

Sintomas mamários em mulheres que não estão amamentando

- 1 Introdução
- 2 Conduas não-farmacológicas
- 3 Conduas farmacológicas
 - 3.1 Hormônios sexuais
 - 3.2 Bromoergocriptina (bromocriptina)
 - 3.3 Cabergolina
 - 3.4 Outras drogas
- 4 Conclusões

1 Introdução

As mulheres podem não amamentar o recém-nascido por muitas razões, que variam da escolha pessoal até o parto de um natimorto. Algumas vezes a escolha pode ser difícil. Por exemplo, mulheres infectadas pelo HIV enfrentam conflito enorme entre o desejo de nutrir uma criança que pode morrer na infância ou ficar órfã e o conhecimento de que a criança pode ser infectada pelo HIV durante a amamentação. Qualquer que seja o motivo, a decisão de não amamentar resulta em considerável dor e ingurgitamento mamários nos dias subseqüentes ao parto, até que haja supressão espontânea da lactação. Várias condutas foram adotadas na tentativa de acelerar a supressão da lactação e reduzir os sintomas associados.

2 Conduas não-farmacológicas

Até a década de 1950, quando foram promovidas diversas opções farmacológicas, o enfaixamento apertado das mamas e a restrição hídrica eram as condutas mais comuns para a supressão da lactação. Ambos ainda são freqüentemente adotados. Praticamente não foi realizada investigação formal desses métodos, embora os resultados de um pequeno estudo randomizado tenham mostrado que a dor nas mamas era menos freqüente em mulheres que restringiam seu consumo de líquido além de apenas usarem sutiãs.

Métodos não-farmacológicos de inibição da lactação foram implicitamente comparados aos métodos farmacológicos em estudos de diferentes medicamentos. Em geral, os me-

dicamentos estudados foram considerados mais eficazes que os métodos não-farmacêuticos no controle dos sintomas durante a primeira semana pós-parto; na segunda semana, não houve diferença; na terceira semana, os sintomas são mais freqüentes em mulheres medicadas. Portanto, é provável que as condutas não-farmacológicas para supressão da lactação tenham desvantagens a curto prazo, mas benefícios a longo prazo.

3 Conduas farmacológicas

3.1 Hormônios sexuais

O estilbestrol, que agora é usado raramente, reduz a incidência de manutenção da lactação, dor e ingurgitamento mamários, durante a primeira semana pós-parto, mas esses benefícios a curto prazo são mais que neutralizados por efeitos adversos a longo prazo. O número de mulheres tratadas com estilbestrol que necessitaram de tratamento adicional após a alta hospitalar foi maior que o de mulheres tratadas com placebo, e quatro vezes mais mulheres do grupo tratado com estilbestrol relataram sangramento vaginal anormal após o fim do tratamento.

Não parece haver grande diferença de efeito com o uso de diferentes estrogênios ou associações. Estudos comparando os efeitos de diferentes estrogênios mostram que o estilbestrol suprime a lactação e a dor com maior eficácia do que o quinestrol. O clorotrianiseno, outro análogo do estilbestrol, também mostrou reduzir a lactação, a dor e o ingurgitamento mamários em estudos controlados por placebo.

Várias associações de estrogênio e testosterona mostraram efeitos dramáticos a curto prazo sobre a lactação, dor e ingurgitamento mamários. O único estudo em que foram descritos efeitos a longo prazo mostra recorrência da dor e do ingurgitamento no fim da segunda semana.

O risco de complicações tromboembólicas é maior com o uso de estrogênio, embora o risco absoluto seja baixo. A hemorragia por supressão após tratamento hormonal é descrita por cerca de 15% das mulheres, independentemente do tipo de droga usada.



3.2 Bromoergocriptina (bromocriptina)

Embora os efeitos benéficos a curto prazo da bromoergocriptina, em comparação com o placebo, estejam bem estabelecidos, são limitados os dados sobre os efeitos durante a segunda semana, quando os efeitos benéficos são muito menos dramáticos. É comum haver lactação de rebote. Como foram descritos graves efeitos adversos cardiovasculares e vasculares cerebrais em mulheres tratadas com bromoergocriptina para supressão da lactação, hoje o medicamento raramente é usado.

3.3 Cabergolina

A cabergolina foi comparada a um placebo e à bromocriptina em três estudos. Os resultados indicam que uma dose única de cabergolina é tão eficaz quanto a administração de bromocriptina duas vezes ao dia durante 14 dias, e causa menos efeitos colaterais e menos lactação de rebote. A cabergolina deve ser o medicamento de escolha se for escolhida a supressão farmacológica da lactação, embora sejam necessárias mais informações sobre a melhor dose e o melhor momento de administração.

3.4 Outras drogas

A piridoxina foi comparada ao placebo em três estudos; os poucos dados disponíveis mostram pequeno efeito sobre a continuação da lactação.

No início da década de 1960, os efeitos do *spray* intranasal de ocitocina sintética sobre a lactação e os sintomas mamários foram estudados em pelo menos três estudos, um deles não-publicado. Nenhum desses estudos forneceu qualquer evidência de eficácia do tratamento.

4 Conclusões

As evidências disponíveis sugerem que métodos físicos de supressão da lactação, como enfaixamento das mamas, são tão ou mais eficazes que os métodos farmacológicos a longo prazo, embora estejam associados a maior dor na primeira semana após o parto. As mulheres devem ser informadas sobre essas vantagens e desvantagens relativas ao escolherem um método para suprimir a lactação.

Se decidirem usar um tratamento farmacológico, as evidências disponíveis sugerem que a cabergolina deve ser a droga de escolha.

A cabergolina e novas drogas que podem ser desenvolvidas devem ser formalmente comparadas aos métodos físicos de supressão da lactação em estudos controlados com tamanhos de amostras e duração de acompanhamento adequados. As opiniões femininas sobre os méritos e as desvantagens relativas dos métodos alternativos devem ser um elemento essencial na avaliação, e deve-se dar atenção maior à documentação da frequência de reações adversas de curto e de longo prazo.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Parazzini, F., Zanaboni, F., Liberati, A. and Tognoni, G., Relief of breast symptoms in women who are not breastfeeding.

Biblioteca Cochrane

Brocklehurst, P., Interventions for reducing mother-to-child transmission of HIV infection.

Revisões pré-Cochrane

Renfrew, M.J., Breast binder vs fluid limitation for lactation suppression. Review no. 03878.

Stilbestrol for lactation suppression. Review no. 03379.

Quinestrol for lactation suppression. Review no. 03380.

Chlorotrianisene for lactation suppression. Review no. 03382.

Estrogen/testosterone combination for lactation suppression. Review no. 03381.

Bromocriptine for lactation suppression. Review no. 03384.

Pyridoxine for lactation suppression. Review no. 03385.

Intranasal oxytocin for lactation suppression. Review no. 03888.

Cabergoline (ergot derivative) for lactation suppression. Review no. 05723.

Outras fontes

Dunn, D.T., Newell, M.L., Ades, A.E. and Peckham, C.S. (1992). Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 340, 585–8.

Henschel, D. and Inch, S. (1996). *Breastfeeding: a Guide for Midwives*. The Royal College of Midwives p.83.

Hofmeyr, G.J. and McIntyre, J. (1997). Preventing perinatal infections. *BMJ*, 315, 199–200.