <p>»<b>ultrassonografia das mamas:</b> nenhum achado específico</p> <p>»<b>biópsia de mama:</b> células malignas nos ácinos lobulares, membrana basal intacta</p> <p>Recomenda-se uma maior amostragem com excisão assistida por vácuo ou excisão cirúrgica.</p>	

**Diretrizes de diagnóstico****Europa****ESO-ESMO 4th international consensus guidelines for advanced breast cancer**

**Publicado por:** European School of Oncology; European Society of Medical Oncology  
**Última publicação em:** 2018

**Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management**

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence  
**Última publicação em:** 2018

**Suspected cancer: recognition and referral**

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence  
**Última publicação em:** 2017

## América do Norte

### NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer screening and diagnosis

**Publicado por:** National Comprehensive Cancer Network

**Última publicação em:** 2018

### ACR Appropriateness Criteria: palpable breast masses

**Publicado por:** American College of Radiology

**Última publicação em:** 2016

## Artigos principais

- American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2017-2018. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Dupont WD, Page DL, Parl FF, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *N Engl J Med.* 1994 Jul 7;331(1):10-5. [Texto completo](#)
- Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med.* 1985 Jan 17;312(3):146-51.
- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: palpable breast masses. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, et al. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *JAMA.* 1995 Jan 11;273(2):149-54.
- American College of Radiology. ACR practice parameter for the performance of ultrasound-guided percutaneous breast interventional procedures. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)

## Referências

1. Barton MB, Elmore JG, Fletcher SW. Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation, and outcome. *Ann Intern Med.* 1999 Apr 20;130(8):651-7.
2. Beyer T, Moonka R. Normal mammography and ultrasonography in the setting of palpable breast cancer. *Am J Surg.* 2003 May;185(5):416-9.
3. Vetto JT, Pommier RF, Schmidt WA, et al. Diagnosis of palpable breast lesions in younger women by the modified triple test is accurate and cost-effective. *Arch Surg.* 1996 Sep;131(9):967-72.
4. Vetto JT, Pommier RF, Schmidt WA, et al. Use of the "triple test" for palpable breast lesions yields high diagnostic accuracy and cost savings. *Am J Surg.* 1995 May;169(5):519-22.
5. Morris A, Pommier RF, Schmidt WA, et al. Accurate evaluation of palpable breast masses by the triple test score. *Arch Surg.* 1998 Sep;133(9):930-4. [Texto completo](#)
6. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2017-2018. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
7. Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, et al. European cancer mortality predictions for the year 2017, with focus on lung cancer. *Ann Oncol.* 2017 May 1;28(5):1117-23. [Texto completo](#)
8. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, et al. Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015 Sep;26(suppl 5):v8-30. [Texto completo](#)

9. Dent DM, Cant PJ. Fibroadenoma. World J Surg. 1989 Nov-Dec;13(6):706-10.
10. Martin PM, Kuttenn F, Serment H, et al. Studies on clinical, hormonal and pathological correlations in breast fibroadenomas. J Steroid Biochem. 1978 Dec;9(12):1251-5.
11. Dupont WD, Page DL, Parl FF, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. N Engl J Med. 1994 Jul 7;331(1):10-5. [Texto completo](#)
12. Nassar A, Visscher DW, Degnim AC, et al. Complex fibroadenoma and breast cancer risk: a Mayo Clinic benign breast disease cohort study. Breast Cancer Res Treat. 2015 Sep;153(2):397-405. [Texto completo](#)
13. Stamatakos M, Tsaknaki S, Kontzoglou K, et al. Phylloides tumor of the breast: a rare neoplasm, though not that innocent. Int Semin Surg Oncol. 2009 Feb 20;6:6. [Texto completo](#)
14. Miltenburg DM, Speights VO Jr. Benign breast disease. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Jun;35(2):285-300.
15. Giri D. Recurrent challenges in the evaluation of fibroepithelial lesions. Arch Pathol Lab Med. 2009 May;133(5):713-21. [Texto completo](#)
16. Frantz VK, Pickren JW, Melcher GW, et al. Incidence of chronic cystic disease in so-called "normal" breasts; a study based on 225 postmortem examinations. Cancer. 1951 Jul;4(4):762-83.
17. Ross RK, Paganini-Hill A, Wan PC, et al. Effect of hormone replacement therapy on breast cancer risk: estrogen versus estrogen plus progestin. J Natl Cancer Inst. 2000 Feb 16;92(4):328-32. [Texto completo](#)
18. Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, et al. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology. 1995 Jul;196(1):123-34.
19. Houssami N, Irwig L, Ung O. Review of complex breast cysts: implications for cancer detection and clinical practice. ANZ J Surg. 2005 Dec;75(12):1080-5.
20. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer screening and diagnosis [internet publication]. [Texto completo](#)
21. Baker TP, Lenert JT, Parker J, et al. Lactating adenoma: a diagnosis of exclusion. Breast J. 2001 Sep-Oct;7(5):354-7.
22. Beute BJ, Kalisher L, Hutter RV. Lobular carcinoma in situ of the breast: clinical, pathologic, and mammographic features. AJR Am J Roentgenol. 1991 Aug;157(2):257-65. [Texto completo](#)
23. Winchester DP, Jeske JM, Goldschmidt RA. The diagnosis and management of ductal carcinoma in-situ of the breast. CA Cancer J Clin. 2000 May-Jun;50(3):184-200. [Texto completo](#)
24. Public Health England. NHS breast screening programme clinical guidance for breast cancer screening assessment. November 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)

25. Winchester DJ, Bernstein JR, Jeske JM, et al. Upstaging of atypical ductal hyperplasia after vacuum-assisted 11-gauge stereotactic core needle biopsy. *Arch Surg.* 2003 Jun;138(6):619-22. [Texto completo](#)
26. Guth U, Huang DJ, Huber M, et al. Tumor size and detection in breast cancer: self-examination and clinical breast examination are at their limit. *Cancer Detect Prev.* 2008;32(3):224-8.
27. Breen N, Yabroff KR, Meissner HI. What proportion of breast cancers are detected by mammography in the United States? *Cancer Detect Prev.* 2007;31(3):220-4.
28. Benson JR, Jatoi I, Keisch M, et al. Early breast cancer. *Lancet.* 2009 Apr 25;373(9673):1463-79.
29. Lynch HT, Silva E, Snyder C, et al. Hereditary breast cancer - part I: diagnosing hereditary breast cancer syndromes. *Breast J.* 2008 Jan-Feb;14(1):3-13.
30. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med.* 1985 Jan 17;312(3):146-51.
31. Marshall LM, Hunter DJ, Connolly JL, et al. Risk of breast cancer associated with atypical hyperplasia of lobular and ductal types. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1997 May;6(5):297-301. [Texto completo](#)
32. Sakorafas GH, Krepis E, Pavlakis G. Risk estimation for breast cancer development; a clinical perspective. *Surg Oncol.* 2002 May;10(4):183-92.
33. National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. November 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
34. de Villiers TJ, Gass ML, Haines CJ, et al. Global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric.* 2013 Apr;16(2):203-4.
35. de Villiers TJ, Hall JE, Pinkerton JV, et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric.* 2016 Aug;19(4):313-5.
36. Shapley M, Mansell G, Jordan JL, et al. Positive predictive values of ≥5% in primary care for cancer: systematic review. *Br J Gen Pract.* 2010 Sep;60(578):e366-77.
37. Hindle WH. Breast mass evaluation. *Clin Obstet Gynecol.* 2002 Sep;45(3):750-7.
38. Goodson WH 3rd, Hunt TK, Plotnik JN, et al. Optimization of clinical breast examination. *Am J Med.* 2010 Apr;123(4):329-34.
39. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 4;(6):CD001877. [Texto completo](#)
40. Lee CH, Dershaw DD, Kopans D, et al. Breast cancer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and the ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologies for the detection of clinically occult breast cancer. *J Am Coll Radiol.* 2010 Jan;7(1):18-27. [Texto completo](#)

