

Mastite puerperal

Puerperal mastitis

Cristina Pereira¹, Joana Palmira², Manuel Salgado¹

Resumo

A mastite puerperal é um problema relativamente frequente na mulher que amamenta. Manifesta-se por sinais inflamatórios na mama, por vezes associados a mal-estar, febre e calafrios. O diagnóstico é clínico e o tratamento inclui terapêutica sintomática e antimicrobiano com cobertura anti-estafilocócica. A amamentação pode e deve ser mantida. Sendo uma patologia que interfere grandemente com o sucesso da amamentação, quando um Pediatra se depara com este problema deve assumi-lo e tratá-lo para benefício da díade mãe-filho.

Palavras-chave: mastite, amamentação, puerpério.

Díade mãe-filho

A mãe e o pequeno lactente constituem o que se denomina uma díade (dois seres que se influenciam mutuamente estabelecendo um processo vincutivo). Todos os profissionais de saúde que cuidam de pequenos lactentes necessitam de saber lidar com problemas da mãe relacionados com os cuidados ao filho, como é o caso da mastite puerperal.

1. O que é a mastite puerperal?

É o processo inflamatório, infeccioso ou não, na mama da mulher que amamenta ^(1, 2).

2. A mastite é frequente?

Sim. Dois a 10% das mulheres que amamentam vêm a desenvolver mastite ⁽³⁾. Num estudo com 420 puérperas, 18% tiveram pelo menos um episódio de mastite. Em metade dos casos esta ocorreu nas primeiras 4 semanas pós-parto, sendo rara depois das 12 semanas ⁽⁴⁾.

3. Existem factores de risco para mastite?

Sim. São factores de risco o ingurgitamento unilateral severo, a drenagem escassa de leite, as escoriações ou fissuras do mamilo e os antecedentes de mastite puerperal prévia ⁽¹⁾.

4. Quais são os mecanismos subjacentes ao aparecimento da mastite puerperal?

A mulher que desenvolve mastite durante a lactação geralmente apresenta problemas relacionados com a amamentação, sobretudo ingurgitamento mamário, fissuras e má adaptação do lactente a pelo menos uma das mamas ⁽⁵⁾. Inicialmente, há um aumento da pressão intraductal por estase do leite com

Abstract

The puerperal mastitis is a relatively common problem in breastfeeding women. It's an inflammation of the breast, sometimes associated with malaise, fever and chills. Diagnosis is clinical. Treatment includes symptomatic therapy and antimicrobial with anti-staphylococcal coverage. Breastfeeding can and should be maintained. Being a disease that interferes greatly with the success of breastfeeding, when a pediatrician is faced with this problem, must assume and treat it, for the benefit of the mother-son dyad.

Keywords: mastitis, breastfeeding, puerperium.

consequente achatamento das células alveolares e formação de espaços entre as células. Por esse espaço passam alguns componentes do plasma para o leite e do leite para o tecido intersticial, em especial citocinas, induzindo uma resposta inflamatória e, na maioria das vezes, envolvendo o tecido conjuntivo interlobular ou estroma. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção ⁽⁶⁾ (Figura 1). Fundamental será lembrar que, pelo facto de a infecção ocorrer sobretudo no estroma e não nos alvéolos, justifica que não haja contaminação do leite com bactérias. A infecção localiza-se às estruturas que suportam os lóbulos mamários (o estroma) e em regra não atinge o lóbulo. Consequentemente a presença de mastite em regra não constitui um risco para o lactente ^(1,2).

5. Quais os tipos de mastite puerperal?

Existem duas formas: mastite não infecciosa (por estase do leite) e infecciosa. A forma mais comum de mastite é a não infecciosa e resulta dum processo inflamatório secundário ao obstáculo à drenagem livre do leite através dos ductos ⁽²⁾. A expressão bi-digital da área pré-auréola pelos dedos da própria mãe durante as mamadas poderá provocar a estase do leite nos ductos galactóforos (Figura 1). O leite colectado nos alvéolos aumentará a pressão intra-alveolar. Esta distensão dos lóbulos mamários poderá ser sentida como uma tumefacção dolorosa à palpação. A distensão não resolvida associada ao acréscimo da produção láctea decorrente da amamentação, aumentará ainda mais a pressão intra-alveolar, com eventual ruptura e passagem do leite para o espaço intersticial. Surgem então os sinais inflamatórios contra «corpo estranho» (constituintes do leite) ⁽²⁾. A mama contra-lateral ao membro superior preferencial de segurar o bebé é responsável por 80% das mastites ⁽⁷⁾. Este facto reforça o conceito que a lateralidade materna e a consequente maior perícia em posicionar correctamente o lactente ao peito desse lado afecta a eficácia com que o leite é removido pelo lactente. A mastite infecciosa resulta da propagação das bactérias, geralmente da pele, às estruturas da mama, em regra ao estroma.

