

Mamas na adolescente — assimetria, nódulos, mastalgia e descarga papilar

Variação do desenvolvimento, nódulo avaliado por ultrassonografia, descarga papilar e prolactina, mastite e abscesso, e o seguimento especial após radioterapia de tórax

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Na puberdade a mama cresce em ritmos diferentes de cada lado, e a **assimetria é a regra**. O **câncer de mama é raríssimo** nesta idade: mais de 95% das lesões são benignas e o **fibroadenoma** é o nódulo mais comum. O exame de imagem é a **ultrassonografia; mamografia não se faz em adolescente**. Fibroadenoma típico, menor que 5 cm e estável, é **acompanhado pelo pediatra** (🟢); nódulo de 5 cm ou mais, de crescimento rápido ou com ultrassonografia suspeita vai **com prioridade** ao ginecologista da infância e adolescência ou ao mastologista (🟡). **Mastalgia cíclica** é tratada em casa. **Galactorreia** pede beta-hCG, prolactina e TSH e revisão de medicamentos (risperidona e outros); **descarga sanguinolenta espontânea** vai ao especialista. **Mastite** sem abscesso é tratada em casa com **cefalexina por 7 dias** e reavaliação em 48 h; **abscesso com febre alta, toxemia ou celulite extensa** vai ao **pronto-socorro** (🔴). Pela SBP, a adolescente é orientada a **conhecer as mamas e fazer o autoexame**. Quem recebeu **radioterapia de tórax** (linfoma de Hodgkin, sobretudo) tem **seguimento especial**.

1. O que é e como se apresenta

Telarca antes dos 8 anos e ginecomastia estão em **Mamas aumentadas na criança — recém-nascido, telarca precoce e ginecomastia e Puberdade precoce e puberdade atrasada**.

- **Assimetria:** um lado começa antes ou cresce mais; costuma se atenuar até o fim da puberdade, e assimetria leve persistente é variação do normal. Alerta para síndrome de Poland (ausência do peitoral maior), mama tuberosa (base estreita, aréola herniada), lesão prévia do broto (biópsia, drenagem, queimadura, toracotomia) e massa de um lado.
- **Hipertrofia mamária (macromastia, hipertrofia virginal):** crescimento volumoso, com dor no dorso e nos ombros, intertrigo, limitação de esporte e sofrimento com a imagem corporal; diferenciar do fibroadenoma juvenil gigante (uma só mama).
- **Mamilo invertido:** em geral congênito, benigno; inversão **recente e unilateral** pede ultrassonografia.
- **Mastalgia:** cíclica (bilateral, difusa, pré-menstrual) ou acíclica (localizada). Apenas 2% dos cânceres de mama se apresentam como mastalgia (MS 2016). Considerar dor da parede torácica, gestação e anticoncepcional.
- **Nódulo:**
 - **Fibroadenoma** — cerca de 68% das massas da adolescente (Lee e Soltanian, 2015): indolor, elástico, móvel, bem delimitado, em geral de 1 a 3 cm, às vezes múltiplo; 10–40% regredem; risco de malignização inferior a 0,3%.