41. Siu AL; US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2016 Feb 16;164(4):279-96. [Texto completo](#)
42. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: palpable breast masses. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
43. Malur S, Wurdinger S, Moritz A, et al. Comparison of written reports of mammography, sonography and magnetic resonance mammography for preoperative evaluation of breast lesions, with special emphasis on magnetic resonance mammography. Breast Cancer Res. 2001;3(1):55-60. [Texto completo](#)
44. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, et al. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. JAMA. 1995 Jan 11;273(2):149-54.
45. Kacł GM, Liu P, Debatin JF, et al. Detection of breast cancer with conventional mammography and contrast-enhanced MR imaging. Eur Radiol. 1998;8(2):194-200.
46. Bone B, Pentek Z, Perbeck L, et al. Diagnostic accuracy of mammography and contrast-enhanced MR imaging in 238 histologically verified breast lesions. Acta Radiol. 1997 Jul;38(4 pt 1):489-96.
47. Kerlikowske K, Smith-Bindman R, Ljung BM, et al. Evaluation of abnormal mammography results and palpable breast abnormalities. Ann Intern Med. 2003 Aug 19;139(4):274-84.
48. Cox B, Ballard-Barbash R, Broeders M, et al; International Cancer Screening Network. Recording of hormone therapy and breast density in breast screening programs: summary and recommendations of the International Cancer Screening Network. Breast Cancer Res Treat. 2010 Dec;124(3):793-800.
49. Woods RW, Sisney GS, Salkowski LR, et al. The mammographic density of a mass is a significant predictor of breast cancer. Radiology. 2011 Feb;258(2):417-25.
50. American College of Radiology. ACR practice parameter for the performance of a breast ultrasound examination. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
51. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. Radiology. 2002 Oct;225(1):165-75. [Texto completo](#)
52. Max MH, Klamer TW. Breast cancer in 120 women under 35 years old: a 10-year community-wide survey. Am Surg. 1984 Jan;50(1):23-5.
53. American College of Radiology. ACR practice parameter for the performance of ultrasound-guided percutaneous breast interventional procedures. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
54. Gong X, Xu Q, Xu Z, et al. Real-time elastography for the differentiation of benign and malignant breast lesions: a meta-analysis. Breast Cancer Res Treat. 2011 Nov;130(1):11-8.
55. Sadigh G, Carlos RC, Neal CH, et al. Ultrasonographic differentiation of malignant from benign breast lesions: a meta-analytic comparison of elasticity and BIRADS scoring. Breast Cancer Res Treat. 2012 May;133(1):23-35.

56. Sadigh G, Carlos RC, Neal CH, et al. Accuracy of quantitative ultrasound elastography for differentiation of malignant and benign breast abnormalities: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2012 Aug;134(3):923-31.
57. Medeiros LR, Duarte CS, Rosa DD, et al. Accuracy of magnetic resonance in suspicious breast lesions: a systematic quantitative review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2011 Apr;126(2):273-85.
58. Lehman CD, DeMartini W, Anderson BO, et al. Indications for breast MRI in the patient with newly diagnosed breast cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2009 Feb;7(2):193-201.
59. Lee JM, Halpern EF, Rafferty EA, Gazelle GS. Evaluating the correlation between film mammography and MRI for screening women with increased breast cancer risk. *Acad Radiol.* 2009 Nov;16(11):1323-8.
60. Flamm CR, Ziegler KM, Aronson N. Technology Evaluation Center assessment synopsis: use of magnetic resonance imaging to avoid a biopsy in women with suspicious primary breast lesions. *J Am Coll Radiol.* 2005 Jun;2(6):485-7.
61. Peters NH, Borel Rinkes IH, Zuithoff NP, et al. Meta-analysis of MR imaging in the diagnosis of breast lesions. *Radiology.* 2008 Jan;246(1):116-24. [Texto completo](#)
62. Chen X, Li WL, Zhang YL, et al. Meta-analysis of quantitative diffusion-weighted MR imaging in the differential diagnosis of breast lesions. *BMC Cancer.* 2010 Dec 29;10:693. [Texto completo](#)
63. Dorrius MD, Jansen-van der Weide MC, van Ooijen PM, et al. Computer-aided detection in breast MRI: a systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol.* 2011 Aug;21(8):1600-8. [Texto completo](#)
64. Escalona S, Blasco JA, Reza MM, et al. A systematic review of FDG-PET in breast cancer. *Med Oncol.* 2010 Mar;27(1):114-29.
65. Samson DJ, Flamm CR, Pisano ED, Aronson N. Should FDG PET be used to decide whether a patient with an abnormal mammogram or breast finding at physical examination should undergo biopsy? *Acad Radiol.* 2002 Jul;9(7):773-83.
66. Xu HB, Li L, Xu Q. Tc-99m sestamibi scintimammography for the diagnosis of breast cancer: meta-analysis and meta-regression. *Nucl Med Commun.* 2011 Nov;32(11):980-8.
67. Akçil M, Karaağaoğlu E, Demirhan B. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology of palpable breast masses: an SROC curve with fixed and random effects linear meta-regression models. *Diagn Cytopathol.* 2008 May;36(5):303-10.
68. Yu YH, Wei W, Liu JL. Diagnostic value of fine-needle aspiration biopsy for breast mass: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 2012 Jan 25;12:41. [Texto completo](#)
69. Yu YH, Liang C, Yuan XZ. Diagnostic value of vacuum-assisted breast biopsy for breast carcinoma: a meta-analysis and systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* 2010 Apr;120(2):469-79.

