

MASTITIS

Curso Hospital La Inmaculada, 18/5/07.

Dr. Rafael Rodríguez Zarauz

1. Introducción

La mastitis es una afección inflamatoria del pecho, la cual puede acompañarse o no de infección. Habitualmente se asocia con la lactancia materna, así que también se la conoce como *mastitis lactacional* o *mastitis puerperal*. El absceso mamario, una colección localizada de pus dentro de la mama, es una complicación de la mastitis.

Los signos inflamatorios son dolor, tumor, rubor y calor, lo que incluiría a la ingurgitación.

A menudo se aconseja innecesariamente suspender la lactancia materna.

2. Epidemiología

2.1. Incidencia

Es muy variable y depende de quién hace el diagnóstico (hasta el 50% si el diagnóstico es de la propia paciente) y de si se incluye, o no, a la ingurgitación. En la bibliografía encontramos cifras tan dispares que van del 2 al 30%. Parece razonable pensar que debe las mastitis suponen alrededor del 5% de los partos. Aproximadamente, un 10% de las mastitis terminan en absceso mamario (0,5%).

2.2. Clasificación y momento de presentación

La mastitis es más frecuente en la segunda y tercera semana postparto. Entre el 74% y el 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. Sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año.

La mastitis aguda es eminentemente puerperal, mientras que la crónica no se suele asociar a embarazo-puerperio. Por su parte, la mastitis aguda no puerperal es rara y, cuando se produce, suele hacerlo en mujeres inmunodeprimidas (diabéticas, corticoides, VIH, quimioterapia...).

Clasificación: Pág 645 de “Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos”.

3. Vías de adquisición:

- a) Canalicular: a través de conductos lácteos. Se ve facilitada por el éstasis de la leche.
- b) Linfática: a través de grietas del pezón o areola.
- c) Hemática: en el curso de una septicemia. La causa más frecuente es la sepsis puerperal.

4. Causas de mastitis

Las dos principales causas de mastitis son el *estasis de la leche* (acúmulo excesivo por retención) y la *infección*. El estasis de la leche es habitualmente la causa primaria y éste puede acompañarse o progresar hacia la infección o no hacerlo.

La dra. Gunther, en 1958, llegó a la conclusión que la mastitis resultaba del estancamiento de la leche dentro del pecho y que la extracción eficiente de la leche conforme se producía podía prevenir en gran parte este estado. La infección no era primaria, sino que se producía a partir de la leche estancada la cual proporcionaba un medio de cultivo para el crecimiento bacteriano.

Thomsen, en 1984, propuso la siguiente clasificación:

- estasis de leche
- inflamación no infecciosa (o mastitis no infecciosa)
- mastitis infecciosa.

	Leucocitos < 10⁶ / cc de leche	Leucocitos > 10⁶ / cc de leche
Bacterias < 10³ / cc de leche	Estasis de leche	Mastitis no infecciosa
Bacterias > 10³ / cc de leche		Mastitis infecciosa

Tratamiento:

Estasis de la leche: amamantamiento continuado.

Mastitis no infecciosa: extracción adicional de la leche después de la toma.

Mastitis infecciosa: extracción de la leche y antibióticos sistémicos.

Thomsen también relacionó los contajes de células y bacterias con los hallazgos clínicos, y encontraron que era imposible asegurar, a partir de los signos clínicos, si había o no había infección.

5. Estasis de la leche

El estasis de la leche ocurre cuando la leche no se extrae del pecho eficientemente. Las causas incluyen mal agarre del niño al pecho, succión inefectiva, restricción de la frecuencia o duración de las tomas y bloqueo de los conductos lácteos. Otras situaciones que predisponen al estasis de la leche incluyen una sobreproducción de leche, o el estar lactando a gemelos o a más niños productos de partos múltiples, o actuar de ama de cría de varios lactantes.

5.1. Ingurgitación mamaria

Históricamente, la “fiebre de leche”, caracterizada por hinchazón de los pechos y fiebre alta, se describió en el siglo XVIII. Ocurría alrededor del tercer día tras el parto, cuando la leche “llegaba”, y podía ser el resultado de la progresión de la ingurgitación. James Nelson en 1753 advirtió que este estado no ocurría cuando se ponía a los niños al pecho inmediatamente después del parto, evitando así el estasis de la leche.

5.2. Frecuencia de las tomas

En 1952, Illingworth y Stone demostraron formalmente en un estudio controlado que la incidencia de ingurgitación era la mitad si los niños tenían acceso al pecho sin restricciones. La lactancia materna a demanda es la mejor forma de autorregular la cantidad adecuada de leche que deben producir las mamas, ni más ni menos que lo que necesita el lactante. En todo caso, no realizar menos de 8 tomas durante los 3 primeros días.

