

SECCION DE LOS RESIDENTES

Absceso de Mama

Gustavo Gómez Tabares*
Augusto Botero Tejada**

Teniendo en cuenta que el absceso de mama es una entidad relativamente frecuente en nuestra consulta de urgencias y en vista de que no se ha unificado el criterio de tratamiento en el Hospital Universitario del Valle, se decidió hacer un estudio clínico-bacteriológico, revisar la literatura al respecto y hacer las recomendaciones terapéuticas resultantes de este trabajo.

Material y Métodos

Se estudiaron pacientes que consultaron al servicio de urgencias gineco-obstétricas con absceso de mama, entre Enero y Diciembre de 1974.

Se tuvo en cuenta solo a aquellas que consultaron durante el día y no en fines de semana, para tomar el cultivo, dada la dificultad de conservar y procesar las muestras. El estudio se realizó en 30 pacientes, en su gran mayoría en período de lactancia.

En el Servicio de Sépticas, previo lavado y asepsia del seno afectado, y sin anestesia, se practicó una incisión radial o para-areolar, en la zona de la piel en donde se encontró la parte más renitente del absceso.

Una vez incidida la piel, se tomó el cultivo del material evacuado y se procedió a divulsionar con pinzas de Kelly. Por expresión de la zona se extrajo todo el material purulento y generalmente se colocó un drenaje de Pen-rose.

Se citó a las pacientes a curaciones entre las 24 y 48 horas y de acuerdo a su evolución se enviaron al Centro de Salud más cercano a su residencia, con el fin de que allí continuaran las curaciones, que por lo general, eran pocas. Este hecho nos impide conocer el tiempo de curación del absceso.

Inicialmente se formuló a las pacientes penicilina - estreptomina, pero estos antibióticos se cambiaron, después de obtener los primeros cultivos, por prostafilina o eritromicina.

Resultados

De las 30 pacientes estudiadas la mayor incidencia de absceso se presentó entre los 20 y 29 años, corres-

* Residente de tercer año, Departamento de Obstetricia y Ginecología.

** Residente de tercer año, Departamento de Obstetricia y Ginecología.

División de Salud, Universidad del Valle. Cali.

pondiendo a este período un 60% de los casos (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1**ABSCESOS DE MAMA
EN RELACION CON LA EDAD DE LAS PACIENTES**

Edad	N° de Casos	Porcentaje
Menos de 15 años	1	3.4%
10 — 19 años	5	16.6%
20 — 29 años	18	60.0%
30 — 39 años	3	10.0%
40 años y más	3	10.0%

El mayor porcentaje de pacientes estaba en período de postparto y lactando (83.4%).

Una de ellas tenía 8 meses de postparto y aun lactaba. El tiempo promedio de aparición del absceso fue de 41 días de puerperio. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2**ABSCESOS DE MAMA
EN RELACION A LA LACTANCIA Y POSTPARTO**

Tiempo de postparto	N° Pacientes	Porcentaje
0 — 15 días	1	3.4%
16 — 30 días	12	40.0%
31 — 60 días	9	30.0%
Mayor de 60 días	3	10.0%
No lactantes	5	16.6%

Estos datos se aproximan a los presentados por Benson y Goodman (2) quienes obtuvieron la mayor incidencia de abscesos en pacientes lactantes entre la segunda y cuarta semana de puerperio. Se relacionó también la paridad con la presencia de abscesos mamarios y se obtuvo el porcentaje más alto entre las primíparas (40%), seguido de las secundíparas (33.3%), (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3**ABSCESOS DE MAMA
EN RELACION CON LA PARIDAD**

N° de Hijos	N° de Pacientes	Porcentaje
0	1	3.4%
1	12	40.0%
2	10	33.3%
3	4	13.3%
Más de 3	3	10.0%

La localización del absceso no tuvo diferencia importante, en relación a la mama derecha o izquierda, habiéndose encontrado casi igual número en uno y otro lado.

No se especifica en nuestro trabajo si el absceso era subareolar o intraparenquimatosos, lo que no es importante para el pronóstico a no ser que se tenga en cuenta si es uni o multicelular (1). A todas las pacientes se les tomó cultivo del material drenado, hubiesen o no recibido antibióticos previamente. Se obtuvo un porcentaje considerable de cultivos con Estafilococo Coagulasa Positivo (73.3%), todos productores de penicilinas. (Cuadro N° 4).

CUADRO N° 4**CULTIVO DE GERMEEN EN ABSCESOS
DE MAMA**

Germen	N° de Casos	Porcentaje
Estafilococo coagulasa positivo	22	73.3%
Estafilococo Patógeno	2	6.7%
Estreptococo beta hemolítico	2	6.7%
Klebsiella Aerobácter	1	3.3%
Enterococo	1	3.3%
Negativo para patógenos	2	6.7%

Estos datos de cultivos son similares a los informados en diferentes artículos sobre abscesos mamarios, especialmente el hallazgo del estafilococo coagulasa positivo (1, 5).

