

MASTITIS (MASTITIS)

* Rafael Arley Hernández

RESUMEN

La mastitis es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, con o sin infección. el inicio suele ser bastante rápido y ocurre dentro de los primeros meses del parto, especialmente entre la segunda y la tercera semana del puerperio, y ocurre entre 4 y 8 % de los casos. El diagnóstico es clínico y la principal complicación es el absceso mamario.

DESCRIPTORES

Mastitis, glándula mamaria, drenaje linfático, estasis, conductos lactíferos.

SUMMARY

Mastitis is inflammation of one or several lobes of the mammary gland, with or without infection. onset is typically fairly rapid and occurs within the first few months of delivery, especially between the second and third week of the puerperium, and occurs in 4- 8% of cases. The diagnosis is clinical and the main complication is breast absces.

KEYWORDS

Mastitis, mammary gland, lymphatic drainage, stasis, lactiferous ducts.

*Médico General.
Universidad de Iberoamérica
(UNIBE). San José - Costa
Rica

DEFINICION

Es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, acompañada o no de infección. Generalmente es unilateral, con afectación bilateral en 3 a 12% de los casos. Su incidencia es alrededor del 10% en mujeres lactantes. Suele ocurrir en los tres primeros meses postparto especialmente entre la segunda y tercera semana del puerperio, y recurre en un 4-8% de los casos.

ANATOMIA

Sistema Ductal: la porción glandular de la mama comprende de 12 a 15 sistemas ductales independientes, y cada uno

desemboca aproximadamente en 40 lóbulos. Cada lóbulo consta de 10 a 100 ácidos productores de leche, que desembocan en pequeños conductos terminales. Los conductos terminales vierten su contenido en conductos colectores más grandes que se fusionan para formar el seno lactífero. En general, en la superficie del pezón se observan de seis a ocho orificios que corresponden al 80 % del volumen glandular. La areola contiene numerosas glándulas sebáceas llamadas glándulas de Montgomery.

Drenaje linfático: el drenaje linfático aferente de la mama proviene del sistema dérmico, subdérmico, interlobular, y

prepectoral. Cada uno de estos se puede considerar un sistema de conductos sin válvulas que desembocan en uno o dos ganglios linfáticos axilares. Los ganglios linfáticos axilares reciben la mayor parte de la linfa proveniente de la mama y, por lo tanto, son los ganglios que reciben con más frecuencia metástasis del cáncer mamario.

EXPLORACION FISICA DE LA MAMA

La exploración física de la mama comienza con la inspección de la misma en busca de depresiones, retracción del pezón o cambios en la piel. También se toma nota de la presencia y características de la secreción proveniente del pezón, además de la ubicación exacta de cualquier tumor de acuerdo con su posición según la carátula del reloj.

FACTORES PREDISPONENTES

Los principales factores para un cuadro de mastitis: son la retención de leche y el sobrecrecimiento bacteriano. Los principales factores asociados se enumeran a continuación:

1. Retención de leche

- Obstrucción de los conductos lactíferos
- Tomas de leche poco frecuentes
- Separación de tomas de forma súbita
- Agarre inadecuado del niño con extracción ineficaz de la leche
- Separación entre la madre y el recién nacido las primeras 24 horas de vida

2. Factores maternos

- Disminución de las defensas maternas relacionadas con el postparto y el estrés
- Malnutrición

- Mastitis previa
- Estado de portador de Staphilococcus Aureus en la nariz del bebe
- Variaciones en la anatomía de la mama (pezón plano o pezón invertido)
- Aplicación de presión sobre el pecho.

3. Otros

- Bombas de extracción de leche en madres con bebés internado en la UCIN
- Higiene inadecuada de los sets de extracción de leche, la falta de lavado de manos antes y después de la extracción, y falta de masajes mamarios
- Uso de chupetes que reemplazan tomas
- Uso de pomadas antifúngicas

ETIOPATOGENIA

Flora bacteriana de la leche materna: la leche humana contiene bacterias mutualistas y prebióticas que son clave en el inicio y desarrollo de la flora intestinal neonatal, y son importantes en la reducción de infecciones. Las bacterias no patógenas encontradas con más frecuencia en leche de mujeres sanas asintomáticas son Estafilococos coagulasa negativo 80-90%, Streptococo Viridans 50%, Stafilococo aureus 30% y Streptococo del grupo B en un 10 %.

Agentes etiológicos: el Stafilococo Aureus y Stafilococo metilina resistente son lo más frecuentemente encontrados en mastitis

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas de la mastitis son dolor mamario, además de signos de inflamación

en el área: calor, rubor y eritema. También, se asocia a un cuadro sistémico de intensidad variable (temperatura de 38.5C, decaimiento, dolores articulares y nauseas). Hasta en el 80% de los casos hay lesiones dolorosas en el pezón.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; estudios recientes demuestran que no existe correlación entre la cantidad y el tipo de bacterias aisladas en la leche, con la gravedad de los síntomas.

