

EDIÇÃO XV

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 7

MASTITE

CAROLINA MARQUES MIRANDA DE ALBUQUERQUE MARANHÃO¹
ARTUR DE TASSIS CABRAL FERNANDES¹
JOÃO PEDRO MORES ARTIFON¹

1. *Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais*

Palavras-Chave: *Mastite; Amamentação; Mama.*

INTRODUÇÃO

A mastite é uma afecção comum das mamas. Ela caracteriza-se por inflamação da mama e é dividida em mastite lactacional e não-lactacional (SILVA *et al.*, 2018).

Mastites puerperais

As mastites puerperais são inflamações da glândula mamária associadas à lactação, acometendo entre 2 a 20% das lactantes (UPTODATE, 2023). Podem ocorrer em qualquer fase do período lactacional, mas são mais frequentes nas primeiras quatro a seis semanas pós-parto (UPTODATE, 2023). Os agentes infecciosos predominantes incluem *Staphylococcus aureus* e, em menor proporção, *Streptococcus spp.* (SILVA *et al.*, 2018; UPTODATE, 2023).

Clinicamente, a mastite manifesta-se por eritema, hipertermia local, dor, aumento do volume e ingurgitamento mamário, com potencial evolução para formação de abscessos. Em casos mais severos, podem surgir febre, calafrios, anorexia, adinamia e, raramente, sepse. A linfadenomegalia axilar e a presença de fissuras mamilares são comuns (UPTODATE, 2023; SILVA *et al.*, 2018). Enquanto infecções por *S. aureus* tendem a ser mais focais e invasivas, com rápida formação de abscessos, as infecções por *Streptococcus* geralmente apresentam-se de forma difusa, com abscessos ocorrendo apenas em estágios avançados (SILVA *et al.*, 2018).

Entre os principais fatores de risco estão a estase de leite, dificuldades na amamentação, fissuras no mamilo, uso de bombas de extração, hiperlactação e histórico prévio de mastite (UPTODATE, 2023). Acredita-se que a cascata de eventos que leva à mastite se inicie com um estreitamento ductal, dificultando a drenagem e promovendo o acúmulo de leite, o qual exerce pressão na área circundante, resultando em in-

flamação e susceptibilidade à infecção bacteriana (UPTODATE, 2023; FEBRASGO, 2018). A transmissão bacteriana ocorre geralmente por via transpapilar, com contaminação da mama a partir da orofaringe do recém-nascido, sendo facilitada por lesões na aréola e no mamilo (SILVA *et al.*, 2018).

Quanto à localização, a mastite pode ser classificada como lobar (a forma mais comum, afetando uma região ou lóbulo da mama), ampolar (atinge parte ou toda a aréola) ou glandular (envolvendo toda a glândula mamária) (SILVA *et al.*, 2018).

As mastites puerperais são divididas em dois principais grupos:

- Epidêmica: Associada a cepas virulentas de *S. aureus* produtoras de penicilinasas, manifesta-se até o quarto dia pós-parto, sendo transmitida de lesões piodérmicas do recém-nascido à mãe (SILVA *et al.*, 2018; FEBRASGO, 2018). O tratamento requer internação e antibióticoterapia intravenosa baseada em cultura e antibiograma.

- Endêmica: Compreende a maioria dos casos, sendo *S. aureus* o patógeno principal (60% dos casos). Outras bactérias, como *S. epidermidis*, *Streptococcus* do grupo B, *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Serratia* e *Enterobacter*, podem estar envolvidas, sendo mais frequente na segunda semana pós-parto e no período de desmame (SILVA *et al.*, 2018; FEBRASGO, 2018).

O diagnóstico da mastite puerperal é predominantemente clínico, com base na identificação dos sinais flogísticos na mama da lactante. Exames laboratoriais podem ser indicados para casos que não respondem ao antibiótico empírico ou para casos com suspeita de sepse, sendo recomendadas culturas de leite ou hemoculturas para infecções graves (UPTODATE, 2023).

