

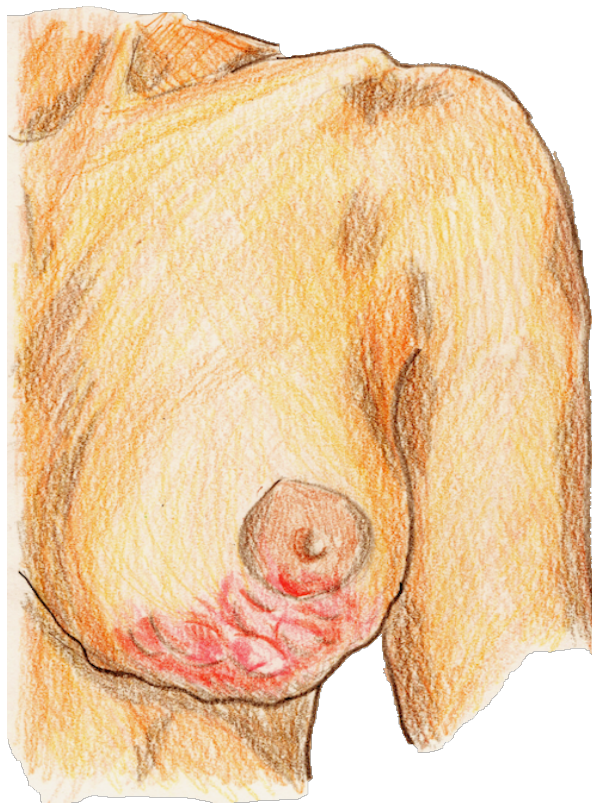


MASTITIS PUERPERAL

La mastitis puerperal es una inflamación de la glándula mamaria durante la lactancia materna, con un origen bacteriano en la mayoría de los casos. Afecta a entre el 10-20 % de las mujeres lactantes.

Entre el 3 % y el 11 % de las mastitis evolucionan a absceso mamario. La mayoría de los episodios ocurren en los tres primeros meses posparto, con un pico entre la segunda y la sexta semana. Es típicamente unilateral, más frecuente en primíparas y tiene una tasa de recurrencia del 4-8 % si no se corrigen los factores predisponentes.

La mastitis representa una de las principales causas médicas de destete precoz no deseado, lo que impacta negativamente en el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y continuación complementaria al menos hasta los 2 años.



PATOTOGENIA

La mastitis puerperal consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos mamarios. Según el Consenso Nacional en Mastitis de 2025, la causa principal y necesaria es la **estasis láctea**, que altera la microbiota normal de la glándula mamaria (disbiosis) y, en muchos casos, facilita el sobrecrecimiento bacteriano y la infección secundaria. Aunque es lo más habitual, no todas las mastitis son infecciosas. Además, como se explicará más adelante, muchas responden a medidas conservadoras sin antibióticos.

La secuencia patogénica habitual, la mastitis comienza con la retención de leche, que genera inflamación local y aumento de la presión intraductal, causando dolor. La presencia de bacterias (procedentes de la piel del pezón o la boca del lactante) favorece la formación de **biofilms** en el epitelio de los acinos y conductos galactóforos. Estos biofilms pueden reducir la luz ductal, perpetuando la obstrucción, empeorando la estasis y agravando los síntomas locales (dolor, induración, eritema). Este círculo vicioso explica la progresión de la mastitis en algunos casos.

Podemos distinguir dos formas clínicas principales:

- **Mastitis aguda (o infecciosa):** predomina la infección bacteriana ascendente desde la piel o mucosas, facilitada por soluciones de continuidad (grietas o erosiones del pezón). Se asocia frecuentemente a ectasia láctea por técnicas incorrectas de agarre o frecuencia de tomas



inadecuada, que provocan vaciado incompleto y acumulación de leche, actuando como puerta de entrada y sustrato para los microorganismos.

- **Mastitis subaguda (o disbiótica):** representa una alteración de la microbiota ductal con formación de biofilms obstructivos. No suele asociar signos sistémicos marcados, (como fiebre). Se trata de un diagnóstico de exclusión y responde bien a medidas conservadoras y probióticos, pudiendo evitarse frecuentemente los antibióticos.

ETIOLOGÍA

Las bacterias más frecuentemente implicadas en la mastitis puerperal son *Staphylococcus* y *Streptococcus*.

- Mastitis aguda y abscesos: *Staphylococcus aureus* (generalmente meticilin-sensible).
- Mastitis subaguda: *Staphylococcus coagulasa* negativos, especialmente *S. epidermidis*.

