

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 51

MASTITES: ATUALIZAÇÃO EM DIAGNÓSTICO, MANEJO E CONDUTAS PARA OBSTETRAS E MASTOLOGISTAS

ANA LETÍCIA TEODORO SIRIMARCO¹

PYETRA XAVIER FRANCO¹

ROBERTA DUARTE DOS SANTOS¹

LÍVIA DAS GRAÇAS REZENDE TEIXEIRA²

¹Discente. Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora *campus* Governador Valadares.

²Docente. Médica do Departamento de Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora *campus* Governador Valadares

Palavras-chave: Mastite; Mastite Granulomatosa; Puerpério.

INTRODUÇÃO

A mastite é uma condição inflamatória da mama, que pode ou não estar associada à infecção, e representa uma das afecções mamárias mais frequentes durante o período puerperal, embora sua ocorrência não se restrinja a essa fase da vida da mulher.

Trata-se de um importante problema de saúde pública mundial, em razão de sua elevada frequência, de seu impacto sobre a saúde materna e infantil e de sua capacidade de comprometer a manutenção do aleitamento materno.

Além disso, a doença está associada ao aumento da utilização de recursos dos sistemas de saúde e pode evoluir para complicações potencialmente graves, como abscesso mamário e sepse, quando não reconhecida e tratada adequadamente (JAHANFAR; NG; TENG, 2021).

Embora grande parte dos casos apresente evolução favorável e possa ser prevenida por medidas simples relacionadas ao manejo adequado da lactação, o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da mastite é fundamental para evitar a progressão do quadro clínico e reduzir a ocorrência de complicações (JAHANFAR; NG; TENG, 2021).

Nesse contexto, a atuação de ginecologistas, obstetras, mastologistas e demais profissionais envolvidos na assistência materna desempenha papel central na redução da morbidade associada à doença, bem como na prevenção de intervenções desnecessárias, incluindo procedimentos invasivos, abordagens cirúrgicas, internações prolongadas e uso inadequado de antibióticos (BOAKES *et al.*, 2018).

Adicionalmente, a educação em saúde voltada para gestantes, puérperas e lactantes constitui estratégia essencial para a prevenção e o manejo precoce da mastite.

A disseminação de orientações adequadas sobre amamentação, identificação de sinais de

alerta e busca oportuna por assistência médica contribui para minimizar os impactos da doença sobre a saúde da mulher e do lactente (WILSON; WOODD; BENOVA, 2020).

Diante da relevância clínica e epidemiológica dessa condição, o presente capítulo tem como objetivo revisar e atualizar os principais aspectos relacionados às mastites, abordando sua epidemiologia, classificação, fisiopatologia, diagnóstico, métodos complementares de investigação, manejo clínico e cirúrgico, complicações e recomendações práticas para a assistência médica, como sintetizado e descrito nas **Figuras 51.1 e 51.2**.

Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura recente, tendo como base bibliográfica artigos do PubMed e da *Cochrane Library*, e cartilhas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, que abrangem o período de 2000 a 2026, incluindo aqueles que versavam sobre recomendações clínicas contemporâneas e evidências relevantes para a prática de obstetras e mastologistas.