70. National Institute for Health and Care Excellence. Image-guided radiofrequency excision biopsy of breast lesions. July 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
71. Hahn M, Krainick-Strobel U, Toellner T, et al. Interdisciplinary consensus recommendations for the use of vacuum-assisted breast biopsy under sonographic guidance: first update 2012. Ultraschall Med. 2012 Aug;33(4):366-71.
72. Hindle WH, Arias RD, Florentine B, et al. Lack of utility in clinical practice of cytologic examination of nonbloody cyst fluid from palpable breast cysts. Am J Obstet Gynecol. 2000 Jun;182(6):1300-5.

## Imagens

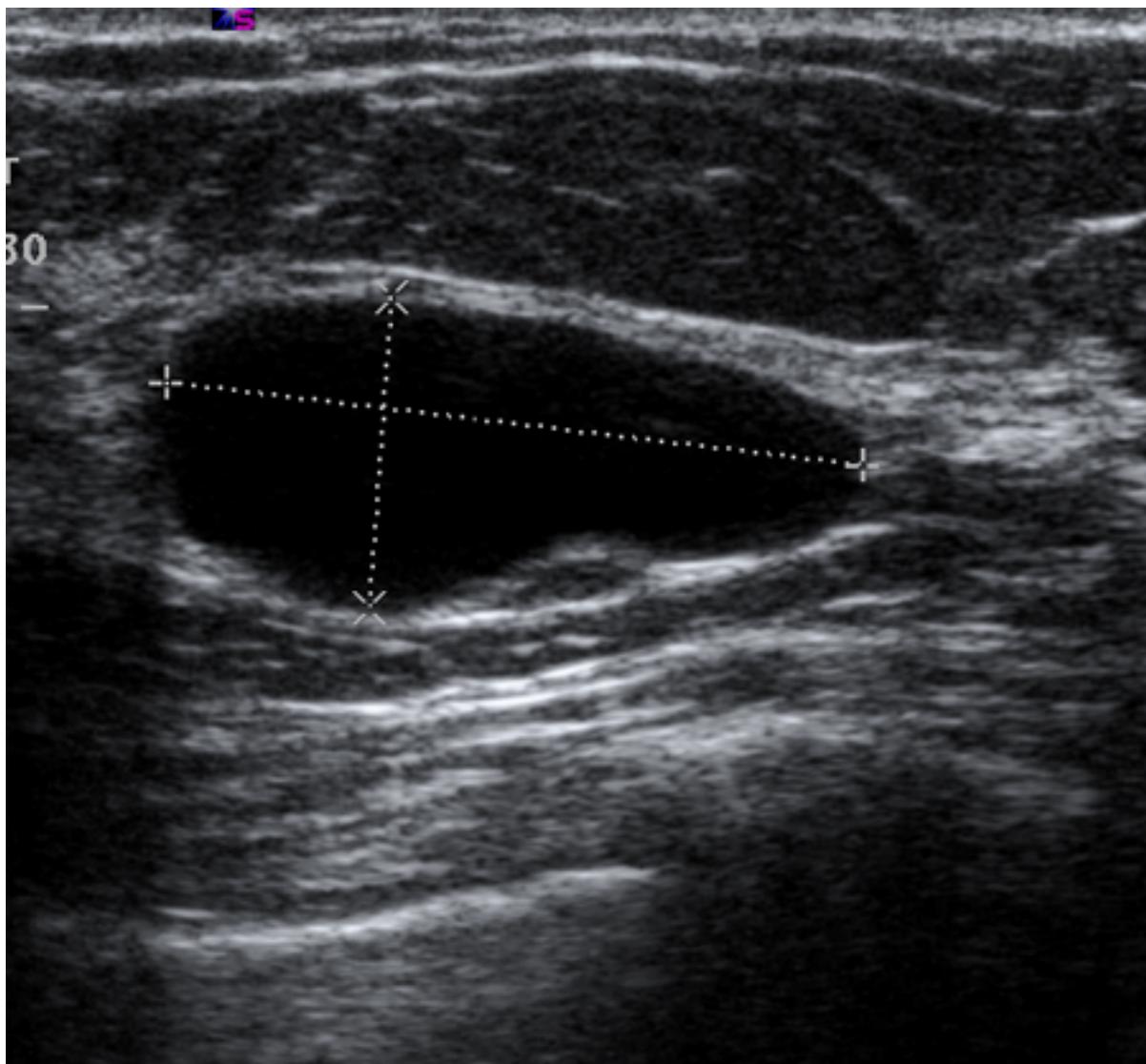


Figura 1: Imagem ultrassonográfica de um cisto simples

Cortesia do Dr. Lane Roland, Universidade de Louisville; usado com permissão

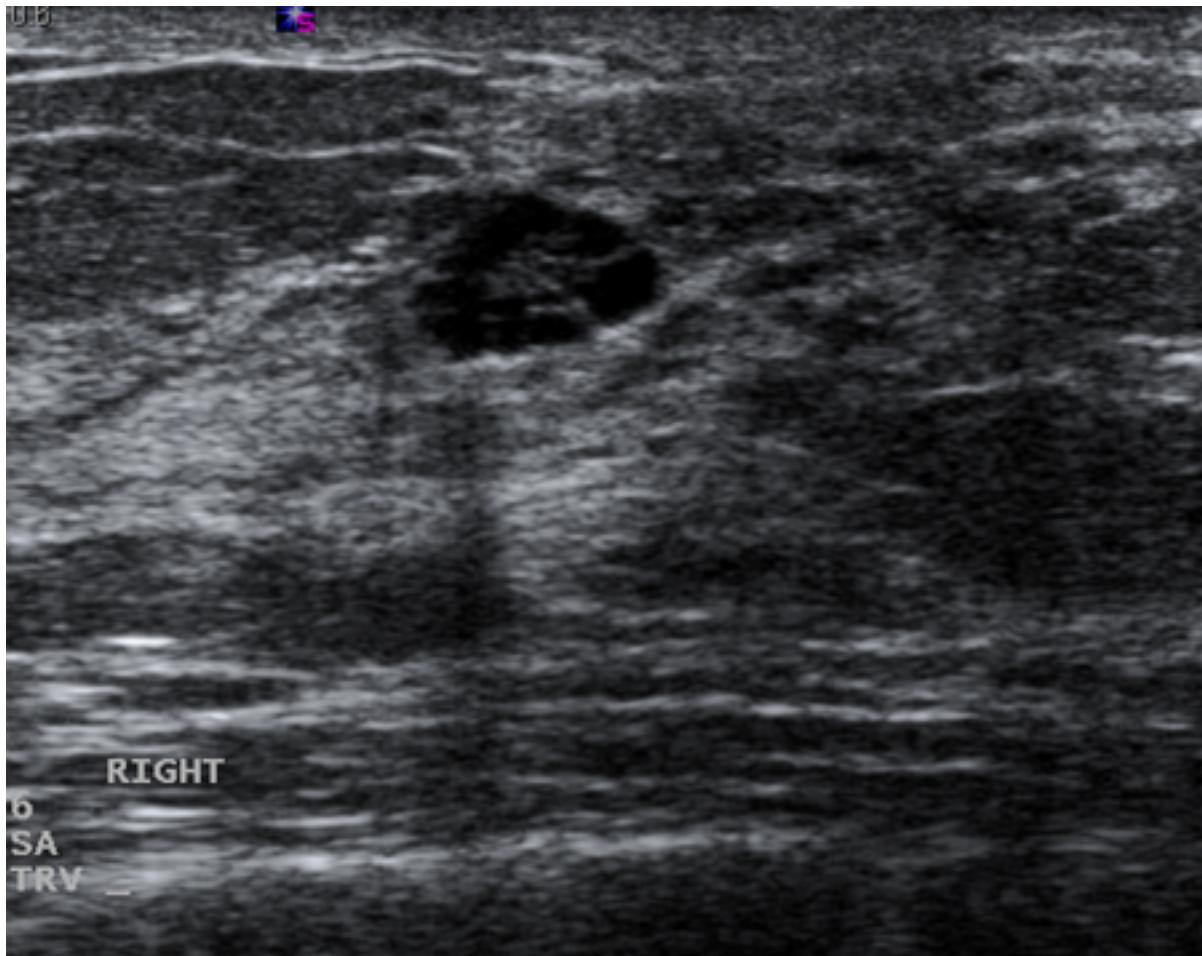


Figura 2: Imagem ultrassonográfica de um carcinoma complexo

Cortesia do Dr. Lane Roland, Universidade de Louisville; usado com permissão

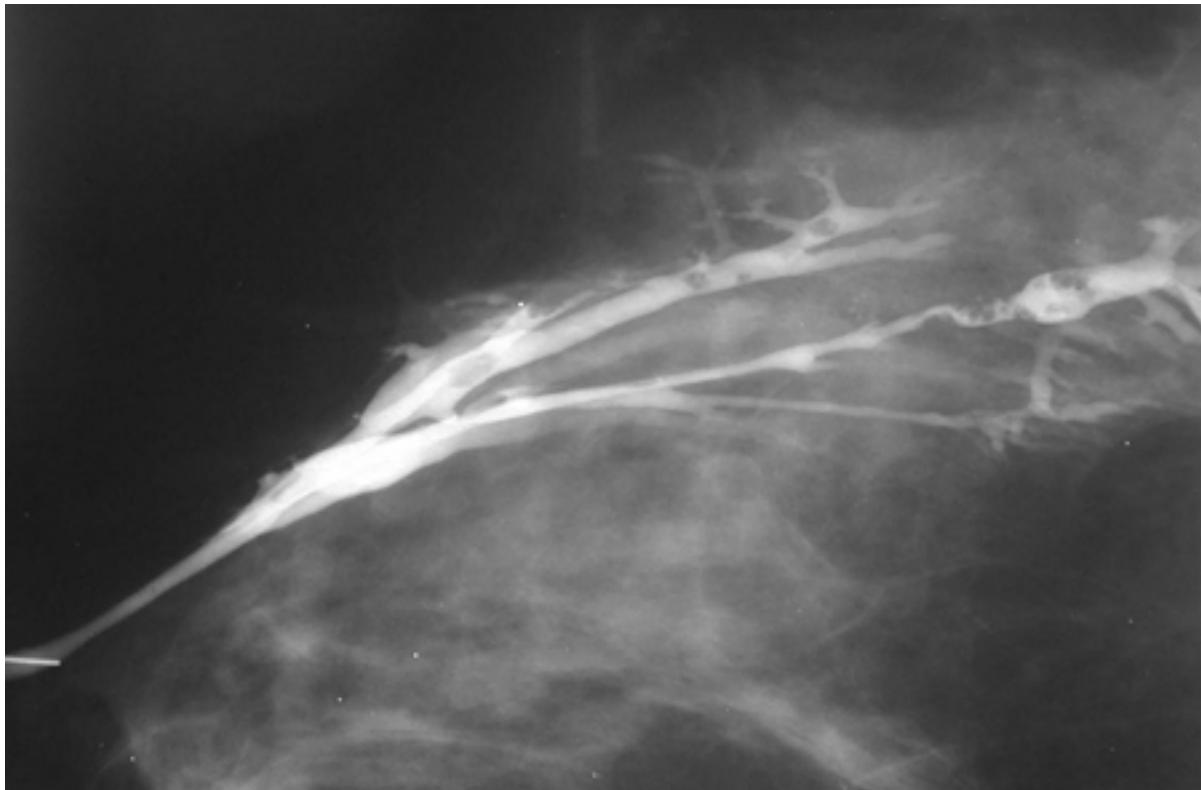


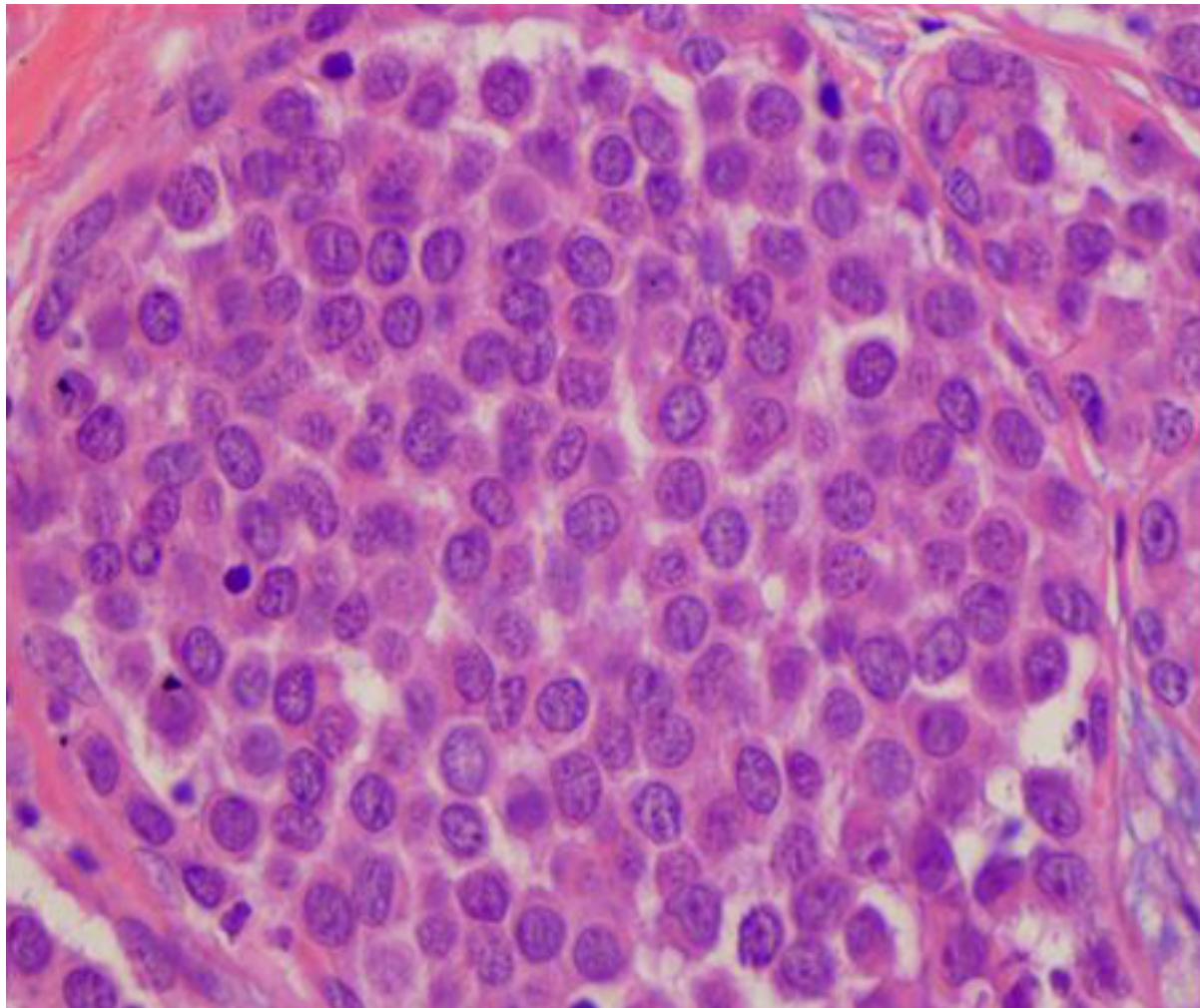
Figura 3: Ductografia demonstrando papilomas intraductais múltiplos