O manejo inicial da mastite puerperal em pacientes sem sinais sistêmicos graves e com sintomas focais na mama baseia-se no esvaziamento mamário, na manutenção da amamentação sempre que possível e no uso de compressas frias para reduzir a inflamação (FEBRASGO, 2018; UPTODATE, 2023). Orienta-se amamentação sob demanda, com minimização do uso de bombas de leite e evitando protetores de mamilo. Para analgesia e alívio de sintomas, podem ser utilizados analgésicos e anti-inflamatórios (como paracetamol e ibuprofeno), além de repouso, hidratação adequada e o uso de um sutiã de suporte adequado. Massagens profundas não são recomendadas, mas uma varredura leve pode ser útil (FEBRASGO, 2018; UPTODATE, 2023).

A persistência dos sintomas por mais de 24 a 48 horas ou a presença de febre indicam a necessidade de iniciar antibioticoterapia direcionada contra *Staphylococcus aureus*. A seleção empírica do antibiótico baseia-se no risco de resistência à meticilina (MRSA) e em fatores adicionais, como histórico de alergias e perfis locais de resistência bacteriana (UPTODATE, 2023).

Para infecções leves em que o risco de MRSA é baixo, recomenda-se o uso de dicloxacilina 500 mg por via oral, administrada quatro vezes ao dia; flucloxacilina 500 mg por via oral, também quatro vezes ao dia; ou cefalexina 500 mg por via oral na mesma frequência. Em situações de infecção leve com risco de MRSA, o tratamento indicado pode ser feito com trimetoprim-sulfametoxazol (um comprimido de dose dupla, duas vezes ao dia) ou clindamicina 450 mg por via oral, três vezes ao dia. Nos casos graves, é necessária a administração intravenosa de antibióticos em ambiente hospitalar, utilizando vancomicina em combinação com ceftriaxona ou piperacilina-tazobactam, para

garantir a cobertura contra patógenos Gram-positivos e Gram-negativos (UPTODATE, 2023).

A duração do tratamento depende da gravidade da infecção e da resposta clínica apresentada. Em infecções leves, a resolução costuma ocorrer em um período de cinco a seis dias com o uso de antibióticos orais. Nos casos graves, após 48 a 72 horas de melhora clínica, é recomendada a transição para antibióticos orais, com duração total de tratamento variando entre cinco e seis dias, podendo estender-se até 14 dias conforme necessário. Para casos sem resposta clínica em 48 a 72 horas, ultrassonografia e cultura de leite são indicadas para excluir abscesso ou outras causas não infecciosas (UPTODATE, 2023).

Abscesso mamário

O processo infeccioso agudo associado à mastite pode resultar em formação de "lojas" (compartimentos infecciosos únicos ou múltiplos) e progredir para necrose do tecido mamário. Abscessos mamários podem surgir quando o tratamento inicial se mostra ineficaz ou o diagnóstico é feito tardiamente (UPTODATE, 2023). Além da dor intensa, o quadro infeccioso pode apresentar prostração e deterioração significativa do estado geral. O tratamento segue princípios semelhantes ao manejo da mastite, incluindo antibioticoterapia, preferencialmente baseada em cultura e antibiograma. A drenagem das lojas pode ser realizada por punção guiada por ultrassom para abscessos menores que 5 cm; nos casos mais extensos, é necessária drenagem cirúrgica e remoção de áreas de necrose, sendo indicada a colocação de dreno por 24 horas. A amamentação pode ser temporariamente suspensa na mama acometida, realizando-se o esvaziamento com ordenha manual, mecânica ou elétrica para manter a produção láctea e prevenir a estase (FEBRASGO, 2018).

Mastites crônicas - fistulas lácteas

A mastite crônica trata-se de uma complicação tardia que pode surgir meses após um episódio de mastite ou abscesso mamário. Caracteriza-se pela presença de tecido conjuntivo no parênquima mamário e processos exsudativos, que se manifestam por surtos recidivantes e drenagem espontânea, formando fistulas lácteas. O tratamento de escolha é a ressecção completa do sistema ductal acometido, frequentemente associada à cirurgia reparadora, com uso de antibióticos no período pré e pós-operatório para melhor controle da infecção (FEBRASGO, 2018).

