



MASTITIS EN MUJERES NO LACTANTES

Revisado por Dra. Nerea Villar García

La mastitis comprende la inflamación del tejido mamario, que puede estar acompañada o no de infección. Aunque es más común durante la lactancia, puede ocurrir fuera de este periodo, y no siempre responde a antibióticos, ya que en muchos casos no hay un componente infeccioso subyacente. Según el primer Consenso Nacional en Mastitis de 2025, la mastitis no puerperal representa alrededor del 1-5 % de las consultas mamarias en mujeres adultas, con mayor incidencia en fumadoras y en contextos de inmunosupresión. Este consenso enfatiza la importancia de un abordaje multidisciplinario para diferenciarla de cáncer mamario y optimizar el tratamiento, reduciendo recurrencias y complicaciones. La mastitis en mujeres no lactantes incluye principalmente dos entidades principales: la mastitis periductal y la mastitis granulomatosa idiopática. Además, se abordará la mastitis tuberculosa como una forma infecciosa rara pero relevante en áreas endémicas o en pacientes con factores de riesgo.

MASTITIS PERIDUCTAL

La mastitis periductal o galactoforitis crónica, es una inflamación crónica de los conductos subareolares, de etiología multifactorial y desconocida en su totalidad. Afecta principalmente a mujeres jóvenes (media de edad 30-40 años), aunque puede presentarse en hombres. Su incidencia ha aumentado en los últimos años, representando un porcentaje importante de las mastitis no puerperales en fumadoras.



FACTORES DE RIESGO: El tabaquismo es el factor de riesgo principal, ya que los productos tóxicos del humo causan daño endotelial directo en los conductos, hipoxia focal y necrosis tisular, facilitando infecciones secundarias. La mayoría de las pacientes con mastitis periductal de repetición son fumadoras.

Otros factores incluyen la metaplasia escamosa ductal, que obstruye los conductos, llevando a dilatación, inflamación e infección del conducto. La obesidad, diabetes y piercings en el pezón también se asocian con mayor riesgo de recurrencias.

MICROBIOLOGÍA: desde el punto de vista microbiológico, los cultivos son positivos en el 60-85 % de los casos, con predominio de estafilococos (incluyendo *S. Aureus* meticilin-resistente en hasta 20 % según datos 2025), enterococos, estreptococos anaerobios, *Bacteroides* y *Proteus*. Se recomienda cultivo rutinario con antibiograma para ajustar el tratamiento.

CLÍNICA: clínicamente, la mastitis periductal se manifiesta con inflamación periareolar dolorosa, enrojecimiento y tumefacción. Puede complicarse con abscesos subareolares que drenan



espontáneamente en el borde areolar, fistulas recurrentes o secreción purulenta. En fases avanzadas, hay retracción del pezón o cambios cutáneos similares a un carcinoma inflamatorio.

DIAGNÓSTICO: el diagnóstico se basa en la historia clínica y exploración física, apoyada por ecografía mamaria para identificar abscesos o dilatación ductal (sensibilidad >90 %). Se debe realizar cultivo de secreción o aspirado para guiar el tratamiento antimicrobiano.

La mamografía bilateral se recomienda en mujeres >40 años o con sospecha de malignidad para descartar cáncer.

El diagnóstico diferencial incluye ectasia ductal (más común en mujeres perimenopáusicas, con secreción cremosa y pezón invertido, sin reacción inflamatoria), abscesos bacterianos agudos y cáncer de mama inflamatorio.

TRATAMIENTO: el tratamiento depende de la fase de la mastitis.

Para episodios agudos, se inicia antibioterapia empírica oral:

- Amoxicilina-clavulánico 875 mg cada 12 h durante 7-10 días.
- Alternativa: cefalexina + metronidazol si se sospechan anaerobios.
- En riesgo de SAMR (e.g., hospitalizaciones recientes), trimetoprim-sulfametoxazol cada 12 h.
- Para hipersensibilidad a betalactámicos, clindamicina 300-450 mg cada 8 h.

El tratamiento se ajustará en función de la antibioterapia.

La duración óptima de la terapia no está establecida. Si la respuesta a la terapia es rápida y completa se puede utilizar el régimen de 5-7 días, si es necesario se puede extender a 10-14 días.

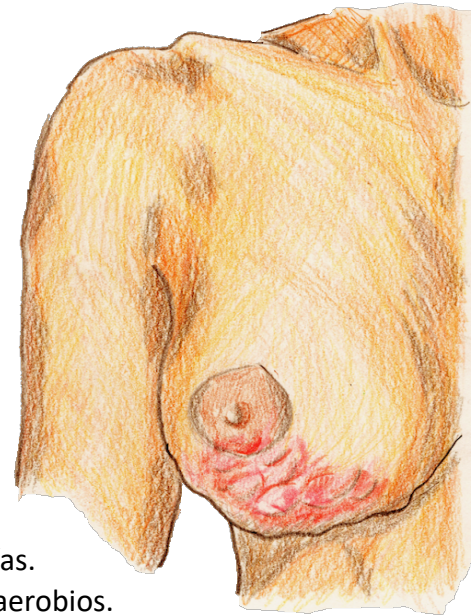
Se recomienda deshabituación tabáquica para reducir recurrencias en >50 %.

En presencia de absceso, se realiza drenaje percutáneo, (que puede ser ecoguiado) o aspiración con aguja fina, combinado con antibióticos.

Para fistulas o recurrencias (hasta 50 % de casos), se puede recurrir a cirugía, preferiblemente tras abandonar el hábito tabáquico. Realizaremos una escisión subareolar del ducto afectado, (fistulectomía + ductectomía), preferentemente por incisión periareolar. Esto resuelve >80 % de casos, aunque puede causar pérdida de sensibilidad en el pezón en el 30-40 %.

