

Mastitis puerperal

Fecha de la última revisión: **06/10/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuál es la causa?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [¿Cuáles son sus complicaciones?](#)
6. [¿Cómo se previene?](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Se trata de una inflamación de la glándula mamaria que puede acompañarse o no de infección. Afecta aproximadamente al 10% (de 3% a 33%, según series) de las mujeres lactantes. Suele ocurrir en los tres primeros meses, especialmente entre la segunda y la tercera semana posparto, y recurre entre el 4% y el 8% (Inch S, 2000; Espínola Docio B, 2016).

Generalmente, es unilateral, con 3%-12% de afectación bilateral, se puede presentar como eritema mamario, tumefacción, induración, mastalgia y síntomas pseudogripales, con una duración de dos a tres días hasta 14 o más (Jahanfar S, 2009).

Puede clasificarse de la siguiente manera (Inch S, 2000; Espínola Docio B, 2016):

- Según ocurra o no en el puerperio:
 - Mastitis puerperal: desde los pocos días a semanas tras el alumbramiento.
 - Mastitis no puerperal: sin asociación con la lactancia.
- Según el tipo:
 - Mastitis no infecciosa.
 - Mastitis infecciosa.
 - Mastitis subclínica: para algunos autores, la mastitis subclínica es un cuadro caracterizado por la sensación subjetiva de escasa producción de leche asociado a tomas largas, escasa ganancia ponderal, sin manifestaciones clínicas de mastitis aguda.

¿Cuál es la causa?

(Inch S, 2000; Mass S, 2004; Beltrán Vaquero DA, 2015; Espínola Docio B, 2016)

La causa principal es el éstasis de la leche que ocasiona su estancamiento dentro de los conductos mamarios y el sobrecrecimiento bacteriano. Esto puede ocurrir por la ingurgitación precoz de la mama después del parto o en cualquier momento porque el niño no extrae bien la leche que se produce, de una parte o de toda la mama. En la leche, existen sustancias proinflamatorias y elementos celulares activados que, si permanecen tiempo en contacto con el epitelio de la glándula mamaria, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria. Si se asocia a sobrecrecimiento bacteriano, se puede producir una mastitis aguda o absceso mamario. El *Staphylococcus aureus* (SA) y el SA resistente a metilicina son los responsable más habituales. La incidencia de mastitis por candidas es muy baja, los principales factores de riesgo son vaginitis por candidas periparto, grietas del pezón, corticoterapia o antibioterapia de amplio espectro en el parto o posparto, diabetes materna y candidiasis oral o en la zona del pañal del lactante.

Los factores que pueden favorecer la aparición de una mastitis incluyen:

- Mal agarre del niño al pecho con succión ineficaz.
- Separación entre la madre y el recién nacido en las primeras 24 horas de vida.
- Restricción de la frecuencia o duración de las tomas.
- Obstrucción de los conductos lácteos.
- Sobreproducción de leche.
- Lactancia en partos múltiples.
- Disminución de las defensas maternas relacionadas con el posparto y el estrés.
- Malnutrición.
- Grietas en el pezón que favorecen la infección por discontinuidad en la piel.
- Mastitis previa.
- Variaciones anatómicas de la mama (pezón plano o pezón invertido).
- Infección por siembra hematógena, aunque infrecuente.
- Higiene inadecuada de los sets de extracción o falta de lavado de manos antes y después de la extracción y masajes mamarios.
- Uso de chupetes que reemplazan tomas.
- Abuso de pomadas antifúngicas.
- Uso rutinario de cremas para prevenir grietas, que dificultan una buena adhesión boca-pezón.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. En la anamnesis y exploración física es importante considerar:

- Antecedentes familiares: investigar casos familiares de trastornos mamarios y de cáncer de mama, la posibilidad de carcinoma debe tenerse en cuenta, incluso en madres lactantes y ante inflamaciones recurrentes o masas residuales (Berens PD, 2001).

- Antecedentes personales: edad, enfermedades previas, historia ginecológica y obstétrica, lactancia actual y previas, fármacos, intervenciones quirúrgicas previas mamarias, episodios previos de mastitis.
- Enfermedad actual: hay que tener en cuenta la localización, duración e intensidad del dolor, así como la presencia de otros síntomas: fiebre, escalofríos, malestar, mialgias, calor (Foxman B, 2002).
- Exploración física: en decúbito supino con las manos detrás de la cabeza. A la palpación calor, rubor, dolor y tumefacción que se acompaña de fiebre, escalofríos, malestar, mialgias y síntomas pseudogripales. Además, se inspeccionará en la búsqueda de nódulos y adenopatías.

