
Lactancia materna y mastitis. Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos

- Carrera M, Arroyo R, Mediano P, Fernández L, Marín M, Rodríguez JM. Lactancia materna y mastitis. Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. Acta Pediatr Esp. 2012;70(6):255-61.
-

Las mastitis son la principal causa médica de destete. Son resultado de una alteración de la microbiótica fisiológica de la mama. Las mastitis agudas se diagnostican sin dificultad, pero no es así en las subagudas ni en las subclínicas. Para el tratamiento sería deseable disponer de un cultivo de la leche materna y un antibiograma. Sin embargo, son muy pocos los Servicios de Microbiología que los realizan.

El objetivo del artículo es relacionar cada tipo de mastitis con los agentes etiológicos, la sintomatología y el tratamiento empírico más adecuado.

Mastitis agudas

La inmensa mayoría causadas por el *Staphylococcus aureus*. Produce un cuadro gripal (fiebre, mialgias, artralgias...), enrojecimiento y aumento del tamaño del pecho, zonas de induración y disminución de la producción láctea. Incluso formación de abscesos. El tratamiento de elección es la amoxicilina-clavulánico por vía oral (1000/62,5 mg cada 8-12 horas, durante 7-10 días) y un antiinflamatorio (ibuprofeno). Actualmente, la cloxacilina es menos eficaz frente a estas cepas de *S. aureus*.

Después del tratamiento, puede curarse por completo (no es la situación más frecuente), o es posible que las cepas sean resistentes al antibiótico y no mejore e incluso empeore, o que el antibiótico sea eficaz para frente al *S. aureus* pero se seleccione el crecimiento de estafilococos coagulasa negativos o estreptococos; este último caso es el más frecuente y la mastitis pasa de ser aguda a subaguda.

Mastitis subagudas

Causadas por *Staphylococcus coagulasa* negativos (*epidermidis*), *Streptococcus viridans/mitis* y algunas especies del género *Corynebacterium*. Se caracterizan por dolor local, más o menos intenso, en forma de “pinchazos”, calambres o sensación de quemazón, sin enrojecimiento, o muy leve, y sin afectación sistémica. Presenta zonas de inducción en el interior de la mama. Hay disminución de la secreción láctea. La leche sale por 1-2 orificios y escurre gotas. El niño hace tomas largas y/o frecuentes; alternan fases de relajo con otras con amamantamiento agresivo: tiran del pezón y realizan movimientos característicos con la cabeza.

Mastitis subclínicas

Son producidas por las mismas especies que las subagudas pero no han alcanzado concentraciones para producir dolor. Tienen una falsa sensación de poca producción de leche: “Mi leche no es nutritiva”, “no tengo suficiente leche”... El resto de la clínica es similar a la de las subagudas pero sin dolor. En interior de los conductos galactóforos se forman biopelículas que impiden su correcta secreción.

Tratamiento empírico de las mastitis subagudas y subclínicas

En general, los agentes causantes de estas mastitis son más resistentes al tratamiento antibiótico, pero responden bien a los probióticos. Recientemente, dos ensayos clínicos han demostrado que ciertos lactobacilos presentes en la leche humana son una alternativa más eficaz que los antibióticos. El 90% de las mastitis subagudas responden al *Lactobacillus salivarius* aislado en leche humana (en un futuro próximo se comercializará con esta indicación). Alternativamente, se puede recurrir a productos disponibles en la farmacia: *L. reuteri*, *L. acidophilus*... pero su eficacia es mucho menor (menos del 30%). Si no responden a los probióticos, como segunda opción se puede utilizar antibiótico para estos gérmenes, el ciprofloxacino (750 mg/12 horas) o el cotrimoxazol. Siempre se debe añadir antiinflamatorios no esteroideos al antibiótico, ya que mejoran la respuesta del antimicrobiano.