

Manejo da mastalgia

**Carlos H. Menke¹, Simone Ruaro², Luciana Miele², Jorge V. Biazús²,
José A. Cavalheiro², Nilton L. Xavier², Eliane G. Rabin²,
Ana C. Bittelbrunn², Rodrigo Cericatto²**

Mastalgia ou dor mamária é um sintoma comum tanto em clínicas especializadas quanto na atenção primária. Na maioria dos casos é condição auto-limitada que não requer outro tratamento senão esclarecimento e tranquilização. Em poucos casos, no entanto, mastalgia severa, prolongada, cíclica ou não, pode levar a distúrbios social, sexual e profissional sérios para a paciente. Primeiramente, o clínico deve estabelecer se a patologia é de fato de origem mamária, ou extramamária, para após quantificar tal queixa e estabelecer tratamento farmacológico, ou não. Em média, apenas 3% das pacientes com mastalgia requerem tratamento medicamentoso. Neste estudo, fez-se revisão das principais causas de dor mamária e dos tratamentos farmacológicos mais importantes disponíveis no momento.

Unitermos: Mastalgia, dor mamária.

Treatment of breast pain

Breast pain is a common problem in the setting of both primary care and specialized breast treatment clinics. For the majority of women, breast pain is a self-limiting condition that requires no treatment other than reassurance. Nevertheless, in a few cases, severe, prolonged cyclical or noncyclical breast pain may affect social, sexual, and work aspects of the patient's life. Firstly, when confronted with patients complaining of breast pain, physicians must determine whether it is of mammary or extramammary source. If the problem originates from the breast itself, further management depends on its nature, severity, and duration. In average, only 3 per cent of patients complaining from breast pain require pharmacological treatment. In this study, we reviewed the main aspects of breast pain, its etiology, and its pharmacological treatment.

Key-words: Mastalgia, breast pain.

Revista HCPA 2001;21(2):225-228

Introdução

Mastalgia ou dor mamária é um sintoma comum, afetando mais de 70% da população feminina em alguma época de sua vida (1). A mastalgia pode ocorrer regularmente por anos,

até a menopausa, podendo interferir nas atividades usuais. Permanece pobremente caracterizada e subdescrita, mas está entre as mais frequentes razões de consulta mastológica na prática geral. Isto também se

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Mastologia. CEP , Porto Alegre, RS, Brasil. Fone: +55-51-3316-8232 / 3316-8569;Correio eletrônico: menke@portoweb.com.br

² Serviço de Mastologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

deve ao aumento da incidência de câncer de mama e à possibilidade de que a mastalgia seja indicador da doença na cultura popular.

Avaliação da dor mamária

Os itens mais importantes na avaliação e tratamento da dor mamária são: história completa, exame físico e avaliação radiológica.

A anamnese deve iniciar através da história, que inclui hábitos dietéticos, uso recente de novas medicações e relato de estresse. Perguntar sobre o tipo de dor, relação com a menstruação, localização da dor e presença de outros problemas médicos.

O exame físico compreende a inspeção estática e dinâmica, palpação de todos os quadrantes da mama, das axilas e fossas supra-claviculares.

Os exames complementares como a mamografia, ultra-sonografia e citopunção serão realizados conforme indicação médica.

Depois da exclusão de câncer de mama e aconselhamento, 85% das pacientes podem ser liberadas do consultório sem tratamento específico. Em somente 15% das pacientes a dor é tão severa que afeta o estilo de vida e exige medicamentos (1).

Classificação

A mastalgia pode ser classificada em: cíclica, não cíclica e de causas não mamárias.

1. Cíclica: mais freqüente na terceira década de vida, usualmente bilateral, em ardência, mas podendo ser unilateral e aguda, com irradiação para axila e braço. Inicia 7 a 10 dias antes e vai se acentuando até o início da menstruação, quando alivia. É uma condição crônica que alivia na menopausa. Aproximadamente 10-15% das mulheres têm esse sintoma de forma severa, interferindo em sua vida normal (2);

2. Não cíclica: a partir da quarta década de vida, com duração mais curta e resolução espontânea em 50% das pacientes. Normalmente é unilateral, ocorre nos quadrantes superiores da mama e é associada com nodularidade. Sem relação com o ciclo

menstrual. Causas: ectasia ductal, necrose gordurosa, adenose esclerosante e câncer;

3. Não mamárias: costochondrites, síndrome de Tietze, radiculopatia cervical, angina, colelitíase, trauma.

Etiologia: Ainda não estabelecida. Alguns fatores são associados:

1. Fatores dietéticos: a mastalgia é menos freqüente em lugares com dieta pobre em gordura. Uma relação elevada entre ácidos graxos saturados e insaturados leva a um estado de hipersensibilidade, porque há um aumento da afinidade do receptor da mama. Isto leva à hipótese de que uma deficiência nos ácidos graxos essenciais pode afetar o funcionamento dos receptores hormonais da mama, causando dor.