Cortesia da Dra. Nancy Pile, Universidade de Louisville; usado com permissão



Figura 4: Imagem ultrassonográfica do espessamento da pele em paciente com câncer de mama inflamatório

Cortesia da Dra. Nancy Pile, Universidade de Louisville; usado com permissão



IMAGES

Figura 5: Histopatologia do carcinoma lobular *in situ* (CLIS) clássico

Cortesia da Dra. Sunati Sahoo, Universidade de Louisville; usado com permissão

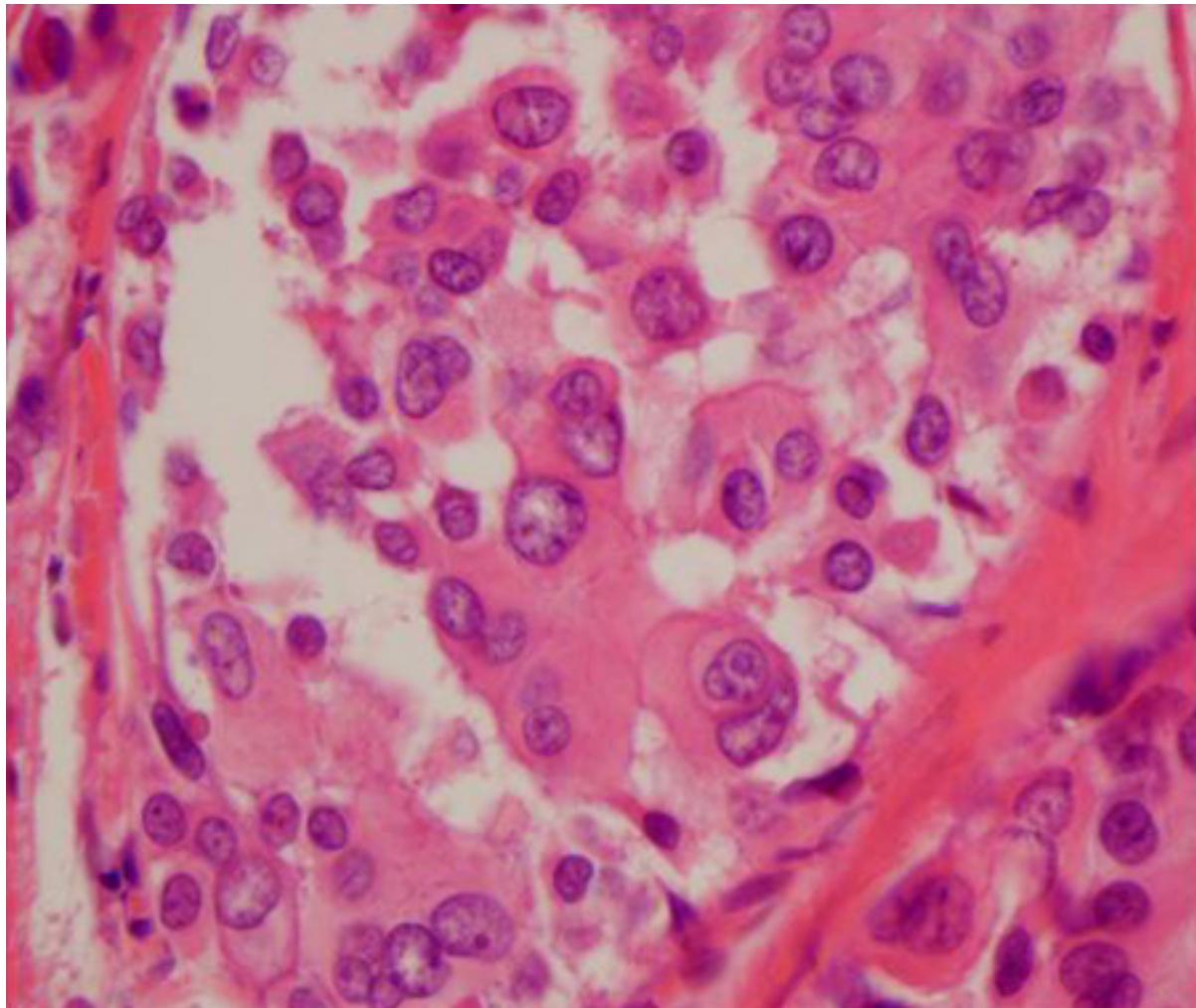


Figura 6: Histopatologia do carcinoma lobular *in situ* (CLIS) pleomórfico

Cortesia da Dra. Sunati Sahoo, Universidade de Louisville; usado com permissão



Figura 7: Paciente com câncer de mama inflamatório que se apresentou com uma mama retráida

Cortesia da Dr<sup>a</sup> Anees Chagpar

IMAGES



Figura 8: Massa palpável com envolvimento de pele na mama direita

Cortesia da Dr<sup>a</sup> Anees Chagpar



Figura 9: Massa palpável com envolvimento de pele na mama esquerda

Cortesia da Dr<sup>a</sup> Anees Chagpar

IMAGES



Figura 10: Paciente com massa mamária grande e retração para baixo da mama esquerda, observada ao elevar os braços