Mastites não puerperais

As mastites não puerperais (MNP), também chamadas de mastites não lactacionais, abrangem todas as condições inflamatórias da mama que não estão associadas à gravidez ou amamentação (SILVA *et al.*, 2018). Apresentam curso lento e crônico, podendo estar relacionadas com infecção aguda prévia ou não (JUNIOR *et al.*, 2023; OLIVEIRA *et al.*, 2021). Essas mastites incluem uma ampla gama de condições, podendo ser classificadas em infecciosas ou em distúrbios inflamatórios não infecciosos, exigindo a consideração de diversos diagnósticos diferenciais para processos inflamatórios e supurativos mamários (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

A incidência de MNP, que parece estar em crescimento, é de cerca de 10%, significativamente menor do que a das mastites puerperais, mas, representam em torno de 1 a 2% dos processos sintomáticos do tecido mamário (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

Muitas pacientes apresentam uma ou mais massas sem sinais evidentes de inflamação, o que frequentemente leva à negligência do quadro devido à ausência de sintomas típicos (SILVA *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Além disso, o quadro clínico pode se assemelhar ao de um carcinoma mamário, especialmente o carcinoma inflamatório, tornando urgente afastar essa hipótese, possivelmente com a realização de uma biópsia da lesão. As MNP podem ser divididas em dois grupos principais: mastites infecciosas (específicas ou inespecíficas) e mastites não infecciosas, com ênfase nas mais comuns (SILVA *et al.*, 2018).

Mastites infecciosas

Abscesso subareolar recidivante

Embora sua fisiopatologia ainda não seja completamente esclarecida, trata-se de uma metaplasia escamosa dos ductos lactíferos. É uma condição recorrente e crônica, mais comum entre os 30 e 40 anos, com repetição em intervalos variados (meses a anos), com associação ao tabagismo, diabetes, obesidade e inversão mamilar. Já foi descrito por diferentes nomes, como mastite piogênica, mastite obliterate, mastite periductal e mastite piogênica crônica (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023). Nesses quadros, ocorre uma transformação escamosa do epitélio cuboide dos ductos principais, formando tampões de queratina que bloqueiam o ducto. Isso leva à ruptura dos ductos, permitindo que secreções se infiltrem no tecido mamário e causem uma reação inflamatória, que pode resultar em pequenos abscessos. A tendência é de que esses abscessos sejam drenados espontaneamente através de uma fistula que se estende até a borda da aréola (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

Inicialmente, surge uma inflamação localizada, as quais evoluem para formação de abscessos de drenagem espontânea. A paciente apresenta dor súbita ao redor da aréola, acompanhada de inchaço, vermelhidão e calor local, sem histórico de trauma (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

Na mamografia, observa-se espessamento da pele ao redor da aréola com uma opacidade logo abaixo dela. A ultrassonografia geralmente revela uma área com ecogenicidade mista, contendo um componente cístico central e aumento do fluxo periférico ao Doppler, sugerindo maior vascularização (SILVA *et al.*, 2018). O diagnóstico diferencial inclui mastites específicas, mastite da ectasia ductal e carcinoma inflamatório (SILVA *et al.*, 2018).

O tratamento com antibióticos orais, cobrindo bactérias aeróbias e anaeróbias, tem bons resultados nas fases iniciais. Nos casos em que se formam fístulas, o tratamento inclui cirurgia para remoção do trajeto fistuloso. Para pacientes que não estão mais amamentando, a remoção dos ductos terminais restantes pode reduzir o risco de recorrência (SILVA *et al.*, 2018). A cessação definitiva do tabagismo é fundamental para o sucesso do tratamento e deve ser incentivada, assim como a adoção de medidas para minimizar a inversão mamilar. Além disso, evitar outros fatores que contribuem para a persistência da condição, como o alcoolismo e distúrbios metabólicos, pode aumentar os períodos de remissão e até levar à resolução completa do quadro (SILVA *et al.*, 2018).

