

Mastite puerperal complicada em paciente com implante de silicone: Um relato de caso

Puerperal mastitis complicated in patient with silicone implantation: A case report

Raissa Lobo Ladeira^{1,2}, Carlos Henrique Mascarenhas Silva², Leonardo Robleto Pereira², Laio Bastos Paiva Raspante¹, Fernanda Magalhães Menicucci², Elizabeth Sanchez Ayub²

RESUMO

A mastite é uma patologia relativamente frequente na mulher que amamenta. Surge maioritariamente nas primeiras seis semanas após o parto (prevalência entre 75-95% antes do bebé completar os três meses de vida), podendo, contudo, ocorrer ao longo de todo o período da amamentação. Apresenta-se clinicamente com mastalgia, eritema e edema mamário, linfonodomegalia axilar, febre, calafrios, mal-estar e prostração. Entretanto, o quadro clínico completo pode não estar presente em todos os casos. A técnica incorreta de amamentação provoca as microlesões mamárias que são fatores associados à mastite, inicialmente, e esta quando não recebe tratamento adequado pode evoluir para os abscessos mamários, que são caracterizados clinicamente por nodulação palpável ou não, flutuante, parcialmente circunscrita, geralmente no quadrante superior lateral da mama afetada. O microrganismo mais envolvido é o *Staphylococcus aureus*. O diagnóstico diferencial envolve principalmente outras causas não infecciosas de mastite, por exemplo a granulomatosa com reação a corpo estranho (piercing, implantes de silicone) e também malignidade. A ultrassonografia é um método bastante útil na investigação inicial daqueles quadros com suspeita de desenvolvimento de tal complicação e possibilita de maneira segura o tratamento minimamente invasivo e a obtenção de amostra para análise laboratorial. Isto permite a escolha de antibioticoterapia direcionada para os microorganismos causadores.

Palavras-chave: Diagnóstico por Imagem; Ultrassonografia; Ultrassonografia Intervencionista; Doenças da Mama; Implantes mamários; Mastite; Inflamação; Infecções.

¹Mater Dei Rede de Saúde. Radiology and Diagnostic Imaging, Belo Horizonte - MG, Brasil.

² Mater Dei Rede de Saúde. Ultrasonography. Belo Horizonte - MG, Brasil.

Instituição:

Mater Dei Rede de Saúde - Radiology and Diagnostic Imaging, Santo Agostinho, Belo Horizonte Belo Horizonte - MG, Brasil.

* Autor Correspondente:

Raissa Lobo Ladeira

E-mail: raissaloboo@gmail.com

Recebido em: 09/04/2020.

Aprovado em: 27/04/2021.

ABSTRACT

Mastitis is a relatively common condition in breastfeeding women. It appears mostly in the first six weeks after delivery (prevalence between 75-95% before the baby is three months old), however, it can occur throughout the entire period of breastfeeding. It may present clinically with mastalgia, erythema and breast edema, axillary lymph node enlargement, fever, chills, malaise and prostration. However, the complete clinical picture may not be present in all cases. The incorrect breastfeeding technique causes breast microlesions which are factors associated with mastitis, initially, and when it does not receive adequate treatment it can evolve for breast abscesses, which are characterized clinically by palpable or not, floating, partially circumscribed nodulation, usually in the upper lateral quadrant of the affected breast. The most involved microorganism is *Staphylococcus aureus*. The differential diagnosis mainly involves other non-infectious causes of mastitis, for example granulomatous with a foreign body reaction (piercing, silicone implants) and also malignancy. Ultrasonography is a very useful method in the initial investigation of those conditions suspected of developing such a complication, and it safely allows minimally invasive treatment and obtaining a sample for laboratory analysis. This allows the choice of antibiotic therapy directed at the causative microorganisms.

Keywords: Diagnostic Imaging, Ultrasonography, Ultrasonography interventional, Breast Diseases, Breast Implants, Mastitis, Inflammation, Infections.

