



## MASTITE PUERPERAL COM EVOLUÇÃO PARA FASCEÍTE NECROTIZANTE: UM RELATO DE CASO

MÜLLER; Eduarda Rebés<sup>1</sup>, TRACHEL; Lavinia Comarú<sup>2</sup>, REINHEIMER; Mariana Wallauer Reinheimer<sup>3</sup>, E...<sup>4</sup>; Eduar...<sup>5</sup>; FUENTES; Luiza Maciel<sup>6</sup>, SILVEIRA; Gabriela Teixeira da<sup>6</sup>, SILVEIRA; Juliana Saideles da<sup>7</sup>, ASSMANN\*; Leandro Luis<sup>8</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A mastite puerperal é uma infecção aguda das glândulas mamárias que costuma se manifestar com dor, rubor, calor, febre e mal-estar. Se não tratada imediatamente, pode progredir para abscesso local, podendo evoluir até a septicemia. A mastite puerperal está presente em 3 a 20% das mulheres que amamentam, com taxa de recorrência de 6,5%. O *Staphylococcus aureus* é o agente etiológico mais frequente, responsável por 50 a 60% dos casos. O tratamento inclui massagem, ordenha, aumento da ingestão de líquido e repouso, mas pode ser necessário o uso de analgésicos, antitérmicos e antibióticos. **OBJETIVO(S):** Reconhecer a clínica, evolução e tratamento da mastite puerperal. **DESCRIÇÃO DO CASO:** A. K. C., 33 anos, G2C1A1, cesariana há 2 meses, procura atendimento por dor, rubor, calor e ingurgitamento na mama esquerda há 6 dias, referindo que não amamentava neste seio há 3 dias. Nega comorbidades e nega tabagismo. É diagnosticada mastite e liberada com cefalexina por 7 dias via oral e orientada a manter a ordenha após as mamadas para esgotamento das mamas. É importante, com essa sintomatologia, atentar para o diagnóstico diferencial, que pode abranger ingurgitamento grave, abscesso mamário, ducto obstruído, galactocele e câncer de mama inflamatório. Três dias após, paciente retorna referindo piora dos sintomas, sendo internada para drenagem de abscesso mamário com secreção purulenta fétida - encaminhada para cultura. Deixou-se dreno de penrose e manteve-se uso de cefalexina por via oral. Ferida operatória com bordos bem coaptados e presença de pouco tecido de granulação. Ajustada antibioticoterapia para amoxicilina com clavulanato e troca de curativo duas vezes ao dia. No segundo dia pós-operatório, relata leve aumento da dor; ao exame físico, detecta-se tecido com aspecto necrótico e piora da ferida operatória. Resultado da cultura da secreção apresentava presença de *Staphylococcus aureus*, sensível à amoxicilina com clavulanato e à clindamicina. Realiza-se debridamento com retirada de área necrótica na mama esquerda, sem intercorrências. Ajustada novamente antibioticoterapia para metronidazol e ceftriaxona, além de inibição da lactação com cabergolina. Três dias após debridamento do tecido necrosado, há melhora gradual do quadro e substituição da medicação por cefalexina 500 mg, por 10 dias. Cirurgiã plástica relata mama esquerda com tecido de granulação e alguns pontos de fibrina. Após uma semana, abscesso apresenta boa evolução, sem drenagem de secreção purulenta. Um mês após uso de cabergolina, inicia saída de leite pela mama esquerda. Paciente é encaminhada ao serviço de mastologia, que orienta oxigenioterapia hiperbárica como tratamento da fasceíte necrotizante. Prescreve-se cabergolina para interrupção da saída de leite. **DISCUSSÃO:** A mastite puerperal, mais frequente nos primeiros três meses de amamentação, ocorre devido à má drenagem do leite com consequente edema e

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), eduarda.rebes98@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), lavinia.traichel@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), eduarda.rebes98@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), bertduda@hotmail.com

<sup>5</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), luizamfuentes@hotmail.com

<sup>6</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), gabi.teixeirasilveira@gmail.com

<sup>7</sup> Hospital Santa Cruz (HSC), eduarda.rebes98@gmail.com

<sup>8</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), leandroassmann11@gmail.com

compressão de um ou mais ductos lácteos. Os fatores de risco incluem história prévia de mastite, má drenagem do leite, fissuras mamilares, uso de creme nos mamilos e uso de bomba para tirar leite. Quando os sintomas persistem além de 12 a 24 horas, é considerada mastite lactacional infecciosa. O manejo inicial da mastite lactacional não grave consiste em tratamento sintomático e esvaziamento completo da mama. Já no manejo da mastite lactacional infecciosa acrescenta-se terapia antibiótica. Se os sintomas persistirem apesar do tratamento adequado, deve-se suspeitar de abscesso, que ocorre em 3 a 11% das mulheres com mastite, podendo ser necessária drenagem do conteúdo e seguimento com antibióticos. **CONCLUSÃO:** A mastite puerperal com abscesso é uma condição frequente e pode ser motivo de desmame precoce. É importante orientar as mães quanto à técnica adequada de amamentação e da ordenha, além do acompanhamento adequado para a detecção precoce de fissuras e ingurgitamento mamário. Nesse relato, observou-se que a conduta empregada apresenta semelhanças com as recomendações previstas na literatura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mastite, Abscesso, Aleitamento Materno