FACTORES PREDISPONENTES

La estasis láctea es el factor etiológico principal en la mastitis puerperal. Se produce por un vaciado incompleto de la mama, que altera la presión intraductal y favorece la inflamación y el sobrecrecimiento bacteriano. La mayoría de los factores, que predisponen a la aparición de mastitis puerperal son prevenibles con apoyo profesional en lactancia desde el posparto inmediato, pudiendo reducir la incidencia de mastitis hasta en un 50 %.

ESTASIS DE LECHE	FACTORES MATERNOS	FACTORES NEONATALES	OTROS
Obstrucción de los conductos lácteos	Grietas del pezón	Prematuridad	Falta de higiene
Tomas poco frecuentes o programadas.	<i>S. Aureus</i> en fosas nasales	Frenillo corto	Uso de chupetes que reemplazan tomas
Agarre inadecuado con extracción ineficaz	Mastitis previa	Lactante con hipotonía	Crema que dificultan la adhesión boca-pezón
Separación de la madre y RN en las primeras 24H	Primiparidad		
Interrupción de una toma con separación brusca entre tomas	Disminución de las defensas maternas (partos largos y complicados)		
	Alteraciones en la anatomía (pezón plano o invertido)		
	Presión mantenida en el pecho (sujetador apretado, cinturón de seguridad del coche o dormir en decúbito prono)		
	Sobreproducción de leche		
	Cambios en la composición de la leche		



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico:

- **Mastitis aguda:** Mama inflamada con área sensible o dolorosa, caliente y roja. Habitualmente unilateral. Puede acompañarse de sensación distérmica, malestar general, cefalea, fiebre de $>38,5^{\circ}\text{C}$.
- **Absceso mamario:** Masa palpable, fluctuante, dolorosa que se acompaña de fiebre y afectación del estado general. No suele mejorar con antibioterapia.
- **Mastitis subaguda:** Es un diagnóstico de exclusión. Se caracteriza por dolor profundo en la mama durante o tras la toma, que persiste en el tiempo, con una posible zona indurada que reduce su tamaño tras vaciado efectivo. Generalmente no presenta síntomas sistémicos ni fiebre marcada.

Diagnóstico diferencial

- **Ingurgitación mamaria:** ocurre en los primeros días posparto (2-4º día). La ingurgitación está causada por congestión linfática/vascular con edema intersticial y tensión galactófora. La paciente lo refiere como mamas pesadas, dolorosas, tensas, generalmente bilaterales. Es una situación autolimitada, sin fiebre ni eritema marcado. Se resuelve con vaciado frecuente a demanda, analgésicos, calor local breve pre-toma y frío post-toma.
- **Mastitis granulomatosa idiopática:** como vimos en el tema de “Mastitis no puerperal”, se trata de una inflamación benigna rara, de posible origen autoinmune o por *Corynebacterium* spp. Afecta mujeres en edad fértil (puede ocurrir meses o años tras el parto). Suele ser unilateral, con masas inflamatorias firmes periféricas, con afectación cutánea fuera de areola (piel de naranja, ulceración), abscesos, fistulas y supuración crónica. El diagnóstico es histopatológico (granulomas no caseificantes); pudiendo simular un carcinoma inflamatorio.
- **Cáncer de mama:** en recidivas localizadas, resistencia antibiótica o masa persistente, debemos solicitar una ecografía mamaria, que es factible durante lactancia, (aunque más difícil por densidad glandular).
- **Galactoceles:** se trata de un quiste de retención láctea, benigno, único o múltiple, central/subareolar. Aparece como una masa palpable no dolorosa, sin signos inflamatorios; aunque puede infectarse secundariamente.
- **Quistes de leche:** Lesiones quísticas por obstrucción ductal, similares a galactoceles; asintomáticos o con dolor leve, sin fiebre.

ECO mamaria

Está indicada ante mala evolución clínica (no mejoría en 48-72 h), para descartar abscesos (colecciones hipoecoicas) u otros procesos. Es la prueba de elección durante lactancia por seguridad y sensibilidad. Otras pruebas como la mamografía o la RM se reservan para situaciones de duda diagnóstica o exclusión de malignidad.

Cultivo de leche.

