



Nota clínica

Absceso mamario neonatal

Victoria Domínguez León^a, M.^a del Mar Estepa Jiménez^a,
Estela Membrillo Contioso^b, Cristóbal Coronel Rodríguez^c

Publicado en Internet:
12-marzo-2024

Victoria Domínguez León:
victoriadominguezleon@gmail.com

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

• ^bZona Básica de Salud Condado Occidental. Huelva. España • ^cPediatra. CS Amante Laffón. Sevilla. España.

Palabras clave:

- Absceso mamario neonatal
- Mastitis neonatal

Resumen

Presentamos el caso de una niña de 27 días de vida, sin antecedentes de interés, que acude a su pediatra por edema y hematoma en la mama derecha. La paciente acude al día siguiente a las urgencias hospitalarias por evolución del cuadro hacia un absceso mamario, teniendo que ser ingresada e iniciando tratamiento antibiótico intravenoso. Dada la mala evolución, y a pesar del tratamiento antibiótico, se decide intervención quirúrgica mediante drenaje y lavado de la cavidad. Finalmente, se resuelve el cuadro sin secuelas posteriores.

Key words:

- Neonatal breast abscess
- Neonatal mastitis

Abstract

We present a 27-day-old girl with no significant medical history who attended pediatric consultation presenting with edema and hematoma in her right breast. The patient was admitted the next day following examination in ER due to the worsening of a starting breast abscess and was treated with intravenous antibiotic therapy. Due to the worsening of the condition and despite the intravenous antibiotic therapy, a surgical treatment was performed consisting in draining the abscess and washing the cavity. Finally, the problem was solved without any consequences.

Neonatal breast abscess: a case report

INTRODUCCIÓN

La mastitis es una inflamación de la mama que se puede acompañar de un proceso infeccioso. La mastitis neonatal ocurre más frecuentemente en los dos primeros meses de vida y la teoría principal la relaciona con la hipertrofia fisiológica mamaria en los recién nacidos. Se diferencia de esta última entidad por los hallazgos clínicos característicos, que son el eritema, la induración y el dolor. En más de la mitad de los casos de mastitis se forma un

absceso. La gran mayoría de los casos son unilaterales y tienen buen pronóstico¹. Esta entidad tiene mayor predominio en el sexo femenino².

CASO CLÍNICO

Neonato de 27 días de vida que acude a su pediatra de Atención Primaria por edema y hematoma leve en mama derecha. Sin antecedentes familiares ni personales de interés. Sexo femenino, alimentada con lactancia artificial desde el nacimiento. No

Cómo citar este artículo: Domínguez León V, Estepa Jiménez MM, Membrillo Contioso E, Coronel Rodríguez C. Absceso mamario neonatal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:71-4. <https://doi.org/10.60147/e775a20f>

presenta irritabilidad ni molestias a la palpación. No sintomatología sistémica. Su madre niega traumatismo y manipulación. No antecedentes infecciosos. Se aconseja calor local y revisión en una semana. Se recomienda acudir a urgencias hospitalarias si fiebre, irritabilidad o aumento de tamaño.

Al día siguiente, la paciente acude al Servicio de Urgencias del hospital por aumento de la tumoración mamaria y por presentar una coloración violácea desde hacía unas 4 horas. No secreciones ni dolor, afebril en todo momento. En la exploración, se describe una placa de celulitis y areola abscesificada en mama derecha, siendo la mama izquierda normal. Se extrae analítica con proteína C reactiva (PCR) de 0,6 mg/l, bioquímica básica y hemograma normales. Se contacta con Cirugía Pediátrica, que recomienda ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso.

Durante el ingreso, se realiza tratamiento intravenoso con cloxacilina 100 mg/kg/día y gentamicina 5 mg/kg/día, objetivándose en las primeras 24 horas una disminución del eritema e inflamación del pezón/areola, con una secreción purulenta en zona central. En el segundo día de ingreso, la paciente presenta aumento del eritema cutáneo con placa de celulitis, edema, coloración amarillenta/verdosa, fluctuación y aumento de la temperatura local. Se vuelve a contactar con Cirugía Pediátrica, que indica traslado de la paciente para valorar drenaje de absceso.

A la exploración inicial por Cirugía se observa absceso mamario derecho de tres centímetros aproximadamente con máxima fluctuación en zona central, sin drenaje espontáneo, con eritema e impactación de piel perilesional (Figura 1). Se realiza drenaje de absceso mamario con lavado de cavidad con suero fisiológico, se deja mecha de gasa orillada y se toma muestra para cultivo, en el que se aísla *Staphylococcus aureus*, por lo que se suspende el tratamiento con gentamicina, pero se continúa con la cloxacilina intravenosa a 100 mg/kg/día.

