

MASTITE PUERPERAL, UM CASO PARTICULAR

Serrano S.¹, Santos P.¹, Simões D.¹, Calhaz Jorge C.^{1,2}.

1 - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução

A mamoplastia de aumento é o procedimento cirúrgico estético mais frequentemente realizado. O aumento do número de mulheres com implantes mamários em idade reprodutiva implica o aumento de mulheres com implantes que amamentam.

A informação disponível sobre o impacto do uso de **implantes mamários** durante o **período puerperal** é **escassa**.

Existem vários factores que podem condicionar a amamentação:

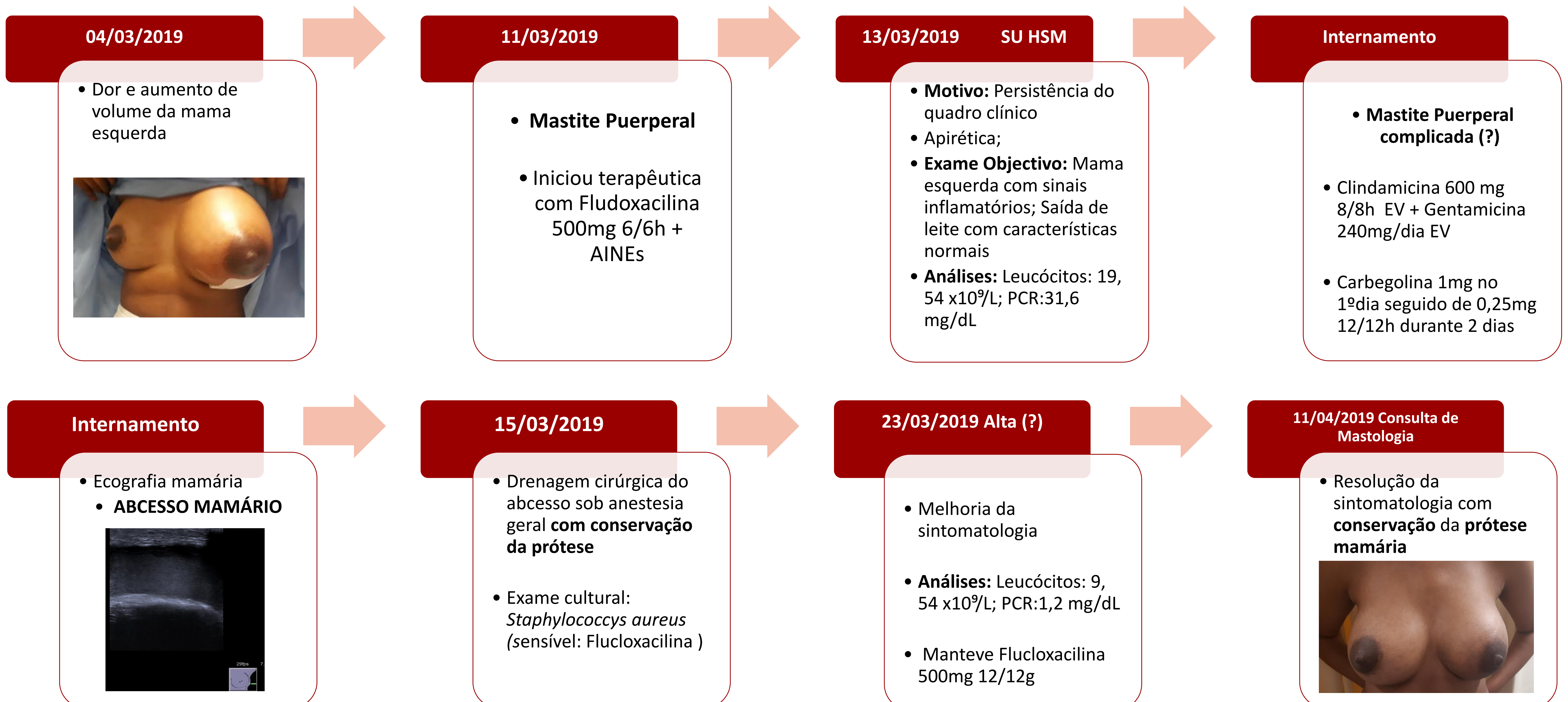
Tipo de implantes mamários Técnica cirúrgica aplicada Condição subjacente (hipoplasia da mama) Expectativas da puérpera

Das mulheres submetidas a uma mamoplastia de aumento 40% não estão dispostas a amamentar.

Complicações como a contractura capsular, rotação anatómica do implante e seroma ou infecção podem surgir. A **mastite puerperal** é uma lesão do tecido mamário que ocorre em **2 a 10%** das puérperas. A incidência é maior nas **primeiras 6 semanas pós-parto** e a colocação dos implantes mamários aumenta o risco de ocorrência. A formação de abscesso ocorre em **11% a 20%** dos casos.

Caso Clínico

Sexo feminino, 32 anos, melanodérmica, antecedentes de *mamoplastia de aumento* em 2007, alérgica a Ciprofloxacina G1P1 (Parto eutócico às 34s por RPMT no dia 01/01/2019); Aleitamento misto; Contracepção: DIU de cobre



Discussão

Fisiopatologia :

Agressão: (1) Mamoplastia de aumento - Cirurgia periareolar
(2) Pressão do implante mamário

- Danificação dos ductos mamários e enervação mamária
- Fissuras no complexo aréolo-mamilar

Agente patogénicos:
Staphylococcus aureus (+ frequente)

1. Estase: ingurgitamento mamilar
2. Inflamação: ↑ IL-8

Crescimento de agentes patogénicos

Mastite Puerperal

Diagnóstico: Manifestações clínicas → Sinais inflamatórios locais (tumefação, dor local, rubor e calor) + Sintomas constitucionais (febre, mal estar geral, adenopatias axilares)
- se suspeita de **ABCESSO mamário** → **Ultrassonografia** é o exame indicado
- se secreção drenada ou leite materno → Exame cultural
- se infecção grave → Hemoculturas

Tratamento:

1ª Linha: Alívio sintomático

Analgésico/Antipirético + Anti-inflamatório + Aplicação local de compressa quente + Esvaziamento adequado da mama

2ª Linha: ABT PO durante 10-14 dias

- Dicloxacilina 500mg 6/6h; Flucloxacilina 500 mg 6/6h; Cefalexina 500mg 6/6h
- Se alergia à penicilina: Claritromicina 500mg 12/12h ou Clindamicina 300 mg 6/6h

Se abscesso → Drenagem: - Aspiração ecoguiada ou drenagem cirúrgica sob anestesia local ou geral

Se infecção grave resistente à AB oral → AB EV mínimo 48h EV + 14/10dias PO

Se persistência de infecção a ou infecção da prótese → Remoção dos implantes mamários

Conclusão

No caso do desenvolvimento de mastite no período puerperal em mulheres com implantes além da abordagem com antibioterapia, poderá ser necessário uma abordagem cirúrgica, contudo devem ser equacionados os benefícios ou não da remoção do implante. Tal como no caso apresentado a remoção do implante nem sempre é necessária para a resolução da mastite.

Apesar da crescente popularidade da mamoplastia de aumento existe ainda uma escassa evidência do potencial impacto dos implantes mamários no período de amamentação e as suas complicações. No momento pré-operatório deve-se ter em consideração os resultados estéticos a longo prazo mas também as expectativas da doente em relação à amamentação no futuro.