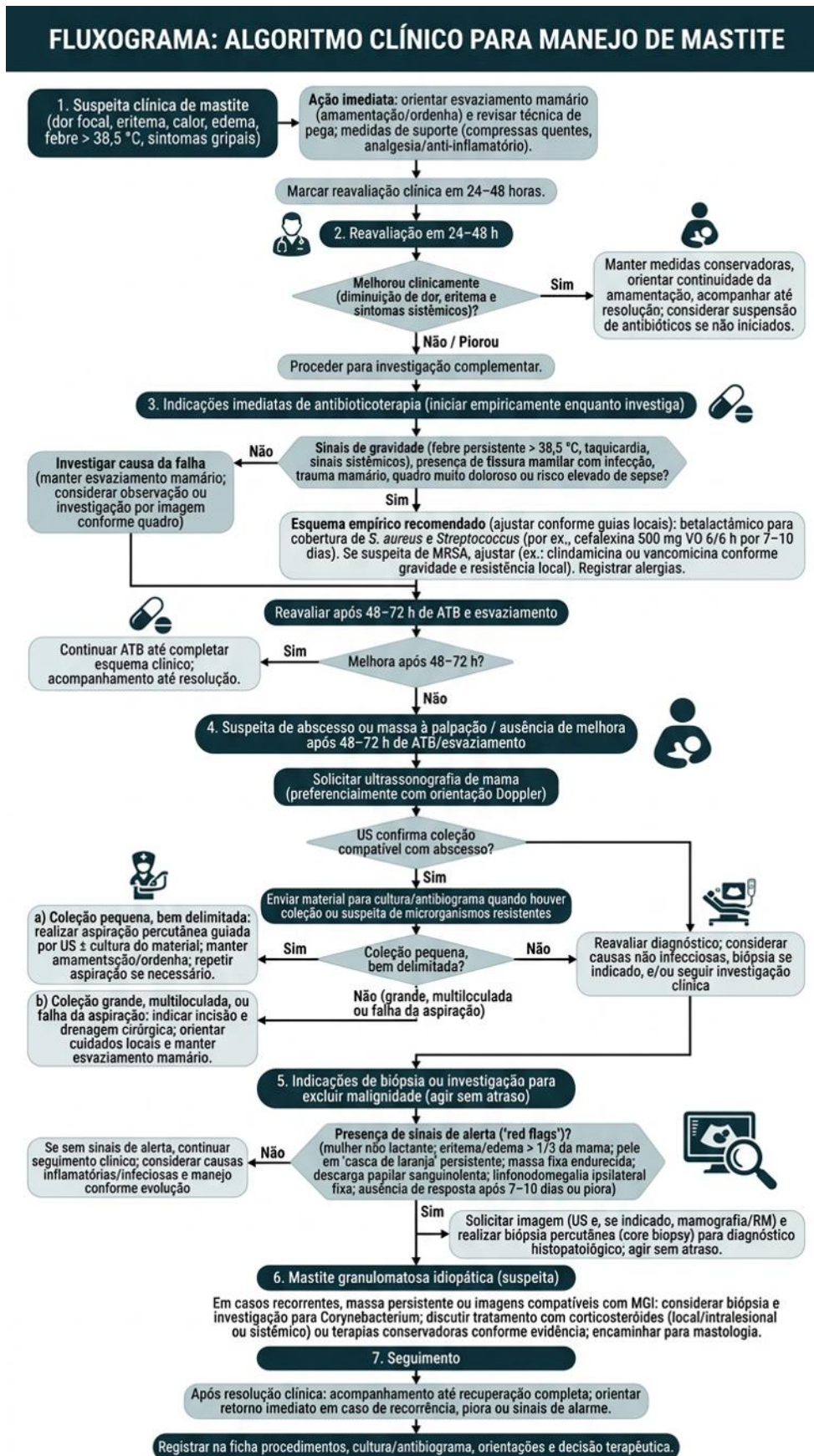
EPIDEMIOLOGIA E IMPACTOS CLÍNICOS

A mastite é a infecção mamária mais frequente durante a gestação e o puerpério, embora sua ocorrência não se restrinja a esses períodos (BOAKES *et al.*, 2018).

Entre mulheres lactantes, sua incidência pode atingir 33%, variando de acordo com o subtipo de mastite analisado (OMS, 2000).

Dentre as formas não associadas à lactação, a mastite periductal, observada predominantemente em mulheres em idade reprodutiva e no período da perimenopausa, corresponde de 5% a 25% das doenças mamárias em mulheres não lactantes (BLACKMON *et al.*, 2026).

Figura 51.1 Algoritmo clínico para manejo de mastite



Fonte: Autoria própria.

Figura 51.2 Recomendações-chave para a prática clínica**5 RECOMENDAÇÕES-CHAVE PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

1 	Priorizar o diagnóstico clínico e reconhecer precocemente sinais de gravidade
2 	Manter o aleitamento materno e garantir o esvaziamento adequado da mama
3 	Utilizar antibioticoterapia de forma criteriosa
4 	Solicitar ultrassonografia diante da suspeita de abscesso ou apresentação atípica
5 	Excluir neoplasia mamária em casos não usuais ou refratários ao tratamento

Fonte: Autoria própria.

A mastite granulomatosa idiopática, por sua vez, é uma condição crônica rara, com prevalência estimada de 2,4 casos por 100.000 indivíduos. Ocorre principalmente em mulheres com idade entre 32 e 35 anos e histórico recente de gestação e lactação, especialmente nos cinco anos que antecedem o diagnóstico.

Entretanto, sua prevalência pode ser subestimada em razão da raridade da doença e das frequentes dificuldades diagnósticas observadas na prática clínica (BLACKMON *et al.*, 2026).

A mastite lactacional apresenta incidência global estimada entre 1% e 33% (BLACKMON *et al.*, 2026), sendo mais frequente nas primeiras 12 semanas após o parto, com redução progressiva da ocorrência nos meses subsequentes (OMS, 2000).

Essa ampla variação epidemiológica é reflexo das diferentes práticas de amamentação e distribuição dos fatores de risco entre distintas populações.

As lesões mamilares figuram entre os principais fatores predisponentes para o desenvolvimento da mastite lactacional. Frequentemente associadas ao posicionamento inadequado do lactente durante a amamentação (WILSON;

WOODD; BENOVA, 2020), essas lesões apresentam relação com o acesso desigual a orientações técnicas adequadas, ao nível de escolaridade materna e à disponibilidade de serviços de saúde.

Outro importante fator etiológico e que implica na variação observada é a obstrução ductal, que pode decorrer de dificuldades na pega do lactente, intervalos prolongados entre as mamadas, esvaziamento inadequado da mama ou compressão mamária causada por vestimentas apertadas.