INTRODUÇÃO

A mastite puerperal é um problema de saúde importante no pós-parto, a incidência varia de 2% a 33%. Se define como a inflamação dos lóbulos glandulares, sendo a infecção a etiologia mais frequente e o puerpério, nas primeiras semanas, o período de maior prevalência. A maioria das mulheres experimentam algum grau de congestão mamária, ao preparar a glândula para a ejeção láctea durante a amamentação, mas quando a técnica é inadequada e leva a fissuras do mamilo, se gera risco de colonização bacteriana dos ductos mamários com sobreinfecção e, oportunamente, formação de abscessos, que vão a requerer manejo hospitalar, antibioticoterapia e intervenções cirúrgicas.^{1,2} Os benefícios do aleitamento materno são inúmeros e já conhecidos.^{3,4} Apesar das recomendações e da evidência dos seus benefícios, a maioria das mulheres para de amamentar antes do tempo recomendado.^{4,5,6}

A dor mamilar e a dor mamária são as causas mais frequentes de interrupção do aleitamento materno e, entre as suas inúmeras etiologias, a mastite por *Candida* é uma causa possível e pouco frequente.^{6,7,3}

Este relato demonstra os principais achados em imagem durante o diagnóstico de mastite e suas complicações, e alerta para a importância do diagnóstico precoce e para a prevenção de complicações devido a inconsistências dentre os diagnósticos diferenciais que envolve a mastite,

principalmente as causas não infecciosas, como por exemplo a granulomatosa com reação a corpo estranho (piercing, implantes de silicone) e também malignidade. A ultrassonografia é um método bastante útil na investigação inicial daqueles quadros com suspeita de desenvolvimento de tal complicação e possibilita de maneira segura o tratamento minimamente invasivo e a obtenção de amostra para análise laboratorial. Fato que destaca a necessidade de haver mais dados publicados na literatura acerca da distinção de tais termos uma vez que uma falha de comunicação na abordagem desses diagnósticos pode gerar atraso diagnóstico ou até mesmo interferir na decisão de tomada de uma conduta, gerando consequências que podem ser prejudiciais para estas pacientes.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, puérpera, G3P2A0, Diabetes Mellitus (DM) gestacional não insulina requerente, sem alergias conhecidas, nega tabagismo ou etilismo. Passado de mamoplastia estética, com colocação de implantes de silicone em 2008 e troca em 2011 por rotura intracapsular bilateralmente.

Parto vaginal em 23/12/2019, recém nascido vivo, único, ato sem intercorrências.

No 10º de puerpério paciente apresentou fissuras mamilares e no 18º dia iniciou febre, dor em quadrante superior lateral periareolar da mama esquerda associada à hiperemia local. Fez uso de um ciclo de Cefalexina durante 10 dias, via oral, com resolução clínica.

Após 05 dias de suspensão da antibioticoterapia iniciou quadro de dor intensa, periareolar na mama direita e na topografia da união dos quadrantes laterais, associado a nodulação palpável, bem como hiperemia em quadrante superior lateral, sem alívio com uso de analgésicos. Em poucas horas evoluiu com calafrios, febre alta, seguido de ingurgitamento mamário difuso. Submetida a ordenha vigorosa sem resolução da nodulação prévia, sendo iniciado novamente antibioticoterapia com uso de amoxicilina + clavulanato e anti-inflamatórios não esteroidais, mantendo febre, agravamento algico, vômitos e sudorese noturna parcialmente controlados com a medicação. Após 48 horas de antibioticoterapia, houve cessação da febre, entretanto manteve calafrios esparsos, sudorese noturna, evoluiu com dor em quadrante superior lateral, tipo peso, associado a extensão da hiperemia para região axilar, aumento proeminente do volume mamário e sensação de dissecação em mama afetada com mudança de decúbito.

No 5º dia do último esquema de antibioticoterapia instituído, realizou ultrassonografia de mamas que evidenciou abscesso em mama esquerda, de aproximadamente 4 mL, com aspecto em resolução e abscesso mamário à direita, aproximadamente 14 mL, região 9 horas, associado a mastite e coleção peri-implante com volume estimado de 140 mL (Figura 1).