5.3. Agarre al pecho

El mal agarre como causa de extracción de leche ineficiente se contempla actualmente como el principal factor predisponente para la mastitis.

A menudo se encuentran pezones fisurados o dolorosos en asociación con mastitis. En realidad, tienen un causa común, el mal agarre; además, el pezón doloroso hará que disminuya la duración y número de tomas.

Un niño bien agarrado al pecho, come con la *boca muy abierta y la lengua activa*, y esto se constata por el ritmo de su toma. Primero el niño realiza unas pocas succiones rápidas, las cuales estimulan el reflejo de oxitocina y la liberación de la leche. Entonces pasa a hacer *succiones profundas* y lentas conforme comienza a fluir la leche. Cuando ha finalizado la toma de un pecho, el niño soltará espontáneamente el pezón, adormecido o calmado. Al segundo pecho se agarrará o no, según su apetito.

El correcto agarre implica que el bebé debe introducir en su boca la areola mamaria para así, poder presionar los conductos galactíferos (situados tras la areola) con su lengua. Un niño que está incorrectamente agarrado al pecho, habitualmente causa dolor a la madre. El dolor en el contexto de la lactancia materna, como en todos los aspectos de la experiencia humana, indica que se ha producido o se está produciendo un daño. La causa más probable es que el pezón esté siendo comprimido entre la lengua del niño y el paladar duro cuando él intenta vaciar la leche de los senos lactíferos. Si esto continua, es probable que se produzca una grieta en el pezón, la cual podrá infectarse.

5.4. Lado preferido y succión eficiente.

La mastitis bilateral supone un 3-12%, siendo el resto, unilaterales.

El 78% de los casos de mastitis ocurrió en el pecho opuesto al lado preferido por la madre. Esto apoya la idea de que la causa subyacente de esta afección es probablemente mecánica.

5.5. Otros factores mecánicos

Situaciones que interfieren en el buen agarre, ocasionando rágades, y, posiblemente, favoreciendo el estasis: *frenillo corto*, y *uso de chupete o biberón y tetinas*. *Prendas ajustadas*, o *posición para dormir en decúbito prono* son otros factores mecánicos que se han sugerido como causas posibles.

6. Infección

6.1. Organismos infectantes

El organismo más frecuentemente encontrado en las mastitis y en los abscesos mamarios es el *Staphylococcus aureus* (productor de beta-lactamasa), aislado en las infecciones puerperales, y asociado a anaerobios (pepto*Streptococcus* y bacteroides spp). Más raramente, *Candida* y *Cryptococcus* pueden causar mastitis fúngica.

La micobacteria (TBC) debería buscarse en mujeres con VIH.

A menudo se encuentran bacterias en la leche de pechos asintomáticos. Los estudios bacteriológicos son complicados debido a la dificultad de impedir la contaminación con bacterias de la piel. Aún recogiendo las muestras con técnicas cuidadosas, solo el 50% de los cultivos de leche pueden ser estériles. Así pues, la presencia de bacterias en la leche no necesariamente indica infección, incluso si no son contaminantes de la piel.

6.2. Colonización bacteriana del niño y del pecho

La colonización bacteriana de la nasofaringe del niño y del pecho es un proceso normal que tiene lugar poco después del nacimiento. Su presencia no causa mastitis por sí misma, es necesario que exista caldo de cultivo en las mamas.

Si una madre está en estrecho contacto con su hijo inmediatamente después del parto, transfiere al niño sus propios tipos de organismos respiratorios y cutáneos. Estos organismos crecen y se multiplican en el tubo digestivo, en la piel y en el tracto respiratorio del niño. Una vez que se han establecido estos organismos comensales que forman la flora, se inhibe el crecimiento de bacterias patógenas. Este proceso, conocido como **interferencia bacteriana**, se ha usado deliberadamente en medios clínicos para prevenir y controlar brotes infecciosos de formas más virulentas de *Staph. Aureus*.

Así, el contacto precoz piel con piel de una madre con su hijo y el alojamiento conjunto en la misma habitación (“rooming-in”), son las maneras más naturales y eficientes para prevenir la diseminación de la infección.

6.3. Vía de infección

No está claro cómo la infección penetra en el pecho. Se han sugerido varias vías: a través de los conductos lactíferos al interior de un lóbulo; por diseminación hematógena; y a través de una grieta en el pezón al sistema linfático periductal.