A ocorrência desse fator de risco também é influenciada por aspectos socioeconômicos, uma vez que condições de trabalho exaustivas, elevados níveis de estresse e contextos de vulnerabilidade social podem favorecer o atraso ou a interrupção das mamadas, aumentando a predisposição à estase láctea e à obstrução dos ductos mamários (WILSON; WOODD; BENOVA, 2020).

Nesse contexto, a heterogeneidade observada na incidência da mastite entre diferentes regiões pode refletir não apenas fatores biológicos, mas também determinantes sociais, econô-

micos e estruturais que influenciam a distribuição dos fatores de risco e o acesso às medidas de prevenção e tratamento.

A mastite lactacional está associada, também, a importantes repercussões para a saúde materno-infantil. A condição constitui importante fator associado à interrupção do aleitamento materno, contribuindo para o desmame precoce em aproximadamente uma a cada quatro mulheres acometidas.

Além disso, a evolução para abscesso mamário ocorre em 3% a 11% das mulheres com mastite aguda, enquanto fístulas mamárias são observadas em cerca de 1% a 2% dos casos (BOAKES *et al.*, 2018).

Além das repercussões clínicas individuais, a mastite está associada a um impacto econômico significativo para os sistemas de saúde. Esse impacto decorre da necessidade de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, incluindo consultas médicas, exames complementares, procedimentos e mobilização de profissionais.

Adicionalmente, observa-se um aumento no uso de antibióticos, muitas vezes de forma inadequada ou desnecessária, o que contribui para a elevação dos custos assistenciais, favorece o desenvolvimento de resistência antimicrobiana e expõe as pacientes a potenciais efeitos adversos evitáveis (WILSON; WOODD BENOVA, 2020).

Apesar da reconhecida influência dos determinantes sociais sobre os fatores de risco para mastite, ainda são limitados os estudos que avaliam a relação entre indicadores socioeconômicos e a distribuição da doença em diferentes regiões brasileiras.

CLASSIFICAÇÃO E TIPOS DE MASTITE

A mastite pode ser classificada de acordo com sua etiologia e seu curso clínico. A maior

parte dos casos se classifica como Mastite Puerperal, condição inflamatória relacionada à lactação e à ectasia ductal.

Alguns pacientes podem evoluir com uma mastite infecciosa, a partir do contato de bactérias, principalmente *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus*, presentes na mucosa nasofaríngea dos lactentes.

Enquanto as primeiras bactérias associam-se a sintomas mais severos desde o início, as segundas podem levar a abscessos somente em momentos mais tardios (OMRANIPOUR; VASIGH, 2020).

Os demais casos que não envolvem a lactação possuem grande semelhança clínica, sendo a biópsia interessante para a diferenciação e tratamento adequado. São classificados como mastite não-puerperal, que engloba a mastite periductal e a mastite granulomatosa idiopática (MGI).

A mastite periductal atinge mulheres de qualquer idade, e nela ocorre uma invasão do tecido ductal por células plasmáticas, gerando um processo inflamatório local.

Em contraponto, a MGI tem como foco mulheres em idade fértil e se apresenta como granulomas nos lóbulos das glândulas mamárias (ZHOU *et al.*, 2024).

Em relação ao curso clínico, caracteriza-se ainda como mastite aguda aquelas com início súbito de sinais inflamatórios locais, frequentemente associados a sintomas sistêmicos, apresentando resolução completa.

A mastite recorrente, por sua vez, corresponde à ocorrência de episódios repetidos de inflamação mamária, separados por períodos de remissão clínica completa, geralmente acometendo a mesma mama ou o mesmo quadrante.

Já a mastite crônica caracteriza-se pela persistência dos sinais e sintomas inflamatórios por semanas ou meses, sem resolução completa entre os episódios (DOUGLAS, 2022).

FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

Mastite lactacional

Duas teorias principais têm sido propostas para explicar a fisiopatologia da mastite lactacional.

A primeira considera que lesões mamilares predispõem à infecção bacteriana, enquanto a segunda sugere que a estase láctea constitui o evento inicial, desencadeando um processo inflamatório que pode evoluir para infecção secundária.

Segundo a teoria infecciosa, a ocorrência de fissuras ou lesões no mamilo representa o principal fator predisponente para o desenvolvimento da mastite.

Essas lesões são frequentemente decorrentes do posicionamento inadequado do lactente durante a amamentação.

A ruptura da barreira epitelial favorece a entrada de microrganismos, permitindo a colonização do tecido mamário (WILSON; WOODE; BENOVA, 2020).

Nesse contexto, o leite materno atua como um meio rico em nutrientes, favorecendo a proliferação bacteriana, que induz resposta inflamatória local e pode agravar quadros de obstrução ductal, perpetuando o processo infeccioso (WILSON; WOODE; BENOVA, 2020; BOAKES *et al.*, 2018).

A segunda teoria propõe uma relação causal inversa, na qual a estase láctea constitui o evento inicial da doença (WILSON; WOODE; BENOVA, 2020).