Cortesia da Dr<sup>a</sup> Anees Chagpar



*Figura 11: Escoriação do mamilo em paciente com doença de Paget da mama*

Cortesia da Dr<sup>a</sup> Anees Chagpar

Categoria BI-RADS	Descrição	Probabilidade de neoplasia	Recomendações
0	Precisa de mais informações	2-10%	Estudos adicionais de imagem
1	Normal	0.05-0.1%	Mamografia de rotina para triagem
2	Benigno	0.005-0.1%	Mamografia de rotina para triagem
3	Provavelmente benigno	0.3-1.8%	Acompanhamento de curto prazo (6 meses)
4	Altamente suspeito	10-55%	Biópsia
5	Maligno	60-100%	Biópsia
6	Câncer conhecido	100%	Tratar neoplasia

*Figura 12: Critérios do BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)*

Cortesia da Dr<sup>a</sup> Anees Chagpar

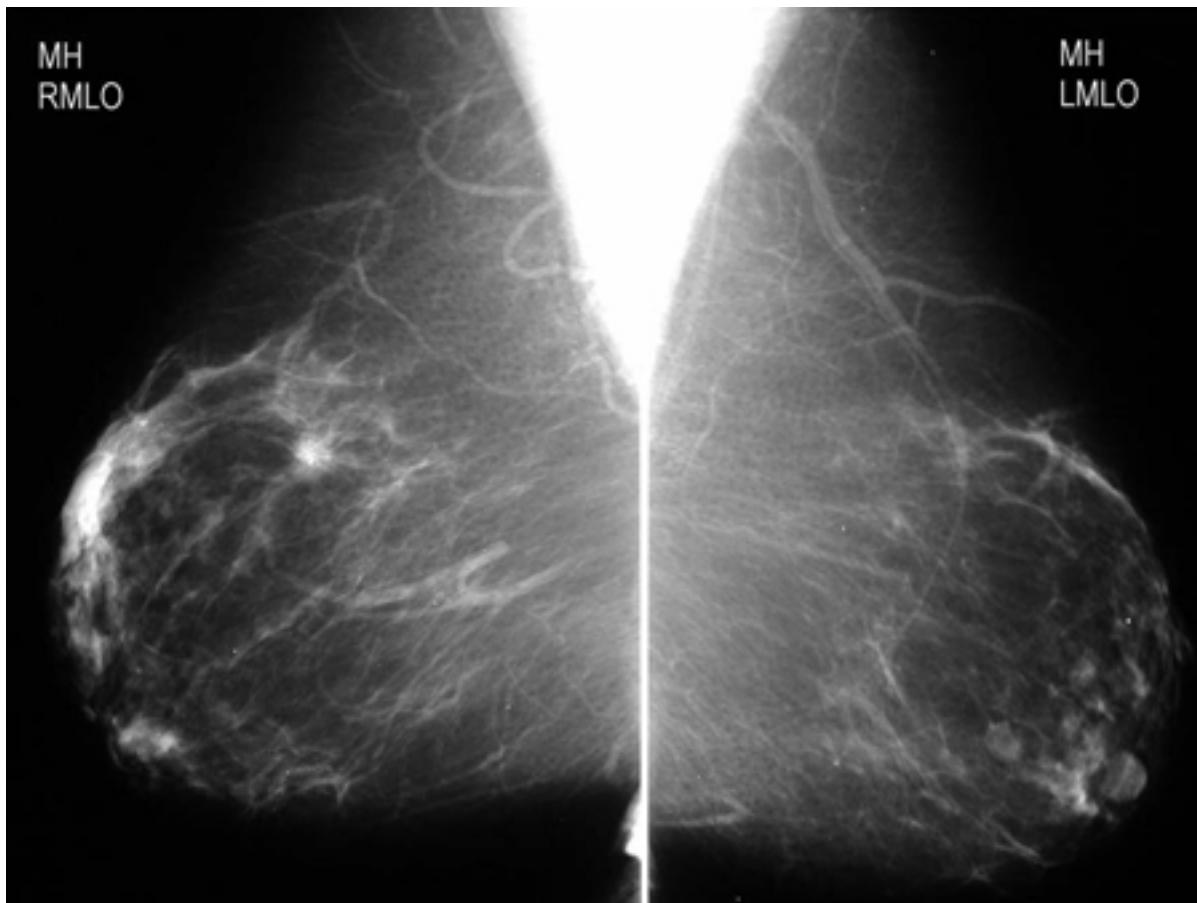
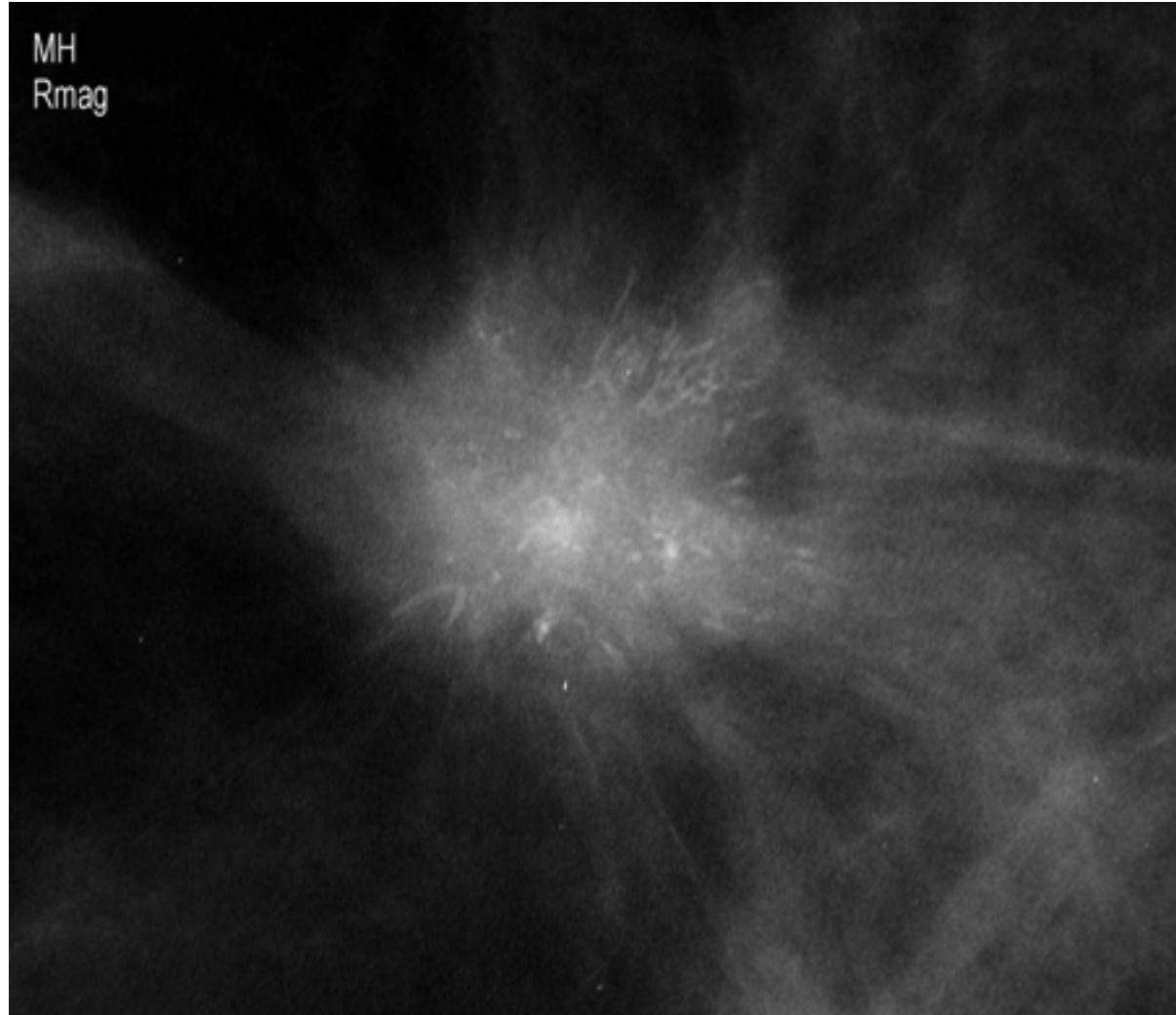


