



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/347.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Caso clínico: Diagnóstico y tratamiento de una mastitis subaguda en atención primaria**

*Autores* Inmaculada *Hernández Herrerías*, Esther *Conde Puertas*, Irina *Alonso Escalante*

*Centro/institución* Servicio Andaluz de Salud (SAS)

*Ciudad/país* Granada, España

*Dirección e-mail* [inmahzhs@hotmail.com](mailto:inmahzhs@hotmail.com)

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La evidencia científica acumulada en años recientes avala la superioridad nutricional de la leche materna (especificidad de nutrientes, máxima biodisponibilidad, aporte de células vivas: linfocitos y macrófagos, enzimas digestivas, inmunomoduladores, factores de crecimiento y receptores análogos) para la alimentación del recién nacido y lactante. Sin embargo, la prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz, por esto sorprende la gran escasez de estudios microbiológicos sobre mastitis humanas a pesar de que en la mayoría de los casos tienen una etiología infecciosa. Esta situación contrasta con la que se da en medicina veterinaria, donde el conocimiento sobre la etiología, la prevención y el manejo de las mastitis es muy amplio, dado que implica un problema económico de primera magnitud en los sistemas de producción láctea (2).

La mastitis es una afección inflamatoria del pecho, la cual puede acompañarse o no de infección(3). Algunas mastitis pueden cursar de forma aguda y con una sintomatología florida, tanto local como general (fiebre, escalofríos, infartación de ganglios, malestar general, cefaleas...), e incluso derivar en un absceso. Sin embargo, en la mayoría de las mastitis, los síntomas se restringen a la glándula mamaria y se caracterizan por un dolor intenso en forma de pinchazos, calambres o sensación de quemazón, acompañado o no de lesiones en el pezón. En algunas ocasiones, la mastitis puede incluso ser subclínica y

caracterizarse por una falsa sensación de disminución en la producción de leche, cuando en realidad está afectada la secreción debido a la obstrucción de conductos(4).

Las mastitis son más frecuente en las semanas segunda y tercera del postparto, y la mayoría de estudios señalan que entre el 74% y el 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. Sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año (3).

### **Caso clínico**

Se trata de una mujer primípara de 32 años, sin factores de riesgo durante el embarazo, portadora de SGB que ha recibido 3 dosis de penicilina intravenosa durante el parto. Se le induce el parto por ser un embarazo en vías de prolongación y termina con un parto vacuo por ayuda a expulsivo dando a luz a una mujer con un peso de 2,950Kg y un Apgar de 8/9. Se favorece el contacto piel con piel y se inicia lactancia materna durante la primera media hora de vida. Ha asistido a las charlas preparto.

Durante el ingreso en la unidad de púerperas se asesora a la reciente madre sobre la importancia de una buena posición durante la toma para evitar problemas en la lactancia y se resuelven sus dudas más inmediatas. La lactancia se instaura de manera fisiológica, excepto por una leve ingurgitación mamaria, por lo que se vuelve a asesorar a la madre sobre la importancia de dar el pecho a demanda y sobre las señales precoces que realiza el bebé para indicar que desea mamar para evitar que el pecho se ingurgite, así como de la realización de la presión inversa suavizante para facilitar el enganche en caso de tensión mamaria.

A las 48 horas del parto se procede al alta domiciliaria tanto de la madre como del recién nacido y se realiza el informe de continuidad de cuidados que se remitirá a su enfermera especializada de atención primaria a través de Diraya.

Durante la visita puerperal por su matrona de referencia a la semana del nacimiento, la madre se está planteando abandonar la lactancia ya que refiere dolor moderado en el pecho que describe como “pinchazos y calambres”, induraciones como pequeñas “pelotas duras” en el interior del pecho, grietas en ambos pezones que son muy dolorosas. También refiere que las tomas son muy largas y que su hija no saca suficiente leche y que se enfada y tira del pezón con fuerza, lo cual aumenta el dolor de las grietas. Ha comenzado a extraerse leche con el sacaleches y dársela en biberón para evitar así el dolor de las tomas y “controlar” lo que toma la niña. No refiere sintomatología sistémica.