2. Papel dos Hormônios: desequilíbrios hormonais propostos incluem excesso de estrógenos, deficiência de progesterona, mudanças na razão E/P, diferenças na sensibilidade dos receptores, secreção de FSH e LH, diminuição dos níveis de andrógenos e altos níveis de prolactina.

Tratamento

O manejo da mulher com dor mamária deve iniciar excluindo-se a presença de alguma patologia de base e o esclarecimento à paciente. Para pacientes com mastalgia há menos de 6 meses, há grande probabilidade de melhora da dor após esclarecimento. Se esta não ceder com manejo conservador, deve-se iniciar o tratamento farmacológico com óleo de prímula. Se a dor persistir por mais de 6 meses, pode-se iniciar o tratamento com tamoxifen. Para os casos que não respondem ao tamoxifen, há a possibilidade de mudar o tratamento para danazol ou bromocriptina. Devido aos altos índices de remissão espontânea, a dor deve estar presente por, no mínimo, 6 meses antes de se iniciar tratamento farmacológico.

O manejo conservador da mastalgia pode começar através de mudanças nos hábitos alimentares, como por exemplo, retirando da

alimentação as metilxantinas, apesar de não haver evidências científicas que comprovem benefício terapêutico na restrição de cafeína e chocolate para melhorar a mastalgia. Ao contrário, a restrição de gorduras mostra melhora significativa da dor mamária (3).

1. Óleo de prímula (ácido gama-linoleico): produz poucos efeitos colaterais, melhora significativa da dor e nodularidade. É um ácido graxo essencial que leva à redução gradual na proporção dos ácidos graxos saturados. Indicado como tratamento de primeira linha para mastalgia cíclica. Resultados semelhantes ao da bromocriptina, mas sem os efeitos colaterais. Posologia: 1 a 3g/dia por 4 meses.

2. Tamoxifên (citrato de tamoxifên): é um agente antiestrogênico que bloqueia a ação dos mesmos na glândula mamária. É a substância mais efetiva e menos tóxica disponível para o tratamento da mastalgia severa e crônica (4). A via de administração é oral, a concentração sérica máxima do fármaco se dá 4 a 7 horas após a ingestão. O metabolismo é hepático e a excreção, fecal. As reações adversas mais freqüentes são fogachos, náuseas e vômitos, que podem ocorrer em 25% das pacientes, mas raramente são tão graves que exijam a suspensão do tratamento. Com menos freqüência, ocorrem irregularidades menstruais, sangramento e corrimento vaginais, prurido vulvar e dermatite. Posologia: 10mg/dia, via oral, por 3 meses. Nos casos de redução importante da dor, a dose pode ser administrada em dias intercalados. Nas pacientes que não respondem, uma dose de 20mg por dia pode ser prescrita. Dois estudos, comparando tamoxifên 10 mg e 20 mg, demonstraram índices de respostas similares, mas efeitos colaterais reduzidos com a menor dosagem (21% versus 64%) (5,6).

3. Danazol: age inibindo os receptores de estrógeno e progesterona na mama, hipotálamo e hipófise, assim como a esteroideogênese ovariana. Há significativa melhora da dor em 93% dos casos. Efeitos adversos: náuseas, depressão, irregularidade menstrual e cefaléia, que ocorrem em 2/3 dos casos e, às vezes, pode levar à descontinuação do tratamento. Posologia: 100 mg 2x/dia por 2 meses. Se não melhorar, duplica-se a dose; se não adiantar, outra droga deve ser testada. Tempo de

tratamento: 6 meses. Estudo realizado por Powle et al., comparando a eficácia do danazol com o tamoxifên demonstrou resposta similar entre os dois fármacos mas com efeitos colaterais mais importantes com o danazol (90% versus 50%) (7). Em estudo duplo-cego conduzido por Hinton et al., 47 mulheres com mastalgia severa foram tratadas com danazol, bromocriptina ou placebo. Aquelas que receberam bromocriptina e danazol tiveram significativa melhora da dor em relação ao placebo, mas o grupo tratado com danazol demonstrou melhor resposta após medida pela escala análogo- visual de dor (8).

