



PONENCIA

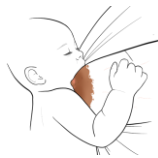
Atención a las mastitis

Francisco Vera Espallardo

Medico de Urgencias de Pediatría.
(Valencia)



Tratamiento médico de la atención a las mastitis

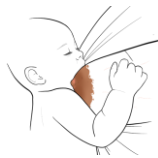


Dolor/inflamación-edema



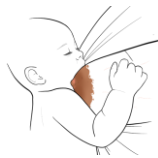
- 1) Si dolor: analgesia común (paracetamol, ibuprofeno...).
- 2) Si el componente edematoso es importante (ingurgitación): además de las medidas no farmacológicas se puede probar pauta corta corticoides; Dacortin 30mg 1c/24h 3 días

Tto Atb/Probioticos, Pruebas de imagen, Tto
abordaje galactoceles/abscesos.



Tto Atb/Probióticos:

- 1) Si tras **12-24 horas** de tratamiento no farmacológico **NO MEJORÍA: INICIAR TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.** “*Monografía OMS, Mastitis - Causas y manejo. 2000. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/63402/retrieve>”*



Tto Atb/Probióticos:

- 1) Si presenta **clínica clásica de mastitis**: La etiología más probable es el ***S. Aureus***. El tratamiento antibiótico empírico: Betalactámico activo contra el *S. Aureus*. El más recomendado el **cefradoxilo** 1gr/12h. (Amoxicilina/Ac. Clavulánico mejor no por su amplio espectro; cloxacilina mejor no por su baja disponibilidad v.o.; cefalexina es cada 6h)
- 2) Si tras **48h no mejoría**: Cultivo y sospechar ***SAMR***.

FIG. 18. Patient with history of right breast mastitis who was instructed to pump every 2 hours to “keep the breast empty.” This resulted in severe upregulation of milk production in her right breast and a continued cycle of mastitis. After being instructed to feed from the less full (left) breast first, she downregulated the right breast and experienced no recurrent episodes of mastitis.



“Mitchell KB, Johnson, HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BREASTFEEDING MEDICINE. 2022;17:360-76.”

Tto Atb/Probióticos:



1) **Sospecha de SAMR: Clindamicina** 300mg/8h (ventajas: indicación en ficha técnica, respaldo bibliografía). Vigilar la colitis pseudomembranosa.

2) Alternativas:

1) Septrin forte (160 mg de trimetoprima/800 mg de sulfametoxazol) 1 comprimido/12h

1) Ventajas: Activo contra SAMR, respaldado por bibliografía.

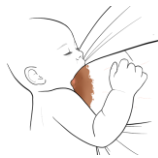
2) A veces poco eficaz en monoterapia

3) No dar si existe déficit de glucosa-6- fosfatodeshidrogenasa (favismo) ni en lactantes con hiperbilirrubinemia.

2) Ciprofloxacino: 750mg/12h

1) Ventajas: Mejoría clínica rápida

2) Desventajas: Se da en dosis altas (evitar resistencias)



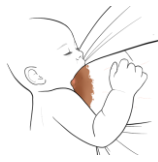
Tto Atb/Probióticos:

3) Rifampicina 300mg/12h

- 1) Ventajas: Bastante activo contra estafilococos.
- 2) Desventajas: no se aconseja en monoterapia (por resistencias)

4) Vancomicina iv

- 1) Ventajas: en ficha técnica y muy activo frente SAMR.
- 2) Desventajas: Hospitalario y cada 6h.

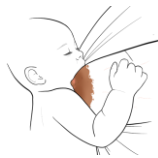


Tto Atb/Probióticos:

- 1) Si la **clínica NO es la típica de mastitis o ésta es larvada o subaguda o de infección ductal**: Hay más variabilidad etiológica por lo que se recomienda cultivo y tratamiento empírico con Clindamicina, Septrin forte o azitromicina 500mg/24h*.

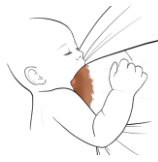
**Mitchell KB, Johnson, HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BREASTFEEDING MEDICINE. 2022;17:360-76.*

***Anne Eglash and Richard Proctor. A Breastfeeding Mother With Chronic Breast Pain. Breastfeeding Medicine. Jun 2007.99-104.<http://doi.org/10.1089>*



Tto Atb/Probióticos:

