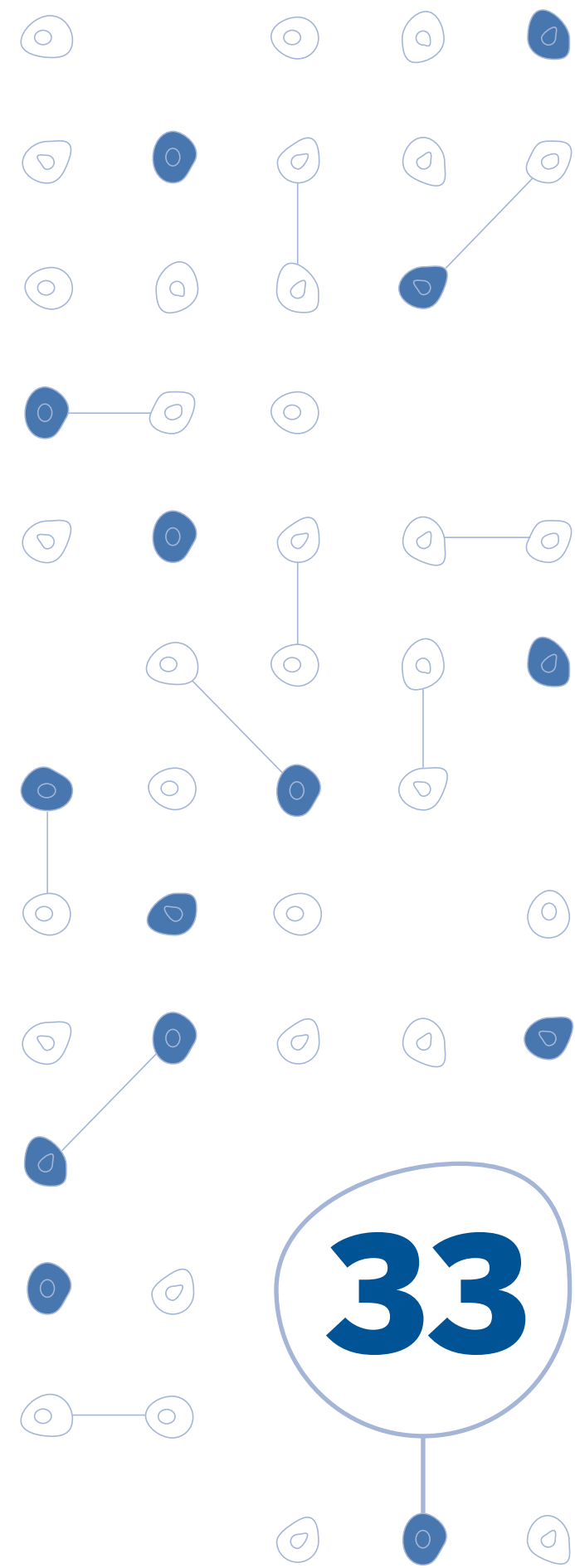
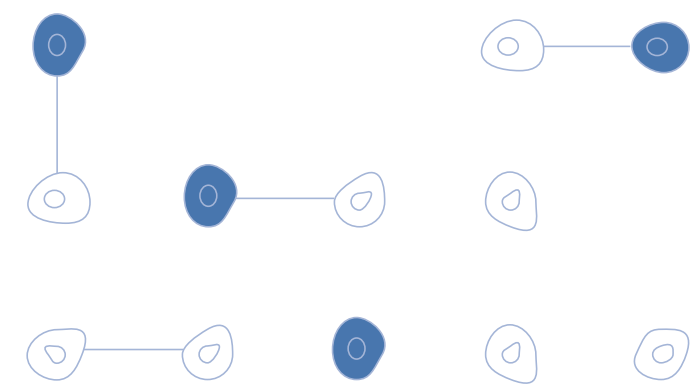




Mastite puerperal



Descrição

Definição

Infecção do tecido mamário que ocorre durante o período da amamentação.

Etiologia

Agentes

- *Staphylococcus aureus*
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Streptococcus B* hemolíticos

Agentes das formas graves (mais raras)

- Bactérias Gram negativas aeróbias (E. coli, Pseudomonas , Serratia)
- Bactérias anaeróbias (bacterióides)

Incidência

Acomete 1% a 5 % das puérperas que amamentam. Ocorre entre a 2ª semana e a 4ª semana do puerpério e também no desmame.

