

TALLER PATOLOGÍA MAMARIA
KATHERINE MITCHELL

CONGRESO LACTANCIA PAMPLONA 2022



Resumen

- Fisiopatología
 - Excesiva secreción láctea & disbiosis
 - Estrechamiento de los ductos
 - Mastitis inflamatoria
 - Mastitis bacteriana
 - Flemón
 - Absceso
 - Galactocele
- Recomendaciones

Introducción

XI CONGRESO NACIONAL DE
LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

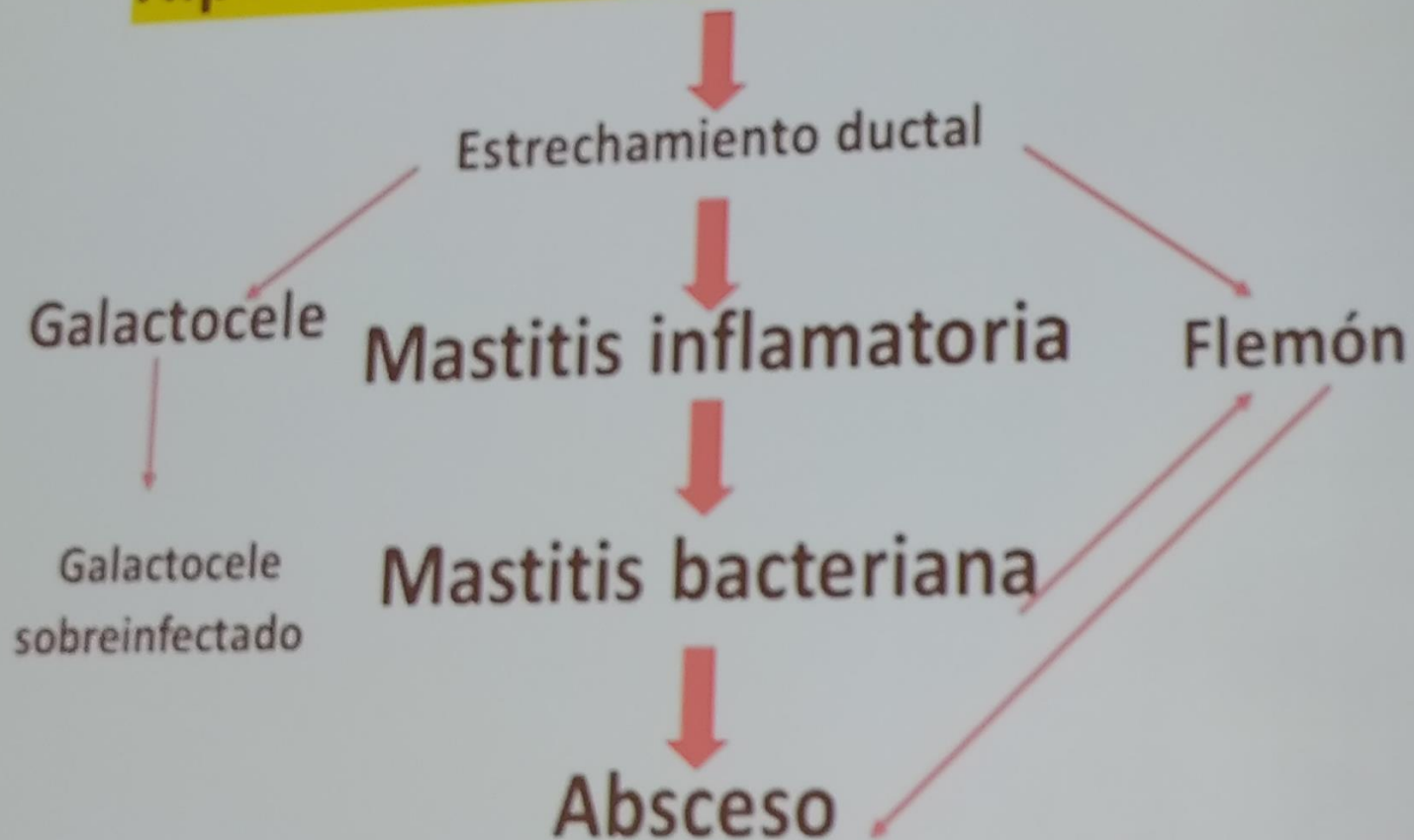
- En el pasado, la mastitis era valorada como una entidad simple
- Pero en realidad, es un espectro de enfermedad que resulta de la inflamación de los ductos y del edema del estroma (inflamación de tejido conectivo)
- Muchas complicaciones de este abanico ocurren al malinterpretar la fisiología de la mama, y de forma yatrogénica por un mal consejo sanitario



La ABM publicará en MAYO el protocolo#36 actualizado de MASTITIS.

La MASTITIS es un espectro de diferentes problemas/afecciones (conditions) como resultado de INFLAMACIÓN de CONDUCTOS y EDEMA del ESTROMA

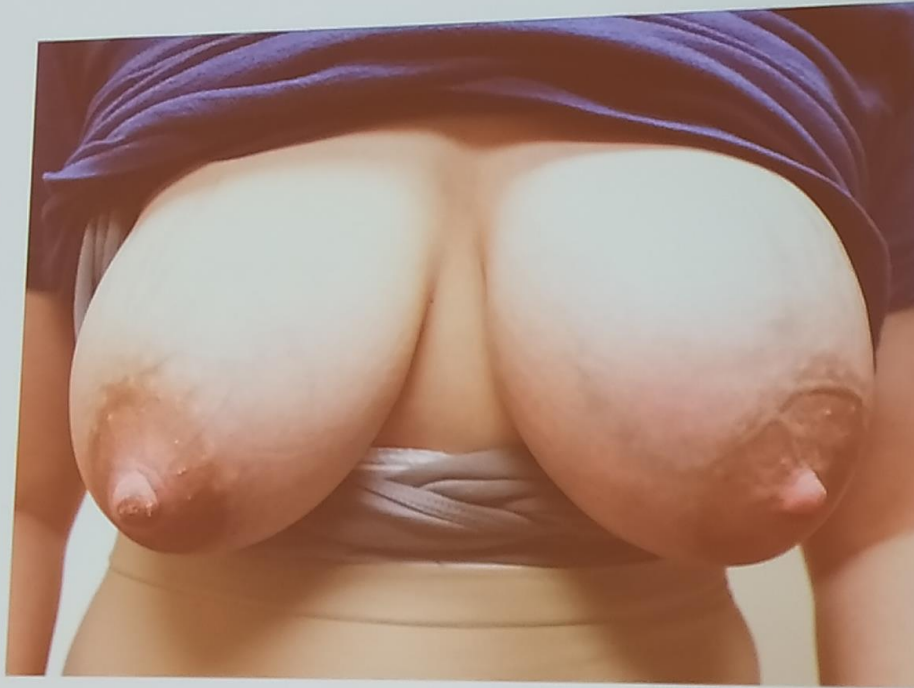
Hipersecreción de leche +/- Disbiosis



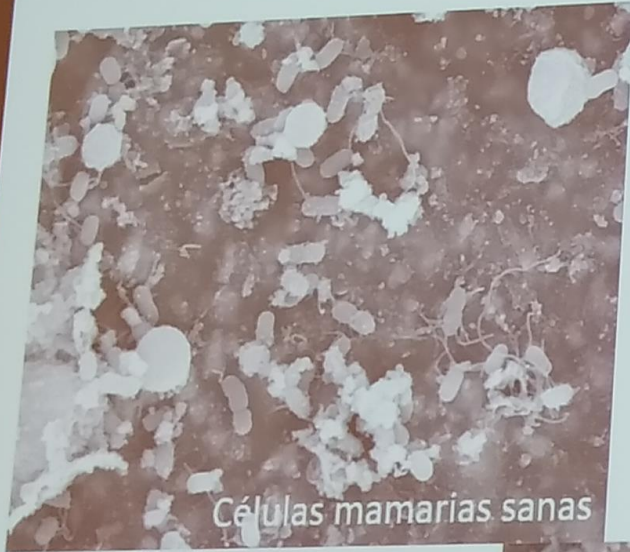
- **Disbiosis** o desequilibrio de la flora que genera biofilms y por tanto **estrechamiento ductal**.
- **Hipersecreción láctea**
- Todo es un tema sobre equilibrio/desequilibrio

Hipersecreción o Exceso de producción

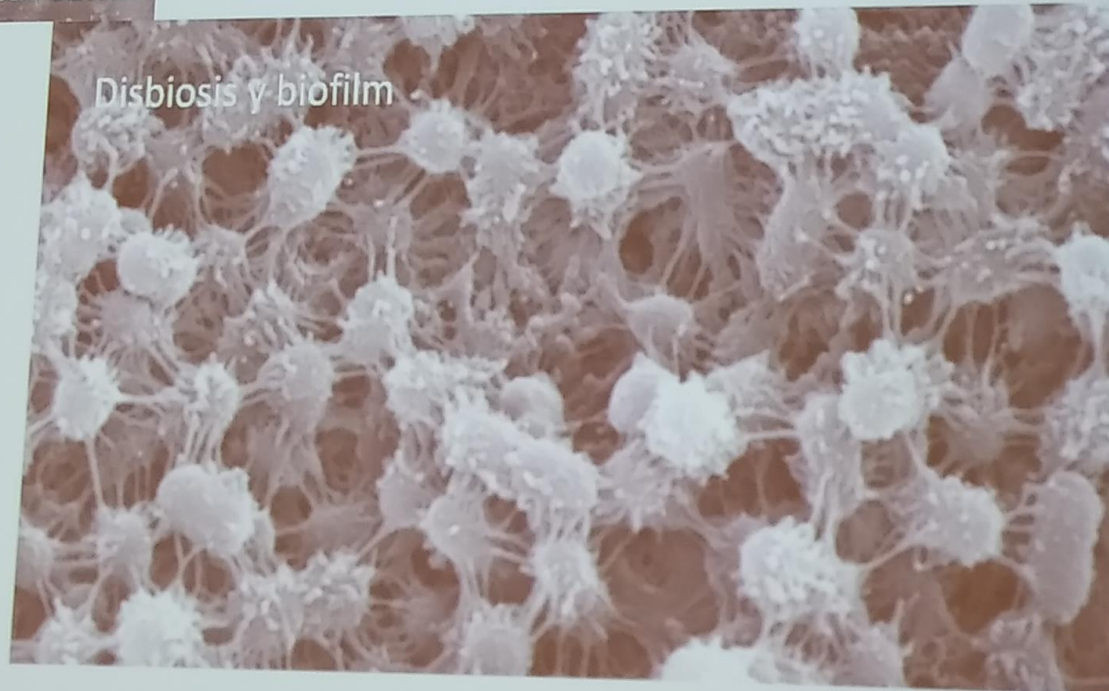
- No hay una definición precisa
- Producción de leche en exceso por necesidades del bebé
- Puede focalizarse en un solo pecho o en un cuadrante mamario/sistema ductal



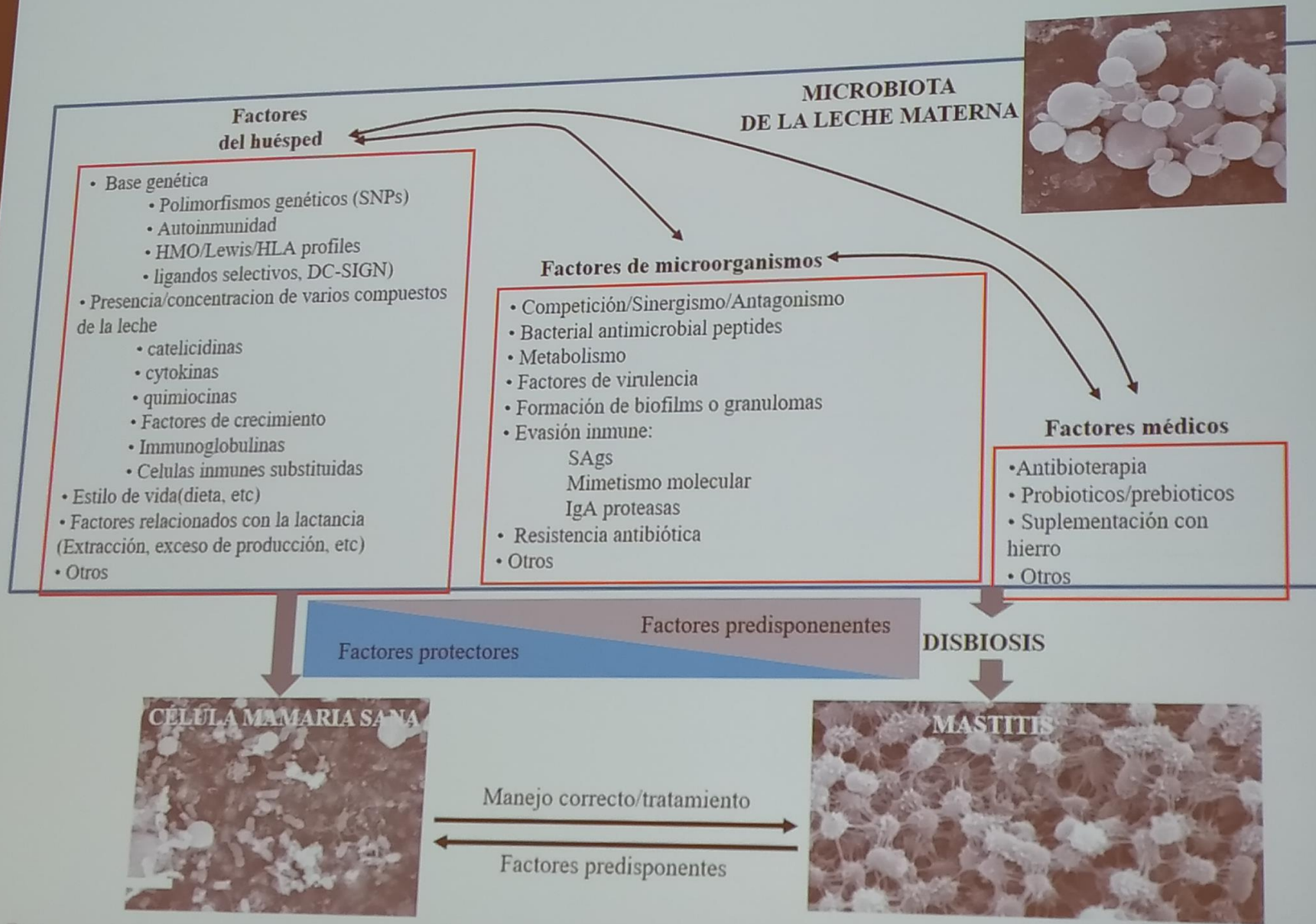
Disbiosis: Desequilibrio de la flora



Células mamarias sanas



Disbiosis y biofilm



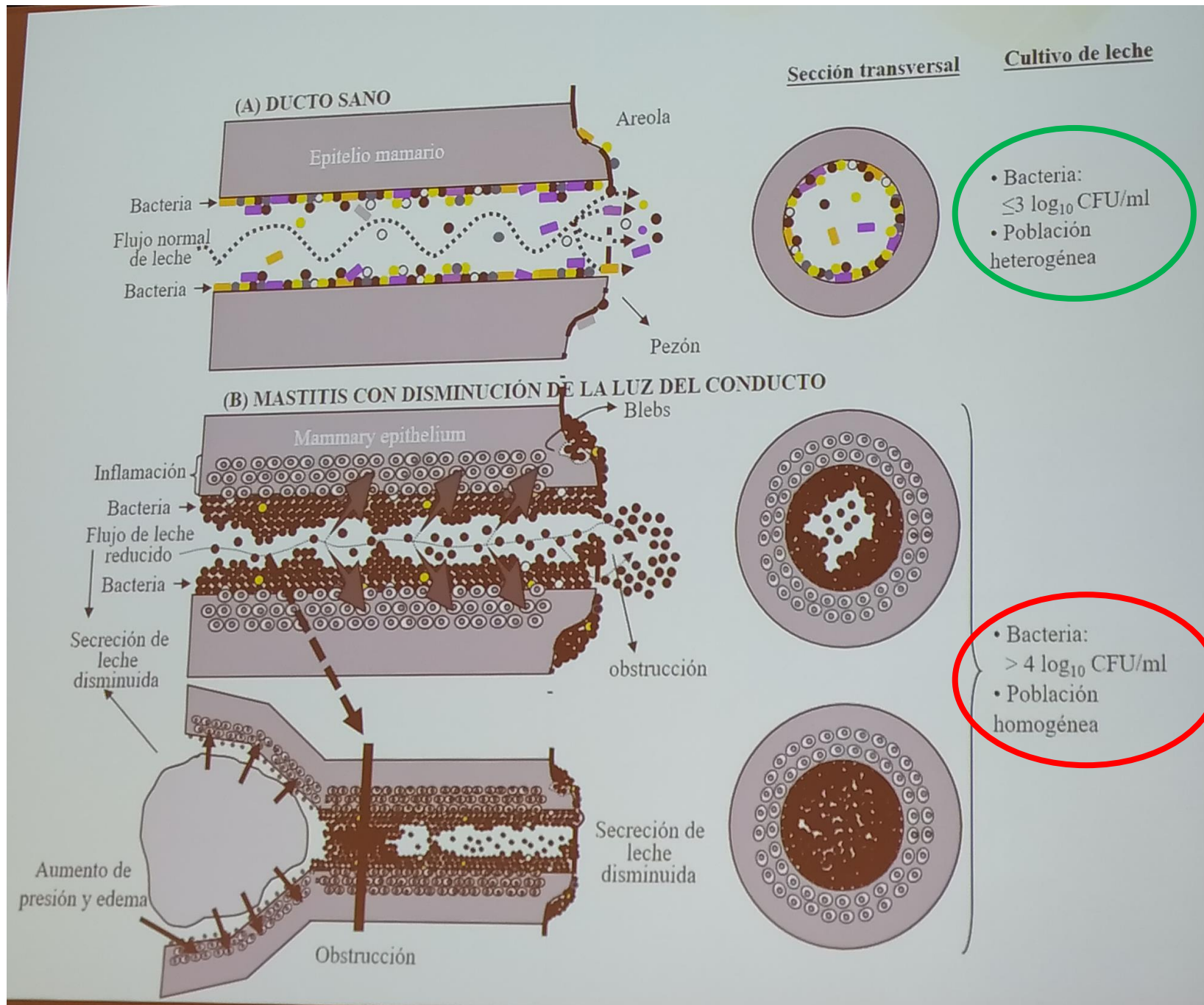
- La **microbiota** depende de factores del huésped, de los propios microorganismos y factores médicos, que pueden desequilibrar el balance entre protectores y predisponentes a la **DISBIOSIS**.

Factores que pueden tener un rol en la composición de la microbiota de leche materna y en proteger o predisponer a una mastitis.

- No hay evidencia científica que apoye que la estasis de leche sea causa de mastitis
- La mama es una glándula con retroalimentación negativa – no sirve solo de almacén (como la vejiga)
- Si tratamos de “vaciar” la mama, solo estamos añadiendo más coches al atasco

- Si tratamos de “vaciar”, estamos añadiendo más CONGESTIÓN.

NO HAY EVIDENCIA DE QUE LA CAUSA DE LA MASTITIS SEA UN “mal vaciado” o “leche atascada”

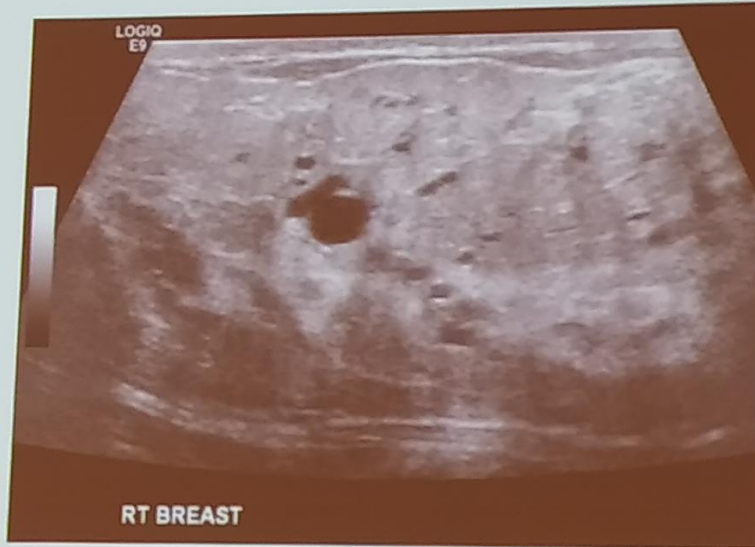


La disminución de la luz de un conducto genera un OBSTRUCCIÓN en él y por FUERA, una PERLA DE LECHE (*nipple bleb*)

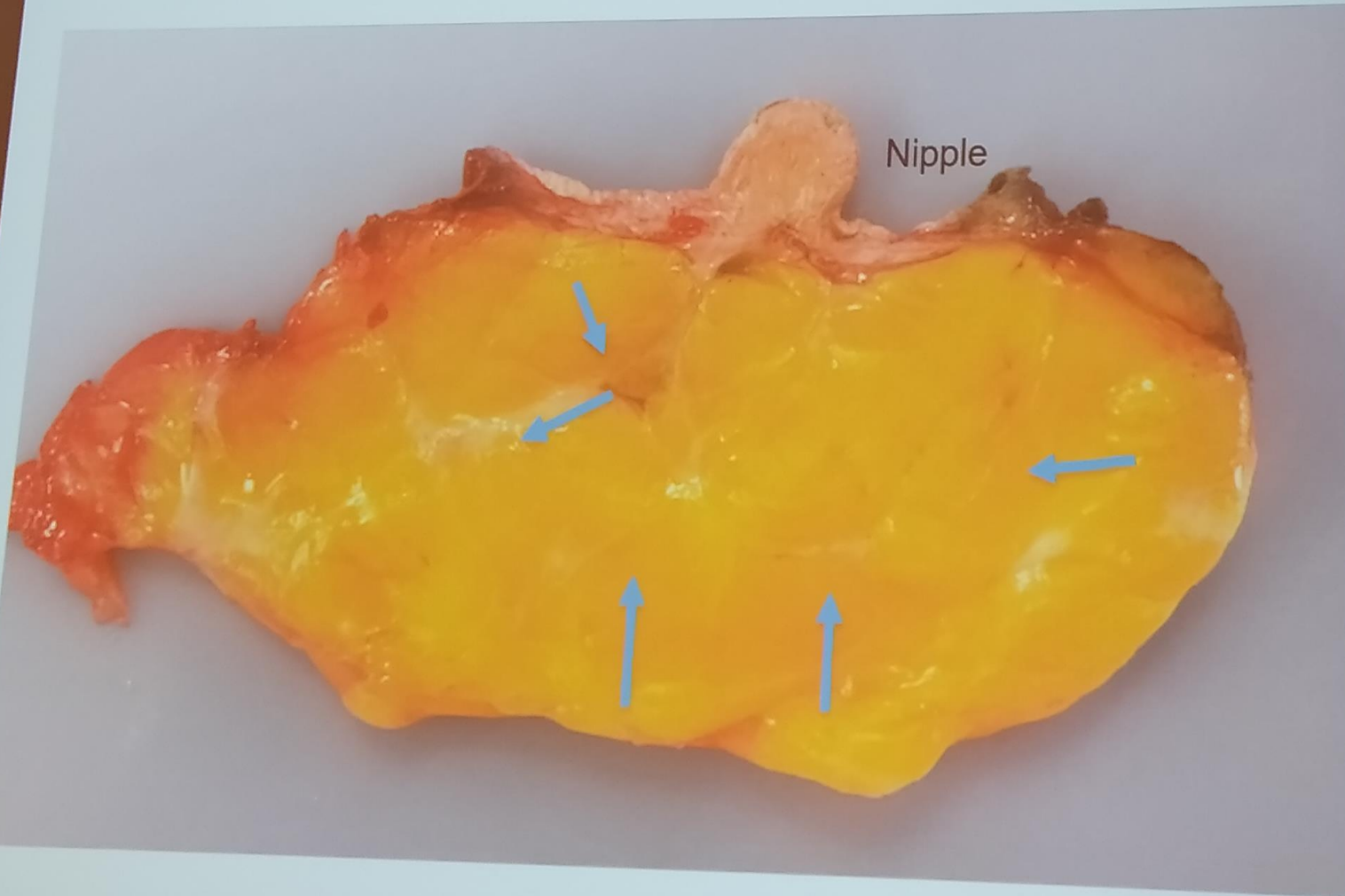
Insistir en la EXTRACCIÓN de ese pecho con los conductos “estrechados” es aumentar la producción de leche que NO PUEDE SALIR y por tanto la CONGESTIÓN, y de ahí podemos llegar al ABSCESO.

Estrechamiento del ducto ("obstrucción")

- Inflamación de los ductos y estrechamiento relacionado con la distensión alveolar y/o disbiosis de la microbiota mamaria
- **Síntomas**
 - Area sensible o bulto
 - No eritema, fiebre ni síntomas sistémicos.
 - Puede notar Alivio después de la toma o tras extracción porque es simplemente drenar esa leche
 - No obstante es un círculo vicioso ya que se añaden más coches a la autopista.



Abundantes ductos mamarios

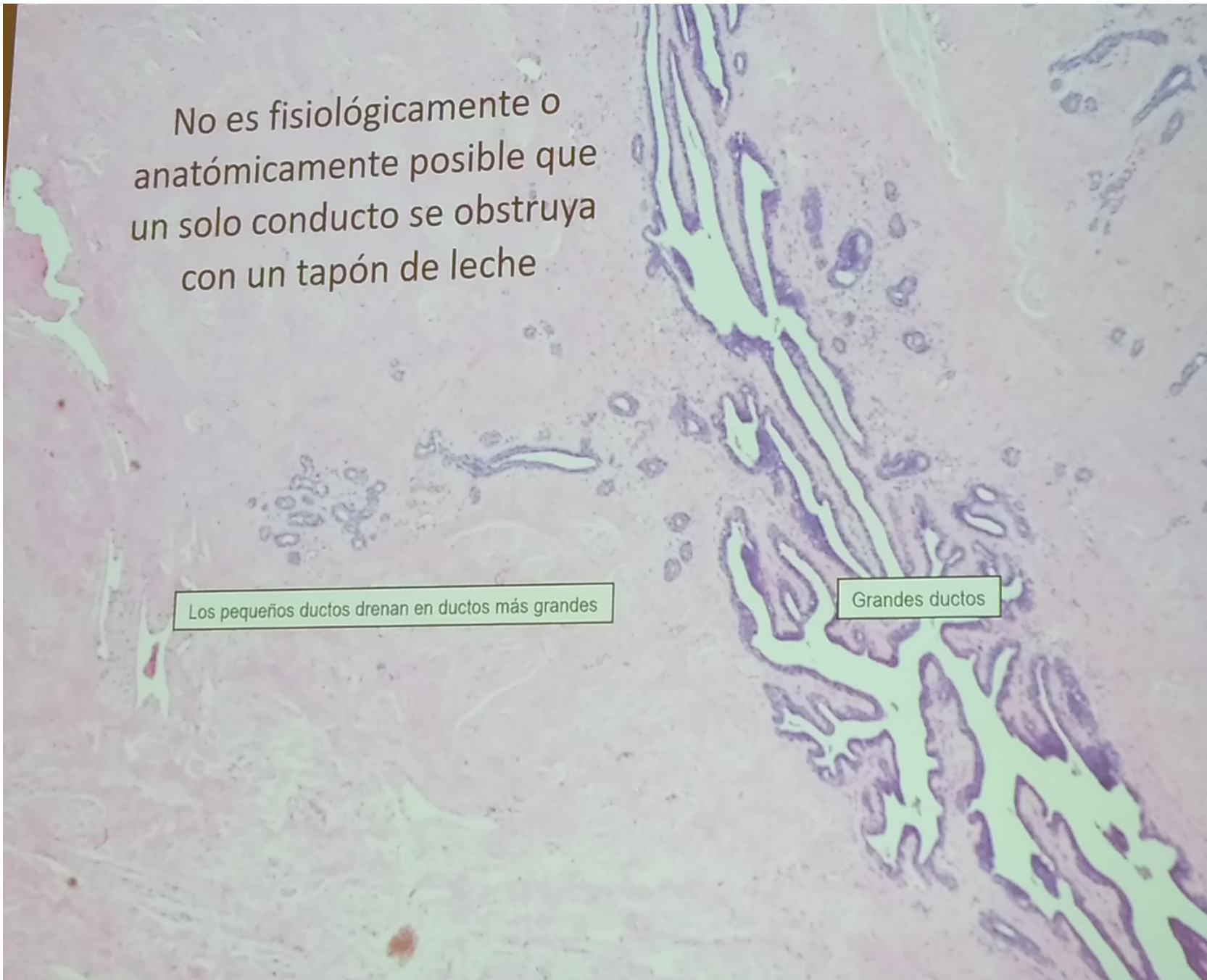


- Hay cientos de conductos finos como pelos, “exprimirlos” con fuerza para “vaciarlos”, NO funciona.

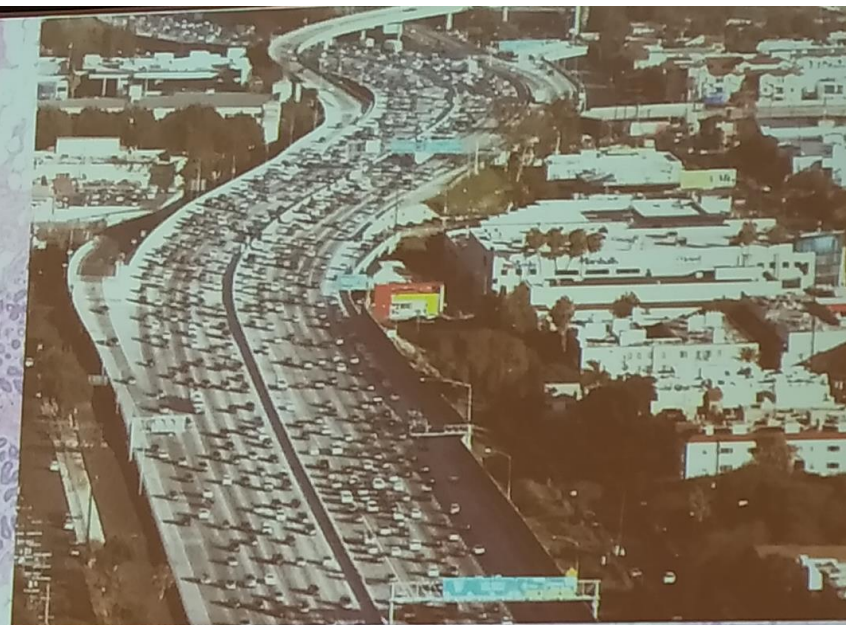
No es fisiológicamente o anatómicamente posible que un solo conducto se obstruya con un tapón de leche

Los pequeños ductos drenan en ductos más grandes

Grandes ductos



Las extracciones con objeto de prevenir la "estasis láctea" aumentan la **distensión alveolar** (más casas rodeando la autopista) consecuentemente estrechando los carriles de la autopista (ductos), y añade más coches (leche) a la autopista, empeorando el **atasco** (edema y dolor)



Lóbulo con ducto central



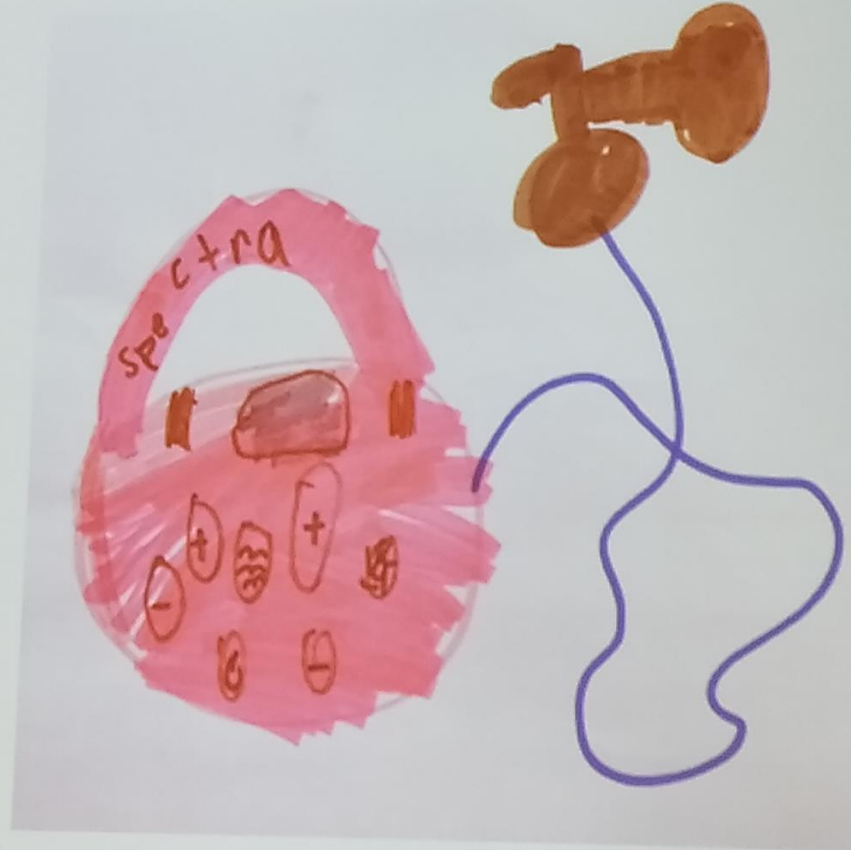
Grasa (Blanco)

Tejido fibroso (rosa)

- Las **extracciones** con objeto de prevenir el éstasis de leche, aumentan la **distensión alveolar** (más casas rodeando la autopista) y consecuentemente estrechando los carriles de la autopista (**ductos**) y añadiendo más coches (**leche**) a la autopista, empeorando el atasco (**edema y dolor**).