- **Fibroadenoma juvenil gigante** — maior que 5 cm (ou mais de 500 g), crescimento rápido, distende a pele com veias visíveis; benigno, tratamento cirúrgico.
- **Tumor filoides** — raro (menos de 10% das lesões abaixo de 20 anos — Sosnowska-Sienkiewicz, 2024), parece um fibroadenoma grande que cresce rápido; a maioria é benigna, mas recidiva e há formas malignas.
- **Outros benignos:** cisto (inclusive de Montgomery), papiloma intraductal, linfonodo intramamário, necrose gordurosa após trauma.
- **Maligno — raríssimo:** carcinoma secretor, metástase (rabdomyossarcoma, linfoma, leucemia) e sarcomas. O risco é real após **radioterapia de tórax, axila ou irradiação corporal total** e nas síndromes de predisposição (Li-Fraumeni).
- **Descarga papilar:**
 - **Só à expressão, bilateral, multiductal, clara ou esverdeada:** benigna; orientar não espremer.
 - **Galactorreia** (leitosa, bilateral, espontânea): gestação, estímulo mamário, **medicamentos** que elevam a prolactina — antipsicóticos (risperidona, haloperidol), metoclopramida e domperidona, antidepressivos, metildopa, opioides (MS 2016) —, hipotireoidismo, insuficiência renal, prolactinoma.
 - **Sanguinolenta, unilateral, uniductal, espontânea:** na adolescente costuma ser ectasia ductal, papiloma intraductal ou cisto de Montgomery, mas exige investigação.
- **Mastite e abscesso fora da lactação:** mama dolorosa, vermelha, quente e endurecida, às vezes com febre; *Staphylococcus aureus* (inclusive resistente da comunidade) e estreptococo; fatores — piercing no mamilo, depilação ou manipulação periareolar, cisto de Montgomery infectado, trauma. O abscesso é uma massa flutuante.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Assimetria sem massa; mamilo invertido congênito; mastalgia cíclica sem nódulo; descarga só à expressão, não sanguinolenta; nódulo com aspecto de fibroadenoma menor que 5 cm, estável, ultrassonografia BI-RADS 2–3; galactorreia com causa medicamentosa evidente, prolactina pouco elevada e menstruação regular	Seguimento pelo pediatra: explicação, sutiã adequado, analgesia simples, reexame e ultrassonografia de controle
● Moderada	Nódulo de 5 cm ou mais, crescimento rápido ou progressivo, BI-RADS 4–5, suspeita de filoides ou fibroadenoma juvenil gigante; nódulo em menina irradiada; descarga sanguinolenta ou espontânea uniductal; prolactina elevada sem causa, amenorreia; hipertrofia sintomática; assimetria importante, mama tuberosa ou Poland; mastite sem abscesso; abscesso pequeno em adolescente em bom estado	Mastite: tratamento em casa e reavaliação em 48 h. Abscesso: cirurgião ou mastologista com urgência (aspiração guiada ou drenagem). Nódulo suspeito, de crescimento rápido ou na irradiada: ginecologista da infância e adolescência ou mastologista com prioridade . Hiperprolactinemia: endocrinologista. Demais: encaminhamento eletivo
● Grave	Abscesso com febre alta, toxemia ou sepse; celulite que progride rápido, necrose; mastite piorando após 48 h de antibiótico, com flutuação e febre; infecção em imunossuprimida ou neutropênica; hiperprolactinemia com perda visual ou cefaleia súbita e intensa (macroadenoma, apoplexia hipofisária)	Pronto-socorro/hospital: antibiótico intravenoso, ultrassonografia e drenagem; na alteração visual, imagem e avaliação neurológica de urgência

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Radioterapia de tórax, axila ou corporal total; síndrome de predisposição ou história familiar forte de câncer de mama ou ovário em idade jovem.
- Crescimento rápido, retração de pele ou mamilo, linfonodo axilar endurecido; imunossupressão, diabetes, piercing; antipsicótico com alteração menstrual; gestação.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: menarca e ciclo; velocidade de crescimento do nódulo; trauma, piercing; **todos os medicamentos;** possibilidade de gestação (conversa reservada, com sigilo, conforme ECA, CFM e SBP); cefaleia e visão; tratamento oncológico; história familiar.

Exame com acompanhante, explicando cada passo: inspeção sentada (simetria, pele, aréola, mamilo), palpação deitada com o braço elevado, axilas e fossas supraclaviculares; tamanho em centímetros, consistência, mobilidade; descarga espontânea ou não, uni ou mult ductal, cor; Tanner. **Nunca puncionar, biopsiar ou drenar o broto mamário** em início de puberdade: a lesão causa hipoplasia permanente.