Se ha observado a menudo una asociación entre la infección del pezón por *Candida* y la mastitis. Pero la mastitis por *Candida* es extremadamente rara. Es más probable que las grietas en el pezón producidas por la candidiasis pudieran proporcionar un punto de entrada para la infección bacteriana. Por otra parte, a menudo la candidiasis es consecuencia del tratamiento antibiótico, y no causa de la propia mastitis.

7. Factores predisponentes:

Lo más importante es la ineficiente extracción láctea, y el mal agarre, como su causa fundamental; la mayoría del resto son anecdóticas y discutibles.

- *Edad*: resultados contradictorios.
- *Paridad*: sólo en algunos estudios.
- **Episodio previo**: un primer episodio de mastitis predispone a la recurrencia. El 40-54% de las mujeres sufrieron uno o más episodios previos. Puede ser por una mala técnica de lactancia no corregida.
- *Parto*: algunas complicaciones del parto pueden incrementar el riesgo de mastitis. La oxitocina no lo incrementa.
- *Nutrición*: resultados confusos. Probablemente influya una **deficiente nutrición**, que aumenta el riesgo de todo tipo de infecciones.. Se sabe que los antioxidantes vitamina E, vitamina A y el selenio reducen el riesgo de mastitis en los animales de las lecherías.
- **Factores inmunitarios de la leche**: La leche contiene numerosos factores protectores incluyendo IgA secretoria, lactoferrina, lisozima, C3 (un componente del complemento) y leucocitos. Su función es proteger la salud del niño, pero también protege el pecho de la infección por *Staph. Aureus*. Cuando los niveles de estos factores están bajos, aumenta el riesgo de mastitis.
- *Estrés y fatiga*: pocas pruebas sólidas.
- *Trabajo fuera del hogar*: la explicación sugerida fue el estasis de la leche originado por los largos intervalos entre las tomas y la falta de tiempo para un vaciamiento adecuado.
- *Factores locales del pecho*: el uso de cremas en el pezón no previenen la mastitis, incluso tal vez lo favorezcan al bloquear los conductos galactóforos. Tampoco el tamaño del pecho influye.
- *Traumatismos*: un traumatismo puede dañar el tejido glandular y los conductos y esto podría conducir a la mastitis.

8. Patología y características clínicas:

8.1. Ingurgitación:

Desde el 3º al 6º día después del parto, cuando normalmente la leche “sube”, los pechos pueden estar muy llenos. Esto es fisiológico y se resuelve rápidamente mediante la succión efectiva y el vaciamiento de la leche por el niño. Sin embargo, esta situación puede desembocar en ingurgitación, y ambas afecciones se confunden a menudo.

Con la *ingurgitación*, el pecho está repleto tanto de leche como de líquido tisular. El drenaje venoso y linfático está obstruido, el flujo de leche obstaculizado y la presión en los conductos lácteos y en los alvéolos aumenta. Los pechos se ponen hinchados y edematosos.

Tanto en la plétora fisiológica como en la ingurgitación, se afecta habitualmente la totalidad de ambos pechos. Sin embargo, hay diferencias importantes:

- Un pecho *lleno* se nota caliente, duro y firme. No está brillante, edematoso o enrojecido. Habitualmente, la leche fluye bien, y a veces gotea espontáneamente. Al niño le resulta fácil succionar y vaciar la leche.
- Un pecho *ingurgitado* está agrandado, hinchado y doloroso. Puede estar brillante y edematoso con áreas enrojecidas difusas. El pezón puede estar estirado y aplanado. La leche a menudo no fluye fácilmente y puede ser difícil para el niño agarrarse al pecho para succionar hasta que se reduce la hinchazón. Las mujeres a veces tienen fiebre. Sin embargo, habitualmente la fiebre se establece en 24 horas.

8.2. Conducto bloqueado

El estasis de leche localizado, que afecta a una parte del pecho tal como un lóbulo, se denomina **conducto bloqueado** o “**ingurgitación mamaria focal**”.

Los signos clínicos son una masa dolorosa en un pecho, a menudo con enrojecimiento de la piel en esa zona. Solo se afecta parte de un pecho. Habitualmente las mujeres no tienen fiebre y se encuentran bien. Los síntomas ceden rápidamente cuando se exprimen las partículas de material sólidas, y la leche se libera de la zona del pecho afectada. Los gránulos se forman de una mezcla de caseína y sales de calcio.

Puede intuirse al observar una *mota blanca* en la punta del pezón, de 1 mm de diámetro, asociada con un conducto bloqueado. La mota blanca puede ser extremadamente dolorosa durante la succión. La obstrucción se alivia rápidamente cuando se elimina la mota blanca, por ejemplo con una aguja estéril o friccionando con una gasa.

