

## DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

La mastitis se define como una inflamación del pecho, en la que puede o no estar implicada una infección bacteriana, que puede suceder en la lactancia o fuera de ella, y cuyo espectro clínico puede ir desde la presencia de inflamación local sin o con síntomas sistémicos mínimos, al absceso y la sepsis <sup>1</sup>. Se debe diferenciar de la ingurgitación mamaria lactacional, entidad habitualmente bilateral que produce molestias mamarias sin llegar a causar verdadero dolor <sup>2</sup>.

Ante cuadros de mastalgia o mastodinia, en fases iniciales puede ser complejo determinar si existe infección en base a la clínica presentada. No obstante, se puede sospechar si <sup>2,3</sup>:

- Se presentan síntomas locales como: dolor unilateral de la mama y síntomas como fiebre, escalofríos y quebrantamiento general. En la exploración física: inflamación o edema, calor, eritema (a menudo delimitado, en forma de cuña o cuadrante), aumento de la sensibilidad o dolor.
- Se presenta dolor mamario profundo durante la toma de lactancia o después de la misma, que no se resuelve tras tratar otras posibles causas.

Se estima que entre el 2% y el 33% de las mujeres que lactan pueden desarrollar mastitis. Son factores favorecedores la ectasia láctea, que suele deberse a técnicas incorrectas de colocación o frecuencia de las tomas con vaciado incompleto de la mama, derivando en un acúmulo de leche que favorece la infección; así como la presencia de agrietamientos en los pezones, que pueden ser debidos a posiciones inadecuadas <sup>2,3,4</sup>.



## TRATAMIENTO

### Medidas generales y tratamiento sintomático

Ante la consulta ambulatoria de una mujer con signos y síntomas leves de mastitis aguda lactacional (no sugestivos de infección), se recomienda mantener la lactancia materna (excepto si hay absceso) y el vaciado adecuado mediante extracción de la leche restante tras las tomas, como tratamiento inicial durante las primeras 24 horas. Se sugiere aumentar la frecuencia de las tomas, masajeando la zona afecta en dirección al pezón para asegurar el vaciado máximo de la glándula mamaria, supervisando la técnica <sup>3,4</sup>.

La aplicación de compresas con agua tibia de forma previa a las tomas puede facilitar el flujo de la leche, y la aplicación de compresas frías de forma posterior puede ser útil por su efecto antiinflamatorio. En el tratamiento sintomático, se aconseja utilizar analgésicos compatibles con la lactancia, como paracetamol e ibuprofeno, realizar reposo y aumentar la ingesta de fluidos <sup>2</sup>.

Transcurridas las 24 horas iniciales se debe valorar la evolución del cuadro. Es especialmente importante tranquilizar a la madre lactante de la seguridad de continuar el amamantamiento ya que esto no va a afectar a la salud de su hijo/a.

### Tratamiento antibiótico

Se sugiere iniciar tratamiento antibiótico si no ha habido respuesta al tratamiento conservador y medidas generales durante las primeras 24 horas, o bien de inicio en caso de sospecha de mastitis aguda infecciosa (con los signos y síntomas previamente descritos). En ambos casos se debe realizar una reevaluación clínica a las 24-48 horas para comprobar la respuesta, puesto que la adición de un antibiótico no garantiza la resolución del cuadro <sup>2</sup>. Las bacterias de los géneros *Staphylococcus* y *Streptococcus* son los principales agentes etiológicos implicados en la mastitis infecciosa aguda <sup>4</sup>.

Entre otras, la guía antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud (PRAN) recomienda como **tratamiento de elección** el uso de la cefalosporina de primera generación **cefadroxilo**, en pauta de 1 gramo cada 12-24 horas durante 10-14 días (*grado de recomendación A*) <sup>2,4,5</sup>.

En esta entidad clásicamente se ha prescrito **cloxacilina**, en régimen de 500 mg cada 6 horas durante 10-14 días. Si bien figura como opción en la citada guía, este principio activo presenta una biodisponibilidad oral baja (en torno al 43%) y la toma con alimentos puede reducir considerablemente su absorción (*grado de recomendación A*)<sup>2, 4, 5, 6</sup>.