Figura 13: Mamografia de rastreamento demonstrando massa mamária

Cortesia da Dra. Nancy Pile, Universidade de Louisville; usado com permissão



IMAGES

Figura 14: Visualização de magnificação demonstrando uma massa espiculada irregular com calcificações associadas

Cortesia da Dra. Nancy Pile, Universidade de Louisville; usado com permissão

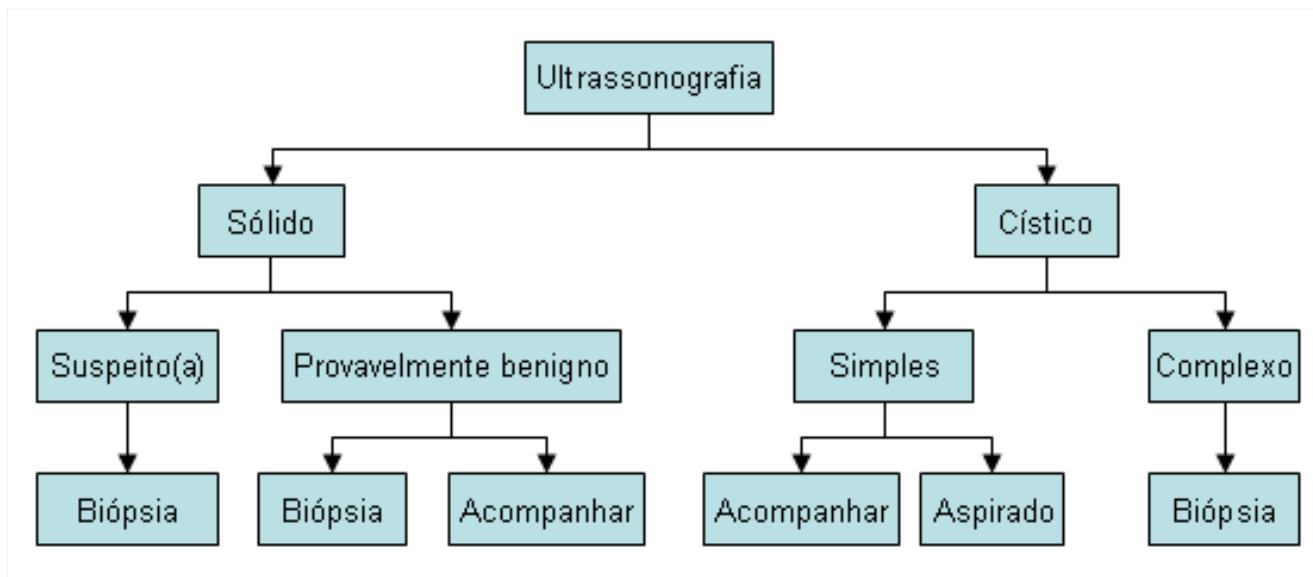


Figura 15: Algoritmo de diagnóstico para ultrassonografia de mama

Cortesia da Drª Anees Chagpar

Tipo de biópsia	Vantagens	Desvantagens
AAF	Fácil Relativamente indolor Procedimento de consultório Agulha muito pequena	Requer citopatologista especializado Não é capaz de avaliar a histologia
Agulha grossa	Fácil Relativamente indolor Procedimento de consultório Histopatologia padrão Capaz de avaliar a arquitetura do tecido Capaz de obter o estado do receptor	Agulha um pouco maior
Biópsia por excisão	Histopatologia padrão Capaz de avaliar a arquitetura do tecido Capaz de obter o estado do receptor	Requer sala de procedimento ou de cirurgia Incisão maior Mais doloroso

Figura 16: Técnicas de biópsia da mama (AAF; aspiração com agulha fina)