O esvaziamento ineficiente da mama, decorrente de dificuldades na amamentação ou de hiperprodução láctea, promove acúmulo de leite nos ductos mamários.

Quando associado às alterações típicas da lactação, como a modificação do microbioma

mamário, estreitamento ductal, congestão alveolar e estresse mecânico, essa condição favorece o desenvolvimento de uma resposta inflamatória local.

Como consequência, podem surgir edema estromal, hiperemia e lesões mamilares, caracterizando um quadro de mastite inflamatória aguda.

Em alguns casos, a progressão para invasão bacteriana secundária resulta no desenvolvimento de mastite infecciosa (BLACKMON *et al.*, 2026).

Mastite periductal

A fisiopatologia da mastite periductal está fortemente associada aos efeitos do tabagismo, considerado o principal fator de risco para a doença.

A exposição crônica aos componentes tóxicos do cigarro promove metaplasia escamosa do epitélio dos ductos lactíferos, resultando na produção excessiva de queratina.

O acúmulo desse material leva à obstrução ductal, favorecendo estase das secreções, dilatação dos ductos e sua eventual ruptura.

O extravasamento do conteúdo ductal para os tecidos adjacentes desencadeia uma resposta inflamatória crônica, frequentemente acompanhada por infecção secundária (BLACKMON *et al.*, 2026).

Mastite granulomatosa idiopática

A mastite granulomatosa idiopática (MGI) é caracterizada por um processo inflamatório granulomatoso não caseoso que acomete os lóbulos mamários.

Sua fisiopatologia envolve dano ao revestimento epitelial dos ductos mamários, permitindo o extravasamento de secreções para o estroma adjacente e desencadeando uma resposta inflamatória granulomatosa local (BLACKMON *et al.*, 2026).

Embora o mecanismo responsável pela lesão epitelial inicial permaneça desconhecido, acredita-se que fatores imunológicos desempenhem papel central na patogênese da doença.

Diversos estímulos têm sido implicados como potenciais desencadeadores, incluindo gestação, lactação, hiperprolactinemia, trauma mamário, diabetes mellitus e uso de contraceptivos hormonais.

Esses fatores podem favorecer alterações da resposta imune local, culminando na formação dos granulomas característicos da condição.

A participação de agentes infecciosos também tem sido investigada, especialmente de *Corynebacterium kroppenstedtii*, frequentemente isolado em pacientes com MGI.

Entretanto, seu papel na etiopatogênese da doença permanece controverso, uma vez que esse microrganismo também integra a microbiota cutânea normal da mama (BLACKMON *et al.*, 2026).

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As manifestações clínicas da mastite caracterizam-se principalmente por dor e sensibilidade mamária, edema e presença de uma área hiperemiada, endurecida e eritematosa, frequentemente em formato de cunha, na mama acometida.

Esses sinais locais costumam estar associados a sintomas sistêmicos, como febre superior a 38,5 °C, fadiga, mal-estar e manifestações semelhantes às de uma síndrome gripal. Nos estágios iniciais, o quadro clínico pode ser discreto, com poucos achados evidentes ao exame físico.

À medida que a inflamação progride, observa-se aumento da área de edema mamário, acompanhado de eritema cutâneo sobrejacente. Pode ocorrer ainda linfadenopatia axilar ipsilateral reativa, manifestada por dor e aumento do

volume dos linfonodos regionais (OMRANIPOUR; VASIGH, 2020).

A progressão da mastite para abscesso mamário representa uma de suas principais complicações. Clinicamente, o abscesso manifesta-se como uma massa palpável, dolorosa, endurecida e frequentemente flutuante, associada a sinais inflamatórios locais, como eritema e edema cutâneo.

Sua ocorrência deve ser suspeitada em pacientes com persistência dos sintomas ou resposta inadequada ao tratamento instituído, exigindo confirmação diagnóstica e abordagem terapêutica específica (OMRANIPOUR; VASIGH, 2020).

Embora a mastite aguda seja, na maioria dos casos, uma condição benigna e autolimitada, é fundamental diferenciá-la de doenças malignas da mama, especialmente do câncer de mama inflamatório, cuja apresentação clínica pode mimetizar um quadro infeccioso.

Alguns achados devem despertar maior suspeição para neoplasia subjacente, incluindo história pessoal prévia de câncer de mama, ocorrência de sinais inflamatórios mamários em mulheres não lactantes, presença de linfadenopatia axilar palpável e ausência de resposta clínica ao tratamento adequado (MOLCKOVSKY *et al.*, 2009).

Além disso, alterações cutâneas características, como edema dérmico com aspecto de “pele de laranja” (*peau d’orange*), particularmente quando persistente ou associado à progressão para ulceração, constituem sinais de alerta importantes para malignidade e demandam investigação diagnóstica complementar imediata (CHALMERS, *et al.*, 2020).

Além do câncer de mama inflamatório, o diagnóstico diferencial da mastite aguda engloba diversas condições inflamatórias, infecciosas e vasculares da mama que podem cursar com manifestações clínicas semelhantes.