Un **galactocele** es un quiste relleno de leche, que se cree que se desarrolla a partir de un conducto bloqueado. Al principio está relleno de leche pura, y posteriormente de un material cremoso, caseoso, más denso, conforme se absorbe el líquido lácteo. Cuando se presiona el bultoma, puede salir un líquido lechoso por el pezón. El diagnóstico puede hacerse mediante PAAF o ecografía. Tras PAAF suele rellenarse después de algunos días.

8.3. Mastitis no infecciosa

La leche acumulada puede originar una respuesta inflamatoria.

La leche normalmente contiene citoquinas, tanto inflamatorias como antiinflamatorias. Se cree que las *citoquinas antiinflamatorias* y otros factores protegen al niño, pero las *citoquinas inflamatorias*, tales como la *interleuquina-8* (IL-8), pueden ser más importantes para proteger al pecho de la infección. Las citoquinas de la leche pueden inducir una respuesta inflamatoria en el tejido circundante.

Se manifiesta por signos inflamatorios en un cuadrante de la mama (zona dolorosa, enrojecida, caliente, hinchada y endurecida), según el lóbulo afecto. Habitualmente, solo se afecta un pecho. La mujer a menudo tiene fiebre, escalofríos, y malestar general; más raramente, cefalea, náuseas y vómitos. Sin embargo, no es raro (33-50%) que sólo tenga signos locales.

El sabor de la leche cambia: se hace más salada y menos dulce. La salsedumbre dura alrededor de una semana.

El diagnóstico diferencial con la ingurgitación se basa en la frecuente unilateralidad, mayor dolor, focalidad de la afectación, y sintomatología general.

8.4. Mastitis infecciosa

La mastitis infecciosa se produce si no se resuelve el estasis de la leche y se supera la protección proporcionada por los factores inmunitarios de la leche y por la respuesta inflamatoria. La leche humana fresca no es habitualmente un medio adecuado para el crecimiento bacteriano, y podría esperarse que el vaciado lácteo eliminase cualquier organismo. El vaciamiento ineficiente crea las condiciones favorables para el crecimiento bacteriano.

Los signos y síntomas de la mastitis infecciosa son, como ya se discutió antes, imposibles de distinguir de la mastitis no infecciosa. Los 4 signos inflamatorios clásicos (calor, dolor, rubor y tumor) se pueden acompañar de adenopatías axilares.

Los recuentos celulares y de colonias bacterianas son útiles para distinguir la mastitis infecciosa de la no infecciosa. Los cultivos de la leche materna pueden ayudar a determinar el organismo infectante, si hay alguno, y su sensibilidad antibiótica.

Especialmente indicado en:

- casos adquiridos en el hospital, o severos o inusuales;
- si no hay respuesta a los antibióticos en los dos primeros días;
- si hay mastitis recurrentes;

Causas de mastitis recurrente:

- retraso en el tratamiento.
- tratamiento inadecuado inicial.
- mala técnica de lactancia no corregida
- asociación a candidiasis
- mal drenaje lácteo por afección mamaria subyacente (malformación ductal, quiste, tumor).

8.5. Galactoforitis:

Absceso de conductos galáctoforos localizado a nivel retroareolar. Se observa derrame purulento a través del pezón. En las formas crónicas, es frecuente la fistulización, saliendo el pus por la areola.

Habitualmente no se relaciona con embarazo y lactancia.

8.6. Absceso mamario

Se trata de un tejido de granulación que forma una cápsula alrededor de una zona infectada, y que se llena de pus.

Es una tumoración intensamente dolorosa, con enrojecimiento, calor y edema de la piel que lo recubre. Primeramente es dura (fase flemonosa) y posteriormente, blanda (fase fluctuante), tras lo cual suele drenar espontáneamente a través de un estoma. Suele haber fiebre (a veces, alta, 39-40 °C) pero puede no haberla. También se observan alteraciones analíticas: leucocitosis con neutrofilia, aumento de VSG.

Atención a su diagnóstico diferencial con el carcinoma inflamatorio (caso del Krukenberg mamario que murió en 2006). El D.D. entre absceso y ca inflamatorio es muy difícil, siendo indistinguibles tanto clínica como eco y mamográficamente, exceptuando la ausencia de fiebre en el cáncer; la punción dará el diagnóstico. También es fundamental en el D.D. el hecho de que el absceso mejora con ATB.

Se diferencia del galactocele y del fibroadenoma por la ausencia en éstos de signos inflamatorios. La PAAF o PAAG ecoguiada suele ser definitiva en el diagnóstico diferencial. Tabla 20-3 (“Mastitis” de Fdez.-Cid, pág 287).