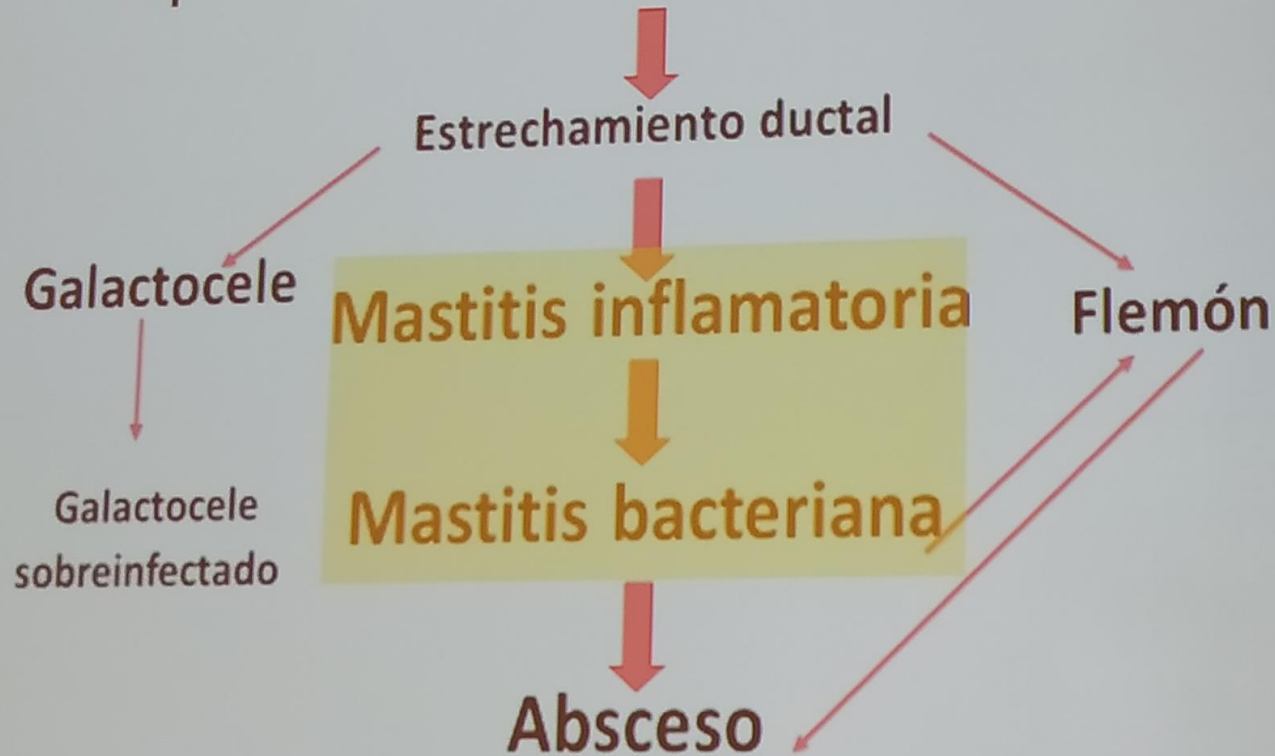
Factores de riesgo para la disminución de la luz de los conductos

- **Lactancia no fisiológica**
 - PEZONERAS
 - EXTRACCIÓN CON SACALECHES
- **Hipersecreción**
("hiperproducción")
- **Disbiosis**
 - AMPOLLAS /PERLAS LÁCTEAS



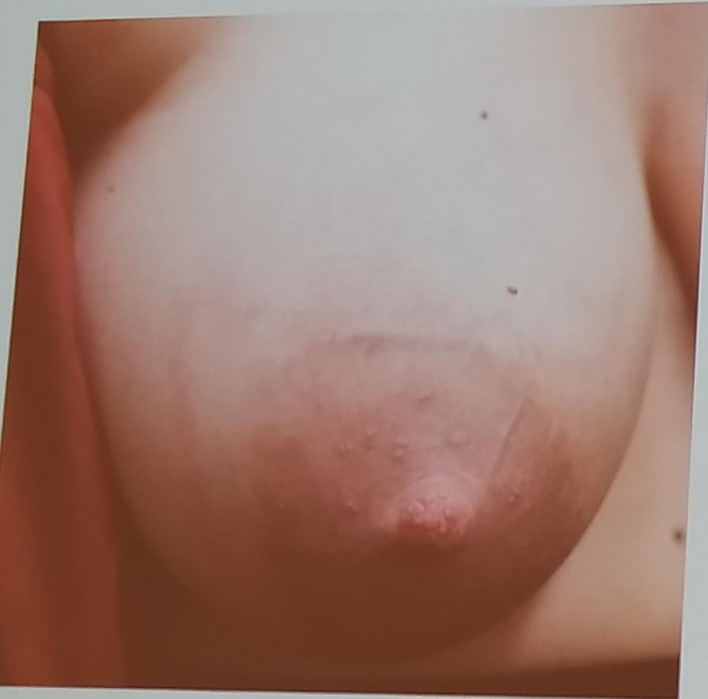
- Los sacaleches usados en exceso son un riesgo (es una realidad muy frecuentes en EEUU)

Hipersecreción láctea +/- Disbiosis



MASTITIS INFLAMATORIA

- Dolor mamario y eritema
 - INFLAMACIÓN
 - SI ES UNA INFECCIÓN, SE VUELVE MÁS INTENSO EL ROJO Y APARECE ALGÚN CAMBIO CELULÍTICO.
- Síntomas sistémicos
 - MAMA LACTANTE METABÓLICAMENTE MUY ACTIVA
 - DOLOR MUSCULAR, SINTOMAS PARECIDOS A LA GRIPE, CEFALEA, FATIGA, TAQUICARDIA
 - NO ES POSIBLE DESARROLLAR UNA INFECCIÓN EN 12H (E.J CUANDO EL BEBÉ DUERME TODA LA NOCHE)
 - LO QUE SÍ ES POSIBLE ES LA CONGESTION DE LOS VASOS LINFÁTICOS , CAPILARES, INFLAMACIÓN Y DOLOR.



ENROJECIMIENTO, EDEMA E INFLAMACIÓN, **NÓ** es igual a INFECCIÓN.

Lo que está detrás es congestión de vasos linfáticos y capilares, inflamación y dolor (ojo puede haber síntomas sistémicos leves!).

En ese pecho lo que hace falta es no sobrealimentar y no extracción (**no overfeeding & no pumping**), y poner **HIELO e IBUPROFENO**, volviendo a chequear en 24 horas.

Si continua **ROJO** y **MÁS CALIENTE**, entonces sí podemos hablar de **INFECCIÓN**.

OJO! Los antibióticos preoces empeoran la INFLAMACIÓN!

Rojo no significa siempre infección

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

- Urticaria
- Dermatitis
- DVT (blood clot)
- Como esguince de tobillo
- Otras causas de fiebre y taquicardia
 - SIDS, ARDS, SINDROME PARANEOPLÁSICO
 - LA EVOLUCIÓN DE LA PANCREATITIS EMPEORA CON LA ANTIBIOTERAPIA PRECOZ
 - ATAQUE DE PÁNICO

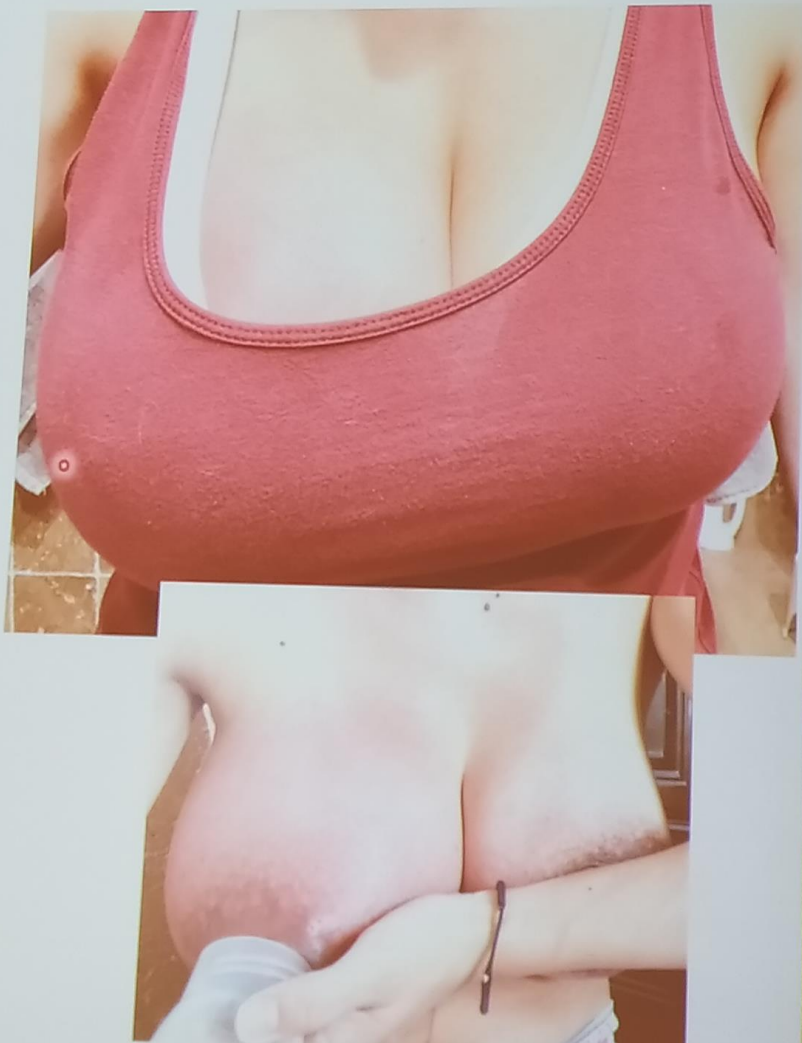


- Ojo pq puede haber otros motivos detrás de un enrojecimiento del pecho incluso de aparición de fiebre, como un ataque de pánico o mucho estrés emocional.
- **OJO!** Hay patologías en las que los antibióticos precoces empeoran la **INFLAMACIÓN!** (pancreatitis...)

HIPEREMIA NO ES INFECCIÓN

- **Hipersecreción unilateral iatrogénica**
 - NO FEEDBACK INHIBITORIO
- A la paciente se le recomendó alimentar al bebé frecuentemente o extraerse leche para “vaciar el pecho” después del primer episodio de mastitis

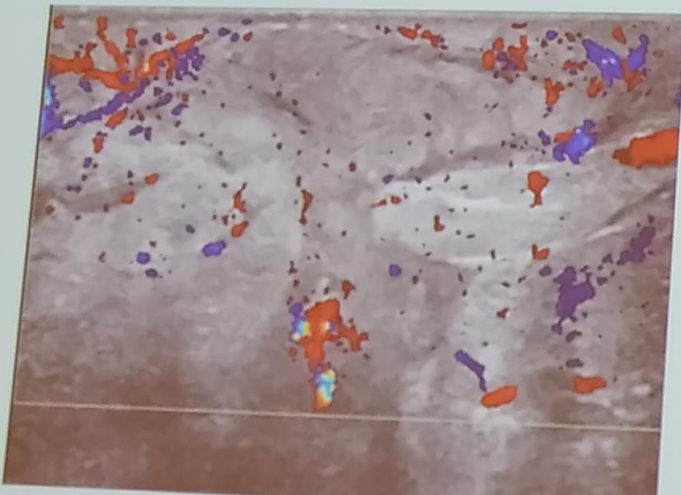
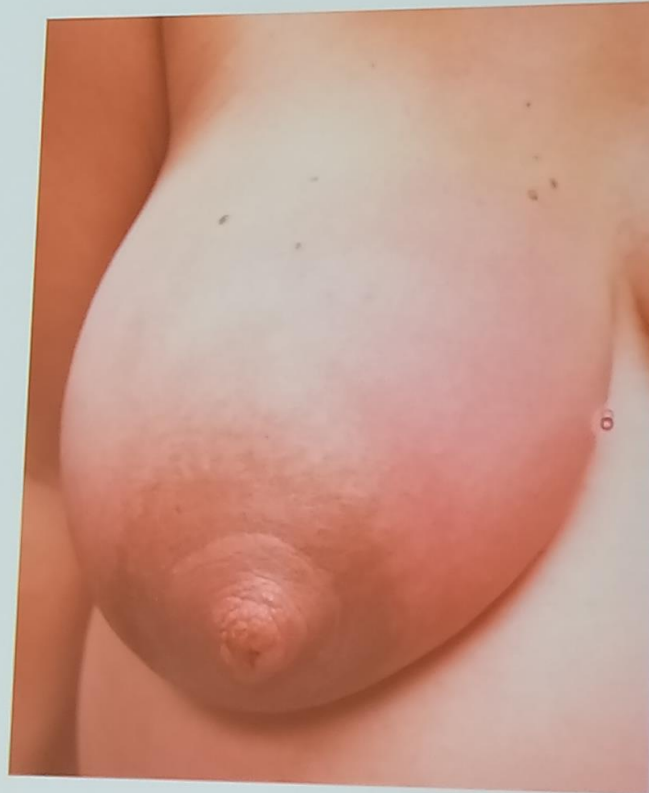
Desarrolló mastitis recurrente



- Hipersecreción unilateral iatrogénica que no permite que funciones el feedback inhibitorio.

Mastitis bacteriana

- Rojo intenso, piel indurada.
- Empeoramiento de síntomas sistémicos
- La mayor parte del tiempo se le recomendó extracción de leche, tomas frecuentes, masaje...



MASTITIS BACTERIANA

Rojo intenso y piel indurada.

NO masaje profundo y enérgico como cuando sospechamos una obstrucción y queremos “destaponar” (“no digging”).

NO hace falta empezar todas las tomas por ese pecho y tampoco empeñarnos en “vaciarlos especialmente” con extracciones después de la toma:

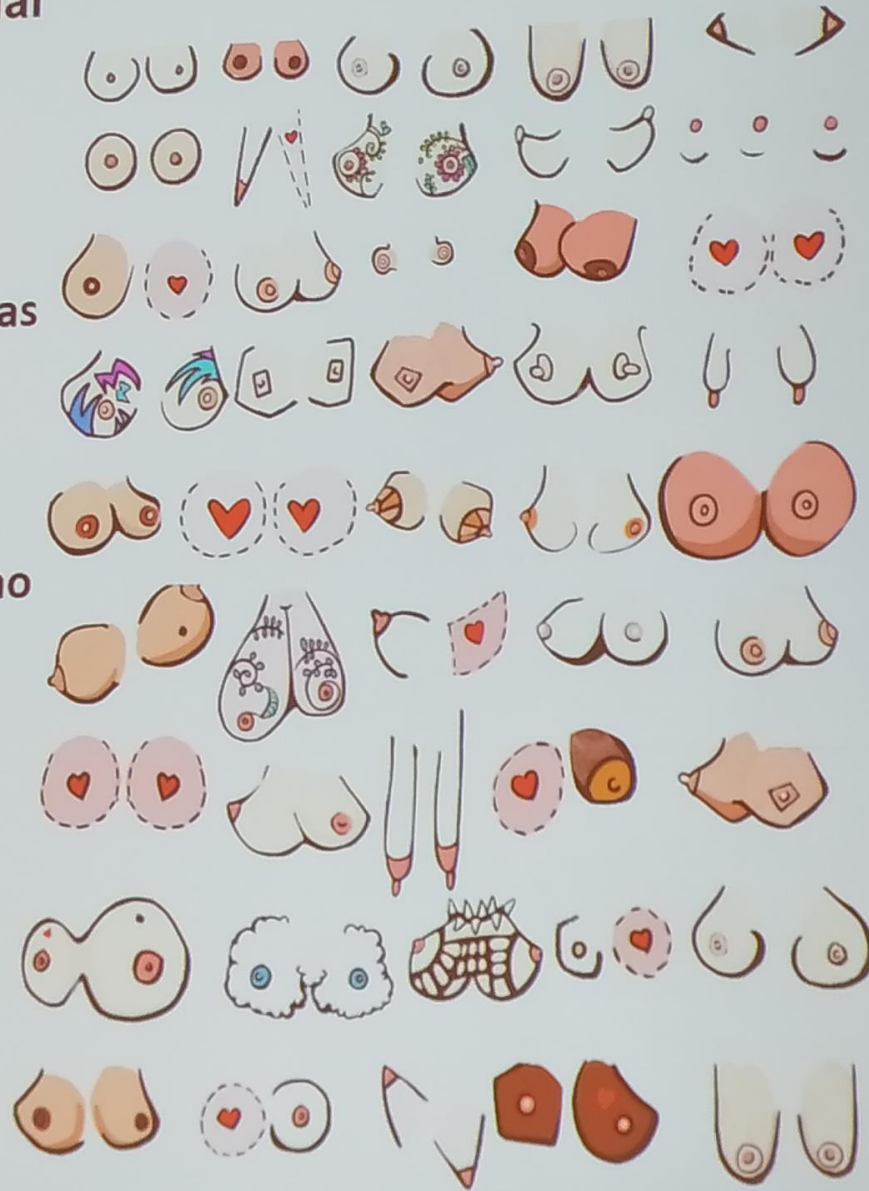
- PONER **HIELO** (c/ 30 min o c/ 1 o 2 horas, lo que sea confortable)

- **IBUPROFENO**.

- Hay que dejar el pecho **SIN SOBRESTIMULAR** (“quieto”) para poder solucionarlo.

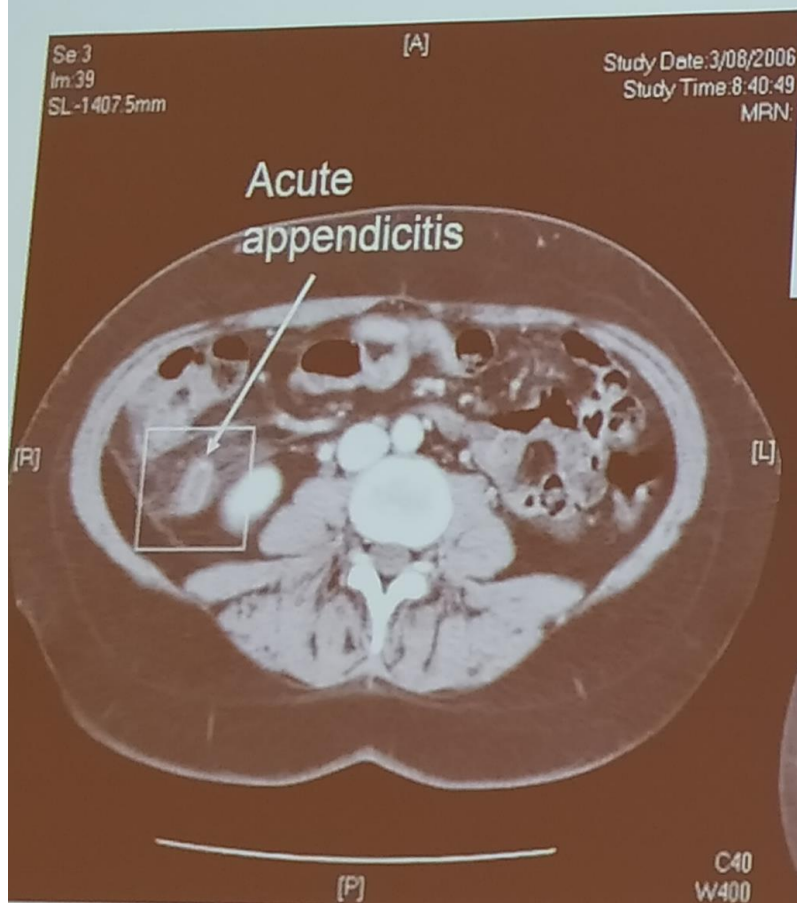
Masaje VS Extracción manual

- Compresiones suaves mientras lacta el bebé. La extracción manual, o extracción con sacaleches son seguras, pero esto es extracción de leche, no masajear de forma energética como si hubiese una obstrucción.

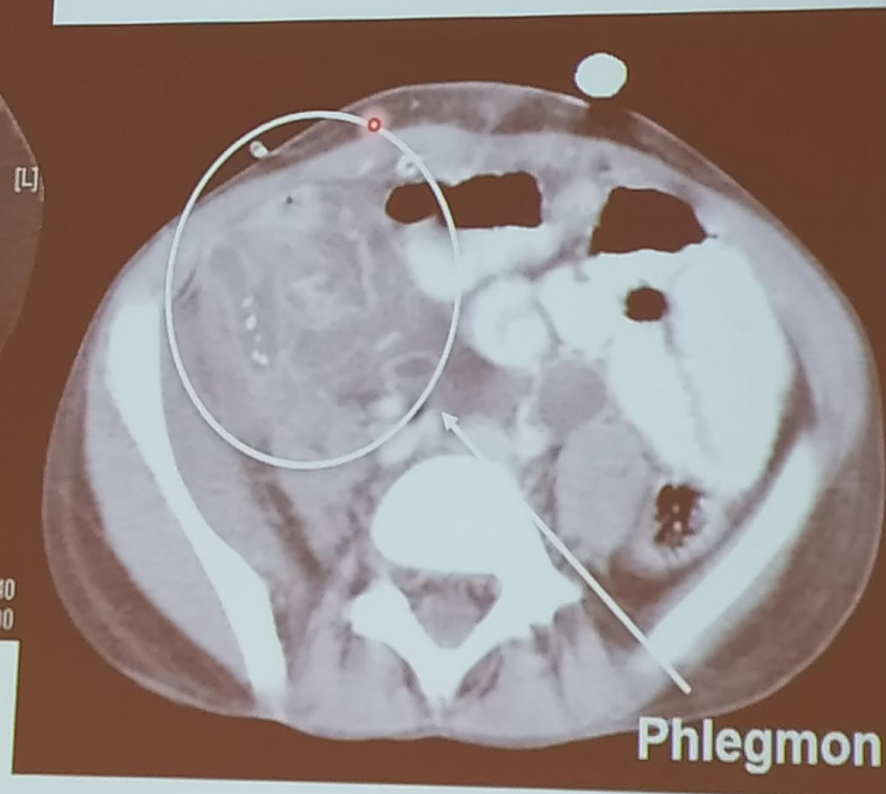


- La sobreproducción genera **ingurgitación (edema+leche)**, no es necesario sacar esa leche con sacaleches “extra” y el edema lo trataremos de quitar con **masaje linfático**.
- OJO EL **EXCESO** de **MASAJE** produce **DAÑO TISULAR**.

FLEMÓN



- Inflamación purulenta e infiltración del tejido conectivo



- **FLEMÓN** (masa de tejido inflamatorio, duro y delimitado, que NO se debe masajear (su textura es como la del pulpo o el calamar)).
- Si continúa evolucionando, se convierte en **ABSCESO**.

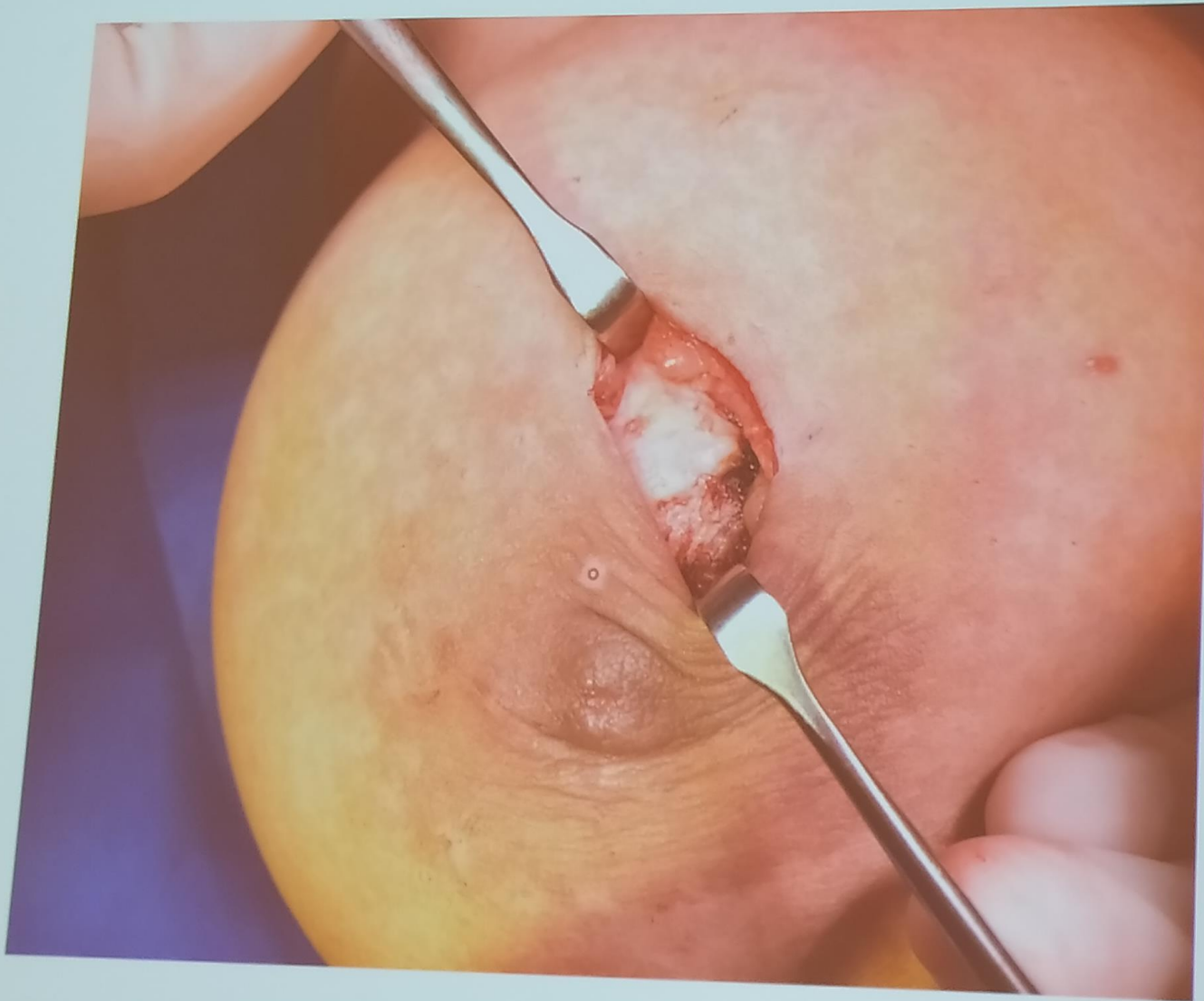
Flemón de lactancia

XI CONGRESO NACIONAL DE
LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

- Masa compleja que no fluctua
- Se produce por el masaje de la mama en el contexto de mastitis inflamatoria o bacteriana
- Daño capilar, edema, inflamación de los tejidos.
- Con o sin eritema



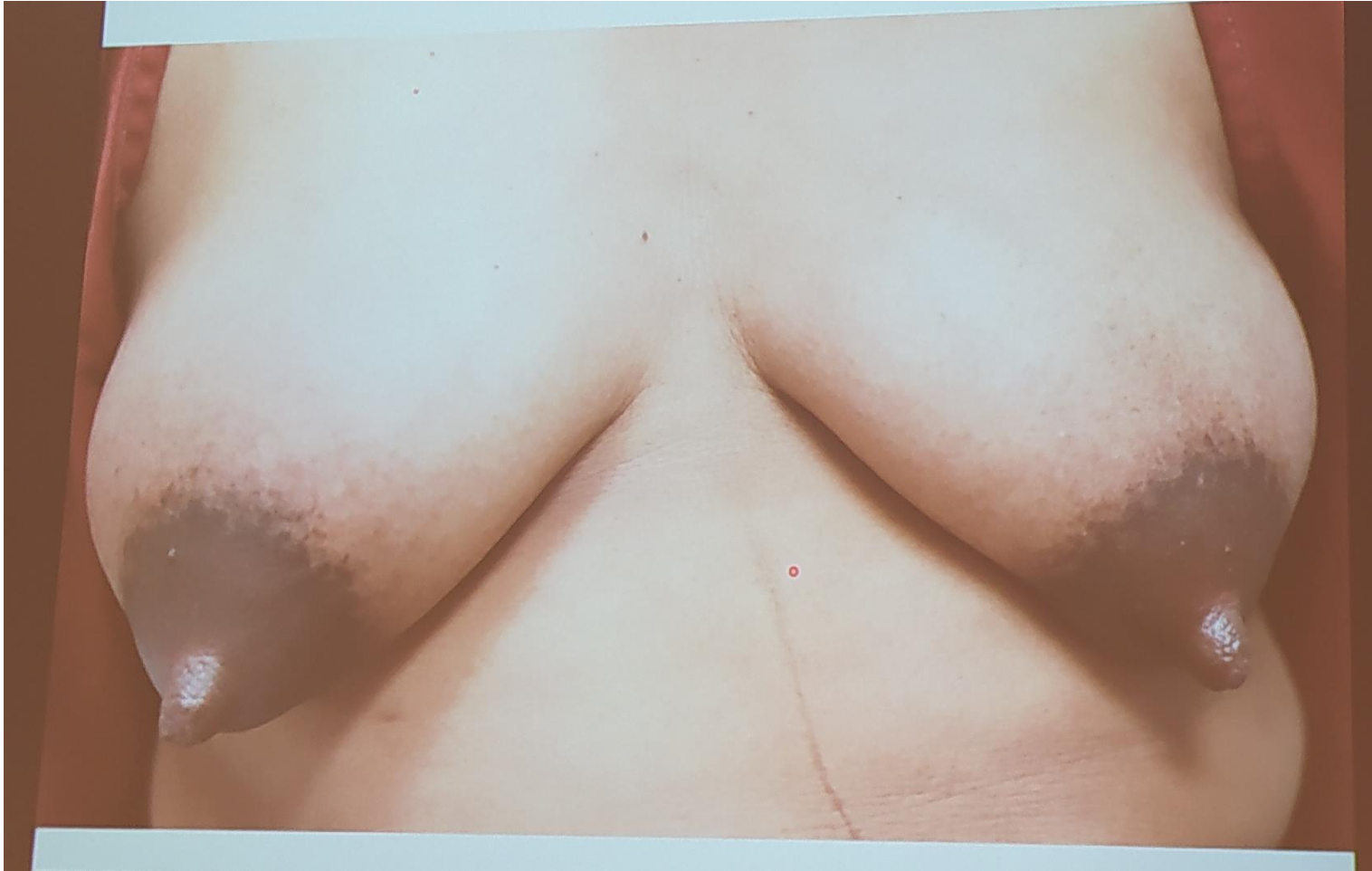
- **FLEMÓN** (masa de tejido inflamatorio, duro y delimitado, que NO se debe masajear (su textura es como la del pulpo o el calamar)).
- Si continúa evolucionando, se convierte en **ABSCESO**.



Esto es lo que masajear

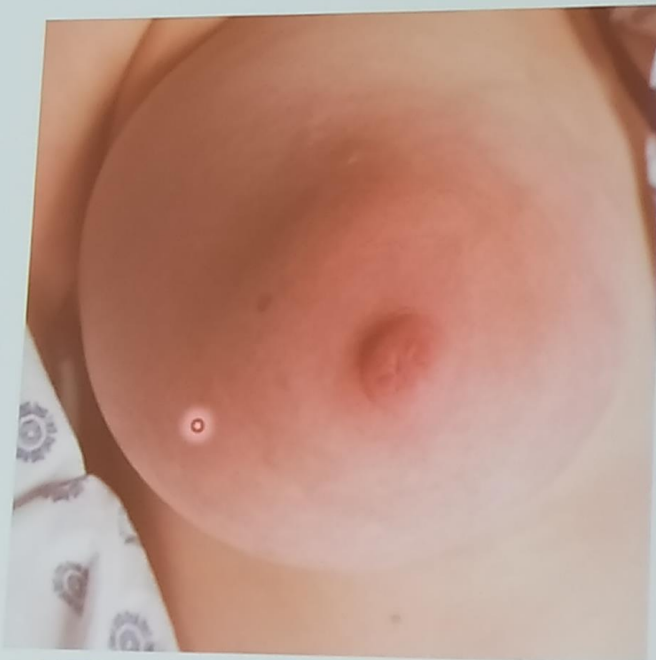
- Obstrucción inicial
 - Congestión
 - Masaje y sobre-extracción
 - Exceso de producción yatrogénica de leche que no puede salir y se acumula cada vez más.

