

BMJ Best Practice

Mastite e abscesso mamário

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jan 29, 2019

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	13
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	17
Critérios de diagnóstico	21
Tratamento	22
Abordagem passo a passo do tratamento	22
Visão geral do tratamento	26
Opções de tratamento	30
Novidades	54
Acompanhamento	55
Recomendações	55
Complicações	55
Prognóstico	57
Diretrizes	58
Diretrizes de diagnóstico	58
Diretrizes de tratamento	58
Recursos online	60
Referências	61
Imagens	67
Aviso legal	76

Resumo

- ◇ A infecção da mama (incluindo mastite infecciosa e abscesso mamário) afeta mais comumente mulheres entre 15 e 45 anos de idade, sobretudo as lactantes. Mastite e abscesso mamário podem ocorrer em qualquer idade.
- ◇ O *Staphylococcus aureus* é o patógeno mais frequente isolado.
- ◇ O manejo imediato e adequado da mastite geralmente leva a uma resolução oportuna e previne complicações, como o abscesso mamário.
- ◇ O tratamento da mastite infecciosa e não infecciosa inclui antibioticoterapia e remoção ativa do leite, caso seja lactante.
- ◇ O abscesso mamário requer remoção de pus e antibioticoterapia. Intervenções cirúrgicas podem incluir aspiração, e incisão e drenagem.
- ◇ É fundamental identificar e tratar quaisquer causas coexistentes de infecção que estejam subjacentes, a fim de descartar carcinoma mamário.

Definição

A mastite é uma inflamação mamária que ocorre com ou sem infecção. A mastite com infecção pode ser lactacional (puerperal) ou não lactacional (por exemplo, ectasia do ducto). A mastite não infecciosa inclui inflamação granulomatosa idiopática e outros quadros clínicos inflamatórios (por exemplo, reação a um corpo estranho). Abscesso mamário é uma área de infecção localizada com um acúmulo de pus como proteção, podendo ou não estar associado à mastite.

Epidemiologia

A prevalência global da mastite em mulheres lactantes é de aproximadamente 1% a 10%, mas pode ser maior.[1] [2] [3] [4] [5] A ectasia do ducto (mastite periductal ou ductos dilatados associados à inflamação) ocorre em 5% a 9% das mulheres não lactantes. O abscesso mamário se desenvolve em 3% a 11% das mulheres com mastite, com uma incidência relatada de 0.1% a 3% em lactantes.[4] [6] [7] Aproximadamente 50% dos bebês com mastite neonatal desenvolverão abscesso mamário.[8] A mastite tuberculosa é rara, mesmo em países com tuberculose endêmica, com incidência relatada entre 0.1% e 3%.[9] A fístula mamária ocorre em 1% a 2% das mulheres.[6] A mastite granulomatosa idiopática é um quadro clínico mamário bastante raro.[10]

Etiologia

A mastite pode ocorrer com ou sem infecção. A mastite infecciosa e o abscesso mamário geralmente são causados pela colonização da pele por bactérias. Casos decorrentes de *Staphylococcus aureus* são os mais comuns, seguidos por aqueles decorrentes de estafilococos coagulase-negativos. O *S aureus* resistente à metilicina é um problema crescente e tem sido cada vez mais encontrado em casos de mastite e abscesso mamário.[11] [12]

As infecções mamárias podem às vezes ser polimicrobianas (até 40% dos abscessos), com isolamento de aeróbios (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterobacteriaceae*, *Corynebacterium*, *Escherichia coli* e *Pseudomonas*), bem como anaeróbios (*Peptostreptococcus*, *Propionibacterium*, *Bacteroides*, *Lactobacillus*, *Eubacterium*, *Clostridium*, *Fusobacterium* e *Veillonella*).[8] [13] [14] [15] [16] [17] Um estudo dos abscessos mamários primários e recorrentes mostrou que fumantes tinham maior probabilidade de ter as bactérias anaeróbias (isoladas em 15% dos pacientes).[18]

Entre os patógenos menos comuns estão a *Bartonella henselae* (agente da doença por arranhadura do gato), micobactéria (tuberculose e micobactéria atípica), *Actinomyces*, *Brucella*, fungos (*Candida* e *Cryptococcus*), parasitas e infestação por larva da mosca-do-berne. Infecções da mama incomuns podem ser a apresentação inicial da infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).[19] [20]

A mastite não infecciosa pode resultar da ectasia do ducto subjacente (mastite periductal ou mastite plasmocitária) e, raramente, por material estranho (por exemplo, piercing nos mamilos, implante mamário ou silicone).[21] [22] A mastite granulomatosa (lobular) é uma doença benigna de etiologia desconhecida.[10]

Fisiopatologia

Na mastite lactacional, a estase ou a superprodução láctea, ligadas à infecção decorrente da entrada de bactérias na mama através de um mamilo traumatizado (por exemplo, rachado ou com fissuras) e/ou através

da boca do lactente, pode levar à mastite.[5] O aumento temporário das mamas do neonato por conta dos hormônios maternos os torna vulneráveis à mastite.

[Fig-2]

Na ectasia do ducto (ductos dilatados associados à inflamação), a sequência da doença inflamatória associada ao ducto envolve metaplasia escamosa dos ductos lactíferos. Isso causa bloqueio (mastopatia obstrutiva) com inflamação periductal e possível ruptura do ducto.[6] Ductos inflamados são propensos a infecção bacteriana.[23] [24] Se não for tratada, a mastite pode causar a destruição do tecido, resultando em um abscesso.

[Fig-3]

O abscesso lactacional tende a estar localizado na parte periférica da mama. Abscessos não relacionados à amamentação estão mais comumente localizados em áreas subareolares.[25] Também pode ocorrer um abscesso sem mastite precedente aparente. A ruptura de um abscesso pode levar à drenagem sinusal, resultando em fístula. Na mastite tuberculosa, os bacilos micobacterianos podem entrar na mama através de:

- Inoculação direta (infecção primária) através da abrasão de um mamilo
- Portais distantes (infecção secundária), como disseminação linfática, disseminação hematogênica (miliar) ou disseminação contígua (por exemplo, empiema de necessidade).

A tuberculose (TB) mamária pode apresentar reação nodular, difusa ou esclerosante. A apresentação mais comum é um nódulo indolor com ou sem trato sinusal. A maioria dos casos de mastite tuberculosa é secundária, e a infecção ocorre pela disseminação contígua dos linfonodos (mais comumente axilares, seguidos dos cervicais e mediastinais) ou menos comumente pela pleura ou parede torácica, ou ainda por via hematogênica. A tuberculose primária da mama é rara. Alguns casos de mastite tuberculosa podem ser confundidos com carcinoma mamário.[26]

[Fig-4]

Os granulomas necrosantes são as características histopatológicas marcantes da infecção por tuberculose. Na mastite granulomatosa idiopática, a inflamação granulomatosa não necrosante é centrada em lóbulos que, clinicamente, podem resultar em massa indolor.

[Fig-5]

Classificação

Tipos de mastite e abscesso mamário

- Mastite lactacional: inflamação da mama com ou sem infecção associada à amamentação.
- Mastite não lactacional: inflamação da mama com ou sem infecção na mama não lactante.
- Mastite não infecciosa: inflamação da mama devida a uma etiologia não infecciosa e/ou idiopática.
- Mastite subclínica: aumento da interleucina e relação sódio/potássio no leite materno na ausência de mastite clínica na mama lactante.[1]
- Abscesso mamário: infecção da mama localizada com coleção de pus delimitada.

Prevenção primária

Bons hábitos de amamentação (por exemplo, esvaziar a mama por completo e pega adequada) e uma higiene mamilar adequada podem ajudar a minimizar o risco de evoluir para mastite lactacional. Deve-se usar equipamentos e técnicas de esterilização para a colocação de piercing no mamilo.

Prevenção secundária

O tratamento rápido da mastite previne complicações, como o abscesso mamário. Durante a lactação, a amamentação deve ser incentivada, se possível. O abandono do hábito de fumar também deve ser encorajado, a fim de minimizar o risco de recorrência.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 28 anos em sua segunda semana pós-parto apresenta mastalgia de início recente e sensibilidade na área cuneiforme de uma das mamas, que está dura, quente e edemaciada, aparentemente eritematosa. Sua produção de leite diminuiu, ela apresenta sintomas semelhantes aos da gripe, pirexia de 38 °C (100.4 °F) e mialgia, além de se sentir cansada.

Caso clínico #2

Uma mulher de 30 anos com história de mastite apresenta mastalgia aguda com pontadas e uma massa mamária periareolar flutuante extremamente sensível, edemaciada, vermelha e quente.

[Fig-1]

Outras apresentações

A apresentação atípica pode incluir mastite e/ou abscesso envolvendo ambas as mamas; desenvolvimento de vários abscessos mamários; inversão e/ou retração mamilar associada; e septicemia e/ou síndrome do choque tóxico. Pode ocorrer inflamação na mama masculina, mas isso não é comum. A mastite puerperal epidêmica (hospitalar) também é frequente. As causas incomuns da inflamação da mama incluem miíase (infestação por larva da mosca-do-berne) e mastite autoinfligida (mastite factícia).

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de mastite e/ou de infecção da mama justifica a obtenção de uma história detalhada, incluindo potenciais fatores de risco e um criterioso exame físico. O diagnóstico de infecção da mama geralmente é realizado com base nos exames clínicos, mas certos casos podem exigir a necessidade de investigações.

Presença de fatores de risco

Os fatores de risco fortemente associados à mastite incluem:

- Sexo feminino
- Mulheres com >30 anos de idade
- Lactação, sobretudo após a 6 ou 8 semanas de amamentação ou no desmame
- Técnica inadequada de amamentação (também pode ser decorrente a fatores do lactente, como anquiloglossia)
- Estase láctea (pode ser resultante da técnica incorreta de amamentação ou sutiã apertado)
- Lesão mamilar
- Mastite prévia
- Raspagem ou extração de pelos da aréola
- Defeito anatômico na mama, mamoplastia ou cicatriz
- Outros quadros clínicos subjacentes da mama, principalmente câncer de mama
- Piercing no mamilo
- Corpo estranho (por exemplo, implante de silicone)

- Infecção cutânea
- Estado de hospedeiro positivo para *Staphylococcus aureus*
- Imunossupressão (incluindo diabetes mellitus).

O abscesso mamário apresenta uma forte associação com a mastite prolongada e com o abscesso mamário prévio.

Tais fatores precisam ser considerados de forma específica ao se colher a história de um paciente.

História focada

Uma história focada precisa avaliar:

- Sintomas relacionados à possível inflamação da mama (por exemplo, aumento da temperatura, dor, edema, rigidez, eritema)
- Possível abscesso (nódulo sensível)
- Estase láctea (diminuição da produção de leite)
- Infecção sistêmica (febre, mal-estar, mialgia)
- Descarga mamilar, que pode estar presente na mastite e ocorre com maior frequência com ectasia do ducto (ductos dilatados com inflamação); no entanto, a secreção purulenta é geralmente um indicativo de infecção da mama.

Exame físico

Geralmente, o diagnóstico de infecção da mama é realizado com base no exame clínico. O exame físico geral inclui:

- Registro da temperatura da paciente: a mastite pode ocorrer com ou sem pirexia $>38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F); o abscesso mamário pode ou não ser acompanhado de febre.
- Verificação de outros sinais de infecção sistêmica (por exemplo, doença tipo gripe, possíveis lesões cutâneas extramamárias)
- Exame em busca de infecções cutâneas distantes
- Verificação de possível infecção por tuberculose (TB) extramamária, incluindo sinais de doença pleuropulmonar, linfadenite e eritema nodoso.

O exame mamário consiste em um exame criterioso de linfonodos axilares e das mamas:

- Pode haver dor nos linfonodos axilares com infecção da mama ipsilateral.
- Os sinais de inflamação da mama incluem dor, quentura, rigidez, edema e eritema.
- A mastite lactacional tende a envolver as áreas cuneiformes mais periféricas da mama.
- Uma massa mamária palpável dolorosa pode indicar mastite localizada ou abscesso mamário.
- Pode haver uma massa flutuante palpável em caso de abscesso mamário tardio.
- É rara a ocorrência de retração ou inversão mamilar com a mastite.

Se houver fístula, ela geralmente está associada à drenagem sinusal de um abscesso subjacente.

Investigações iniciais

Se a mastite se desenvolver de forma inesperada, como em uma adolescente, deve-se realizar um teste de gravidez.

A ultrassonografia de uma área mamária eritematosa, se disponível, pode ser útil na investigação inicial para diagnosticar um abscesso subjacente e direcionar a drenagem por aspiração com agulha.[35] Um abscesso pode se apresentar como uma lesão cística bem circunscrita, macrolobulada, irregular ou pouco definida no composto do eco escuro, com possibilidade de septos.[36] [37] Uma borda hipoeoica pode indicar a parede espessa de um abscesso crônico. A ultrassonografia é a modalidade de imagem preferida em adolescentes e é aplicável a neonatos com suspeita de infecção da mama.[38] O aumento da densidade mamária resulta na redução da eficácia da mamografia em mulheres jovens.

[Fig-6]

Um abscesso mamário pode ser drenado por aspiração com agulha para fins terapêuticos e diagnósticos. O material aspirado (fluidos, pus, sangue) pela drenagem com agulha de um abscesso deve ser enviado para estudos microbiológicos e citologia a fim de buscar malignidades subjacentes além da infecção.

[Fig-7]

Investigações microbiológicas e patológicas

Para casos rotineiros de mastite, não se indica necessariamente uma biópsia. Para todos os outros casos, como suspeita de abscesso, apresentação atípica, diagnóstico incerto ou uma potencial complicação (por exemplo, infecção recorrente ou falha no tratamento), a biópsia pode ser justificada.[39] [40]

A biópsia inclui biópsia por aspiração com agulha fina (que pode ser guiada ou não por ultrassonografia) e biópsia tissular (que pode ser uma biópsia excisional ou incisional envolvendo uma biópsia percutânea por agulha grossa, outro dispositivo assistido por vácuo ou um procedimento cirúrgico formal).

A biópsia por aspiração com agulha fina e/ou a descarga mamilar devem ser enviadas para avaliação de uma possível malignidade e também de infecção.[41] A biópsia tissular permite examinar o tecido envolvido em busca de infecção, inflamação granulomatosa e malignidade. O tecido excisado deve ser enviado para avaliação histopatológica (citologia) quanto a uma possível malignidade e infecção (por exemplo, colorações fúngicas e bacilos álcool-ácido resistentes para tuberculose), principalmente em casos refratários e recorrentes. Pode-se realizar uma biópsia por punção cutânea para diagnosticar o carcinoma inflamatório de mama.

[Fig-8]

O leite, a descarga mamilar, o material aspirado ou o tecido excisado podem ser enviados para estudos de coloração de Gram, de cultura (aeróbia e anaeróbia) com sensibilidade e estudos fúngicos e micobacterianos.

A cultura pode ser realizada em todos os pacientes ou somente em casos selecionados, como:

- Infecção hospitalar
- Casos graves ou incomuns
- Falha na resposta aos antibióticos em até 2 dias
- Mastite recorrente.[1]

O leite retirado ou uma amostra retirada do fluxo do leite podem ser enviados para contagem de leucócitos e estudos microbiológicos, incluindo quantificação de bactérias.[42] A flora endógena da mama é semelhante à presente na pele. Embora a presença de bactérias patogênicas e/ou as altas contagens bacterianas ($>10^3$ /mL de leite) sejam indicativas de mastite, o valor preditivo é baixo. Logo,

a presença de bactérias no leite não é necessariamente um indicativo de infecção.[1] Além disso, muitas lactantes com bactérias potencialmente patogênicas na pele ou no leite não desenvolverão mastite.[1] Por outro lado, muitas mulheres que desenvolvem mastite podem não apresentar organismos patogênicos no leite.[1] Deve-se obter hemoculturas de pacientes que apresentem quadro toxêmico e de neonatos antes do início da antibioticoterapia. Em neonatos, amostras adicionais (por exemplo, líquido cefalorraquidiano, urina) devem ser enviadas para microscopia e cultura.