Dentre as principais condições a serem consideradas encontram-se o ingurgitamento mamário, a celulite mamária, a mastite periductal e a mastite granulomatosa idiopática.

Embora compartilhem sinais e sintomas como dor, eritema, edema e espessamento cutâneo, essas entidades apresentam características clínicas, radiológicas e histopatológicas próprias, que permitem sua diferenciação.

Nesse contexto, uma avaliação cuidadosa da história clínica e do exame físico, complementada por métodos de imagem e, quando necessário, por investigação histopatológica, é essencial para o estabelecimento do diagnóstico correto e para a definição da abordagem terapêutica mais adequada.

Embora a mastite apresente sinais e sintomas clínicos característicos e seu diagnóstico seja frequentemente estabelecido com base na avaliação clínica, a realização precoce de biópsia pode ser necessária em situações nas quais haja suspeita de malignidade.

O carcinoma inflamatório de mama (CIM) é uma neoplasia agressiva cujo diagnóstico precoce exerce impacto significativo sobre o prognóstico e as possibilidades terapêuticas.

Entretanto, sua apresentação clínica frequentemente se sobrepõe à dos quadros inflamatórios mamários benignos, dificultando a diferenciação inicial (DAWOOD *et al.*, 2011).

Sinais como eritema, edema, aumento da temperatura local e presença de massa palpável podem estar presentes tanto na mastite quanto no carcinoma inflamatório, favorecendo atrasos diagnósticos e terapêuticos quando não há adequada suspeição clínica.

Nesse contexto, a biópsia assume papel fundamental, uma vez que constitui o método definitivo para confirmação diagnóstica da neoplasia.

Dessa forma, a investigação histopatológica deve ser considerada diante de achados clínicos

sugestivos de malignidade, incluindo achatamento, formação de crostas ou retração mamilar, eritema acometendo mais de um terço da mama e quadros inicialmente diagnosticados como mastite que não apresentam melhora clínica após tratamento com antibioticoterapia por uma semana (DAWOOD *et al.*, 2011).

A presença desses sinais exige elevado grau de suspeição por parte dos profissionais de saúde, de modo a permitir o diagnóstico oportuno do carcinoma inflamatório de mama e evitar atrasos no início do tratamento.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da mastite aguda é predominantemente clínico, sendo baseado na anamnese, que deve envolver questionamentos acerca da temporalidade, aleitamento, tratamentos prévios, e nos achados do exame físico.

Na maioria dos casos, não há necessidade de exames complementares para confirmação diagnóstica, sendo estes reservados para situações específicas, como falha terapêutica, apresentação atípica ou suspeita de complicações. Nesse sentido, podem ser solicitados exames laboratoriais, de imagem e procedimentos diagnósticos (OMRANIPOUR; VASIGH, 2020).

A avaliação laboratorial da mastite aguda pode incluir hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa (PCR), cultura do leite materno e, em situações específicas, hemoculturas.

O hemograma frequentemente evidencia leucocitose com predomínio de neutrófilos, enquanto a PCR e o VHS podem estar elevados, refletindo a intensidade da resposta inflamatória, embora apresentem baixa especificidade diagnóstica (ABM, 2022).

A cultura do leite materno não é indicada rotineiramente, mas pode ser considerada em pacientes sem melhora clínica após 48 horas de antibioticoterapia, em episódios recorrentes ou

diante da suspeita de infecção por microrganismos resistentes.

Entretanto, seus resultados devem ser interpretados com cautela devido ao risco de contaminação da amostra pela microbiota da pele materna ou da cavidade oral do lactente.

As hemoculturas, por sua vez, são reservadas para situações de maior gravidade, especialmente quando há suspeita de bacteremia ou sepse, não fazendo parte da investigação de rotina dos casos não complicados (OMRANI-POUR; VASIGH, 2020; ABM, 2022).

A ultrassonografia (US) constitui o principal método de imagem quando há necessidade de investigação complementar. Seu emprego é particularmente útil em pacientes com mamas volumosas, ingurgitadas, portadoras de próteses de mama ou quando há suspeita de abscesso mamário.

Além disso, a US é considerada o método de escolha durante a gestação e a lactação, por não utilizar radiação ionizante, apresentar elevada sensibilidade diagnóstica e permitir avaliação detalhada das estruturas (HOLANDA *et al.*, 2016).

Nos casos de mastite não complicada, os achados ultrassonográficos podem incluir espessamento cutâneo, redução da ecogenicidade do parênquima mamário, aumento da vascularização ao estudo *Doppler* colorido e linfonodomegalia axilar reacional.

Quando ocorre evolução para abscesso, a ultrassonografia geralmente evidencia coleção complexa hipoecoica, frequentemente multiloculada, de contornos irregulares ou mal definidos, associada à vascularização periférica e reforço acústico posterior.

Em fases iniciais, podem ser observadas coleções líquidas irregulares contendo material purulento (PETERSON *et al.*, 2023).