En caso de sospecha de estafilococo resistente a la meticilina (SARM), se recomienda la prescripción de **trimetoprim/sulfametoxazol**, 800/160 mg cada 8 horas durante 7 días (siempre y cuando el lactante tenga más de 6 semanas de vida) (*grado de recomendación B*)<sup>2, 4, 5</sup>.

En caso de alergia a la penicilina recomienda como primera opción **clindamicina**, en posología de 300-600 mg cada 12 horas durante 10-14 días (*grado de recomendación D*)<sup>2, 4, 5</sup>.

Si bien otras guías de uso extendido en la práctica clínica habitual recomiendan **amoxicilina/clavulánico**<sup>7</sup>, otras indican que este fármaco no sería de elección ya que posee actividad anaerobicida que no es precisa en el tratamiento de esta infección<sup>4</sup>.

Se requiere derivación hospitalaria en caso de mastitis con absceso mamario, síntomas generales que hagan sospechar sepsis, mala respuesta o necesidad de tratamiento intravenoso<sup>4</sup>. El absceso mamario se explora como una masa mamaria fluctuante, dolorosa a la palpación y dura, con un eritema suprayacente. Se trata de una colección localizada de pus dentro de la mama, y, por tanto, una complicación grave de la mastitis que puede requerir tratamiento quirúrgico<sup>3</sup>.

## CULTIVO

La toma de cultivo no se recomienda de forma sistemática, pero sí en caso de<sup>5</sup>:

- Ausencia de respuesta tras 48 horas de tratamiento antibiótico empírico.
- Mastitis recurrente.
- Mastitis de adquisición nosocomial, o con factores de riesgo de SARM nosocomial (hospitalización actual o reciente, residencia en una institución de cuidados prolongados, procedimientos invasivos, uso de antibiótico reciente o prolongado) o comunitario (edad joven, inmunodeficiencia, participación en deportes de contacto, compartición de fómites o malas condiciones higiénicas).
- De forma previa a la prescripción antibiótica en caso de mastitis grave (sepsis o shock séptico, absceso mamario, necesidad de ingreso hospitalario) o dolor profundo severo con sensación de quemazón en la mama (indicativo de infección ductal).
- Alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas.

Para la recogida de una muestra de leche es importante<sup>8</sup>:

- Recogerla inmediatamente antes de una toma (si es posible la primera de la mañana o habiendo transcurrido 2 horas desde la toma anterior). El volumen necesario es escaso (suficiente 1 ml).
- Recogerla directamente en un recipiente estéril, desechando las primeras gotas.
- No aplicar pomadas o soluciones en la mama o pezón, pero sí lavarse las manos con agua y jabón para la extracción manual.
- Si ambos pechos están afectados, recoger una muestra de cada uno en un envase independiente, empezando por el pecho que esté menos afectado.
- El transporte al laboratorio debe realizarse lo antes posible. Si no pueden ser enviadas en las 2 horas inmediatamente posteriores a su recogida, conservar en nevera hasta 24 horas.

### Bibliografía:

1. Infecciones de la mama relacionadas con la lactancia. Prog Obstet Ginecol 2019; 62 (3): 511-23.
2. Guía terapéutica de antimicrobiana Aljarafe, 3ª Edición, 2018. ISBN: 978-84-09-04354-5. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_578\\_Antimicrobianos\\_Aljarafe\\_2018.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_578_Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf)
3. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/lactanciaMaterna.htm>
4. Mastitis y absceso mamario lactacional. Guía PROIAM, 2018. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>
5. Guía antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud (PRAN). Disponible en: <https://resistenciaantibioticos.es/es>
6. Guía terapéutica en Atención Primaria. SEMFYC-Fundació Institut Català de Farmacologia. 6ª Edición, 2016.
7. Mensa J, et al. Guía terapéutica antimicrobiana 2023. Ed. Antares. ISBN 9788488825322.
8. Delgado S, García-Garrote F, Padilla B, Rodríguez-Gómez JM, Romero B. Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. Procedimientos en microbiología clínica, 2015. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia54.pdf>

Imagen: Freepik.es