

# Gestión de los abscesos de mama durante la lactancia

---

## **INTRODUCCIÓN.**

La infección de mama es un problema común en las mujeres lactantes que presentan un amplio espectro de patologías, que van desde la mastitis a la formación de abscesos. La incidencia de abscesos mamarios oscila entre 0,4% y un 11%. Tradicionalmente, el manejo de los abscesos de mama consiste en la incisión y drenaje, pero esto está asociado con un tiempo de curación prolongada, vendajes regulares, las dificultades en la lactancia materna, y la posibilidad de un resultado estético no satisfactorio. Recientemente se ha sabido que los abscesos de seno pueden ser tratados con repetidas biopsias con aguja. El propósito del presente estudio fue comparar la cirugía tradicional y el método de drenaje y el nuevo enfoque de la aspiración con aguja de los abscesos de seno en mujeres que amamantan.

## **PACIENTES Y MÉTODOS.**

Desde enero de 2000 a julio de 2003 un total de 45 mujeres lactantes con abscesos de seno se presentaron en nuestra clínica de cirugía. En este periodo, se diagnosticó mastitis en 180 pacientes, las cuales fueron tratadas con ampicilina-sulbactam por vía oral en dosis de 375 mg dos veces al día durante 10 días; 7 de ellas presentaban abscesos de mama durante el seguimiento. Los otros 38 pacientes presentaron absceso mamario con absceso de mama en su admisión inicial. Se obtuvo consentimiento informado de todos los pacientes incluidos en este estudio. Los pacientes con abscesos mamarios fueron aleatorizados 1:1 para proceder ya sea a la incisión y drenaje (23 pacientes) o por aspiración con aguja (22 pacientes).

El diagnóstico de los abscesos de mama se basa en enrojecimiento, calor, dolor, induración, y la presencia de una masa fluctuante. La guía ecográfica no se utiliza para alguno de estos pacientes. El diámetro total de cada absceso mamario fue evaluado clínicamente.

a) *Incisión y drenaje:* El absceso fue cortado cerca del margen areolar y a lo largo de líneas de la piel, bajo anestesia local. Todo el pus fue evacuado, y los lóculos se desglosaron digitalmente. La herida se deja abierta para que drene y se limpia a diario hasta que la herida estaba limpia.

b) *Aspiración con aguja:* se utilizaron una aguja de 18 G y una jeringa de 20 ml se utilizaron en cada caso. La aspiración se repitió cada dos días hasta que la masa se había resuelto por completo o hasta realizar cinco biopsias con aguja. Si el absceso no se había resuelto en este momento, este resultado fue aceptado como un fracaso del tratamiento y la incisión y el procedimiento de drenaje se llevó a cabo entonces.

Todas las pacientes con absceso mamario fueron tratadas por vía oral con 375 mg de ampicilina-culbactam dos veces al día durante 10 días a menos que su absceso fuera mayor a 10 cm de diámetro, en cuyo caso la ampicilina-culbactam 1g se inyectó de forma intravenosa dos veces al día durante 3 días y luego 7 días de la medicación anterior. Para cada paciente, se envió una muestra de pus para un análisis bacteriológico. La siguiente información de cada paciente fue registrada en una base de datos informatizada: edad y la paridad, localización y diámetro de un absceso, ya que sus pezones estaban agrietados, también son necesarios la duración de la lactancia y los síntomas, los resultados del cultivo de pus, antecedentes de infección materna durante cualquier periodo anterior de lactancia, tiempo de curación, resultado estético en el caso de incisión y drenaje, volumen de pus eliminado y el número de aspiraciones necesarias en el caso de la técnica por aspiración, y el valor del tratamiento de estas técnicas se investigó a continuación. Todas las pacientes fueron seguidas durante el período de lactancia. Se animó a los pacientes a continuar con la lactancia de la mama no afectada y el pecho con el absceso fue vaciado por medio de una bomba para evitar un gran aumento de leche. La prueba de t de Student, test exacto de Fisher, test de la Chi cuadrado, y la prueba de Mann-Whitney U se utilizaron para el análisis estadístico.  $P < 0.05$  se tomó como significativo.