No 6º dia foi submetida a drenagem de coleção mamária peri-implante guiada por ultrassonografia com retirada

de 260ml de líquido seropurulento (Figura 2). Após o procedimento, a paciente apresentou cessação da dor, calafrios e da sudorese noturna no mesmo dia. No segundo dia após a drenagem foi submetida a nova ultrassonografia das mamas com recoleção peri-implante, sendo retirado 95 mL de líquido de mesmo aspecto, com material enviado ao anatomopatológico e culturas. Dez dias após a segunda abordagem realizou novo exame ultrassonográfico e nova punção guiada, com retirada de 65ml de secreção seropurulenta. Paciente evoluiu com melhora do estado geral, sem sintomas sistêmicos. (Figura 3).

No 14º de antibioticoterapia, o estudo anatomopatológico descartou células neoplásicas, evidenciando aspecto de celularidade compatível com abscesso apenas e cultura do material da coleção periprótese evidenciando *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina benzatina. Optado por troca de antibiótico para Cefalexina.

Após 7 dias de Cefalexina, foi realizado novo ultrassom de mamas, com drenagem de 20 mL de líquido seropurulento, material enviado para cultura, e resolução progressiva do abscesso mamário direito e esquerdo (Figura 4).

Paciente manteve cefalexina por mais 16 dias, realizou hemograma (leucograma sem alteração) PCR (7) e VHS (10) para iniciar controle laboratorial, com indicação de novo exame posterior.

DISCUSSÃO

A mastite lactacional é comum, afetando uma em cada cinco mulheres que amamentam. Além de causar desconforto significativo, é um motivo frequente para as mulheres pararem de amamentar.¹²