¹Hospital Pediátrico de Coimbra ²Maternidade Bissaya Barreto
Correspondência: pereira.cristina@sapo.pt



Figura 1 • Esquema da mama de mulher adulta (Adaptado de www.clinimater.com).

6. Como se manifestam as mastites puerperais?

Manifestam-se por sinais inflamatórios da mama: dor, tumefacção («inchaço»), calor e rubor, por vezes associados a sinais gerais tais como mal-estar, febre e calafrios^(1,2) (Figura 2).



Figura 2 • Mastite puerperal da mama esquerda.

7. Como se distingue mastite infecciosa da não infecciosa?

A mastite infecciosa, para além dos sinais inflamatórios locais, habitualmente apresenta-se com febre elevada (mais de 38,5°C), por vezes com calafrios e outros sintomas.

Na mastite não infecciosa também podem ocorrer esses sintomas, mas os sinais sistémicos são menos exuberantes.

Se as manifestações locais persistirem por mais de 24 horas, e em especial se houver febre elevada e/ou grande desconforto mamário ou a mastite for bilateral, será mais provável estarmos perante uma mastite infecciosa⁽²⁾.

8. Como se faz o diagnóstico de mastite puerperal? São necessários exames complementares?

O diagnóstico é fundamentalmente clínico e raramente são necessários exames auxiliares de diagnóstico⁽²⁾.

Entre estes, a ecografia da mama terá especial utilidade nos casos mais arrastados e em que se suspeite de poder haver abscesso e na comprovação da drenagem do mesmo⁽⁸⁾.

Os exames laboratoriais em regra não trazem informação adicional à clínica. Também a cultura do leite raramente é útil: apenas nos casos severos e na suspeita de infecção contraída em meio hospitalar, pois em regra os lóbulos não estão envolvidos. Perante um abscesso, justifica-se a cultura do exsudado obtido por punção ou drenagem⁽⁹⁾.

9. Quais os germens mais implicados na mastite infecciosa puerperal?

As portas de entrada das bactérias são as fissuras dos mamilos pelo que o germen mais vezes implicado é o *Staphylococcus aureus* (50-60% dos casos)⁽¹⁾, logo seguido do *Streptococcus viridans*, do *Staphylococcus coagulase-negativo*, do *Streptococcus* do grupo B e das enterobactérias^(2,10).

10. Pode-se manter a amamentação?

Pode e deve manter-se a amamentação perante uma mastite puerperal pelas seguintes razões^(1,2):

- a infecção não inclui os lóbulos, mas sim o estroma mamário, pelo que em regra o leite mantém-se estéril;
- o leite materno é rico em anticorpos e factores antibacterianos e as toxinas das bactérias, se ingeridas, são destruídas no tubo digestivo do bebé;
- o desmame abrupto agrava a estase láctea, comprometendo o tratamento e favorecendo a formação de abscesso.

Assim, nos dois tipos de mastite (infecciosa ou não infecciosa) está indicado amamentar preferencialmente da mama com mastite sem descurar a outra. Por isso deve-se iniciar a mamada pela mama afectada e modificar a posição de amamentação de forma a favorecer a drenagem do leite⁽⁶⁾.

11. Como se trata a mastite puerperal?

O tratamento passa por promover o alívio sintomático (anti-inflamatórios, compressas frias ou gelo local, ingestão abundante de água, repouso), otimizar a técnica de amamentação e o recurso a antibióticos apropriados^(2,9). Para favorecer a drenagem poderá aplicar-se calor local e fazer-se massagens suaves sobre a área da mama mais atingida⁽⁶⁾.

Raramente uma mulher com mastite puerperal precisará de internamento hospitalar⁽⁴⁾.

12. Quais os antibióticos mais indicados para as mastites puerperais infecciosas?

Quando se suspeita de etiologia bacteriana, justificar-se-á iniciar antibioterapia empírica com antibióticos com actividade anti-estafilocócica, tais como a flucloxacilina oral ou a associação amoxicilina com ácido clavulânico durante pelo menos 10 dias (10 a 14 dias)⁽¹⁰⁾.

Estes antibióticos são fármacos seguros para os lactentes, mesmo que sejam recém-nascidos. A flucloxacilina é um dos antibióticos mais frequentemente utilizados em recém-nascidos ou em pequenos lactentes. Por outro lado, as quantidades excretadas no leite desses antibióticos são mínimas devido à sua ligação às proteínas plasmáticas maternas⁽¹⁾. Já a amoxicilina simples, tantas vezes prescrita «por causa do bebé» (sic), não está indicada porque o *Staphylococcus aureus* é resistente à mesma.

No nosso país, um estudo inter-hospitalar de âmbito nacional indicava que o *Staphylococcus aureus* tem uma resistência de 100% à penicilina ⁽¹¹⁾.

