Internato 2026

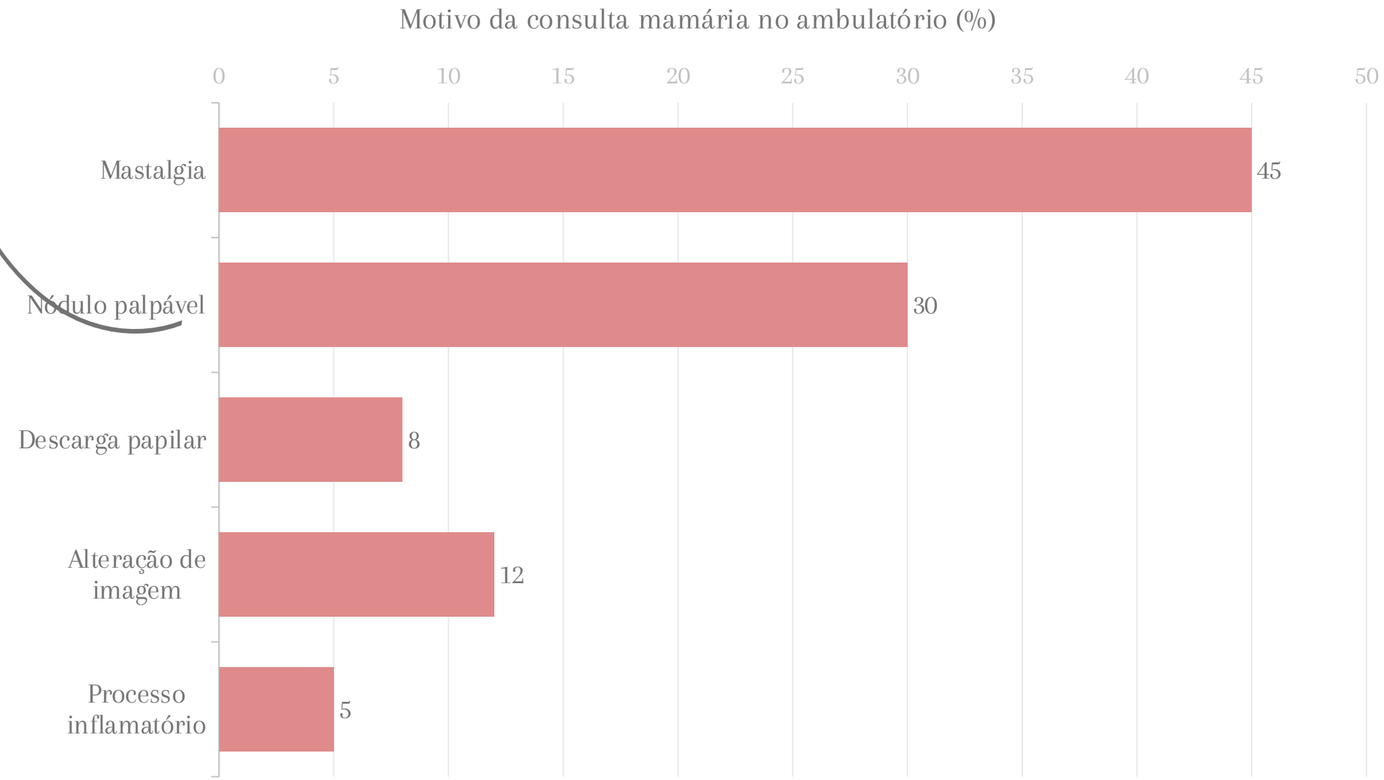
Mastologia benigna

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Reconhecer as três queixas do ambulatório: dor, nódulo e descarga
2. Investigar o nódulo palpável pela idade e pelo BI-RADS — e saber quando biopsiar
3. Tratar a mastalgia sem exames desnecessários nem remédios sem evidência
4. Diferenciar a descarga fisiológica da que exige cirurgia
5. Conduzir mastites, abscessos e alterações do desenvolvimento

EPIDEMIOLOGIA | A MAMA NO AMBULATÓRIO



90%

das queixas mamárias no ambulatório são benignas — mas é delas que sai o diagnóstico precoce do câncer

70%

das mulheres terão mastalgia em algum momento da vida; em 10% ela é intensa o bastante para procurar o médico

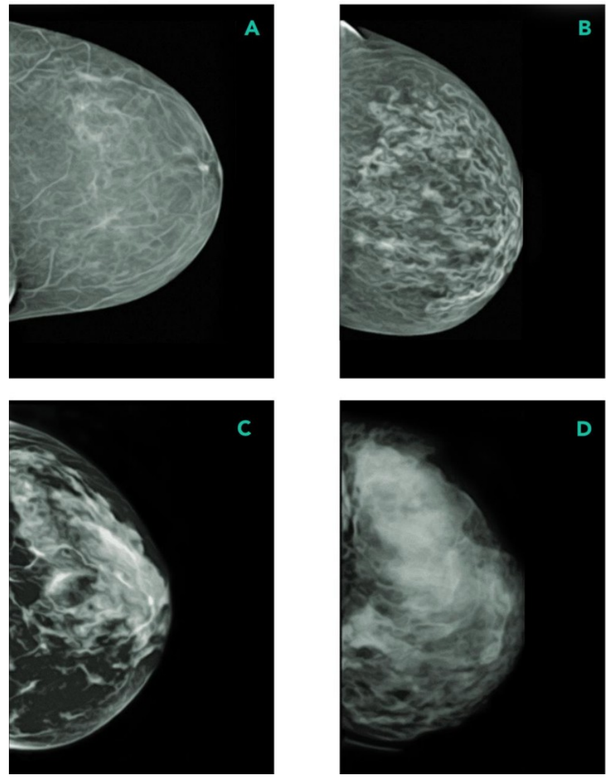
< 5%

das descargas papilares são câncer — quase todas uniductais, espontâneas e sanguinolentas ou 'água de rocha'

Fontes: Santen RJ, Mansel R, NEJM 2005;353:275-85; Guray M, Sahin AA, Oncologist 2006; SBM, Recomendações para o atendimento das afecções benignas (2021).