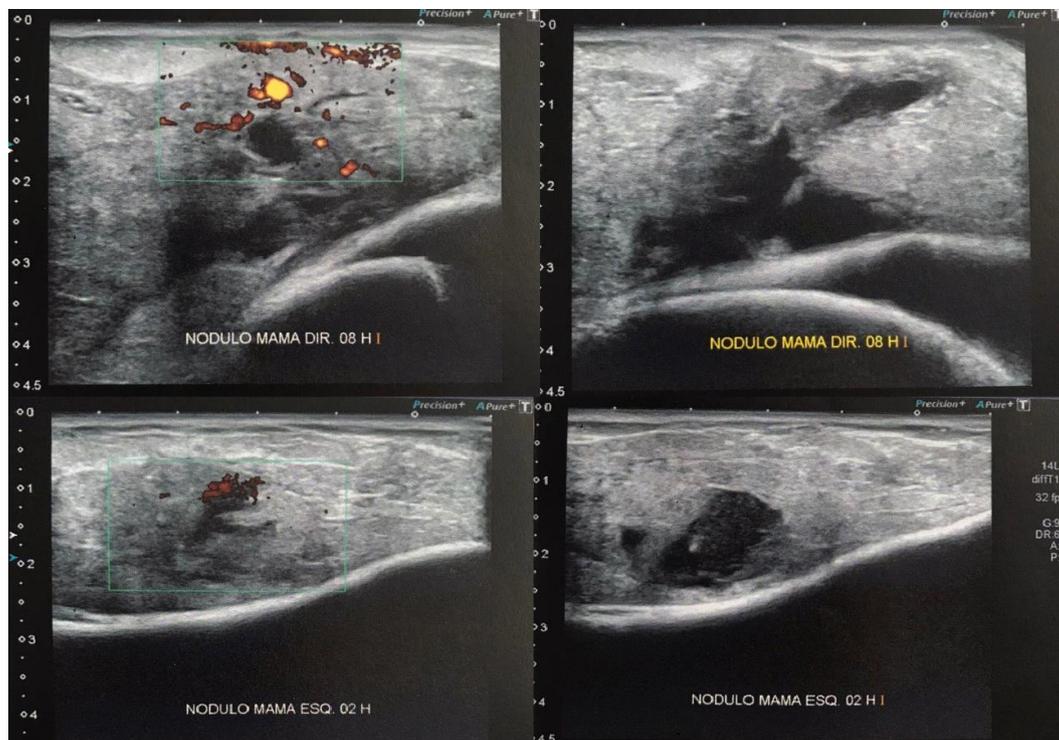


Figura 1. Abscessos mamários: Ultrassonografia das mamas direita (A.1 e A.2) e esquerda (B.1 e B.2) evidenciando no modo B (A.2 e B.2) coleções heterogêneas, predominantemente hipocóicas com halos hiperecogênicos irregulares e espessos, contendo debris ecogênicos de permeio. Associa-se aumento da vascularização periférica, evidenciado no estudo Doppler (A.1) e (B.1).

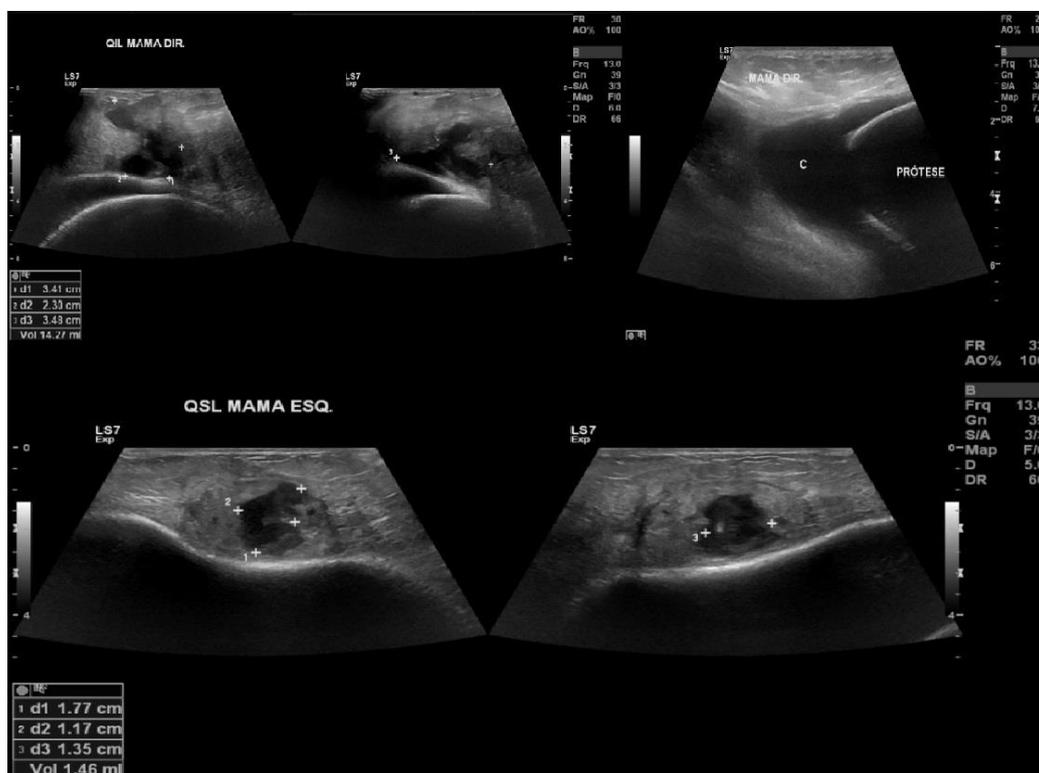


Figura 2. Ultrassonografia da mama direita (A.1, A.2 e A.3) evidenciando na projeção de 8 horas (QIL), formação irregular, heterogênea, hipocogênica, com focos ecogênicos em suspensão, medindo 34 x 23 x 35 mm, com volume estimado em 14,3 mL (A.1 e A.2). Presença de prótese mamária íntegra, sem evidências de alterações, notando-se líquido anecoico, homogêneo no seu entorno (A.3 - C). Ultrassonografia da mama esquerda (B.1 e B.2) evidenciando na projeção de 2 horas (QSL), formação irregular, heterogênea, hipocogênica, com focos ecogênicos em suspensão, medindo 18 x 11 x 13 mm, com volume estimado em 1,4 mL. Presença de prótese mamária íntegra, sem evidências de alterações.