13. A quem compete tratar a mastite puerperal? Ao Obstetra? Ao Pediatra? Ao médico de Medicina Geral e Familiar?

Uma vez que mãe e o seu bebé constituem uma díade (dois seres que se inter-relacionam profundamente) ⁽¹²⁾, não faz sentido que um problema tão fácil de diagnosticar e de tratar necessite de ser referenciado a alguém «mais credenciado».

Assim, no nosso entender, o profissional que primeiro for contactado tem a obrigação de esclarecer a mãe e de a tratar precoce e adequadamente em prol da díade.

14. Quais são as possíveis complicações da mastite?

Não atempada nem adequadamente tratada, a mastite pode conduzir à formação de um abscesso mamário (colecção de pús na mama), que poderá surgir em 5 a 10% das mastites puerperais.

O tratamento do abscesso exigirá, para além das medidas atrás referidas, também a drenagem do abscesso por aspiração com agulha ou cirúrgica ⁽²⁾. Será de referir que mesmo na presença de abscesso, a amamentação também pode e deve ser mantida ⁽⁹⁾ (Figura 3).

Outras possíveis complicações são a mastite recorrente e a mastite crónica que serão abordadas em itens seguintes.

15. Quando se deve suspeitar da eventual ocorrência duma complicação duma mastite puerperal?

Quando os sinais locais e/ou as manifestações sistémicas não melhoraram após 48 a 72 horas das medidas atrás preconizadas, que inclui uma antibioterapia anti-estafilocócica nas doses e intervalos de administração correctos. Neste contexto estará indicado a realização de ecografia da mama e, eventualmente, a realização de exames laboratoriais, com selecção dos mesmos caso a caso.

16. Qual é a probabilidade duma mastite se repetir no mesmo período de amamentação?

Estamos perante uma mastite recorrente quando ocorrem dois ou mais episódios de mastite durante a amamentação. Num estudo na Nova Zelândia com 350 puérperas, 8,5% destas tiveram episódios



Figura 3 • Puérpera com abscesso mamário à direita a amamentar (Adaptado de Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health 2007; 52: 595-605).

recorrentes de mastite ⁽¹³⁾. No entanto, globalmente a mastite recorrente é incomum, podendo resultar de terapia antibiótica inapropriada ou incompleta ou por falência na resolução ou persistência dos problemas subjacentes à amamentação que interferem com a drenagem completa ⁽⁶⁾. Por vezes, a mastite recorrente está associada a infecção fúngica por *Candida* ^(2,14). Independentemente da etiologia, a mastite recorrente tem que ser tratada atempadamente para evitar lesões tecidulares e inflamação crónica.

17. Como prevenir a mastite recorrente?

O risco de recorrência pode ser diminuído pelo esvaziamento completo da mama e optimização da técnica de amamentação ⁽¹⁴⁾.

18. Como se distingue uma mastite recorrente duma arrastada? Que significado poderá ter esta última?

Quando uma mulher apresenta mais que dois episódios de mastite na mesma mama pode tratar-se de uma mastite arrastada. Na mastite recorrente a puérpera fica completamente assintomática entre os dois episódios, o que não sucede na mastite arrastada. Nesta, tal como numa mastite que recorre repetidamente no mesmo local e/ou não responde à terapia antibiótica, deverá evocar-se a presença duma lesão subjacente não benigna. Estas mulheres deverão ser referenciada, sem demora, a um serviço especializado ⁽²⁾.

Bibliografia

1. Sales AN, Vieira GO, Moura MSQ, Almeida SPTMA, Vieira TO. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. Rev Bras Ginecol Obstetr 2000; 22: 627-32.
2. Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health 2007; 52: 595-605.
3. ACOG Committee Opinion N° 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol 2007; 109:479-80.
4. Scott AJ, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S. Occurrence of lactational mastitis and medical management: A prospective cohort study in Glasgow. Int Breastfeed J 2008; 3: 21-6.
5. Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol 2002; 155: 103-14.
6. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J Pediatr (Rio J) 2004; 80: S147-54.
7. Inch S, Fisher C. Mastitis: infection or inflammation? The Practitioner 1995; 239: 472-5.

8. Dener C, Inan A. Breast abscess in lactating women. World J Surg. 2003; 27: 130-3.
9. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician 2008; 78: 727-31.
10. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalén C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. Int Breastfeed J 2008; 3: 6.
11. Melo-Cristino J, Alves AF, Calado E, Costa D, Costa MN, Ferro L et al. Microorganismos isolados em laboratórios hospitalares portugueses. Experiência de sete hospitais centrais. Rev Port Doenças Infec 1994; 3:147-54.
12. Brazelton TB, Cramer BG. A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce. Terramar, 3ª ed, 2001.
13. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Mastitis in the first year postpartum. Birth 1999; 26(4): 218-25.
14. Department of child and adolescent health and development. Mastitis: causes and management. World Health Organization 2000.