Abscessos mamários periféricos

Abscessos mamários periféricos são consideravelmente menos frequentes em comparação com os abscessos subareolares. Sua apresentação típica ocorre em mulheres na pós-menopausa, geralmente caracterizada por um abscesso de surgimento recente sem patologias associadas (SILVA *et al.*, 2018). A fisiopatologia desses abscessos permanece incerta, mas pode estar relacionada à ectasia ductal e processos in-

volutivos (SILVA *et al.*, 2018). O manejo terapêutico envolve drenagem cirúrgica ou punção do abscesso, complementada por antibioticoterapia com cobertura para anaeróbios (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

Abscessos iatrogênicos

Abscessos iatrogênicos são infecções decorrentes de cirurgias mamárias, normalmente causados pelo *Staphylococcus aureus*. Além desse tipo de infecção, podem surgir, ainda nesse processo operatório, celulites superficiais e hematomas infectados. A infecção pode comprometer o resultado estético da cirurgia (SILVA *et al.*, 2018). A incidência é de aproximadamente 6% nos casos, sendo frequentemente associadas a cavidades cirúrgicas extensas, necrose cutânea, biópsias anteriores e drenagens repetidas de seromas (SILVA *et al.*, 2018). As infecções relacionadas a implantes mamários são menos frequentes, com incidência em torno de 1%. Nesses casos, *S. aureus* é o agente predominante, embora outros patógenos, como *Pseudomonas*, *S. epidermidis* e *Mycobacterium fortuitum*, também possam estar envolvidos (SILVA *et al.*, 2018). O tratamento das infecções como abscessos, celulites e hematomas infectados envolve drenagem do abscesso com uso de antibióticos (SILVA *et al.*, 2018). Para as infecções dos implantes mamários, a remoção do implante é, na maioria das vezes, a abordagem recomendada, embora o uso de antibióticos associados a drenagem seja viável em casos selecionados (SILVA *et al.*, 2018). Em pacientes com corpos estranhos mamários, incluindo piercings, abscessos tardios podem ocorrer e mimetizar neoplasias malignas. A remoção desses corpos estranhos, em conjunto com drenagem e antibioticoterapia, é fundamental (SILVA *et al.*, 2018).

Mastite tuberculosa

A mastite tuberculosa, uma condição rara, pode se manifestar como um nódulo mamário em mulheres idosas, frequentemente confundido com carcinoma. Em mulheres jovens, pode surgir como abscesso mamário (SILVA *et al.*, 2018). O diagnóstico definitivo é feito pela identificação do *Mycobacterium tuberculosis* por microscopia ou cultura, mas o exame histopatológico pode ser necessário devido à baixa sensibilidade desses métodos (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023). A tuberculose mamária representa cerca de 0,1% das lesões mamárias em países ocidentais, enquanto em regiões endêmicas a prevalência pode atingir 4% (SILVA *et al.*, 2018). O tratamento envolve tuberculostáticos, com intervenções cirúrgicas indicadas apenas em casos selecionados (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

Sífilis mamária

A sífilis mamária, uma manifestação rara de infecção sexualmente transmissível, podendo se manifestar nas três fases da doença (primária, secundária ou terciária). Na fase primária, o cancro duro se localiza tipicamente na junção areolopapilar. Na forma secundária, surgem lesões cutâneas características no sulco mamário. Na forma terciária, aparecem nódulos inflamatórios que podem ulcerar e fistulizar (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023). O tratamento consiste no uso de penicilina G benzatina, 2.400.000UI em duas doses, separadas pelo intervalo de uma semana. (SILVA *et al.*, 2018; JUNIOR *et al.*, 2023).

Mastites por micobactérias

Micobactérias atípicas podem causar infecções mamárias, especialmente em pacientes imunocomprometidas, como aquelas com HIV

avanzado. Nessas situações, o diagnóstico é confirmado por cultura de secreções ou hemoculturas (SILVA *et al.*, 2018). O tratamento consiste no uso de claritromicina, etambutol e rifabutina por 6 meses. Casos de infecção por micobactérias em pacientes com implantes mamários são raros, mas descritos, e o tratamento envolve a retirada do implante e antibioticoterapia prolongada (SILVA *et al.*, 2018).