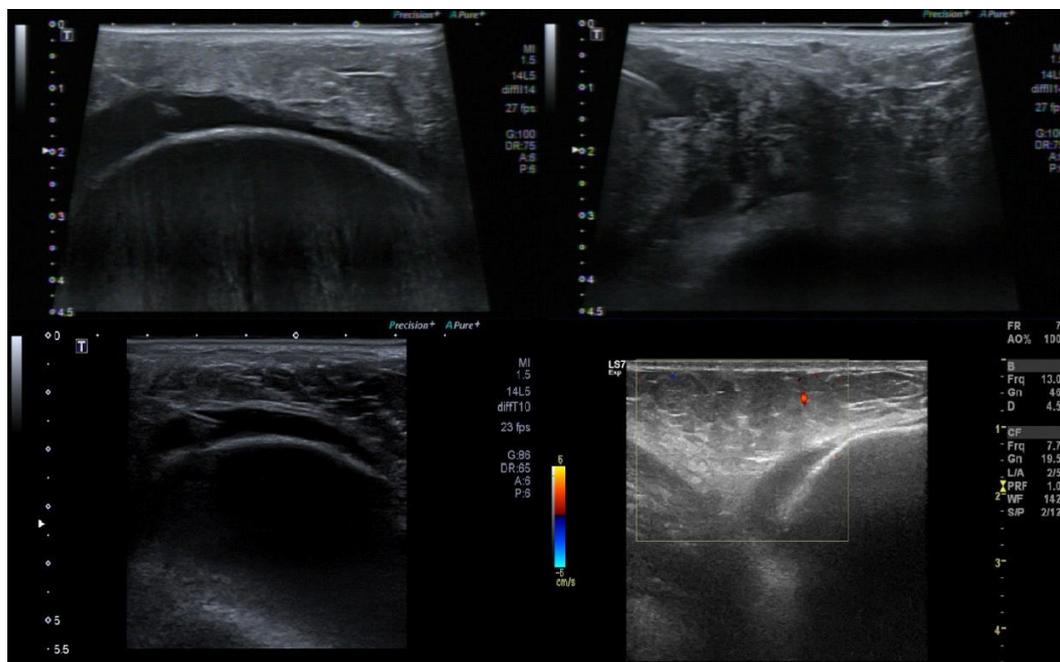


Figura 3. Drenagens Percutâneas: Realizadas drenagens de coleções periprótese na mama direita, localizada na posição de 8h. 8º dia - Em A.1, observa-se posicionamento adequado da agulha no interior da coleção. Controle pós-punção - A.2: Ausência de formação de hematomas no local de drenagem. Material coletado: líquido serosanguinolento turvo, encaminhado para estudo anatomopatológico e microbiológico. 12º dia - Em B.1 observa-se posicionamento adequado da agulha no interior da coleção. Controle pós-punção - B.2: Ausência de formação de hematomas no local de drenagem e ausência de fluxo anômalo no subcutâneo do trajeto da agulha. Material coletado: líquido serosanguinolento mais claro do que o anterior, descartado.