Ante esta situación sospechamos de una mastitis subaguda y se explica a la madre que la sintomatología que refiere es compatible con este problema y que se puede tratar, permitiendo así continuar con la lactancia, si así lo desea. La madre acepta por lo que se le comenta que es necesario tomar las siguientes medidas:

- Comenzar lo antes posible con la toma de probióticos del tipo lactobacillus salivarius que ha demostrado ser más eficaz que los antibióticos en este tipo de mastitis y que carece de sus efectos secundarios, 3 veces al día durante 3 semanas ( se advierte que el tratamiento ronda los 60 euros y que no lo cubre la seguridad social).
- Realizar un cultivo de su leche para aislar el agente o los agentes causales

responsables y realizar un antibiograma por si la mastitis evoluciona a su forma aguda y el tratamiento con probióticos no es suficiente.

- Tomar un antiinflamatorio compatible con la lactancia como es el ibuprofeno cada 8 horas.
- El uso de pezoneras para disminuir el dolor causado por las grietas durante la toma y dejar de extraerse la leche con el sacaleches.
- Se recomienda untar el pezón con aceite de oliva tras la toma (no con su leche, ya que si hay infección, la diseminamos) para ayudar a disminuir la inflamación y aliviar la sequedad.
- Se le asesora sobre cómo saber si su hija está tomando pecho: movimiento de las mandíbulas, micciones, características de las deposiciones, hidratación de mucosas y control de peso.

Al día siguiente se le cita en la consulta de atención primaria y tras explicarle cómo se realiza la recogida de las muestras se cursa el cultivo. Se vuelve a citar a la mujer en una semana para valoración y para recoger los resultados del cultivo.

En esta siguiente consulta la mujer refiere una mejoría en las grietas y en las molestias que tenía durante la toma, así como en las induraciones, aunque aún nota algunos pinchazos y calambres. El resultado del cultivo refleja un sobrecrecimiento de las especies *Streptococcus salivarius* y *Corynebacterium*, lo cual refuerza nuestro diagnóstico y tratamiento empírico. La niña ha tenido una ganancia ponderal de 70g durante esta semana, lo cual preocupa a la madre por lo que se le explica que una ganancia de peso menor a lo “esperado” durante únicamente una semana no es indicativo de que la lactancia materna sea insuficiente y se refuerza la lactancia a demanda y sobre las señales precoces que realiza el bebé para indicar que desea mamar, instándola a que no retrase las tomas cuando la niña las demande. Se la vuelve citar en dos semanas para valoración.

Durante esta consulta la mujer refiere una notable mejoría de la sintomatología y la niña ha ganado peso correctamente, por lo que únicamente se refuerza la actitud y se ofrece ayuda ante cualquier duda o problema que le surja.

## **Discusión**

La leche materna representa uno de los factores clave en el desarrollo de la microbiota intestinal infantil. El número de especies que coexisten en la leche de una mujer sana suele ser bajo, hecho que explicaría por qué la microbiota intestinal de los lactantes está compuesta por un reducido espectro de especies y por qué el desarrollo de una microbiota más diversa coincide con el inicio del destete. Las bacterias de la leche podrían desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades infecciosas y en la maduración del sistema inmunitario. Algunos estudios recientes indican que al menos una parte de las bacterias comensales existentes en la leche podrían proceder de la microbiota intestinal materna y accederían a la glándula mamaria a través de la ruta entero-mamaria(5). Las mastitis subagudas están causadas generalmente por estafilococos coagulasa-negativos, estreptococos de los grupos viridans/mitis (como *S. mitis* o *S. salivarius*) y algunas especies del género *Corynebacterium*. Todas ellas, a diferencia del *Staphylococcus aureus*, son habituales en la glándula mamaria durante la lactancia pero se detectan en concentraciones muy moderadas en la leche (<1.000 colonias/ml). De hecho, a tales concentraciones juegan un papel beneficioso para el niño sin suponer ningún problema para la madre, formando una película fina en las paredes internas de los conductos, permitiendo un flujo completamente normal de leche.