O nódulo palpável

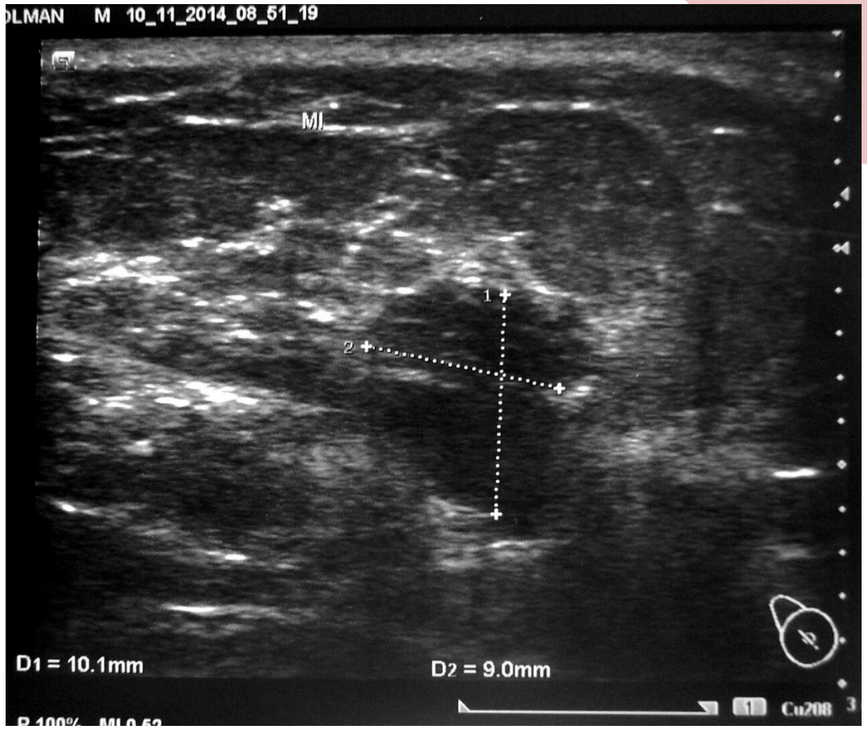
A queixa que mais assusta — e a que tem o caminho mais claro



CASO 1 | 'ACHEI UM CAROÇO'

Amanda, 24 anos, estudante de Direito.

Palpou um nódulo na mama direita há 3 meses, no banho. Não dói, não cresceu 'muito'. Ciclos regulares, usa ACO. Sem história familiar de câncer de mama.
Exame: nódulo de 2 cm no quadrante superior externo direito, fibroelástico, móvel, bem delimitado, indolor. Axila livre. Mama esquerda normal.
Chega com uma mamografia que a mãe insistiu que fizesse: 'mamas densas, sem nódulos' (BI-RADS 1).
Pergunta se precisa tirar.



USG: nódulo ovalado, hipoecoico, margens circunscritas, orientação paralela

A mamografia serviu para alguma coisa? Qual o exame certo aos 24 anos? Precisa biopsiar? Precisa operar?

Imagem: acervo da aula.

NÓDULO PALPÁVEL | COMO INVESTIGAR

Nódulo palpável: exame clínico (tamanho, consistência, mobilidade, pele, axila)

< 30 anos: ULTRASSONOGRAFIA. Mamografia só se o USG for suspeito ou inconclusivo (mama densa reduz sensibilidade)

30–39 anos: USG + mamografia (a ordem pode variar; ACR aceita USG primeiro)

≥ 40 anos: MAMOGRAFIA diagnóstica + USG dirigido. Nódulo em pós-menopausa é suspeito até prova em contrário

BI-RADS 1–2 com nódulo palpável: reavaliar clínica; se discordância (palpa-se, não se vê), USG dirigido ou RM; biópsia se persistir suspeita clínica

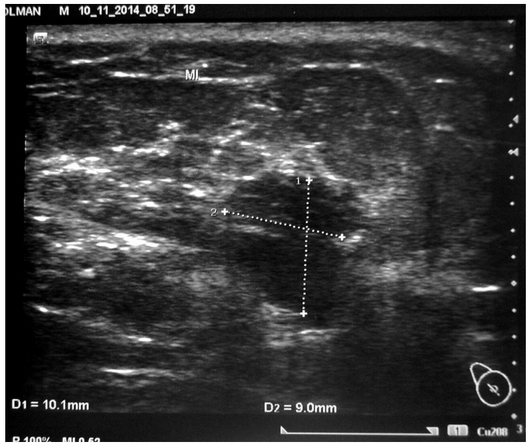
BI-RADS 3 (provavelmente benigno, < 2% de malignidade): controle em 6, 12 e 24 meses — ou biópsia se a paciente preferir / nódulo palpável em > 35 anos