Mastites fúngicas

Várias espécies de fungos podem infectar as mamas, com a blastomicose sendo uma das mais frequentemente relatadas. Essas infecções podem ser confundidas com neoplasias malignas e são diagnosticadas por punção-biópsia aspirativa (SILVA *et al.*, 2018). A candidíase mamária, embora mais comum em mulheres não lactantes, também pode ocorrer, principalmente no sulco inframamário. Outras infecções fúngicas, como criptococose e histoplasmose, podem acometer as mamas (SILVA *et al.*, 2018). O tratamento antifúngico é indicado, com cirurgia reservada para casos selecionados (SILVA *et al.*, 2018).

Mastites virais

A mastite viral é frequentemente associada à caxumba, manifestando-se com edema e dor mamária, que podem passar despercebidos. Outras infecções virais, como herpes simples e herpes zoster, também podem acometer a mama, especialmente em pacientes imunossuprimidas (SILVA *et al.*, 2018). A clínica consiste em uma formação de nódulos com evolução lenta, sem causar dores às pacientes (JUNIOR *et al.*, 2023). O tratamento com aciclovir é recomendado para reduzir a gravidade dos sintomas e evitar infecções bacterianas secundárias (SILVA *et al.*, 2018).

Outras mastites infecciosas

Infecções mais raras da mama incluem aquelas causadas por *Corynebacterium kropenstedtii*, actinomicose, gonococo, protozoários e helmintos. O manejo inclui antibioticoterapia específica e, em alguns casos, drenagem cirúrgica ou remoção de corpos estranhos.

Mastites não infecciosas

Ectasia ductal

Também conhecida por mastite de células plasmáticas ou mastite plasmocitária, a ectasia ductal possui origem da dilatação de um ou mais ductos mamários, podendo gerar inflamação, estase ou obstrução. A clínica desses pacientes corresponde a 41% das queixas de secreção mamilar em mulheres, e podem apresentar sintomas como a retração mamilar e presença de massa palpável e dolorosa na mama. Tal sub-tipo afeta principalmente mulheres multíparas e idosas, sendo necessário realização de exames complementares para realização do diagnóstico. A solicitação de exames de imagem é importante para análise das alterações no tecido mamário sugestivas de ectasia ductal, como na mamografia, na qual os ductos se mostram dilatados, apresentando opacidades nodulares com bordas irregulares ou calcificações ramificadas. Já na ultrassonografia, as alterações são representadas pelos ductos dilatados, contendo massas de conteúdo ecogênico ou anecóico. Por último, tem-se a opção da ressonância magnética, que revela um padrão de realce que por muitas vezes gera dúvidas quanto a possibilidade dos achados ductais serem ou não sugestivos de carcinoma ductal in situ. Por conseguinte, deve-se realizar biópsias e cultura de material a fim de buscar diagnósticos diferenciais de alterações fibrocísticas e carcinoma mamário. Ademais, é importante lembrar que a mastite plasmocitária não representa um risco aumentado para desenvolvimento de câncer de

mama, e deve receber tratamento cirúrgico a partir da exérese dos ductos acometidos em casos de recorrência de sintomas, além de antibioticoterapia quando houver presença de sinais flogísticos (CHIOREAN *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

Mastites lobulares granulomatosas

As mastites granulomatosas são condições pouco comuns na mastologia, de caráter benigno e que podem ser classificadas em idiopáticas ou específicas. A diferença entre elas ocorre com base na origem da manifestação. A forma idiopática não está associada a doenças pré-existentes, enquanto a forma específica pode ter diversas causas primárias. Esta última pode ser desencadeada tanto por infecções, como sífilis, tuberculose, agentes parasitários, bacterianos ou fúngicos, quanto por doenças não infecciosas, como diabetes, granulomatose de Wegener, sarcoidose ou reações a corpos estranhos. Nesses casos, é necessário tratamento com antibióticos específicos a fim de estabilizar a infecção. Ademais, o tratamento e diagnóstico ainda não foram completamente padronizados em âmbito internacional, tornando ambas as avaliações extremamente difíceis de serem feitas (YUAN *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2018).