4. Bromocriptina: é um alcalóide do ergot derivado do ácido lisérgico. Indicado para mastalgia cíclica (menos efetiva que o danazol). A bromocriptina é apenas parcialmente absorvida pelo trato gastrointestinal (30%). Concentrações plasmáticas máximas são encontradas 1,5 a 3 horas após a administração via oral, sendo a meia-vida plasmática de 3 horas. Os efeitos colaterais estão geralmente relacionados à sua atividade como agonista dopaminérgico e incluem náuseas, vômitos e hipotensão postural. Posologia: 2,5 mg 2x/dia.

5. Gestrinona: semelhante ao danazol mas com menos para-efeitos e menor dosagem. Posologia: 2,5 mg 2x/sem por 3 meses.

6. Análogos do GnRH: é mais uma opção de tratamento, principalmente da mastalgia severa e crônica, devido aos seus paraefeitos e custo elevado. Atuam sobre a secreção das gonadotrofinas, induzindo a um estado de hipogonadismo hipogonadotrófico. Conseqüente a este estado, os ovários têm sua função suprimida. Após uma fase agonista inicial, segue-se uma dessensibilização dos receptores do GnRH, por *down-regulation*, com subsequente supressão do FSH, LH e esteróides sexuais. A via de administração pode ser subcutânea (acetato de goserelina, 3,6mg/mês), intramuscular (acetato de leuprolida, 3,75 mg/mês) ou *spray* intranasal (acetato de nafarelina, 200 mg – um *spray* – pela manhã, e outro à noite). Efeitos colaterais são os mesmos do hipoestrogenismo, além de perda óssea que é uma preocupação no uso prolongado (tempo máximo de uso de 6 meses).

7. Suspensão das medicações: verificar início

recente de drogas como hormônios (em alguns casos está indicado modificar ou até mesmo parar a anticoncepção via oral ou a adaptar a terapia de reposição hormonal) ou fenotiazidas.

8. Tratamento psiquiátrico: é improvável que doenças psiquiátricas se manifestem com mastalgia; entretanto, a mastalgia severa ou resistente pode produzir morbidade psiquiátrica.

9. Vitaminas: novos estudos têm falhado em mostrar um efeito terapêutico da vitamina E no alívio da mastalgia (9) .

10. Outros: também são citados na literatura o hormônio tireoidiano, a progesterona, analgésicos e diuréticos, mas sem nenhum benefício estabelecido.

O tratamento para dor mamária não cíclica é feito de acordo com a patologia de base. Se nenhum substrato estiver presente, o tratamento é o mesmo realizado para mastalgia cíclica, mas a resposta é menos eficaz.

Referências

- Holland PA, Gateley CA. Drug therapy of mastalgia. What are the options? *Drugs* 1994;48(5):709-16.
- Menke CH, et al. *Rotinas em Mastologia*. 1a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 73.
- Boyd NF, McGuire V, Shannon P, Cousins M, Kriukov V, Mahoney L, et al. Effect of a low fat high-carbohydrate diet on symptoms of cyclical mastopathy. *Lancet* 1988;2:128-32.
- Faiz O, Fentiman IS. Management of breast pain. *Int J Clin Pract* 2000;54(4):228-32.
- Fentiman IS, Caleffi M, Hamed H, Chaudary MA. Dosage and duration of tamoxifen treatment for mastalgia: a controlled trial. *Br J Surg* 1988;75:845-6.
- GEMB (Grupo de Estudio de Mastopatias benignas). Tamoxifen therapy for cyclical mastalgia: dose randomised trial. *Breast* 1997;5:212.
- Powles TJ, Ford HT, Gazet J-C. A randomised trial to compare tamoxifen with danazol for treatment of benign mammary dysplasia. *Breast Dis* 1987;2:1.
- Hinton CP, Bishop HM, Holliday Hw, Doyle PJ, Blamey RW. 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.
- Ernster VL, Goodson WH 3rd, Hunt TK, Petrakis NL, Sickles EA, Miike R. Vitamin E and benign breast "disease": a double-blind randomized trial. *Surgery* 1985;97(4):490-4.
- Fentiman IS. Management of breast pain. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editors. *Diseases of the breast*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000.