BI-RADS 4–5: core biopsy guiada por USG (padrão). PAAF só para cisto sintomático ou axila. Biópsia cirúrgica é exceção

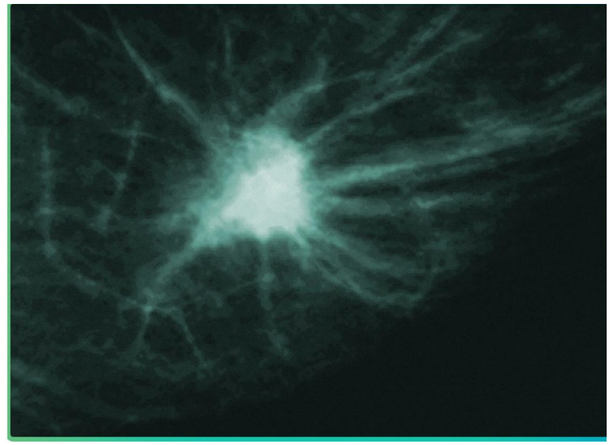
TRÍPLICE CONCORDANTE (clínica + imagem + histologia, todas benignas) autoriza conduta conservadora. Qualquer discordância = investigar mais. Nódulo palpável nunca é 'rastreamento' — é diagnóstico, em qualquer idade.

Fontes: ACR Appropriateness Criteria, Palpable Breast Masses (2022); ACR BI-RADS Atlas 5ª ed. (2013); SBM/CBR/FEBRASGO, Recomendações 2023.

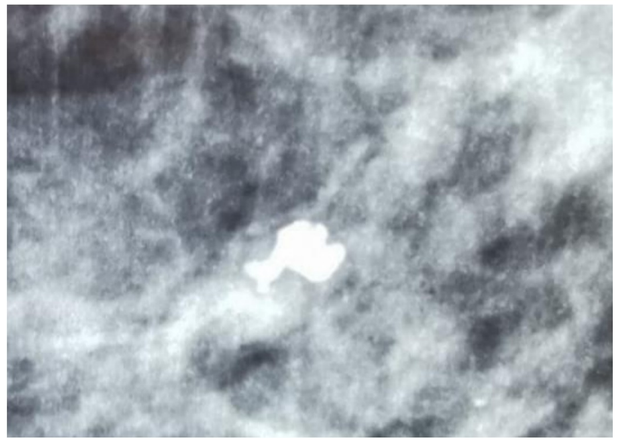
O QUE É BENIGNO E O QUE NÃO É | IMAGEM



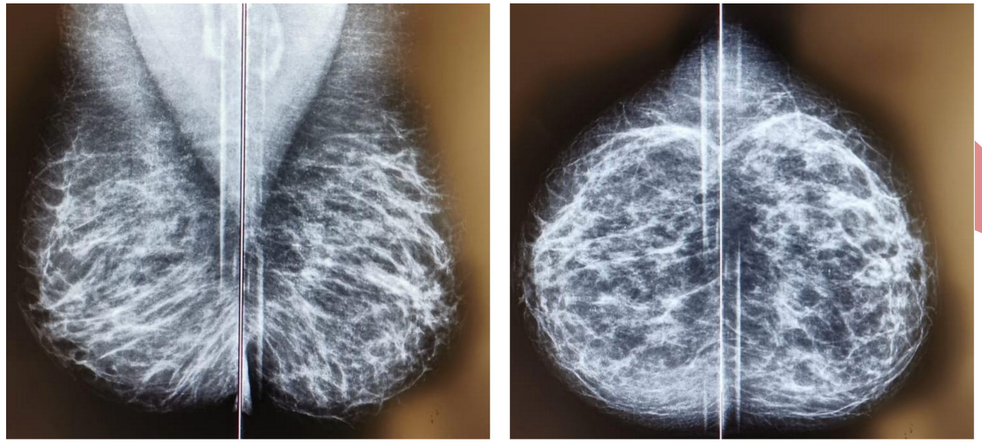
Benigno: ovalado, circunscrito, paralelo — fibroadenoma



Suspeito: irregular, espiculado — BI-RADS 4C/5



Microcalcificações pleomórficas agrupadas: biópsia



Mama densa: sensibilidade da mamografia cai a 50%

Imagens: S. Ciardullo e outros, Wikimedia Commons (CC BY-SA); acervo da aula.

NÓDULOS BENIGNOS | O QUE SÃO E O QUE FAZER

Lesão	Quem / como se apresenta	Diagnóstico	Conduta
Fibroadenoma	15–35 anos; o nódulo sólido mais comum; fibroelástico, móvel ('camundongo da mama'); cresce na gestação; 10–20% múltiplos	USG típico; core biopsy se > 25–30 anos, > 2–3 cm, crescimento ou dúvida	Tríplice concordante e < 2–3 cm: observar (USG 6–12 meses por 2 anos; 30% regridem). Excisão: > 3 cm, crescimento, dor, desejo da paciente, suspeita de filoide
Tumor filoide	35–55 anos; cresce rápido; pode ser grande; 10–20% borderline/malignos	Core biopsy (pode confundir com fibroadenoma); crescimento rápido é a pista	Excisão com margem ≥ 1 cm; recidiva local 15%; sem esvaziamento axilar
Cisto simples	35–50 anos; aparece e some com o ciclo; pode doer; múltiplos	USG: anecoico, parede fina, reforço posterior = BI-RADS 2	Nada. Punção (PAAF) se doloroso ou volumoso; citologia só se líquido sanguinolento ou massa residual. Cisto complexo (componente sólido) = core
Alterações fibrocísticas	30–50 anos; nodularidade difusa, dor cíclica, espessamentos	Clínico + imagem; biópsia só se área dominante/suspeita	Tranquilizar; tratar a dor. Hiperplasia atípica na biópsia: risco relativo 4x — mastologia
Lipoma, hamartoma, necrose gordurosa	Após trauma/cirurgia (necrose gordurosa pode simular câncer)	Mamografia: cisto oleoso, calcificação em casca de ovo	Conservadora; excisão só se dúvida
Galactocele	Lactação ou pós-desmame; nódulo liso, indolor	USG; punção com leite	Aspiração; resolve