Los antibiogramas de los cultivos señalaban sensibilidad "in vitro" en un porcentaje alto para la eritromicina y la gentamicina y un poco menor para la prostafilina y la cefalotina. (Cuadro Nº 5).

CUADRO Nº 5

SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS, DE LOS GERMENES ENCONTRADOS EN ABSCESOS DE MAMA

Antibiótico	Nº Casos	Sensible	Porcentaje
Eritromicina	30	28	93.3%
Gentamicina	30	26	86.7%
Prostafilina	30	17	56.7%
Cefalotina	30	14	46.7%

Cuando la paciente regresaba a control o curación a las 24 o 48 horas, se le ordenó el antibiótico de acuerdo al informe obtenido en el cultivo; se dejó que continuaran con ellos hasta la resolución completa del proceso.

Solo se obtuvo un caso de recidiva (3.4%) al contrario de lo informado por otros autores quienes obtuvieron recidivas mayores, entre el 13 y 24% (1, 8).

Comentarios

Existen dos tendencias definidas en cuanto se refiere al tratamiento quirúrgico del absceso de mama; la primera y más popular consiste en incidir la piel, extraer el material purulento, colocar un drenaje y dejar la herida abierta; es la llamada **técnica abierta** (8).

La otra técnica, llamada **técnica cerrada**, consiste en abrir la piel, evacuar el absceso, practicar un raspado de las paredes del absceso y cerrar nuevamente el pecho en un solo bloque.

Benson y Goodman (1) presentan una estadística de 145 pacientes trata-

das con esta segunda técnica de curetaje y cierre de la herida, con un buen porcentaje de curación y una incidencia de recidivas similar a la obtenida con la técnica abierta.

La razón por la cual se raspa la cavidad del absceso y se cierra, explica los beneficios del procedimiento: La pared del absceso que consiste en tejido de granulación es impermeable a los antibióticos circulantes; una vez que el tejido de granulación es removido, se franquea la barrera a los antibióticos permitiendo así su paso a la cavidad del absceso, o al tejido infectado residual.

El tiempo de curación de la técnica cerrada fue de 21 días y el de la técnica abierta 27.9 días; las recidivas fueron similares.

En nuestro estudio todas las pacientes se manejaron con la técnica abierta, presentándose una sola recidiva; sin embargo no se pudo precisar el tiempo de curación total por la falta del control de las pacientes. Es práctica común el formular dietil-etilbestrol y antibióticos en la etapa inicial de tratamiento de un absceso de mama en pacientes lactantes porque se piensa, aunque no se ha demostrado, que el etilbestrol y los estrógenos en general, pueden reducir la congestión mamaria, inhibir la lactancia o aun suprimirla y disminuir las molestias presentadas por la paciente.

Actualmente existe controversia sobre su uso en estos casos y predomina más la tendencia a no usarlo. Ellis (6) afirma que no existen evidencias que demuestren que el etilbestrol suprime la lactancia humana y aun más, sugiere que el tiempo de curación del absceso aumenta pues se produce estasis lácteo en los conductos galactóforos centrales, con el consiguiente recargo mamario.

Daniel y cols. (4) demostraron que existe una relación directa entre la administración de etilbestrol y la trombosis venosa profunda, al igual que con alteraciones de los factores de coagulación.

Benson y Goodman encontraron datos sobre el aumento del tiempo de curación con el intento de inhibición estrogénica de la lactancia (2). No es probable pues, que el etilbestrol inhiba la lactancia humana efectivamente y que esta inhibición acorte el tiempo de curación de los abscesos de mama.

La administración de antibióticos ha sido también un motivo de controversia. En efecto, Mills (9) opina que los antibióticos retardan la velocidad o tiempo de curación del absceso, puesto que propician la formación de "antibiomas", que describen como abscesos multilobulados, de pared gruesa e impermeable a los antibióticos circulantes en la sangre. Opina además que cuando la terapia antibiótica se prolonga antes del drenaje quirúrgico, la intervención se hace más difícil y las oportunidades de una resolución total se hacen remotas. Puede concluirse que el uso indiscriminado de antibióticos es más perjudicial que benéfico.

Se describe en la literatura una recurrencia frecuente en los abscesos de mama (1, 3, 5) y se analizan algunas causas de estas recurrencias, entre las cuales se debe tener en cuenta las siguientes:

Carcinoma: A una lesión persistente con recurrencia de absceso se le debe tomar biopsia de la piel o del pezón en busca de un proceso maligno (5). z

Abscesos subareolares: Presentan una alta incidencia de recurrencia y generalmente son bilaterales.