La presión de la leche al salir hace que algunas de estas bacterias se pongan en suspensión en este fluido. Son, precisamente, las bacterias que se transfieren de la madre al hijo y las que se pueden detectar en un cultivo. El cuadro que presenta esta reciente madre es compatible con este tipo de mastitis que se caracterizan por la presencia de dolor local, más o menos intenso, en forma de «pinchazos» («agujas», «cristales»), calambres o sensación de quemazón, pero sin enrojecimiento de la zona (o muy leve) y sin afectación sistémica. Este hecho confunde frecuentemente el diagnóstico y provoca la infravaloración e infradiagnóstico de la afección. Tanto las mastitis agudas como las subagudas suelen ir acompañadas de zonas de induración dentro del pecho y, en ocasiones, de grietas (6).

La primera actuación que realizamos es recomendar la ingesta de probióticos que son microorganismos vivos que ejercen efectos beneficiosos sobre un hospedador y tienen diversas aplicaciones, reales o potenciales, en el binomio madre-hijo (6). Varios estudios recientes han demostrado que ciertos lactobacilos aislados de leche humana representan una alternativa más eficaz que los antibióticos para el tratamiento de las mastitis, y no presentan los efectos secundarios de éstos(7-8-9).

Se decide realizar un cultivo de la leche materna ya que no sólo es esencial para el diagnóstico etiológico de una mastitis, sino que suele ser clave para el éxito del abordaje terapéutico. Habitualmente, el tratamiento de la mastitis se instaura de forma empírica y suele consistir en la prescripción de cloxacilina, amoxicilina, amoxicilina-ácido clavulánico, mupirocina o eritromicina. Desafortunadamente, un porcentaje cada vez más elevado de cepas implicadas en la mastitis son resistentes a estos antibióticos y por eso una parte de las mastitis tratadas con antibióticos derivan en una infección crónica o recurrente. (4).

También se le recomienda a esta madre la toma de un AINE para disminuir la inflamación causada por la infección, que se convierte en corresponsable de la propia patología y su sintomatología (6).

Es común, aunque poco recomendable, aplicarse unas gotas de la propia leche materna sobre el pezón al terminar la toma ya que favorece la proliferación bacteriana, por esto recomendamos a esta usuaria que se aplique una capa de aceite de oliva cuyo componente principal (el ácido oleico) tiene propiedades antiinflamatorias(6).

## **Bibliografía**

1. M.T. Hernández Aguilar y J. Aguayo Maldonado. La lactancia materna. Cómo promover?y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005;63(4):340-56.
2. S. Delgado, R. Arroyo, E. Jiménez, L. Fernández, J.M. Rodríguez. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado. Acta Pediatr Esp. 2009; 67(2): 77-84
3. Mastitis: causa y manejo. Ginebra: OMS, 2000.
4. R. Arroyo, P. Mediano, V. Martín, E. Jiménez, S. Delgado, L. Fernández, M. Marín, J.M. Rodríguez. Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de

protocolo para el cultivo de muestras de leche humana. *Acta Pediatr Esp.* 2011; 69(6): 276-281.

5. J. M. Rodríguez , E . Jiménez, V. Merino, A: Maldonado, M .L . Marín, L. Fernández, R. Martín. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas. *Acta Pediátrica Esp.* 2008; 66(2):77-82.

6. M. Carrera, R. Arroyo, P. Mediano, L. Fernández, M. Marín, J.M. Rodríguez Lactancia materna y mastitis. Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. *Acta Pediatr Esp.* 2012; 70(6): 255-261.

7. Jiménez E, Fernández L, Maldonado A, Martín R, Olivares M, Xaus J, et al. Oral administration of lactobacilli strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. *Appl Environ Microbiol.* 2008; 74: 4.650-4.655.

8. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. *Clin Infect Dis.* 2010; 50: 1.551-1.558.

9. Fernández L, Arroyo R, Espinosa I, Marín M, Jiménez E, Rodríguez JM. Probiotic for human lactational mastitis. *Benef Microbes.* 2014 Jun 1;5(2):169-83.