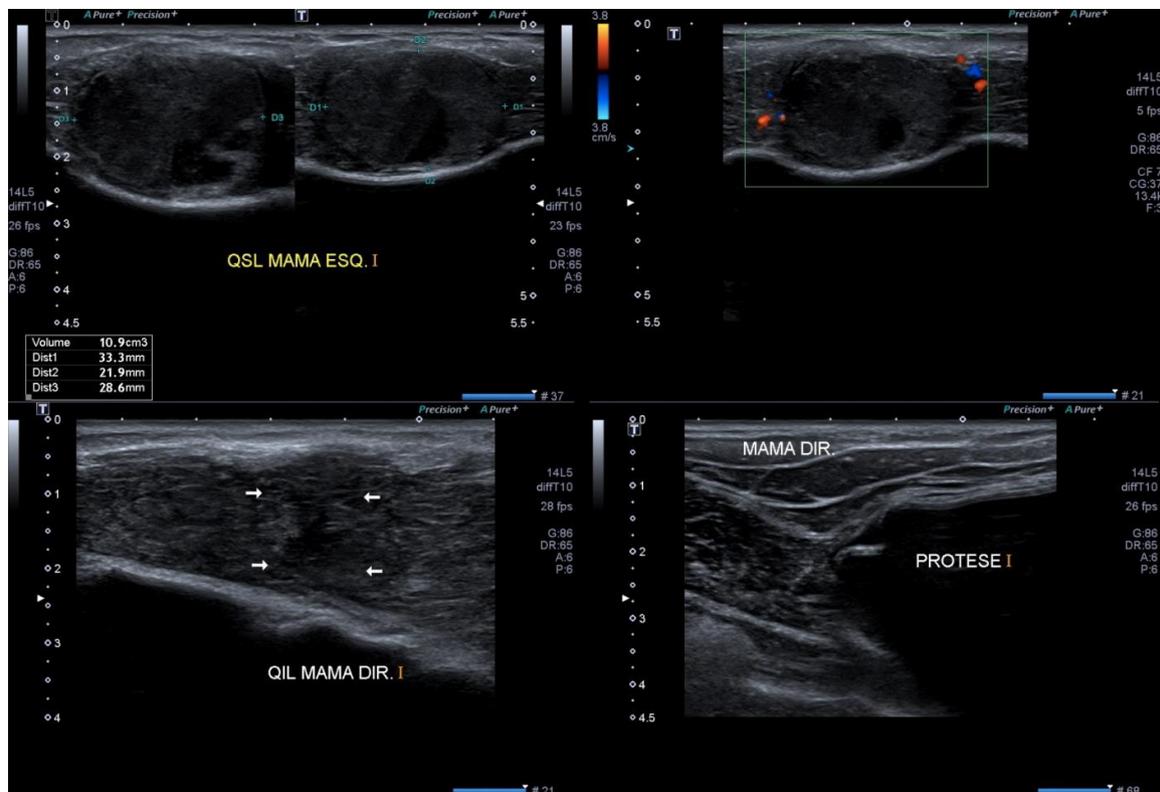


Figura 4. Ultrassonografia de controle de mastite e tratamento de abscessos Em A.1 e A.2 Verifica-se na mesma topografia de coleção descrita em exames anteriores, área de configuração nodular, isoecoica, mais larga que alta, sem calcificações, sem fluxo ao Doppler, medindo 33 x 22 x 29 mm e em seu interior nota-se uma pequena coleção irregular, hipoeicoica, com volume estimado em 0,3 mL. Em B.1 e B.2 Nota-se área com alteração arquitetural, levemente irregular no QIL, local de abscesso prévio. Presença de prótese mamária íntegra, sem evidências de alterações. Lâmina líquida anecoica, homogênea, periprótese.

O puerpério, tempo de seis a oito semanas após o parto, didaticamente, pode ser dividido em três períodos, sendo: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia).^{1,2}

A infecção é a etiologia mais frequente e o puerpério precoce, notadamente nas primeiras semanas, o período com maior prevalência. A maioria das mulheres experimenta algum grau de ingurgitamento mamário, preparando a glândula para a ejeção do leite durante a amamentação, mas quando a técnica é inadequada podem ocorrer fissuras mamilares, predispondo ao risco de colonização bacteriana dos ductos lactíferos e, eventualmente se houver superinfecção, a formação de abscesso.⁸

Tal complicação que se desenvolve em 0,1 a 3% das mulheres com mastite e 3 a 11% das mulheres em amamentação, é caracterizada clinicamente por nodulação flutuante, parcialmente circunscrita, geralmente no quadrante superior lateral da mama afetada. O microrganismo mais envolvido é o *Staphylococcus aureus*, sua confirmação microbiológica é feita a partir do Gram e cultura da drenagem de abscessos, contudo, até 40% dos abscessos pode apresentar etiologia polimicrobiana, com o isolamento de outros agentes aeróbios como o *Streptococcus*, *Enterobacteriaceae*, *E. Coli* e *Pseudomonas*, bem como agentes anaeróbios, podendo-se citar o *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium*, *Bacterioides* e *Clostridium*, mais comuns em casos recorrentes crônicos.²