No masajear un pulpo! Podemos “exprimir” la mama pero NO los conductos!! (colapso y daño tisular)



ABSCESO

- Frecuentemente peri/retroareolar
- Factores de riesgo
 - MASAJE, HIPERSECRECIÓN, EXTRACCIÓN CON SACALECHES, PEZONERAS, TRATAMIENTO RETARDADO O INEFECTIVO DE MASTITIS
- Puede que no haya síntomas sistémicos
- Evaluación
 - EXAMEN FÍSICO
 - +/- ECOGRAFÍA



Obstrucción
inicial

Masaje
profundo y
extracción con
sacaleches del
flemón

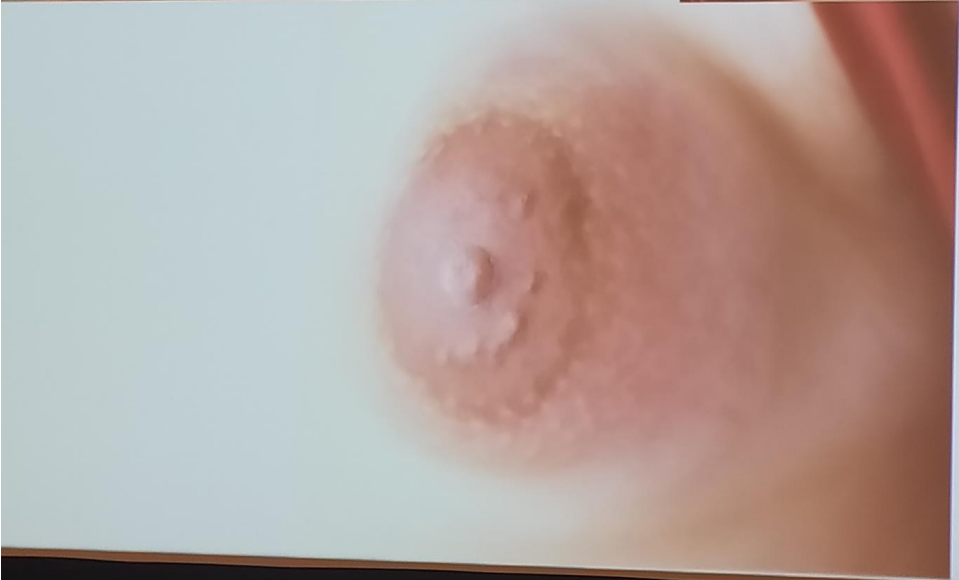
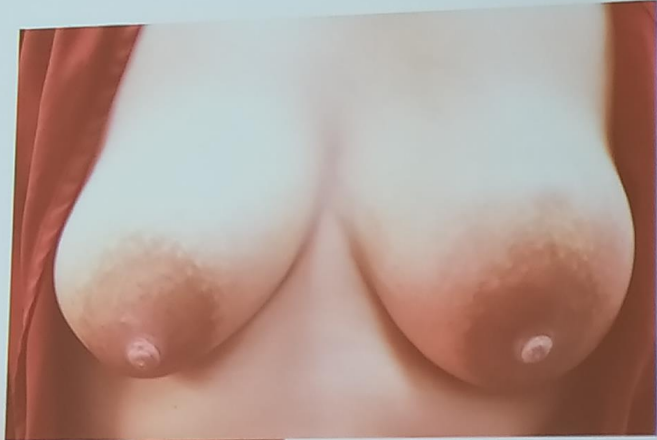
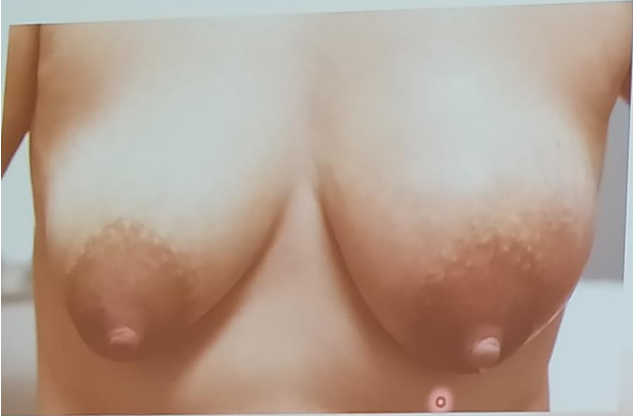
Desarrollo de absceso->

Progresión y rotura espontánea

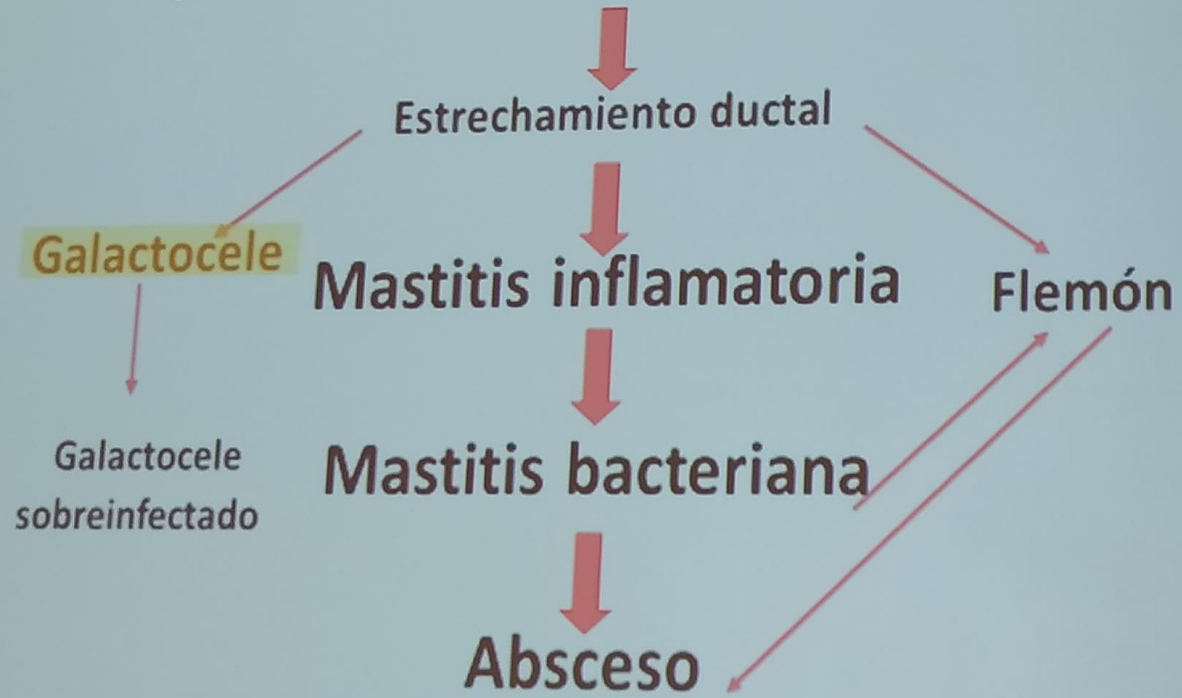


Desarrollo de absceso secundario a masaje mamario

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

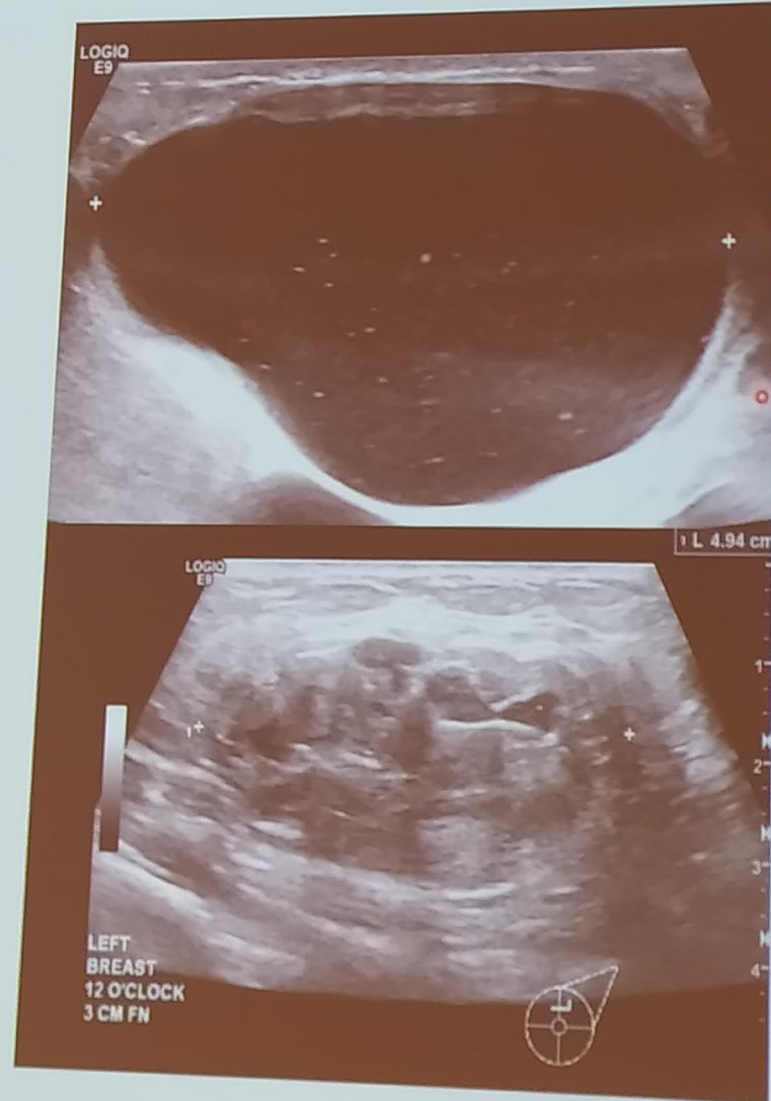


Hipersecreción láctea +/- Disbiosis



Galactocele

- Quiste de leche que rápidamente se vuelve sólido y pegajoso.
- Lesión bien definida por ecografía pero compleja, ya que los galactoceles pueden imitar otras lesiones.

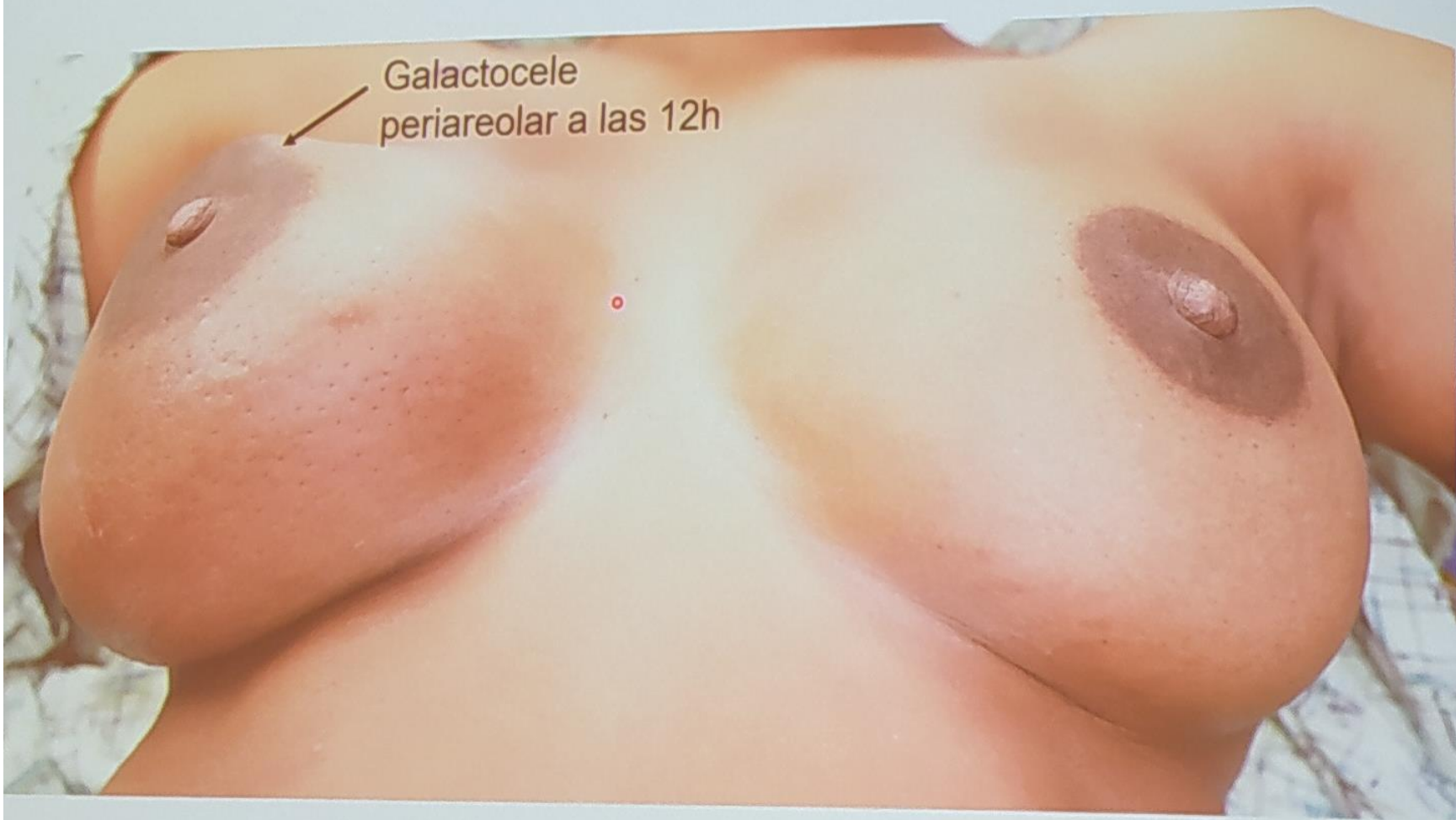


- Los galactoceles pueden infectarse

Implante sobreinfectado, absceso y galactocele

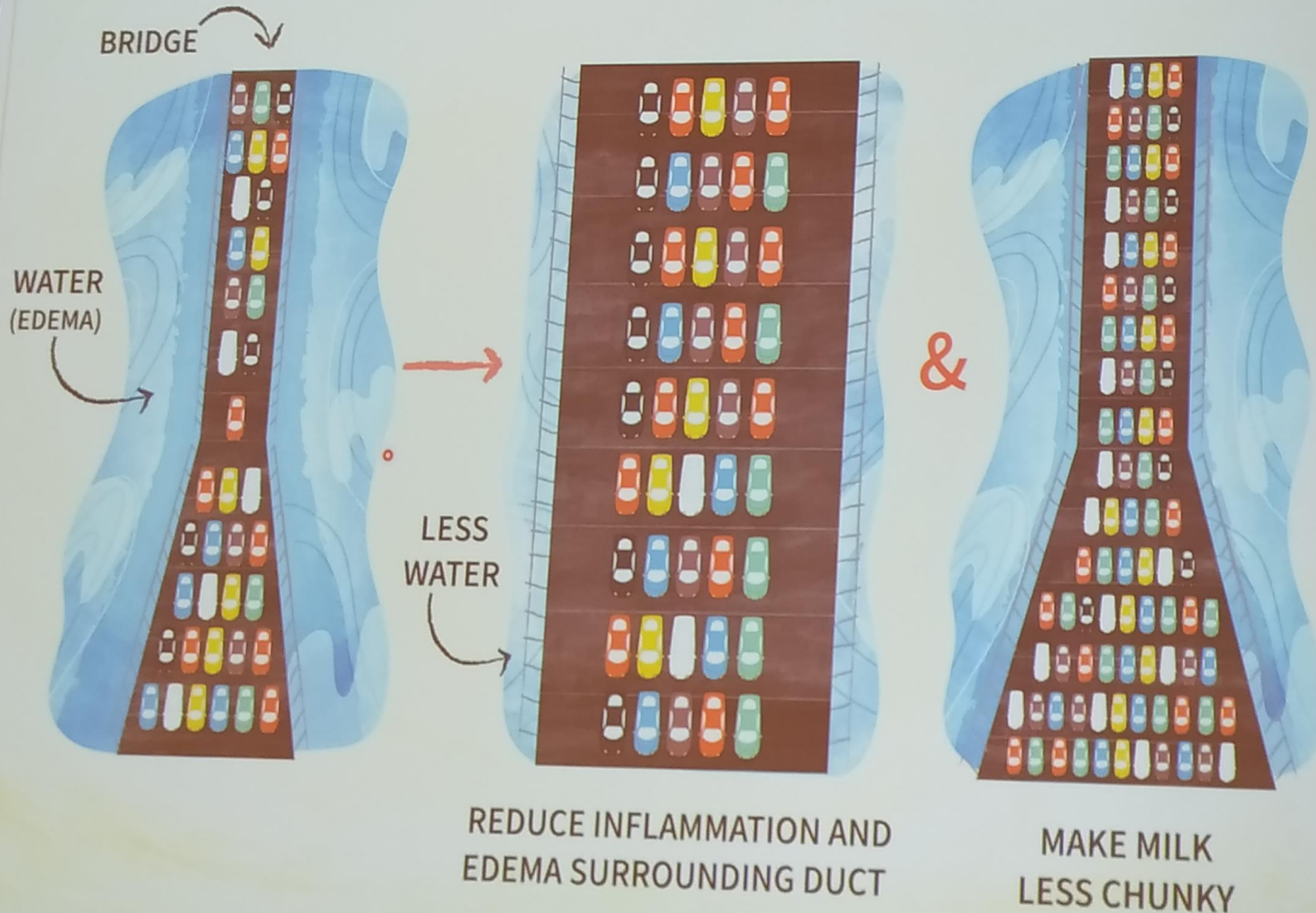
XI LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

Galactocele
periareolar a las 12h



PROBLEM

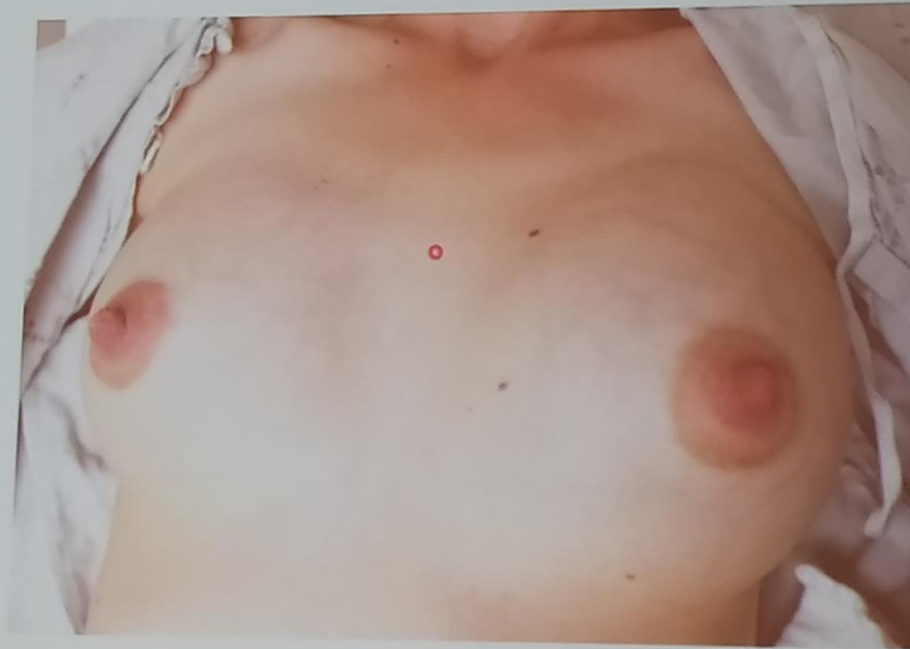
SOLUTIONS



- **Soluciones:** reducir la inflamación y el edema que rodea a los conductos y hacer la leche “menos espesa”

Tratamiento de estrechamiento ductal

- **Lactancia fisiológica**
 - EVITAR EXTRACCIÓN LÁCTEA
 - TRATAR HIPERPRODUCCIÓN
 - EDUCAR SOBRE LA DISTENSION CELULAR MAMARIA NORMAL
 - FRIO LOCAL!!!!!!
 - IBUPROFENO/PARACETAMOL PRN
- **No realizar tomas extra o con mayor frecuencia en el pecho afecto**
 - AÑADE MÁS COCHES AL ATASCO



- **HACERLO MISMO QUE CON UN ESGUINCE:**
 - Reducir la congestión vascular y linfática mediante HIELO,
 - y añadir paracetamol e ibuprofeno

Tratamiento de estrechamiento ductal

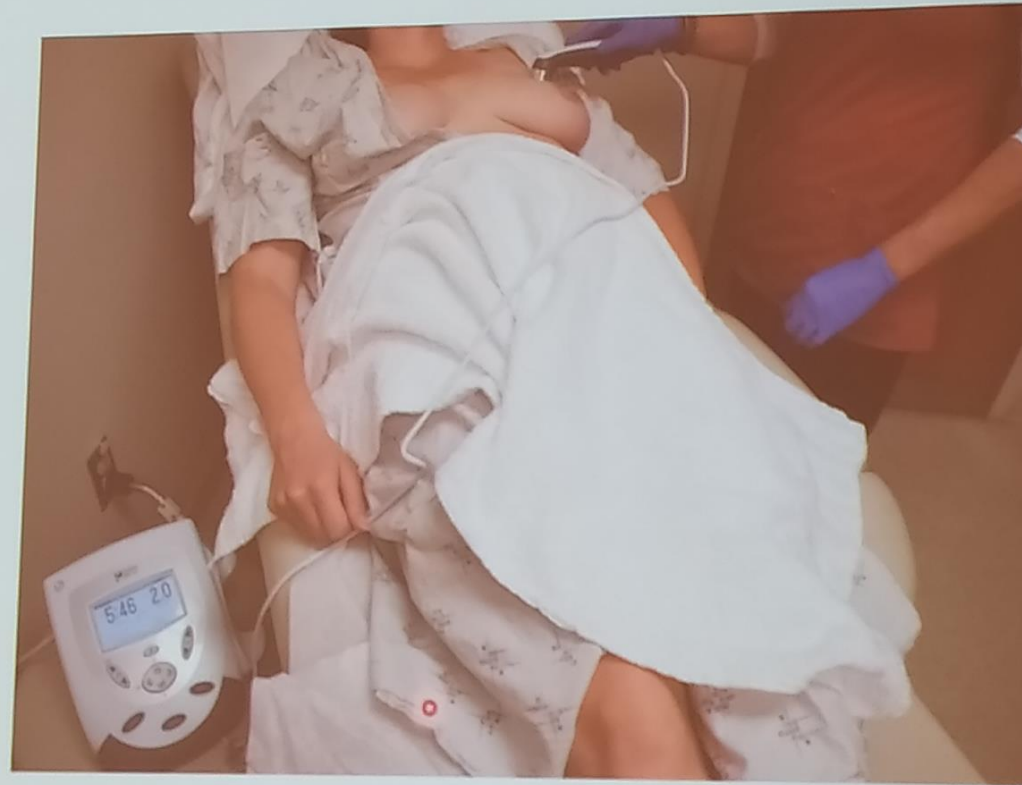
XI LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

- **Ultrasonidos terapéuticos**

- EFECTOS TÉRMICOS Y NO TÉRMICOS, INCLUYE EL ACELERAMIENTO DE LA TASA METABÓLICA, REDUCCIÓN DEL DOLOR, AUMENTA LA CIRCULACIÓN

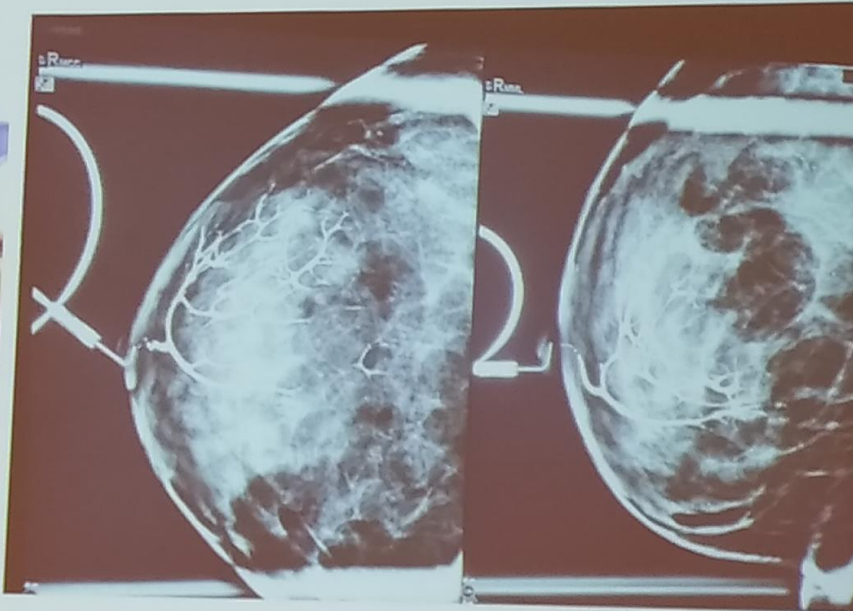
- **Metodo**

- FRECUENCIA 1MHZ,
INTENSIDAD 2.0 W/CM2
- 5-6.5 MINS POR AREA 2-3X
CON LA PUNTA DE LA SONDA



NO REALIZAR MASAJE

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

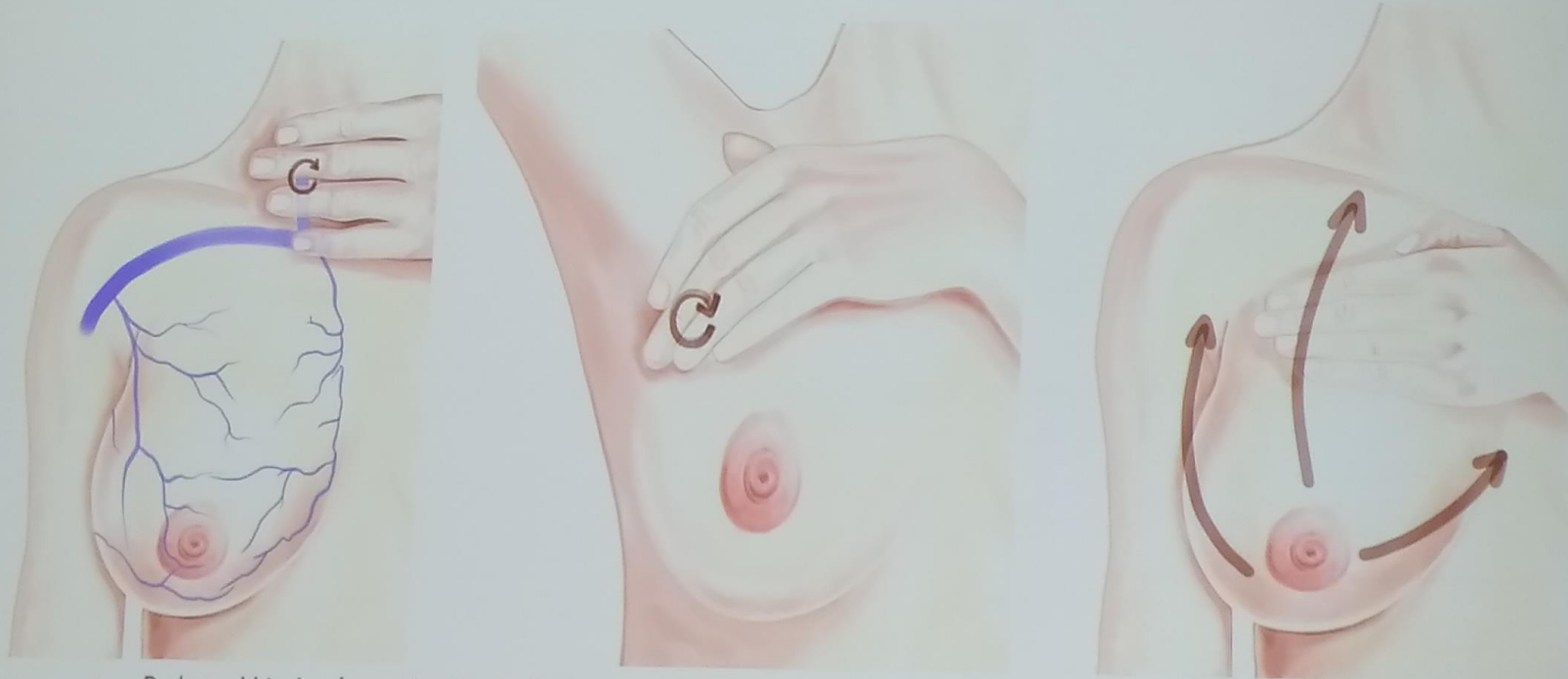


- LAS OBSTRUCCIONES NO SON “TAPONES” QUE SE PUEDAN EXTRAER, los conductos son tan finos como pelos...
- El pecho NO es como un tubo de pasta de dientes que se pueda “exprimir” para vaciar, ningún tipo de masaje o vibración sobre él sería adecuado, pq NO tiene efectos fisiológicos y lo único que conseguiría es AUMENTAR EL DEDEMA, EL DAÑO CAPILAR Y LA INFLAMACIÓN.



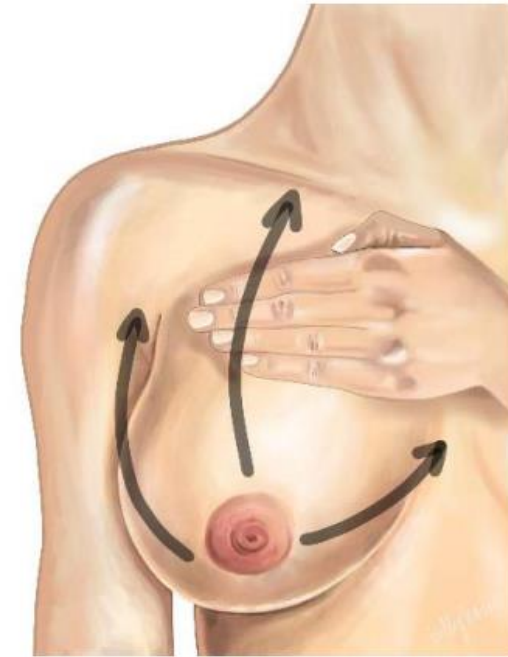
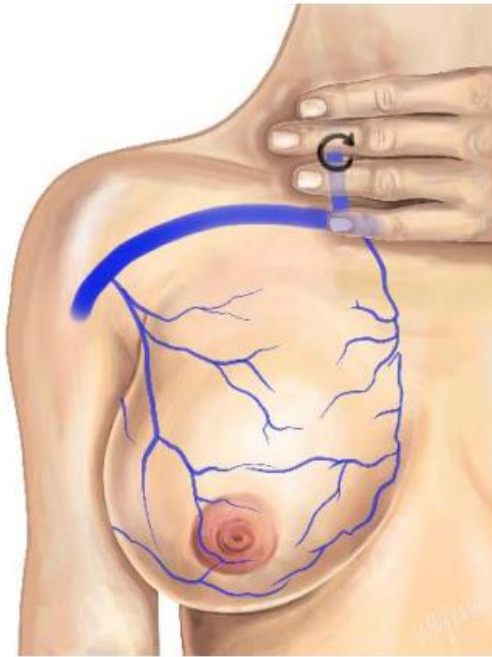
- El masaje es como un terremoto de grado 8 sobre la red de conductos!!

DRENAJE LINFÁTICO



- Reduce el hinchazón ayudando a la fluidez de la linfa con un movimiento suave disminuyendo el edema.
- Técnica
 - Palpación suave o tracción de la piel como si estuviera acariciando un gato
 - El propósito es levantar la piel permitiendo el drenaje del flujo linfático y la descongestión vascular
 - 10 pequeños círculos en la unión de la yugular interna y las venas subclavas.
 - 10 pequeños círculos en la axila
 - Continúa con un ligero masaje desde el pezón hacia la clavícula/ axila.
- Empieza durante el embarazo si se nota un crecimiento rápido y doloroso de la mama y se recomienda para la ingurgitación mamaria del postparto

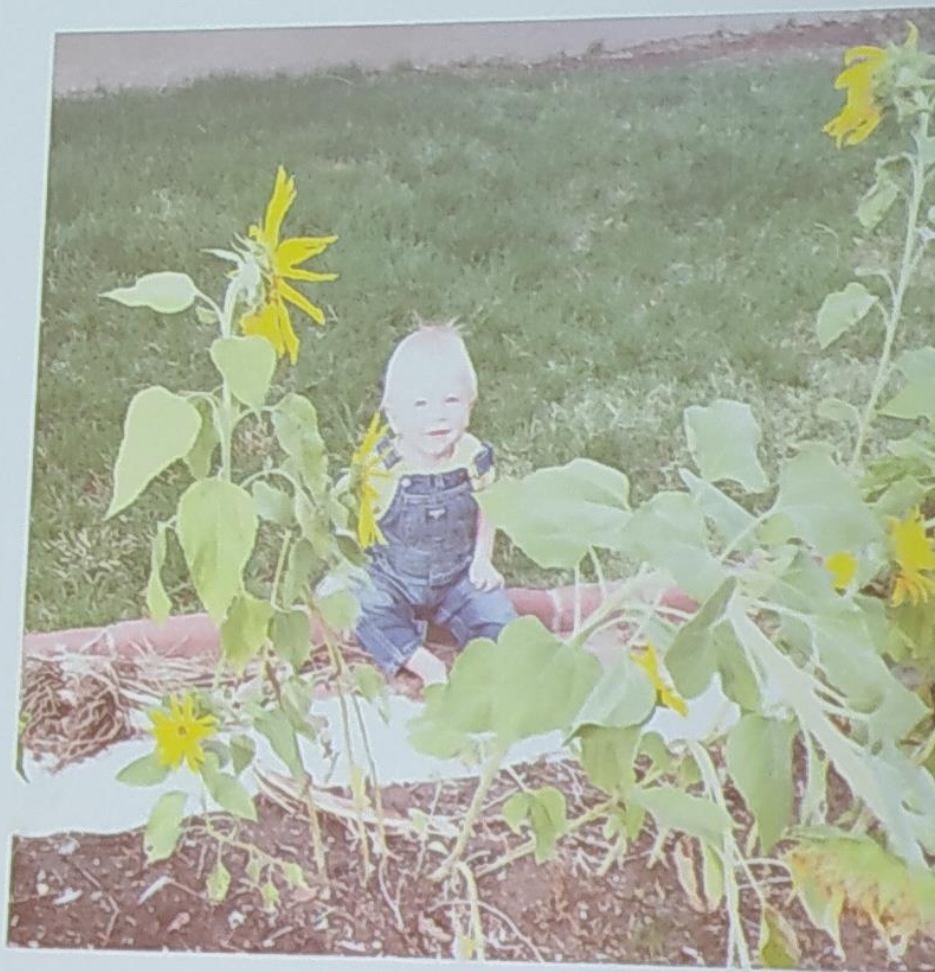
- Masaje linfático SUAVE (“gentle as patting a cat”, suave como acariciar a un gato), para casos de edema en ingurgitación, en obstrucción o mastitis e incluso en ca.mama



- Reduces swelling by assisting movement of lymph fluid, decreasing edema
- Technique
 - “Very gentle touch/traction of skin - “like petting a cat”
 - The purpose is to lift skin to allow flow of lymphatic drainage and vascular decongestion
 - Ten small circles at junction of internal jugular and subclavian veins
 - Ten small circles in axilla
 - Continue with light touch massage from nipple towards clavicle, axilla
- Start during pregnancy if experiencing painful rapid breast growth, and use as needed postpartum for engorgement

Tratamiento de estrechamiento ductal

- **Prevención: lecitina de girasol**
- **Realizar ecografía mamaria si no se resuelve**
 - **DESCARTAR QUISTE O MASA**



- **LECITINA DE GIRASOL O DE SOJA ENTRE 5-10 GR/DIA**

LACTATIONAL MASTITIS ALGORITHM

Mastitis

If concerned for abscess, order diagnostic ultrasound.
In obvious abscess, clinical diagnosis may be made ->
Erythema, induration, skin attenuation, failure to improve w/ antibiotics

Ultrasound Without Abscess

- Many cases resolve with ice, ibuprofen, no massage, and not overfeeding; reassess in 24 hours and start antibiotics if not resolved
- Dicloxacillin 500mg QID
- If history of MRSA: Clindamycin 300mg QID or TMP/Sulfa DS BID
- Note: Keflex has poor penetration in lactating breast tissue
- OTC probiotics may also help

Questions?