Mamografia

A mamografia pode ser muito dolorosa em uma mama com abscesso. Além disso, os achados mamográficos da infecção da mama e do abscesso são inespecíficos.[36] [37] [43] [44] A infecção da mama, incluindo tuberculose, pode causar os seguintes achados mamográficos:

- Ausência de anormalidade
- Densidade aumentada de forma focal/difusa
- Distorção arquitetural
- Massa espiculada
- Espessamento ou retração da pele
- Microcalcificação.

Os achados podem mimetizar um câncer. Logo, a mamografia é mais útil após a fase aguda ter sido revertida. Nesse estágio, ela pode ajudar a identificar lesões mamárias subjacentes. Ela deve ser solicitada para mulheres >40 anos de idade e sempre que a apresentação for complicada ou atípica ou se houver suspeita de malignidade.[45]

Investigações adicionais

Indica-se o hemograma completo com contagem diferencial e hemoculturas em pacientes com suspeita de infecção sistêmica, abscesso, infecção recorrente ou falha no tratamento.

Os testes para diagnosticar uma possível tuberculose incluem teste tuberculínico (TT, geralmente positivo em pacientes com doença ativa), estudos microbiológicos e/ou biópsia.

Quando houver suspeita de mastite lactacional, deve-se considerar exame do neonato, principalmente em relação à cavidade oral, pele e a área das fraldas. Para casos recorrentes de mastite lactacional, são solicitadas culturas da cavidade oral e da nasofaringe do lactente e da mãe, a fim de determinar seu estado de hospedeiro estafilocócico.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- A infecção da mama envolve com mais frequência a mama feminina.
- Pode ocorrer inflamação na mama masculina, mas isso não é comum.

mulheres com >30 anos de idade

- Mulheres com >30 anos de idade têm um risco mais elevado de mastite, possivelmente relacionada à estase láctea.[27]

técnica incorreta de amamentação

- Posicionamento incorreto de amamentação ou infecção oral, anquiloglossia, infecção cutânea e dermatite da área das fraldas podem estar associados ao desenvolvimento da mastite lactacional.

amamentação

- A mastite lactacional é mais comum de 6 a 8 semanas de amamentação ou no desmame. A mastite é incomum durante a gestação em si.

estase láctea

- Associada à mastite infecciosa (lactacional) e não infecciosa.
- A condição pode ser decorrente de drenagem inadequada, ductos bloqueados, excesso de leite, pressão externa na mama (por exemplo, um sutiã apertado), alimentação infrequente ou desmame rápido.[1]

lesão mamilar

- Rachadura e fissuras mamilares são portas de entrada da bactéria na mama.
- Pode ocorrer lesão se um bebê mais velho, já com dentição, morder um mamilo ou se a mãe usar um extrator de leite que gere excesso de vácuo.

mastite prévia

- Mulheres que tiveram mastite têm uma taxa mais elevada de recorrência nas gestações subsequentes (aproximadamente 12%).

mastite prolongada (abscesso mamário)

- A mastite prolongada pode estar associada à formação de abscesso mamário.

abscesso mamário prévio (abscesso mamário)

- Há uma alta taxa de recorrência com história remota de abscessos mamários prévios.

raspagem ou extração de pelos da aréola

- Extrair pelos da aréola pode causar um abscesso nas glândulas de Montgomery, abrindo potencial para uma infecção mais disseminada.

defeito anatômico na mama, mamoplastia ou cicatriz

- Uma alteração na estrutura do ducto pode interferir no fluxo do leite e predispor à mastite.

outros quadros clínicos mamários subjacentes

- Principalmente câncer de mama.

piercing no mamilo

- Em 10% a 20% dos casos, a infecção da mama pode se desenvolver em até 52 semanas após a colocação do piercing.[22] A presença de piercings no mamilo também está associada a uma maior probabilidade da necessidade de repetir os procedimentos para a resolução do abscesso mamário.[28]

corpo estranho

- O silicone e os implantes mamários podem causar mastite, apresentando infecção ou não.

- A mastite do silicone pode criar uma massa mamária eritematosa dura e dolorosa.

infecção cutânea

- Dermatoses, como psoríases ou eczema, podem criar fissuras nos mamilos que resultam em mastite recorrente.
- As mulheres afetadas também têm maior probabilidade de hospedar o *Staphylococcus aureus*.
- As infecções cutâneas maternas podem estar relacionadas à mastite neonatal.
- Em neonatos, as infecções cutâneas extramamárias podem estar associadas à mastite.[29]

portador de *Staphylococcus aureus*

- A grande maioria dos casos de mastite infecciosa e abscesso mamário é causada pelo *S aureus*.

imunossupressão

- Pacientes com diabetes, infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) e submetidos à terapia de imunossupressão têm risco de desenvolver infecções da mama.[19]
- Existe uma forte associação do diabetes mellitus com abscesso mamário em mulheres não lactantes.[30]

Fracos

internação hospitalar

- A mastite puerperal epidêmica (hospitalar) é uma condição que deve ser considerada em todos os pacientes com sinais de infecção da mama durante ou após uma internação hospitalar.

trauma na mama

- Um trauma na mama pode resultar em inflamação, mas isso não é algo frequente.
- Nesses casos, deve-se sempre levar a violência doméstica em consideração.
- O trauma ao brotamento mamário de um bebê, mesmo que por uma manipulação leve, deixa-o altamente propenso a desenvolver mastite.

primiparidade

- Alguns estudos descobriram que se trata de um fator de risco para mastite e abscesso mamário, já outros, não.[1]

produção excessiva de leite

- Como pode ocorrer, por exemplo, na amamentação de gêmeos ou múltiplos.
- Pode predispor à estase láctea.[1]

pós-maturidade (abscesso mamário)

- A idade gestacional de 41 semanas ou mais está associada a um aumento do risco de abscesso mamário.[27]

complicações no parto

- Elas podem aumentar o risco de mastite lactacional.[1]

fadiga materna

- Estresse, privação do sono, exaustão e o retorno ao trabalho foram associados à mastite lactacional.

roupas apertadas

- Acredita-se que elas estimulem a estase láctea.[1]

creme antifúngico para os mamilos

- A aplicação repetida de creme antifúngico para candidíase mamilar pode causar lesão e uma possível alteração na flora normal.[3]

doença fibrocística da mama

- Pode interferir no fluxo de leite.

tabagismo

- O tabagismo atrapalha o reflexo de ejeção do leite materno e aumenta o risco de ingurgitamento e de subsequente mastite lactacional.
- O tabagismo também está associado à mastite não lactacional em mulheres mais jovens, bem como ao abscesso mamário primário e recorrente.[31] [32]

manipulação vaginal (abscesso mamário)

- Acredita-se que a bacteremia temporária resultante esteja associada à formação de abscesso mamário por bactérias anaeróbias.[33]

desnutrição

- Acredita-se que possa predispor à mastite.
- A deficiência de vitamina A promove a metaplasia escamosa. Acredita-se que esta seja causadora de mastopatia obstrutiva.[1]

terapia antirretroviral

- Em lactantes infectadas pelo HIV, a mastite ou a inflamação da mama é um possível efeito adverso da terapia antirretroviral profilática materna anti-HIV e da profilaxia infantil com nevirapina.[34]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**sintomas tipo gripe, mal-estar e mialgia (comum)**

- Pacientes com mastite e/ou abscesso mamário podem reclamar de sintomas sistêmicos.

febre (comum)

- A mastite pode ocorrer com ou sem pirexia $>38^{\circ}\text{C}$ ($>100.4^{\circ}\text{F}$).
- O abscesso mamário pode ou não estar acompanhado de febre.

mastalgia (comum)

- A mastalgia aguda, geralmente com pontadas, principalmente na amamentação, pode indicar mastite.

diminuição do fluxo de leite (comum)

- A estase láctea pode estar associada ao desenvolvimento da mastite.

aumento da temperatura da mama (comum)

- Sintoma inflamatório que sugere mastite e um possível abscesso subjacente.
- A mastite lactacional tende a envolver as áreas cuneiformes mais periféricas.

sensibilidade nas mamas (comum)

- Sinal inflamatório que sugere mastite e/ou abscesso.
- A mastite lactacional tende a envolver as áreas cuneiformes mais periféricas.

rigidez mamária (comum)

- Sintoma inflamatório que sugere mastite e um possível abscesso subjacente.
- A mastite lactacional tende a envolver as áreas cuneiformes mais periféricas.

edema mamário (comum)

- Sintoma inflamatório que sugere mastite e/ou abscesso.
- A mastite lactacional tende a envolver as áreas cuneiformes mais periféricas.
- O inchaço pode indicar edema cutâneo e/ou formação de abscesso subjacente.[8]

eritema mamário (comum)

- Sinal inflamatório que sugere mastite e um possível abscesso subjacente.
[Fig-1]
- A mastite lactacional tende a envolver as áreas cuneiformes mais periféricas.
[Fig-9]

massa mamária (incomum)

- Pode ocorrer com uma área sensível de mastite localizada ou abscesso mamário.
- O abscesso tardio pode resultar em uma massa flutuante palpável.

fístula (incomum)

- A fístula geralmente está associada à drenagem sinusal de um abscesso subjacente.

Outros fatores de diagnóstico**descarga mamilar (incomum)**

- Pode ocorrer com ou sem mastite.
- Frequentemente está associada à ectasia do ducto (ducto mamário dilatado associado com inflamação).
- Secreção purulenta geralmente indica infecção.

inversão/retração mamilar (incomum)

- Pouco observadas com a mastite.

linfadenopatia (incomum)

- Pode haver dor nos linfonodos axilares com infecção da mama ipsilateral.

lesões cutâneas extramamárias (incomum)

- Pacientes com mastite e/ou abscesso mamário podem apresentar sinais sistêmicos, incluindo lesões cutâneas extramamárias.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
ultrassonografia das mamas <ul style="list-style-type: none"> Para uma área eritematosa, a ultrassonografia ajuda a identificar um abscesso subjacente.[35] [36] [37] Geralmente, os abscessos formam uma lesão hipoecoica.[Fig-6] Essa é a modalidade de imagem preferida em adolescentes, e é aplicável em neonatos com suspeita de infecção da mama.[38] 	lesão hipoecoica (abscesso); pode ser bem circunscrita, macrolobulada, irregular ou pouco definida com possibilidade de septos
drenagem por aspiração com agulha para diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Um abscesso mamário pode ser drenado por aspiração com agulha para fins terapêuticos e diagnósticos.[Fig-7] Pode ser guiada por ultrassonografia. 	fluido purulento indica abscesso mamário
citologia da descarga mamilar ou amostra da aspiração por agulha fina <ul style="list-style-type: none"> A descarga mamilar e o conteúdo aspirado por agulha fina devem ser enviados para avaliação citológica, em busca de malignidade subjacente além da infecção. 	se presente: infecção e/ou malignidade demonstrada
leite, aspirado, secreção ou tecido da biópsia para cultura e sensibilidade <ul style="list-style-type: none"> O leite, os aspirados, a secreção mamilar ou sinusal e o tecido da biópsia devem ser enviados para cultura bacteriana (aeróbia e anaeróbia) e sensibilidade. Podem-se realizar estudos fúngicos e micobacterianos, mas geralmente apenas se o quadro clínico for refratário a antibióticos. Geralmente, as micobactérias são visíveis em apenas 12% a 33% da tuberculose mamária.[9] [46] 	a cultura positiva indica infecção
exame histopatológico do tecido da biópsia <ul style="list-style-type: none"> O tecido excisado deve ser enviado para avaliação histopatológica, sobretudo em casos refratários e recorrentes. Pode-se realizar uma biópsia por punção cutânea para diagnosticar o carcinoma inflamatório de mama. 	se presente: infecção, inflamação granulomatosa ou malignidade demonstrada.

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
teste de gravidez <ul style="list-style-type: none"> Se a mastite se desenvolver de forma inesperada, como em uma adolescente, deve-se realizar um teste de gravidez. 	pode ser positiva
hemocultura e sensibilidade <ul style="list-style-type: none"> Caso haja suspeita de infecção sistêmica, deve ser enviado para cultura bacteriana (aeróbia e anaeróbia) e sensibilidade. Podem-se realizar estudos fúngicos e micobacterianos, mas geralmente apenas se o quadro clínico for refratário a antibióticos. Os resultados direcionam a terapia apropriada. 	a cultura positiva indica infecção sistêmica

Exame	Resultado
mamografia <ul style="list-style-type: none"> • Útil para ajudar a identificar lesões da mama subjacentes. • Os achados mamográficos da infecção da mama e do abscesso muitas vezes são inespecíficos e podem mimetizar um câncer.[36] [37] [43] [44] [Fig-4] • Caso o abscesso esteja presente, geralmente é bastante doloroso realizar uma mamografia. • Ela deve ser solicitada (de acordo com a resolução da fase aguda) para mulheres >40 anos de idade, e sempre que a apresentação for complicada ou atípica, ou se houver suspeita de malignidade.[45] 	achados inespecíficos na fase aguda; pode demonstrar lesão subjacente caso seja realizado após a fase aguda
leite para contagem de leucócitos e quantificação de bactérias <ul style="list-style-type: none"> • O leite retirado ou uma amostra retirada do fluxo do leite podem ser enviados para contagem de leucócitos e quantificação de bactérias.[42] • Embora a presença de bactérias patogênicas e/ou as altas contagens bacterianas (>10³/mL de leite) sejam indicativas de mastite, o valor preditivo é baixo. Logo, a presença de bactérias no leite não é necessariamente um indicativo de infecção.[1] 	leucócitos >10#/mL no leite e bactérias <10³/mL no leite são indicativos de mastite não infecciosa; leucócitos >10#/mL no leite e bactérias >10³/mL no leite são indicativos de mastite infecciosa
cultura de swab/aspirado da cavidade oral e da nasofaringe do lactente e da mãe <ul style="list-style-type: none"> • Para casos recorrentes de mastite lactacional, são solicitadas culturas da cavidade oral e da nasofaringe do lactente e da mãe, a fim de determinar seu estado de hospedeiro estafilocócico. 	pode ser positiva para Staphylococcus aureus, se hospedeiro
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Indicado para pacientes com quadro toxêmico ou que têm abscesso, infecção recorrente ou falha no tratamento. • Também é indicado em neonatos. 	normal; leucocitose com infecção; neutropenia com imunossupressão
teste tuberculínico (PPD) <ul style="list-style-type: none"> • Caso haja suspeita de tuberculose (TB) ativa ou ela precise ser excluída. • Também se deve realizar estudos microbiológicos e/ou biópsia. 	geralmente é positiva com tuberculose ativa