La paciente presenta una buena evolución clínica durante su estancia hospitalaria, con buen aspecto de la herida, no presentando signos de inflamación ni edema, por lo que al quinto día de ingreso se pasa a cefadroxilo oral a 30 mg/kg/día para completar seis días de tratamiento antibiótico. Al día siguiente, se procede al alta domiciliaria con cefadroxilo oral a 30 mg/kg/día durante 5 días más y curas locales de la herida con clorhexidina. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin secuelas posoperatorias (Figura 2).

DISCUSIÓN

La mastitis y el absceso mamario neonatal son relativamente frecuentes, ambos presentan un desafío para los pediatras dada la vulnerabilidad de

Figura 1. Evolución del absceso en mama derecha en lactante de 29 días, sin mejoría tras antibioterapia intravenosa. Empeoramiento tras ingreso



Figura 2. Imagen de la mama derecha tras el proceso infeccioso y el procedimiento quirúrgico. Paciente asintomática y sin secuelas posteriores



los recién nacidos y la necesidad de un enfoque terapéutico cuidadoso, por lo que es importante conocer su manejo.

Debemos realizar en etapas iniciales un diagnóstico diferencial con la intumescencia mamaria neonatal o hipertrofia fisiológica mamaria. Se trata de una condición benigna y autolimitada, producida por la influencia hormonal que suele ser bilateral, y que en algunas ocasiones puede llegar a presentar producción láctea (popularmente llamada “leche de brujas”) que se tendía a vaciar en un pasado³. La manipulación mamaria está directamente relacionada con el desarrollo de mastitis, por lo que está totalmente proscrita ante la posibilidad de producirse la misma⁴. Es importante recalcar la importancia de la ecografía en casos que nos generen dudas para un correcto manejo desde el inicio del cuadro, ya que la falta de criterios diagnósticos establecidos puede llevarnos a diagnósticos iniciales erróneos³.

El germen más frecuentemente aislado en este tipo de infecciones es el *Staphylococcus aureus*⁵, el mismo que se aisló en nuestra paciente. La analítica suele mostrar alteraciones de tipo infeccioso en el hemograma y elevación de la PCR, no estando presentes en nuestro caso. La ecografía, como ya hemos comentado, aporta un diagnóstico precoz y ayuda a diferenciar en fases más avanzadas entre la mastitis y el absceso mamario⁶. En este caso no fue necesaria dada la rápida evolución y el diagnóstico evidente. Respecto al tratamiento, la antibioterapia intravenosa es el tratamiento de elección. Cuando se establece el absceso mamario, y en casos seleccionados, el drenaje quirúrgico mejora la resolución del absceso y reduce la necesidad de terapia antibiótica prolongada.

Generalmente, la infección permanece confinada a la mama. Sin embargo, tiene el potencial de generar complicaciones locales como fascitis, celulitis, osteomielitis e incluso sepsis generalizada². Además, debemos destacar que tanto el propio proceso inflamatorio en la mama, como las posibles cirugías derivadas de él, pueden dejar una serie de cicatrices residuales que en el caso de las mujeres pueden conllevar alteraciones estéticas en un futuro con consecuencias psicológicas importantes. Por estas razones son fundamentales un diagnóstico y tratamiento precoces.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: recogida, análisis e interpretación de los datos (MMEJ), recogida, análisis e interpretación de los datos, concepción, diseño y redacción del artículo (VDL), material de estudio (EMC), material de estudio, revisión crítica y aprobación final del manuscrito (CCR).

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

PCR: proteína C reactiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brett A, Gonçalves S, Luz A, Martins D, Oliveira H, Januário I, Rodrigues F. Mastite neonatal: experiencia de 12 años. *Acta Med Port.* 2012;25(4):207-12.
2. Saxena AK, Sodhi KS, Yadav MK, Mahajan JK, Khandelwal N. Neonatal breast abscess. *J Pediatr Intensive Care.* 2012;1(1):43-4. <https://doi.org/10.3233/PIC-2012-008>
3. Martínez Sebastián A, Roselló Guijarro M, Pérez Parets CA. Importancia del diagnóstico diferencial ecográfico en la intumescencia mamaria gigante neonatal: reporte de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2021;23:409-12.
4. Jean Bertrand KA, Rose NK, Franck LG, Célestin BA, Ibrahim T, N'gouan Constance BU. Mastitis and breast abscess in newborns and infants. *Afr J Paediatr Surg.* 2022;19(4):238-40.
5. Masoodi T, Mufti GN, Bhat JI, Lone R, Arshi S, Ahmad SK. Neonatal mastitis: a clinico-microbiological study. *J Neonatal Surg.* 2014;3(1):2.
6. Borders H, Mychaliska G, Gebarski KS. Sonographic features of neonatal mastitis and breast abscess. *Pediatr Radiol.* 2009;39(9):955-8. <https://doi.org/10.1007/s00247-009-1310-x>