A ultrassonografia também auxilia na diferenciação entre mastite aguda e outras doenças

inflamatórias da mama. Na mastite periductal, é característico o achado de dilatação ductal superior a 3 mm, frequentemente acompanhada por ecos internos ou secreções móveis no interior dos ductos.

Já na mastite granulomatosa idiopática, costumam ser observadas massas hipoecoicas irregulares associadas a extensões tubulares, edema do parênquima mamário, trajetos fistulosos em direção à pele, dilatação ductal e linfonodomegalia axilar.

Apesar de úteis, tais achados podem apresentar sobreposição com doenças malignas, exigindo investigação histopatológica em situações duvidosas (HOLANDA *et al.*, 2016).

A US também pode ajudar a diferenciar a mastite do câncer de mama. Este pode se apresentar como uma massa heterogênea, hipoecoica ou complexa, de formato irregular, margens mal definidas e halo ecogênico variável, frequentemente associada a sombra acústica posterior.

Outra característica sugestiva de malignidade é o crescimento não paralelo à pele, com diâmetro vertical igual ou superior ao diâmetro transversal. Achados adicionais incluem espessamento dos ligamentos suspensores da mama, edema cutâneo e linfonodomegalia axilar.

Ao *Doppler* colorido, observa-se padrão vascular desorganizado. Entretanto, algumas lesões podem ser sutis e apresentar ecogenicidade semelhante à dos tecidos adjacentes, dificultando sua detecção ultrassonográfica (HOLANDA *et al.*, 2016).

A mamografia possui papel limitado na avaliação da mastite aguda, especialmente em mulheres jovens e lactantes, devido à elevada densidade mamária e à inespecificidade dos achados, que podem incluir assimetria focal, massas, espessamento cutâneo e linfonodomegalia axilar.

A ressonância magnética apresenta maior sensibilidade para a caracterização de lesões inflamatórias, podendo demonstrar áreas de realce heterogêneo ou periférico e identificar abscessos como coleções com realce em anel.

Entretanto, em casos suspeitos, a diferenciação entre processos inflamatórios e neoplasias pode exigir confirmação histopatológica (BOAKES *et al.*, 2018).

A aspiração do conteúdo mamário ou de coleções purulentas permite a realização de cultura e está indicada nos casos de mastite com evolução desfavorável, apresentação atípica ou ausência de resposta à antibioticoterapia.

Além disso, a biópsia percutânea por agulha grossa (*core biopsy*) deve ser considerada diante da persistência de massas mamárias, achados de imagem suspeitos ou quando houver necessidade de exclusão de malignidade, especialmente carcinoma inflamatório da mama (BOAKES *et al.*, 2018).

TRATAMENTO

O tratamento da mastite deve ser conservador na grande maioria dos casos. Assim, deve-se basear em medidas não farmacológicas, aconselhamento e terapia de suporte, sendo preconizados repouso, correção da técnica de aleitamento materno e o uso de compressas quentes.

Ademais, recomenda-se o esvaziamento fisiológico da mama e a manutenção da amamentação, uma vez que essa não traz riscos ao recém-nascido saudável e a termo (JAHANFAR; NG; TENG, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Idealmente, deve ser realizado o uso de terapias adjuvantes para tratamento sintomático, o qual conta com analgésicos e anti-inflamatórios, como ibuprofeno, no arsenal medicamentoso.

Além disso, o uso de probióticos, segundo Yu *et al.* (2022), pode contribuir para o manejo da mastite puerperal, reduzindo a incidência da doença e a carga bacteriana presente no leite materno.

Quanto à antibioticoterapia, segundo revisão sistemática da *Cochrane*, ainda não há evidências suficientes para estabelecer um consenso definitivo sobre sua efetividade no tratamento da mastite lactacional.

A revisão identificou apenas dois ensaios clínicos randomizados, concluindo que as evidências disponíveis são insuficientes para confirmar ou refutar o benefício dos antibióticos nesses casos (JAHANFAR; NG; TENG, 2013; WILSON *et al.*, 2020).

Entretanto, o Ministério da Saúde preconiza o uso em algumas situações clínicas específicas, sendo uma prática recorrente no território brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Dessa forma, em relação à antibioticoterapia, esta está indicada na presença de sinais e sintomas graves e de alarme, ausência de melhora após 24 horas do esvaziamento fisiológico da mama e presença de trauma mamário ou fissura mamilar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Considera-se como opção o uso, por 10 a 14 dias, de antibióticos betalactâmicos, que visam cobrir infecções estafilocócicas e estreptocócicas, principalmente. Entre eles, cefalexina 500 mg, por via oral, de seis em seis horas; amoxicilina 500 mg ou amoxicilina associada ao clavulanato (500 mg/125 mg), por via oral, de oito em oito horas (JAHANFAR; NG; TENG, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No que se refere à presença de *S. aureus* meticilina-resistentes, recomenda-se o uso de vancomicina, e em caso de alergia aos betalactâmicos, está indicado eritromicina 500 mg, por via oral, quatro vezes ao dia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No que se refere à segurança da antibioticoterapia para as puérperas, tem-se que os antibióticos habitualmente empregados no tratamento da mastite lactacional, especialmente as penicilinas resistentes à penicilinase e as cefalosporinas de primeira geração, são considerados compatíveis com o aleitamento materno.