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Ingurgitamento mamário	<ul style="list-style-type: none"> • O ingurgitamento geralmente ocorre do terceiro ao quinto dia pós-parto. • Pode haver mastalgia bilateral generalizada, rigidez, eritema, aumento da temperatura e febre leve (febre do leite), mas geralmente não há edema. • Aliviado pelo esvaziamento frequente das mamas (por exemplo, pela amamentação). 	<ul style="list-style-type: none"> • Em geral, torna-se clinicamente aparente à medida que transcorre a amamentação.
Sensibilidade mamilar	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente não há evidências de trauma mamilar, características de inflamação da mama ou febre. • O vasoespasma mamilar (fenômeno de Raynaud) pode se manifestar com dor no mamilo. • A sensibilidade mamilar com a amamentação geralmente diminui assim que a sucção é iniciada, enquanto a dor por trauma ou infecção persiste ou aumenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em geral, torna-se clinicamente aparente à medida que transcorre a amamentação.
Galactocele	<ul style="list-style-type: none"> • Um cisto de retenção de leite pode causar um nódulo mamário palpável doloroso, mas geralmente não há dores agudas em pontada nem sinais de inflamação da mama ou doença sistêmica. 	<ul style="list-style-type: none"> • A galactocele aparece na ultrassonografia como uma lesão bem definida, com uma parede ecogênica delgada que pode conter uma calcificação grossa. Um abscesso mamário também pode ser bem circunscrito, macrolobulado, irregular ou maldefinido, com possibilidade de septos. • A aspiração da galactocele apresenta leite não purulento.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Mamas fibrocísticas	<ul style="list-style-type: none"> • Tecido mamário doloroso no período pré-menstrual que melhora durante a menstruação. • Os nódulos são palpáveis principalmente no quadrante superior externo. • Pode haver relatos de descarga mamilar não sanguinolenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • A ultrassonografia pode ajudar a diagnosticar um tecido mamário cístico benigno. • A mamografia só é indicada para ajudar com o diagnóstico de doença fibrocística em mulheres mais velhas, não adolescentes, porque a densidade do tecido mamário nas adolescentes dificulta a interpretação.
Mastodinia	<ul style="list-style-type: none"> • A mastalgia pode ser cíclica ou não cíclica com a menstruação. • Não deve haver sintomas ou sinais de inflamação da mama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não são indicados testes específicos. • O diagnóstico é baseado na história e no exame físico.
Trauma na mama	<ul style="list-style-type: none"> • O trauma pode ser causado por necrose gordurosa, que pode se manifestar como uma massa mamária. • Sinais de inflamação não são comuns. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os estudos de imagem podem mimetizar um carcinoma (como também ocorre à vezes com a infecção da mama). • Pode-se indicar uma biópsia para se obter um diagnóstico definitivo.
Câncer de mama invasivo primário	<ul style="list-style-type: none"> • Os sinais e sintomas de câncer de mama podem ser semelhantes aos de infecção da mama. • Pode se apresentar como uma massa rígida, irregular e indolor, que pode ou não estar fixada ao tecido subjacente. • Pode haver descarga mamilar, retração mamilar ou cutânea, edema cutâneo (peau d'orange) e linfadenopatia regional. A doença de Paget envolverá o mamilo. • O câncer inflamatório de mama pode se assemelhar à mastite com aumento, rigidez, aumento da temperatura, edema e eritema da mama e possível alteração da cor da pele da mama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos de imagem, como a mamografia, podem revelar massa, aumento de densidade e microcalcificação. • É necessária uma biópsia percutânea (método recomendado), ou uma excisão cirúrgica (biópsia excisional), se indicada, a fim de estabelecer o diagnóstico. • Uma biópsia por punção cutânea para carcinoma inflamatório de mama mostrará infiltração tumoral linfática dérmica.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fibroadenoma	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente presente como uma massa não dolorosa, endurecida, bem circunscrita e móvel. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudos de imagem, como a ultrassonografia da mama e a mamografia, geralmente revelam uma massa sólida, homogênea, bem circunscrita e avascular com ocasional calcificação grossa. O exame patológico demonstrará uma lesão fibroepitelial.
Necrose gordurosa	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente resulta em uma massa mamária sensível, redonda e firme. A pele pode ficar com reentrâncias ao redor do nódulo. Geralmente, a inflamação não é uma característica comum, a menos que haja uma infecção associada. 	<ul style="list-style-type: none"> Os achados de exames de imagem da mama podem não ser específicos. A biópsia da mama é o meio mais preciso para estabelecer um diagnóstico definitivo.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Pode se manifestar com uma ou mais massas duras, irregulares, móveis, distintas, indolores e palpáveis. Podem estar presentes complicações originadas pelo diabetes, como retinopatia, neuropatia e nefropatia. Lesões mamárias tendem a ser recorrentes e bilaterais. Os pacientes podem ter outras doenças autoimunes. 	<ul style="list-style-type: none"> Os estudos de imagem da mama podem ser inespecíficos e mimetizar um câncer. A biópsia revela mastite linfocítica lobular esclerosante.
Doença de Mondor	<ul style="list-style-type: none"> A tromboflebite de uma veia superficial pode causar mastalgia e uma massa do tipo cordão com possível ondulação da pele, geralmente nos quadrantes inferiores. O cordão é acentuado por tração, elevação da mama ou abdução do braço ipsilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> A mamografia e a investigação microbiológica geralmente são negativas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Lúpus eritematoso sistêmico	<ul style="list-style-type: none"> • Pode haver uma lesão com massa dolorosa e possíveis alterações cutâneas. • Pode haver relato de mastite crônica com eritemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, há evidências sorológicas de lúpus. • A mamografia pode mostrar distorção arquitetônica, necrose gordurosa ou calcificações.^[47] • A biópsia pode ajudar, mostrando paniculite lúpica.
Fasciite necrosante	<ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes podem apresentar febre, calafrios e dor extrema associada ao rápido avanço do eritema cutâneo e possível cianose, vesículas, bolhas, úlceras, crepitação e uma escara necrótica escura. • É essencial que um cirurgião experiente faça o exame físico. • Pode haver história de trauma, biópsia cutânea ou ferida cirúrgica na região mamária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os exames laboratoriais podem mostrar leucocitose, ureia elevada e nível reduzido de sódio sérico. • A infecção pode ser diagnosticada com kits para diagnóstico rápido de estreptococos, caso estejam disponíveis. • Estudos microbiológicos e biópsia cutânea excisional profunda podem ser úteis no diagnóstico e na identificação dos organismos causadores e na confirmação do diagnóstico.
Hidradenite supurativa	<ul style="list-style-type: none"> • Presente sobretudo ao redor dos folículos pilosos na axila e nas regiões intertriginosas abaixo das mamas. • As lesões variam de comedões a nódulos dolorosos, abscessos e cicatrização cutânea, e podem estar associadas a uma secreção purulenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia mostrará foliculite aguda e crônica com uma possível inflamação de células gigantes de corpo estranho.
Costocondrite	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de dor esternal localizada, geralmente exacerbada com respiração ou atividade física. • A dor pode irradiar. • Geralmente há um edema palpável com vermelhidão localizado a cerca de 4 cm da borda esternal. • Geralmente, o exame da mama não apresenta nada digno de nota. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é necessário realizar exames.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hipertrofia mamária neonatal	<ul style="list-style-type: none"> O aumento benigno da mama pode ser temporário. Neste caso, o brotamento mamário não é vermelho nem doloroso. Se estiver presente, a descarga mamilar é leitosa e não purulenta. 	<ul style="list-style-type: none"> Não é necessário realizar exames.
Gigantomastia	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer hipertrofia maciça das mamas no início da gestação. Pode haver necrose cutânea associada. 	<ul style="list-style-type: none"> Podem ser solicitados estudos microbiológicos para descartar infecção subjacente.
Impetigo	<ul style="list-style-type: none"> As características do impetigo incluem vesículas/bolhas e crostas. 	<ul style="list-style-type: none"> Em geral, o diagnóstico é clínico.
Furúnculo	<ul style="list-style-type: none"> Área edemaciada vermelha, dolorida, sensível à palpação, que se torna cística; pode ser acompanhada de mal-estar e febre. 	<ul style="list-style-type: none"> Em geral, o diagnóstico é clínico.

Critérios de diagnóstico

Contagem de leucócitos no leite^[42]

A mastite lactacional pode ser classificada de acordo com as contagens de leucócitos e quantificação de bactérias no leite.

Contagens no leite	Leucócitos $<10^6/\text{mL}$ de leite	Leucócitos $<10^6/\text{mL}$ de leite
Bactéria $<10^3/\text{mL}$ de leite	Estase láctea	Mastite não infecciosa
Bactéria $<10^3/\text{mL}$ de leite	Não é diagnóstico	Mastite infecciosa

Contagem de leucócitos e quantificação de bactérias no leite materno
 Gráfico produzido pelo autor usando dados de Thomsen AC,
 Espersen T, Maigaard S. Am J Obstet Gynecol. 1984;149:492-495

A flora endógena da mama é semelhante à presente na pele. Embora a presença de bactérias patogênicas e/ou as altas contagens bacterianas ($>10^3/\text{mL}$ de leite) sejam indicativas de mastite, o valor preditivo é baixo. Logo, a presença de bactérias no leite não é necessariamente um indicativo de infecção.^[1] Além disso, muitas lactantes com bactérias potencialmente patogênicas na pele ou no leite não desenvolverão mastite.^[1] Por outro lado, muitas mulheres que desenvolvem mastite podem não apresentar organismos patogênicos no leite.^[1]

Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo do tratamento para mastite é providenciar um manejo oportuno e adequado a fim de prevenir complicações, como o abscesso mamário. O pediatra é o profissional mais indicado para o tratamento da mastite neonatal/pediátrica. Pacientes com abscesso mamário são encaminhados a um cirurgião para cuidados definitivos.[48]

Para a mastite lactacional, as evidências atuais parecem favorecer o esvaziamento proativo da mama e, na presença de sintomas graves ou prolongados ou sinais sistêmicos, o uso de antibióticos.[1] [12] No entanto, uma revisão concluiu que os ensaios clínicos randomizados e controlados fornecem pouca evidência para avaliar o efeito da antibioticoterapia na mastite lactacional.[49] Os ensaios incluídos na revisão foram metodologicamente inadequados com pequeno tamanho da amostra.[49]

Mastite lactacional

O tratamento inclui:[12] [50] [51]

- Remoção efetiva do leite
- Antibioticoterapia
- Compressas quentes
- Alívio sintomático
- Aconselhamento de suporte.

Quando os sinais e sintomas da mastite não forem graves ou quando não estiverem presentes por um período de 12 a 24 horas, é possível manejar o quadro clínico sem antibióticos.[49] [52] [53]

A remoção efetiva de leite pode envolver amamentação frequente contínua (por exemplo, amamentar de 8 a 12 vezes por dia), a extração do leite do lado afetado, caso indicado, e/ou massagem, caso seja tolerada. As medidas de suporte devem incluir:

- Analgesia para o alívio da dor, se necessário (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno)
- Aumento na ingestão de fluidos
- Compressas quentes e/ou frias
- Repouso no leiteo
- Aconselhamento, incluindo tranquilização sobre o valor da amamentação e segurança da amamentação contínua (que o leite da mama afetada não prejudicará a criança, quando apropriado). Orientações sobre o tratamento, como continuar amamentando ou extraíndo leite, e acompanhamento e suporte contínuo, são necessários.[1] Essas medidas podem exigir um especialista em lactação.

A bromocriptina não deve ser usada para suprimir a lactação em mulheres com mastite lactacional.[54] [55] Casos raros de hipertensão, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e transtornos mentais têm sido relatados.[54]

Terapêutica antimicrobiana

Os antibióticos são indicados para pacientes com:[1]

- Dor aguda
- Sintomas graves ou com duração entre 12 e 24 horas
- Febre
- Infecção sistêmica
- Resultados positivos nos estudos microbiológicos.

Como o *Staphylococcus aureus* é o patógeno mais comum, deve-se usar antibióticos com atividade antiestafilocócica. A decisão sobre iniciar antimicrobianos orais ou intravenosos no momento da apresentação inicial depende do critério clínico e da gravidade da doença. Se o MRSA puder ser excluído por cultura, ou se o MRSA não for prevalente localmente, 10 a 14 dias de dicloxacilina, cloxacilina ou flucloxacilina oral (dependendo da disponibilidade) é a escolha inicial.[12] A cefalexina, uma cefalosporina de primeira geração, também pode ser considerada, mas tem um amplo espectro de cobertura e tem maior probabilidade de promover o desenvolvimento de MRSA.[12] [56] A cefalexina pode ser prescrita para pacientes com alergia à penicilina (embora deva ser usada com cautela, pois uma minoria dos pacientes pode apresentar reatividade cruzada entre penicilinas e cefalosporinas); a clindamicina é apropriada para pacientes com hipersensibilidade grave à penicilina.[12]

Suspeita de infecção por MRSA

Isolados resistentes à meticilina têm aumentado em muitas regiões;[12] os padrões de resistência local precisam ser considerados. A mastite lactacional devida à infecção por MRSA adquirido na comunidade (CA-MRSA) geralmente é relatada em mulheres saudáveis e sem fatores de risco tradicionais para o MRSA hospitalar.[57] [CDC: [postpartum mastitis and community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*](#)] Clindamicina ou sulfametoxazol/trimetoprima podem ser opções de tratamento adequadas para CA-MRSA.[58] A sulfametoxazol/trimetoprima não deve ser administrada se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59] A doxiciclina também pode ser usada para infecções por CA-MRSA, durante o tempo de uso a mãe não deve amamentar e precisará extrair leite para manter o suprimento durante o ciclo antibiótico.

Sulfametoxazol/trimetoprima é uma escolha aceitável se houver suspeita de MRSA adquirido no hospital. Um antibiótico alternativo é necessário se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59]

Pode haver a necessidade de internar os pacientes para antibioticoterapia parenteral, manejo da dor e/ou intervenção cirúrgica, sobretudo se eles:

- Forem imunossuprimidos
- Apresentarem quadro toxêmico (por exemplo, se houver suspeita de bacteremia/sepsis)
- Estiverem hemodinamicamente instáveis
- Exibirem uma infecção de rápida progressão
- Não melhorarem com a antibioticoterapia em ambiente ambulatorial.

Resposta à terapêutica antimicrobiana

As infecções devem começar a responder aos antibióticos em até 48 horas. Se não houver melhora dentro deste período, a cultura do leite materno e o teste de sensibilidade a antibióticos devem ser solicitados, e a possibilidade de diagnósticos alternativos deve ser considerada. Pode ser que seja necessário alterar a antibioticoterapia de acordo com os patógenos específicos isolados e com as correspondentes suscetibilidades aos antibióticos.

Caso a infecção se agrave apesar da terapia oral, ou se a infecção for grave e ocorrer em um paciente hospitalizado, pode-se utilizar vancomicina intravenosa. Esse antibiótico trata tanto o CA-MRSA quanto o MRSA hospitalar. Outros antibióticos com atividade contra o MRSA podem ser usados em casos refratários, mas a experiência com esses agentes no tratamento da mastite é limitada. Eles são caros e faltam informações a respeito dos níveis no leite materno.

Candidíase

Quando houver diagnóstico de candidíase mamilar, a mãe e o lactente devem ser tratados simultaneamente. Um antifúngico tópico deve ser usado na mãe, combinado com a aplicação tópica de uma suspensão antifúngica na boca da criança. O tratamento deve continuar por 48 horas após a resolução dos sintomas.[60] [54] Para casos recorrentes, são solicitadas culturas das cavidades orais e da nasofaringe do lactente e da mãe a fim de determinar seu estado de portador estafilocócico.

Infecção mamilar isolada

Uma infecção mamilar isolada pode ser tratada com terapêutica antimicrobiana tópica (por exemplo, mupirocina a 2% ou um preparado contendo polimixina).

A bromocriptina não deve ser usada para suprimir a lactação em mulheres com mastite lactacional.[54] Casos raros de hipertensão, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e transtornos mentais têm sido relatados.[54]

Mastite não lactacional

A diferenciação entre mastite não lactacional infecciosa e não infecciosa é difícil. Portanto, a terapêutica antimicrobiana, sem qualquer período de observação, é o tratamento inicial para todas as pacientes que apresentam mastite não lactacional.

Para suspeita de mastite não lactacional

- A terapêutica antimicrobiana, sem qualquer período de observação, é o tratamento inicial.
- As medidas de suporte devem incluir analgesia, se necessário.
- A infecção persistente, apesar do uso apropriado de antibióticos e procedimentos de drenagem, deve levar a investigações adicionais com culturas fúngicas. A escolha da terapia antifúngica depende do resultado da cultura.
- Para infecções em feridas pós-operatórias, deve-se consultar um cirurgião.
- A contaminação bacteriana de um implante mamário ou de qualquer corpo estranho infectado (por exemplo, um piercing no mamilo) é uma indicação para remoção do corpo estranho.
- A tuberculose (TB) da mama é rara e requer terapia anti-TB sob orientação especializada. A falta de resposta à terapia anti-TB ou uma mama difusamente deformada com drenagem sinusal podem requerer intervenção cirúrgica.[26]

Suspeita de mastite não lactacional não infecciosa

- A terapêutica antimicrobiana, sem qualquer período de observação, é o tratamento inicial. A mastite não lactacional não infecciosa é um diagnóstico de exclusão.
- As medidas de suporte devem incluir analgesia, se necessário.
- Para a mastite granulomatosa (inflamação granulomatosa idiopática), o tratamento de primeira escolha são os glicocorticoides. No entanto, há evidências que sugerem que o tratamento cirúrgico, com ou sem corticosteroides, resulta em altas taxas de remissão completa.[61]

Mastite pediátrica

A mastite é incomum em crianças.[62] Os neonatos e lactentes com suspeita de mastite devem ser encaminhados a um pediatra para manejo. O aconselhamento detalhado sobre o manejo está além do escopo deste tópico.