SITUAÇÃO	O QUE PEDIR
Nódulo palpável	Ultrassonografia de mamas (BI-RADS); reexaminar após a menstruação seguinte
Fibroadenoma em seguimento	Ultrassonografia a cada 6–12 meses no início (Sosnowska-Sienkiewicz, 2024)
Nódulo grande, crescente ou BI-RADS 4–5	Biópsia por agulha grossa ou exérese — decisão do especialista (a punção aspirativa não separa bem fibroadenoma de filoides)
Galactorreia	Beta-hCG, prolactina (em repouso, sem estímulo mamário prévio), TSH , creatinina
Prolactina acima de 100 ng/mL, cefaleia persistente ou alteração de campo visual	Ressonância de sela túrcica (MS 2016), com o endocrinologista
Descarga sanguinolenta	Ultrassonografia
Mastite com massa ou sem resposta	Ultrassonografia; cultura se drenada
Mastalgia cíclica	Nenhum exame (MS 2016); dor focal persistente — ultrassonografia

Prolactina (MS 2016): entre 20 e 100 ng/mL pode ser fisiológica, medicamentosa ou por hipotireoidismo; acima de 100 ng/mL sugere adenoma. Em uso de antipsicótico, o site segue o PCDT de Esquizofrenia: **acima de 25 ng/mL no sexo feminino**, com ou sem sintomas, indica considerar troca, decisão do psiquiatra (ver **Psicofármacos na criança e no adolescente**).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: gestação; prolactinoma; hipotireoidismo; filoides e fibroadenoma juvenil gigante; nódulo na irradiada; abscesso tratado como "mastite que não melhora".

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz

- **Assimetria e mamilo invertido:** explicar, sutiã com bojo se incomoda, reavaliar; correção cirúrgica só pelo especialista, após a mama estabilizar; rastrear sofrimento com a imagem corporal.
- **Hipertrofia:** sutiã de sustentação, fisioterapia postural, peso, cuidado com o intertrigo; encaminhar (ginecologista da infância e adolescência, cirurgião plástico) se houver dor,

limitação ou sofrimento; a redução espera a mama estabilizar.

- **Fibroadenoma típico** (menor que 5 cm, estável, BI-RADS 2–3): **conduta expectante** com exame e ultrassonografia; a maioria estabiliza ou regride. Exérese pelo especialista se crescer, passar de 5 cm, doer, deformar a mama ou por preferência informada da adolescente e da família.
- **Fibroadenoma juvenil gigante e suspeita de filoides**: encaminhar **com prioridade**; o tratamento é cirúrgico, preservando o tecido normal.
- **Mastalgia cíclica**: tranquilizar, sutiã bem ajustado, analgésico simples ou anti-inflamatório tópico se necessário; com anticoncepcional, rever o estrogênio ou o método (MS 2016).
- **Descarga à expressão**: não espremer e reavaliar (MS 2016).
- **Galactorreia por medicamento**: **não suspender o antipsicótico por conta própria**; discutir com o psiquiatra a redução ou a troca. Prolactina elevada sem causa, amenorreia ou sintoma neurológico vão ao endocrinologista.
- **Mastite sem abscesso**: antibiótico oral com cobertura para *S. aureus*, compressas mornas, analgesia, retirar piercing infectado; **reavaliar em 48 h**.
- **Abscesso**: aspiração guiada por ultrassonografia ou drenagem, com antibiótico, pelo cirurgião ou mastologista.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Cefalexina	50–100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	6/6 h	7 dias, prolongando se não houver melhora	Mastite e abscesso não lactacionais, 1ª escolha; dose e 7 dias: SBP, DC nº 12, de 08/02/2022 (Picadas de inseto), padrão do site para pele
Clindamicina	25–40 mg/kg/dia (SBP 2003; IDSA, via oral: 30–40)	6/6 h ou 8/8 h	7 dias, prolongando se não houver melhora	Alergia a betalactâmico ou suspeita de <i>S. aureus</i> resistente da comunidade (IDSA, via "Impetigo, celulite e abscessos")
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 1 g/dose a partir de 12 anos; 75 mg/kg/dia, nunca mais de 4 g/dia)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Reavaliar após 48–72 h	Padrão do site; bula
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Curta	Padrão do site; máximo conforme bula; tópico na mastalgia (MS 2016)

Não usar: mamografia de rotina; punção ou biópsia do broto; danazol, tamoxifeno ou bromocriptina na mastalgia (só o especialista); suspensão abrupta de antipsicótico.