A transferência desses fármacos para o leite humano ocorre em baixas concentrações, não sendo esperados efeitos clinicamente significativos para a maioria dos lactentes.

Dessa forma, recomenda-se a manutenção da amamentação durante o tratamento, observando-se apenas a eventual ocorrência de efeitos leves, como alterações gastrointestinais transitórias ou candidíase (MITCHELL *et al.*, 2022).

A mastite granulomatosa idiopática (MGI) não possui, até o momento, um protocolo terapêutico universalmente estabelecido. Em razão da heterogeneidade clínica da doença e das lacunas existentes acerca de sua fisiopatologia, o manejo atual baseia-se em diferentes modalidades terapêuticas, incluindo corticoterapia, imunossuppressores e cirurgia excisional (BASIM; ARGUN, 2022).

Os corticosteroides constituem a principal terapia de primeira linha devido à sua capacidade de controlar o processo inflamatório subjacente, estando associados a taxas de remissão de até 75%.

Podem ser administrados por via sistêmica, tópica ou intralesional, sem evidências conclusivas de superioridade entre essas vias. Entretanto, a administração sistêmica está relacionada a efeitos adversos bem estabelecidos, como alterações do metabolismo glicídico e síndrome de *Cushing*, enquanto as abordagens tópica e intralesional apresentam perfil menos invasivo e podem ser alternativas para pacientes com contraindicações ao uso sistêmico (MOGHANJOUGH *et al.*, 2026).

Os imunossuppressores, especialmente o metotrexato, também são empregados no tratamento da MGI, principalmente em casos refratários ou recorrentes, devido à sua ação moduladora da resposta imune e do processo inflamatório.

A excisão cirúrgica, por sua vez, pode desempenhar papel diagnóstico e terapêutico, embora seu uso seja geralmente reservado para casos persistentes ou complicados, em razão do caráter invasivo do procedimento, do risco de recorrência pós-operatória e do potencial comprometimento estético da mama (MOGHANJOUGH *et al.*, 2026).

Apesar da escassez de estudos comparativos robustos entre as diferentes modalidades terapêuticas, evidências disponíveis sugerem que estratégias combinadas podem proporcionar melhores taxas de remissão e menores índices de recorrência quando comparadas à monoterapia, motivo pelo qual o tratamento multimodal tem sido amplamente utilizado na prática clínica (BASIM; ARGUN, 2022).

A implementação do tratamento da mastite deve ser precoce, uma vez que o manejo tardio, inadequado ou insuficiente se associa a um pior prognóstico e gera risco de interrupção desnecessária da amamentação, danos ao tecido mamário, cicatrizes, recorrência e evolução para abscesso mamário, uma complicação grave (JAHANFAR; NG; TENG, 2013; WILSON *et al.*, 2020).

A suspeita de abscesso mamário deve ser considerada na ausência de melhora após 48h de instituição da antibioticoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O manejo dessa complicação tem como primeira linha a aspiração percutânea guiada por US, indicada principalmente em coleções de menor volume e bem delimitadas.

A metanálise realizada por Zhou *et al.* (2023) evidenciou que não há diferença significativa na taxa de cura entre a aspiração e a drenagem cirúrgica nesses casos, sendo, portanto, ambas eficazes.

Apesar disso, a aspiração apresenta menor tempo de recuperação, melhores resultados estéticos, menos dor pós-operatória e maior possibilidade de manutenção do aleitamento materno, o que a torna o procedimento de escolha.

A técnica cirúrgica, por sua vez, tem melhor indicação em casos de falha de aspiração e em abscessos extensos, recorrentes ou multiloculados, que são características que diminuem a eficácia da técnica menos invasiva (GHUNAIM, 2023).

Após a realização do procedimento, recomenda-se a continuidade do esvaziamento mamário por meio da amamentação ou ordenha, além do acompanhamento clínico e ultrassonográfico quando necessário.

O procedimento de aspiração pode ser repetido, se necessário, até o desaparecimento da coleção, enquanto a drenagem cirúrgica frequentemente demanda cuidados locais e curativos mais prolongados (GHUNAIM, 2023).

Se o manejo do abscesso mamário não for realizado de maneira adequada, este pode evoluir para necrose, perda do tecido mamário, deformidades da mama e comprometimento funcional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

PREVENÇÃO E SUPORTE À AMAMENTAÇÃO

A mastite puerperal apresenta etiologia multifatorial, de forma que, está associada à estase láctea, fissura mamilar e técnica incorreta de amamentação.

Nesse sentido, estratégias preventivas se baseiam no combate aos fatores desencadeantes, a partir da promoção do aleitamento materno correto, com ênfase na orientação multiprofissional, posicionamento e pega adequados e esvaziamento fisiológico das mamas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; WILSON *et al.*, 2020).