Fontes: Santen RJ, NEJM 2005; SBM 2021; Gordon PB et al., Radiology 2003 (fibroadenoma observação); Tan BY et al., Histopathology 2016 (filoide).

CASO 1 | RESOLUÇÃO

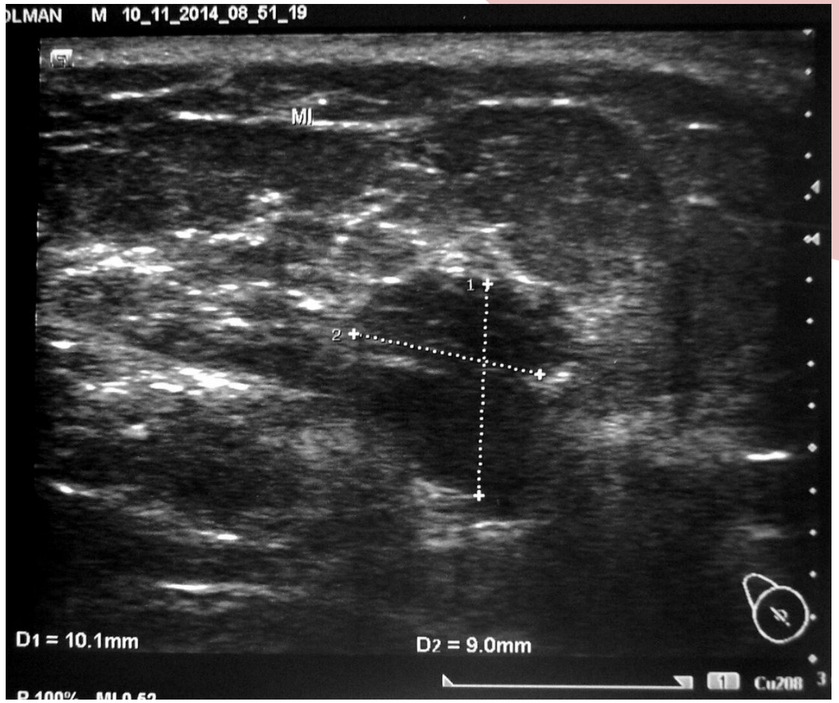
Fibroadenoma: tríplice concordante aos 24 anos.

Clínica típica (jovem, móvel, fibroelástico, delimitado) + USG típico (ovalado, circunscrito, paralelo). A mamografia não acrescentou nada e expôs à radiação: abaixo dos 30, o exame é o USG.

Biópsia? Com 2 cm e imagem BI-RADS 3 em < 25 anos, pode-se observar; core biopsy é razoável para fechar a tríplice e tranquilizar — e obrigatória se crescer, se > 3 cm ou se houver qualquer discordância.

Operar? Não precisa: USG em 6 e 12 meses; excisão se crescimento > 20% em 6 meses, > 3 cm, dor ou se ela preferir (ansiedade conta). Filoide é o que não se quer deixar crescer.

O que dizer: 'é um nódulo benigno, comum na sua idade, que não vira câncer; vamos acompanhar com ultrassom'. Autoexame informado, não ritual; mamografia só a partir dos 40 (ou 50 no SUS).



USG: fibroadenoma típico

- < 30 anos: USG, não mamografia
- Tríplice concordante → observar
- Excisão > 3 cm ou crescimento
- Filoide: pensar se cresce rápido

Mastalgia

A queixa mais comum — e a que menos precisa de exame



CASO 2| 'TENHO MEDO QUE SEJA CÂNCER'

Priscila, 32 anos, enfermeira.

Dor bilateral nas mamas, pior nos quadrantes externos, começa 7–10 dias antes da menstruação e some com o fluxo. Há 6 meses está 'insuportável': atrapalha dormir de bruços e abraçar. Toma 3 cafés por dia, treina com sutiã esportivo frouxo.

Tia materna teve câncer de mama aos 62 anos. Já tomou 'óleo de prímula' e vitamina E por 2 meses, sem melhora.

Exame: mamas densas, nodularidade difusa bilateral, dolorosas à palpação nos QSE; sem nódulo dominante, sem descarga, axilas livres.



Precisa de exame de imagem? O que funciona para a dor — e o que não funciona?