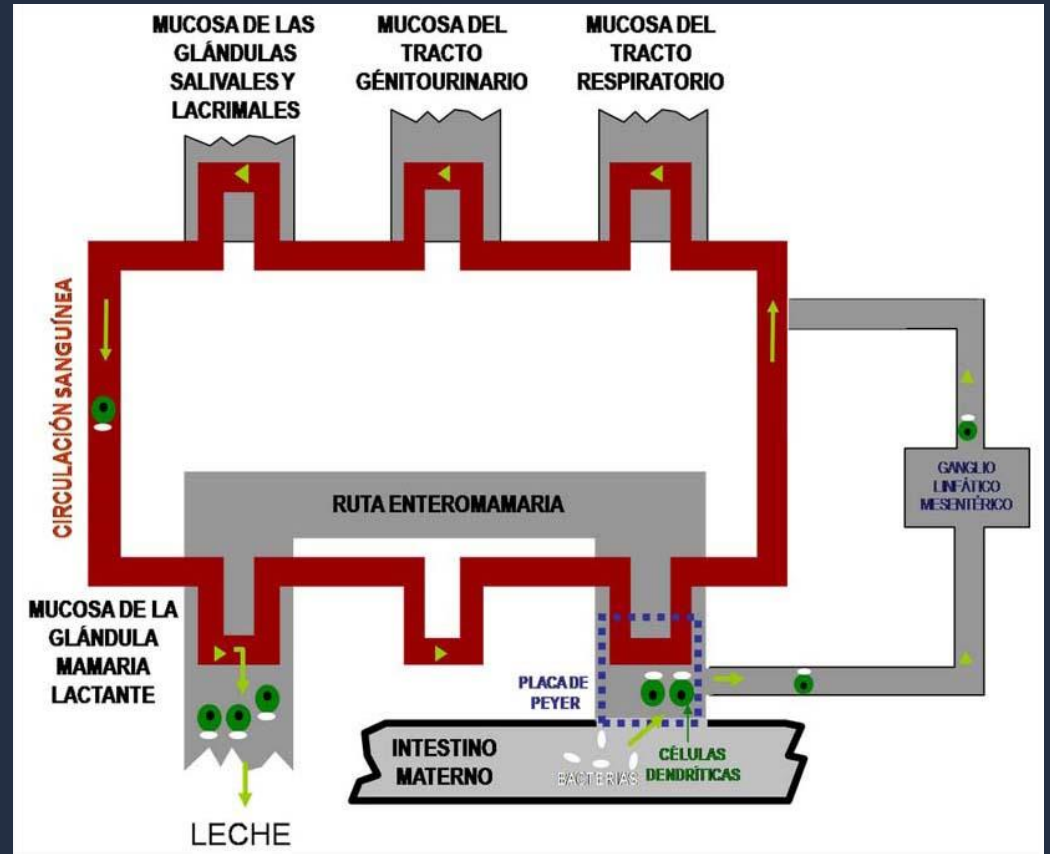
- 1) Si **mastitis recurrente**: realizar cultivo y tratamiento según antibiograma. Posibilidad de **combinación** de antibióticos si en monoterapia no mejoría:
 - 1) Septrin forte + Rifampicina; Septrin forte + Cirpofloxacino; Septrin forte + clindamicina.
 - 2) Azitromicina + Ciprofloxacino; Azitromicina + Cefalosporinas
 - 3) Combinaciones que en estudios con los mismos gérmenes han sido eficaces en otros órganos: osteomielitis, prostatitis crónica....



Probióticos

- 1) No existe indicación clara a día de hoy: Puede tener una utilidad si hay clínica leve y la madre es reacia a tomar antibióticos, tras mastitis recurrentes... No todos son iguales y puede presentar efectos diferentes según cepas. No están exentos de efectos secundarios.

Rodríguez JM. The Origin of Human Milk Bacteria: Is There a Bacterial Entero-Mammary Pathway during Late Pregnancy and Lactation?, *Advances in Nutrition*:2014;5:779–84.





Pruebas de Imagen: Tto abordaje galactoceles/abscesos:

- 1) Si sospecha de absceso o galactocele: Solocitar ecografía.
 - 1) Absceso: Previa a la formación del absceso hay una fase flemonosa sin colección líquida en el interior que por tanto no fluctúa. Tratamiento: Antibiótico activo contra SAMR. Si <5cm punción y drenaje eco-guiado. Si >5 cm drenaje quirúrgico. Manteniendo la lactancia en todos los casos
 - 2) Galactocele: Colección líquida sin fase flemonosa. Tratamiento cons.ervador/expectante, ya que pincharlo podría derivar en absceso.



FIG. 15. Galactocele that was repeatedly drained with a needle and subsequently became infected.

“Mitchell KB, Johnson, HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BREASTFEEDING MEDICINE. 2022;17:360-76.”

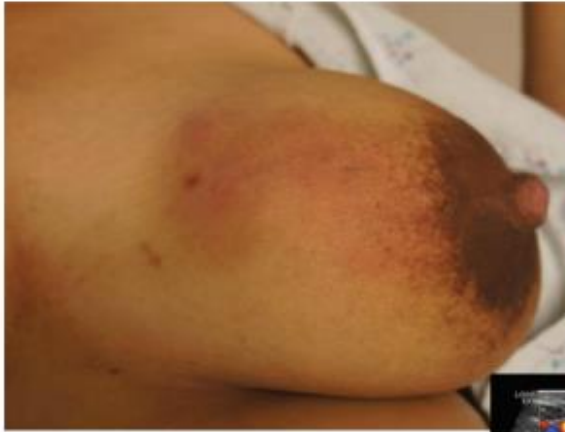


FIG. 12. Clinical appearance of left breast upper inner quadrant phlegmon. Ultrasound showing indistinct fluid collection with surrounding hyperemia and edema.