Las pruebas complementarias en general no son necesarias y se realizarán según sospecha diagnóstica (Inch S, 2000; Espínola Docio B, 2016):

- Recuento leucocitario: permite diferenciar entre éstasis de leche, mastitis no infecciosa e infecciosa.
- Recuento de bacterias, cultivo y antibiograma: se debe realizar en casos de mala evolución tras dos días de tratamiento correcto, en recidivas, mastitis nosocomiales, cuadros graves, madres alérgicas a tratamientos habituales o madres de niños prematuros. Estudios recientes demuestran que no hay correlación entre cantidad y tipo de bacterias aisladas en leche y gravedad de los síntomas.
- Ecografía mamaria: utilizada para descartar la existencia de abscesos o cáncer de mama.

¿Cómo se trata?

- Medidas de soporte: nutrición e hidratación adecuadas, reposo, utilizar sujetador no apretado.
- Continuidad en la lactancia: es muy útil instruir en técnicas de lactancia a la madre. En el caso de niños prematuros, se puede evaluar de forma individualizada el evitar la administración de leche de la mama afecta hasta negativización del cultivo (Espínola Docio B, 2016).
- Vaciamiento eficaz de la leche: la extracción más eficaz se realiza con la succión del niño. Se debe iniciar lactancia primero de la mama afecta, realizar tomas frecuentes, realizar vaciado manual previo dejando al niño la leche residual o a la inversa, masajear la mama desde la zona afecta, etc. (Lawrence RA, 2007).
- Analgesia: **ibuprofeno** (de elección) o **paracetamol** como alternativa.
- Antibióticos: se recomienda iniciar antibioterapia si persisten los síntomas más de 24 horas, ante síntomas graves o si empeoran pese a haber aplicado las medidas generales descritas. Si se sospecha una infección por SA, el antibiótico indicado como primera elección es la **amoxicilina-clavulánico** 875-1.000/125 cada 8 horas, otras opciones son **cloxacilina** 500 mg/4 horas, **cefalexina** 500 mg/6 horas, **clindamicina** 300 mg/8 horas o **trimetoprim-sulfametoxazol** (>1 mes) 160/800 mg/12 horas. En caso de alergia a la penicilina se puede utilizar **clindamicina** 300 mg/6-8 horas, **eritromicina** 250-500 mg/6 horas o **ciprofloxacino** 500-750 mg/12 horas por 7-10 días. En caso de mala evolución se debe realizar cultivo y antibiograma y realizar un tratamiento específico en función del resultado (Amir LH, 2014; Espínola Docio B, 2016).
- Los casos graves que no responden al tratamiento convencional pueden requerir ingreso hospitalario (Mass S, 2004) para iniciar tratamiento antibiótico parenteral específico (**amoxicilina-clavulánico** 1-2 g/8 horas i.v., **ceftriaxona** 1 g/12 horas i.v., **cloxacilina** 1 g/4-6 horas i.v., **clindamicina** 600 mg/8 horas i.v., vancomicina intravenosa 15-20 mg/kg/12 horas o **levofloxacino** 500 mg/24 horas i.v.).
- Si se trata de una mastitis por candida, el tratamiento consiste en pomada de nistatina, **miconazol** o **clotrimazol** aplicada sobre el pezón y areola 4 veces al día durante 7-10 días y antiinflamatorios orales. En casos confirmados y que no responden al tratamiento tópico, se puede emplear **fluconazol** oral (200-400 mg el primer día, seguido de 100-200 mg/día durante 2-4 semanas), **terbinafina** o **itraconazol**. Se debe tratar también al lactante para disminuir la probabilidad de reinfección (Espínola Docio B, 2016).
- Existen pocas pruebas científicas sobre la eficacia de lactobacilos aislados de leche materna (*Lactobacillus salivarius*, *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus reuteri*) y péptidos producidos por ellos (nisina) en la prevención y el tratamiento de las mastitis o el dolor mamario. En un ensayo clínico aleatorizado realizado con 352 mujeres con mastitis durante la lactancia, se observó que los probióticos *Lactobacillus fermentum* y *Lactobacillus salivarius* parecen ser efectivos en el tratamiento de la mastitis subaguda. Es necesaria la realización de más estudios en este sentido para valorar la eficacia y la relación coste-beneficio en el tratamiento de mastitis y dolor mamario (Castro A, 2015).

¿Cuáles son sus complicaciones?