PhysicianGuideToBreastfeeding.org

Abscess

- 11 blade stab incision with penrose drain placement, as aspiration may require repeat procedures for loculated collection and sticky milk
- If >5cm consider IR consult for pigtail placement if undrained by above method
- Oral antibiotics as above; no IV antibiotics or hospital admission unless severe sepsis
- Bacterial culture, narrow antibiotics based on results

Phlegmon

- Oral antibiotics as above; may need prolonged treatment until clinical resolution
- Repeat ultrasound in one week if no clinical improvement
- Drainage if abscess develops
- Follow up with breast surgery, ultrasound 1-2 months after clinical resolution to r/o underlying mass

Additional Information

- Ice, ibuprofen alternating with acetaminophen q2 hours for tissue inflammation
- **NO MASSAGE:** worsens tissue edema and injury
- Breastfeed from affected side, but do not overfeed
- Antibiotics are safe; no need to pump and dump
- Physiologic nursing: avoid pumping
- Treat hyperlactation: no "pumping to empty," no milk production in excess of baby's intake
- No nipple shields: non-physiologic milk removal

ALGORITMO: MASTITIS RELACIONADA CON LACTANCIA

MASTITIS

Si hay sospecha de absceso solicitar ecografía.
En abscesos obvios: Se puede realizar diagnóstico clínico->
Eritema , induración, atenuación de piel, no mejoría con antibióticos

Ecografía sin absceso

- Muchos casos se resuelven con frío local, ibuprofeno, no masaje, y no tomas extras de la mama afecta; reevaluación en 24 h y comenzar antibióticos si no mejoría
- Cloxacilina 500mg QID
- Si historia de MRSA: Clindamycin 300mg QID or TMP/Sulfa DS BID
- Note: la cefalexina tiene poca penetrancia en tejido mamario lactante
- OTC probióticos pueden ayudar

PhysicianGuideToBreastfeeding.org

ABSCESO

- Incisión con hoja de bisturí del 11, colocación de drenaje con penrose, la aspiración puede requerir que se repita procedimiento en colecciones loculadas y leche densa.
- Si >5cm considerar consulta para valorar colocar un pigtail si no se ha conseguido drenar con el método previo.
- Antibióticos orales (los descritos arriba). Solo atb EV o ingreso hospitalario si sepsis severa.
- Cultivo de absceso para tratamiento según antibiograma

FLEMÓN

- Antibioterapia oral; puede necesitar tratamiento prolongado hasta resolución clínica.
- Repetir ecografía en 1 semana si no mejoría clínica
- Colocar drenaje si se desarrolla absceso
- Realizar control con Cirugía Mamaria y ecografía 1-2 meses desde la resolución del flemón para descartar masa subyacente

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Frío local, Ibuprofeno alterando con paracetamol /2 h para resolver la inflamación del tejido
- NO MASAJE, empeora el edema tisular
- Lactancia materna de la mama afecta pero sin realizar tomas extras o frecuentes
- Los antibióticos son seguros, no es necesario extracción con sacaleches para luego desecharla
- Evitar la extracción de leche, realizar tomas fisiológicas
- Tratar la hiperproducción láctea, no realizar extracciones para "vaciar el pecho", producir únicamente la leche que necesite el bebé
- No usar pezoneras, sólo toma fisiológica del bebé.

Tratamiento Mastitis

XI LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



- Examinar a la Paciente
 - Frecuentemente podemos esperar 24h para comenzar con antibioterapia y resolverlo de forma conservadora
- Encontrar los factores de riesgo
 - Hipersecreción láctea, Extracción de leche
- Amamantamiento fisiológico
 - No realizar extracción para “vaciar” o para producir extra de leche en la mama afecta
- **FRIO LOCAL!!**
 - Ibuprofeno/ paracetamol
- NO REALIZAR MASAJE MAMARIO
- Utilizar probioticos
 - *Lactobacillus salivarius* y *fermentum*
- Pautar antibioterapia si es una verdadera infección o celulitis
- Valorar la necesidad de apoyo psicológico

MASTITIS INCIPIENTE

Dolor
punzante

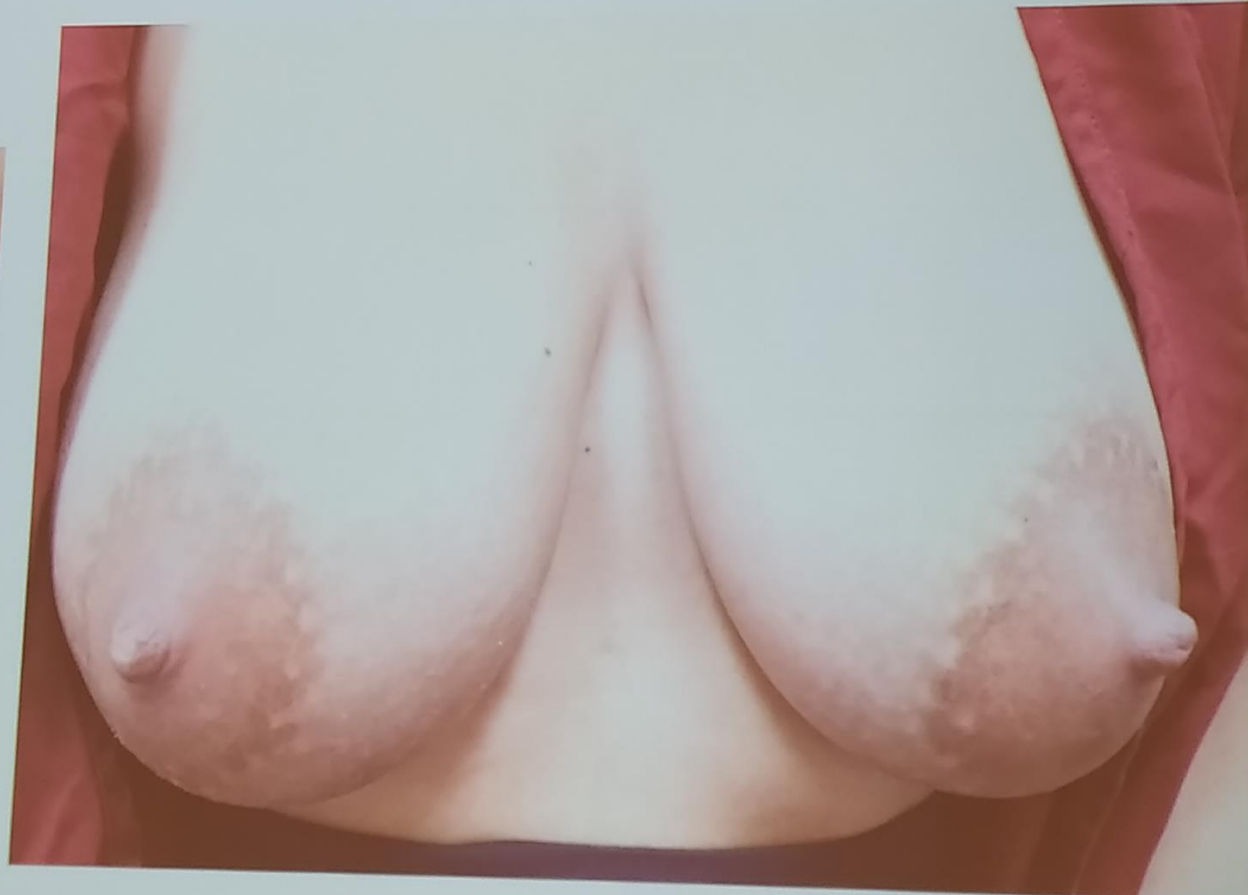
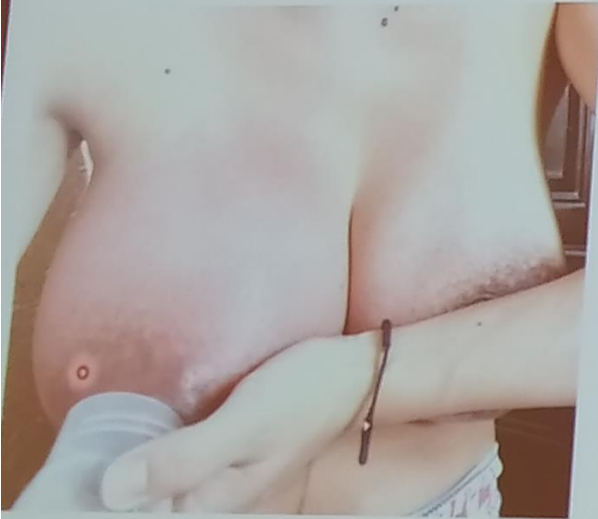
- Frío local
- Calor local
- Ibuprofeno
- Paracetamol
- **NO MASAJE**
- Ultrasonidos terapéuticos

48 horas después

48 horas después

Solución:

- Dejó de extraerse leche
- Amamantó de la mama izquierda a la derecha en un ratio 4:1



Block feeding
para regular la
sobreproducción
de leche

4:1 (cuatro
tomas seguidas
del pecho que
queremos
controlar, por
cada toma del
otro pecho)

Tratamiento de absceso:

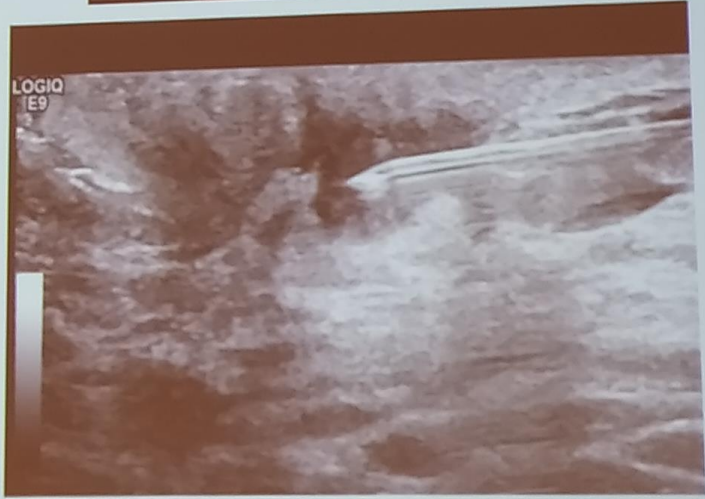
XI CONGRESO NACIONAL DE
LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



En el pasado -> Incisión quirúrgica y drenaje.

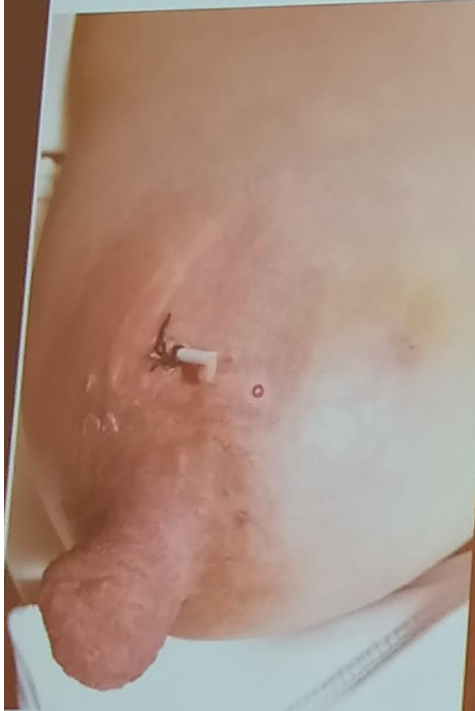
Tratamiento actual del absceso **XI** CONGRESO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

- Drenaje, cultivo, antibioterapia
- La aspiración ecoguiada generalmente realizada por cirujanos/radiólogos intervencionistas
 - No obstante, es extremadamente difícil mantener un drenaje definitivo debido a la alta densidad de la leche y con frecuencia hay recurrencias



No colocar drenaje con succión
(mejor que sea compresión pasiva)

Evitar el vacío!!!



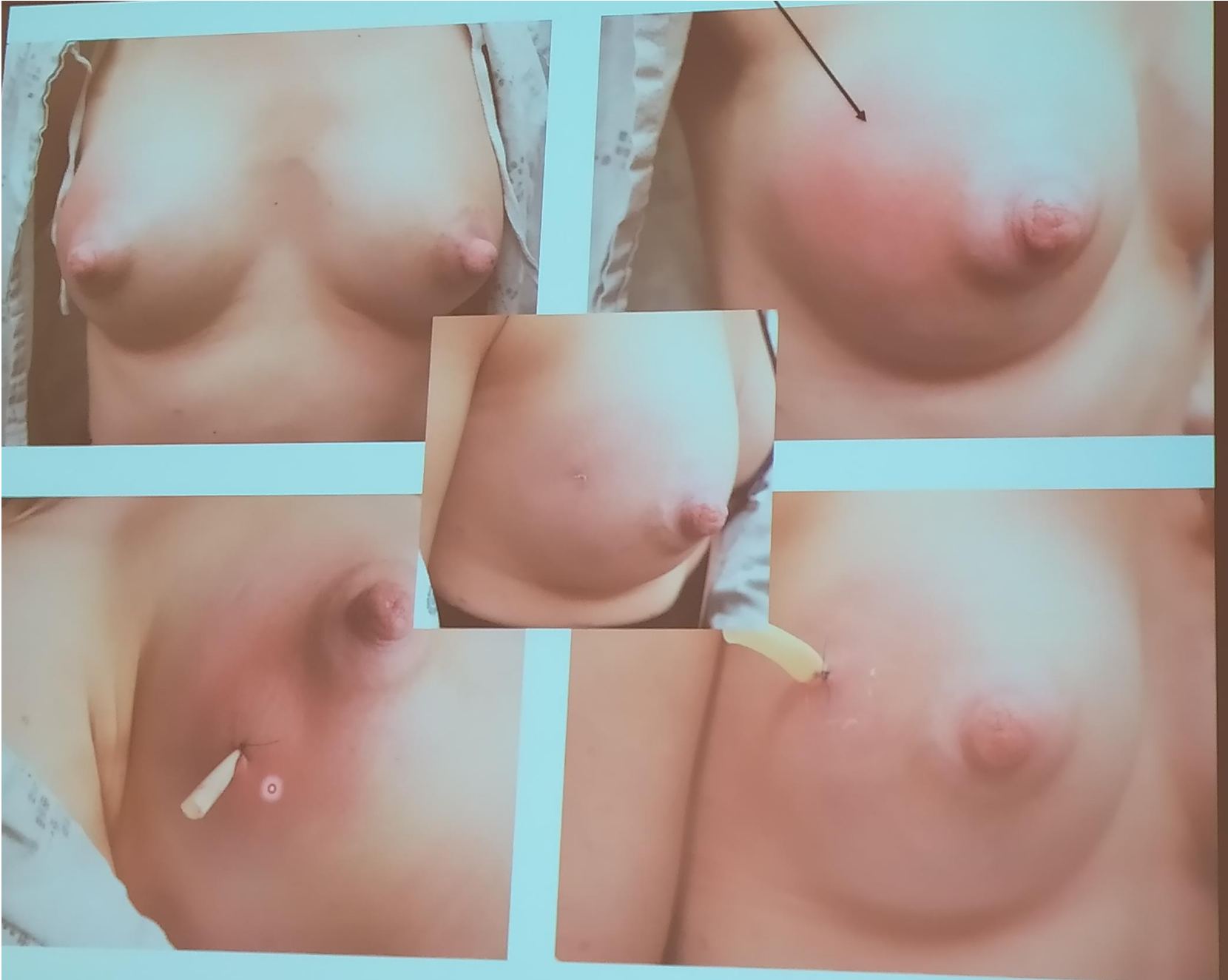
Se puede adaptar
de muchas formas—
14F cateter para
seromas (o sonda
de foley, o un dedo
de guante)

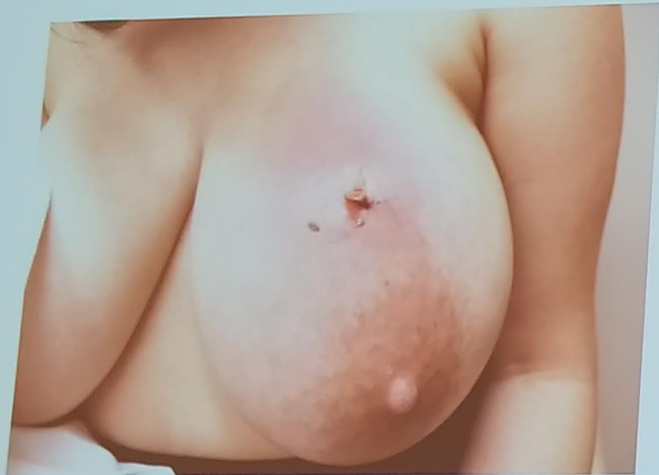
¼ inch
Drenaje de
Penrose

15 drenaje de blake con
pera de succión
(no hacer vacío!)

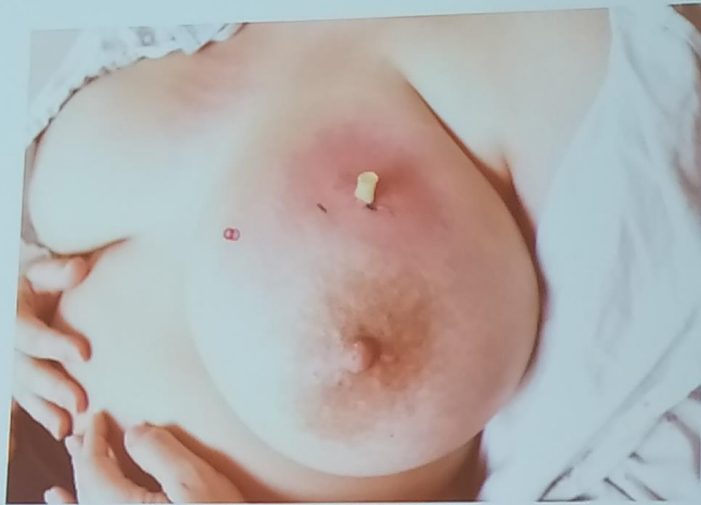
8F pigtail con bolsa
de drenaje por
gravedad

- NO DRENAJE CON VACÍO!
- COMBINAR CON MANEJO ADECUADO DE LA LM (controlar sobreproducción)

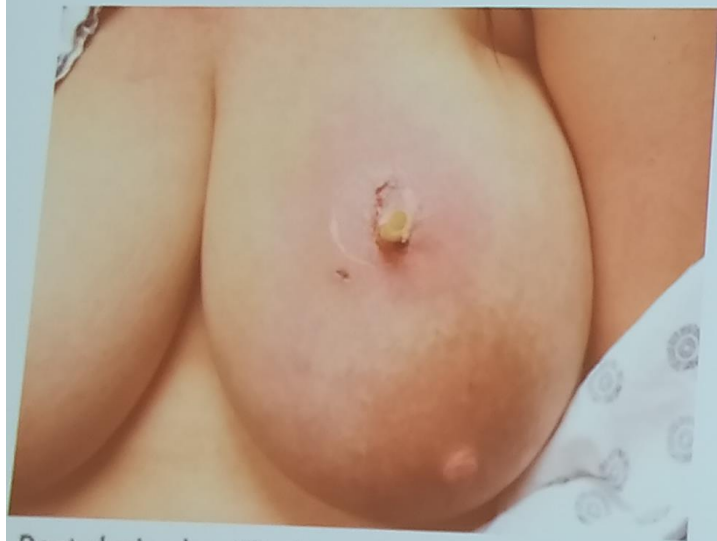




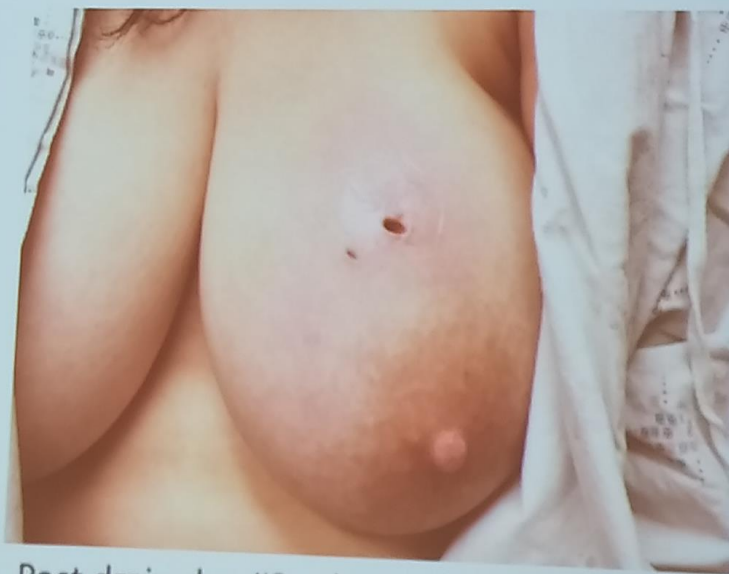
Day of left breast abscess drainage



Post drain day #1: persistent erythema, no undrained fluid collection: antibiotics changed



Post drain day #2: improved erythema



Post drain day #3: drain removed

“Cómo lo hago” Video Link

- <https://youtu.be/JOOKKLgrE28>

Video details

Video details

Minimally-Invasive Office Drainage of Lactational Abscess

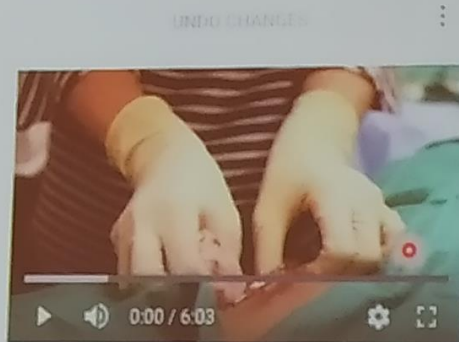
Description

This video illustrates how lactational abscesses and galactoceles can be managed in a clinic setting without requiring the operating room or interventional radiology. These unique fluid collections can be drained using a small stab incision combined with placement of a penrose catheter to promote full decompression of associated tissue edema.

Adequate pain management is often a concern for surgeons. Lidocaine is not absorbed orally by the infant, and is safe to use. In addition, complications of lactation represent a significant source of emotional and physical stress for a postpartum mother. It is important to spend time reassuring the mother that she will feel much better after the procedure and her condition is highly treatable. Allowing a partner to hold her hand during the procedure can also be helpful in reducing fear and pain.

Lactational abscesses contain milk and multiple septations. Unlike simple fluid collections or breast cysts, breastmilk is a bioactive substance containing hundreds of components that include, but are not limited to, leukocytes, fatty acids, growth factors, and vitamins and minerals. Therefore, breastmilk is highly viscous and loculates quickly when stagnant.

Therefore, aspiration alone does not provide definitive drainage of loculated breastmilk, and



Video link

<https://youtu.be/JOOKKLgrE28>

Filename

ASBrS Mitchell Final Penrose Video 2021.mp4

Video quality



Visibility

18+ only

Video tags

Age restriction

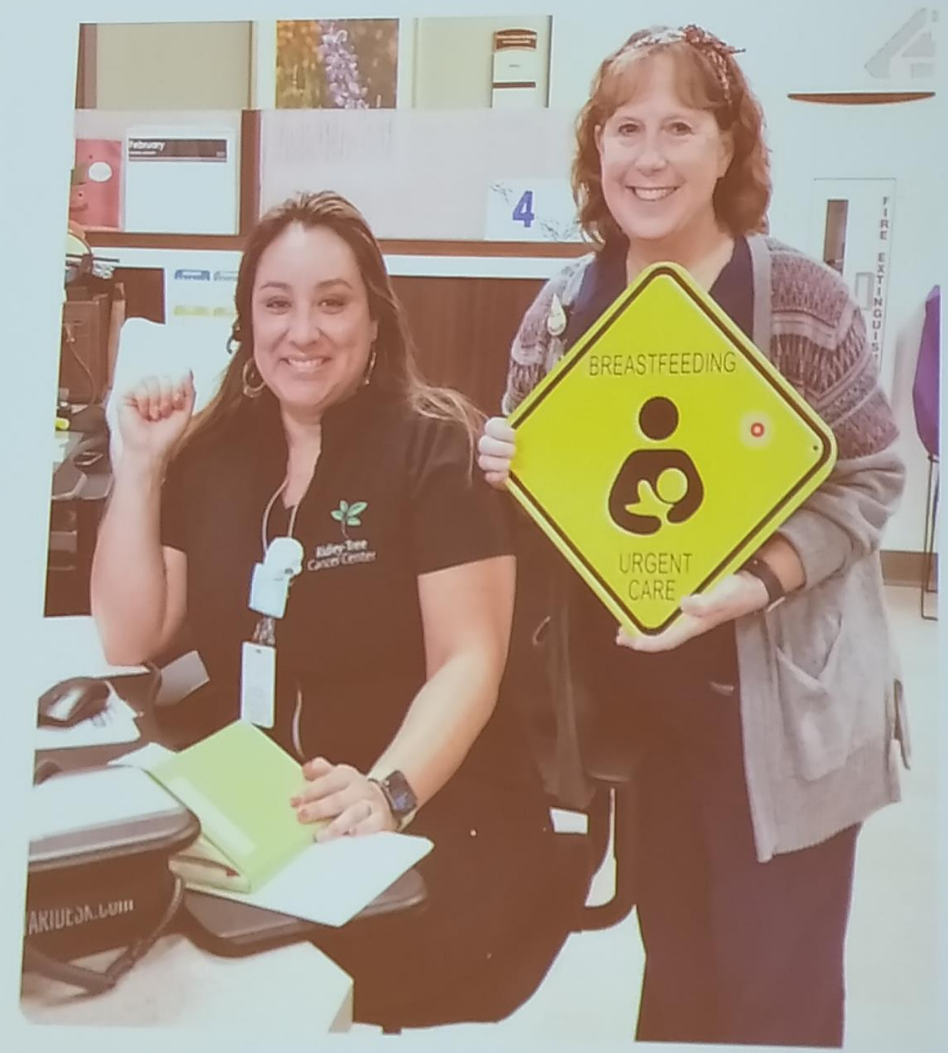
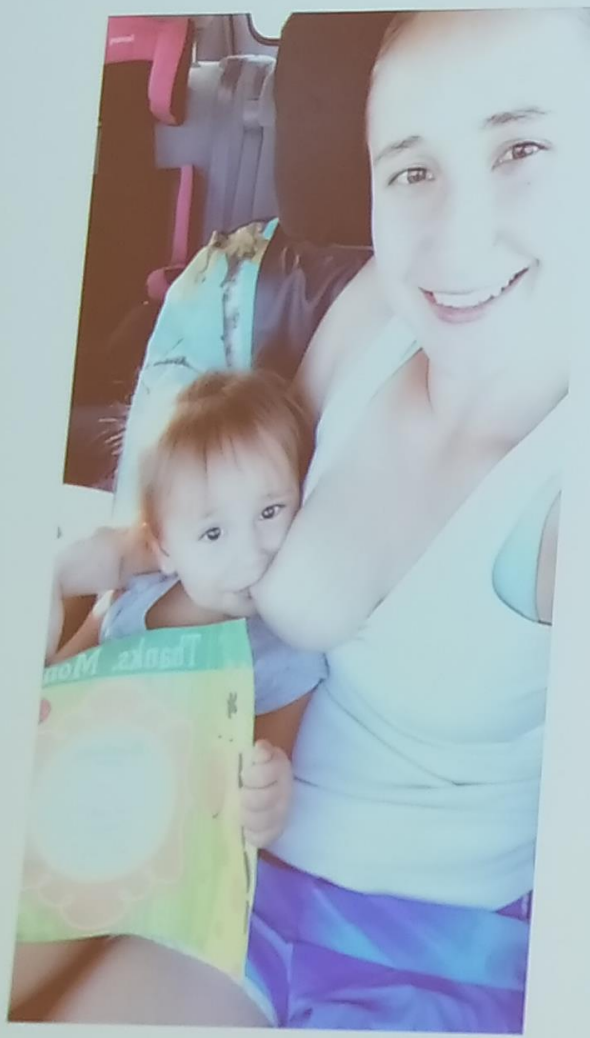


**Continuar amamantando
de la mama afecta
(pero no hacer tomas
extras!)**

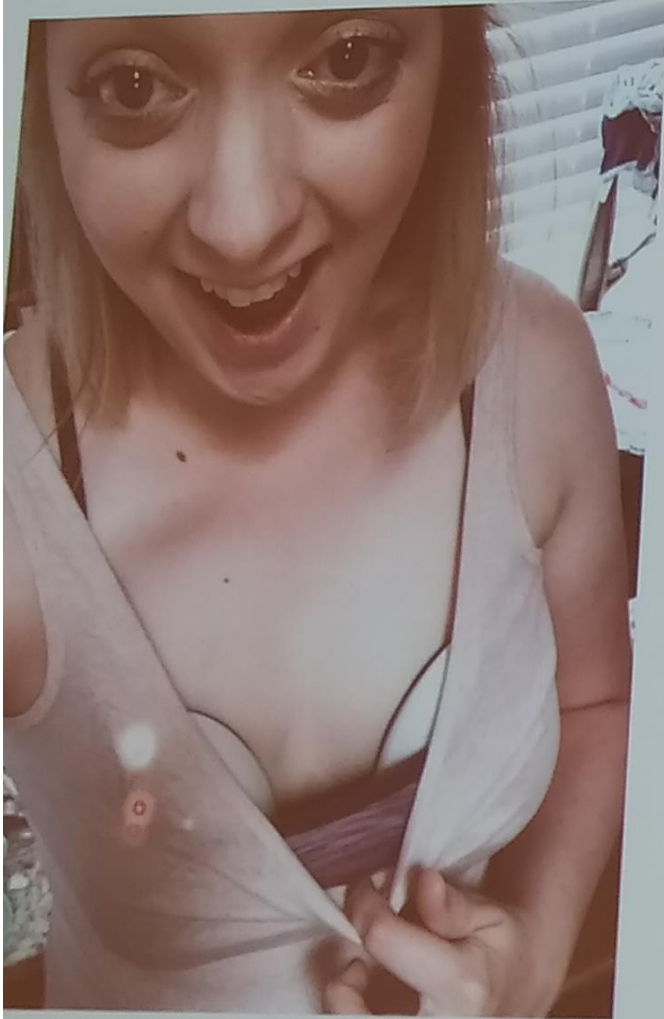


Intervención precoz, apoyar y animar

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



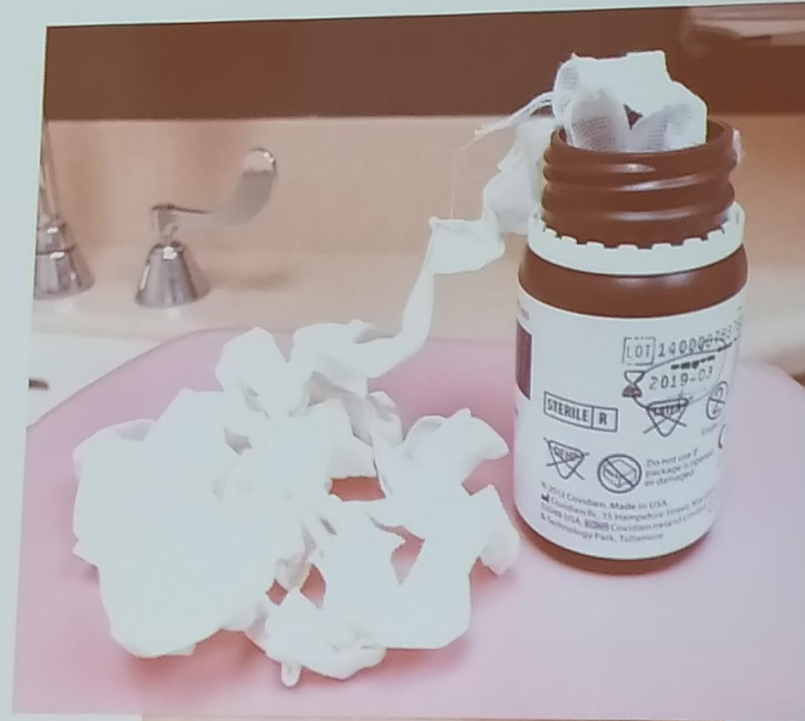
Desecha el sacaleches!