No se realiza cultivo de la leche de rutina, ya que la muestra está fácilmente contaminada. Puede ser útil si:

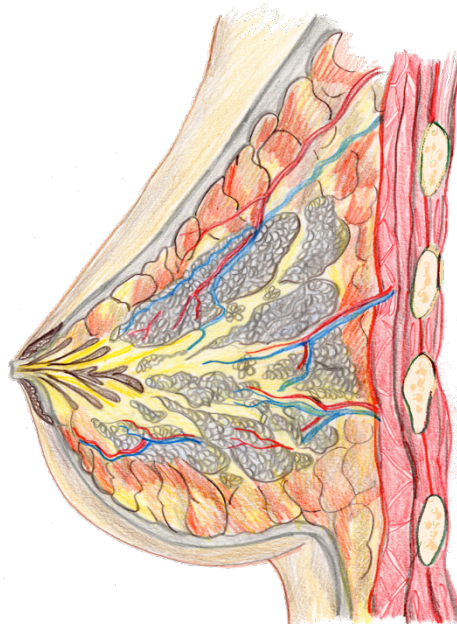


- Si no hay mejoría clínica tras 48 h de tratamiento antibiótico.
- Mastitis severas.
- Mastitis recurrente.
- Posibilidad de que se trate de una infección hospitalaria adquirida. (Riesgo de *S. Aureus* meticilin-resistente)
- Paciente alérgica a antibióticos habituales.

La toma de muestra la realizaremos mediante expresión del pezón, evitando el frotis cutáneo.

TRATAMIENTO

El manejo de la mastitis puerperal es generalmente ambulatorio, con énfasis en el apoyo a la lactancia materna. Según el Consenso Nacional en Mastitis de 2025, más del 50 % de los casos, (incluidas muchas agudas leves), se resuelven exclusivamente con medidas conservadoras, sin necesidad de antibióticos, evitando su uso innecesario. Estas medidas conservadoras deben formar parte del tratamiento de primera línea EN TODOS LOS CASOS:



- Amamantar frecuentemente a demanda, iniciando por el pecho afectado para favorecer drenaje.
- Mantener la lactancia materna y asegurar vaciado efectivo. Podemos maximizar el vaciado complementando con extracción manual o con sacaleches tras la toma. (Aunque la mama produce continuamente, el objetivo es minimizar retención).
- Masaje durante la toma, en dirección al pezón, desde la zona afectada.
- Posicionar al bebé con la barbilla orientada hacia el área indurada, (actúa como masaje).
- Aplicar calor local breve (ducha o compresa caliente) antes de la toma para mejorar flujo lácteo. Aplicar frío (compresas frías) después de la para reducir dolor y edema.
- Antiinflamatorios: solemos preferir ibuprofeno por su efecto antiinflamatorio. (Compatible con lactancia).
- Valoración temprana por la matrona o asesora de lactancia, para corregir agarre, posición y detectar anquiloglosia u otros problemas.
- Reposo materno, hidratación adecuada y apoyo emocional.
- Higiene adecuada: lavado frecuente de manos, cambio de discos absorbentes y esterilización de sacaleches/conchas.

En mastitis subagudas a parte de lo anteriormente descrito se puede ofrecer el uso de probióticos como *Lactobacillus salivarium*, *fermentum* o *gasseri*.

Si no ha habido respuesta en 24h o hay afectación del estado general, (fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$, MEG...), INICIAREMOS ANTIBIOTERAPIA ORAL, manteniendo la lactancia materna y el vaciado del pecho.

En infecciones leves sin factores de riesgo para SARM:

- Cefadroxilo 1gr/8-12h durante 10 días
- Cloxacilina 500 mg/6h 7-10 días
- Cefalexina 500 mg/6h 7-10 días



- En alérgicas a B-lactámicos: clindamicina 300-450 mg/8h

Se recomienda control clínico ambulatorio en 48-72h. Si no hay mejoría debemos descartar un absceso mamario, (solicitar ecografía) o resistencia al antibiótico (realizar cultivo de la leche).

En caso de infección grave (inestabilidad hemodinámica, eritema progresivo, no respuesta ambulatoria o sospecha de infección nosocomial nosocomial), debemos hospitalizar a la paciente, realizar cultivo de la leche y administrar antibioterapia IV:

- Cefazolina 2 g cada 8 h IV
- Añadiremos Vancomicina 15-20 mg/kg cada 8-12 h IV (máximo 2 g/dosis) si riesgo SAMR.

Portadora de prótesis mamarias:

En algunos casos se resuelve con tratamiento exclusivamente antibiótico, pero en otros es necesario además drenaje y retirada de la prótesis infectada.

El régimen antibiótico de elección es la asociación de vancomicina + piperacilina/tazobactam. Si la respuesta inicial es adecuada, se procederá al cambio a vía oral según el cultivo y antibiograma. La mayoría de los autores recomiendan la recolocación diferida de la prótesis.

En caso de tratarse de una infección producida por micobacterias es necesario continuar el tratamiento durante 8-12 semanas.

Se recomienda retirar la prótesis mamaria infectada en caso de mala respuesta al tratamiento, signos de sepsis y en las infecciones causadas por hongos o por micobacterias. Algunos expertos recomiendan esperar entre cuatro y seis meses para recolocar una nueva prótesis, aunque no hay estudios publicados al respecto.