Na literatura revisada há referências a alguns fatores de risco, tanto relacionadas a mãe quanto ao lactente. No que

diz respeito à mãe, existe associação com antibioticoterapia recente, imunodepressão, infecções fúngicas recorrentes, ingurgitamento mamário, traumatismo mamilar, uso de mamilos de silicone ou de bombas de extração de leite, ingestão de grandes quantidades de produtos lácteos, bebidas alcoólicas, produtos açucarados ou adoçantes, entre outros. Como fatores de risco do lactente, está descrita a existência de candidíase oral, perineal ou outra, antibioticoterapia recente, prematuridade, e imunodepressão.^{3,7,12,13}

Outras causas não infecciosas de mastite, por exemplo a granulomatosa com reação a corpo estranho (piercing, implantes de silicone) e também malignidade, em especial o carcinoma do tipo inflamatório, podem estar incluídos dentre os diagnósticos diferenciais, tendo a história clínica e a mamografia importante papel nessa diferenciação.

No que diz respeito às mamas com implantes mamários, a mastite pode ser decorrente de inflamação de um granuloma previamente formado. A história clínica tem papel importante nesta condição e a biópsia pode evidenciar, histologicamente, a presença de células gigantes contra corpos estranhos.⁹

A ultrassonografia é um método bastante útil na investigação inicial daqueles quadros com suspeita de desenvolvimento de abscessos / acúmulos líquidos, e possibilita de maneira segura a obtenção de amostragem percutânea e a drenagem de coleções. O que permite um diagnóstico mais preciso e a escolha de antibioticoterapia direcionada contra as bactérias detectadas na coleção.

À Ultrassonografia os abscessos mamários podem se apresentar como coleção heterogênea, predominantemente hipocóica, de contornos regulares ou irregulares, geralmente apresentando ecos internos em suspensão ou mesmo septações e que, ao estudo Doppler, apresenta fluxo periférico. Caso ocorra cronificação do processo, o estudo ecográfico pode evidenciar e avaliar adequadamente um aumento da espessura das paredes da coleção com halo mais hipocogênico.⁸

A dilatação subcutânea dos vasos linfáticos é outro sinal da inflamação da mama. O ultrassom funciona bem para visualizar esse sinal e revela lamelas anecoicas localizadas na interface entre a derme, que geralmente é espessada, e gordura subcutânea. Ao estudo com Doppler colorido, evidencia-se a ausência de fluxo dentro dessas estruturas, o que ajuda a distingui-los dos vasos sanguíneos hiperêmicos relacionados ao processo inflamatório.^{11,14}

O tratamento envolve o emprego de antibioticoterapia, que quando empregada de maneira isolada raramente apresenta resolução satisfatória, sendo a drenagem mamária, portanto, o tratamento de eleição, seja ela realizada por punção por agulha fina que pode ou não ser guiada por ultrassonografia, ou sendo realizada a abordagem cirúrgica. A intervenção cirúrgica é necessária para abscessos flutuantes maduros. A aspiração por agulha (agulha de calibre 18 a 21) usando anestesia local adequada, com ou sem orientação de ultrassom pode ser usada para drenar um abscesso. Após a aspiração do pus, a cavidade do abscesso deve ser irrigada com aproximadamente 50 mL de lidocaína a 1% e adrenalina (ou solução fisiológica). A aspiração proporciona excelente palição e manutenção da estética, podendo ser necessárias múltiplas aspirações ao longo do tempo para a drenagem completa, que pode ser seguida por ultrassonografia, se disponível.¹⁵ A maioria dos abscessos mamários durante a lactação pode ser tratada dessa maneira, especialmente no contexto de presença de prótese mamária, por ser um método de punção guiado e altamente seguro no que diz respeito ao risco de potencial injúria do material das próteses.