Infecção mamilar isolada

Uma infecção mamilar isolada pode ser tratada com terapêutica antimicrobiana tópica (por exemplo, mupirocina a 2% ou um preparado contendo polimixina).

Mastite refratária

Na mastite refratária, os diagnósticos a seguir devem ser considerados:

- Abscessos múltiplos e/ou profundos
- Malignidade coexistente
- Anormalidade mamária subjacente
- Fístula
- Infecção fúngica
- Mastite granulomatosa
- Tuberculose (TB)
- Micobactéria atípica
- Outros patógenos infecciosos incomuns ou multirresistência a medicamentos.

É preciso realizar uma ultrassonografia buscando possíveis abscessos subjacentes. Deve-se considerar uma biópsia. Devem ser realizadas culturas a fim de descartar micro-organismos atípicos e/ou patógenos multirresistentes a medicamentos. Caso seja detectada uma fístula, ela deve ser excisada (fistulectomia) junto com o seu ducto de alimentação.[63]

Abscesso mamário

Pode-se usar a aspiração por agulha (agulha de calibre 18 a 19) , com anestesia local, com ou sem orientação de ultrassonografia, para drenar um abscesso.[64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [40] Para drenagem completa do abscesso, múltiplas aspirações podem ser necessárias (aspiração diária por 5 a 7 dias). O fluido aspirado pode ser enviado para cultura para orientar a posterior antibioticoterapia.

O risco de falha da aspiração por agulha é maior com abscessos >5 cm de diâmetro.[70] [71] [72] Se a remoção completa do pus franco for problemática com a aspiração com agulha fina, as opções de manejo incluem o uso de uma agulha maior, drenagem cirúrgica ou repetição da drenagem percutânea por cateter (drenagem sem a colocação de um cateter de demora). A incisão e a drenagem são reservadas para pacientes nos quais a aspiração falha após várias tentativas (a orientação sugere pelo menos 3-5 tentativas) e/ou para abscessos multiloculados ou grandes.[40] [73] [74] [75] A drenagem percutânea repetida também pode ser considerada para grandes coleções. A repetição da drenagem parece ser tão eficaz quanto a drenagem com cateter de demora, mas com riscos reduzidos e maior conforto da paciente.[40]

Existe alguma evidência para a aplicação de um dreno negativo de sucção através de uma mini incisão periareolar. Um estudo retrospectivo com mulheres com abscesso mamário lactacional relatou que a pressão de sucção negativa foi associada com menor tempo de internação e uma maior taxa de continuação da amamentação do que a incisão e drenagem.[76]

Se houver suspeita de abscesso mamário em uma criança pré-púbere, a paciente deve ser encaminhada a um pediatra, pois deve-se tomar cuidado para evitar lesões no brotamento mamário.

Antibioticoterapia

A terapêutica antimicrobiana é prescrita em adição à drenagem do abscesso. Sem a drenagem do abscesso, é improvável que a terapêutica antimicrobiana seja bem-sucedida, porque a parede do abscesso protege as bactérias da ação dos antibióticos.[1]

Se o MRSA puder ser excluído, ou o MRSA não for prevalente localmente, um abscesso mamário pode ser tratado com um antibiótico intravenoso que seja ativo contra o estafilococos sensível à meticilina. No entanto, estudos demonstraram que o MRSA adquirido na comunidade (CA-MRSA) é um patógeno significativo entre as mulheres hospitalizadas com abscesso mamário puerperal.[11] [77] Em casos de suspeita ou confirmação de CA-MRSA, ou em pacientes alérgicas à penicilina, pode-se usar sulfametoxazol/trimetoprima, doxiciclina ou clindamicina. A sulfametoxazol/trimetoprima não deve ser administrada se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59] Mães com prescrição de doxiciclina não devem amamentar e precisarão extrair leite para manter o suprimento durante o ciclo do antibiótico.

A vancomicina por via intravenosa pode ser usada em casos mais graves e em pacientes hospitalizados, quando houver suspeita de MRSA hospitalar. É importante referir-se às políticas locais de prescrição de antibióticos e, sempre que possível, guiar-se pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura.

Tecido cronicamente infectado

Depois que a fase aguda tiver cedido, pode ser necessário excisar o tecido cronicamente infectado e o ducto lactífero principal associado ao abscesso que leva ao mamilo.[40] Se a incisão não interferir na amamentação, a mulher lactante pode continuar a amamentar. Se a incisão interferir na amamentação, o leite pode ser removido regularmente com um extrator de leite.

Recorrência de mastite e/ou abscesso mamário

Pode ocorrer em decorrência de demora na terapia, terapia de curta duração, terapia inapropriada e em hospedeiros de Staphylococcus. A mastite recorrente ou a persistência de uma massa após a terapia pode ser devida a um abscesso mamário ou uma lesão mamária subjacente. A mastite granulomatosa tem uma taxa alta de recorrência. O abandono do hábito de fumar também deve ser encorajado, a fim de minimizar o risco de recorrência.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

(resumo)

mastite lactacional

...

Agudo		(resumo)		
■	sintomas não graves ou não prolongados: sem sinais sistêmicos e cultura negativa	1a	remoção efetiva de leite e cuidados de suporte	
		sintomas graves ou sinais sistêmicos ou prolongados: MRSA excluído por cultura ou não prevalente localmente	1a	antibioticoterapia empírica
			mais	remoção efetiva de leite e cuidados de suporte
	adjunto		terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar	
	2a		antibiótico alternativo guiado pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura e investigação adicional	
	mais		remoção efetiva de leite e cuidados de suporte	
	adjunto		terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar	
	sintomas graves ou sinais sistêmicos ou prolongados: MRSA confirmado por cultura ou prevalente localmente	1a	antibiótico não betalactâmico	
		mais	remoção efetiva de leite e cuidados de suporte	
		adjunto	terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar	
		2a	antibiótico alternativo guiado pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura e investigação adicional	
		mais	remoção efetiva de leite e cuidados de suporte	
		adjunto	terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar	
	mastite não lactacional			
	■	MRSA excluído por cultura ou não prevalente localmente	1a	antibioticoterapia empírica
mais			alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário	

Agudo (resumo)		
	adjunto	cuidados de suporte
	2a	antibiótico alternativo guiado por investigações ou exames adicionais
	mais	alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário
	adjunto	cuidados de suporte
■ MRSA confirmado por cultura ou prevalente localmente	1a	antibiótico não betalactâmico
	mais	alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário
	adjunto	cuidados de suporte
	2a	antibiótico alternativo guiado por investigações ou exames adicionais
	mais	alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário
	adjunto	cuidados de suporte
abscesso mamário		
■ MRSA excluído por cultura ou não prevalente localmente	1a	intervenção cirúrgica
	mais	antibiótico intravenoso ou oral com atividade contra estafilococos sensíveis à meticilina
	mais	reavaliação do diagnóstico e tratamento
	adjunto	cuidados de suporte
■ MRSA confirmado por cultura ou prevalente localmente	1a	intervenção cirúrgica
	mais	antibiótico não betalactâmico
	mais	reavaliação do diagnóstico e tratamento
	adjunto	cuidados de suporte

Em curso (resumo)	
abscesso mamário pós-intervenção aguda	
1a	considerações de outras intervenções cirúrgicas

Em curso		(resumo)
recorrência de mastite e/ou abscesso mamário		
	1a	reavaliação e tratamento

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

mastite lactacional

- **sintomas não graves ou não prolongados: sem sinais sistêmicos e cultura negativa**

1a

remoção efetiva de leite e cuidados de suporte

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Em um estágio inicial, quando não há presença de sinais e sintomas da mastite por mais de 12 a 24 horas, é possível manejar o quadro clínico sem antibióticos.^{[49] [52] [53]} No entanto, os antibióticos serão necessários caso a dor se agrave ou dure mais de 12 a 24 horas, se o leite ou a hemocultura for positiva, ou se houver quaisquer sinais de infecção sistêmica.

» A amamentação deve continuar frequente (por exemplo, amamentar de 8 a 12 vezes por dia) a fim de promover a remoção efetiva do leite.

» Também se pode extrair o leite do lado afetado, caso indicado, e/ou massagear, se tolerado.

» A paciente deve receber suporte em termos de aconselhamento e dicas de amamentação, e analgesia caso necessário (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno). O aconselhamento deve incluir tranquilização sobre o valor da amamentação e segurança da amamentação contínua (que o leite da mama afetada não prejudicará a criança, quando apropriado). Orientações sobre o tratamento, como continuar amamentando ou extraindo leite, e acompanhamento e suporte contínuos, são necessários.^[1] Essas medidas podem exigir um especialista em lactação.

Agudo

- **sintomas graves ou sinais sistêmicos ou prolongados: MRSA excluído por cultura ou não prevalente localmente**

1a

» Deve-se aconselhar a paciente a aumentar a ingestão de líquidos, aplicar compressas quentes e/ou frias e manter repouso no leito.

antibioticoterapia empírica

Opções primárias

» **flucloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **dicloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **cloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

Opções secundárias

» **cefalexina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral quatro vezes ao dia

» Os antibióticos são indicados para pacientes com dor aguda, sintomas graves ou sintomas com duração de mais de 12 a 24 horas; febre ou quaisquer outros sinais de infecção sistêmica; ou estudos microbiológicos positivos.

» Como o *Staphylococcus aureus* é o patógeno mais comum, deve-se usar antibióticos com atividade antiestafilocócica. Se o MRSA puder ser excluído por cultura, ou se o MRSA não for prevalente localmente, 10 a 14 dias de dicloxacilina, cloxacilina ou flucloxacilina oral (dependendo da disponibilidade) é a escolha inicial.^[12] A cefalexina, uma cefalosporina de primeira geração, também pode ser considerada, mas tem um amplo espectro de cobertura e tem maior probabilidade de promover o desenvolvimento de MRSA.^{[12] [56]}

» A cefalexina pode ser prescrita para pacientes com alergia à penicilina (embora deva ser usada com cautela, pois uma minoria dos pacientes pode apresentar reatividade cruzada entre penicilinas e cefalosporinas); A clindamicina é apropriada para pacientes com hipersensibilidade severa à penicilina.^[12]

Agudo

mais

» Pode ser que seja necessário alterar a antibioticoterapia de acordo com os patógenos específicos isolados e com as correspondentes suscetibilidades aos antibióticos.

» Ciclo do tratamento: 10 a 14 dias.

remoção efetiva de leite e cuidados de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» A amamentação deve continuar frequente (por exemplo, amamentar de 8 a 12 vezes por dia) a fim de promover a remoção efetiva do leite.

» Também se pode extrair o leite do lado afetado, caso indicado, e/ou massagear, se tolerado.

» A paciente deve receber suporte em termos de aconselhamento e dicas de amamentação, e analgesia caso necessário (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno). O aconselhamento deve incluir tranquilização sobre o valor da amamentação e segurança da amamentação contínua (que o leite da mama afetada não prejudicará a criança, quando apropriado). Orientações sobre o tratamento, como continuar amamentando ou extraindo leite, e acompanhamento e suporte contínuos, são necessários.^[1] Essas medidas podem exigir um especialista em lactação.

» Deve-se aconselhar a paciente a aumentar a ingestão de líquidos, aplicar compressas quentes e/ou frias e manter repouso no leito.

adjunto

terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **nistatina tópica**: mãe: (100,000 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **miconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **cetoconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

» Se houver diagnóstico de candidíase mamilar, a mãe e o lactente devem ser tratados simultaneamente.

» Um antifúngico tópico deve ser usado na mãe, combinado com a aplicação tópica de uma suspensão antifúngica na boca da criança.

» Curso de tratamento: continuação do tratamento por 48 horas após a resolução dos sintomas.

2a

antibiótico alternativo guiado pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura e investigação adicional

Opções primárias

» **vancomicina**: 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

» As infecções devem começar a responder em até 48 horas. Se não houver melhora dentro deste período de tempo, a cultura do leite materno e o exame das sensibilidades aos antibióticos devem ser solicitados, e a possibilidade de diagnósticos alternativos deve ser considerada. Pode ser que seja necessário alterar a antibioticoterapia de acordo com os patógenos específicos isolados e com as correspondentes suscetibilidades aos antibióticos.

» Se a infecção estiver se agravando apesar da terapia oral, deve-se considerar a vancomicina

Agudo

intravenosa em seu lugar. Como alternativa, outros antibióticos com atividade contra MRSA podem ser usados, mas a experiência com esses outros agentes no tratamento da mastite é limitada.

» Em casos refratários, deve-se realizar uma ultrassonografia em busca de possíveis abscessos subjacentes, deve-se considerar uma biópsia, e deve-se realizar culturas a fim de descartar micro-organismos atípicos e/ou um patógeno multirresistente a antibióticos.

» Caso seja detectada uma fístula, ela deve ser excisada (fistulectomia) junto com o seu ducto de alimentação.[63]

» Ciclo do tratamento com antibiótico: 10 a 14 dias.

mais

remoção efetiva de leite e cuidados de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» A amamentação deve continuar frequente (por exemplo, amamentar de 8 a 12 vezes por dia) a fim de promover a remoção efetiva do leite.

» Também se pode extrair o leite do lado afetado, caso indicado, e/ou massagear, se tolerado.

» A paciente deve receber suporte em termos de aconselhamento e dicas de amamentação, e analgesia caso necessário (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno). O aconselhamento deve incluir tranquilização sobre o valor da amamentação e segurança da amamentação contínua (que o leite da mama afetada não prejudicará a criança, quando apropriado). Orientações sobre o tratamento, como continuar amamentando ou extraíndo leite, e acompanhamento e suporte contínuos, são necessários.[1] Essas medidas podem exigir um especialista em lactação.

Agudo

adjunto

» Deve-se aconselhar a paciente a aumentar a ingestão de líquidos, aplicar compressas quentes e/ou frias e manter repouso no leito.

terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **nistatina tópica**: mãe: (100,000 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **miconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **cetoconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

» Se houver diagnóstico de candidíase mamilar, a mãe e o lactente devem ser tratados simultaneamente.

» Um antifúngico tópico deve ser usado na mãe, combinado com a aplicação tópica de uma suspensão antifúngica na boca da criança.

» Curso de tratamento: continuação do tratamento por 48 horas após a resolução dos sintomas.

- **sintomas graves ou sinais sistêmicos ou prolongados: MRSA confirmado por cultura ou prevalente localmente**

1a

antibiótico não betalactâmico

Opções primárias

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia

Agudo

OU

» **vancomicina**: 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

Opções secundárias

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

» Os antibióticos são indicados para pacientes com dor aguda, sintomas graves ou sintomas com duração de mais de 12 a 24 horas; febre ou quaisquer outros sinais de infecção sistêmica; ou estudos microbiológicos positivos.

» Se o MRSA tiver sido confirmado por cultura, ou caso se saiba que o MRSA é prevalente no local, clindamicina ou sulfametoxazol/trimetoprima podem ser opções de tratamento apropriadas para MRSA adquirido na comunidade (CA-MRSA).[58] A sulfametoxazol/trimetoprima não deve ser administrada se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59] A doxiciclina também pode ser usada para infecções por CA-MRSA, durante o tempo de uso a mãe não deve amamentar e precisará extrair leite para manter o suprimento durante o ciclo antibiótico.

» A decisão sobre iniciar antimicrobianos orais ou intravenosos no momento da apresentação inicial depende do critério clínico e da gravidade da doença.

» Sulfametoxazol/trimetoprima é uma escolha aceitável se houver suspeita de MRSA adquirido no hospital. Um antibiótico alternativo é necessário se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59]

» A vancomicina pode ser indicada inicialmente para pacientes hospitalizados com infecção grave. Isso abrange o MRSA hospitalar.

» Pode ser que seja necessário alterar a antibioticoterapia de acordo com os patógenos específicos isolados e com as correspondentes suscetibilidades aos antibióticos.

» Ciclo do tratamento: 10 a 14 dias.

mais remoção efetiva de leite e cuidados de suporte

Agudo

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Geralmente, a amamentação deve continuar frequente (por exemplo, amamentar de 8 a 12 vezes por dia) a fim de promover a remoção efetiva do leite.

» Também se pode extrair o leite do lado afetado, caso indicado, e/ou massagear, se tolerado.

