

---

# ¿QUÉ ES UNA MASTITIS?

---

Blanca Espínola Docio, Marta Costa Romero, Marta Díaz Gómez, Jose María Paricio Talayero, AELAMA

29 diciembre 2018

## Resumen

La mastitis es una inflamación de la mama producida en la mayoría de los casos por un vaciado incompleto del pecho. Se caracteriza por una serie de síntomas inflamatorios tanto locales como sistémicos. El diagnóstico es clínico y no requiere pruebas complementarias.

Sólo en algunos casos especiales es preciso realizar cultivos de leche.

El tratamiento en una primera fase se basa en optimizar el vaciado de la

mama y la administración de antiinflamatorios. En el caso de no solucionarse el cuadro en 24-48 horas será necesario valorar iniciar tratamiento antibiótico empírico de menor espectro posible frente al *Staphylococcus aureus*, el germen más frecuentemente implicado. Las medidas que favorezcan un vaciado de la mama de forma frecuente y efectiva son útiles para prevenir la mastitis.

## ¿Qué es una mastitis?

Una mastitis es la inflamación de la mama acompañada o no de infección. Es un cuadro frecuente con una incidencia en torno al 10% de las mujeres lactantes<sup>2</sup> que causa un destete precoz no deseado en muchos casos<sup>4</sup>.

En la mayoría de los casos se origina por un vaciado ineficaz del pecho que ocasiona una acumulación de leche y, posteriormente, una sobreinfección bacteriana<sup>2</sup>. De este modo se puede hablar de un espectro continuo desde la simple ingurgitación mamaria hasta mastitis aguda. En ocasiones, si ésta no se resuelve, puede llegar a producirse un absceso mamario<sup>4</sup>.

Existen una serie de factores predisponentes para el desarrollo de mastitis que se enumeran en la tabla 1.

Tabla 1: Factores predisponentes para el desarrollo de mastitis (ABM<sup>2</sup>)

• Tomas poco frecuentes o programadas de antemano
• Agarre inadecuado del niño con extracción ineficaz de la leche
• Separación entre la madre y el recién nacido en las primeras 24 horas de vida
• Estrés y cansancio de la madre
• Pezones erosionados, especialmente si están colonizados por S. Aureus
• Conducto bloqueado o punto blanco en el pezón
• Presión en el pecho (sujetador apretado)
• Sobreproducción de leche

## ¿Cuándo debemos sospechar la existencia de mastitis?

La mastitis se manifiesta con signos inflamatorios locales como enrojecimiento, dolor y calor a los que se asocian síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, mialgias, escalofríos...<sup>1</sup>. En algunas ocasiones podemos encontrar erosiones y grietas en el pezón.

## ¿Cuándo realizar cultivos de leche?

El diagnóstico de las mastitis es clínico y no requiere pruebas complementarias, salvo en algunas situaciones especiales, que se detallan a continuación. Sin embargo, en los últimos años se ha visto incrementada la realización de cultivos de leche ante la sospecha de mastitis de forma injustificada. Este hecho junto con la dificultad en la interpretación del resultado de los cultivos ocasionan un sobrediagnóstico y sobretatamiento.

En algunas situaciones, recogidas en la tabla 2, está indicada la realización de cultivos de leche<sup>1, 3</sup>.

Tabla 2: Cuándo realizar cultivos de leche en caso de mastitis aguda
• Si no hay respuesta tras 48 h de tratamiento antibiótico empírico apropiado
• Siempre antes de cualquier prescripción antibiótica en caso de mastitis grave (sepsis o shock séptico, absceso mamario, necesidad de ingreso hospitalario)
• Mastitis recurrente
• Mastitis de adquisición nosocomial o con factores de riesgo de S Aureus resistente a meticilina (SARM)
• Alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas
• Si hay un dolor profundo severo con sensación de quemazón en la mama (indicativo de infección ductal)

Se recomienda realizar una ecografía en caso de sospecha de absceso mamario como complicación de la mastitis.

### ¿Cómo tratar una mastitis?

Ante la sospecha clínica de mastitis con síntomas leves se recomienda mantener la lactancia y asegurar un correcto vaciamiento de ambos pechos con tomas frecuentes. En el caso de que la extracción del niño no sea suficiente, se debe completar el vaciamiento del pecho de forma manual o con sacaleches después de las tomas. Es importante valorar si existe mejoría a las 24 horas de iniciado el tratamiento<sup>1,2,3,4</sup>.

Aunque no hay evidencia clara al respecto, parece que la aplicación de calor local antes de las tomas puede facilitar la salida de leche y la aplicación de frío después de que hayan finalizado podría tener efecto antiinflamatorio<sup>1,2,3,4</sup>.

Además se recomienda tomar ibuprofeno o paracetamol para mejorar el estado general, hacer reposo y aumentar la ingesta de líquidos<sup>1,2,4</sup>.

Si transcurridas 24 horas no se observa mejoría se considera indicado iniciar tratamiento antibiótico de forma empírica. Habrá que valorar emplear antibióticos de forma precoz en el caso de síntomas graves<sup>1,2,4</sup>.

A la hora de elegir el antibiótico, ha de tenerse en cuenta que el microorganismo más frecuentemente implicado en las mastitis agudas es el S. Aureus<sup>4</sup> por lo que se recomiendan las cefalosporinas de primera generación como cefalexina o cefadroxilo, o en su caso, cloxacilina durante 10-14 días<sup>1</sup>.

Si la madre es alérgica a los betalactámicos puede emplearse la clindamicina<sup>1-2</sup>.

## ¿Cómo prevenir una mastitis?

Es importante prevenir la ingurgitación y estasis de leche por lo que se debe recomendar la lactancia a demanda sin restringir tomas y ofrecer ayuda a la madre para asegurar un agarre correcto del bebé al pecho. No se debe aconsejar dar suplementos de fórmula de forma injustificada <sup>2-4</sup>.

Es necesario informar a la madre de cómo realizar la extracción manual para que pueda vaciar el pecho después de las tomas en el caso de que el niño no lo haga de forma completa <sup>2-4</sup>.

El descanso materno y una correcta higiene de manos y de la copa de los extractores son importantes para prevenir infecciones <sup>2-4</sup>.

No se ha demostrado la eficacia del empleo de lactobacilos aislados de leche materna en la prevención ni en el tratamiento de las mastitis <sup>1</sup>.



## Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [Internet]. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 abr p. 316. Report No.: 560. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/lactancia/completa/index.html>
2. Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM. Mastitis: Puesta al día. Archivos argentinos de pediatría [Internet]. diciembre de 2016 [citado 1 de febrero de 2019];114(6):576-84. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0325-00752016000600017&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752016000600017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Organización Mundial de la Salud. Mastitis: causas y manejo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 1 de febrero de 2019]; Disponible en: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/66925/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_spa.pdf](apps.who.int/iris/bitstream/10665/66925/1/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf)
4. Amir LH. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. Breastfeed Med [Internet]. 1 de junio de 2014 [citado 1 de febrero de 2019];9(5):239-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048576/>