## **RESULTADOS.**

La edad media de los pacientes fue de 25 (rango 17-36) años. Dieciséis de los pacientes (36%) eran primíparas y 29 (64%) eran multíparas. La localización más frecuente de los abscesos fue el cuadrante superior externo (35%), y en 26 pacientes (58%) fue en la mama izquierda. En 14 pacientes (31%) el absceso había sido precedido por grietas en los pezones. Los cultivos de pus de los abscesos de mama revelaron *Estafilococos aureus* en el 55% de los casos. Las características de los pacientes de la incisión y el drenaje y los grupos de aspiración con aguja se muestran en la Tabla 1.

No hubo diferencias significativas entre la incisión y el drenaje y los grupos de aspiración con aguja en términos de edad, paridad, presencia de grietas en los pezones, la duración de los síntomas y la lactancia, el diámetro de un absceso, una historia o no de absceso o mastitis en períodos anteriores de la lactancia y la presencia o no de *E. aureus* en el cultivo de pus. El tiempo de curación media fue significativamente mayor en el grupo de la incisión y el drenaje que en el grupo de aspiración con aguja cuando los casos no curados en el grupo de aspiración con aguja fueron excluidos. Todos los pacientes del grupo de la incisión y el drenaje fueron tratados con éxito, pero en 1 paciente (4%), cuya localización más frecuente fue de 12 cm de diámetro, se produjo una recurrencia 2 meses después de la curación completa. Se drenó una vez más y luego sanó sin problemas. En el grupo de aspiración con aguja, la media de las aspiraciones llevadas a cabo fue de 3,5 (rango 1-5) y el volumen medio de pus aspirado fue de 44,3 (rango 5-100) ml. En general, 3 de estas pacientes (14%) se tratan cada una con una sola aspiración y 10 pacientes (45%), con aspiraciones múltiples (Tabla 2). En 9 pacientes (41%), la aspiración con aguja no fue seguida por la curación y fue necesario la aplicación de la incisión y la técnica de drenaje (Tabla 3). No hubo recidivas en el grupo de aspiración con aguja durante el período de seguimiento. Hemos observado que en el grupo de aspiración con aguja los 10 pacientes con abscesos menores de 5 cm de diámetro fueron tratados con éxito, pero la aspiración con aguja se ha publicado correctamente sólo en 3 de los 12 pacientes con abscesos

mayores de 5 cm de diámetro ( $P < 0,05$ ). Además, la duración de los síntomas y el volumen de pus aspirado se consideraron los factores que predisponen al fracaso, mientras que la presencia de un pezón agrietado, *E. aureus* en la cultura de pus, y una historia de absceso o mastitis en períodos anteriores de la lactancia no fueron factores en el fracaso de la aspiración con aguja de los abscesos de mama en mujeres lactantes (tabla 4).

## **DISCUSIÓN.**

Los pacientes con abscesos de mama son más frecuentes en la sala de emergencia, y el drenaje continuado, se realiza mediante una pequeña incisión. Se ha sugerido que el drenaje quirúrgico puede ser sustituido por una aspiración repetida. La aspiración con aguja se realiza con una aguja grande, y la mayor cantidad de pus se aspira en cada intento; antibióticos también se administraron. Estos hallazgos dan lugar a la cuestión de qué técnica es la mejor para la gestión de los abscesos de seno. Los abscesos mamarios son comúnmente localizados en el cuadrante superior externo, que se corresponde con el hecho de que la mayor parte del parénquima mamario se encuentra en esa zona. En nuestro estudio, el 35% de las pacientes tenía un absceso en el cuadrante superior externo, y el 58% de los abscesos fueron en el pecho izquierdo. La mayor incidencia de absceso mamario durante la lactancia se ha estudiado que ocurre en las primeras 12 semanas del periodo posparto. En este estudio, la duración media de la lactancia antes de la formación de abscesos fue de 4 meses, pero en el 24% de los casos los abscesos se formaron en el primer mes. El patógeno más frecuente fue *E. aureus*, que fue aislado en un cultivo de pus en el 55% de nuestros casos. Se recomienda que cuando se haga un diagnóstico de la mastitis o absceso, se trate con antibióticos antiestafilocócico y la leche materna debe ser drenada amamantando o por bombeo. La duración recomendada del tratamiento antibiótico es de 10 días. En este estudio, todos los pacientes con mastitis y / o abscesos de mama recibieron ampicilina-sulbactam durante 10 días.