Classificação

Intersticial

Agente penetra por lesões (fissuras) e invade via linfática com acometimento extenso da mama (tecido conjuntivo e gorduroso). É a forma mais frequente (98% dos casos).

Parenquimatosa

Agente penetra pelo ducto, atingindo um ou mais lobos mamários e causando hiperemia local.

Fatores predisponentes

- Pele frágil (primíparas e pacientes claras)
- Mamilos umbilicados, planos, pequenos, invertidos e semi-invertidos (dificuldade de apreensão bucal pelo recém-nascido)
- Uso de hidratantes locais durante o pré-natal
- Excesso de higiene mamilar
- Vícios de sucção do mamilo (“pega errada”)
- Estase láctea (ingurgitamento)
- Fissuras, escoriações e erosões perimamílares

Diagnóstico

Sintomas da mastite

- Dor
- Edema
- Hiperemia
- Aumento de calor local
- Possível evolução para abscesso (5% a 10% dos casos)

Observação

Pode haver repercussão sistêmica (febre, calafrios e sepse).

Tratamento

Profilaxia

- Amamentação precoce e freqüente, evitando ingurgitamento
- Técnica correta de amamentação
- Expor as mamas ao sol (10 minutos ao dia) ou a abajour de 40 W (com 2 palmos de distância das mamas)
- Higiene mamilar pós-mamada com o próprio leite (esperar secar)
- Evitar lavar mamilos com freqüência exagerada
- Auto-exame das mamas (verificar pontos de ingurgitamento e fissuras)
- Uso de sutiã adequado (retificação dos ductos, evitando estase)

- Favorecer o escoamento lácteo em mamas ingurgitadas :: Ocitocina nasal 10 minutos antes das mamadas (Syntocinon spray)

- Manter mamilos secos. Evitar a aplicação de cremes e protetores descartáveis e de tecidos
- É recomendado o uso de conchas protetoras

Tratamento Clínico

- Oferecer primeiro a mama comprometida e, após mamada, ordenhar manualmente até esvaziamento completo
- Para as pacientes que não estiverem amamentando, realizar ordenha até desaparecimento do quadro clínico
- Aplicação de compressas frias
- Introdução de antibiótico precocemente
- Sutiã adequado

Importante

Não suspender amamentação.

Tratamento Medicamentoso Ambulatorial

1ª Opção (por 7 dias a 14 dias)

- Cefadroxil (Cefamox®) – 500 mg por via oral a cada 12 horas
- Cefalexina (Keflex®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas

Para pacientes alérgicas

- Clindamicina – (Dalacin C®) – 300 mg por via oral a cada 6 horas

Quando há suspeita de anaeróbio ou para associação

- Metronidazol (Flagyl®) – 400 mg por via oral a cada 8 horas

Tratamento

Tratamento Medicamentoso da paciente internada (casos graves e/ou que necessitam de drenagem cirúrgica)

1ª Opção (por 7 dias a 14 dias)

- Oxacilina (Staficilin-N®) – 1 g a 2 g por via endovenosa a cada 4 horas

2ª Opção (por 7 dias a 14 dias)

- Cefalotina (Keflin®) – 1g por via endovenosa a cada 4 horas
- Cefazolina (Kefazol®) – 1g por via endovenosa a cada 8 horas

Para pacientes alérgicas

- Clindamicina (Dalacin C®) – 600 mg por via endovenosa a cada 6 horas

Quando há suspeita de anaeróbio ou para associação

- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via endovenosa a cada 8 horas

Observação

Não havendo melhora clínica de 24 horas a 48 horas, solicitar avaliação do infectologista.

Em caso de abscesso mamário

- Aplicação de frio local
- Elevação das mamas (para retificação dos ductos, evitando estase)
- Avaliar necessidade de suspensão da amamentação (individualizar os casos)
- Promover ordenha manual a cada 3 horas
- Realizar ultra-sonografia
- Drenagem cirúrgica diante de “flutuação” ou presença de coleção à ultra-sonografia.
- Enviar material para cultura e antibiograma

Tratamento Cirúrgico

A incisão preferencial na pele é arciforme, enquanto que no parênquima é a radiada, para evitar formação de fístula.

Colocação de dreno de penrose por 24 horas a 48 horas; manter internação até a retirada do dreno.

Reiniciar amamentação após resolução do quadro.

Durante a drenagem cirúrgica, se houver abscesso de parede espessa, realizar biópsia para diagnóstico diferencial com carcinoma inflamatório.