

MASTITE GRANULOMATOSA
IDIOPÁTICA



TROCANDO
IDEIAS XXV

Cecília Daher Ribeiro Raimundo ¹, Samara Carvalho Perfete ¹, Raphaella dos Santos Maia Crud ², Tereza Maria Pereira Fontes ³, Kátia Alvim Mendonça ³, Roberto Luiz Carvalhosa dos Santos ³.

¹ Interna da Faculdade Técnico Educacional Souza Marques no Hospital Municipal Piedade,
² Residente do programa de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal Piedade,
³ Médico(a) ginecologista do Hospital Municipal da Piedade e professor da Faculdade Técnico Educacional Souza Marques

Introdução. A mastite granulomatosa idiopática é uma doença inflamatória benigna rara da mama de etiologia desconhecida, não responsiva a antibioticoterapia convencional, mas que pode estar associada a alguns agentes etiológicos como estafilococos aureus em 13% dos casos¹.

Relato do Caso. Paciente de 27 anos veio encaminhada com quadro de mastite crônica (evolução de 5 meses) com formação de abscessos e drenagens espontâneas, sem resposta terapêutica com uso de cefalexina. Apresentou 3 gestações e amamentou por poucos dias cada filho. Ao exame clínico das mamas: ambas tinham mamilo invertido, a direita era maior que a esquerda, e apresentava 2 fístulas em fase de cicatrização em QIL (quadrante inferior lateral) e área de flutuação com sinais flogísticos, medindo 6 cm, na união dos quadrantes superiores da mama aumentada. A ultrassonografia (21/7/2021) evidenciou múltiplos nódulos heterogêneos na mama direita (MD), medindo o maior 3,3 x 1,4 cm, localizado no quadrante superior lateral (QSL). Observa-se ainda neste exame um nódulo de natureza mista (cístico e sólido) na união dos quadrantes mediais da mesma mama, medindo 1,2 X 0,9 cm (FIG 1). Foi realizada a drenagem do abscesso e o material enviado para cultura e antibiograma e exame citológico. No acompanhamento, a paciente não respondeu ao tratamento com clindamicina 600 mg associado a metronidazol. Diante do resultado da cultura inespecífica (estafilococos áureos), foi prescrito Rifampicina, na dose de 600 mg por dia, por apresentar a menor concentração inibitória (MIC) ≤ 0,03 no antibiograma. Neste dia foi realizada core biopsy da nodulação mamária no QSL da MD e solicitado exames para pesquisa de tuberculose como, PPD, RX de tórax e pesquisa de Mycobacterium tuberculose na secreção mamária . O resultado da core biopsy evidenciou ausência de malignidade e todos os exames para pesquisa de tuberculose foram negativos, o que nos fez manter a rifampicina por um tempo prolongado. Após manter este tratamento por 4 meses, a paciente retornou com resolução completa do quadro inflamatório: com cicatrização das fístulas e não percepção à palpação das nodulações na mama direita (FIG 2).

Discussão. A tuberculose mamária deve ser considerada no diagnóstico diferencial de qualquer caso de massa mamária dolorosa, mastite ou abscesso mamário que pareça refratário a terapia convencional, sobretudo em áreas endêmicas de tuberculose. Seu reconhecimento e diferenciação de uma patologia maligna da mama é absolutamente necessária. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e nos achados histopatológicos. Em algumas situações a cultura específica para BK não detecta o bacilo e a terapia com antitubercúlicos se impõem. No caso da nossa paciente houve regressão do processo infeccioso e das fístulas apenas com a Rifampicina por 4 meses.

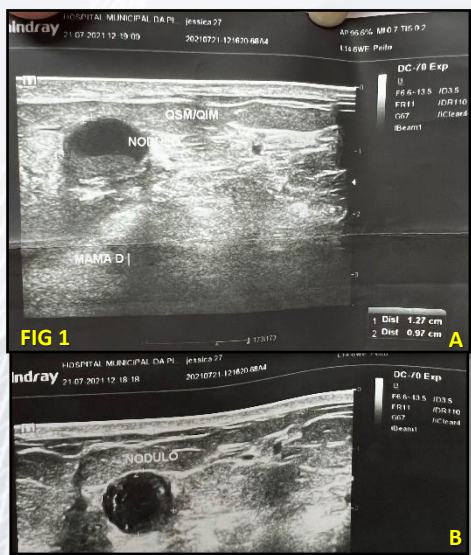


FIG 1 – Imagens ultrassonográficas na fase ativa da infecção evidenciando: (A) cisto complexo em mama direita , na união dos quadrantes mediais, medindo 1,2 x 0,9 cm e (B) nódulo heterogêneo medindo 3,3 x 1,4 cm, no quadrante superior lateral da mama direita.



FIG 2 – Visão Fronto lateral da mama direita com remissão clínica completa do processo inflamatório e fechamento dos orifícios fistulosos (setas amarelas), após 4 meses de tratamento com rifampicina.

1. Paviour S, Musaad S, Roberts S, Taylor G, Taylor S, Shore K, Lang S, Holland D. Corynebacterium Species Isolated from Patient with Mastitis. Clinical Infectious Diseases 2002; 35: 1434- 1440