Estudos recentes demonstram alterações do manejo preventivo da mastite, ao evidenciarem que a manipulação excessiva das mamas, massagens intensas e estímulo exagerado à produção láctea podem contribuir para a perpetuação do processo inflamatório (WILSON *et al.*, 2020).

Dessa maneira, fica cada vez mais claro a necessidade da identificação precoce e devida orientação quanto à lactação, a qual, muitas vezes, se mostra deficiente (SILVA *et al.*, 2022).

Nota-se ainda que, a instituição de políticas de saúde voltadas para o aconselhamento à amamentação é uma medida preventiva que têm impacto na redução da incidência de mastite, uma vez que reduz fatores de risco como a pega inadequada (FREITAS *et al.*, 2023).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLACKMON, M.M. *et al.* Acute Mastitis. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2026.

BASIM, P.; ARGUN, D.; ARGUN, F. Risk factors for idiopathic granulomatous mastitis recurrence after patient-tailored treatment: do we need an escalating treatment algorithm? *Breast Care*, v. 17, n. 2, p. 172-179, 2022. DOI: 10.1159/000517399.

BOAKES, E. *et al.* Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices. *European Journal of Breast Health*, v. 14, n. 3, p. 136-143, 2018. DOI: 10.5152/ejbh.2018.3871.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar/view>. Acesso em: 08/07/2026.

CHALMERS, R. *et al.* Red flags for the differential diagnosis of granulomatous mastitis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, v. 14, n. 1, p. 215, 2020. DOI: 10.1186/s13256-020-02563-x.

DAWOOD, S. *et al.* International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus statement for standardized diagnosis and treatment. *Annals of Oncology*, v. 22, n. 3, p. 515-523, 2011. DOI: 10.1093/annonc/mdq345.

FREITAS, J.S. *et al.* Fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de mastite puerperal: uma revisão integrativa. *Inova Saúde*, v. 14, n. 2, p. 13-19, 2023. DOI: 10.18616/inova.v14i2.7803.

GHUNAIM, H. Percutaneous ultrasound-guided needle aspiration for management of breast abscesses: a review. *Journal of Medical Radiation Sciences*, v. 70, n. 3, p. 327-337, 2023. DOI: 10.1002/jmrs.682.

MOGHANJOUGH, P.H. *et al.* Idiopathic granulomatous mastitis: a comprehensive review of etiology, diagnosis, and management. *European Journal of Breast Health*, v. 22, n. 2, p. 126-138, 2026. DOI: 10.4274/ejbh.galenos.2025.2025-10-7.

HOLANDA, A. *et al.* Ultrasound findings of the physiological changes and most common breast diseases during pregnancy and lactation. *Radiologia Brasileira*, v. 49, n. 6, p. 389-396, 2016. DOI: 10.1590/0100-3984.2015.0076.

JAHANFAR, S.; NG, C.J.; TENG, C.L. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 2, CD005458, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD005458.pub3.

MITCHELL, K.B. *et al.* Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, v. 17, n. 5, p. 360-376, 2022. DOI: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm.

MOLCKOVSKY, A. *et al.* Approach to inflammatory breast cancer. *Canadian Family Physician*, v. 55, n. 1, p. 25-31, 2009.

OMRANIPOUR, R.; VASIGH, M. Mastitis, Breast Abscess, and Granulomatous Mastitis. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, v. 1252, p. 53-61, 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-41596-9_7.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization, 2000.

PETERSON, M.S. *et al.* Breast Imaging and Intervention during Pregnancy and Lactation. *RadioGraphics*, v. 43, n. 10, e230014, 2023. DOI: 10.1148/rg.230014.

SILVA, M.J.M. *et al.* Análise do manejo de mastite lactacional de mulheres atendidas em hospitais de São Paulo, Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2022.

WIJESINGHE, A. *et al.* The Use of Intralesional Corticosteroids in Idiopathic Granulomatous Mastitis: A Systematic Review. *European Journal of Breast Health*, v. 20, n. 4, p. 233-240, 2024. DOI: 10.4274/ejbh.galenos.2024.2024-5-2.

WILSON, E.; WOODD, S.L.; BENOVA, L. Incidence of and risk factors for lactational mastitis: a systematic review. *Journal of Human Lactation*, v. 36, n. 4, p. 673-686, 2020. DOI: 10.1177/0890334420907898.

YU, Q. *et al.* The preventive and therapeutic effects of probiotics on mastitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, v. 17, n. 9, e0274467, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0274467.

ZHOU, F. *et al.* The effectiveness of needle aspiration versus traditional incision and drainage in the treatment of breast abscess: a meta-analysis. *Annals of Medicine*, v. 55, n. 1, 2224045, 2023. DOI: 10.1080/07853890.2023.2224045.

ZHOU, Y. *et al.* Novel insights: crosstalk with non-puerperal mastitis and immunity. *Frontiers in Immunology*, v. 15, 1431681, 2024. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1431681.