» A paciente deve receber suporte em termos de aconselhamento e dicas de amamentação, e analgesia caso necessário (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno). O aconselhamento deve incluir tranquilização sobre o valor da amamentação e segurança da amamentação contínua (que o leite da mama afetada não prejudicará a criança, quando apropriado). Orientações sobre o tratamento, como continuar amamentando ou extraindo leite, e acompanhamento e suporte contínuos, são necessários.[1] Essas medidas podem exigir um especialista em lactação.

» Deve-se aconselhar a paciente a aumentar a ingestão de líquidos, aplicar compressas quentes e/ou frias e manter repouso no leito.

adjunto

terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **nistatina tópica**: mãe: (100,000 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

Agudo

- » **miconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- e-
- » **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

- » **cetoconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- e-
- » **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

» Se houver diagnóstico de candidíase mamilar, a mãe e o lactente devem ser tratados simultaneamente.

» Um antifúngico tópico deve ser usado na mãe, combinado com uma suspensão antifúngica tópica para uso na boca da criança.

» Curso de tratamento: continuação do tratamento por 48 horas após a resolução dos sintomas.

2a **antibiótico alternativo guiado pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura e investigação adicional**

Opções primárias

- » **vancomicina**: 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

» As infecções devem começar a responder aos antibióticos em até 48 horas. Se não houver melhora dentro deste período, a cultura do leite materno e o teste de sensibilidade a antibióticos devem ser solicitados, e a possibilidade de diagnósticos alternativos deve ser considerada. Pode ser que seja necessário alterar a antibioticoterapia de acordo com os patógenos específicos isolados e com as correspondentes suscetibilidades aos antibióticos.

» Se a infecção estiver se agravando apesar da terapia oral, deve-se considerar a vancomicina intravenosa em seu lugar. Como alternativa, outros antibióticos com atividade contra MRSA podem ser usados, mas a experiência com esses outros agentes no tratamento da mastite é limitada.

» Em casos refratários, deve-se realizar uma ultrassonografia em busca de possíveis abscessos subjacentes, deve-se considerar uma biópsia, e deve-se realizar culturas a fim

Agudo

de descartar micro-organismos atípicos e/ou um patógeno multirresistente a antibióticos.

» Caso seja detectada uma fístula, ela deve ser excisada (fistulectomia) junto com o seu ducto de alimentação.[63]

» Ciclo do tratamento com antibiótico: 10 a 14 dias.

mais

remoção efetiva de leite e cuidados de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Geralmente, a amamentação deve continuar frequente (por exemplo, amamentar de 8 a 12 vezes por dia) a fim de promover a remoção efetiva do leite.

» Também se pode extrair o leite do lado afetado, caso indicado, e/ou massagear, se tolerado.

» A paciente deve receber suporte em termos de aconselhamento e dicas de amamentação, e analgesia caso necessário (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno). O aconselhamento deve incluir tranquilização sobre o valor da amamentação e segurança da amamentação contínua (que o leite da mama afetada não prejudicará a criança, quando apropriado). Orientações sobre o tratamento, como continuar amamentando ou extraindo leite, e acompanhamento e suporte contínuos, são necessários.[1] Essas medidas podem exigir um especialista em lactação.

» Deve-se aconselhar a paciente a aumentar a ingestão de líquidos, aplicar compressas quentes e/ou frias e manter repouso no leito.

adjunto

terapia antifúngica (para a mãe e o lactente) para candidíase mamilar

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

Opções primárias

» **nistatina tópica**: mãe: (100,000 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **miconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **cetoconazol tópico**: mãe: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **nistatina**: lactente: (100,000 unidades/mL) 2 mL por via oral quatro vezes ao dia

» Se houver diagnóstico de candidíase mamilar, a mãe e o lactente devem ser tratados simultaneamente.

» Um antifúngico tópico deve ser usado na mãe, combinado com a aplicação tópica de uma suspensão antifúngica na boca da criança.

» Curso de tratamento: continuação do tratamento por 48 horas após a resolução dos sintomas.

mastite não lactacional

- **MRSA excluído por cultura ou não prevalente localmente**

1a

antibioticoterapia empírica

Opções primárias

» **flucloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **dicloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **cloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

Agudo

OU

» **mupirocina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

OU

» **bacitracina/neomicina/polimixina B tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

Opções secundárias

» **cefalexina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral quatro vezes ao dia

» A diferenciação entre mastite não lactacional infecciosa e não infecciosa é difícil. Portanto, a terapêutica antimicrobiana, sem qualquer período de observação, é o tratamento inicial para todas as pacientes que apresentam mastite não lactacional.

» Como o *Staphylococcus aureus* é o patógeno mais comum, deve-se usar antibióticos com atividade antiestafilocócica. Se o MRSA puder ser excluído por cultura, ou se o MRSA não for prevalente localmente, 10 a 14 dias de dicloxacilina, cloxacilina ou flucloxacilina oral (dependendo da disponibilidade) é a escolha inicial.[12] A cefalexina, uma cefalosporina de primeira geração, também pode ser considerada, mas tem um amplo espectro de cobertura e tem maior probabilidade de promover o desenvolvimento de MRSA.[12] [56]

» A cefalexina pode ser prescrita para pacientes com alergia à penicilina (embora deva ser usada com cautela, pois uma minoria dos pacientes pode apresentar reatividade cruzada entre penicilinas e cefalosporinas); A clindamicina é apropriada para pacientes com hipersensibilidade severa à penicilina.[12]

» Pode ser que seja necessário alterar a antibioticoterapia de acordo com os patógenos específicos isolados e com as correspondentes suscetibilidades aos antibióticos.

» Uma infecção mamilar isolada pode ser tratada com terapêutica antimicrobiana tópica

Agudo

(por exemplo, mupirocina a 2% ou um preparado contendo polimixina).

» Ciclo do tratamento: 10 a 14 dias.

mais alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A infecção persistente, apesar do uso apropriado de antibióticos e procedimentos de drenagem, deve levar a investigações adicionais com culturas fúngicas. A escolha da terapia antifúngica depende do resultado da cultura.

» Para infecções em feridas pós-operatórias, deve-se consultar um cirurgião.

» A contaminação bacteriana de um implante mamário ou de qualquer corpo estranho infectado (por exemplo, um piercing no mamilo) é uma indicação para remoção do corpo estranho.

» A tuberculose (TB) da mama é rara e requer terapia anti-TB sob orientação especializada. A falta de resposta à terapia anti-TB ou uma mama difusamente deformada com drenagem sinusal podem requerer intervenção cirúrgica.[26]

» Para a mastite granulomatosa (inflamação granulomatosa idiopática), o tratamento de primeira escolha são os glicocorticoides. No entanto, há evidências que sugerem que o tratamento cirúrgico, com ou sem corticosteroides, resulta em altas taxas de remissão completa.[61]

adjunto cuidados de suporte

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgesia, caso necessário.

Agudo

2a **antibiótico alternativo guiado por investigações ou exames adicionais****Opções primárias**

» **vancomicina:** 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

» As infecções devem começar a responder em até 48 horas.

» Caso a infecção se agrave apesar da terapia oral, ou se a infecção for grave e ocorrer em um paciente hospitalizado, pode-se considerar a vancomicina intravenosa.

» Como alternativa, outros antibióticos com atividade contra o MRSA podem ser usados (mas a experiência com esses outros agentes no tratamento da mastite é limitada).

» Em casos refratários, deve-se realizar uma ultrassonografia em busca de possíveis abscessos subjacentes, deve-se considerar uma biópsia, e deve-se realizar culturas a fim de descartar micro-organismos atípicos e/ou um patógeno multirresistente a antibióticos.

» Caso seja detectada uma fístula, ela deve ser excisada (fistulectomia) junto com o seu ducto de alimentação.^[63]

» Ciclo do tratamento com antibiótico: 10 a 14 dias.

mais **alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A infecção persistente, apesar do uso apropriado de antibióticos e procedimentos de drenagem, deve levar a investigações adicionais com culturas fúngicas. A escolha da terapia antifúngica depende do resultado da cultura.

» Para infecções em feridas pós-operatórias, deve-se consultar um cirurgião.

» A contaminação bacteriana de um implante mamário ou de qualquer corpo estranho infectado (por exemplo, um piercing no mamilo) é uma indicação para remoção do corpo estranho.

» A tuberculose (TB) da mama é rara e requer terapia anti-TB sob orientação especializada. A falta de resposta à terapia anti-TB ou uma mama difusamente deformada com

Agudo

drenagem sinusal podem requerer intervenção cirúrgica.[26]

» Para a mastite granulomatosa (inflamação granulomatosa idiopática), o tratamento de primeira escolha são os glicocorticoides. No entanto, há evidências que sugerem que o tratamento cirúrgico, com ou sem corticosteroides, resulta em altas taxas de remissão completa.[61]

adjunto

cuidados de suporte

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgesia, caso necessário.

■ MRSA confirmado por cultura ou prevalente localmente

1a

antibiótico não betalactâmico

Opções primárias

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **vancomicina**: 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

Opções secundárias

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

» A diferenciação entre mastite não lactacional infecciosa e não infecciosa é difícil. Portanto, a terapêutica antimicrobiana, sem qualquer período de observação, é o tratamento inicial para todas as pacientes que apresentam mastite não lactacional.

Agudo

» Se o MRSA tiver sido confirmado por cultura, ou caso se saiba que o MRSA é prevalente no local, clindamicina ou sulfametoxazol/trimetoprima podem ser opções de tratamento apropriadas para MRSA adquirido na comunidade (CA-MRSA).[58] Pode-se também usar a doxiciclina para infecções por CA-MRSA.

» A decisão sobre iniciar antimicrobianos orais ou intravenosos no momento da apresentação inicial depende do critério clínico e da gravidade da doença.

» Em áreas onde o MRSA é comum, os padrões de resistência local precisam ser considerados na escolha dos antibióticos.

» A vancomicina pode ser indicada inicialmente para pacientes hospitalizados com infecção grave. Isso abrange o MRSA hospitalar.

» Ciclo do tratamento: 10 a 14 dias.

mais alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A infecção persistente, apesar do uso apropriado de antibióticos e procedimentos de drenagem, deve levar a investigações adicionais com culturas fúngicas. A escolha da terapia antifúngica depende do resultado da cultura.

» Para infecções em feridas pós-operatórias, deve-se consultar um cirurgião.

» A contaminação bacteriana de um implante mamário ou de qualquer corpo estranho infectado (por exemplo, um piercing no mamilo) é uma indicação para remoção do corpo estranho.

» A tuberculose (TB) da mama é rara e requer terapia anti-TB sob orientação especializada. A falta de resposta à terapia anti-TB ou uma mama difusamente deformada com drenagem sinusal podem requerer intervenção cirúrgica.[26]

» Para a mastite granulomatosa (inflamação granulomatosa idiopática), o tratamento de primeira escolha são os glicocorticoides. No entanto, há evidências que sugerem que o tratamento cirúrgico, com ou sem corticosteroides, resulta em altas taxas de remissão completa.[61]

adjunto cuidados de suporte

Agudo

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgesia, caso necessário.

2a **antibiótico alternativo guiado por investigações ou exames adicionais**

Opções primárias

» **vancomicina**: 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

» As infecções devem começar a responder em até 48 horas. Se a infecção estiver se agravando apesar da terapia oral, deve-se considerar a vancomicina intravenosa em seu lugar.

» Como alternativa, outros antibióticos com atividade contra o MRSA podem ser usados (mas a experiência com esses outros agentes no tratamento da mastite é limitada).

» Em casos refratários, deve-se realizar uma ultrassonografia em busca de possíveis abscessos subjacentes, deve-se considerar uma biópsia, e deve-se realizar culturas a fim de descartar micro-organismos atípicos e/ou um patógeno multirresistente a antibióticos.

» Caso seja detectada uma fístula, ela deve ser excisada (fistulectomia) junto com o seu ducto de alimentação.[63]

» Ciclo do tratamento com antibiótico: 10 a 14 dias.

mais **alternar para a terapia apropriada para a causa subjacente, se necessário**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A infecção persistente, apesar do uso apropriado de antibióticos e procedimentos de drenagem, deve levar a investigações adicionais com culturas fúngicas. A escolha da terapia antifúngica depende do resultado da cultura.

Agudo

» A tuberculose (TB) da mama é rara e requer terapia anti-TB sob orientação especializada. A falta de resposta à terapia anti-TB ou uma mama difusamente deformada com drenagem sinusal podem requerer intervenção cirúrgica.[26]

» Para infecções em feridas pós-operatórias, deve-se consultar um cirurgião.

» A contaminação bacteriana de um implante mamário ou de qualquer corpo estranho infectado (por exemplo, um piercing no mamilo) é uma indicação para remoção do corpo estranho.

» Para a mastite granulomatosa (inflamação granulomatosa idiopática), o tratamento de primeira escolha são os glicocorticoides. No entanto, há evidências que sugerem que o tratamento cirúrgico, com ou sem corticosteroides, resulta em altas taxas de remissão completa.[61]

adjunto

cuidados de suporte

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgesia, caso necessário.

abscesso mamário

■ **MRSA excluído por cultura ou não prevalente localmente**

1a

intervenção cirúrgica

» Pode-se usar a aspiração por agulha (agulha de calibre 18 a 19) , com anestesia local, com ou sem orientação de ultrassonografia, para drenar um abscesso.[64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [40] Para drenagem completa do abscesso, múltiplas aspirações podem ser necessárias (aspiração diária por 5-7 dias). O fluido aspirado pode ser enviado para cultura para orientar a posterior antibioticoterapia.

Agudo

» O risco de falha da aspiração por agulha é maior com abscessos >5 cm de diâmetro.[70] [71] [72] Se a remoção completa do pus franco for problemática com a aspiração com agulha fina, as opções de manejo incluem o uso de uma agulha maior, drenagem cirúrgica ou repetição da drenagem percutânea por cateter (drenagem sem a colocação de um cateter de demora). A incisão e a drenagem são reservadas para pacientes nos quais a aspiração falha após várias tentativas (a orientação sugere pelo menos 3-5 tentativas) e/ou para abscessos multiloculados ou grandes.[40] [73] [74] [75] A drenagem percutânea repetida também pode ser considerada para grandes coleções. A repetição da drenagem parece ser tão eficaz quanto a drenagem com cateter de demora, mas com riscos reduzidos e maior conforto da paciente.[40]

» Existe alguma evidência para a aplicação de um dreno negativo de sucção através de uma mini incisão periareolar. Um estudo retrospectivo com mulheres com abscesso mamário lactacional relatou que a pressão de sucção negativa foi associada com menor tempo de internação e uma maior taxa de continuação da amamentação do que a incisão e drenagem.[76]

» Se houver suspeita de abscesso mamário em uma criança pré-púbere, a paciente deve ser encaminhada a um pediatra, pois deve-se tomar cuidado para evitar lesões no brotamento mamário.

mais

antibiótico intravenoso ou oral com atividade contra estafilococos sensíveis à meticilina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **dicloxacilina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **cefalexina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

Agudo

OU

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **flucloxacilina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia; 500-2000 mg por via intravenosa a cada 6 horas

OU

» **oxacilina**: 1-2 g por via intravenosa a cada 4-6 horas

OU

» **naftcilina**: 1-2 g por via intravenosa a cada 4-6 horas

OU

» **cefazolina**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8 horas

» A terapêutica antimicrobiana é prescrita em adição à drenagem do abscesso. Sem a drenagem do abscesso, é improvável que a terapêutica antimicrobiana seja bem-sucedida, porque a parede do abscesso protege as bactérias da ação dos antibióticos.[1]

» Se o MRSA puder ser excluído, ou o MRSA não for prevalente localmente, um abscesso mamário pode ser tratado com um antibiótico intravenoso que seja ativo contra o estafilococos sensível à metilina. No entanto, estudos demonstraram que o MRSA adquirido na comunidade (CA-MRSA) é um patógeno significativo entre as mulheres hospitalizadas com abscesso mamário puerperal.[11] [77] Em casos de suspeita ou confirmação de CA-MRSA, ou em pacientes alérgicas à penicilina, pode-se usar sulfametoxazol/trimetoprima, doxiciclina ou clindamicina. A sulfametoxazol/trimetoprima não deve ser administrada se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59] Mães com prescrição de doxiciclina não devem amamentar e precisarão extrair leite para manter o suprimento durante o ciclo do antibiótico.