MASTALGIA | CLASSIFICAR E TRATAR

Três tipos

Cíclica (2/3): bilateral, difusa, QSE, pré-menstrual, 20–40 anos; hormonal; melhora na menopausa
Acíclica (1/4): unilateral, localizada, 40–50 anos; cisto, ectasia ductal, mastite periductal, trauma, gestação, drogas (ISRS, espironolactona, TH)
Extramamária: costocondrite (Tietze), dor na parede torácica, radiculopatia cervical, herpes-zóster, angina — palpar costela com a paciente em decúbito lateral

Quando pedir imagem

Dor cíclica difusa com exame normal em < 40 anos: NÃO precisa de imagem — explicar e reavaliar.
Dor focal persistente, nódulo, assimetria, descarga ou ≥ 40 anos: USG (± mamografia se ≥ 40).
Câncer se apresenta como dor isolada em < 2% dos casos — o exame normal é o melhor analgésico: 85% melhoram só com a tranquilização.

Tratamento escalonado

1ª linha: tranquilizar com a imagem normal; sutiã com sustentação (inclusive para dormir); registro da dor; reduzir cafeína e gordura (evidência fraca, custo zero)
2ª linha: AINE tópico (diclofenaco gel) ou oral nas crises; paracetamol
Casos graves (> 6 meses, interfere na vida): tamoxifeno 10 mg/dia por 3–6 meses (resposta 70–90%; contracepção não hormonal; risco de TEV) — mastologia. Danazol e bromocriptina: efeitos colaterais demais
Sem evidência: vitamina E, óleo de prímula, vitamina B6, diuréticos, progesterona tópica

Fontes: Smith RL et al., Mayo Clin Proc 2004; Srivastava A et al., Breast 2007 (meta-análise tamoxifeno/danazol); Goyal A, BMJ Clin Evid 2014; SBM 2021.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Mastalgia cíclica, intensa, com exame normal.

Padrão clássico: bilateral, QSE, pré-menstrual, nodularidade difusa. Tia aos 62 anos não configura risco elevado (um parente de 2º grau, pós-menopausa).

Imagem? Aos 32 anos com exame normal, não é obrigatória; mas como a dor dura 6 meses e ela tem medo, um USG normal vale como tratamento — e fecha a conversa.

Tratamento: explicar que a dor cíclica não é sinal de câncer; sutiã de sustentação adequado (medir!); diário de dor por 2 ciclos; diclofenaco gel nos dias de dor; reduzir cafeína. Suspender prímula e vitamina E — não funcionam.

Se não melhorar em 3–6 meses e a dor continuar interferindo: encaminhar à mastologia para tamoxifeno 10 mg/dia por 3 meses (com contracepção não hormonal).

Trocar o ACO? Pode ajudar em algumas; pílula contínua ou com menos estrogênio é tentativa razoável antes do tamoxifeno.



Cíclica + exame normal = sem imagem obrigatória

Tranquilizar é tratar

AINE tópico, sutiã, cafeína

Tamoxifeno só nos graves

Descarga papilar

Fisiológica, galactorreia ou patológica — três conversas diferentes



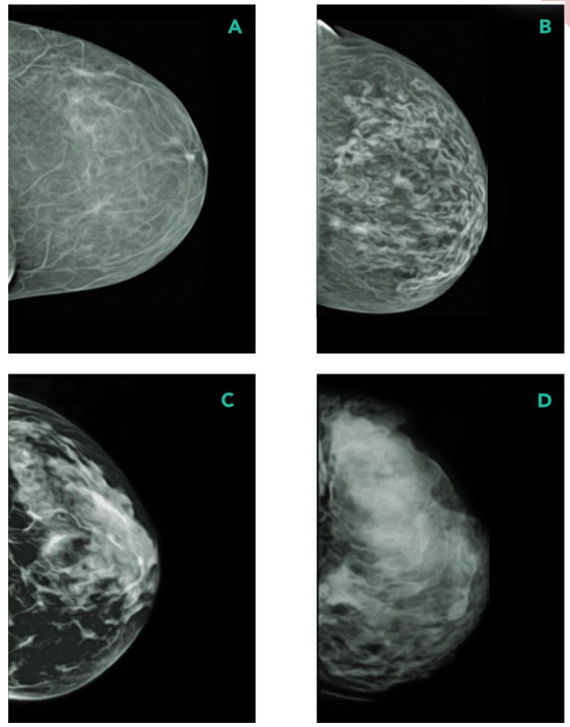
CASO 3 | 'SAIU SANGUE DO BICO DO PEITO'

Vera, 45 anos, comerciante.

Há 2 meses nota saída espontânea de secreção sanguinolenta pelo mamilo esquerdo, que mancha o sutiã; sempre pelo mesmo ponto. Nega dor, nódulo, uso de medicamentos ou galactorreia prévia.

Menopausa não; ciclos regulares. Mamografia há 1 ano: BI-RADS 2.

Exame: à expressão do mamilo esquerdo, secreção serossanguinolenta por um único ducto, às 2 horas. Sem nódulo palpável. Axila livre. Mama direita sem descarga.



Mamografia há 1 ano: BI-RADS 2 — o exame normal não encerra a investigação da descarga uniductal

É patológica? Que exame vem agora? Precisa operar mesmo com mamografia normal?

Imagem: acervo da aula.

DESCARGA PAPILAR | TRÊS CENÁRIOS

Fisiológica

Bilateral, multiductal, só à expressão, cor variável (amarela, verde, acastanhada, leitosa).
Comum na menacme, na gestação/lactação e com estímulo mamilar.
Causas: ectasia ductal, alterações fibrocísticas.
Conduta: orientar a NÃO espremer (perpetua), imagem conforme a idade, tranquilizar. Sem citologia.