La Academy of Breastfeeding Medicine y la OMS recomiendan realizar cultivo de leche en caso de mala evolución tras dos días de antibioterapia correcta, en recidivas, en mastitis de origen nosocomial, en cuadros graves o en madres alérgicas a tratamientos habituales.

Es fundamental la identificación del germen causal de mastitis en madres de niños prematuros amamantados. En estos casos se podría evaluar evitar la administración de la leche del pecho afectado hasta la negativización del cultivo.

Recuento Leucocitario: Permite diferenciar entre estasis de leche, mastitis no infecciosa e infecciosa.

	Leucocitos/ml de leche	Bacterias/ml de leche
Estasis	<10 ⁶	<10 ³
Mastitis no infecciosa	>10 ⁶	<10 ³
Mastitis infecciosa	>10 ⁶	>10 ³

Recuento de bacterias, cultivo y antibiograma: los resultados deben interpretarse dentro del contexto clínico. Si

la concentración de bacterias supera la fisiológica (ver Tabla1) se consideran causales del cuadro. Es importante que la recogida de leche se haga siguiendo pautas bien definidas y que se analice en laboratorios apropiados.

TRATAMIENTO

1. Medidas generales

- Recomendaciones para mantener la lactancia
- Adecuada hidratación, nutrición y reposo
- Usar sujetador no ajustado
- Se puede aplicar calor local brevemente antes de las tomas y compresas frías después para reducir el edema y el dolor

2. Drenaje del pecho

- La extracción frecuente y efectiva de la leche es fundamental para tratar la mastitis. La extracción más eficaz se realiza con la succión del niño. La leche del seno afectado no supone riesgo para el lactante, por lo que la alimentación del pecho enfermo no debería suspenderse nunca
- Para asegurar el adecuado drenaje de la mama se recomienda lo siguiente:
 - Tomas frecuentes de leche e iniciar con el pecho afectado.
 - Favorecer la salida de la leche retenida posicionando la barbilla del lactante sobre la zona afectada
 - Masaje de la mama desde la zona bloqueada hasta el pezón
 - Drenaje completo de los pechos tras las tomas con extractor o manualmente

3. Tratamiento Antibiótico

- En general se recomienda el uso de antibióticos si persisten los síntomas por más de 24 horas, ante síntomas graves, o si empeoran tras emplear las medidas generales descritas.
- El tratamiento antibiótico se debe adecuar a los gérmenes más adecuados del medio.
- Si se sospecha de infección por *S. Aureus* los antibióticos indicados son: Amoxicilina con Ácido Clavulánico, Cloxacilina, Cefalexina o Clindamicina. La duración es de 10-14 días y se debe asegurar la inocuidad de estos fármacos para el lactante

4. Antiinflamatorios

- Se utiliza especialmente el Ibuprofeno a 400 mg cada 8 horas. Deben de tomarse desde el inicio de los síntomas, ya que calman el dolor y disminuyen la inflamación, por lo que facilitan la eyección de leche. Este fármaco es compatible con la lactancia

COMPLICACIONES

La principal complicación de una mastitis es la presencia de un absceso mamario. El

agente causal más importante es el *Staphilococcus aureus* meticilina resistente. Aparece como un nódulo bien definido, eritematoso y doloroso.

El tratamiento consiste en intensificar la antibioterapia y extraer el contenido purulento por aspiración con aguja o drenaje. La lactancia puede continuar normalmente en ambos pechos.

La mastitis corresponde a una enfermedad inflamatoria de la mama que prevalece en mujeres en etapa de amamantamiento, más frecuentemente en la segunda y tercera semana del puerperio. En la mayoría de los casos se limita a síntomas locales como eritema rubor, calor y dolor. Es importante recalcar que nunca se debe de suspender la lactancia de ningún seno ya que la extracción de leche evita que se acumule está en los conductos lactíferos. El agente causal más involucrado es el *Staphilococcus Aureus*. Por último, siempre que no mejore el cuadro con antibioterapia adecuada, se debe realizar cultivo de la leche para confirmar la etiología y tratarla de manera correcta.

BIBLIOGRAFIA

1. DeCherney A, N. L. (2014). Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. México: McGraw Hill.
2. Espinola B, C. M. (2016). Mastitis: puesta al día. Asociación Española de Pediatría.
3. Hoffman B, S. J. (2012). Williams: Ginecología. Mexico: McGrawHill.

Recepción: 28 Julio de 2017

Aprobación: 10 Agosto de 2017