Inversión del pezón: Se produce por engrosamiento y acortamiento de los conductos debido a inflamación crónica. Ekland y Zeigler (5) encontraron inversión del pezón en un 9% de los abscesos que se presentaron por primera vez y un 19% en absceso recurrente. Carswell y Maler (3) dan como teoría de inversión del pezón la obstrucción y maceración de los conductos galactóforos. Con frecuencia la recurrencia de los abscesos subareolares producen fistulas perareolares, proceso que mejora con la extirpación del pezón (8).

Conclusiones

1. El absceso de mama se presenta más frecuentemente en púerperas entre la segunda y la cuarta semana del puerperio y en mujeres que han tenido su primer segundo hijo.

2. El germen más frecuentemente encontrado es el *Estsafilococo* coagulasa positivo, productor de penicilinas y sensible en muy alto porcentaje a la eritromicina, la gentamicina y la prostafilina, lo cual se debe tener en cuenta una vez se inicie el tratamiento antibiótico.

3. El tratamiento quirúrgico con drenaje y curaciones posteriores según la técnica abierta ha dado buen resultado en cuanto a evolución clínica y solo se presentó un caso de recurrencia.

4. El etilbestrol no debe usarse para inhibir la lactancia previo al drenaje del absceso.

5. El uso de antibióticos debe limitarse a los procesos inflamatorios antes de la formación del absceso, nunca antes del drenaje.

6. No debe olvidarse que en absceso recurrente debe buscarse la po-

sibilidad de una lesión maligna en la piel o pezón.

7. La inversión del pezón produce recurrencia de los abscesos subareolares y se deben extirpar si esto sucede.

8. Si se espera disminuir la incidencia de recurrencias de los abscesos subareolares por medidas quirúrgicas, es necesario considerar seriamente la excisión ductal total.

Conclusions

1. The breast abscess is more frequently present in puerpera women between the second and fourth week of puerperium and in women who have had their first or second child.

2. The most frequently found germ is *positivo* Coaguias a staphylococcus, producer of penicillin and extremely sensible to erythromycin, gentamycin and prostaphilin, facts that must be taken into account upon initiation of an antibiotic treatment.

3. The surgical treatment with drainage and subsequent dressings according to open techniques, have given good results with regards to the clinical evolution and there was only one case of recurrence.

4. Ethylbestrol must not be used to inhibit lactancy prior to drainage of the abscess.

5. The use of antibiotics must be limited to inflammatory processes prior to formation of the abscess, never prior to drainage.

6. It must not be overlooked that in the event of a recurrent abscess,

the possibility of a malignant injury must be studied.

7. The inversion of the nipple causes recurrence of subareolar abscesses which, if present, must be extirpated.

8. If it is expected to decrease incidence of recurrences of subareolar abscesses by means of surgical measures, the complete ductal removal must be taken into consideration.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BENSON, E. A. and GOODMAN, M. A. "Incision with Primary Suture in the Treatment of Acute Puerperal Breast Abscess". Brit. J. Surgery 57: 55-58, 1970.
- 2 BENSON, E. A. and GOODMAN, M. A. "An Evaluation of the Use of Stelbestrol and Antibiotics in the Early Management of Acute Puerperal Breast Abscess". Brit. J. Surgery. 57: 255-58, 1970.
- 3 CARSWELL, H. T. and MALER, W. P. "Chronic Recurrent Periareolar Abscess Secondary to inversion of the Nipple". Surgery Gynec. Obstet. 128: 597-599, 1969.
- 4 DANIEL, D., BIEM, A. L., GIDDING, J., CAMABELL, H. and TURNBULL, A. "Increased Factor IX Levels in Puerperium during Administration of Diethylstilbestrol". Brit. Med. J. 1: 801-803, 1968.
- 5 EKLARD, D. A. and ZEIGLER, M. G. "Abscess in the Non-Lactating Breast". Arch. of Surgery 107: 398-401, 1973.
- 6 ELLIS, M. "The Casualty Officer's Handbook". Butterworths. London 1966 p. 185.
- 7 GOLDEN, G. and FISHER, J. "Areolar Reconstruction for Chronic Subareolar Abscess of the Breast". Surgery, Gynec. Obstet. 138 609-610, 1974.
- 8 KNIGHT, I. C. S. and NOLAN, B. "Breast Abscess". Brit. Med. J. 1: 1.224-1.226, 1959.
- 9 MILLS, C. P. "Mammary Abscess Disadvantages of Antibiotics in its Management". Brit. Med. J. 1: 1.427-1.429, 1953.