A amamentação geralmente é mantida, a menos que o quadro evolua para repercussão sistêmica (sepsis) ou não haja resposta à antibioticoterapia empírica.²

CONCLUSÃO

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) um procedimento ambulatorial simples, de baixo custo, baseado no uso de uma agulha de fino calibre. A agulha é introduzida na pele, em direção à lesão, com o intuito de coletar células para posterior avaliação de sua morfologia, quantidade e distribuição, através de exame citológico. Apesar da PAAF ter sido parcialmente substituída pelas punções histológicas por agulha grossa no diagnóstico de tumores suspeitos da mama, ainda continuam existindo várias situações clínicas em que a PAAF pode ser empregada. Embora o diagnóstico seja a sua aplicação mais importante, ela também vem sendo utilizada com outros objetivos. Uma das aplicações mais comuns é o seu uso nos nódulos císticos. A PAAF pode diferenciar imediatamente um nódulo cístico de um sólido e, ao mesmo tempo, age como tratamento definitivo de um possível abscesso. Já, a aspiração de pus, pode distinguir instantaneamente um abscesso de mama de um carcinoma

inflamatório e, por vezes, permite também a identificação do agente etiológico.¹⁵

Habitualmente são necessárias múltiplas aspirações ao longo do tempo (geralmente 5 a 7 dias), preferencialmente guiadas por USG, até que nenhum fluido seja visível no interior do abscesso ou o conteúdo aspirado não apresente aspecto purulento. A punção por agulha guiada por ultrassom, além de ser método com maior tolerância por parte das pacientes, é segura especialmente no que tange àquelas portadoras de implantes mamários, uma vez que diminui a chance de ruptura do implante e permite a avaliação de possíveis complicações de maneira praticamente imediata após o procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CA, Andrade S. Mastite por candida em lactante: um relato de caso. *Rev Port Med Geral Fam.* 2019;35(1):52-6.
2. Bonilla OA. Mastitis puerperal. *Med UPB.* 2019;38(2):140-146.
3. Hanna L, Cruz SA. Candida mastitis: a case report. *Perm J.* 2011;15(1): 62-4.
4. Spencer J. Common problems of breastfeeding and weaning. *UpToDate*; updated 2018 Jul 17.
5. Wiener S. Diagnosis and management of Candida of the nipple and breast. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(2):125-8.
6. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician.* 2008;78(6):727-31.
7. Zeretzke K. Yeast infections and the breastfeeding family: helping mothers find relief for symptoms and treatment for the infection preserves the breastfeeding relationship. *Leaven.* 1998;34(5):91-6.
8. Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. Breast infection: a review of diagnosis and management practices. *Eur J Breast Health.* 2018 Jul 1;14(3):136-143.
9. Cheng L, Reddy V, Solmos G, Watkins L, Cimbalk D, Bitterman P, et al. Mastitis, a radiographic, clinical, and histopathologic review. *Breast J.* 2015; 21(4):403-9.
10. Yildiz S, Aralasmak A, Kadioglu H, Toprak H, Yetis H, Gucin Z, Kocakoc E. Radiologic findings of idiopathic granulomatous mastitis. *Med Ultrason.* 2015 Mar;17(1):39-44.
11. Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess - diagnosis and management in general practice. *Aust Fam Physician.* 2011;40(12):976-979.
12. La Leche League International. Is thrush causing my sore nipples? [homepage]. Raleigh: La Leche League International; 2019.
13. Gonzalez C. Manual prático de aleitamento materno. Rio de Janeiro: Timo; 2014. ISBN 9788569404019
14. Lepori D. Inflammatory breast disease: The radiologist's role. *Diagn Interv Imaging.* 2015 Oct;96(10):1045-64.
15. Punção aspirativa por agulha fina: Estudo comparativo entre dois diferentes dispositivos para obtenção da amostra citológica / Ruffo Freitas Júnior. Campinas, SP : [s.n.], 2001.