» A vancomicina por via intravenosa pode ser usada em casos mais graves e em pacientes

Agudo

■ MRSA confirmado por cultura ou prevalente localmente

mais

hospitalizados, quando houver suspeita de MRSA hospitalar. É importante referir-se às políticas locais de prescrição de antibióticos e, sempre que possível, guiar-se pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura.

» Ciclo do tratamento: 7 a 10 dias.

reavaliação do diagnóstico e tratamento

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O diagnóstico e o tratamento precisarão ser reavaliados, com ajustes caso não haja resposta aos antibióticos em até 48 horas.

» A antibioticoterapia deve ser ajustada de acordo com o(s) patógeno(s) específico(s) isolados do fluido aspirado.

adjunto

cuidados de suporte

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgesia, caso necessário.

1a

intervenção cirúrgica

» Pode-se usar a aspiração por agulha (agulha de calibre 18 a 19) , com anestesia local, com ou sem orientação de ultrassonografia, para drenar um abscesso.[64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [40] Para drenagem completa do abscesso, múltiplas aspirações podem ser necessárias (aspiração diária por 5-7 dias). O fluido aspirado pode ser enviado para cultura para orientar a posterior antibioticoterapia.

» O risco de falha da aspiração por agulha é maior com abscessos >5 cm de diâmetro.[70] [71] [72] Se a remoção completa do pus franco for problemática com a aspiração com agulha fina, as opções de manejo incluem o uso de uma agulha maior, drenagem cirúrgica ou repetição da drenagem percutânea por cateter (drenagem sem a colocação de um

Agudo

cateter de demora). A incisão e a drenagem são reservadas para pacientes nos quais a aspiração falha após várias tentativas (a orientação sugere pelo menos 3-5 tentativas) e/ou para abscessos multiloculados ou grandes.[40] [73] [74] [75] A drenagem percutânea repetida também pode ser considerada para grandes coleções. A repetição da drenagem parece ser tão eficaz quanto a drenagem com cateter de demora, mas com riscos reduzidos e maior conforto da paciente.[40]

» Existe alguma evidência para a aplicação de um dreno negativo de sucção através de uma mini incisão periareolar. Um estudo retrospectivo com mulheres com abscesso mamário lactacional relatou que a pressão de sucção negativa foi associada com menor tempo de internação e uma maior taxa de continuação da amamentação do que a incisão e drenagem.[76]

» Se houver suspeita de abscesso mamário em uma criança pré-púbere, a paciente deve ser encaminhada a um pediatra, pois deve-se tomar cuidado para evitar lesões no brotamento mamário.

mais

antibiótico não betalactâmico

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **vancomicina**: 15 mg/kg por via intravenosa a cada 12 horas, máximo de 4 g/dia

» Em casos de suspeita ou confirmação de CA-MRSA, ou em pacientes alérgicas à penicilina, pode-se usar sulfametoxazol/trimetoprima, doxiciclina ou clindamicina. A sulfametoxazol/

Agudo

trimetoprima não deve ser administrada se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.^{[12] [59]} Mães com prescrição de doxiciclina não devem amamentar e precisarão extrair leite para manter o suprimento durante o ciclo do antibiótico.

» A decisão sobre iniciar antimicrobianos orais ou intravenosos no momento da apresentação inicial depende do critério clínico e da gravidade da doença. A vancomicina por via intravenosa pode ser usada em casos mais graves e em pacientes hospitalizados, quando houver suspeita de MRSA hospitalar. É importante referir-se às políticas locais de prescrição de antibióticos e, sempre que possível, guiar-se pelo teste de sensibilidade a antibióticos da cultura.

» A cultura do fluido aspirado pode guiar o posterior ajuste do antibiótico.

» Ciclo do tratamento: 7 a 10 dias.

mais reavaliação do diagnóstico e tratamento

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O diagnóstico e o tratamento precisarão ser reavaliados, com ajustes caso não haja resposta aos antibióticos em até 48 horas.

» A antibioticoterapia deve ser ajustada de acordo com o(s) patógeno(s) específico(s) isolados do fluido aspirado.

adjunto cuidados de suporte

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgesia, caso necessário.

Em curso**abscesso mamário pós-intervenção aguda****1a****considerações de outras intervenções cirúrgicas**

- » Depois que a fase aguda tiver cedido, pode ser necessário excisar o tecido cronicamente infectado e o ducto lactífero principal associado ao abscesso que leva ao mamilo.^[40]
- » Se a incisão não interferir na amamentação, a mulher lactante pode continuar a amamentar. Se a incisão interferir na amamentação, o leite pode ser removido regularmente com um extrator de leite.

recorrência de mastite e/ou abscesso mamário**1a****reavaliação e tratamento**

- » A recorrência pode ocorrer por demora na terapia, terapia de curta duração, terapia inapropriada e em hospedeiros de *Staphylococcus*. A mastite recorrente ou a persistência de uma massa após a terapia pode ser devida a um abscesso mamário ou uma lesão mamária subjacente.
- » A mastite granulomatosa tem uma taxa alta de recorrência.
- » O abandono do hábito de fumar também deve ser encorajado, a fim de minimizar o risco de recorrência.

Novidades

Spray nasal de oxitocina

Este procedimento pode ser tentado na mastite lactacional para facilitar o reflexo de ejeção do leite e ajudar a esvaziar a mama.^[27]

Recomendações

Monitoramento

Em geral, a mastite se resolve dentro de 2 a 3 dias de antibioticoterapia apropriada; investigações adicionais devem ser consideradas se isso não ocorrer. Diagnósticos alternativos a serem considerados incluem bactérias resistentes, abscesso mamário, massa subjacente ou carcinoma. Investigações adicionais também são recomendadas se uma paciente tiver mais de 2 a 3 recorrências no mesmo local, pois isso pode ser causado por uma massa subjacente.^[12]

O acompanhamento clínico é normalmente adequado após a drenagem guiada por ultrassom do abscesso mamário puerperal, uma vez que, em geral, há boa resposta ao tratamento. Pode ser necessário repetir a ultrassonografia se não houver resolução clínica após o tratamento ou uma mamografia, se a recuperação for prolongada. No abscesso não puerperal, as pacientes devem ser reexaminadas com ultrassonografia 14 dias após a drenagem para verificar se o abscesso foi completamente resolvido. Quando houver resposta parcial ao tratamento, pode ser necessário repetir a avaliação por ultrassonografia até que o abscesso tenha sido totalmente resolvido.^[40]

Instruções ao paciente

As pacientes devem buscar auxílio médico caso seus sintomas não melhorem em até 48 horas após a antibioticoterapia para mastite, ou se houver desenvolvimento de nódulo mamário sensível que não seja aliviado com a amamentação. Elas devem entrar em contato com um pediatra caso o lactente mostre sinais de doença ou desenvolva dermatite da área das fraldas enquanto a mãe estiver tomando antibióticos. É preciso tranquilizar as pacientes, informando que uma infecção da mama não aumenta as chances de desenvolver câncer de mama.^[15] Informações online ao paciente, de fontes recomendadas, podem ser úteis para mães que estejam amamentando. [\[NHS Choices: mastitis \(breastfeeding\)\]](#) [\[NHS Choices: breastfeeding guide\]](#) Há também informações sobre mastite não lactacional e abscesso mamário. [\[NHS Choices: mastitis \(non-breastfeeding\)\]](#) [\[NHS Choices: breast abscess\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
cessação da amamentação	curto prazo	média
<p>O desenvolvimento da mastite pode levar à cessação da amamentação.</p> <p>No entanto, a cessação abrupta da amamentação pode exacerbar os sintomas da mastite, levando a um aumento do risco de abscesso mamário.</p> <p>O tratamento eficaz e o apoio dos profissionais de saúde e da família são importantes.^[12]</p>		
abscesso (complicação da mastite)	curto prazo	baixa
<p>Menos de 10% dos pacientes com mastite têm predisposição a desenvolver um abscesso mamário.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
sepse	curto prazo	baixa
<p>Qualquer infecção da mama pode estar associada à bacteremia, sobretudo em pacientes muito jovens e imunossuprimidos.</p> <p>A sepse pode progredir rapidamente para insuficiência de múltiplos órgãos e choque, e muitas vezes é fatal. A sobrevida depende do reconhecimento precoce e da intervenção imediata com a antibioticoterapia empírica de amplo espectro, que deve ser administrada em até 1 hora após o reconhecimento de sepse suspeita.</p>		
cicatrização	longo prazo	baixa
<p>É improvável que uma infecção da mama, incluindo um abscesso tratado de forma adequada, cause cicatrizes mamárias significativas.</p> <p>A intervenção cirúrgica, diferente da aspiração por agulha, pode causar uma cicatriz pós-operatória.</p> <p>Infecções recorrentes, tuberculose e mastite granulomatosa podem causar deformidades mamárias significativas.</p>		
mastectomia funcional	longo prazo	baixa
<p>Refere-se a uma mama que esteja impossibilitada de fornecer leite de forma eficaz como resultado de uma complicação de destruição tissular prévia decorrente de infecção ou do tratamento.</p>		
hipoplasia mamária	longo prazo	baixa
<p>Danos ao brotamento mamário durante a infância, resultantes de cicatriz e/ou intervenção cirúrgica, podem causar subsequente assimetria e/ou hipoplasia da mama.</p>		
fasciite necrosante	variável	baixa
<p>A mastite pode ser o evento desencadeante de uma fasciite necrosante, sobretudo na infância.^[80]</p>		
infecção cutâneas extramamária	variável	baixa
<p>Pacientes com mastite por <i>Staphylococcus aureus</i> apresentam risco de infecções cutâneas subsequentes em locais extramamários.</p>		
fístula	variável	baixa
<p>A ruptura espontânea de um abscesso pode levar à drenagem sinusal, resultando em fístula.</p> <p>A fístula mamária ocorre em 1% a 2% das mulheres.^[6]</p>		

Prognóstico

Quando tratadas de forma rápida e adequada, a maioria das infecções da mama, incluindo abscessos, será revertida sem complicações mais graves. A resolução da mastite após 2 a 3 dias de antibioticoterapia adequada é esperada na maioria das pacientes.

Os abscessos lactacionais tendem a ser mais fáceis de tratar do que os abscessos não lactacionais, pois sua etiologia e patologia são melhor compreendidas. Os abscessos não lactacionais podem ser multifatoriais e apresentam maior risco de se tornarem crônicos.[32]

Amamentação

A maioria das pacientes com infecção da mama pode continuar a amamentar.

A sulfametoxazol/trimetoprima não deve ser administrada se a mãe estiver amamentando um bebê com icterícia (devido ao risco de kernicterus), um bebê prematuro ou um bebê com menos de 2 meses de idade.[12] [59] A doxiciclina é contraindicada em lactantes.

Mães infectadas por HIV

Para prevenir completamente a transmissão do HIV através do leite humano, a American Academy of Pediatrics dos EUA recomenda que as mães infectadas pelo HIV não amamentem seus bebês.[78]

A Organização Mundial da Saúde aconselha as mulheres infectadas pelo HIV a deixarem de amamentar com a mama afetada até que ela se recupere.[1]

Em países com alta prevalência de HIV, a Organização Mundial da Saúde recomenda que as mulheres que recebem terapia antirretroviral continuem a amamentar por pelo menos 12 meses e até 24 meses.[79]

Recorrência

Pode haver recorrência de mastite por demora na terapia, terapia inapropriada, técnica inadequada de aleitamento materno, candidíase mamilar, condição mamária subjacente e hospedeiros de *Staphylococcus*. A mastite recorrente ou a persistência de uma massa após a terapia pode ser devida a um abscesso mamário ou uma lesão mamária subjacente. A mastite granulomatosa tem uma taxa de recorrência elevada (até 50%).

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

ABM clinical protocol #4: mastitis

Publicado por: Academy of Breastfeeding Medicine

Última publicação em:
2014

Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up

Publicado por: Radiological Society of North America

Última publicação em:
2011

Diretrizes de tratamento

Europa

Guidelines for the treatment of inflammatory breast disease during the lactation period

Publicado por: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Última publicação em:
2013

Guidelines on the treatment, management and prevention of mastitis

Publicado por: Guidelines and Audit Implementation Network (GAIN)

Última publicação em:
2009

América do Norte

ABM clinical protocol #4: mastitis

Publicado por: Academy of Breastfeeding Medicine

Última publicação em:
2014

Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up

Publicado por: Radiological Society of North America

Última publicação em:
2011

Management of mastitis in breastfeeding women

Publicado por: American Family Physician

Última publicação em:
2008

Oceania

Clinical practice guideline. Breastfeeding challenges: management of mastitis

Publicado por: Government of Western Australia

Última publicação em:
2016

Recursos online

1. [CDC: postpartum mastitis and community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus](#) (*external link*)
2. [NHS Choices: mastitis \(breastfeeding\)](#) (*external link*)
3. [NHS Choices: breastfeeding guide](#) (*external link*)
4. [NHS Choices: mastitis \(non-breastfeeding\)](#) (*external link*)
5. [NHS Choices: breast abscess](#) (*external link*)

Artigos principais

- World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva: WHO; 2000. [Texto completo](#)
- Crowe DJ, Helvie MA, Wilson TE. Breast infection. Mammographic and sonographic findings with clinical correlation. Invest Radiol. 1995 Oct;30(10):582-7. [Resumo](#)

Referências

1. World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva: WHO; 2000. [Texto completo](#)
2. Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health. 2007 Nov-Dec;52(6):595-605. [Resumo](#)
3. Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol. 2002 Jan 15;155(2):103-14. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Amir LH, Forster D, McLachlan H, et al. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. BJOG. 2004 Dec;111(12):1378-81. [Resumo](#)
5. Marchant DJ. Inflammation of the breast. Obstet Gynecol Clin North Am. 2002 Mar;29(1):89-102. [Resumo](#)
6. Meguid MM, Kort KC, Numan PJ, et al. Subareolar breast abscess: the penultimate stage of the mammary duct-associated inflammatory disease sequence. In: Bland KI, Copeland EM III, eds. The breast, vol 1. 3rd ed. St Louis, MO: Saunders; 2004:93-131.
7. Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women. World J Surg. 2003 Feb;27(2):130-3. [Resumo](#)
8. Efrat M, Mogilner JG, Iujtman M, et al. Neonatal mastitis - diagnosis and treatment. Isr J Med Sci. 1995 Sep;31(9):558-60. [Resumo](#)
9. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. J R Soc Med. 1982 Oct;75(10):764-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Al-Khaffaf B, Knox F, Bundred NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: a 25-year experience. J Am Coll Surg. 2008 Feb;206(2):269-73. [Resumo](#)
11. Stafford I, Hernandez J, Laibl V, et al. Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus among patients with puerperal mastitis requiring hospitalization. Obstet Gynecol. 2008 Sep;112(3):533-7. [Resumo](#)

12. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: mastitis, revised March 2014. Breastfeed Med. 2014 Jun;9(5):239-43. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Moazzez A, Kelso RL, Towfigh S, et al. Breast abscess bacteriologic features in the era of community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus epidemics. Arch Surg. 2007 Sep;142(9):881-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Rudoy RC, Nelson JD. Breast abscess during the neonatal period. A review. Am J Dis Child. 1975 Sep;129(9):1031-4. [Resumo](#)
15. Olsen CG, Gordon RE Jr. Breast disorders in nursing mothers. Am Fam Physician. 1990 May;41(5):1509-16. [Resumo](#)
16. Brook I. The aerobic and anaerobic microbiology of neonatal breast abscess. Pediatr Infect Dis J. 1991 Oct;10(10):785-6. [Resumo](#)
17. Edmiston CE Jr, Walker AP, Krepel CJ, et al. The nonpuerperal breast infection: aerobic and anaerobic microbial recovery from acute and chronic disease. J Infect Dis. 1990 Sep;162(3):695-9. [Resumo](#)
18. Gollapalli V, Liao J, Dudakovic A, et al. Risk factors for development and recurrence of primary breast abscesses. J Am Coll Surg. 2010 Jul;211(1):41-8. [Resumo](#)
19. Pantanowitz L, Connolly JL. Pathology of the breast associated with HIV/AIDS. Breast J. 2002 Jul-Aug;8(4):234-43. [Resumo](#)
20. Gewurz BE, Dezube BJ, Pantanowitz L. HIV and the breast. AIDS Read. 2005 Aug;15(8):392-6, 399-402. [Resumo](#)
21. Johnson PE, Hanson KD. Acute puerperal mastitis in the augmented breast. Plast Reconstr Surg. 1996 Sep;98(4):723-5. [Resumo](#)
22. Jacobs VR, Golombeck K, Jonat W, et al. Mastitis nonpuerperalis after nipple piercing: time to act. Int J Fertil Womens Med. 2003 Sep-Oct;48(5):226-31. [Resumo](#)
23. Bundred NJ, Dixon JM, Lumsden AB, et al. Are the lesions of duct ectasia sterile? Br J Surg. 1985 Oct;72(10):844-5. [Resumo](#)
24. Dixon JM. Periductal mastitis/duct ectasia. World J Surg. 1989 Nov-Dec;13(6):715-20. [Resumo](#)
25. Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. BMJ. 2011 Feb 11;342:d396. [Resumo](#)
26. Marinopoulos S, Laurantou D, Gatzionis T, et al. Breast tuberculosis: Diagnosis, management and treatment. Int J Surg Case Rep. 2012 Jul 20;3(11):548-50. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Kvist LJ, Rydhstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. BJOG. 2005 Aug;112(8):1070-4. [Resumo](#)
28. David M, Handa P, Castaldi M. Predictors of outcomes in managing breast abscesses - a large retrospective single-center analysis. Breast J. 2018 May 20;24(5):755-63. [Resumo](#)

29. Turbey WJ, Buntain WL, Dudgeon DL. The surgical management of pediatric breast masses. *Pediatrics*. 1975 Nov;56(5):736-9. [Resumo](#)
30. Rizzo M, Peng L, Frisch A, et al. Breast abscesses in nonlactating women with diabetes: clinical features and outcome. *Am J Med Sci*. 2009 Aug;338(2):123-6. [Resumo](#)
31. Versluijs-Ossewaarde FN, Roumen RM, Goris RJ. Subareolar breast abscesses: characteristics and results of surgical treatment. *Breast J*. 2005 May-Jun;11(3):179-82. [Resumo](#)
32. Bharat A, Gao F, Aft RL, et al. Predictors of primary breast abscesses and recurrence. *World J Surg*. 2009 Dec;33(12):2582-6. [Resumo](#)
33. Leach RD, Eykyn SJ, Phillips I, et al. Anaerobic subareolar breast abscess. *Lancet*. 1979 Jan 6;1(8106):35-7. [Resumo](#)
34. Zadrozny S, Westreich D, Hudgens MG, et al. Effect of postnatal HIV treatment on clinical mastitis and breast inflammation in HIV-infected breast-feeding women. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Feb 16;31(2):134-43. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Hayes R, Michell M, Nunnerley HB. Acute inflammation of the breast - the role of breast ultrasound in diagnosis and management. *Clin Radiol*. 1991 Oct;44(4):253-6. [Resumo](#)
36. van Overhagen H, Zonderland HM, Lameris JS. Radiodiagnostic aspects of non-puerperal mastitis. *Rofo*. 1988 Sep;149(3):294-7. [Resumo](#)
37. Crowe DJ, Helvie MA, Wilson TE. Breast infection. Mammographic and sonographic findings with clinical correlation. *Invest Radiol*. 1995 Oct;30(10):582-7. [Resumo](#)
38. Borders H, Mychaliska G, Gebarski KS. Sonographic features of neonatal mastitis and breast abscess. *Pediatr Radiol*. 2009 Sep;39(9):955-8. [Resumo](#)
39. Apple SK, Bassett LW, Poon CM. Invasive ductal carcinomas. In: Bassett LW, Mahoney MC, Apple SK, et al, eds. *Breast imaging. Expert radiology series*. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2011:423–82.
40. Trop I, Dugas A, David J, et al. Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up. *Radiographics*. 2011 Oct;31(6):1683-99. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Das DK, Sodhani P, Kashyap V, et al. Inflammatory lesions of the breast: diagnosis by fine needle aspiration. *Cytopathology*. 1992;3(5):281-9. [Resumo](#)
42. Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol*. 1984 Jul 1;149(5):492-5. [Resumo](#)
43. Reddin A, McCrea ES, Keramati B. Inflammatory breast disease: mammographic spectrum. *South Med J*. 1988 Aug;81(8):981-4, 988. [Resumo](#)
44. Muttarak M. Abscess in the non-lactating breast: radiodiagnostic aspects. *Australas Radiol*. 1996 Aug;40(3):223-5. [Resumo](#)

45. Kamal RM, Hamed ST, Salem DS. Classification of inflammatory breast disorders and step by step diagnosis. *Breast J.* 2009 Jul-Aug;15(4):367-80. [Resumo](#)
46. Rajagopala S, Agarwal R. Tubercular mastitis in men: case report and systematic review. *Am J Med.* 2008 Jun;121(6):539-44. [Resumo](#)
47. Georgian-Smith D, Lawton TJ, Moe RE, et al. Lupus mastitis: radiologic and pathologic features. *AJR Am J Roentgenol.* 2002 May;178(5):1233-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Qureshi F. The acute breast abscess. Practical procedures. *Aust Fam Physician.* 1982 Mar;11(3):213-4. [Resumo](#)
49. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD005458. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Marshall BR, Hepper JK, Zirbel CC. Sporadic puerperal mastitis. An infection that need not interrupt lactation. *JAMA.* 1975 Sep 29;233(13):1377-9. [Resumo](#)
51. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician.* 2008 Sep 15;78(6):727-31. [Resumo](#)
52. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, et al. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10):CD007239. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk. *Clin Infect Dis.* 2010 Jun 15;50(12):1551-8. [Resumo](#)
54. Joint Formulary Committee. British national formulary 76. London: BMJ Group and Pharmaceutical Press; 2018. [Texto completo](#)
55. Spencer JP, Gonzalez LS 3rd, Barnhart DJ. Medications in the breast-feeding mother. *Am Fam Physician.* 2001 Jul 1;64(1):119-26. [Resumo](#)
56. Coia JE, Duckworth GJ, Edwards DI, et al. Guidelines for the control and prevention of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. *J Hosp Infect.* 2006 Apr 3;63 Suppl 1:S1-44. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. Branch-Elliman W, Golen TH, Gold HS, et al. Risk factors for *Staphylococcus aureus* postpartum breast abscess. *Clin Infect Dis.* 2012 Jan 1;54(1):71-7. [Resumo](#)
58. Moellering RC Jr. Current treatment options for community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Clin Infect Dis.* 2008 Apr 1;46(7):1032-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. Johnson MD, Decker CF. Antimicrobial agents in treatment of MRSA infections. *Dis Mon.* 2008 Dec;54(12):793-800. [Resumo](#)
60. Pappas PG, John RH, Sobel JD, et al. Guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis.* 2004 January 15;38(2):161-89. [Texto completo](#)

61. Lei X, Chen K, Zhu L, et al. Treatments for idiopathic granulomatous mastitis: systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med*. 2017 Jul 21;12(7):415-21. [Resumo](#)
62. Faden H. Mastitis in children from birth to 17 years. *Pediatr Infect Dis J*. 2005 Dec;24(12):1113. [Resumo](#)
63. Hanavadi S, Pereira G, Mansel RE. How mammillary fistulas should be managed. *Breast J*. 2005 Jul-Aug;11(4):254-6. [Resumo](#)
64. Karstrup S, Solvig J, Nolsoe CP, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage. *Radiology*. 1993 Sep;188(3):807-9. [Resumo](#)
65. O'Hara RJ, Dexter SP, Fox JN. Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. *Br J Surg*. 1996 Oct;83(10):1413-4. [Resumo](#)
66. Tan SM, Low SC. Non-operative treatment of breast abscesses. *Aust N Z J Surg*. 1998 Jun;68(6):423-4. [Resumo](#)
67. Hook GW, Ikeda DM. Treatment of breast abscesses with US-guided percutaneous needle drainage without indwelling catheter placement. *Radiology*. 1999 Nov;213(2):579-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg*. 2001 Aug;182(2):117-9. [Resumo](#)
69. Ozseker B, Ozcan UA, Rasa K, et al. Treatment of breast abscesses with ultrasound-guided aspiration and irrigation in the emergency setting. *Emerg Radiol*. 2008 Mar;15(2):105-8. [Resumo](#)
70. Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, et al. Management of lactational breast abscesses. *Breast*. 2005 Oct;14(5):375-9. [Resumo](#)
71. Berna-Serna JD, Madrigal M, Berna-Serna JD. Percutaneous management of breast abscesses. An experience of 39 cases. *Ultrasound Med Biol*. 2004 Jan;30(1):1-6. [Resumo](#)
72. Lam E, Chan T, Wiseman SM. Breast abscess: evidence based management recommendations. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014 May 3;12(7):753-62. [Resumo](#)
73. Lannin DR. Twenty-two year experience with recurring subareolar abscess and lactiferous duct fistula treated by a single breast surgeon. *Am J Surg*. 2004 Oct;188(4):407-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. [Resumo](#)
75. The American Society of Breast Surgeons. Choosing wisely. Benign breast disease. Five things physicians and patients should question. January 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
76. Wei J, Zhang J, Fu D. Negative suction drain through a mini periareolar incision for the treatment of lactational breast abscess shortens hospital stay and increases breastfeeding rates. *Breastfeed Med*. 2016 Jun 1;11:259-60. [Resumo](#)

77. Berens P, Swaim L, Peterson B. Incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in postpartum breast abscesses. *Breastfeed Med*. 2010 Jun;5(3):113-5. [Resumo](#)
78. Committee on Pediatric Aids. Infant feeding and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. *Pediatrics*. 2013 Jan 28;131(2):391-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. World Health Organization. Updates on HIV and infant feeding: guideline. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
80. Bodemer C, Panhans A, Chretien-Marquet B, et al. Staphylococcal necrotizing fasciitis in the mammary region in childhood: a report of five cases. *J Pediatr*. 1997 Sep;131(3):466-9. [Resumo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Abscesso em mama não lactante decorrente de mastite periductal

Do acervo do Sr. R. Vashisht, West Middlesex University Hospital, Londres; usado com permissão

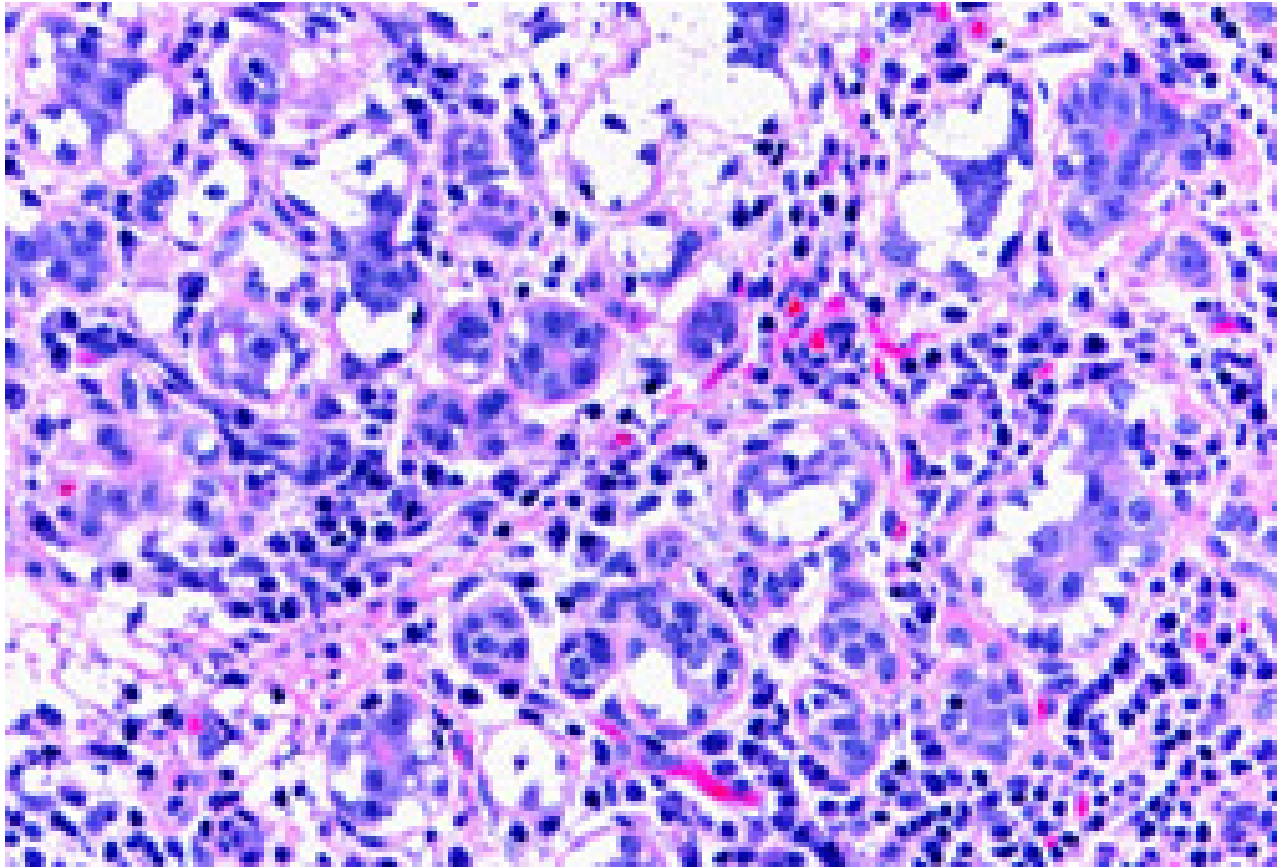


Figura 2: Mastite lactacional: imagem microscópica mostrando glândulas hipersecretoras associadas à inflamação

Do acervo de Liron Pantanowitz, MD, Tufts University School of Medicine, MA

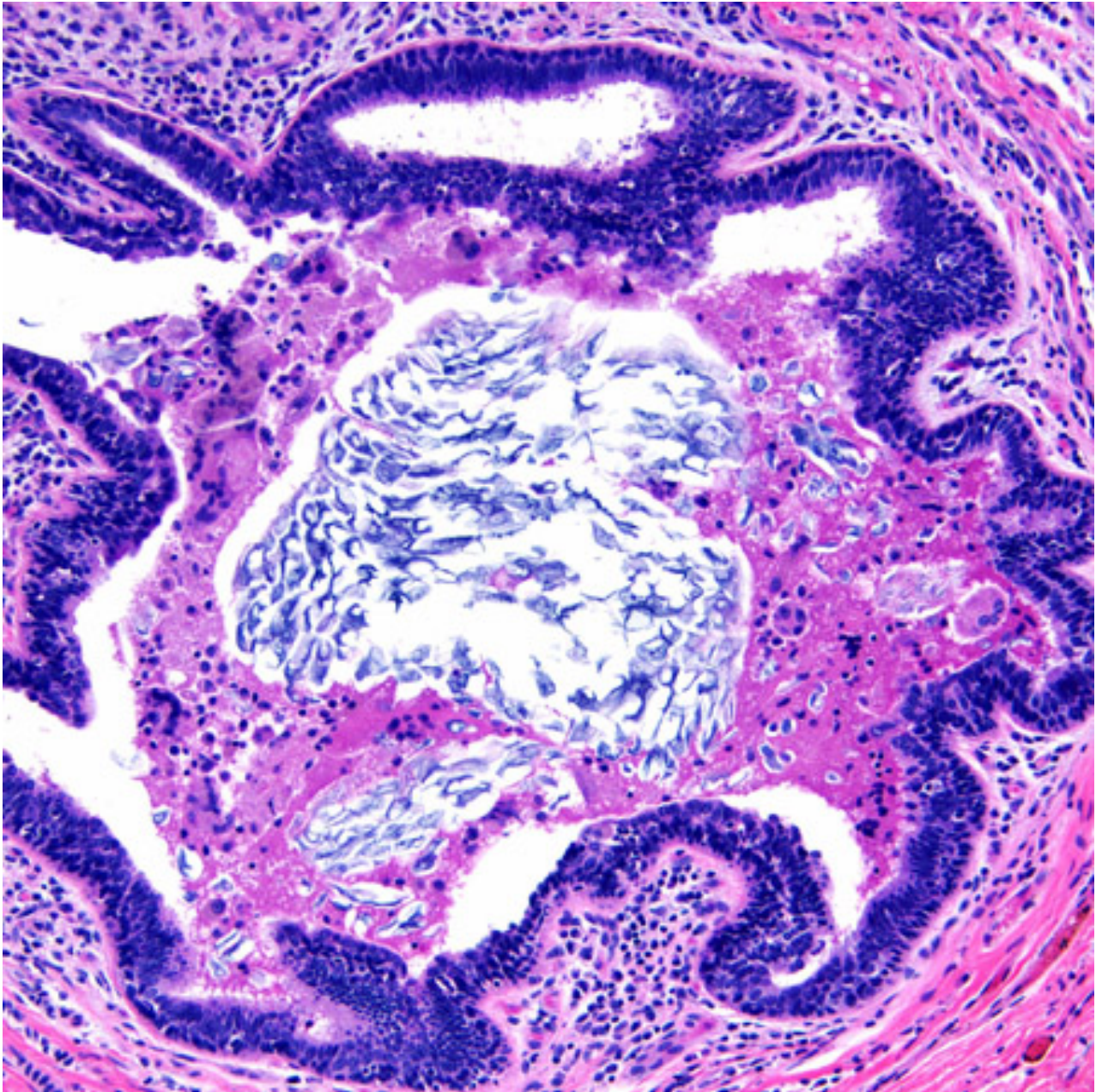


Figura 3: Ectasia de ducto com um tampão de queratina calcificado central e uma resposta inflamatória de células gigantes associada