Seguimento especial após radioterapia de tórax. Meninas tratadas com radioterapia de tórax, axila ou irradiação corporal total (linfoma de Hodgkin sobretudo) seguem **Seguimento do sobrevivente do câncer infantil (COG v6): exame clínico das mamas anual a partir da puberdade; mamografia e ressonância anuais a partir de 8 anos após a radioterapia ou dos 25 anos, o que vier por último. Todo nódulo novo** nessa paciente: ultrassonografia e encaminhamento **com prioridade** ao centro de oncologia de origem ou ao mastologista (ver **Linfoma de Hodgkin — Revisão**).

Autoexame: a SBP (MO nº 10/2019) manda orientá-lo na consulta, e o site adota a SBP: ensinar a adolescente a **conhecer as próprias mamas e fazer o autoexame**, sem alarme, e contar ao pediatra o que notar de diferente. MS (2016) e INCA não o recomendam como método de detecção (divergência).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Abscesso com febre alta, toxemia, hipotensão ou sinais de sepse.
- Celulite da mama que avança rápido, bolhas, necrose ou crepitação.
- Mastite que **piora ou não melhora após 48 h** de antibiótico oral, com flutuação e febre.
- Infecção mamária em imunossuprimida, neutropênica ou em quimioterapia (ver **Neutropenia febril na criança com câncer**).
- Hiperprolactinemia ou galactorreia com **perda de visão, alteração de campo visual ou cefaleia súbita e intensa**.

Como encaminhar

1. Avaliar estado geral, frequência cardíaca, PA, perfusão e temperatura (febre $\geq 37,5$ °C axilar).
2. Marcar com caneta a borda do eritema, com a hora.
3. Na sepse: acesso venoso se possível, oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98% e SAMU (192), sem atrasar a remoção por exames.
4. Analgesia (dipirona ou paracetamol, padrão do site); não puncionar abscesso extenso no consultório.
5. Contato prévio com o serviço; **relatório** com evolução, antibióticos usados (dose e dias), alergias e medicamentos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "É normal uma mama crescer antes ou mais do que a outra; a diferença costuma diminuir."
- "O nódulo mais comum nesta idade é o fibroadenoma, benigno; vamos acompanhar com exame e ultrassonografia."
- "Se aparecer leite na mama, não pare o remédio psiquiátrico por conta própria; vamos falar com o médico que o receitou."
- **Retornar logo se:** o nódulo crescer rápido, a pele ficar repuxada ou com veias, sair sangue do mamilo, a menstruação parar.
- **Pronto-socorro se:** mama vermelha, quente e inchada com febre alta, calafrios ou prostração; vermelhidão que se espalha rápido; piora após 2 dias de antibiótico; dor de cabeça forte e súbita ou piora da visão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Nódulo e fibroadenoma	Sem documento específico localizado	Ultrassonografia abaixo de 30 anos (Saúde das Mulheres, 2016)	Sem posição específica localizada	Abaixo de 30 anos — encaminhamento não urgente (NG12, 2015)	Ultrassonografia, conduta conservadora (Anales de Perinatología, 2007)	Sem posição específica localizada	Fibroadenoma pode desaparecer sem tratamento (Adolescent Breast Center)	Segue o NICE
Galactorreia	Sem documento específico localizado	Prolactina, TSH, medicamentos; RM se > 100 ng/mL (2016)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Mastite não lactacional	Sem documento; na pele, cefalexina 7 dias (DC nº 12, 08/02/2022 — Picadas de inseto)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Amoxicilina-clavulanato 14 dias (CKS, via NHS 2023)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Autoexame	Orientar o autoexame na consulta (MO nº 10, 2019)	Não orientar para detectar lesão (2016; INCA)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Irradiação torácica	Sem documento específico localizado	Seguimento individualizado do alto risco (INCA 2025)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em que a doença mamária da adolescente é quase sempre benigna, a ultrassonografia é o exame de escolha, a mamografia não tem lugar nesta idade e o fibroadenoma típico pode ser acompanhado. A SBP não tem documento oficial sobre patologia