La **mastitis crónica** es el resultado de una absceso persistente o mal drenado, o de un tratamiento médico insuficiente. La zona afectada adquiere una consistencia leñosa y se observa frecuentemente retracción del pezón y piel de naranja.

9. Prevención

Evitar situaciones que producen estasis de la leche, y tratar rápidamente los signos precoces como la ingurgitación, el conducto bloqueado y las grietas del pezón.

9.1. *Correcto manejo de la lactancia materna:*

Puntos importantes a conseguir:

- inicio precoz (1ª hora tras el parto);
- buen agarre al pecho;
- lactancia a demanda (en frecuencia y duración de las tomas);
- lactancia materna exclusiva durante al menos 4 meses (mejor, 6 meses). Evitar suplementos de leche artificial.

Recomendaciones:

- los niños deberían permanecer en la misma habitación que sus madres;
- recibir ayuda experta sobre la técnica de lactancia; especialmente importante en prematuros, demasiado débiles para succionar efectivamente;
- fomentar la cultura del amamantamiento correcto entre la población para que las mujeres puedan ayudarse unas a otras de forma precoz (y no “desayudarse”);
- ante rágades: colocarse una gota de leche sobre el pezón tras las tomas podría ser útil. Sólo si no mejoran así, administrarse cremas a base de lanolina, que puede favorecer la cicatrización. Limpieza del pezón con agua tibia antes de cada toma. Si no se aplica la gota de leche o la

crema, se desaconseja el lavado sistemático antes y después de cada toma (favorece las grietas por el rozamiento y elimina la protección sebácea fisiológica de las glándulas de Montgomery). Secar los pezones al aire o cambiar frecuentemente los protectores areolares para evitar la humedad;

- si pezón plano o invertido: instruir en la estimulación previa del pezón. En las primeras tomas puede ser útil la succión previa con sacaleches durante unos pocos segundos. Si no se resuelve, valorar buena alimentación; y, si no funciona, pezoneras, como último recurso.

Evitar:

- usar chupete;
- ofrecer al niño otros alimentos y bebidas durante los primeros meses, especialmente si se hace mediante biberón;
- retirar al niño del primer pecho antes de que esté listo, para asegurarse de que va a tomar el otro;
- una carga de trabajo duro o estresante;
- perder tomas, incluso cuando el niño comienza a dormir toda la noche;
- traumatismos en el pecho.
-

9.2. Manejo efectivo de la plétora e ingurgitación mamaria

- En las primeras tomas, explicar a la madre la importancia de que sus pechos queden vacíos después de cada toma.
- Buena técnica de amamantamiento: niño bien colocado y buen agarre del niño al pecho → mejora el vaciamiento y evita dañar los pezones.
- Amamantar “a demanda”.
- Evitar obstruir el flujo de leche, tal como prendas ajustadas y sujetar el pecho demasiado cerca del pezón. Sujetadores que no compriman excesivamente.
- Aplicación local de calor húmedo (compresas calientes o ducha caliente) previo a las tomas. Tras ellas, el frío local (compresas frías o bolsa de hielo) tiene un efecto antiinflamatorio y alivia el dolor.
- Exprimir las mamas si no quedan vacías tras la toma. Puede expresarse de forma manual o con un sacaleches. El masaje se realizará con movimientos firmes, pero suaves, del pulgar por encima del bulto hacia el pezón.
- Si se produce inflamación de la areola (lo cual es habitual), se borra el pezón y hace más difícil el agarre, por ello es recomendable un cierto ordeño de la areola previo a la toma.
- La ingurgitación difusa suele resolverse en 1-2 días, equiparándose el suministro de leche con las necesidades del niño.
- En el caso de ingurgitación focal, si hay un punto blanco visible en el extremo del pezón, es necesario eliminarlo, con las uñas, con un paño áspero, o con la ayuda de una aguja estéril. Desafortunadamente, los conductos bloqueados tienden a recurrir, pero una vez que la mujer sabe lo que son y como solucionarlo ella misma, puede iniciar precozmente el tratamiento e impedir la progresión a mastitis.

Extracción manual de la leche:

- Mano contraria de la mama. Pulgar colocado encima del pezón y la areola, y dedo índice, debajo del pezón y la areola, opuesto al pulgar. Ella sujeta el pecho con sus otros dedos. (Figura 3). Cuando se cansa puede cambiar de mano.
- Presionar con su pulgar y primer dedo ligeramente hacia dentro en dirección a la pared torácica. Debería evitar presionar demasiado lejos o puede bloquear los conductos lácteos.
- Presionar su pecho por detrás del pezón y la areola entre su primer dedo y el pulgar. Debe presionar

sobre los senos lactíferos bajo la aréola (Figura 4). A veces en un pecho lactante es posible notar los senos. Son como vainas o cacahuets. Si puede notarlos, puede presionar sobre ellos.

