

TREN DE LA VÍA LÁCTEA 1

Tema: Afecciones de las mamas

Autor: Dra. Cristina Boccaccio

Fecha: Jueves 6 de septiembre

El objetivo de la presentación es comunicar la experiencia en nuestra Institución de una patología que representa un riesgo para el abandono de la lactancia: mastitis y absceso mamario.

Hemos analizado los datos de dicha patología desde el año 2007 hasta diciembre de 2011 y hemos observado dos hechos a destacar, por un lado el aumento de la incidencia y por otro el cambio bacteriológico.

Dentro de las afecciones inflamatorias de la mama podemos reconocer diferentes entidades, la ingurgitación mamaria que generalmente coincide con el período de lactogénesis 2, en el puerperio inmediato, bilateral y que no está asociada a un cuadro infeccioso, que cede rápidamente con técnicas de correcto vaciado de las mamas y los procesos infecciosos : mastitis y su complicación el absceso mamario, que puede presentarse en cualquier momento de la lactancia generalmente a partir de la segunda o tercera semana de puerperio.

La incidencia de absceso mamario varía en la literatura entre 0.5 a 10% de las mastitis diagnosticadas.

En nuestro hospital la incidencia de abscesos de mama en madres que amamantaban aumentó significativamente de 0.12 % en 2007 a 0.72% en 2011.

El factor de riesgo mas frecuentemente hallado en el 90% de los casos fue la presencia de grietas del pezón como puerta de entrada del microorganismo aislado en los cultivos, primiparidad en el 72% y el antecedente de ingurgitación mamaria.

El diagnóstico de absceso mamario es clínico con cuadros de fiebre y malestar general, asociados a lesiones unilaterales, dolorosas, localizadas en un cuadrante de la mama, con francos signos de flogosis. El diagnóstico de certeza se realiza por ecografía. El tratamiento del absceso es siempre el drenaje quirúrgico o por punción guiada por ecografía en los abscesos mas pequeños, menores a 5 cm.

Coincidiendo con los datos publicados sobre etiología de las infecciones de piel y partes blandas, comenzó a aislarse en el material obtenido por punción por piel sana, *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) con fenotipo de adquisición en la comunidad.

Este microorganismo resistente a oxacilina y por lo tanto a cefalosporinas, previamente se asociaba a pacientes con múltiples procedimientos invasivos en las Unidades de Terapia Intensiva, pero en los últimos años comenzó a aislarse en pacientes con infecciones de piel y partes blandas provenientes de la comunidad.

Nuestros datos muestran una prevalencia de SAMR en aumento alcanzando el 85% de los aislamientos en 2011. La bibliografía reconoce varios factores de riesgo asociados con infecciones por este germen, colonización previa, hacinamiento, pobres hábitos de higiene, bajo nivel socioeconómico, deportes de contacto, guarderías y comunidades cerradas. Muchos de estos factores de riesgo son comunes a la población atendida en nuestra Institución. Sin embargo, la prevalencia de SAMR no es la misma en diferentes comunidades como se ha demostrado en estudios realizados en nuestro país donde ésta varió de 5% en Tierra del Fuego a 81% en NOA. Este no es un dato menor ya que la presencia de SAMR en mas del 40% de los aislamientos obliga a modificar el tratamiento antibiótico empírico inicial según sensibilidad. Los antibióticos recomendados por la literatura son clindamicina, trimetoprima-sulfametoxazol y ciprofloxacina, ésta última de uso no aconsejado durante la lactancia.

Estos hallazgos no implican cambiar el tratamiento previo con cefalosporinas hasta no conocer la epidemiología de SAMR en la comunidad que estamos tratando.