Una ruptura en la piel puede proporcionar un portal de entrada de gérmenes patógenos. En teoría, las bacterias pueden entrar a través de las grietas o fisuras en el pezón o la areola, sin embargo, las madres con grietas o dolor en los pezones suelen evitar la lactancia materna en el lado afectado, dando lugar a un aumento de la leche. El aumento de leche, en lugar de la presencia de bacterias que entran a través de la ruptura en la piel, puede ser una causa importante del desarrollo de la infección de los senos. En nuestro estudio, los abscesos fueron precedidos por grietas en los pezones en el 31% de los casos.

Todos los pacientes tratados con incisión y drenaje se recuperaron inicialmente sin incidencias, y 1 paciente presentó recayó en la enfermedad 2 meses más tarde. En este grupo, el 70% de los pacientes no estaban satisfechos con la apariencia estética de la cicatriz. En el grupo de aspiración con aguja, 9 pacientes (41%) no respondieron a la aspiración de la aguja y posteriormente requirió incisión y drenaje. El tiempo de curación media fue significativamente mayor en el grupo de incisión y el drenaje que en el grupo de aspiración con aguja, cuando los casos no curados del grupo de aspiración con aguja fueron excluidos del análisis.

La ecografía puede ser útil tanto en el diagnóstico de abscesos de mama como en la guía de colocación de la aguja. La ventaja citada por aspiración guiada por ecografía es la capacidad de reconocer y evaluar la adecuación del drenaje y la posibilidad de descartar mastitis simple.

La guía ecográfica no se utilizó en nuestro estudio. Algunos autores han afirmado que la aspiración de la aguja sin la guía del ultrasonido es eficaz en el tratamiento de abscesos de seno, mientras que otros recomiendan la guía del ultrasonido para la punción y aspiración con aguja. Hook y compañeros informaron que la aspiración percutánea de abscesos mamarios puede permitir el diagnóstico de abscesos mamarios y puede ser usado para tratar abscesos pequeños. Además, mientras que el drenaje parcial de los abscesos mayores de 3 cm puede ser paliativo, la incisión y drenaje puede seguir siendo necesario para su tratamiento definitivo. En este estudio, se intentó evaluar el valor de la aspiración con aguja a ciegas. Un estudio clínico aleatorio fue necesario para evaluar el beneficio de la guía del ultrasonido durante la aspiración con aguja en los pacientes con abscesos de seno.

Hubo una diferencia significativa entre la incisión y el drenaje y el grupo de aspiración con aguja en términos de si el tratamiento de los abscesos de seno se ha realizado correctamente ( $P < 0.05$ ). Los factores de riesgo en la insuficiencia de la aspiración con aguja para los abscesos de seno se encontraron abscesos mayores de 5 cm de diámetro, más grandes que el volumen promedio de pus aspirado, y el retraso en el tratamiento.

En conclusión, los abscesos de mama menores de 5 cm de diámetro en el examen físico se pueden tratar con las aspiraciones de la aguja repetidas, con buenos resultados cosméticos. La incisión y drenaje deben reservarse para los pacientes con grandes abscesos.