- Presionar y soltar, presionar y soltar. Ir rotando los dedos alrededor de la areola para cubrir todos los conductos.
- Esto no debería doler. Si duele, la técnica es incorrecta.

Explicar que la extracción adecuada de la leche puede costar 20-30 minutos. Es importante no intentar extraerla en menos tiempo.

Fig. 3

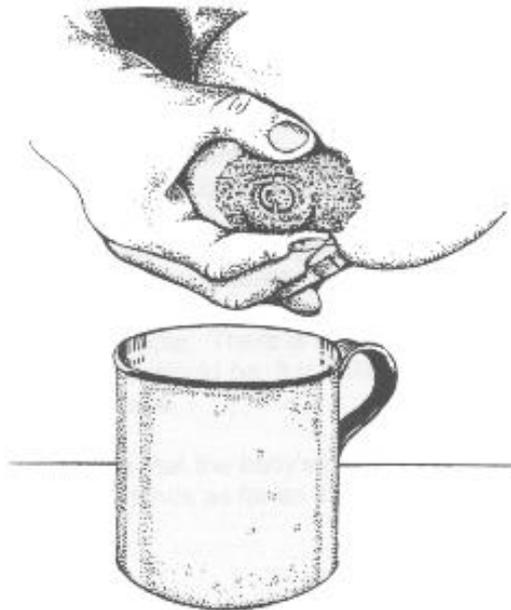
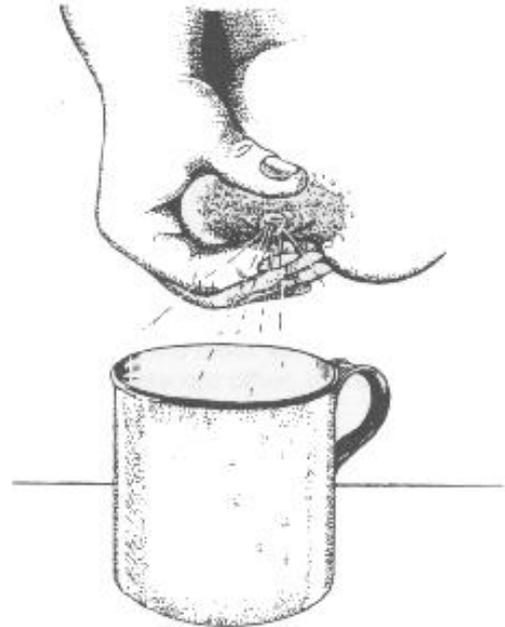


Fig. 4



9.3. Atención precoz a cualquier signo de estasis de la leche

La mujer deberá estar atenta a los signos precoces de estasis de la leche o de mastitis:

- signos de inflamación: bultos, dolor, calor o enrojecimiento;
- pérdida de tomas;
- si tiene fiebre, escalofríos, cefalea, malestar general.

Si tiene cualquiera de estos síntomas, necesita:

- descansar, en cama si es posible;
- amamantar muy a menudo del pecho afectado;
- duchas o compresas calientes sobre el pecho afectado;
- masajear cualquier zona abultada durante las tomas;
- solicitar ayuda profesional si no mejora en 24 h.

9.4. Prevención de la infección:

- Lavado frecuente de las manos tanto por los profesionales sanitarios como por las madres. El jabón es suficiente para las madres, pero los profesionales sanitarios, por su contacto frecuente con patógenos agresivos, es necesario el lavado con antiséptico (alcohol, povidona, clorhexidina...).
- El contacto precoz madre-hijo, piel con piel.

- Lociones, ungüentos y sprays antisépticos sobre la mama no han demostrado su eficacia.

10. Tratamiento:

Previo al tratamiento es necesario:

1. Anamnesis: buscando factores predisponentes;
2. Explorar la mama y observar si la técnica de la toma de pecho es correcta.

10.1. Ingurgitación:

Ver punto 8.2 “Manejo de plétora mamaria”.

Puede ser útil favorecer el primer vaciado con oxitocina y diuréticos.