(Berens PD, 2001; Schwarz RJ, 2001; Dener C, 2003; Kvist LJ, 2005; Espínola Docio B, 2016)

- Mastitis recurrente: puede desarrollarse una mastitis recurrente o crónica como consecuencia de una terapia antibiótica inadecuada o fallo en la resolución de problemas subyacentes en el manejo de la lactancia. Una mastitis recurrente en la misma localización o que no responde al tratamiento antibiótico puede indicar neoplasia de mama.
- Absceso de mama: tiene una incidencia variable (0,5%-11%) y puede ser consecuencia de una mastitis tratada inadecuadamente. Se manifiesta como un nódulo bien definido, eritematoso, caliente, doloroso y fluctuante asociado a síntomas sistémicos. La ecografía es diagnóstica y el tratamiento consiste en intensificar la antibioterapia y drenar el contenido purulento mediante punción-aspiración, guiada o no ecográficamente. Como alternativa se puede realizar incisión y drenaje y se continuará con lactancia bilateral siempre que la incisión no interfiera con la succión del lactante, si interfiere, durante 3-4 días se realizará vaciado manual de la mama para posteriormente reiniciar la lactancia.
- Interrupción de la lactancia: la tasa de abandono de la lactancia en una mastitis es muy elevada.

¿Cómo se previene?

(Kramer MS, 2008)

La mastitis y el absceso mamario pueden prevenirse, en gran medida, si se realiza una adecuada educación en lactancia materna (Flores M, 2002), para evitar situaciones que producen éstasis de la leche y si se tratan rápidamente los signos precoces, como la ingurgitación, el conducto bloqueado y el dolor de los pezones (heridas, grietas).

Es importante:

- Comenzar el amamantamiento en la primera hora tras el parto.
- Asegurarse de que el niño está bien agarrado al pecho.
- Amamantar sin restricciones, tanto en la frecuencia como en la duración de las tomas, y permitir al niño que termine en un pecho, antes de ofrecer el otro.
- Evitar perder tomas.
- Evitar suplementos de fórmula sin indicación médica.
- Realizar extracción tras la toma si el drenaje es incompleto.
- Evitar ropa ajustada.
- Descanso adecuado de la madre.
- Higiene de manos y extractores.
- Tratamiento de grietas con antibiótico tópico o sistémico si es necesario.
- Evitar el uso de chupete.
- Evitar traumatismos del pecho.
- Consultar inmediatamente ante signos sugestivos de mastitis.

Bibliografía

- Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. Breastfeeding Med. 2014;9(5):239-43. PubMed **PMID: 24911394**. [Texto completo](#)
- Beltrán Vaquero DA, Crespo Garzón AE, Rodríguez Bravo TC, García Iglesias A. Mastitis infecciosa: nueva solución para un viejo problema. Nutr Hosp. 2015;31 Supl 1:89-95. PubMed **PMID: 25659061**. [Texto completo](#)
- Berens PD. Prenatal, intrapartum, and postpartum support of the lactating mother. Pediatr Clin North Am. 2001;48(2):365-75. PubMed **PMID: 11339157**
- Castro A, González M, Tarín JJ, Cano A. Papel de los probióticos en Obstetricia y Ginecología. Nutr Hosp. 2015;31 Supl 1:26-30. PubMed **PMID: 25659051**. [Texto completo](#)
- Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women. World J Surg. 2003;27(2):130-3. PubMed **PMID: 12616423**
- Espínola Docio B, Costa Romero M, Díaz Gómez NM, Paricio Talayero JM; Comité de Lactancia Materna, Asociación Española de Pediatría. Mastitis. Puesta al día. Arch Argent Pediatr. 2016;114(6):576-84. [Texto completo](#)
- Flores M, Filteau S. Effect of lactation counselling on subclinical mastitis among Bangladeshi women. Ann Trop Paediatr. 2002;22(1):85-8. PubMed **PMID: 11926056**
- Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol. 2002;155(2):103-14. PubMed **PMID: 11790672**
- Inch S, Von Xylander S. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000. [Texto completo](#)
- Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibióticos para la mastitis en mujeres que amamantan (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD005458. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- Kvist LJ, Rydhstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. BJOG. 2005;112(8):1070-4. PubMed **PMID: 16045520**. [Texto completo](#)
- Lawrence RA. La lactancia materna: una guía para la profesión médica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
- Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. Clin Obstet Gynecol. 2004;47(3):676-82. PubMed **PMID: 15326430**
- Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. Am J Surg. 2001;182(2):117-9. PubMed **PMID: 11574080**

Más en la red

- Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. BMJ. 2014 May 12;348:g2954. PubMed **PMID: 24821712**
- Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(8):CD007239. PubMed **PMID: 20687084**
- Dixon JM. Breast infection. BMJ. 2013 Dec 16;347:f3291. PubMed **PMID: 24344239**
- Irušen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(8):CD010490. PubMed **PMID: 26279276**. [Texto completo](#)
- Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD005458. PubMed **PMID: 23450563**. [Texto completo](#)
- Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(6):CD006946. PubMed **PMID: 27351423**. [Texto completo](#)

Autora

■ Chelo Naya Cendón Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Culleredo. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