Do acervo de Liron Pantanowitz, MD, Tufts University School of Medicine, MA



Figura 4: Mastite tuberculosa: mamografia mostrando uma lesão de massa no quadrante superior externo

Adaptado do Internet J Surgery (2007); usado com permissão

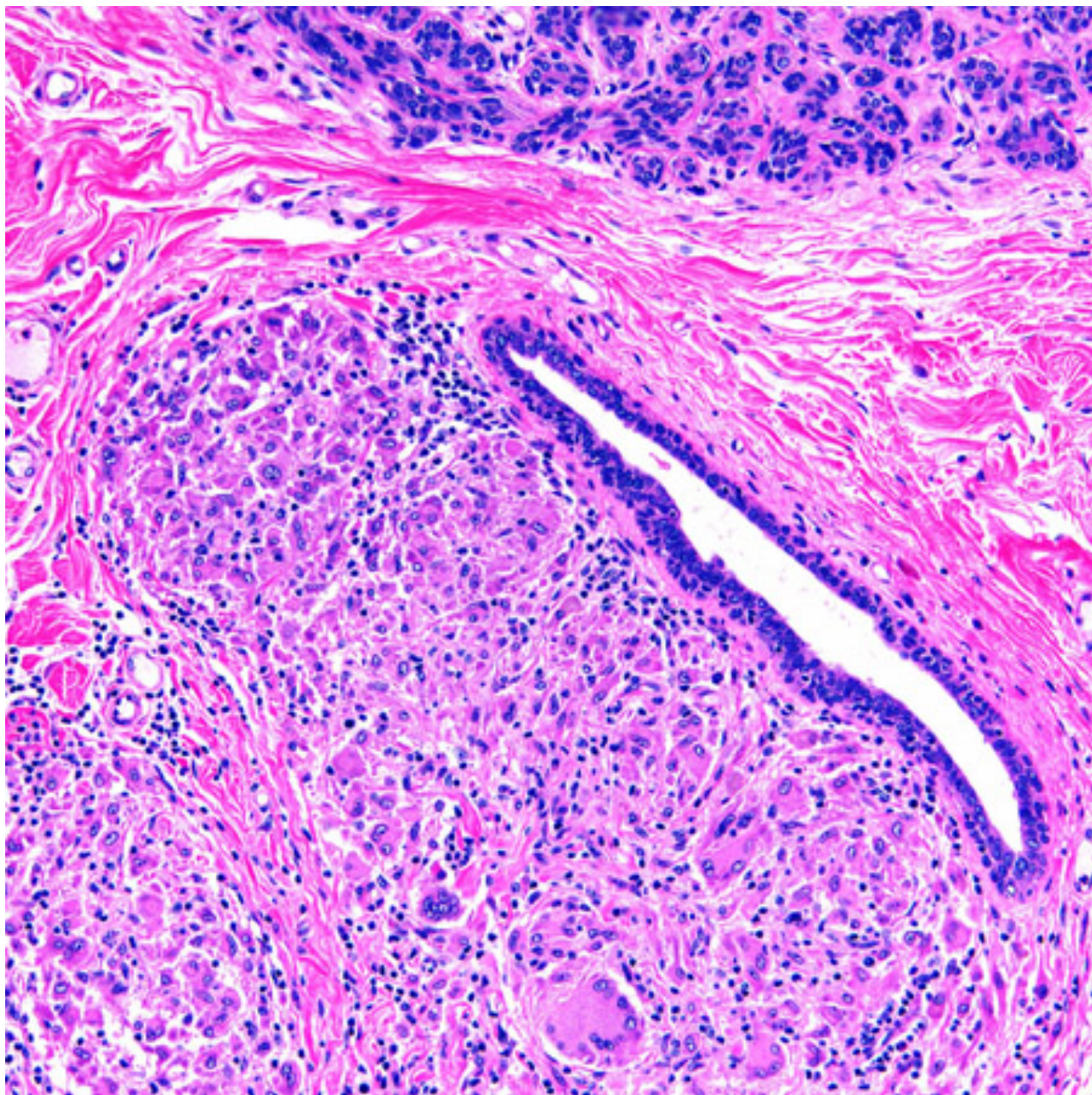


Figura 5: Imagem microscópica de inflamação granulomatosa não necrosante na mama

Do acervo de Liron Pantanowitz, MD, Tufts University School of Medicine, MA

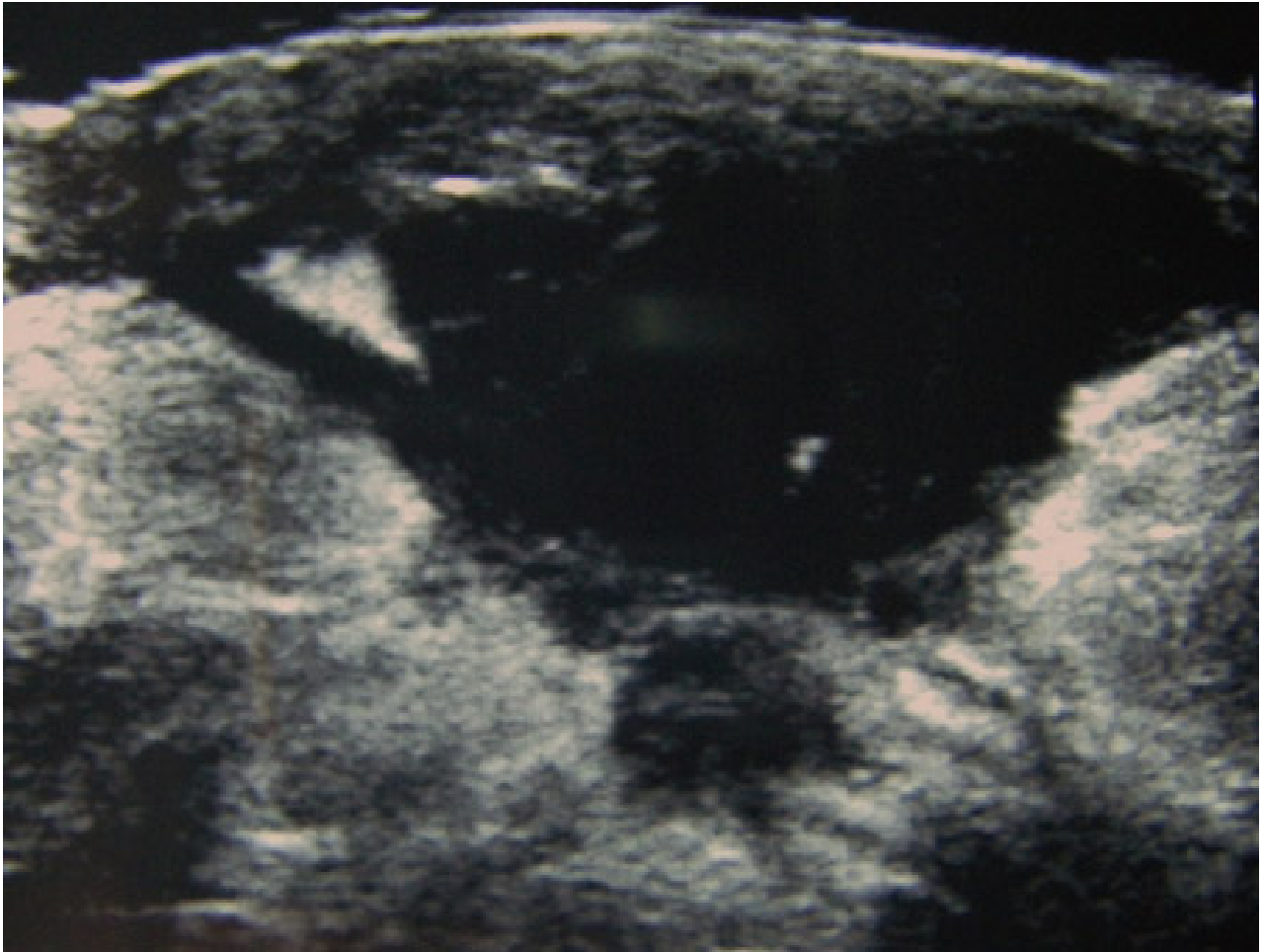


Figura 6: Imagem de ultrassonografia mostrando um abscesso mamário hipoeicoico bem circunscrito

Do acervo de Holly S. Mason, MD, Tufts University School of Medicine, MA



Figura 7: Aspiração por agulha de um abscesso mamário guiado por ultrassonografia: observe a agulha perfurando o abscesso à direita da imagem

Do acervo de Holly S. Mason, MD, Tufts University School of Medicine, MA

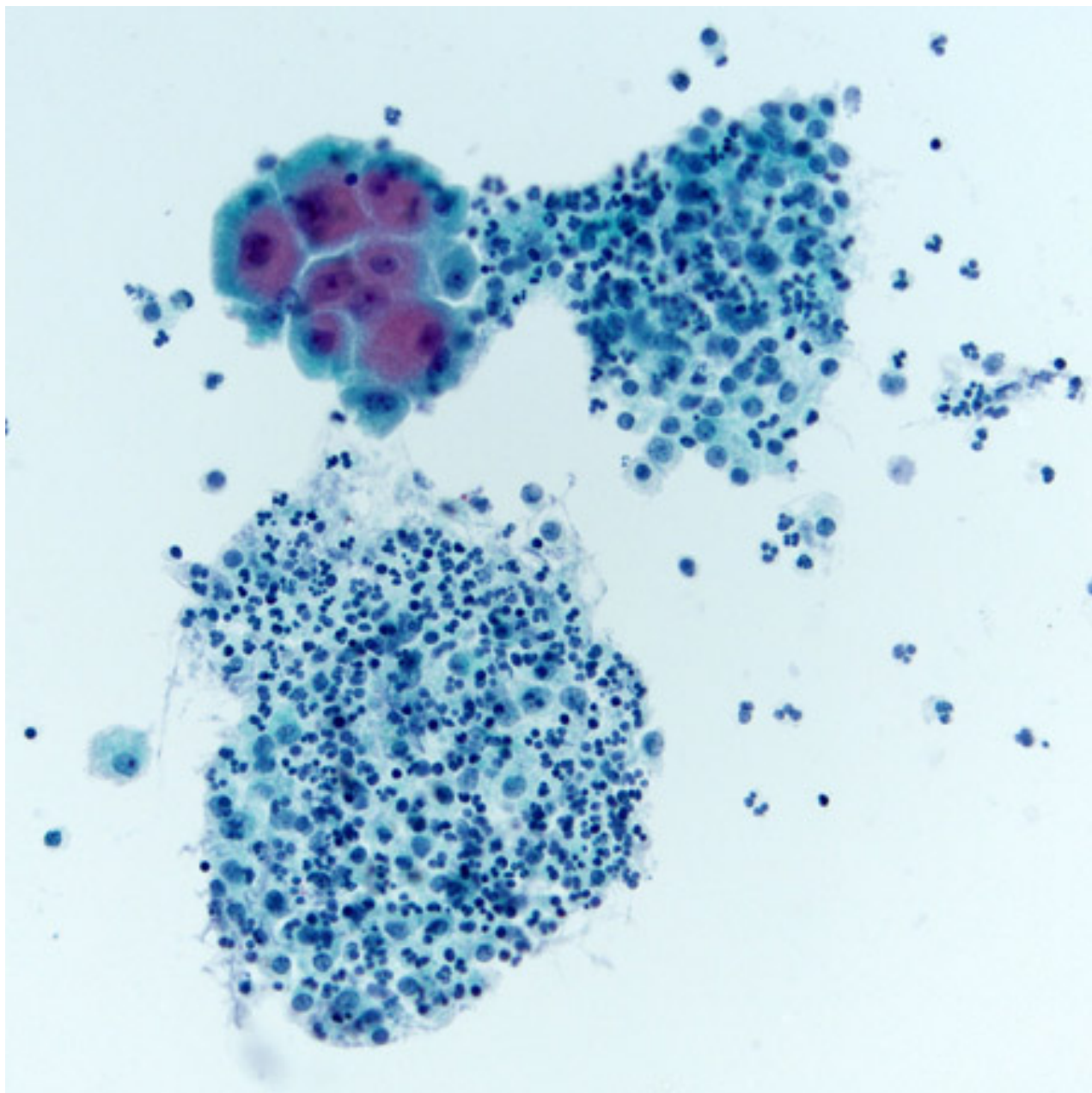


Figura 8: Material aspirado: um grupo de células apócrinas benignas associadas à inflamação aguda e crônica coerentes com abscesso mamário (coloração ThinPrep)

Do acervo de Liron Pantanowitz, MD, Tufts University School of Medicine, MA



Figura 9: Um abscesso mamário que se desenvolveu durante a amamentação

Do acervo do Sr. R. Vashisht, West Middlesex University Hospital, Londres; usado com permissão

Contagens no leite	Leucócitos $<10^6/\text{mL}$ de leite	Leucócitos $<10^6/\text{mL}$ de leite
Bactéria $<10^3/\text{mL}$ de leite	Estase láctea	Mastite não infecciosa
Bactéria $<10^3/\text{mL}$ de leite	Não é diagnóstico	Mastite infecciosa

Figura 10: Contagem de leucócitos e quantificação de bactérias no leite materno

Gráfico produzido pelo autor usando dados de Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Am J Obstet Gynecol. 1984;149:492-495

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Holly S. Mason, MD, FACS

Assistant Professor of Surgery
University of Massachusetts Medical School - Baystate, Springfield, MA
DIVULGAÇÕES: HSM declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Mason would like to gratefully acknowledge Dr Jose A Martagon-Villamil, Dr Daniel Skiest, Dr Gina Berthold, and Dr Liron Pantanowitz, previous contributors to this topic.
DIVULGAÇÕES: JAMV, DS and GB declare that they have no competing interests. LP is a co-author of references cited in this topic.

// Colegas revisores:

Edward Sauter, MD, PhD

Program Officer
National Institutes of Health, National Cancer Institute, Rockville, MD
DIVULGAÇÕES: ES declares that he has no competing interests.

Justin Stebbing, MA, MRCP, MRCPath, PhD

Consultant Medical Oncologist/Senior Lecturer
Department of Medical Oncology, Imperial College/Imperial Healthcare NHS Trust, Charing Cross Hospital, London, UK
DIVULGAÇÕES: JS declares that he has no competing interests.

William C. Dooley, MD

The G. Rainey Williams Professor of Surgical Oncology
University of Oklahoma, Oklahoma City, OK
DIVULGAÇÕES: WD declares that he has no competing interests.