Aunque el documento de la O.M.S. sobre mastitis no hace referencia a una posible supresión de la lactancia como tto. de la ingurgitación, no hay que olvidar que la lactancia materna es muy recomendable y se debe informar de las medidas adecuadas para continuar con ella, pero no es menos cierto que no se puede pedir a las mujeres que sean heroínas. Algunas han intentado varias veces continuar con la lactancia sin éxito, recidivando la plétora, y desean fervientemente la supresión láctea. En ese caso hay dos formas:

- Supresión lenta y progresiva, disminuyendo tomas poco a poco. Es difícil en presencia de unas mamas con tendencia a la ingurgitación.
- Supresión brusca: vaciado mamario completo, ayudado con calor local; oxitocina y diuréticos; vendaje mamario compresivo; cabergolina (0,25 mg/12 h x 4 dosis).

10.2. Mastitis

Cuatro frentes terapéuticos:

- Asesoramiento de apoyo
- Vaciamiento efectivo de la leche
- Tratamiento antibiótico
- Tratamiento sintomático

El tto. precoz es fundamental para evitar su progresión a absceso.

■ ASESORAMIENTO DE APOYO

La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante, y necesita apoyo emocional. La mujer suele estar confundida, ansiosa, y poco dispuesta a seguir amamantando.

Consejos adecuados:

- Reposar, preferentemente en cama.
- Reafirmar los beneficios de la lactancia natural;
- La lactancia no es perjudicial para el bebé.
- Importancia del correcto vaciado para la rápida curación
- Explicar que no tiene que repetirse en futuras lactancias.

▪ **VACIAMIENTO EFECTIVO DE LA LECHE**

Es imprescindible, en caso contrario, los antiinflamatorios y antibióticos sólo serán un remedio temporal, y la mastitis recidivará.

Remitirse a los consejos ante la ingurgitación mamaria.

▪ **TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO**

Está indicado si:

- los recuentos celulares y de colonias bacterianas, cuando están disponibles, indican infección, o
- los síntomas son graves desde el comienzo, o
- hay grietas en el pezón, o
- los síntomas no mejoran 12-24 horas tras mejorar el vaciamiento de la leche.

Antibiótico adecuado:

- En ausencia de cultivo lácteo: uno resistente a las β -lactamasas (cloxacilina, dicloxacilina, flucloxacilina), ya que el más habitual es el *Staph. aureus*.
- Para los organismos gram-negativos y cultivos mixtos: cefalexina, o amoxicilina-clavulánico.
- En alergia a beta-lactámicos/cefalosporinas: eritromicina o clindamicina.
- Según antibiograma de disponer de cultivo lácteo. Éste se obtendrá tras lavado de las manos y el pezón, y desechando los primeros 3 cc.

Duración del tto. ATB: 10-14 días.

▪ **OTRAS MEDIDAS:**

- Calor local seco: bolsa de agua caliente o manta eléctrica.
- Restricción hídrica, y, en ocasiones, un diurético suave.

▪ **TRATAMIENTO ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO**

AINEs, como el ibuprofeno, son los más adecuados. En alérgicas a AINEs, el metamizol es válido. El paracetamol es un analgésico débil y no es antiinflamatorio.

Otros Abordajes Terapéuticos

A veces se han sugerido otras formas de tratamiento, pero hay pocas pruebas de su efectividad.

1. **Ordeño del pus.** Es muy doloroso, y no parece ser más efectivo que el vaciamiento fisiológico de la leche.
2. **Hojas de col frías tóxicas.** No más efectivas que las compresas frías para aliviar el dolor de la ingurgitación.
3. **Medidas dietéticas.** Poca evidencia de la utilidad de evitar el café (metilxantinas) o la ingesta de grasas.
4. **Tratamiento con hierbas.** Homeopatía por demostrar (*Fructus gleditsiae*).

10.3. Galactoforitis:

Antibióticos y antiinflamatorios. Raramente es necesario el drenaje quirúrgico en las formas agudas.

En la galactoforitis crónica supurativa recidivante el tto.médico exclusivo es ineficaz. El simple drenaje tampoco es resolutorio al recidivar con frecuencia. El tto. implica el desbridamiento amplio, la extirpación completa del conducto galactóforo afectado, el absceso y todo el trayecto fistuloso.

10.4. Absceso mamario

▪ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tto. inicial en fase flemonosa es calor local y tto. ATB sistémico, que, en ocasiones, consigue el drenaje espontáneo del absceso a través de un estoma. Si evoluciona a fase fluctuante, se deberá realizar drenaje quirúrgico sin esperar a que fistulice espontáneamente.

El tratamiento más eficaz es la INCISIÓN, DRENAJE, eliminando el pus. Es fundamental un buen desbridamiento, para eliminar todos los tabiques, y posterior lavado abundante de la cavidad del absceso con agua oxigenada y suero salino. Salvo en abscesos pequeños, es preferible la anestesia general. Se dejará un drenaje Penrose que se retirará en 2-3 días.