- Un exceso de uso de sacaleches puede causar muchas complicaciones
- Puede estimular la producción láctea, no extrae la leche de la forma que lo haría el bebé
- Añade estrés materno
- Preferiblemente la expresión manual o succión por el bebé

Elimina los taponamientos

- Añade estrés a la mamá y al sanitario
- La mama lactante no crea tejido de granulación
- Aumenta el tiempo de curación y de herida abierta



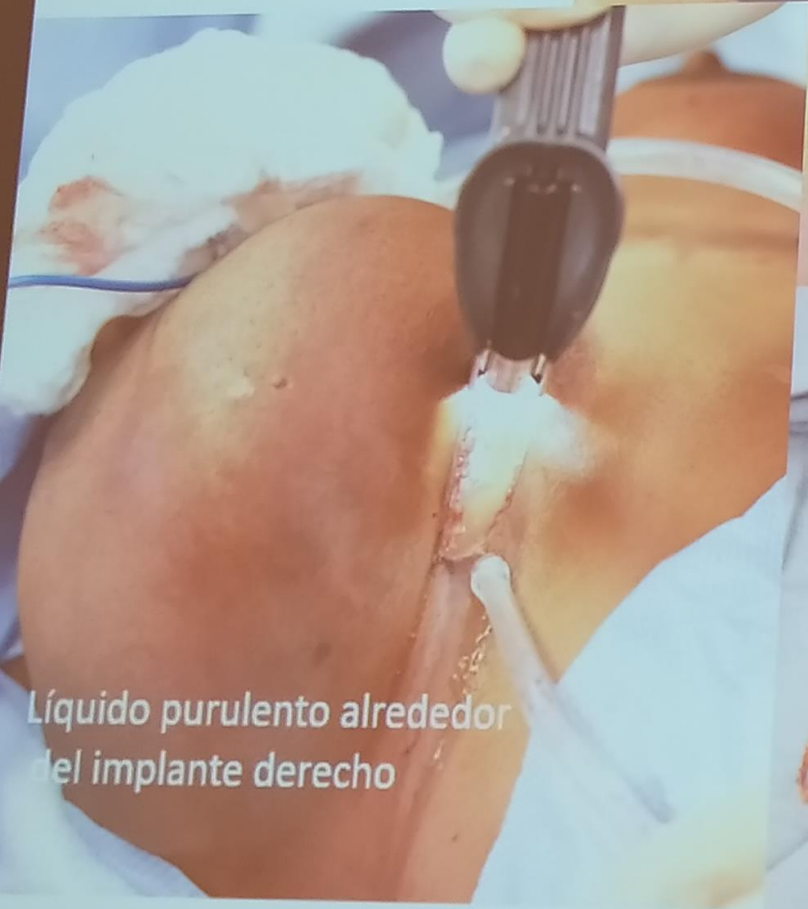
Tratamiento del galactocele

XI LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

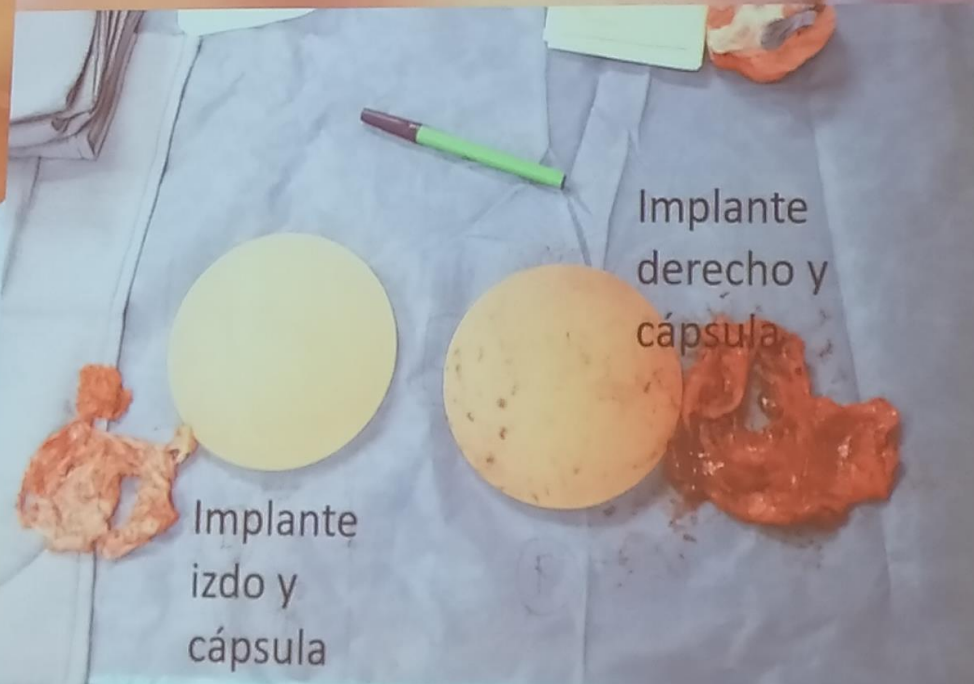
- Aspiración
- No obstante, la leche estancada es muy densa y loculada, es muy difícil aspirarla con aguja ecoguiada
- Si precisa aspiraciones repetidas, se aconseja dejar un drenaje tras incisión con hoja de bisturí del 11 o radiología intervencionista



Acceso a la cápsula de implante izquierdo (no infectado) con incision IMF.



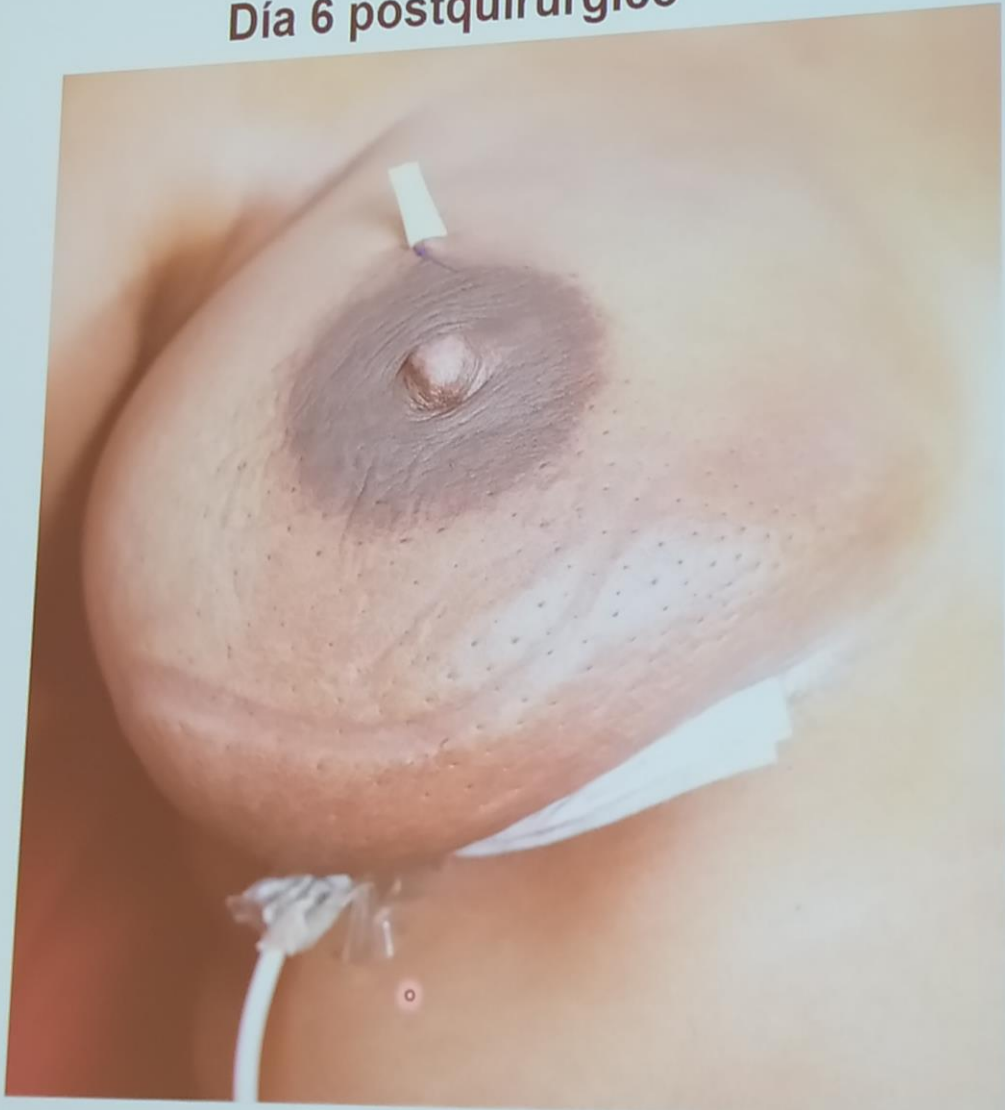
Líquido purulento alrededor del implante derecho



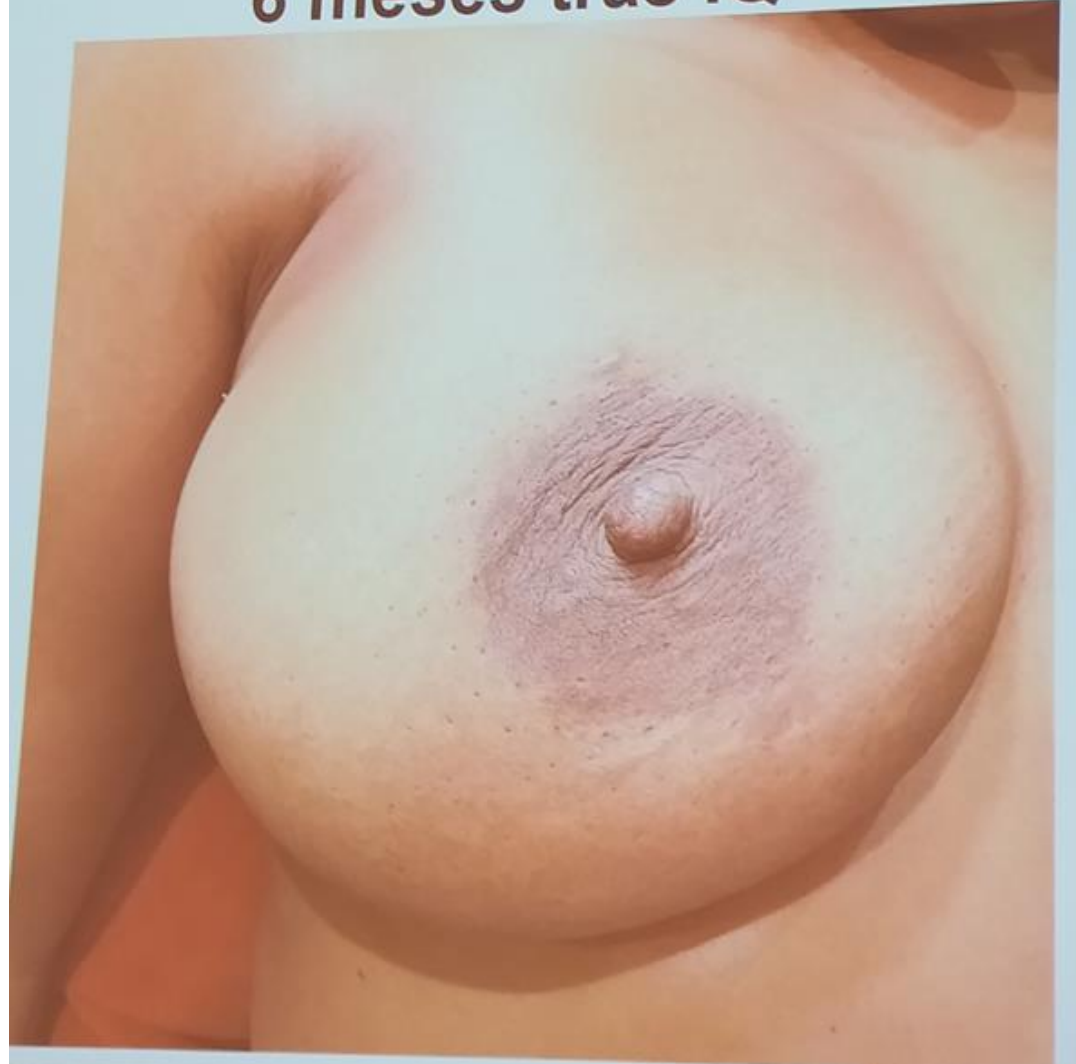
Implante izdo y cápsula

Implante derecho y cápsula

Día 6 postquirúrgico



6 meses tras IQ



BREAST: CASE REPORT

Management of Infected Galactocele and Breast Implant with Uninterrupted Breastfeeding

Kornfeld, Hannah MD¹; Johnson, Arianne PhD²; Soares, Marc MD, FACS^{1,2}; Mitchell, Katrina MD, FACS, IBCLC^{1,3}

Author Information ☺

Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open: November 2021 - Volume 9 - Issue 11 - p e3943
doi: 10.1097/GGX.0000000000003943

OPEN

ASSOCIATED VIDEO

Metrics

Abstract

Summary:

Infected breast implants during lactation present a rare but challenging clinical scenario that may result in early cessation of breastfeeding and unnecessary morbidity to mother and infant. We present the case of a 39-year-old African American primigravid woman with a history of bilateral retropectoral textured implants placed three years prior. Five days after delivering a healthy, full-term infant via cesarean section, she sought evaluation for nipple pain and trauma. She was instructed to use a nipple shield and pump every 2–3 hours in addition to breastfeeding, which resulted in iatrogenic hyperlactation. One week postpartum, the patient was started on antibiotics for presumed mastitis. Ultrasound demonstrated a complex fluid collection at the 12 o'clock periareolar position, as well as peri-implant fluid. She subsequently underwent aspirations of a periareolar complex galactocele and aspirations of peri-implant fluid. She continued on antibiotics without improvement. The patient proceeded to implant removal and definitive drainage of the galactocele at four months postpartum. Throughout her course, the patient provided her infant with exclusive breastmilk, including breastfeeding in the perioperative area of the operating room. This case demonstrates an example of safe surgical removal of infected breast implants and management of an infected galactocele without interruption of breastfeeding.

infectious process. Both surgeons recommended removal of implants without interruption of breastfeeding. The patient was instructed to stop pumping to resolve iatrogenic hyperlactation and return to physiologic breastfeeding. She was changed from cephalixin to Bactrim for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* coverage.



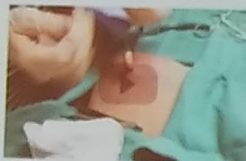
Video 1 : from "Management of Infected Galactocele and Breast Implant With Uninterrupted Breastfeeding." This video shows a demonstration of galactocele drainage and penrose drain placement in an office setting. Part 1.



Video 2 : from "Management of Infected Galactocele and Breast Implant With Uninterrupted Breastfeeding." This video shows a demonstration of galactocele drainage and penrose drain placement in an office setting. Part 2.



Video 3 : from "Management of Infected Galactocele and Breast Implant With Uninterrupted Breastfeeding." This video shows a demonstration of galactocele drainage and penrose drain placement in an office setting. Part 3.

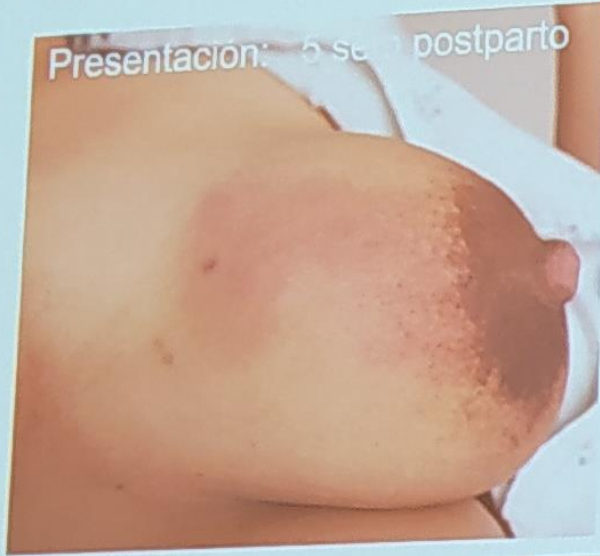


Video 4 : from "Management of Infected Galactocele and Breast Implant With Uninterrupted Breastfeeding." This video shows a demonstration of galactocele drainage and penrose drain placement in an office setting. Part 4.

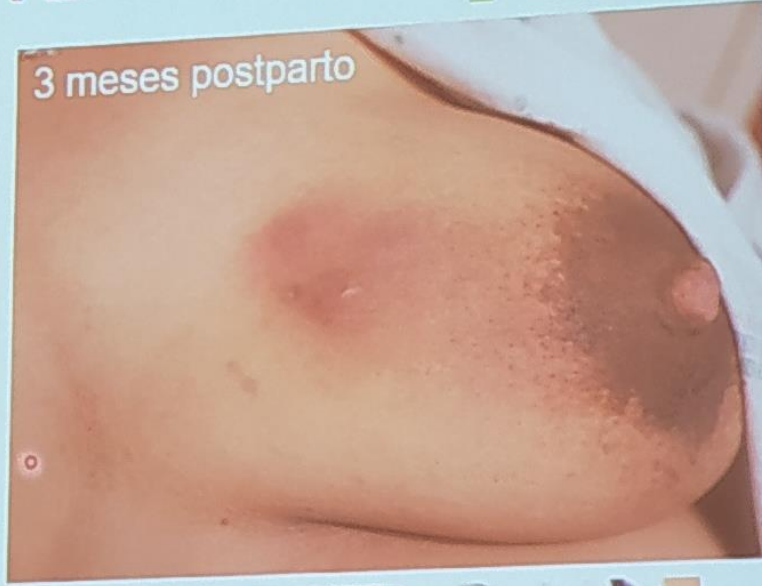
FLEMÓN DE LA MAMA LACTANTE

XI CONGRESO
LACTANCIA
MATERNAL
31 de Marzo al 2 de Abril de 2011

Presentación: 5 semanas postparto



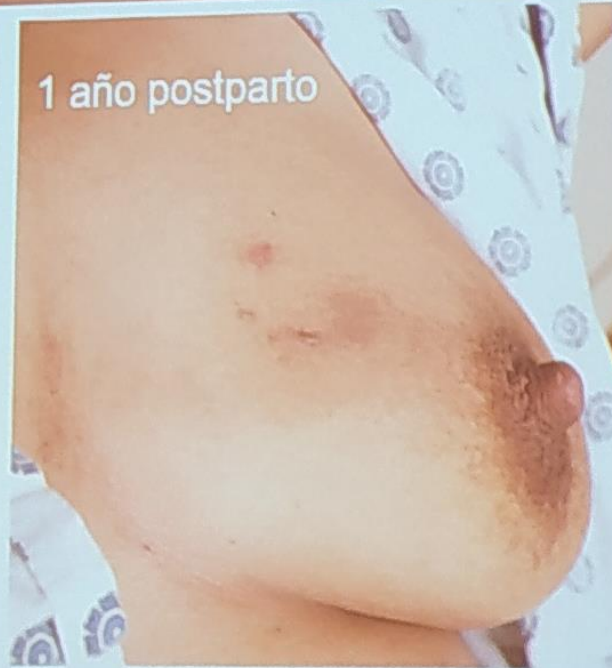
3 meses postparto



5 meses postparto

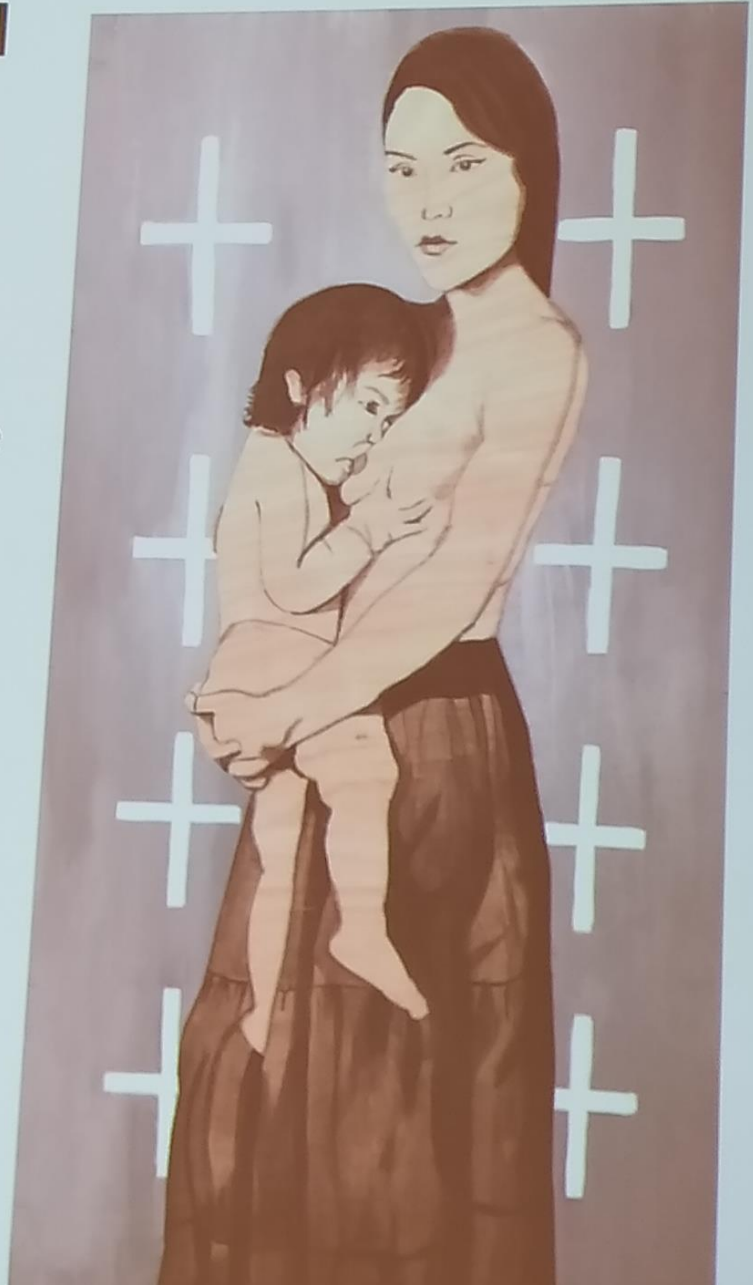


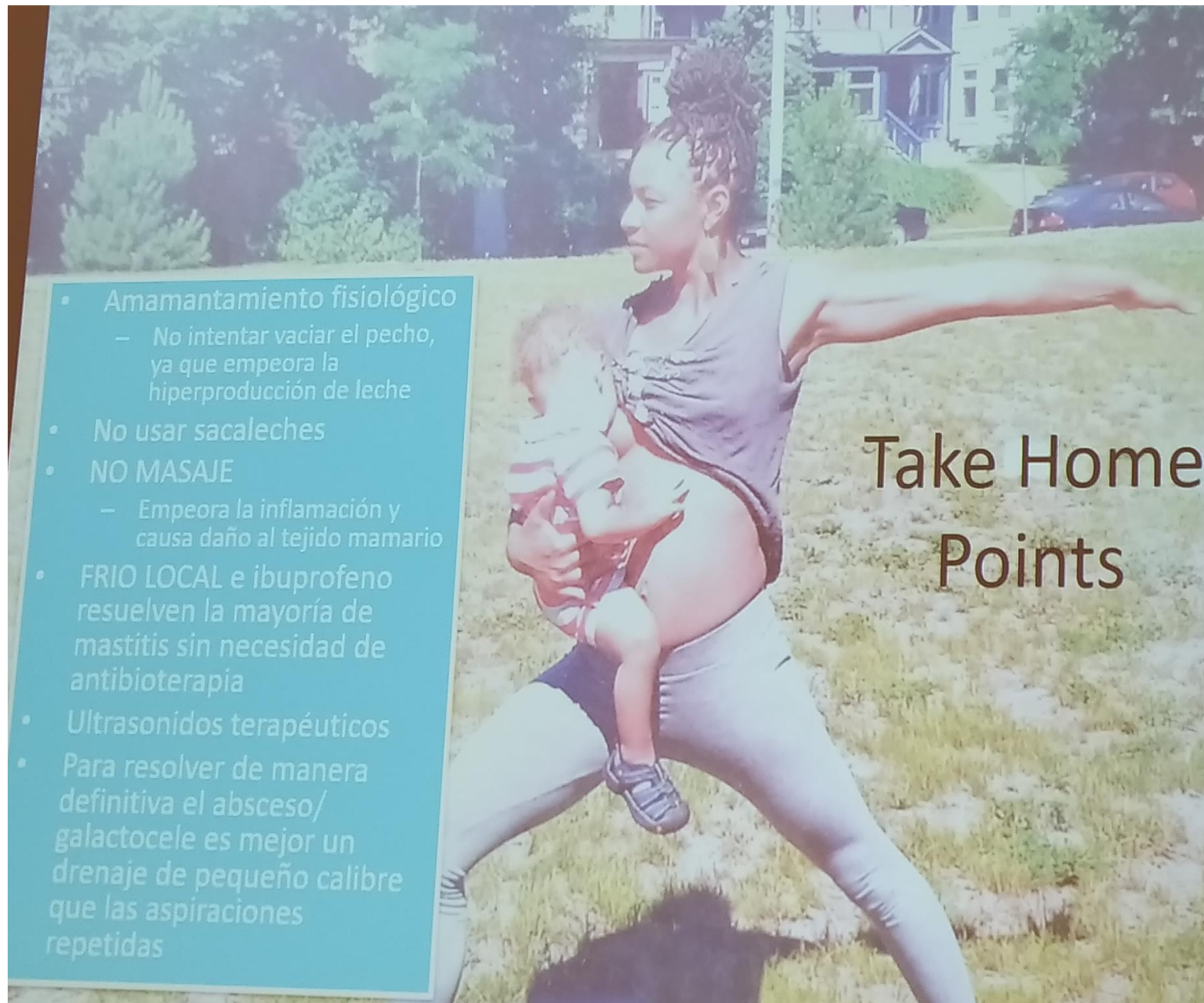
1 año postparto



Atención a la salud mental

- Las complicaciones son dolorosas y traumáticas
- Las pacientes habitualmente han consultado a múltiples sanitarios y se les ha dado información incorrecta y poco precisa
- Habitualmente se sienten frustradas, ignoradas, no escuchadas ...
- Puede conllevar a un estado de hipervigilancia/ ansiedad y en ocasiones a un trastorno obsesivo compulsivo sobre la experiencia vivida





Take Home Points

- Amamantamiento fisiológico
 - No intentar vaciar el pecho, ya que empeora la hiperproducción de leche
- No usar sacaleches
- NO MASAJE
 - Empeora la inflamación y causa daño al tejido mamario
- FRIO LOCAL e ibuprofeno resuelven la mayoría de mastitis sin necesidad de antibioterapia
- Ultrasonidos terapéuticos
- Para resolver de manera definitiva el absceso/galactocele es mejor un drenaje de pequeño calibre que las aspiraciones repetidas

- Extractor HAAKA tb causa problemas pq tiene succión o presión negativa y extrae más leche de la que sólo cae por “goteo”.
- “Remojo” en sales de EPSON/agua con sal para las obstrucciones NO CURA HERIDAS
- PROBIÓTICOS: evidencia NO concluyente en conjunto, necesita ser estandarizado para sacar conclusiones (es mejor que los ATB x tema resistencias, pero no está claro y además variabilidad de dosis entre productos etc).

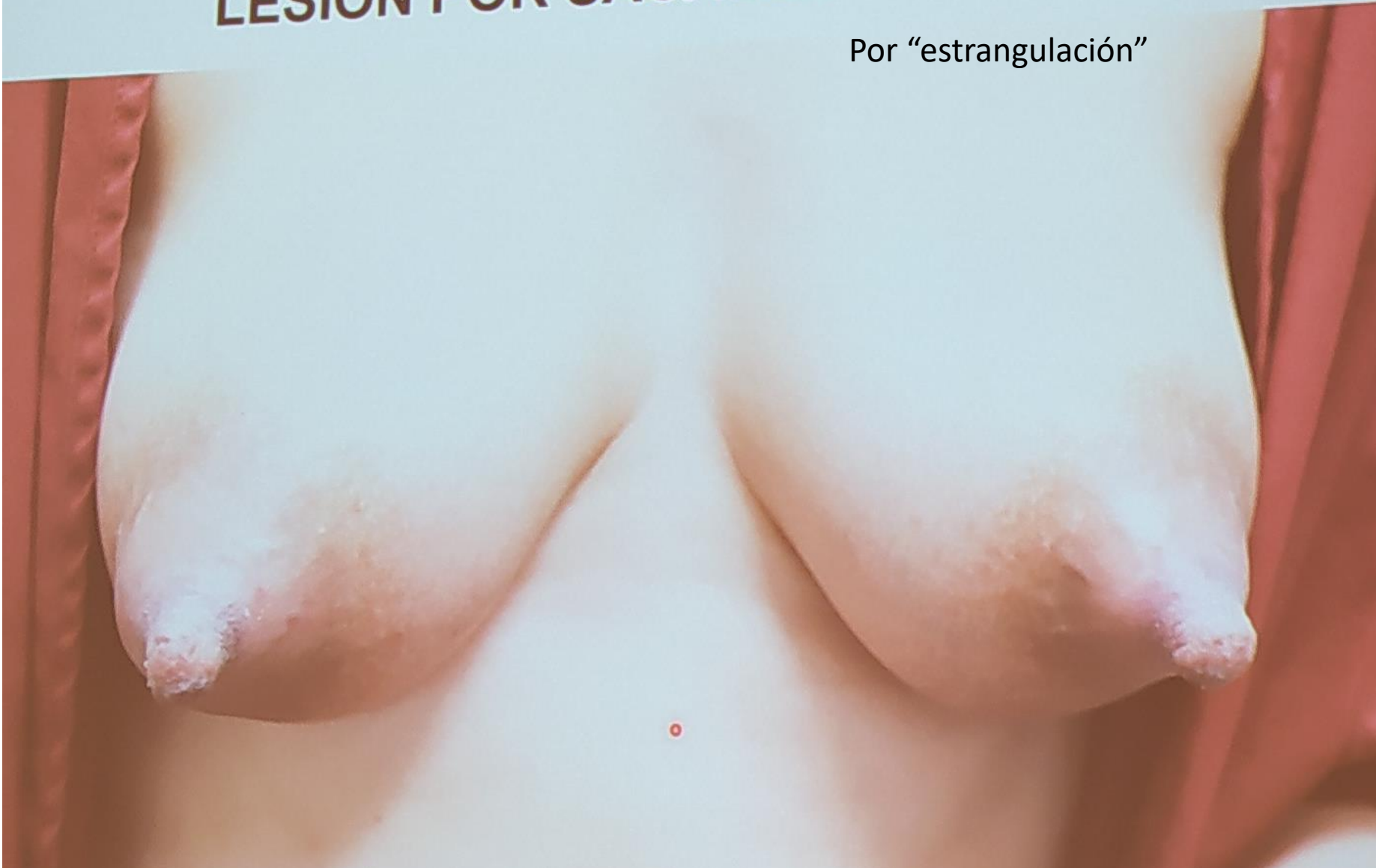
Complicaciones del COMPLEJO AREOLA-PEZÓN (CAP)

- LA PIEL DEL PEZÓN es tejido eréctil que debe permitir un estiramiento (como la piel del pene).
- El **tratamiento de una GRIETA** es similar al que daríamos a una QUEMADURA:
 - No exceso de secado
 - Hidratación grasa y cubrir (p.ej aceite de oliva)(Mepilex)
- Como para las heridas de RADIACIÓN: polímeros (tipo Nursicare pero vale CUALQUIERA, más barato) o parches de hidrogel (vale igualmente cualquiera que se pueda recortar y poner)
- **APNO NO!!!!**

LESIÓN POR SACALECHES

XI CONGRESO
LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

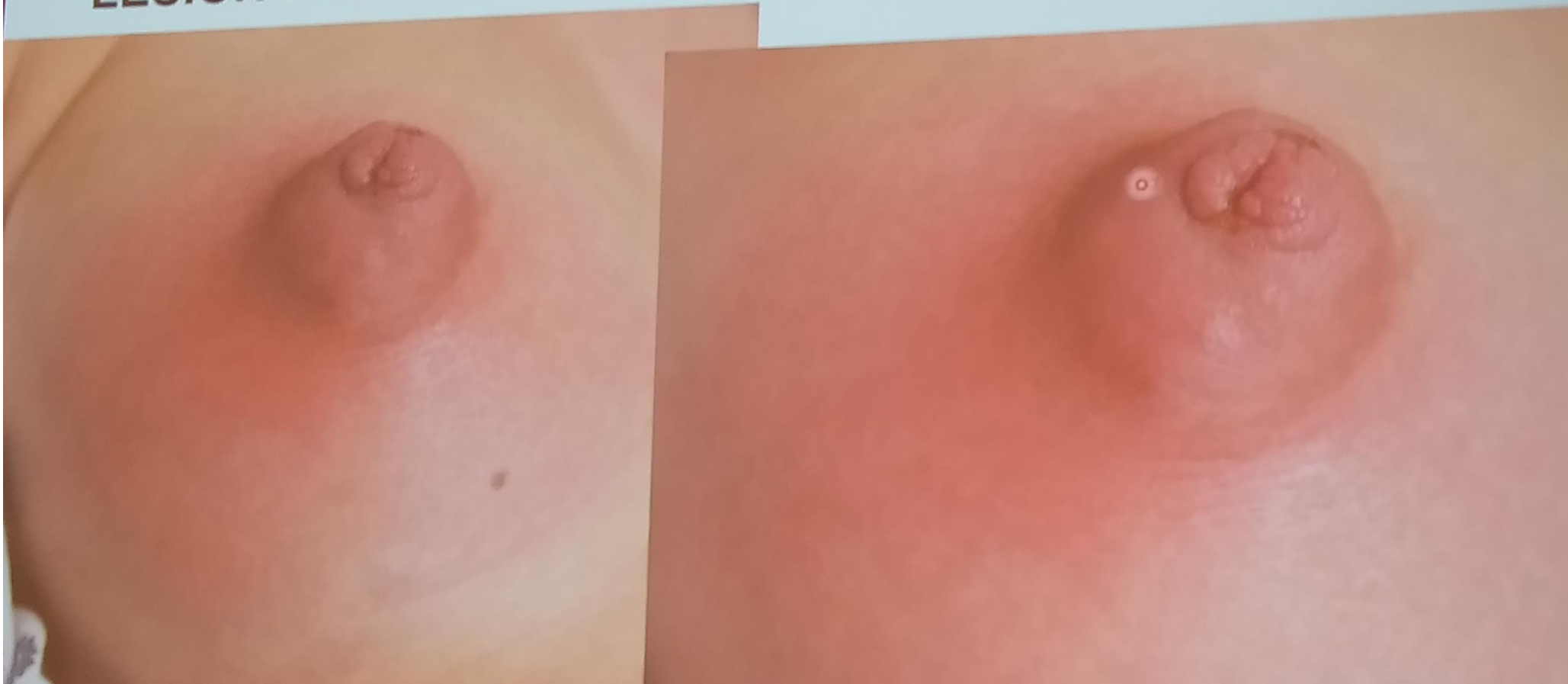
Por “estrangulación”



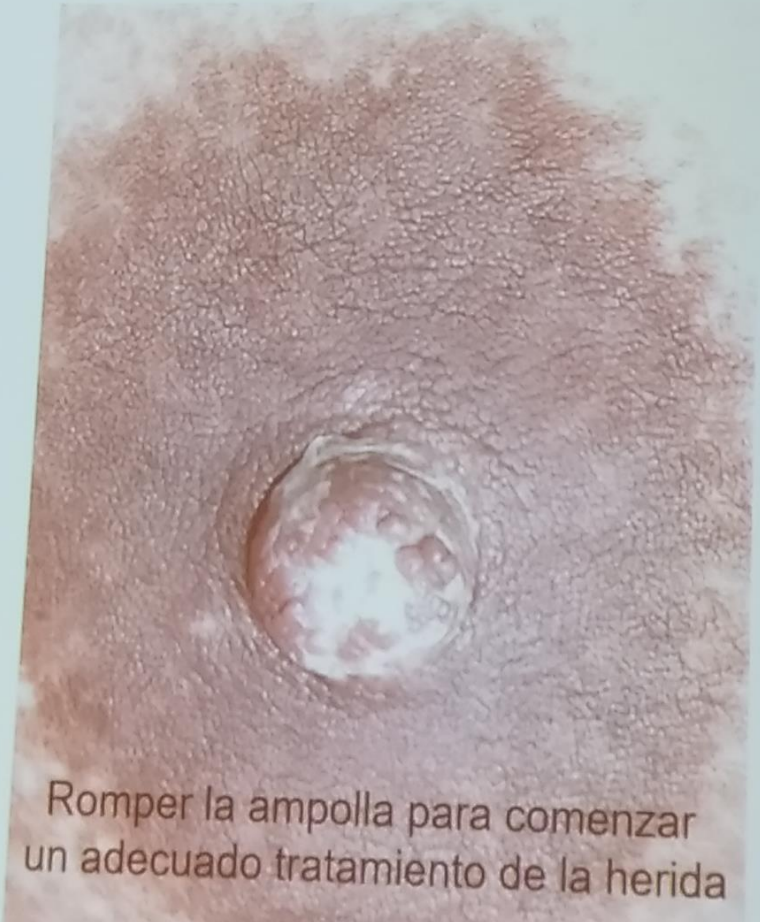
Ojo limitar el tiempo a 10 min máximo

Cambiar a extracción manual (alternar si es posible).