Absceso mamario:

En caso de absceso el tratamiento debe incluir drenaje de este. Puede realizarse drenaje quirúrgico o aspiración ecoguiada:

- Aspiración ecoguiada: suele ser el tratamiento de elección en abscesos <5cm. Puede realizarse en una sola sesión, dejando o no un drenaje percutáneo. También puede requerir varias sesiones. Se realiza bajo anestesia local.
- Drenaje quirúrgico: es de elección en casos resistentes al tratamiento antibiótico, múltiples abscesos o fracaso del tratamiento con aspiración con aguja. Se realiza bajo anestesia local o general, según el caso.

Se recomienda realizar cultivo del absceso.

Los abscesos pueden complicarse con fistulas, mastitis recurrente o complicaciones estéticas. Estas complicaciones son más frecuente en diabéticas y fumadoras.

Efectos sobre el lactante



La leche durante mastitis es segura: no infecta al bebé ni altera su composición nutricional. Se recomienda continuar lactancia del pecho afectado, ya que es beneficioso para drenaje y mantenimiento producción.

Todos los fármacos mencionados son compatibles con lactancia materna.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Es preciso asegurar un adecuado vaciamiento del pecho para evitar estasis de leche, y tratar de forma precoz la ingurgitación mamaria, grietas de pezón y las obstrucciones. Un correcto asesoramiento a la lactancia puede evitar el 50% de las mastitis.

- **Lactancia materna a demanda:** sin limitar duración ni frecuencia de tomas. Esto asegura vaciado fisiológico y previene retención. Se recomienda evitar el chupete en las primeras semanas.
- **Técnica correcta:** agarre y posición adecuados desde las primeras horas posparto.
- **Vaciado efectivo:** iniciar tomas por el pecho más lleno. Utilizar sacaleches sólo si necesario (ej., separación temporal), preferentemente eléctrico.
- **Higiene:** lavado frecuente de manos (materno y cuidadores). Cambio regular de discos absorbentes. Esterilización de sacaleches, pezoneras y conchas.
- **Cuidado del pezón:** evitar ropas ajustadas o sujetadores compresivos. No aplicar cremas oclusivas, (como lanolina ultrapurificada), ni gotas de leche propia en grietas, ya que favorecen maceración y retrasan curación. En grietas infectadas aplicar mupirocina 2 % tópica; (si no mejoría en 48 h, administrar antibiótico sistémico).
- **Descanso y apoyo:** reposo materno adecuado, hidratación y reducción estrés.
- **Educación materna:** formación prenatal y posparto en técnicas de lactancia. Se debe enseñar a la madre a reconocer de forma precoz la ingurgitación o la obstrucción, ya que la intervención rápida evita la progresión.
- **Profilaxis en alto riesgo:** en antecedentes de mastitis, los probióticos específicos (*Lactobacillus salivarius/fermentum*) desde últimas semanas de gestación o posparto inmediato, reducen la recurrencia hasta en un 50 % de los casos.

RESUMEN

La mastitis puerperal consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos mamarios, con o sin infección asociada. La causa principal es la **estasis láctea**, que puede derivar en disbiosis mamaria y sobrecrecimiento bacteriano. Es más frecuente al inicio de la lactancia y en primíparas.

El tratamiento conservador será suficiente en muchos casos, siendo indispensable un buen asesoramiento en la lactancia.

En la mastitis subaguda los probióticos específicos (*Lactobacillus salivarius/fermentum*) para restaurar microbiota pueden resultar eficaces.



Si no hay mejoría en 24-48 h o aparece afectación sistémica, iniciaremos antibioterapia oral. **Si no hay respuesta** debemos descartar un absceso subyacente (ecografía) o resistencias (cultivo de leche).

Prevención: la lactancia materna a demanda la educación en la lactancia y la consulta rápida ante síntomas son medidas eficaces para prevenir la mastitis puerperal.

BIBLIOGRAFÍA.

- Asociación Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Microbiota, Probióticos y Prebióticos (SEMiPyP), Instituto Danone. Consenso Nacional en Mastitis. Madrid: AEP; 2025.
- Servicio Andaluz de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la mastitis. Sevilla: Junta de Andalucía; 2025.
- Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Protocolo asistencial: Mastitis puerperal. Granada: HUVN; 2025.
- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM). Manual de práctica clínica en senología. Madrid: SESPM; 2019 [actualizado 2025].
- UpToDate. Mastitis and breast abscess in lactating and nonlactating women. Waltham: UpToDate Inc.; 2025.