Otra opción, algo menos eficaz, es la PAAF (calibre 14), vaciado y tto. ATB. Se puede realizar con anestesia local y de forma ambulatoria, pero no es infrecuente el relleno de pus del absceso. Tiene otras utilidades como hacer cultivo y citología.

La pared del absceso crea una barrera que dificulta la actuación del antibiótico. En cualquier caso, el tto. ATB no es necesario después de la incisión y drenaje del absceso.

▪ APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

- El asesoramiento correcto es básico para conseguir no sólo una buena lactancia materna en esta crianza sino en las futuras.
- No está contraindicada la lactancia materna ni antes ni después de la cirugía. Reiniciar las tomas tras la cirugía tan pronto como físicamente pueda la madre. La lactancia en las horas previas y subsiguientes a la cirugía se realizará del pecho no afectado, iniciando la lactancia del pecho operado cuando el dolor postoperatorio lo permita y el derrame hemorrágico, que ocasionalmente postcede a la cirugía, haya cesado. Se asociarán AINES para facilitarlos.
- Algunos consideran adecuado suspender la lactancia materna si el proceso es bilateral o afecta a la mayor parte de una mama.
- El bebé deberá vaciar el pecho afectado si éste se llenase, para evitar el estasis. Si no succiona correctamente (es frecuente al principio), será necesario exprimir la leche.
- Si, por el contrario, disminuye la producción de leche del pecho afectado, estimularemos su producción con la succión frecuente.
- Excepcionalmente, el cirujano se ve obligado a seccionar los conductos galactóforos retroareolares, lo que obligará a suspender las tomas del pecho intervenido. El niño puede obtener leche suficiente alimentándose sólo de un pecho.

11. Seguridad de continuar con la lactancia al pecho

Cuando una mujer tiene una mastitis o un absceso mamario, es importante el mantenimiento de la lactancia al pecho tanto para su propia recuperación como para la salud de su hijo.

Excepcionalmente se han descritos casos de síndrome de la piel escaldada estafilocócicos o infecciones por estreptococo-B en niños alimentados al pecho cuyas madres tuvieron mastitis o abscesos mamarios. No está claro si la transmisión es a través de la lactancia, el contacto íntimo, o el parto vaginal. Este pequeño número de casos observados y su evolución benigna habitual no justifican una política general de interrupción de la lactancia al pecho. Debe observarse cualquier signo de infección en el niño y, si se sabe que la mastitis está producida por una infección estafilo o estreptocócica, puede considerarse el tratamiento antibiótico simultáneo del niño.

12. Pronóstico a largo plazo

Con el tratamiento adecuado, la mastitis suele recuperarse completamente. Sin embargo, el absceso no es infrecuente que recidive, incluso tras su drenaje.

El absceso mamario puede comprometer la lactancia futura en alrededor del 10% de las mujeres afectadas. Ocasionalmente, los resultados estéticos del drenaje no son favorables, al producirse grandes cicatrices (cierre por segunda intención) o retracciones cicatrizales.

13. Conclusiones

- Originadas por un vaciamiento ineficiente de la leche, y sobreinfección bacteriana de la leche acumulada.
- La mastitis y el absceso mamario son afecciones prevenibles, utilizando una correcta técnica de amamantamiento y otras buenas construmbres:
 - Contacto precoz piel con piel entre madre e hijo,
 - Alojamiento en la misma habitación,
 - Ayuda experta en las tomas,
 - Buen agarre al pecho,
 - Lactancia materna exclusiva y “a demanda”.
 - Conocimiento por parte de las madres de los signos precoces de estasis láctea y mastitis, y manejo de los mismos.
- El germen más frecuente es el estafilococo aureus.
- No está indicada la supresión de la lactancia materna.
- El tratamiento consiste en garantizar un buen vaciado mamario, y antibióticos cuando se sobreinfecte. Drenaje del pus en caso de los abscesos.

Bibliografía

1. Mastitis. Causas y manejo. O.M.S., 2000
2. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004.
3. Mastología, 2ª ed. Edit: Fernández-Cid A, 2000.
4. La mama paso a paso. Edit: José Lombardía Prieto, 2002.
5. Protocolos de Obstetricia. Instituto Univ. Dexeus, 3ª ed. Edit: Carrera JM, 1996.
6. “Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos”. Edit: Fabre E, 1999.
7. Obstetricia, 21ª ed. Edit: Williams, 2003.

Fotos

Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004. Pág 101, 103

Mastología, 2ª ed. Edit: Fernández-Cid A, 2000. Pág 713, 279, 282 (fig 20-10), 287, 288 (fig 20-20).