Sarcoidose mamária

A sarcoidose mamária é uma manifestação extrapulmonar rara, que ocorre em menos de 1% dos pacientes. A apresentação clínica e radiológica é de difícil investigação e podem ser confundidas com o carcinoma mamário, apresentando sintomas como a presença de massa palpável e dolorosa, sendo necessária a realização de biópsia dos nódulos mamários para confirmação do diagnóstico diferencial. Seu tratamento é promovido a partir do uso de imunossuppressores e corticoides (KADDOURA *et al.*, 2023; SILVA *et al.*, 2018)

Mastite por silicone

Esta inflamação do tecido mamário é ocasionada pela injeção de silicone líquido, que é visto pelo organismo como um corpo estranho, o que precede o quadro inflamatório e de formação de siliconomas (granulomas constituídos pelo material de silicone). Em consequência disso, é possível a apresentação de sintomas como dor intensa e deformação das mamas, assim como evoluções mais graves nas quais pode ocorrer a ruptura dos implantes, causando a disseminação sistêmica do conteúdo e desenvolvimento de intomais severas. Quando o silicone migra para outros órgãos, os exames de imagem podem ser comprometidos pela presença do material, o que dificulta a realização do diagnóstico e aumenta a probabilidade de complicações mais graves. Nesses casos, é indicada a realização de ressonância magnética e tratamento a partir da exérese completa do implante, seguida da reconstrução mamária, que nem sempre será uma possibilidade, a depender da gravidade do tecido (LIM & LIU, 2012; SILVA *et al.*, 2018).

Mastite granulomatosa idiopática (MGI)

Na mastite granulosa lobular, também conhecida como MGI, especulam-se possíveis causas como infecções bacterianas por *Corynebacterium*, destruição hormonal ou resposta autoimune, mas ainda não foi elucidada uma origem concreta para essa doença. Esta doença é frequentemente vista associada a casos de eritema nodoso, o que fortalece a hipótese da MGI ter seu desenvolvimento relacionado com a autoimunidade. A apresentação clínica e radiológica dessa patologia se assemelha ao câncer de mama, o que torna de extrema importância a análise histológica da lesão. A partir disso, é possível encontrar achados como infiltrados de células gigantes multinucleadas, granulomas

não caseosos, plasmócitos, histiócitos epitelioides, linfócitos e microabscessos. Quanto à população mais acometida, se encontram principalmente gestantes, de lactação recente ou em idade reprodutiva. O tratamento também não é elucidado por completo, porém, medicações como imunossupressores e corticoides apresentaram bons resultados. Apesar disso, também podem ser indicadas intervenções cirúrgicas como forma terapêutica para a MGI (ZHU *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2018).

Mastopatia diabética (MD)

A mastopatia diabética, ou mastopatia linfocítica, é reconhecida como uma complicação rara, mas benigna de pacientes com diabetes tipo 1 (DM1). A clínica apresentada nesses casos pode mimetizar o câncer de mama e está relacionada ao aparecimento de massas palpáveis que tendem a ser unilaterais, múltiplas ou únicas. Os achados por meio de exames de imagem como a ultrassonografia ou mamografia, podem ser similares aos encontrados no câncer de mama, tornando a análise histológica necessária para elaboração da hipótese diagnóstica correta. Nessa avaliação, é comum a presença de infiltração linfocítica em vasos, ductos e lóbulos do tecido mamário, sendo muito associado a complicações microvasculares da DM1. A MD costuma evoluir com recidiva do quadro, dispensando terapêuticas invasivas. Contudo, casos nos quais o paciente apresenta queixa recorrente de dor ou evolução de difícil controle, há indicação de realização de cirurgia para estabilização do evento, que pode não ser eficaz (GUZIK *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2018).