mamária da adolescente; nódulo, mastalgia e descarga seguem o Ministério da Saúde (Saúde das Mulheres, 2016). Divergências: (1) **mastite não lactacional** — o NICE indica amoxicilina-clavulanato por 14 dias; a SBP não trata da mastite, e o site usa o seu padrão para infecções de pele, **cefalexina por 7 dias, prolongando se não houver melhora** (SBP, DC nº 12, de 08/02/2022 — Picadas de inseto), porque na adolescente predomina o *S. aureus*; (2) **autoexame** — a SBP (MO nº 10/2019) manda orientá-lo na consulta; MS e INCA não o recomendam como método de detecção; o site adota a SBP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Assimetria mamária é a regra na puberdade e o câncer de mama é raríssimo na adolescente.
2. Nódulo: ultrassonografia, nunca mamografia; fibroadenoma típico menor que 5 cm e estável fica com o pediatra.
3. Nódulo de 5 cm ou mais, de crescimento rápido, BI-RADS 4–5 ou em menina irradiada: encaminhar com prioridade.
4. Galactorreia: beta-hCG, prolactina, TSH e revisão de medicamentos; não suspender o antipsicótico sem o psiquiatra.
5. Mastite: cefalexina por 7 dias e reavaliação em 48 h; abscesso é drenado; toxemia vai ao pronto-socorro.
6. Nunca puncionar ou biopsiar o broto mamário.

Veja também, nesta Biblioteca: **Mamas aumentadas na criança — recém-nascido, telarca precoce e ginecomastia** e **Puberdade precoce e puberdade atrasada** (Doenças da criança); **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia); **Psicofármacos na criança e no adolescente — o que o pediatra precisa saber** (Saúde mental); **Linfoma de Hodgkin — Revisão, Seguimento do sobrevivente do câncer infantil — o papel do pediatra** e **Neutropenia febril na criança com câncer** (Oncologia); **Impetigo, celulite e abscessos** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Adolescência. Consulta do adolescente — abordagem clínica, orientações éticas e legais (Manual de Orientação nº 10), 2019. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Dermatologia. Picadas de inseto — prurigo estrófulo ou urticária papular (Documento Científico nº 12), 08/02/2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês. Protocolos da Atenção Básica — Saúde das Mulheres, 2016. [PDF](#)

- INCA/MS. Detecção precoce do câncer de mama (Diretrizes de 2015, atualização de 2025). gov.br/inca
- NICE. Suspected cancer — recognition and referral (NG12), câncer de mama, 2015. nice.org.uk
- NHS Nottinghamshire Area Prescribing Committee. Mastitis and breast abscess (baseado no NICE CKS), 2023. [PDF](#)
- Salinas-Martín MV et al. Patología de la mama en niños y adolescentes. Anales de Pediatría, 2007. analesdepediatria.org
- Boston Children's Hospital / Harvard Medical School. Adolescent Breast Center. childrenshospital.org
- Lee M, Soltanian HT. Breast fibroadenomas in adolescents — current perspectives. Adolesc Health Med Ther, 2015. dovepress.com
- Sosnowska-Sienkiewicz P et al. Benign and malignant breast lesions in children and adolescents. Front Pediatr, 2024. [PMC](#)
- SBP, Departamento de Infectologia. Recomendação para antibioticoterapia de crianças e adolescentes com infecção por *Staphylococcus aureus* (Nascimento-Carvalho CM, Berezin EN), 2003 — clindamicina 25–40 mg/kg/dia. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.