Galactorreia

Leitosa, bilateral, multiductal, fora da lactação (> 1 ano após o desmame).
Investigar: β-hCG, prolactina, TSH; revisar medicamentos (antipsicóticos, metoclopramida, domperidona, ISRS, ACO, opioides).
Prolactina > 100–200 ng/mL ou cefaleia/alteração visual: RM de sela (prolactinoma).
Tratar a causa; cabergolina se prolactinoma ou galactorreia incômoda.

Patológica

Unilateral, UNIDUCTAL, ESPONTÂNEA, persistente; sanguinolenta, serossanguinolenta ou 'água de rocha' (cristalina).
Causas: papiloma intraductal (40–60%), ectasia ductal, carcinoma (5–15%, mais em > 50 anos ou com nódulo).
Investigar: mamografia + USG retroareolar (dilatação ductal, nódulo intraductal); RM se negativos; citologia da secreção tem baixa sensibilidade — não exclui.
Conduta: ressecção do ducto (microductectomia / excisão do sistema ductal terminal) para diagnóstico histológico — mesmo com imagem normal.

Fontes: ACR Appropriateness Criteria, Evaluation of Nipple Discharge (2022); Sabel MS, UpToDate 2024; SBM 2021; Lee SJ et al., JACR 2017.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Descarga patológica: unilateral, uniductal, espontânea, sanguinolenta.

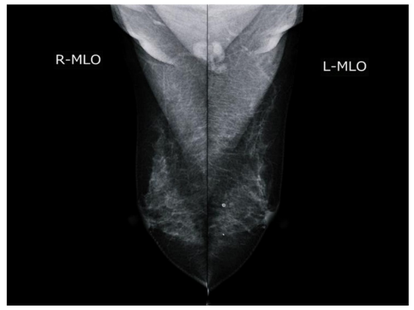
Os quatro adjetivos estão presentes. Mamografia BI-RADS 2 há 1 ano não exclui lesão intraductal pequena.

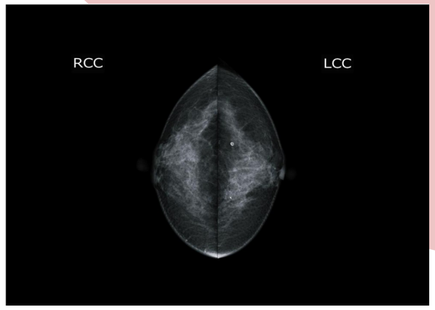
Agora: mamografia atual + USG com atenção à região retroareolar às 2 horas (ducto dilatado com nódulo intraductal = papiloma). Se negativos, RM de mama. Citologia da secreção: pode colher, mas negativa não tranquiliza.

Depois: exérese do ducto acometido (identificar o ducto com azul de metileno/sonda) para histologia — é diagnóstica e terapêutica. Papiloma intraductal é o mais provável; carcinoma papilífero ou CDIS em 5–15%.

Se fosse bilateral, multiductal, à expressão: fisiológica — orientar a não espremer e seguir rastreio pela idade.

Se fosse leitosa: galactorreia — prolactina, TSH, β-hCG, medicamentos.





Uniductal + espontânea + sangue

USG retroareolar ± RM

Ressecção do ducto

Citologia negativa não exclui

Inflamação, infecção e desenvolvimento

Mastites, abscessos e o que é só variação da normalidade



PROCESSOS INFLAMATÓRIOS DA MAMA

Condição	Quem / clínica	Conduta
Mastite puerperal	2ª–6ª semana de lactação; área eritematosa, quente, dolorosa, febre; estase láctea + fissura; S. aureus	MANTER a amamentação/ordenha (esvaziar é o tratamento); cefalexina 500 mg 6/6 h ou cefadroxila 500 mg 12/12 h por 10–14 dias; AINE; se MRSA/falha: clindamicina ou SMX-TMP (evitar no RN < 1 mês)
Abscesso puerperal	Mastite que não melhora em 48–72 h; flutuação; USG confirma coleção	Punção aspirativa guiada por USG (repetir se necessário) ou drenagem com incisão periareolar; antibiótico; manter amamentação na mama contralateral e, se possível, na afetada
Mastite periductal / ectasia	Fumantes de 30–50 anos; dor e massa retroareolar, descarga espessa, retração do mamilo; recorrente; anaeróbios	Antibiótico com cobertura de anaeróbio (amoxicilina-clavulanato); drenagem se abscesso; cessar tabagismo; excisão do sistema ductal nas recorrências; excluir câncer inflamatório
Mastite granulomatosa idiopática	Mulheres jovens, paridas; massa inflamatória, fístulas múltiplas, pode simular câncer; biópsia com granulomas não caseosos; excluir TB, Corynebacterium	Core biopsy sempre; corticoide (prednisona 0,5–1 mg/kg com redução lenta) ± metotrexato; cirurgia só residual; recidiva 20–50%
Câncer inflamatório	Eritema e edema (casca de laranja) de > 1/3 da mama, sem febre, pouca dor, rápido; não melhora com antibiótico	'Mastite' fora da lactação que não melhora em 1–2 semanas de antibiótico = biópsia de pele e mama. Nunca drenar 'abscesso' sem USG

Fontes: ABM Clinical Protocol #36 (Mastitis Spectrum), Breastfeed Med 2022; Dixon JM, BMJ 2013; Pluguez-Turull CW et al., Radiographics 2018 (granulomatosa); SBM 2021.