LESIÓN POR SACALECHES → MASAJE → ABSCESO

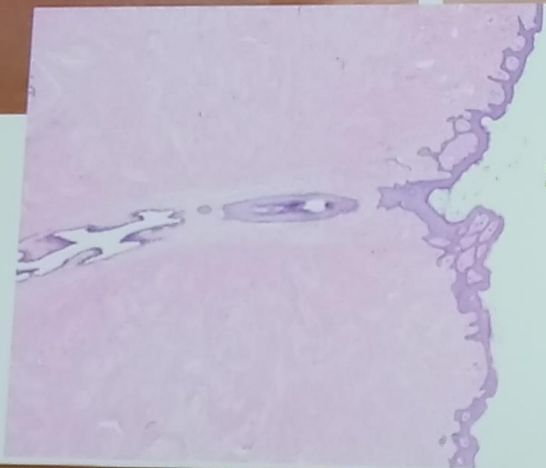
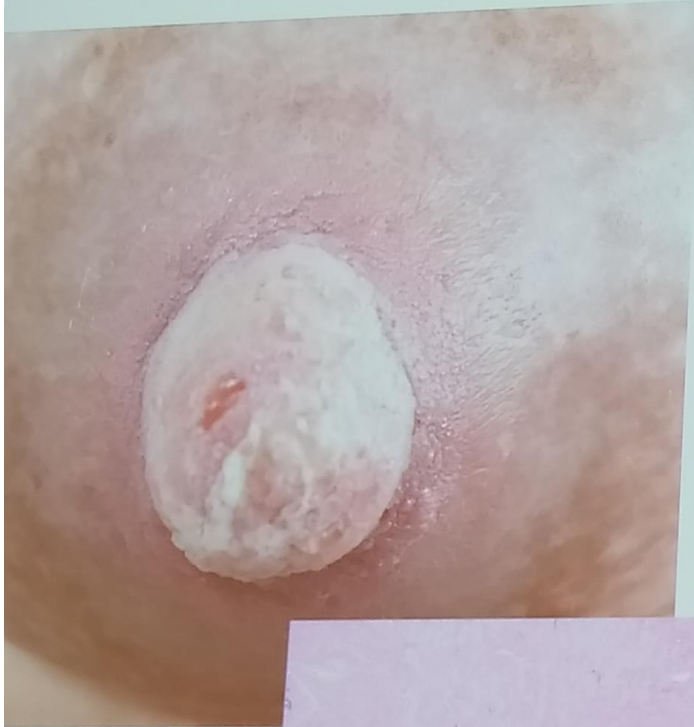


Pequeñas bridas, remojos con sales de Epsom (sales de Magnesio)



Romper la ampolla para comenzar un adecuado tratamiento de la herida

Lesiones causadas por sacaleches con ampollas



El epitelio es más fino en la superficie del pezón y es más susceptible a producirse herida/grieta



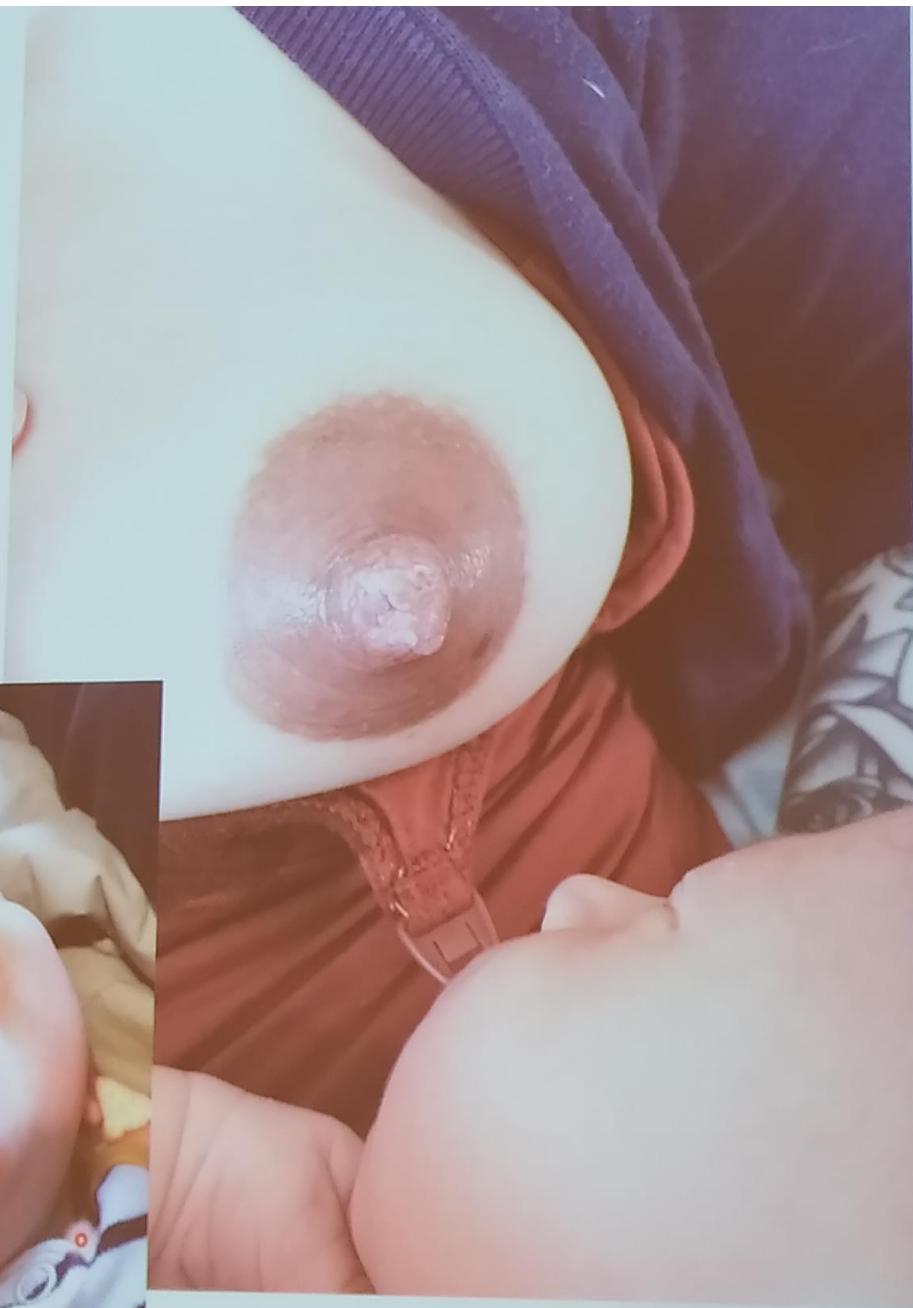
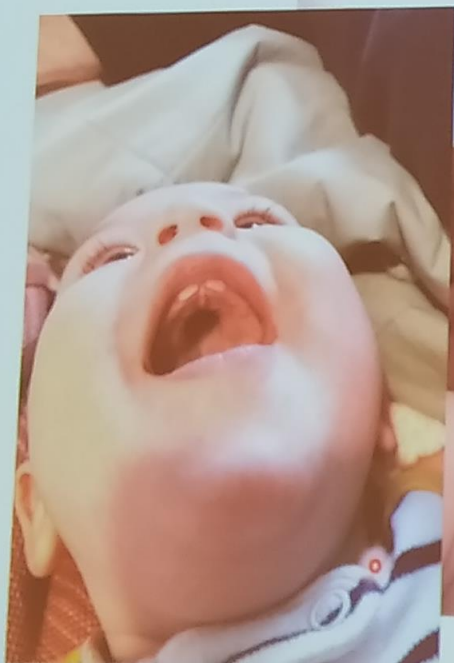
CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**

31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

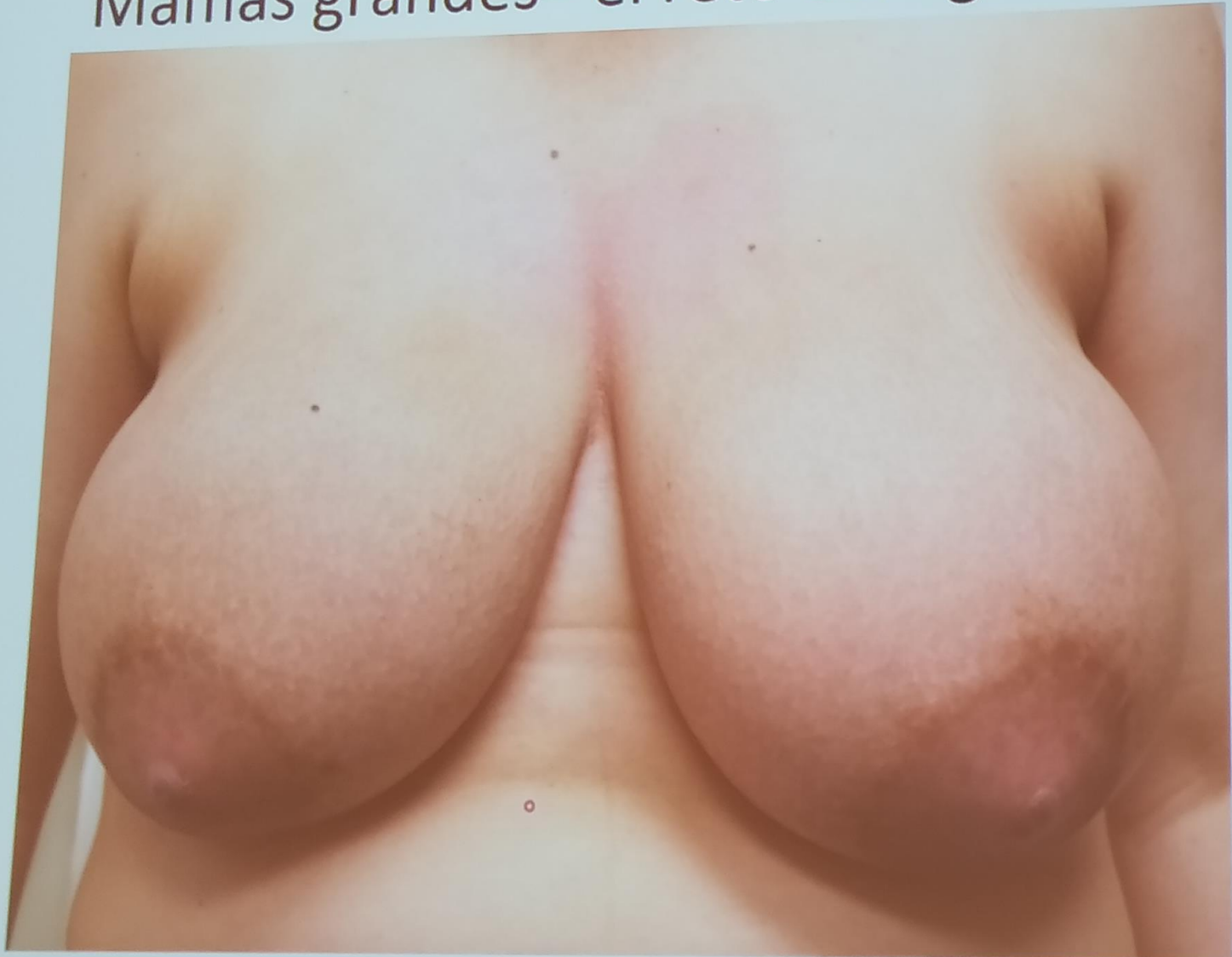
Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad

Grietas al inicio de la lactancia

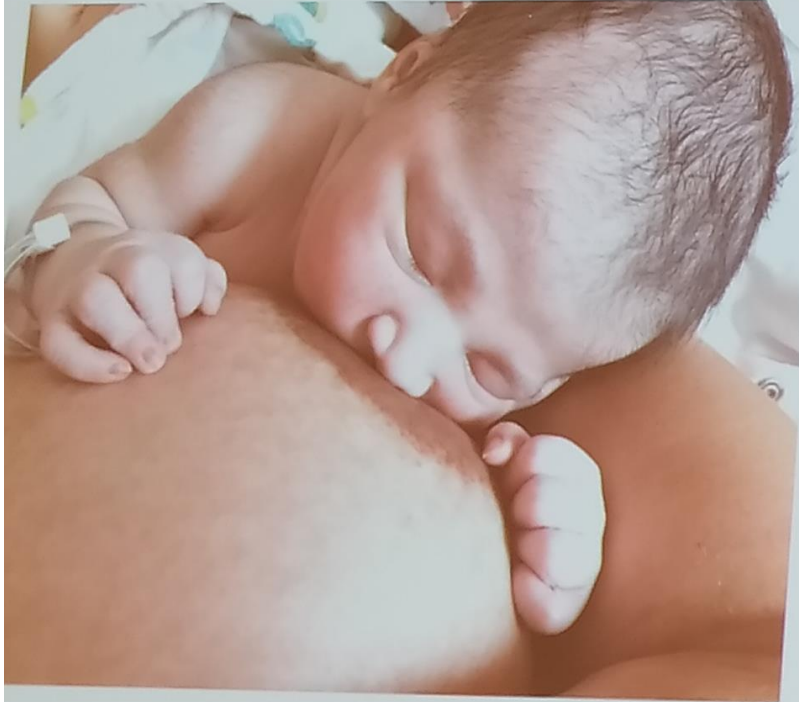
- **73-76% tienen leve- moderado dolor al 3º día**
 - 19-26% TIENEN GRIETAS
 - EL DOLOR SE REDUCE AL 27% A LOS 10 DÍAS



Mamas grandes= el reto del agarre



Trauma del agarre

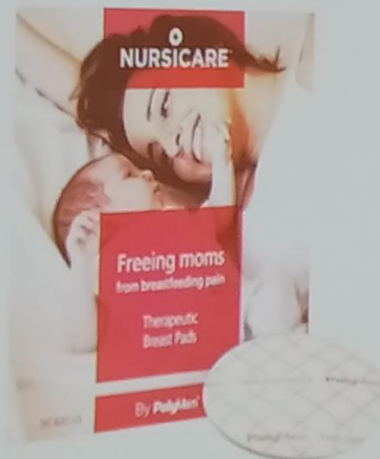


- Tratar la ingurgitación
 - Frío local, drenaje linfático, no extraer el exceso de leche
- Tratar la hiperproducción
 - Los bebés continúan succionando con alto flujo de leche
- Revisar posición y agarre
- Tratar las grietas/ heridas con ambiente húmedo/ cerrado vs apósitos de relleno si ulcerado/ exudado

Tratamiento de grietas/heridas

XI CONGRESO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

- Ambiente de curación humedo/cerrado y lubricado.
- No dejar secar al aire o remojos con sales de Epsom (magnesio)
- Parches de hydrogel, bálsamo sin lanolina (la lanolina es alergénica) , medihoney (el bebé puede rechazar el sabor), polymem, mepilex
 - Recuerda las alergias al coco
 - Intentar que haya stockaje de mepilex, polymem, hydrogel intrahospitalario



Mepilex Border
WITH SAFETAQ™ TECHNOLOGY

10 x 10 cm / 4 x 4 in



SafetaQ



- PRN 0.1% triamcinolona en dolor o herida severa
 - APNO-NO-NO ("all purpose nipple ointment" de farmacia)
 - Tiene antifúngico y antibacteriano que no suele ser necesario y además impide la curación de la herida, el Alivio suele producirse por el esteroide que lleva
 - Los eSteroides deben usarse con moderación ya que inhiben los macrófagos, linfocitos, disminuyen la producción de anticuerpos y el procesamiento de los antígenos
 - Los AINES interfieren con la activación plaquetaria, angiogenesis y la producción de colágeno.

- Tto. de las gRIETAS igual que trataríamos una QUEMADURA EN UN DEDO.
- Nursicare/polímer o absorbe el fluido
- Si hay pérdida de sustancia: NO aceite sino polímero POLYMEM
- Hidrogel

AAFP | AAFP Foundation | AAFP | AAFP

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Issues AFP By Topic Collections

Choosing Wisely: Don't routinely use topical antibiotics on a surgical wound.

Search Recommendations

Rationale and Comments:

The use of topical antibiotics on clean surgical wounds has not been shown to reduce the rate of infection compared to the use of non-antibiotic ointment or no ointment. Topical antibiotics can aggravate open wounds, hindering the normal wound-healing process. When topical antibiotics are used in this setting, there is a significant risk of developing contact dermatitis, a condition in which the skin becomes red, sore, or inflamed after direct contact with a substance, along with the potential for developing antibiotic resistance. Only wounds that show symptoms of infection should receive appropriate antibiotic treatment.

Sponsoring Organizations:

- American Academy of Dermatology

Sources:

- Randomized controlled trials

Disciplines:

- Infectious disease
- Surgical

References:

- Dixon AJ, Dixon MP, Dixon JB. Randomized clinical trial of the effect of applying ointment to surgical wounds before occlusive dressing. *Br J Surg*. 2006 Aug;93(8):937-43.
- Smack DP, Harrington AC, Dunn C, Howard RS, Szkutnik AJ, Krivda SJ, Caldwell JB, James WD. Infection and allergy incidence in ambulatory surgery patients using white petrolatum vs bacitracin ointment. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1996 Sep 25;276(12):972-7.
- Campbell RM, Perlis CS, Fisher E, Gloster HM Jr. Gentamicin ointment versus petrolatum for management of auricular wounds. *Dermatol Surg*. 2005 Jun;31(6):664-9.
- Sheth VM, Weitzel S. Postoperative topical antimicrobial use. *Dermatitis*. 2008 Jul-Aug;19(4):181-9.
- Gehrig KA, Warshaw EM. Allergic contact dermatitis to topical antibiotics: epidemiology, responsible allergens, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Jan;58(1):1-21.

- En las heridas quirúrgicas limpias, el uso tópico de antibióticos no parecen reducir la tasa de infección y sí aumentan significativamente el riesgo de dermatitis (piel enrojecida, dolorida o inflamada), además del desarrollo de resistencias atb.
- Usar atb tópico sólo en casos que presenten síntomas de infección.

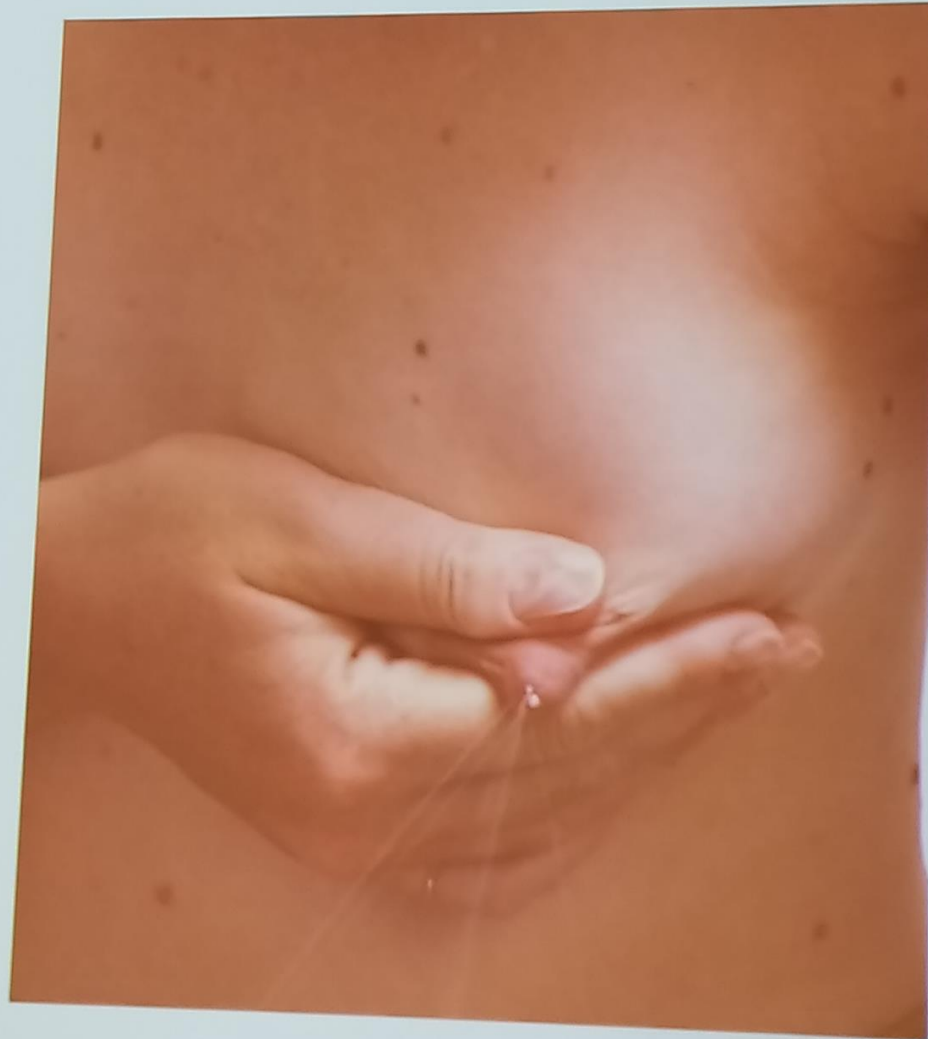
Tratamiento: evitar conchas colectoras



- Evitar las conchas colectoras: causan edema del complejo areola pezón, empeoran la herida debido a la imposibilidad para el bebé de un agarre profundo.

Tratamiento: isquemia y estrangulamiento del pezón

- Cuidado con los lubricantes tipo aceite de coco, pueden llevar la succión a unos niveles peligrosos
- Limitar la duración del sacaleches
- Succión correcta
- Talla de copa correcta
- Descansa del sacalaches y haz extracción manual



PREVENCIÓN
LESIONES POR
SACALECHES

Tratamiento de grietas superficiales

CONGRESO NACIONAL DE
**XI LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



- Muy fácil: Ambiente húmedo, cerrado de curación
- Advertir que los productos de hydrogel para la lactancia no se deben usar con bálsamos
- No obstante, el beneficio del hydrogel en general es su capacidad de usarlo junto al tratamiento tópico.

- Sólo la LECHE sobre la grieta se va a secar enseguida, no hidrata de forma duradera.
- Necesita conservar la hidratación/humedad (NO maceración) que permite un apósito “cerrado”, como el HIDROGEL

COMPREHENSIVE INVITED REVIEW



Wound Dressings and Comparative Effectiveness Data

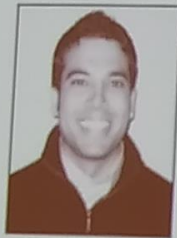
Aditya Sood,^{1*} Mark S. Granick,¹ and Nancy L. Tomaselli²

¹Department of Surgery, Division of Plastic Surgery, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, 1007231 New Jersey Medical School Newark, New Jersey
²Wound Healing Society, LLC, Cherry Hill, New Jersey

Significance: Injury to the skin provides a unique challenge, as wound healing is a complex and intricate process. Acute wounds have the potential to move from the acute wound to chronic wounds, requiring the physician to have a thorough understanding of outside interventions to bring these wounds back into the healing cascade.

Recent Advances: The development of new and effective interventions in wound care remains an area of intense research. Negative pressure wound therapy has undoubtedly changed wound care from this point forward and has proven beneficial for a variety of wounds. Hydroconductive dressings are another category that is emerging with studies underway. Other modalities such as hyperbaric oxygen, growth factors, biologic dressings, skin substitutes, and regenerative materials have also proven efficacious in advancing the wound-healing process through a variety of mechanisms.

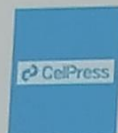
Critical Issues: There is an overwhelming amount of wound dressings avail-



Aditya Sood, MD, MBA

Submitted to *Wound Care* December 20 2021
*Correspondence: Department of Surgery, Division of Plastic Surgery, UMDNJ New Jersey Medical School, 100 Bergen Street, Suite 1120, Newark, NJ, 07102. Email: asood@umdnj.edu

“Los parches de Hydrogel, ofrecen un gran potencial, se pueden utilizar fácilmente con otras sustancias que facilitan la curación de la herida y/o que tienen propiedades antiinflamatorias, para mejorar la curación de heridas crónicas. Sin embargo, todavía les queda a los sanitarios por realizar mucho trabajo educacional para que las pacientes entiendan el tipo de beneficios y para establecer el ambiente húmedo ideal de curación de la herida incluso para las heridas leves.”



Contents lists available at ScienceDirect

Heliyon

journal homepage: www.cell.com/heliyon



Research article

Hydrogel or ointment? Comparison of five different galenics regarding tissue breathability and transepidermal water loss

Lars Rüter^a, Werner Voss

^aDermatist, Münster, Germany



ARTICLE INFO

Keywords:
Hydrogel
Skin hydration
Breathability
Transepidermal water loss
Ointment

ABSTRACT

Purpose: Five different galenics were analyzed and compared concerning tissue breathability and gas exchange with the environment after an application period of 6 h on pig ear skin. Aim was to find the most suitable galenics for efficient moist treatment for everyday injuries (abrasions, lacerations and cuts) without influencing the transepidermal water loss.

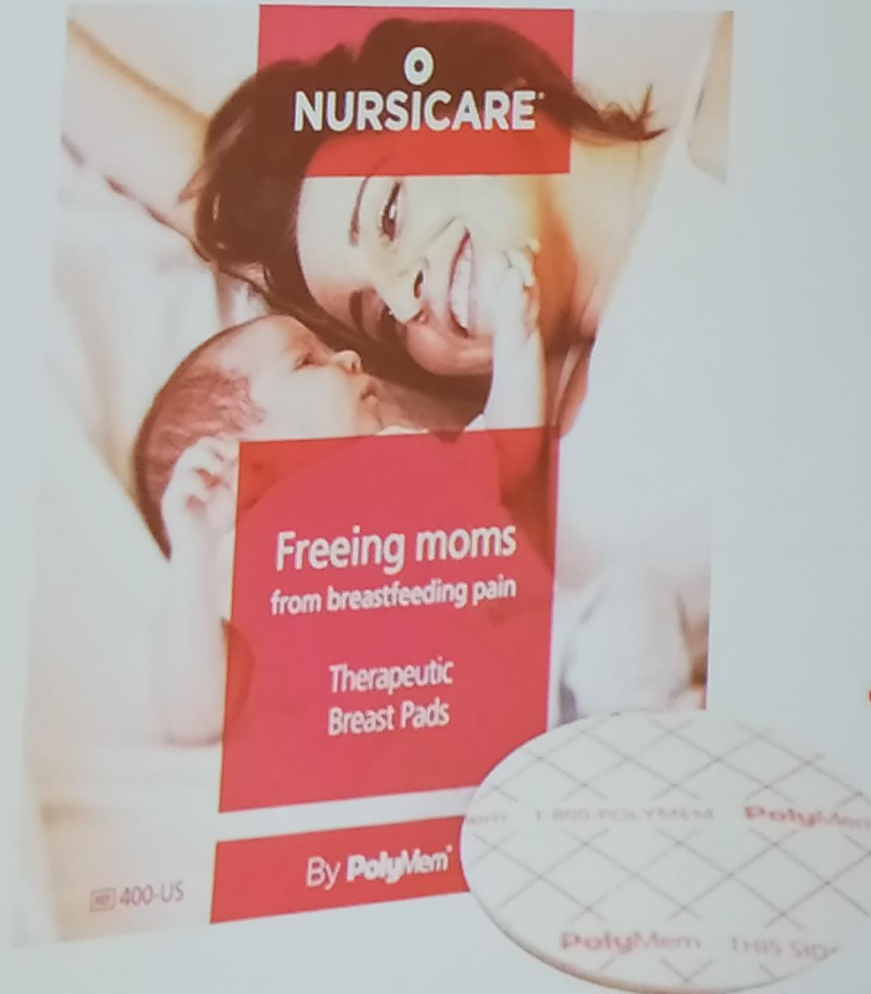
Methods: A quantity of 0.1 g of the different test preparations was applied once topically to an area of 2 cm². The analysis of the breathability was performed by TEWL (transepidermal water loss) measurements in the first hour after product application. The moisture retention effect was assessed by corneometry in the first 5 h after product application.

Results: The hydrogel preparations showed a higher breathability in contrast to a semi-occlusive ointment and petrolatum. The same applies to the moisture penetration of the skin. Here, all hydrogel formulations showed the highest tissue hydration. After 3 h an additional increase in moisture was observed for the areas treated with Tyrosur® CareExpert Wound Gel and the ointment.

Conclusion: In contrast to petrolatum and the semi-occlusive ointment, treatment with the hydrogels led to a preservation of the breathability and good moistening of the tissue, which is due to the galenics of the gels consisting of water, carbomer and propylene glycol. The increase in moisture after 3 h in areas treated with Tyrosur® CareExpert Wound Gel and the semi-occlusive ointment indicates a sustained moistening effect mediated by dexpanthenol.

Heridas ulceradas/exudativas

- Necesitan apósitos de relleno
 - Absorben el exceso de exudado y promueven el crecimiento de tejido.



- POLYMEM (apósito de membrana polimérica, NO adhesivo)
- Absorbe exudado, protege herida, favorece granulación, disminuye dolor.