Se debe iniciar la antibioterapia al inicio de la cirugía y continuarla hasta que todos los signos de infección se hayan resuelto.

Algunos autores sugieren irrigación ductal como opción mínimamente invasiva para reducir recurrencias. También se ha sugerido la colocación de un hilo atravesando el conducto fistulizado durante unas semanas hasta su completa epitelización y posterior exéresis





MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA

La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna rara (<0,1 % de biopsias mamarias), de etiología desconocida, posiblemente autoinmune o relacionada con hipersensibilidad a antígenos epiteliales. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil (20-50 años) con historia de partos recientes (hasta 5 años previos), aunque puede ocurrir en nulíparas u hombres. En España, se diagnostican ~500 casos/año, aunque probablemente esté infradiagnosticada. Se asocia a hiperprolactinemia en 20 % y a *Corynebacterium* spp. en 30-40 % de cultivos, pero no es exclusivamente infecciosa.

CLÍNICA: la mastitis granulomatosa se presenta clínicamente como masa inflamatoria periférica unilateral, (aunque en raros casos puede ser bilateral o aparecer en la mama contralateral tras la curación). Presenta abscesos múltiples, ulceración cutánea, piel de naranja, retracción del pezón y adenopatías axilares. Puede simular carcinoma inflamatorio, con recurrencias durante meses/años si no se maneja adecuadamente. No aumenta el riesgo de cáncer de mama.

DIAGNÓSTICO: el diagnóstico requiere ecografía inicial (muestra masas sólidas hipoeoicas con abscesos), seguida de biopsia con aguja gruesa (BAG) para determinar la histopatología (granulomas no caseificantes con células gigantes multinucleadas).

Se debe enviar material a microbiología para descartar *Corynebacterium* y otras infecciones.

También se recomienda medir la prolactina sérica para descartar hiperprolactinemia, a la que puede estar asociada la mastitis granulomatosa.

Podemos recurrir a una mamografía o RMN si se sospecha de malignidad.



El diagnóstico diferencial incluye tuberculosis (granulomas caseificantes), sarcoidosis (granulomas no caseificantes sistémicos), granulomatosis con poliangéitis, histoplasmosis, reacción a cuerpo extraño y carcinoma. La biopsia suele ser indispensable para excluir estas patologías.

TRATAMIENTO: El tratamiento es conservador, ya que es una enfermedad autolimitada, (resolución en 5-20 meses en 70 %). No se recomienda una escisión amplia por el riesgo de recidivas. En pacientes sintomáticas utilizaremos AINEs para aliviar el dolor.

El tratamiento más utilizado son los corticoides orales (prednisona 0,5-1 mg/kg/día, de forma gradual) en casos moderados-severos (respuesta en 80 %). En casos refractarios puede utilizarse metotrexato 7,5-15 mg/semana o azatioprina.



Si aparece infección secundaria haremos uso de antibióticos empíricos como en mastitis periductal, ajustados por cultivo y antibiograma. Utilizaremos doxiciclina durante 14 días en caso de *Corynebacterium* o linezolid en casos resistentes.

Se recomienda monitorización ecográfica de las lesiones cada 3-6 meses. Las últimas guías sugieren que las inyecciones intralesionales de triamcinolona para lesiones localizadas podrían ser de utilidad.

MASTITIS TUBERCULOSA

La mastitis tuberculosa es una forma extrapulmonar rara de tuberculosis (<0,1 % de tuberculosis mamaria), causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Predomina en mujeres fértiles (20-40 años), incluyendo lactantes, en áreas endémicas o con inmigración (incidencia en España ~100 casos/año, asociada a VIH o inmunosupresión). La vía hematógica es común, aunque puede darse por diseminación contigua desde el pulmón o los conductos linfáticos.

CLÍNICA: se presenta como un nódulo mamario único, unilateral, doloroso e irregular, sin afectación inicial de pezón/areola. La lesión suele progresar a fistulas, úlceras y adenopatías axilares supurativas.

Aparecen síntomas constitucionales (fiebre, sudores) en 30% de los casos. En ecografía podremos ver masas hipoecoicas irregulares; (en fases tardías, simula cáncer).

DIAGNÓSTICO: se sospechará en pacientes con factores de riesgo (inmigrantes de alta endemicidad, contacto TB). Las pruebas diagnósticas incluyen:

- Biopsia mamaria o de las adenopatías, encontrando granulomas caseificantes
- Cultivo (confirmatorio en 25-75 %)
- PCR para *M. tuberculosis*.
- Radiografía torácica para descartar TB pulmonar (positiva en 20 %).
- Pruebas como IGRA o Mantoux apoyan el diagnóstico

El diagnóstico diferencial incluye abscesos bacterianos, mastitis granulomatosa idiopática y cáncer de mama.

TRATAMIENTO: el tratamiento sigue pautas antituberculosas estándar (OMS 2025):

- Fase intensiva (2 meses) con isoniazida 5 mg/kg, rifampicina 10 mg/kg, pirazinamida 25 mg/kg y etambutol 15 mg/kg diarios
- fase de continuación (4 meses) con isoniazida + rifampicina.

Duración total 6 meses, ajustable si resistencia.

La cirugía (drenaje/escisión) se reserva para abscesos o fistulas persistentes.

El pronóstico es excelente con un buen cumplimiento (>95 % curación).



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 no puerperal. Granada: HUVN; 2025.
- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM). Manual de práctica clínica en senología. Madrid: SESPM; 2019 [actualizado 2025].
- UpToDate. Nonlactational mastitis in adults. Waltham: UpToDate Inc.; 2025.



AulaGinecología.com