DESENVOLVIMENTO, ADOLESCÊNCIA E GESTAÇÃO

Variações do desenvolvimento

Politelia: mamilo acessório na linha láctea (1–5%); nada a fazer

Mama acessória / tecido ectópico axilar: incha na gestação e lactação; excisão só se sintomática

Assimetria: comum na puberdade; aguardar o fim do desenvolvimento (≈ 18 anos) antes de qualquer cirurgia

Hipertrofia virginal / gigantomastia: crescimento rápido na puberdade; mamoplastia após estabilização

Tuberosa, amastia, atelia: raras; cirurgia plástica

Adolescente

Telarca aos 8–13 anos (antes de 8: puberdade precoce; após 13: investigar).

Botão mamário unilateral no início da telarca NÃO é nódulo — não biopsiar, não excisar (destrói o broto).

Nódulo na adolescente: 95% fibroadenoma; USG; observar; excisão se > 5 cm (fibroadenoma juvenil) ou crescimento rápido.

Ginecomastia puberal no menino: 50–60%, regride em 1–2 anos; investigar se persistente, unilateral, > 4 cm ou com sinais de hipogonadismo/tumor.

Gestação e lactação

Mama cresce, fica nodular; nódulo novo na gestação merece USG (fibroadenoma cresce, galactocele, adenoma de lactação) — e core se sólido suspeito; câncer na gestação é raro, mas diagnosticado tarde. Mamografia pode ser feita com proteção abdominal; RM sem gadolínio evitar.

Sangramento mamilar bilateral no 3º trimestre/lactação ('rusty pipe'): benigno, autolimitado.

Fissuras: corrigir a pega; lanolina/leite materno; não suspender.

Ingurgitamento: ordenha, compressa fria, amamentação em livre demanda.

Fontes: SBM 2021; ACOG Committee Opinion 625 (ginecomastia e mama na adolescência); Amant F et al., Lancet Oncol 2012 (câncer na gestação); SBP, Manual de Aleitamento 2021.

QUANDO ENCAMINHAR À MASTOLOGIA

Encaminhar

BI-RADS 4 ou 5; BI-RADS 3 em nódulo palpável ou paciente muito ansiosa.
Descarga patológica (uniductal, espontânea, sanguinolenta/cristalina).
Tumor filoide; hiperplasia atípica ou carcinoma lobular in situ na biópsia.
Mastalgia grave refratária (candidata a tamoxifeno).
Mastite não puerperal recorrente, granulomatosa ou qualquer 'mastite' que não melhora com antibiótico.
Nódulo sólido suspeito na gestação.

Alto risco familiar

Mutação BRCA1/2 ou outra conhecida na família.
≥ 2 parentes de 1º grau com câncer de mama, ou 1 com câncer < 50 anos, bilateral, masculino ou ovário.
Radioterapia torácica antes dos 30 anos.
Conduta: aconselhamento genético; RM anual a partir dos 25–30 + mamografia anual a partir dos 30; discutir quimioprevenção e cirurgia redutora de risco.

A atenção primária resolve

Mastalgia cíclica com exame normal.
Cisto simples; fibroadenoma típico < 3 cm em seguimento.
Descarga fisiológica; galactorreia medicamentosa.
Mastite puerperal e orientação de amamentação.
Politelia, assimetria puberal.
Rastreamento pela idade e orientação sobre autoconhecimento das mamas.

Fontes: SBM/CBR/FEBRASGO 2023; NCCN Guidelines, Breast Cancer Screening and Diagnosis v1.2024; INCA 2015.

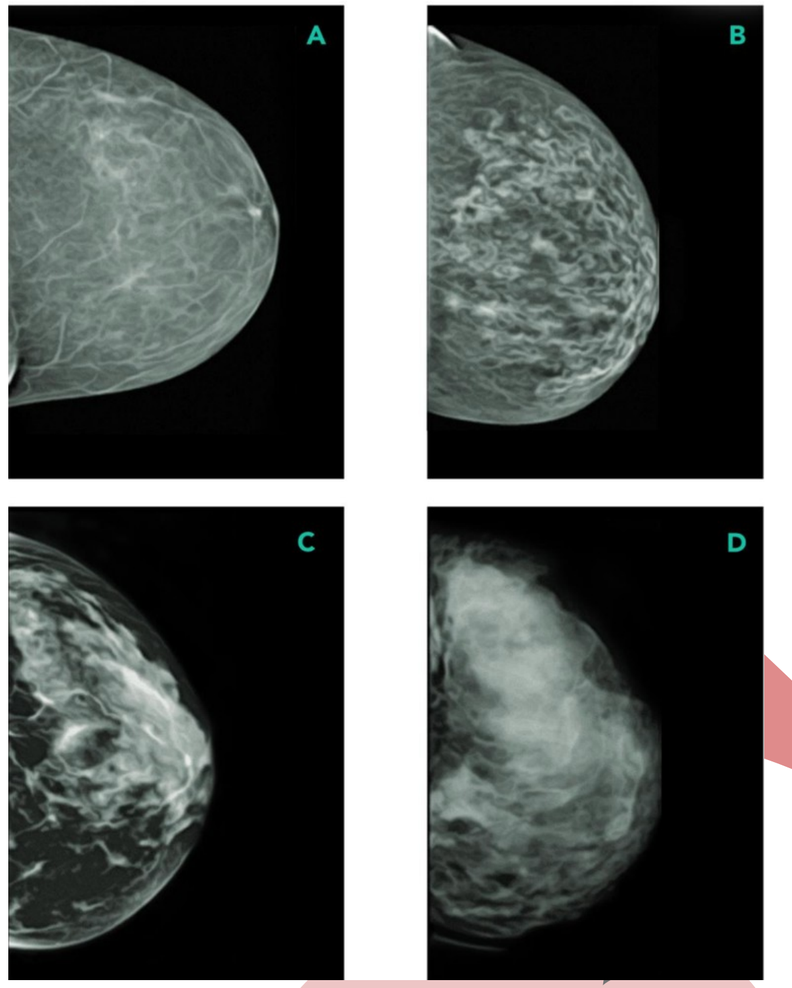
RASTREAMENTO EM UMA LINHA — E A REGRA DA AULA