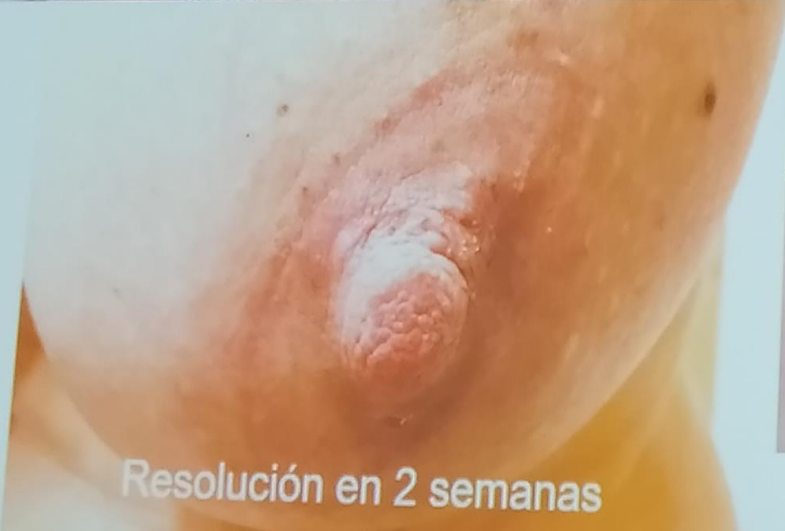
**Herida por mordisco con exudado fibrinoso—
Necesita desbridación**



Tratamiento intensivo de la herida x 6
sem



1 sem tras polymem



Resolución en 2 semanas

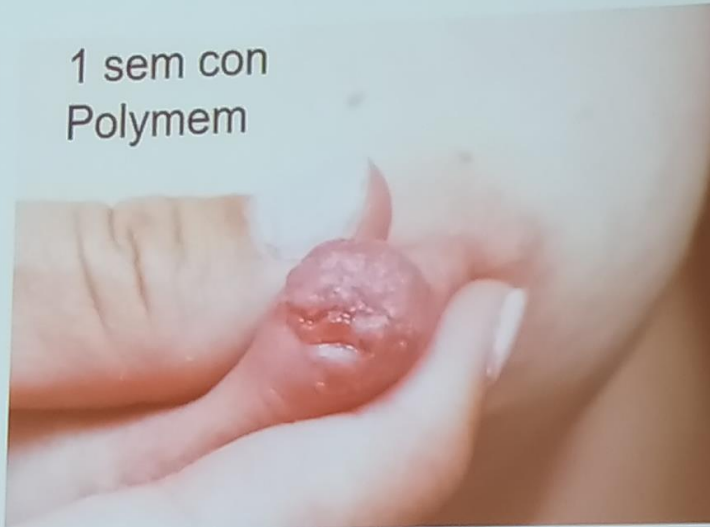
Desbridamiento y apósito de relleno

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

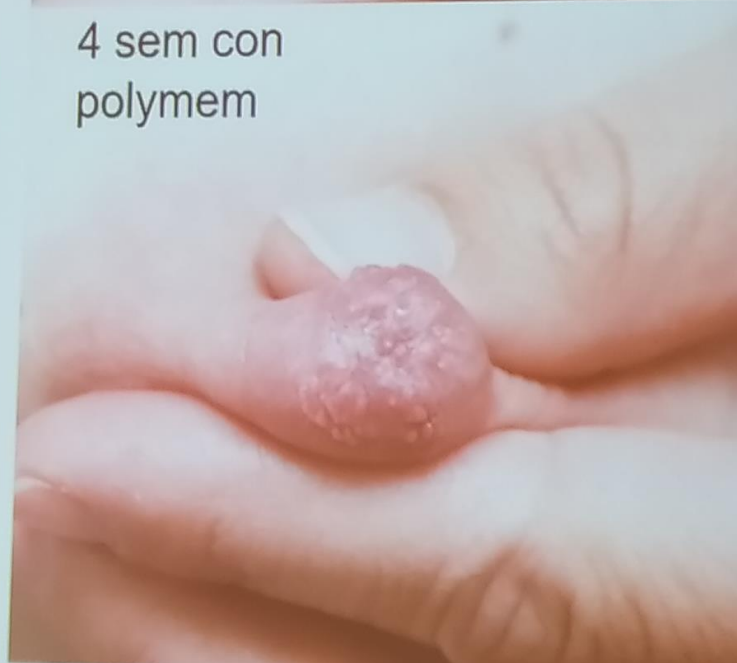
Inicio



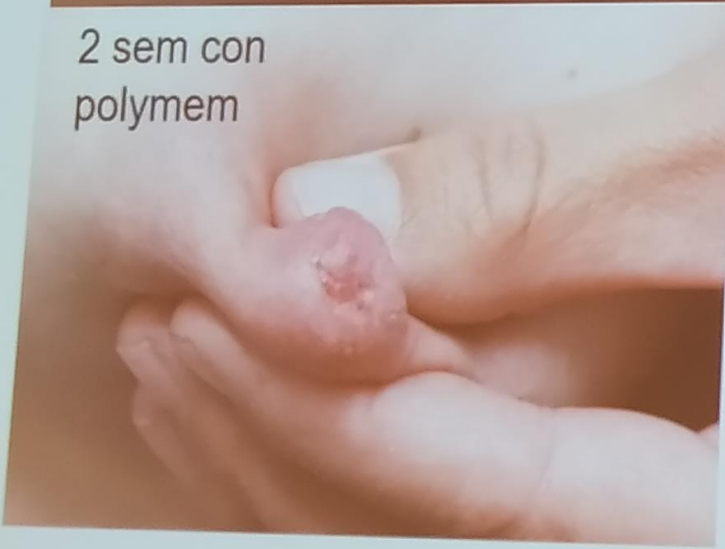
1 sem con
Polymem



4 sem con
polymem

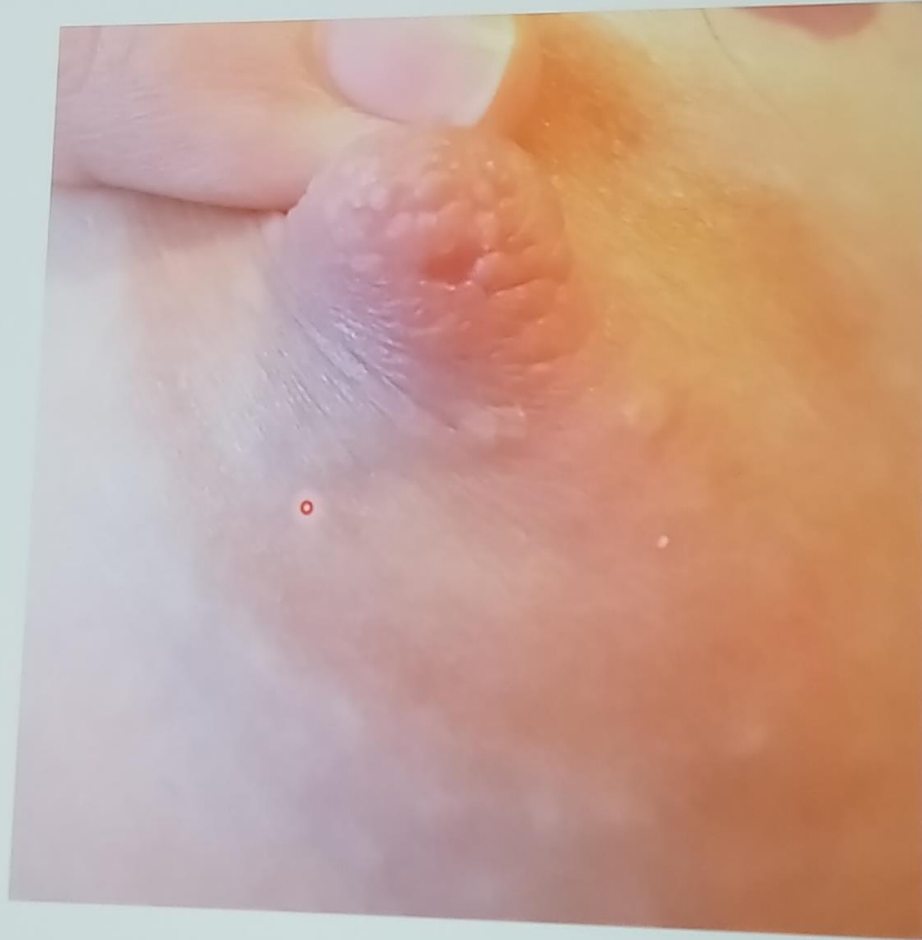


2 sem con
polymem



No cerrar las heridas por mordisco

- No suturar las heridas sucias → cerrar por segunda intención con un manejo apropiado de la herida



It's Not Yeast: Retrospective Cohort Study of Lactating Women with Persistent Nipple and Breast Pain

Ryan Colton Betts,¹ Helen M. Johnson,² Anne Eglash,³ and Katrina B. Mitchell^{4,*}

Abstract

Introduction: Health care providers treating lactating women for nipple and breast pain often attribute symptoms to *Candida albicans* infection. However, multiple other conditions may present with pain, erythema, and pruritis. We explored the experience of a breastfeeding medicine practice that received referrals for patients with failing antifungal therapy and who desired further evaluation for alternative diagnoses.

Materials and Methods: We conducted a retrospective chart review of breastfeeding women referred for evaluation of "yeast" to a breast surgery/breastfeeding medicine practice from July 2016 to August 2019.

Results: Twenty-five women met inclusion criteria. Median age was 33 (range 24–43) and median month postpartum was 4 (range 0.5–18). All 25 women reported minimal to no improvement on oral and/or topical antifungal therapy. In addition to history and examination, milk culture was obtained in four women, punch biopsy in one, and core needle biopsy in one. No woman was confirmed to have a diagnosis of *Candida*. Diagnoses were changed to the following: subacute mastitis/mammary dysbiosis ($n=8$), nipple bleb ($n=6$), dermatitis ($n=6$), vasospasm ($n=2$), milk crust ($n=1$), hyperlactation ($n=1$), and postpartum depression ($n=1$). Treatment included discontinuation of antifungal medication, as well as the following per individual diagnoses: antibiotics and probiotics; 0.1% triamcinolone cream; heat therapy; discontinuation of exclusive pumping; and antidepressant medication and counseling referral. All women experienced resolution of symptoms following revision of diagnosis and change in management (range 2–42 days).

Conclusion: While persistent nipple and breast pain in breastfeeding is often attributed to *Candida*, this cohort demonstrates that providers should consider multiple other conditions in their differential diagnosis. Accurate and timely diagnosis is crucial, as pain is a risk factor for premature cessation of breastfeeding. Symptomatic resolution occurs on appropriate therapy.

Keywords: yeast, thrush, *Candida*, breast pain, nipple pain

Introduction

NIPPLE AREOLAR COMPLEX and deep breast pain causes significant morbidity among breastfeeding dyads and has been associated with early cessation of breastfeeding.¹ A complex variety of issues may contribute to the development of this pain, and require careful evaluation by health care providers. The most common etiology involves improper

latch and positioning,² most often related to engorgement and inadequate education and support.³ Other conditions include subacute mastitis/mammary dysbiosis, nipple blebs, dermatitis, vasospasm, and functional pain.^{3,4}

In addition, providers caring for breastfeeding dyads have attributed symptomatology of redness, itching, and breast and nipple areolar complex pain to a diagnosis of *Candida albicans*.⁵ This has been termed "mammary candidiasis"

¹Ridley-Tree Cancer Center, Samsam Clinic, Santa Barbara, California, USA.

²Department of Surgery, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, North Carolina, USA.

³Department of Family and Community Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin, USA.

⁴Breast Surgical Oncology, Presbyterian Healthcare Services—MD Anderson Cancer Network, Albuquerque, New Mexico, USA.

*Current address: Surgical Oncology, Ridley-Tree Cancer Center, Samsam Clinic, Santa Barbara, California, USA.

- Históricamente, los hongos han estado implicados como causa del dolor en la lactancia, pero las investigaciones actuales están echando por tierra este mito.

- Lo que realmente necesitas es excluir las siguientes condiciones que ahora comentaremos

- Mastitis subaguda, perlas lácteas, vasoespasmo, dermatitis



Overdiagnosis and overtreatment of nipple and breast candidiasis: A review of the relationship between diagnoses of mammary candidiasis and *Candida albicans* in breastfeeding women

Pamela Douglas^{1,2,3}

Women's Health
Volume 17 | 1–10
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/17428902211021486
journals.sagepub.com/home/whe
SAGE

Abstract

Background: Breastfeeding mothers commonly experience nipple pain accompanied by radiating, stabbing or constant breast pain between feeds, sometimes associated with pink shiny nipple epithelium and white flakes of skin. Current guidelines diagnose these signs and symptoms as mammary candidiasis and stipulate antifungal medications.

Aim: This study reviews existing research into the relationship between *Candida albicans* and nipple and breast pain in breastfeeding women who have been diagnosed with mammary candidiasis; whether fluconazole is an effective treatment; and the presence of *C. albicans* in the human milk microbiome.

Method: The author conducted three searches to investigate (a) breastfeeding-related pain and *C. albicans*; (b) the efficacy of fluconazole in breastfeeding-related pain; and (c) composition of the human milk mycobiome. These findings are critiqued and integrated in a narrative review.

Results: There is little evidence to support the hypothesis that *Candida* spp, including *C. albicans*, in maternal milk or on the nipple-areolar complex causes the signs and symptoms popularly diagnosed as mammary candidiasis. There is no evidence that antifungal treatments are any more effective than the passage of time in women with these symptoms. *Candida* spp including *C. albicans* are commonly identified in healthy human milk and nipple-areolar complex mycobiomes.

Discussion: Clinical breastfeeding support remains a research frontier. The human milk microbiome, which includes a mycobiome, interacts with the microbiomes of the infant mouth and nipple-areolar complex, including their mycobiomes, to form protective ecosystems. Topical or oral antifungals may disrupt immunoprotective microbial homeostasis. Unnecessary use contributes to the serious global problem of antifungal resistance.

Conclusion: Antifungal treatment is rarely indicated and prolonged courses cannot be justified in breastfeeding women experiencing breast and nipple pain. Multiple strategies for stabilizing microbiome feedback loops when nipple and breast pain emerge are required, in order to avoid overtreatment of breastfeeding mothers and their infants with antifungal medications.

Keywords

breastfeeding, breast pain, candidiasis, human milk, mammary candidiasis, mycobiome

Date received: 5 April 2021; revised: 22 June 2021; accepted: 22 June 2021

¹School of Nursing and Midwifery, Griffith University, Brisbane, QLD, Australia
²Primary Care Clinical Unit, The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia
³The Postnatal Clinic, Brisbane, QLD, Australia

Corresponding author:
Pamela Douglas, School of Nursing and Midwifery, Griffith University, Logan Campus, Brisbane, QLD 4108, Australia.
Email: pamela@douglas@griffith.edu.au



Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>).

RESEARCH ARTICLE

Mammary candidiasis: A medical condition without scientific evidence?

Esther Jiménez¹*, Rebeca Arroyo¹, Nivia Cárdenas¹, María Marín¹, Pilar Serrano², Leonides Fernández¹, Juan M. Rodríguez^{1*}

¹ Dpt. Nutrition, Food Science and Food Technology, Complutense University of Madrid, Madrid, Spain,

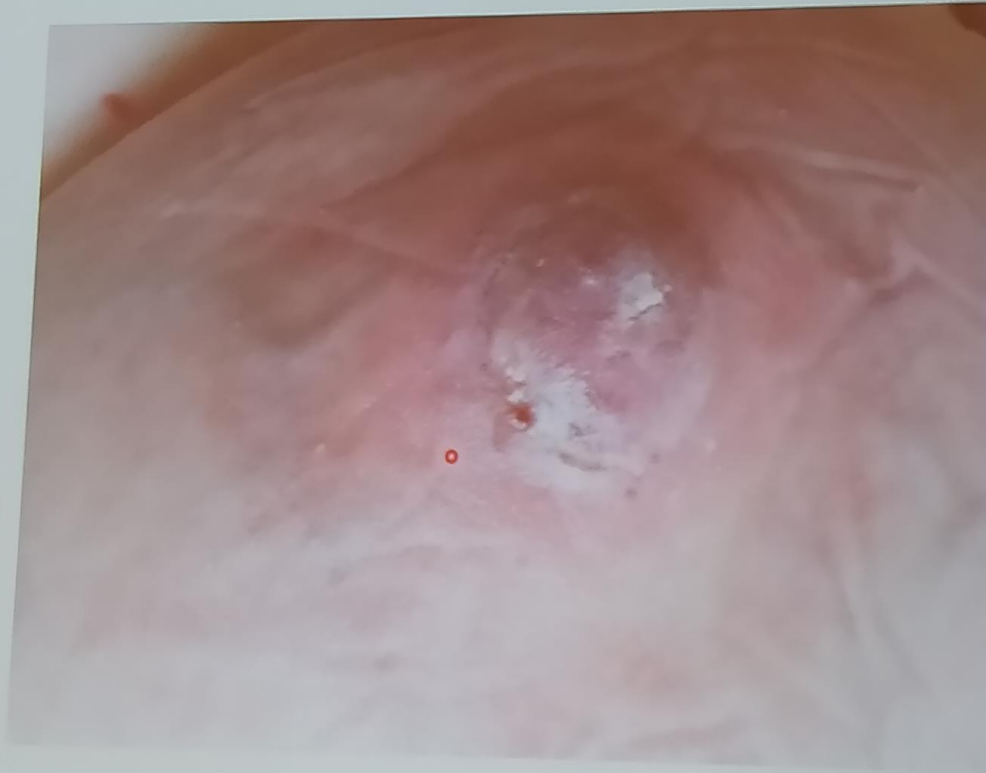
² Unidadde Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen del Rocío, Seville, Spain

Many physicians, midwives and lactation consultants still believe that yeasts (particularly *Candida* spp.) play an important role as an agent of nipple and breast pain despite the absolute absence of scientific proofs to establish such association. In this context, the objective

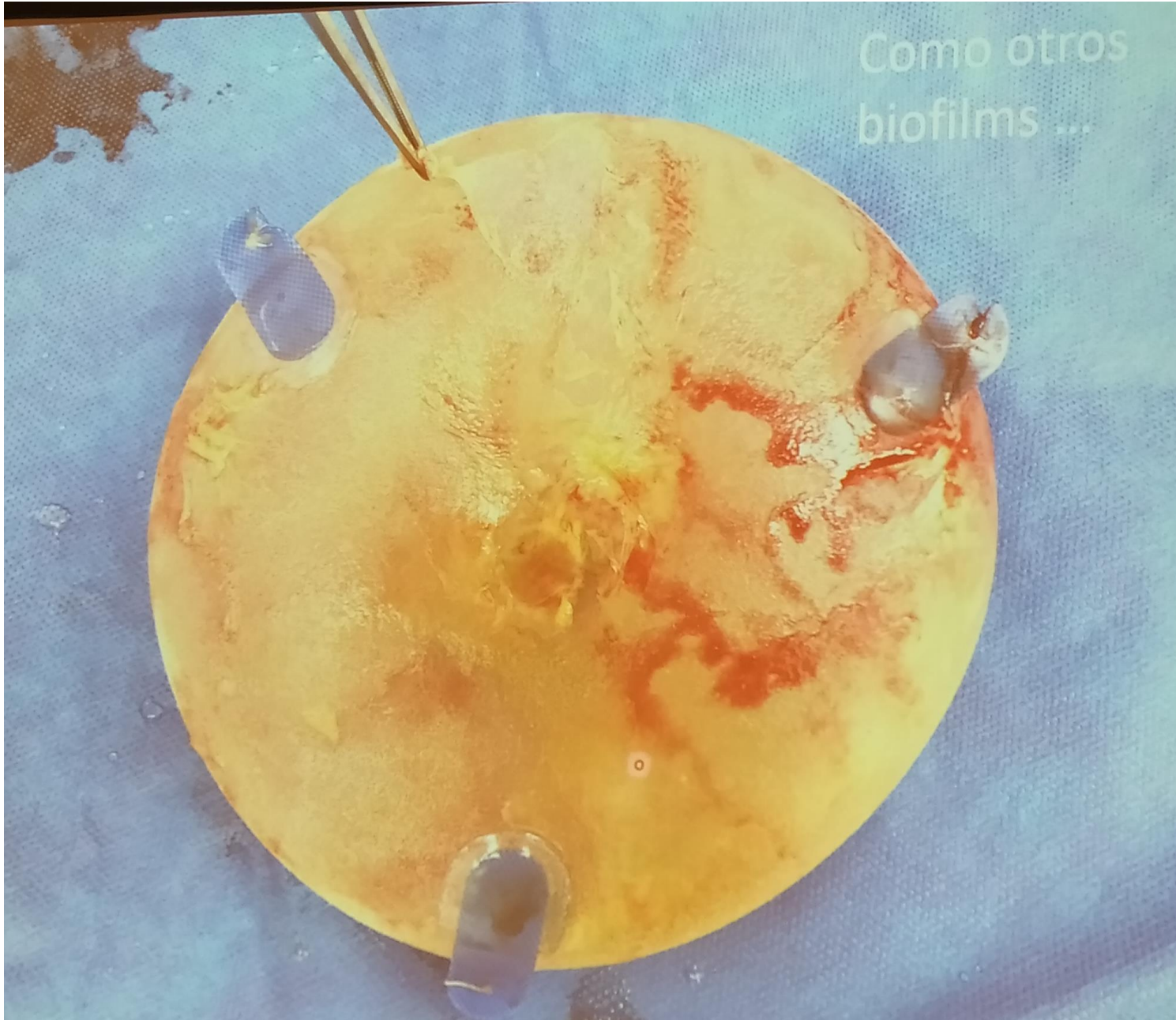
lected from the participating women. Results showed that the role played by yeasts in breast and nipple pain is, if any, marginal. In contrast, our results strongly support that coagulase-negative staphylococci and streptococci (mainly from the mitis and salivarius groups) are the agents responsible for such cases. As a consequence, and following the recommendations of the US Library of Medicine for the nomenclature of infectious diseases, the term "mammary candidiasis" or "nipple thrush" should be avoided when referring to such condition and replaced by "subacute mastitis".

Mastitis subaguda

- Desequilibrio de la flora natural de la mama similar a la candidiasis vaginal o vaginosis bacteriana
- Puede tener historia de mastitis aguda previa
- Ampollas, obstrucción crónica



Como otros
biofilms ...



Tratamiento de mastitis subaguda



- Tratar hiperproducción de leche
- Cultivo de leche
- Tratamiento empírico
 - Antibióticos
 - *Probióticos, homeopáticos (staphylococinum)*

Tratamiento y resolución

Pezón derecho, ampollas
hemorragias 4 meses
postparto



Pezón izquierdo, ampollas
con costra 4 meses
postparto



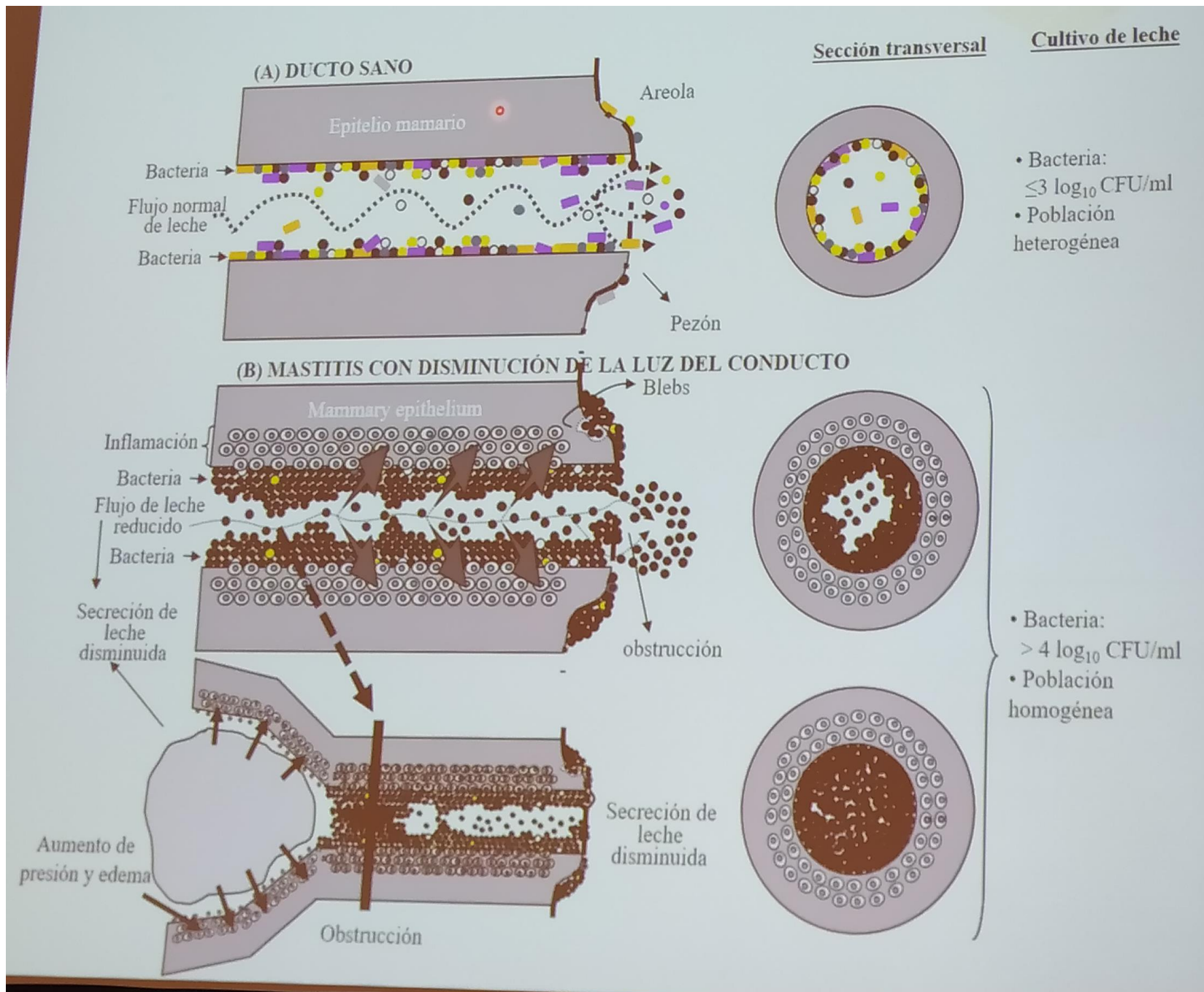
Resuelto 5 meses postparto después de 30 días de azitromicina

Ampolla del pezón (perla de leche) NO SON HONGOS



- Residuo ductal doloroso e inflamatorio/ biofilm en la superficie del orificio del pezón; Puede ser grande o pequeño, única o múltiples

- PERLA DE LECHE (*milk bleb*) es la parte de fuera de una disbiosis que genera el estrechamiento de un conducto.
- La raíz del problema es la INFLAMACIÓN del conducto.



- Detrás de la perla en sí, hay más biofilms y el conducto va a seguir estrecho.
- Pinchar o levantar la perla no lo soluciona: podemos abrirlas múltiples veces y llegar a lesionar, generando tejido cicatricial.

Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia
<https://doi.org/10.1007/s10911-020-09450-7>

Breast Pathology That Contributes to Dysfunction of Human Lactation: a Spotlight on Nipple Blebs

Katrina B. Mitchell¹ · Helen M. Johnson²

Received: 16 April 2020 / Accepted: 21 May 2020
 © Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020

Abstract
 Nipple blebs are blister-like fibrinous lesions that form on the surface of the nipple during lactation, and can result in orifice obstruction and mastitis. They likely result from superficial extension of underlying ductal plugging, and can present concurrently with hyperlactation and mammary dysbiosis. Despite their prevalence, few formal reports on nipple blebs exist. In this perspective, we review the experience of a breastfeeding medicine practice that receives referrals for patients with nipple blebs, and provide preliminary insight into etiology, management, and outcomes of these lesions.

Introduction
 While a wide range of breast pathologies can contribute to dysfunction during human lactation and lead to early cessation of breastfeeding, clinical experience and translational research remain limited regarding the management and prevention of these conditions. In particular, nipple blebs represent a particularly challenging complication of lactation and warrant further study.
 Nipple blebs, or “milk blisters,” are inflammatory lesions located on the surface of the nipple in breastfeeding women. They often present with significant latch pain and/or an obstructed ductal orifice [1, 2]. This clinically can manifest as plugging and mastitis, and can lead to early weaning [3]. Though few formal reports on nipple blebs exist [4], one case series in which patients underwent punch biopsy of the lesions showed histiocytes with foamy cytoplasmic vacuoles and fibrin deposition; no bacteria or fungi were present [5].
 Blebs appear grossly as a blister-like fibrinous lesion and are generally serous or white in color, depending on the presence of obstructed milk deep to the surface. They may become

Demographics
 While no studies document the incidence of nipple blebs, patients with nipple blebs represent 17% of all referrals in our breastfeeding medicine practice. Among 34 women treated for blebs from 11/2016 to 05/2019, mean age was 31.4 years (standard deviation (SD) 4.4, range 21–44). Approximately half of the women were of Hispanic ethnicity (55.9%), while twelve were non-Hispanic white (35.3%), two were Asian, and one was Native American. Sixteen women (47.1%) were three or fewer months postpartum at the time of the initial breastfeeding medicine consultation. Time postpartum ranged from three weeks to three years; excluding the

MANUAL MSD
 Versión para profesionales

TEMAS Y CAPÍTULOS MÉDICOS A | Á | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K

PROFESIONAL / TABLAS / POTENCIA RELATIVA DE ALGUNOS CORTICOIDES TÓPICOS

IV	Acetónido de fluocinolona al 0,025% (ungüento)
	Flurandrenolida al 0,05% (ungüento)
	Fuorato de mometasona al 0,1% (pomada o loción)
	Acetónido de triamcinolona al 0,1% (crema o ungüento)

Katrina B. Mitchell
 kbm9002@mc.com

Helen M. Johnson
 johnsonhe15@ecu.edu

¹ Surgical Oncology, Redley-Tree Cancer Center, Samsom Clinic, 540 W. Pueblo Street, Santa Barbara, CA 93105, USA

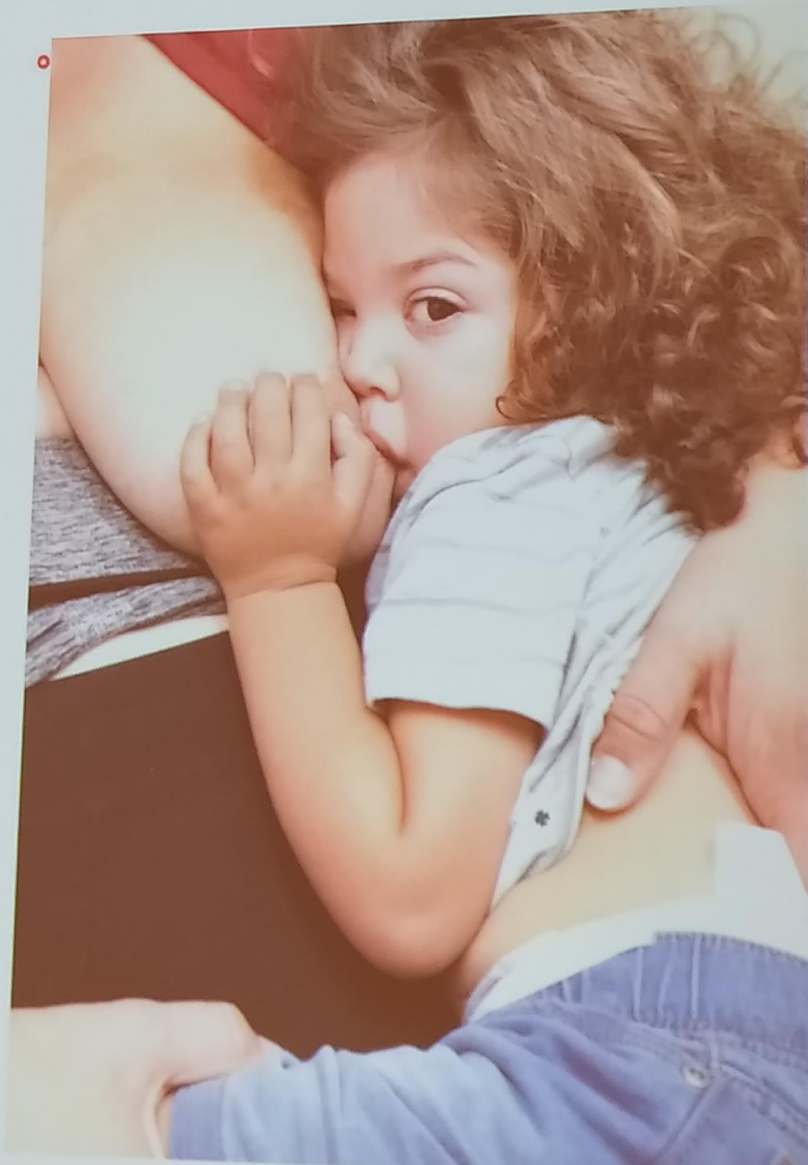
² Department of Surgery, Brody School of Medicine, East Carolina University, 600 Moye Boulevard, Greenville, NC 27834, USA

• Perlas por obstrucción

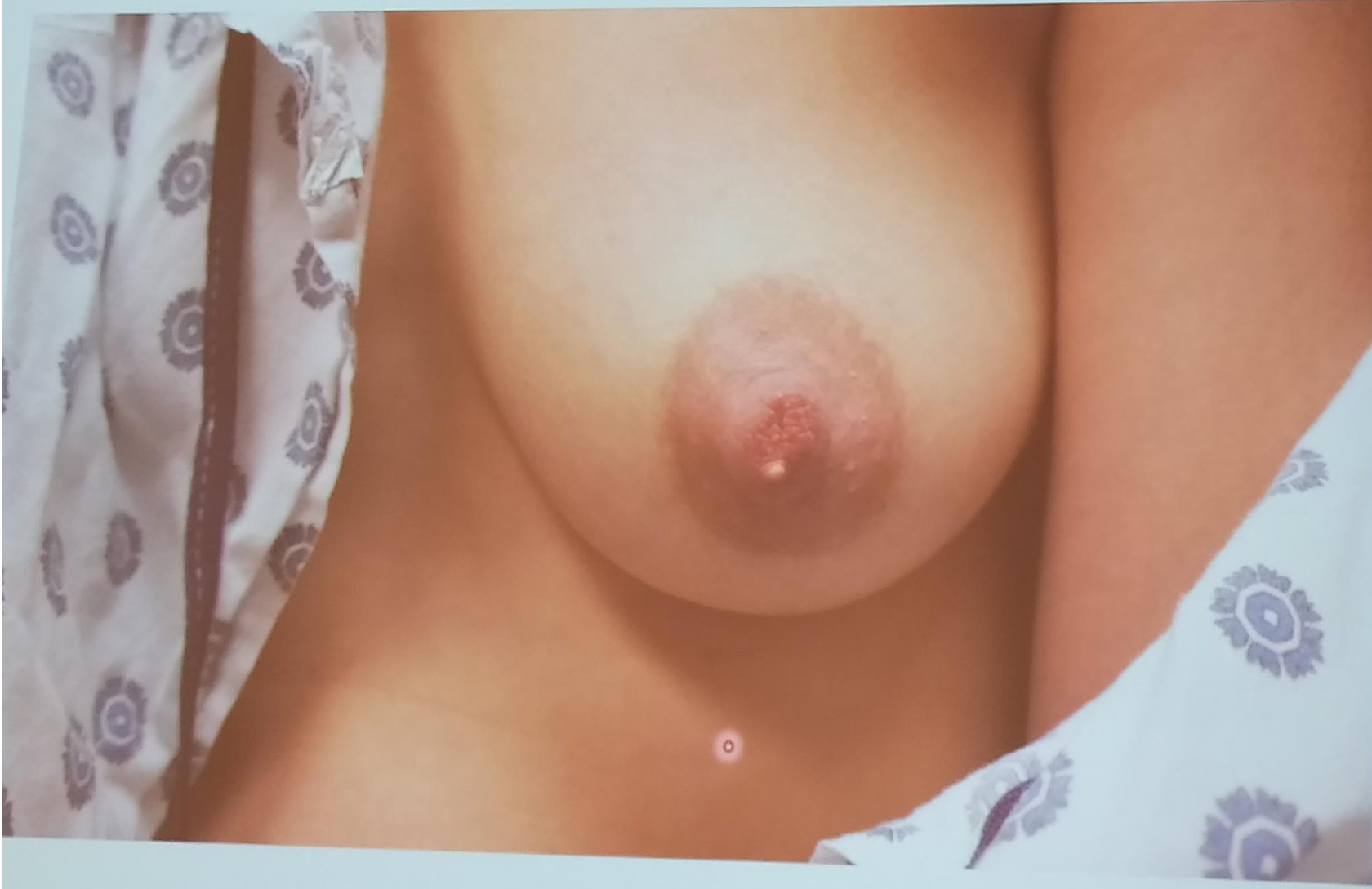
- NO exprimir
- Reducir la sobreproducción
- IBUPROFENO
- TTO. LOCAL de la perla con corticoide de potencia mediana (0,1% Triamcinolona)
 - Glucocorticoide apenas mineralocorticoide, 5 veces más potente que la hidrocortisona.
 - Suele usarse para psoriasis y eczema.
- Ojo! La MOMETASONA es de ~~mayor~~ igual potencia.
- TRATAMIENTO: 1-2 semanas poner una mínima cantidad sobre la perla, después de cada toma, va a ser poco tiempo en contacto, hasta que la perla mejore.