Cortesia da Drª Anees Chagpar

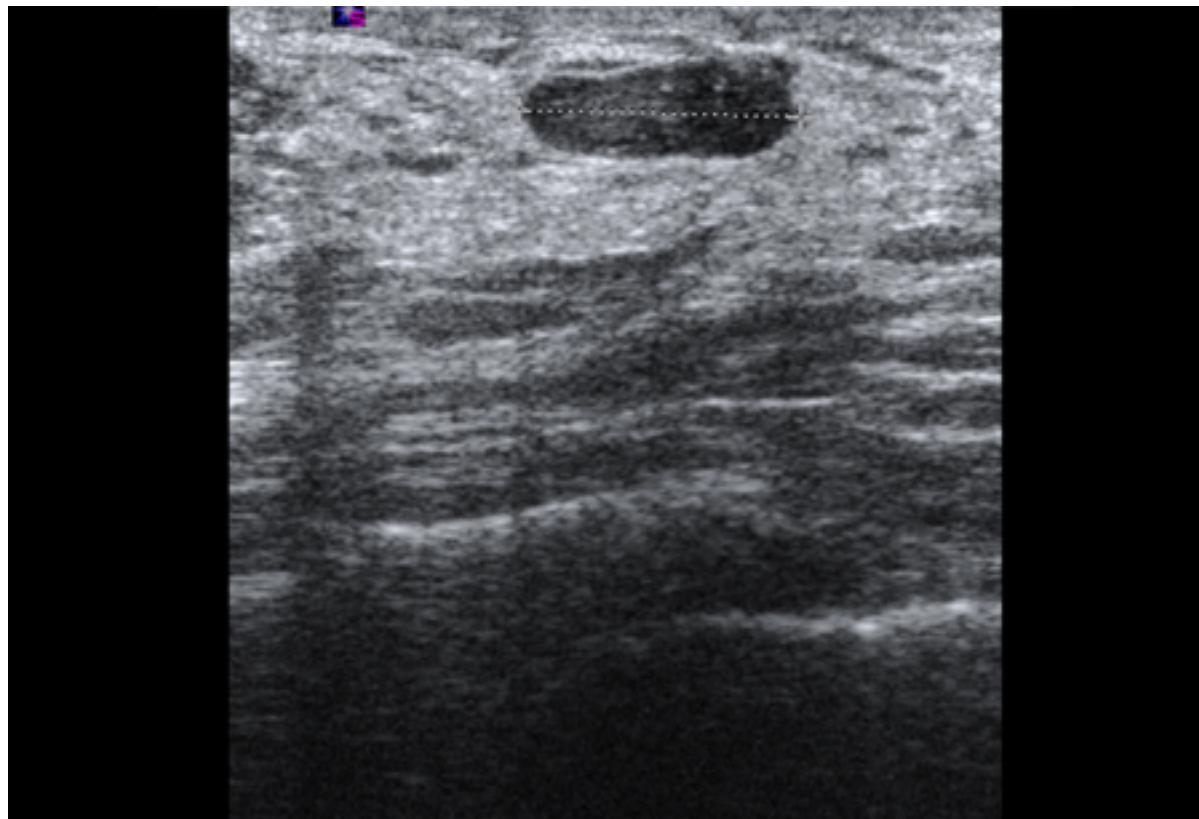


Figura 17: Imagem ultrassonográfica de fibroadenoma

Cortesia do Dr. Lane Roland, Universidade de Louisville; usado com permissão

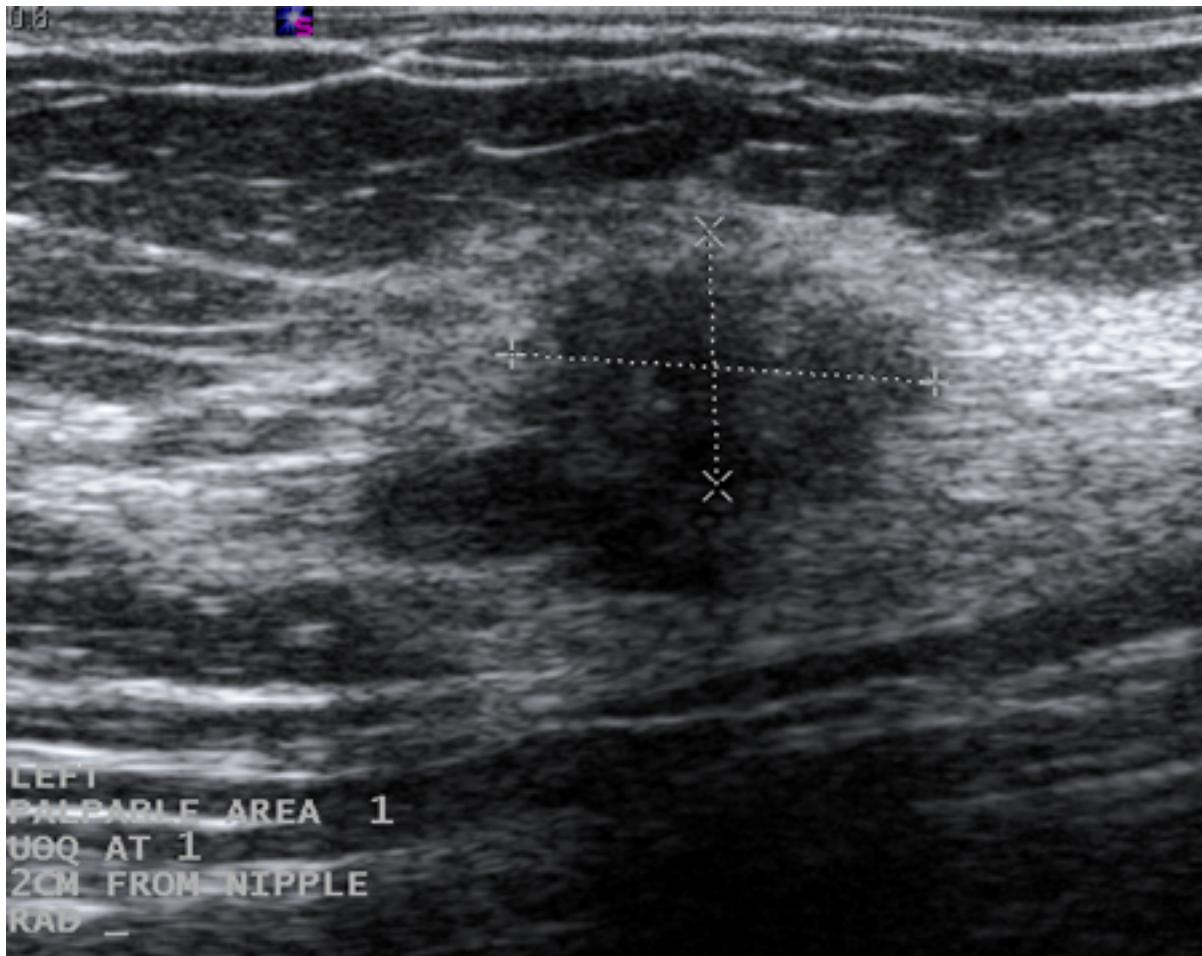


Figura 18: Imagem ultrassonográfica de um carcinoma invasivo

Cortesia do Dr. Lane Roland, Universidade de Louisville; usado com permissão

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,00
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Marios-Konstantinos Tasoulis, MD, PhD**

General Surgeon

Fellow in Breast Surgery, Breast Surgery Unit, The Royal Marsden Hospital NHS Foundation Trust, London, UK

DIVULGAÇÕES: M-KT declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Marios-Konstantinos Tasoulis would like to gratefully acknowledge Professor Anees Chagpar and Dr Matthew Bower, previous contributors to this topic. AC and MB declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **William Dooley, MD, FACS**

Director of Surgical Oncology

Department of Surgery, University of Oklahoma, G. Rainey Williams Chair in Surgical Breast Oncology, OU Breast Institute, Oklahoma City, OK

DIVULGAÇÕES: WD declares that he has no competing interests.

#### **Jesus Solier Insuasty Enriquez, MD**

Oncology Unit

Hospital Universitario Ramon Gonzalez Valencia, Bucaramanga, Colombia

DIVULGAÇÕES: JE declares that he has no competing interests.

#### **Justin Stebbing, MA, MRCP, MRCPATH, PhD**

Consultant Medical Oncologist/Senior Lecturer

Department of Medical Oncology, Imperial College/Imperial Healthcare NHS Trust, Charing Cross Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: JS declares that he has no competing interests.