“Mitchell KB, Johnson, HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BREASTFEEDING MEDICINE. 2022;17:360-76.”

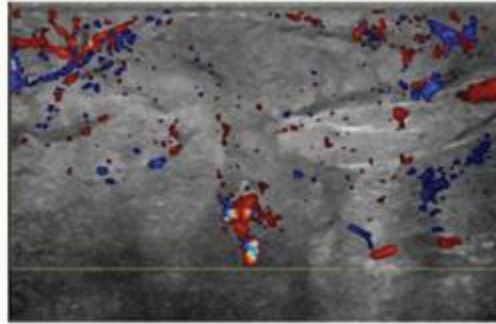
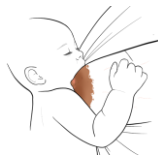


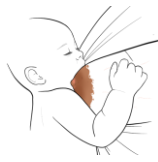
FIG. 3. Right breast upper inner quadrant mastitis with ultrasound showing hyperemia and edema without fluid collection.

“Mitchell KB, Johnson, HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BREASTFEEDING MEDICINE. 2022;17:360-76.”



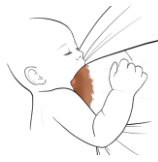
Seguimiento:

- 1) Seguimiento clínico/ecográfico del absceso: Tras el drenaje la zona queda indurada y debe realizarse seguimiento para ver evolución ante la duda clínica de recidiva: Ecografía.



Bibliografía más relevante:

- 1) Mitchell KB, Johnson, HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BREASTFEEDING MEDICINE. 2022;17:360-76.
- 2) Parnham MJ, Erakovic Haber V, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. Azithromycin: Mechanisms of action and their relevance for clinical applications. Pharmacol Ther 2014; 143:225-245.
- 3) Anne Eglash and Richard Proctor. A Breastfeeding Mother With Chronic Breast Pain. Breastfeeding Medicine. 2007;jun:99-104.<http://doi.org/10.1089/bfm.2006.0035>.

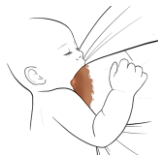


Bibliografía más relevante:

4) Lee IW, Kang L, Kuo PL, Chang CM. Puerperal breast abscess caused by oxacillin-resistant Staphylococcus aureus successfully treated by aspiration and antimicrobial therapy. Taiwan J Obstet Gynecol. 2011 Jun;50(2):233-5. doi: 10.1016/j.tjog.2011.01.009. PMID: 21791317.

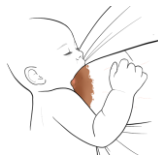
5) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Recuperado el 10 de Mayo de 2022 de: <https://www.guiaprioam.com>

6) 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, Clinical Infectious Diseases, Volume 50, Issue 12, 15 June 2010, Pages 1551-1558, <https://doi.org/10.1086/652763>



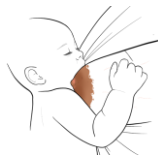
Bibliografía más relevante:

- 7) Espínola-Docioa B, Costa-Romeroa M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al día. Arch Argen Pediatr. 2016;114:576-84.
- 8) Amir L; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: mastitis, revised march 2014. Breastfeed Med 2014;9(5):239-43.
- 9) Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess, diagnosis and management in general practice. Aus Fam Physician 2011;40(12):976-9.
- 10) Kvist LJ. Toward a clarification of the concept of mastitis as used in empirical studies of breast inflammation during lactation. J Hum Lact 2010;26:53-59.



Bibliografía más relevante::

- 11) Kvist LJ. Toward a clarification of the concept of mastitis as used in empirical studies of breast inflammation during lactation. J Hum Lact 2010;26:53-59.
- 12) 6. Fernández L, Pannaraj PS, Rautava S, et al. The microbiota of the human mammary ecosystem. Front Cell Infect Microbiol 2020;10:586667
- 13) Moazzez A, Kelso RL, Towfigh S, Sohn H, Berne TV, Mason RJ. Breast abscess bacteriologic features in the era of community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus epidemics. Arch Surg. 2007 Sep;142(9):881-4.
- 14) Rodríguez JM. The Origin of Human Milk Bacteria: Is There a Bacterial Entero-Mammary Pathway during Late Pregnancy and Lactation?, Advances in Nutrition:2014;5:779-84.



Bibliografía más relevante::

15) Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. Protocolo clínico ABM n.º 26: Dolor persistente con la lactancia materna. BREASTFEEDING MEDICINE. 2016;11:1-9.

16) Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, Gorwitz RJ et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children. Clin Infect Dis. 2011 Feb 1;52(3):e18-55.