

## CAPÍTULO XIII

# Mastitis puerperal

*Manuel Esteban Mercado Pedroza, MD  
Profesor Asociado  
Departamento Obstetricia y Ginecología,  
Universidad Nacional de Colombia.  
Coordinador Comité Lactancia Materna,  
Instituto Materno Infantil.  
Bogotá*

### EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno más común de tipo inflamatorio en la mama activada por el proceso de la lactancia, es la mastitis, que se puede presentar en 1-10% de mujeres en período de lactancia, con el mayor número de casos en las tres primeras semanas del post-parto. Es más frecuente en primíparas que en múltiparas.

### FISIOPATOLOGÍA

El tejido glandular del seno esta formado por gran número de acinos que forman los lobulillos y éstos, a su vez, a los lóbulos, los cuales tienen ductos que confluyen sucesivamente hasta desembocar en el pezón. Cuando se obstruye en forma ocasional alguno de estos conductos, en especial cuando la leche no fluye permanentemente por alteraciones en el patrón de lactancia, pueden suceder dos eventualidades según el sitio de obstrucción:

1. Dilatación de un conducto de buen tamaño (galactocele).
2. No evacuación del acino (quiste lácteo).

Si la obstrucción persiste y se produce contaminación por microorganismos procedentes

de la boca o nariz del recién nacido o de focos de la madre (generalmente del pezón), se complica el cuadro inflamatorio inicial con una infección bacteriana difusa del parénquima (mastitis) que puede progresar a acumulaciones de pus con destrucción de tejido (abscesos). El germen más común es el *Staphylococcus aureus* que se adquiere fácilmente por el recién nacido en los centros hospitalarios; algunas veces el cuadro puede ser producido por estreptococos o bacilos coliformes.

### CUADRO CLÍNICO

El signo inicial de conducto obstruido se identifica en un área específica en forma de cordón grueso o de empastamiento doloroso, con escasos signos de rubor, calor y mínimas manifestaciones en el estado general. Al producirse la contaminación y posterior infección aparecen la fiebre, escalofríos, cefalea, malestar general y sensación de cansancio con signos de rubor y dolor progresivos e irradiación a espalda y cuello. El diagnóstico se realiza primordialmente por el examen físico y con ayudas paraclínicas como el hemograma, que muestra leucocitosis, cultivos cuando se evi-

dencien secreciones y ocasionalmente la ecografía mamaria para identificar colecciones purulentas parenquimatosas (abscesos).

## TRATAMIENTO

Basado en que la mastitis es una infección del tejido mamario y no de la leche no se debe dejar de amamantar al niño, por lo cual el manejo básico es:

1. Aplicación de calor húmedo 3-5 minutos antes de amamantar.
2. Masajes en forma circular en la zona afectada con dirección al pezón para tratar de eliminar la obstrucción y si no puede mamar el bebé por problemas de éste o por mucho dolor de la madre, realizar la extracción manual de la leche en la forma antes descrita o con medios mecánicos y con una frecuencia igual a como si se estuviera amamantando al recién nacido.
3. Apoyo a una correcta técnica de amamantamiento, iniciando en forma preferencial con el seno afectado.
4. Hidratación adecuada de la madre y analgésicos según necesidad.
5. Con la sospecha de infección se inicia terapia con antibióticos del tipo penicilina resistentes a la penicilinas como dicloxacilina en dosis de 25-50 mg/kg/día que para una paciente promedio se repartirían en una cápsula de 500 mg cada 6 horas o dos cada 12 horas. En caso de reacción alérgica a las penicilinas se administra cefalexina 500 mg cada seis horas o eritromicina tabletas de 500 mg cada 6 horas. Casos con escasa respuesta se formularán con base a los cultivos y antibiogramas.
6. Ante la evidencia de un absceso mayor ( $\geq 3$  cm), clásicamente se practica drenaje bajo anestesia general tratando de romper las loculaciones en forma digital. Se deja un dren de Penrose, completando el trata-

miento antibiótico por 8-10 días. La paciente puede requerir curaciones hasta por seis semanas. La cicatriz resultante puede significar un problema estético. Aun con esta conducta agresiva, la tasa de recurrencia es del orden de 10-38%.

7. El drenaje de abscesos pequeños, menores de 2,5 cm, también puede hacerse por punción percutánea, directa o dirigida por ultrasonografía. Bajo ultrasonografía se usa una aguja de calibre entre 25 y 18, y puede dejarse un catéter 5 F de drenaje, aunque esto no es obligatorio. La punción percutánea, que es un procedimiento ambulatorio, causa menos molestia y dolor que el drenaje quirúrgico tradicional. En algunos casos se requieren punciones repetidas y los más rebeldes y mayores de 2,5 cm pueden requerir de todos modos drenaje quirúrgico.
8. Suspender la lactancia solamente cuando se evidencie contaminación de la leche con el material purulento o por proximidad del pezón al sitio de drenaje. Es necesario continuar con extracción manual de la leche.

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El primero y segundo nivel deben manejar la asesoría en las técnicas de amamantamiento e iniciar en los casos correspondientes la terapia antibiótica que es de tratamiento ambulatorio.

Remitir a los centros asistenciales de 2° y 3er nivel que cuenten con quirófanos para practicar el drenaje adecuado de los abscesos.

## PRONÓSTICO

El pronóstico es muy bueno cuando se toman las medidas anteriormente mencionadas

conservando la calidad de la lactancia en beneficio del recién nacido. Si se mantienen las técnicas adecuadas de lactancia las recidivas son escasas y las complicaciones a largo plazo se relacionan con drenajes inadecuados de abscesos mamarios o sobreinfecciones con gérmenes nosocomiales que son de tórpida evolución.

4. Lavado de manos del personal que atiende salas de neonatos.
5. Implementar técnicas de extracción manual cuando se suspenda temporal o definitivamente la lactancia.
6. Ayuda con medios físicos y farmacológicos a las madres que no van a amamantar.

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1. Desde el control prenatal, enseñar a las mujeres embarazadas, con más énfasis en las primigestantes, las diferentes técnicas de lactancia y de preparación de pezones para evitar grietas y lesiones que son focos de contaminación.
2. Iniciar la lactancia antes de las dos horas post-parto.
3. Lavado de manos de la madre con agua y jabón previos al amamantamiento.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Hook GW, Ikeda DM. Treatment of breast abscesses with US-guided percutaneous needle drainage without indwelling catheter placement. *Radiology* 1999; 213:579-582.
2. Pardo G. *Lactancia Materna*. Editorial Trazo Ltda. Bogotá, 1996.
3. Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg* 2001; 182:117-119.
4. Sweet R. *Infectious Disease of the Female Genital Tract*. Third Edition. Williams and Wilkins. Baltimore, 1995.