Ministério da Saúde / INCA mamografia bienal dos 50 aos 69 anos; dos 40 aos 49, decisão compartilhada (2025). Fora disso, só com sintoma ou alto risco.

SBM / CBR / FEBRASGO mamografia anual a partir dos 40 anos, enquanto houver boa saúde. Tomossíntese quando disponível.

O que não é rastreamento ultrassonografia isolada (complementa a mama densa, não substitui); RM fora do alto risco; autoexame como técnica mensal rígida — o que vale é conhecer o próprio corpo e procurar ao notar mudança.

Sintoma é diagnóstico, não rastreamento nódulo palpável se investiga pela idade (USG < 30, mamografia ≥ 40) e se define pela tríplice; descarga uniductal espontânea se opera; dor cíclica com exame normal se tranquiliza; mastite que não melhora se biopsia.



Mamografia nas quatro incidências — o exame certo para a idade certa

Fontes: INCA, Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama (2015) e Portaria MS 2025; SBM/CBR/FEBRASGO, Recomendações para o rastreamento 2023; Lei 11.664/2008.

QUESTÃO | NÓDULO NA JOVEM

Mulher de 26 anos refere nódulo mamário palpável há 4 meses, indolor. Ao exame: nódulo de 2,5 cm, móvel, fibroelástico, bem delimitado, no QSE da mama esquerda. Qual o primeiro exame de imagem indicado?

A Mamografia bilateral com incidências adicionais.

B Ressonância magnética das mamas com contraste.

C Ultrassonografia mamária.

D Punção aspirativa por agulha fina sem imagem prévia.

E Nenhum exame; apenas observação clínica por 6 meses.

QUESTÃO | NÓDULO NA JOVEM

Mulher de 26 anos refere nódulo mamário palpável há 4 meses, indolor. Ao exame: nódulo de 2,5 cm, móvel, fibroelástico, bem delimitado, no QSE da mama esquerda. Qual o primeiro exame de imagem indicado?

A Mamografia bilateral com incidências adicionais.

B Ressonância magnética das mamas com contraste.

C Ultrassonografia mamária.

D Punção aspirativa por agulha fina sem imagem prévia.

E Nenhum exame; apenas observação clínica por 6 meses.

QUESTÃO | MASTITE PUERPERAL

Puérpera no 15º dia de lactação apresenta dor, calor e rubor no quadrante superior externo da mama direita, febre de 38,5 °C, sem flutuação. Qual a conduta mais adequada?

A Suspender a amamentação na mama afetada e iniciar cabergolina.

B Manter a amamentação e a ordenha, prescrever cefalexina 500 mg 6/6 h por 10–14 dias e anti-inflamatório.

C Drenagem cirúrgica imediata sob anestesia geral.

D Antibiótico somente se não houver melhora em 7 dias, pois a maioria resolve espontaneamente.

E Solicitar mamografia bilateral antes de qualquer tratamento.

QUESTÃO | MASTITE PUERPERAL

Puérpera no 15º dia de lactação apresenta dor, calor e rubor no quadrante superior externo da mama direita, febre de 38,5 °C, sem flutuação. Qual a conduta mais adequada?

A Suspender a amamentação na mama afetada e iniciar cabergolina.

B Manter a amamentação e a ordenha, prescrever cefalexina 500 mg 6/6 h por 10–14 dias e anti-inflamatório.

C Drenagem cirúrgica imediata sob anestesia geral.

D Antibiótico somente se não houver melhora em 7 dias, pois a maioria resolve espontaneamente.

E Solicitar mamografia bilateral antes de qualquer tratamento.

MENSAGENS

1. Sintoma é investigação em qualquer idade. Nódulo: USG antes dos 30, mamografia a partir dos 40; a tríplice concordante (clínica + imagem + histologia) autoriza observar.

2. Fibroadenoma típico < 3 cm: acompanhar; excisão se cresce, > 3 cm ou suspeita de filoide. Cisto simples: nada — punção só se dói.

3. Mastalgia cíclica com exame normal: tranquilizar, sutiã, AINE tópico; prímula e vitamina E não funcionam; tamoxifeno 10 mg só nos graves, via mastologia.

4. Descarga unilateral, uniductal, espontânea, sanguinolenta ou 'água de rocha': USG retroareolar ± RM e ressecção do ducto — mesmo com mamografia normal.

5. Mastite puerperal: manter a amamentação + cefalexina; sem melhora em 48–72 h, USG e punção do abscesso. 'Mastite' fora da lactação que não melhora = biópsia.

6. Rastreio: MS 50–69 bienal (40–49 por decisão compartilhada); SBM anual a partir dos 40. Botão mamário da telarca nunca se biopsia.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