Granulomatose de Wegener

A manifestação mamária da granulomatose de Wegener, ou granulomatose com poliangite, é rara, sendo mais comumente associada a casos sistêmicos da doença. A clínica dessa doença

pode apresentar galactorreia, inflamação e presença de cistos ou nódulos, que se não tratados podem gerar inflamação granulomatosa no tecido mamário. O diagnóstico é dado a partir da análise histopatológica do tecido mamário, no qual serão evidenciados focos de necrose no estroma associados a presença de células gigantes multinucleadas. Além disso, é importante a realização de testes sorológicos para obtenção do diagnóstico diferencial da doença. O tratamento consiste no uso de corticoides sistêmicos. (SHARIFI *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018)

Esteatonecrose

A esteatonecrose mamária é uma lesão benigna, que surge a partir da hipóxia das células adiposas presentes no tecido mamário, levando à necrose. Ela pode se manifestar com alterações na pele associada à massa palpável nas mamas, ou como um achado incidental em exames de imagem. As principais causas relacionadas

ao desenvolvimento desse quadro incluem procedimentos mamários, radioterapias, traumas e pode estar associado a malignidade. A partir da histologia é possível chegar ao diagnóstico definitivo, na qual é evidenciado tecido necrótico com infiltrado inflamatório e células gigantes multinucleadas. Nesses casos, a análise radiológica não possui grande importância para realização do diagnóstico, visto que as lesões podem se apresentar de diversas formas, desde alterações benignas a altamente sugestivas de malignidade. A esteatonecrose pode evoluir com regressão, recidiva ou agravamento do quadro, a partir disso, o tratamento com aspiração do conteúdo pode levar a cura, mas em casos extremos nos quais há crescimento vertiginoso da lesão, gerando dor ou deformação das mamas, pode ser indicada cirurgia como alternativa terapêutica (GENOVA & GARZA, 2023; SILVA *et al.*, 2018)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHIOREAN, A. *et al.* Nipple Ultrasound: A Pictorial Essay. *Korean Journal of Radiology*, v. 21, n. 8, p. 955, 2020. Doi: 10.3348/kjr.2019.0831.

CRUZ JUNIOR, M.A. *et al.* Mastites Crônicas. *Revista Científica CEREM-GO*, [S. l.], v. 4, n. 10, 2023. Doi:10.37951/2675-5009.2023v4i10.110

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Mastite puerperal*: São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/309-mastite-puerperal>>. Acesso em: 25 abr 2024.

GENOVA, R. & GARZA, R.F. Breast Fat Necrosis. *Nih.gov*. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542191/>>. Acesso em: 9 nov. 2024.

KADDOURA, R. *et al.* A rare case of sarcoidosis presenting as an isolated breast mass and pain: a case report and literature review. *American Journal of Case Reports*, v. 24, 2023. Doi: 10.12659/AJCR.940919.

LIM, A.A. & LIU, S. Evaluation and treatment of surgical management of silicone mastitis. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, v. 5, n. 3, p. 193–193, 2012. Doi: 10.4103/0974-2077.101380.

OLIVEIRA, V.C.M. *et al.* Non-lactational Infectious Mastitis in the Americas: a systematic review. *Frontiers In Medicine*, [S.L.], v. 8, p. 1-10, 2 ago. 2021. *Frontiers Media SA*. Doi: 10.3389/fmed.2021.672513.

SHARIFI, G. *et al.* Idiopathic granulomatous hypophysitis presenting with galactorrhea, headache, and nausea in a woman: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*, v. 13, n. 1, 2019. Doi: 10.1186/s13256-019-2276-4.

SILVA, C.H. M. *et al.* Manual SOGIMIG de mastologia. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2018. E-book. p.125. ISBN 9786557830185. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830185/>. Acesso em: 26 out 2024.

UPTODATE. Lactational Mastitis. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/lactational-mastitis?search=mastite&source=search_result&selectedTitle=1%7E66&usage_type=default&display_rank=1#H9>. Acesso em: 6 nov 2024.

YUAN, Q.Q.; *et al.* Management of granulomatous lobular mastitis: an international multidisciplinary consensus (2021 edition). *Military Medical Research*, v. 9, n. 1, 2022. Doi: 10.1186/s40779-022-00380-5.

ZHU, J. *et al.* Interactions between the breast tissue microbiota and host gene regulation in nonpuerperal mastitis. *Microbes and Infection*, v. 24, n. 3, p. 104904–104904, 2022. Doi: 10.1016/j.micinf.2021.104904.