Tratamiento apropiado de las perlas de leche

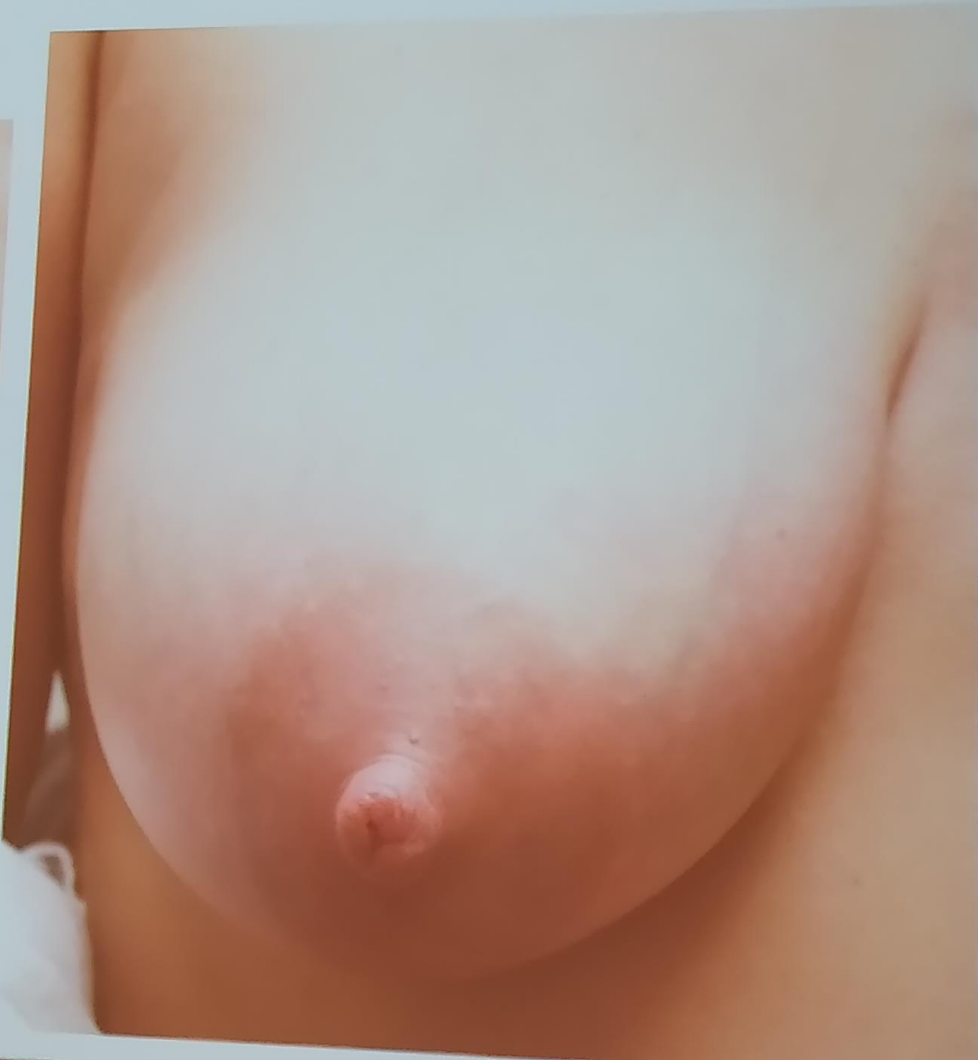
- Triamcinolona 0.1%
crema tópica
- Lecitina vía oral
- Solucionar los factores
predisponentes
 - Solucionar el exceso de
producción y el uso
excesivo de sacaleches
 - Tratar la disbiosis/
mastitis subaguda



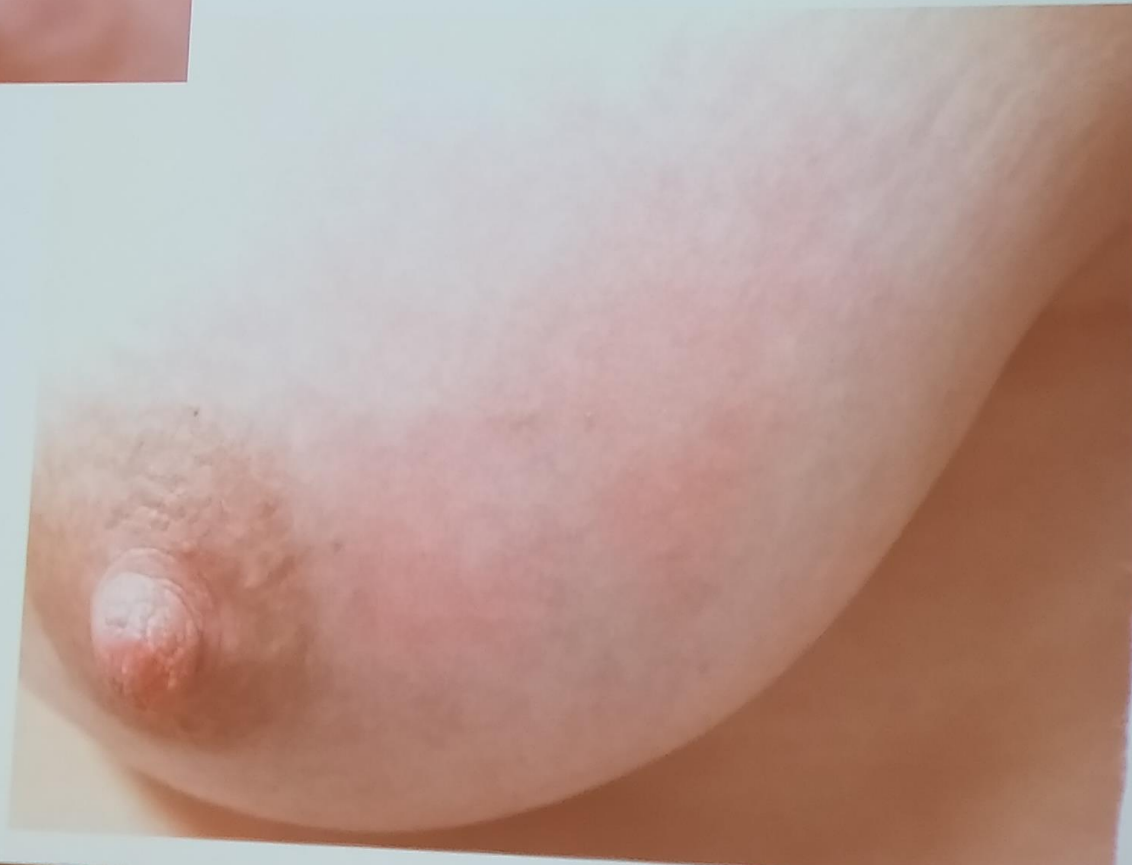
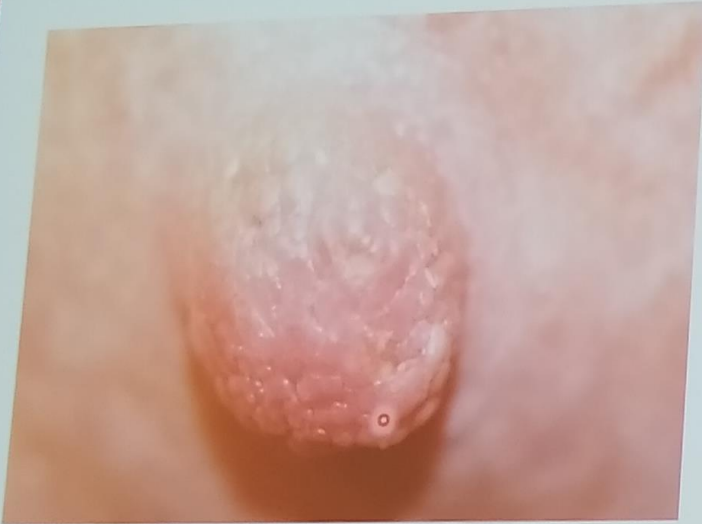
Las perlas lácteas pueden ser obvias



O sutiles (pezón agrietado)



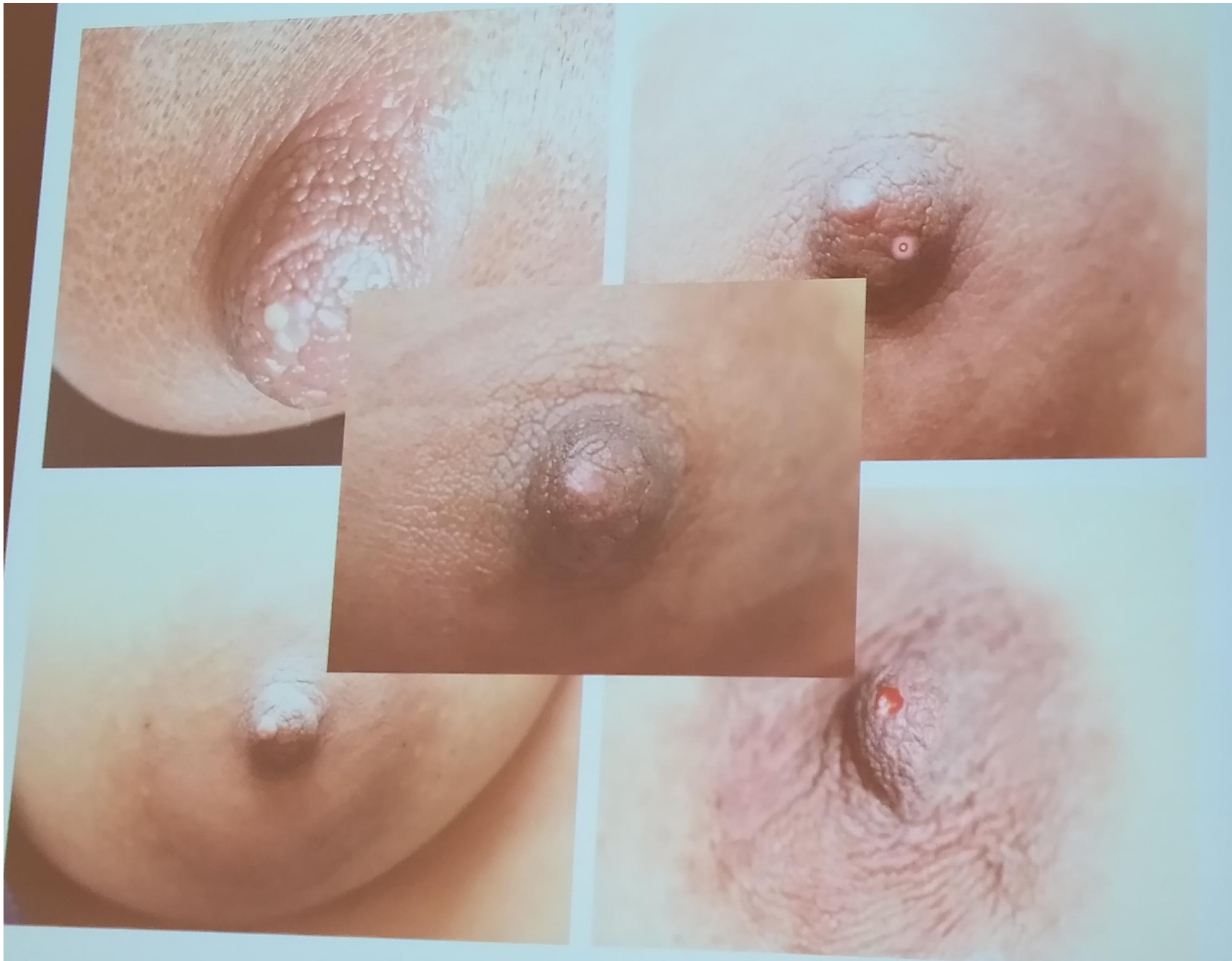
Múltiples perlas e hiperproducción



Astillas y herida tras masaje mamario

XI CONGRESO NACIONAL DE
LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022





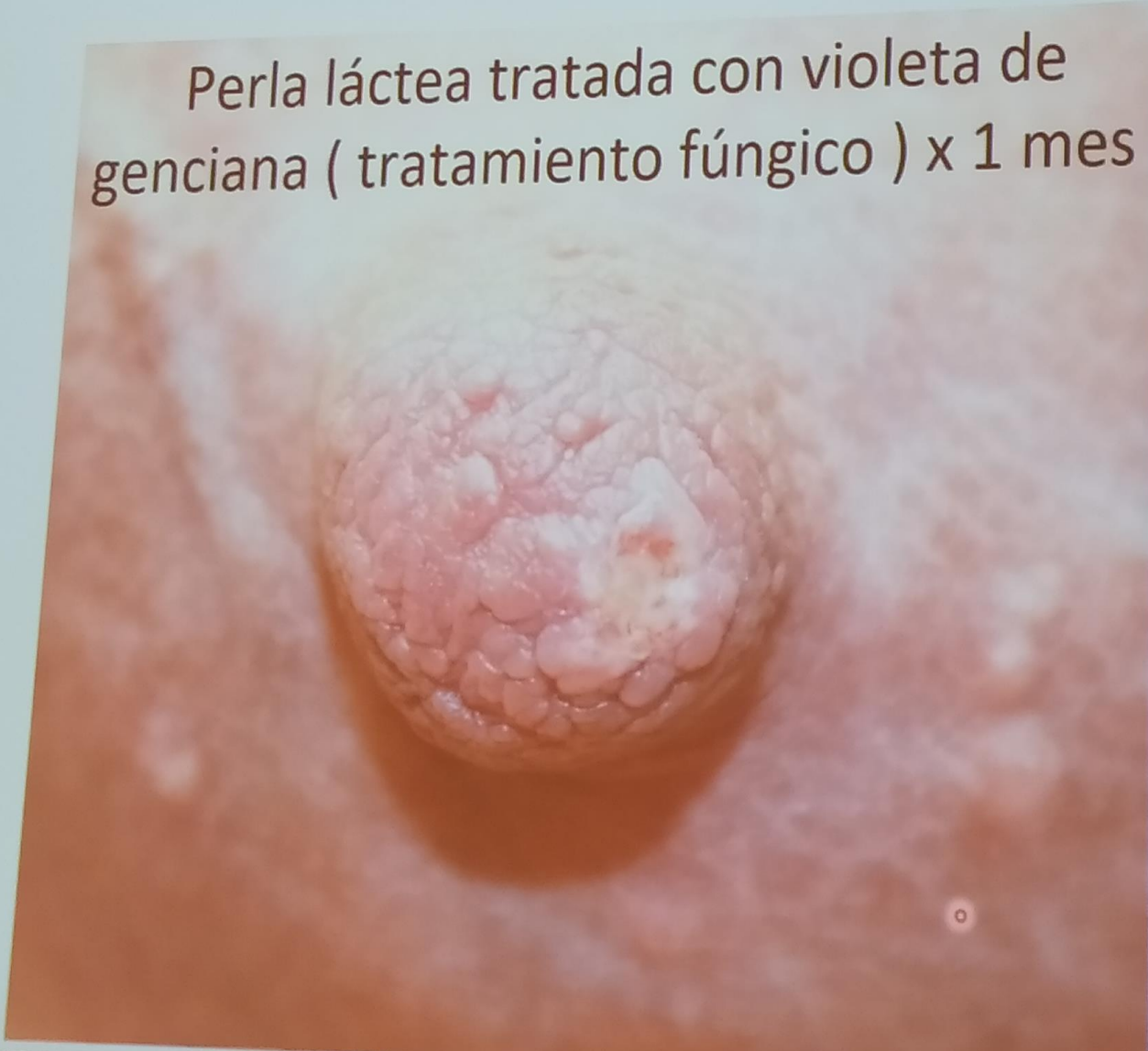
Perla láctea crónica

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



Trauma químico

Perla láctea tratada con violeta de genciana (tratamiento fúngico) x 1 mes

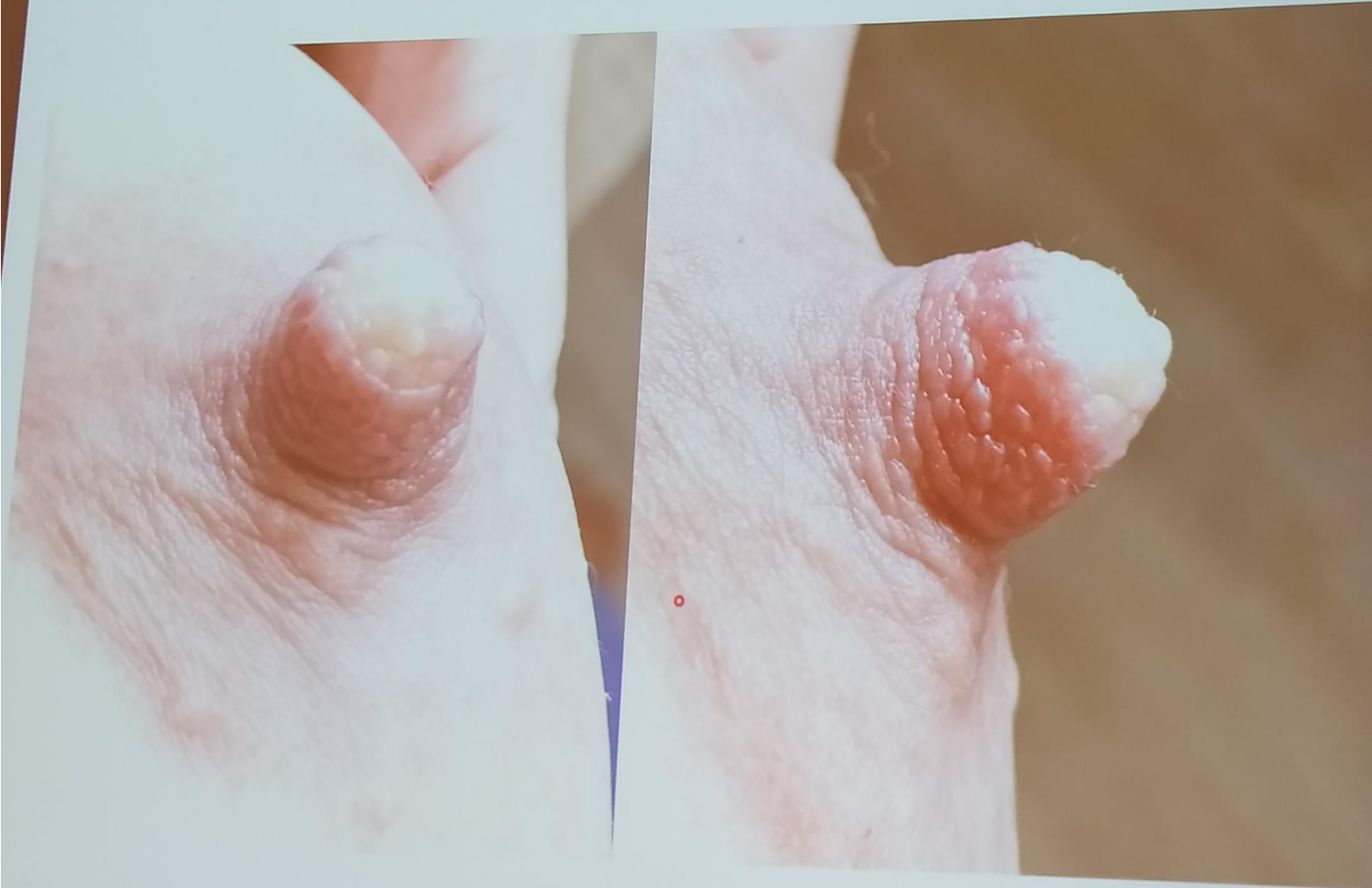


Vasoespasma del pezón, NO SON HONGOS

XI CONGRESO NACIONAL DE
LACTANCIA
MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

- Vasoconstricción cutánea del pezón que causa dolor
 - Blanco->azul/morado->rojo
- Se desencadena con el frío (ducha caliente a habitación fría), succión, presión del sacaleches
- El dolor generalmente empeora después de amamantar o usar el sacaleches, puede irradiar a toda la mama.
- Si persiste puede causar isquemia del pezón -> herida -> Empeoramiento del dolor

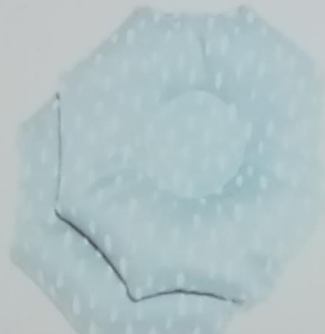




- vasospasmo

Tratamiento del vasoespasmo

- Calor en todas las ocasiones
 - almohadilla de lana, calentadores de manos, jersey viejo de lana
- Tratamiento de la herida si hay lesión secundaria según se necesite
- SSRI o Bloqueadores de los canales de Ca^{2+} para los casos severos
 - Los ISSRs desensibilizan los pezones
 - Usar nifedipino o verapamilo si TA baja



Dermatitis: NO HONGOS

- Frecuente historia de eccema y tendencia alérgica
- Síntomas
 - Prurito o dolor en el pezón o areola
 - Agrietado , costras
 - Eritema
 - Puede exudar en areas abiertas
- Investigar alergias
 - Medicación del bebé o comida
 - Detergente de ropa
 - Almohadillas protectoras
 - Sujetador de lactancia nuevo
 - Partes del sacaleches
 - Crema para el pezón, antibiótico tópico
- Tratamiento
 - Eliminar el alérgeno
 - 0.1% triamcinolone



No es Paget (y NO SON HONGOS)

XI CONGRESO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

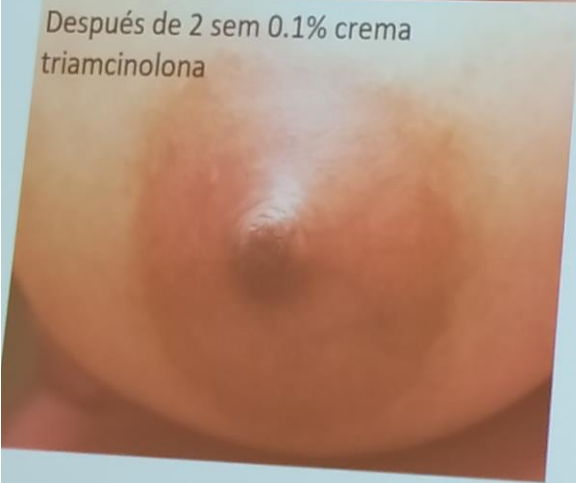
Inicio



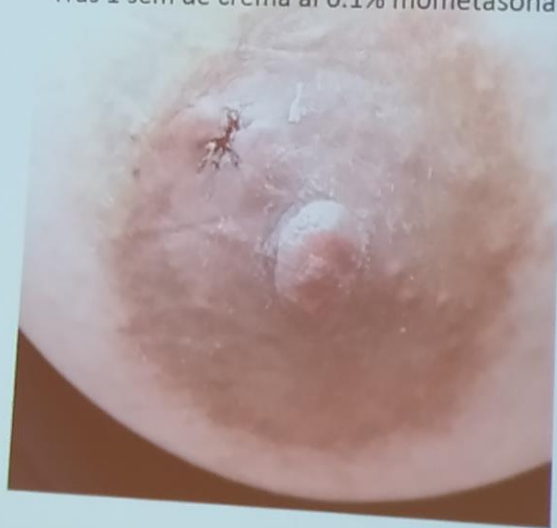
Inicio



Después de 2 sem 0.1% crema triamcinolona



Tras 1 sem de crema al 0.1% mometasona

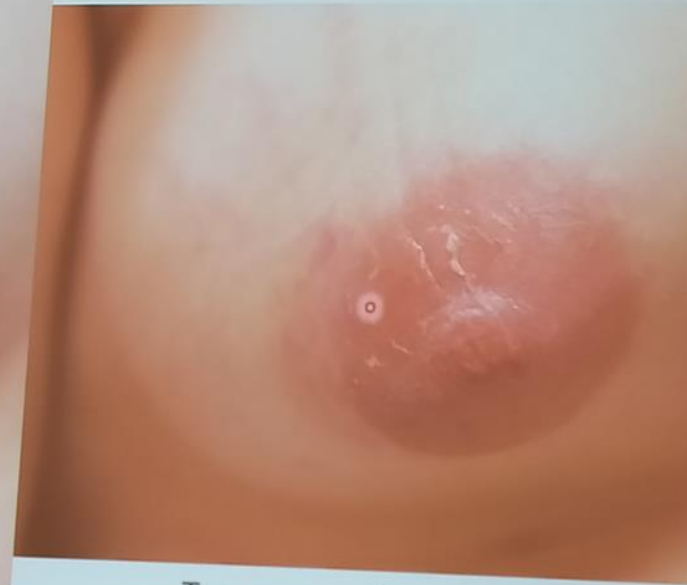


No es Paget (y NO SON HONGOS)

XI CONGRESO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



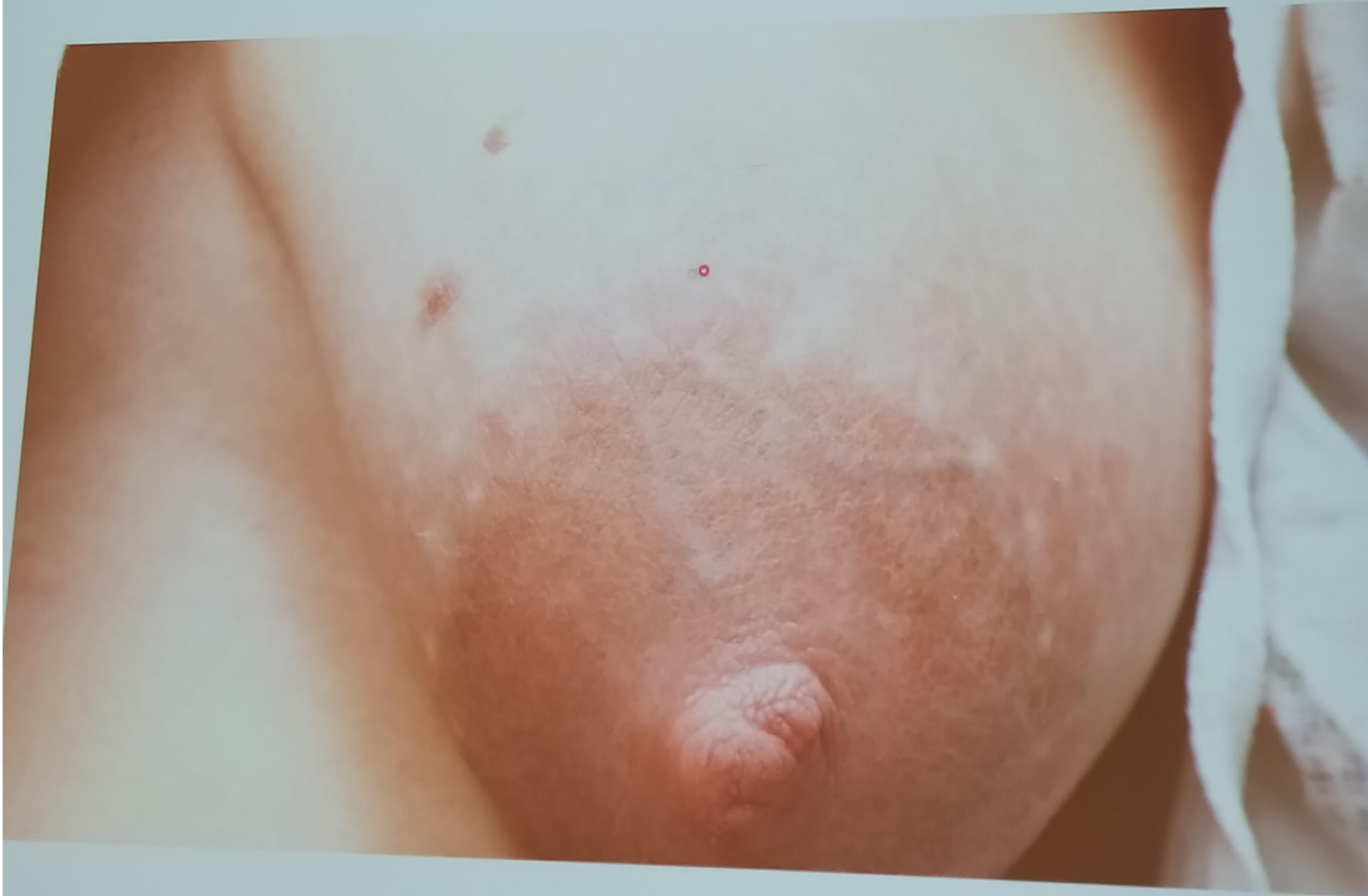
Inicio

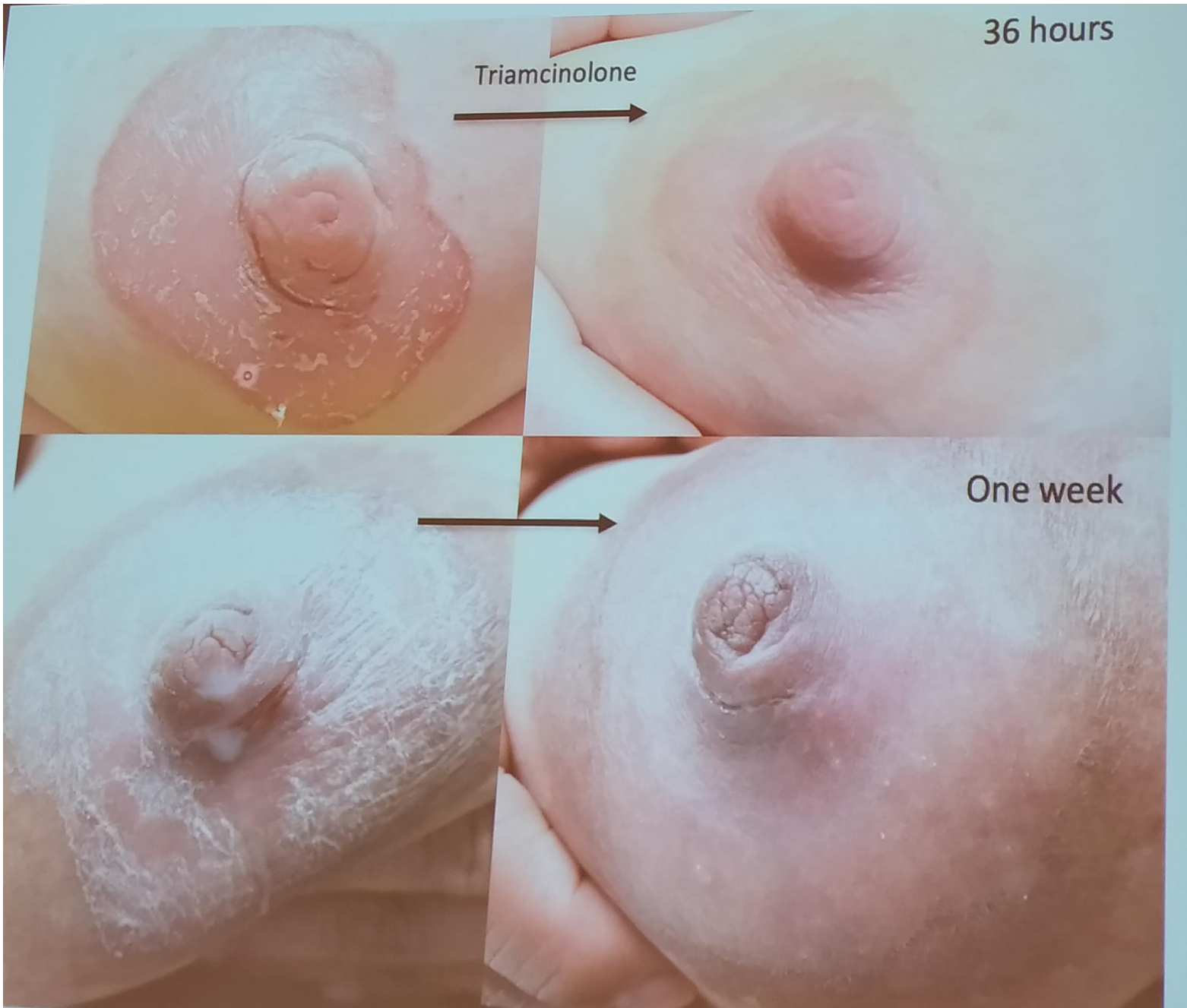


Tres meses después con alguna recurrencia tras el cese de los corticoides

DERMATITIS, NO SON HONGOS

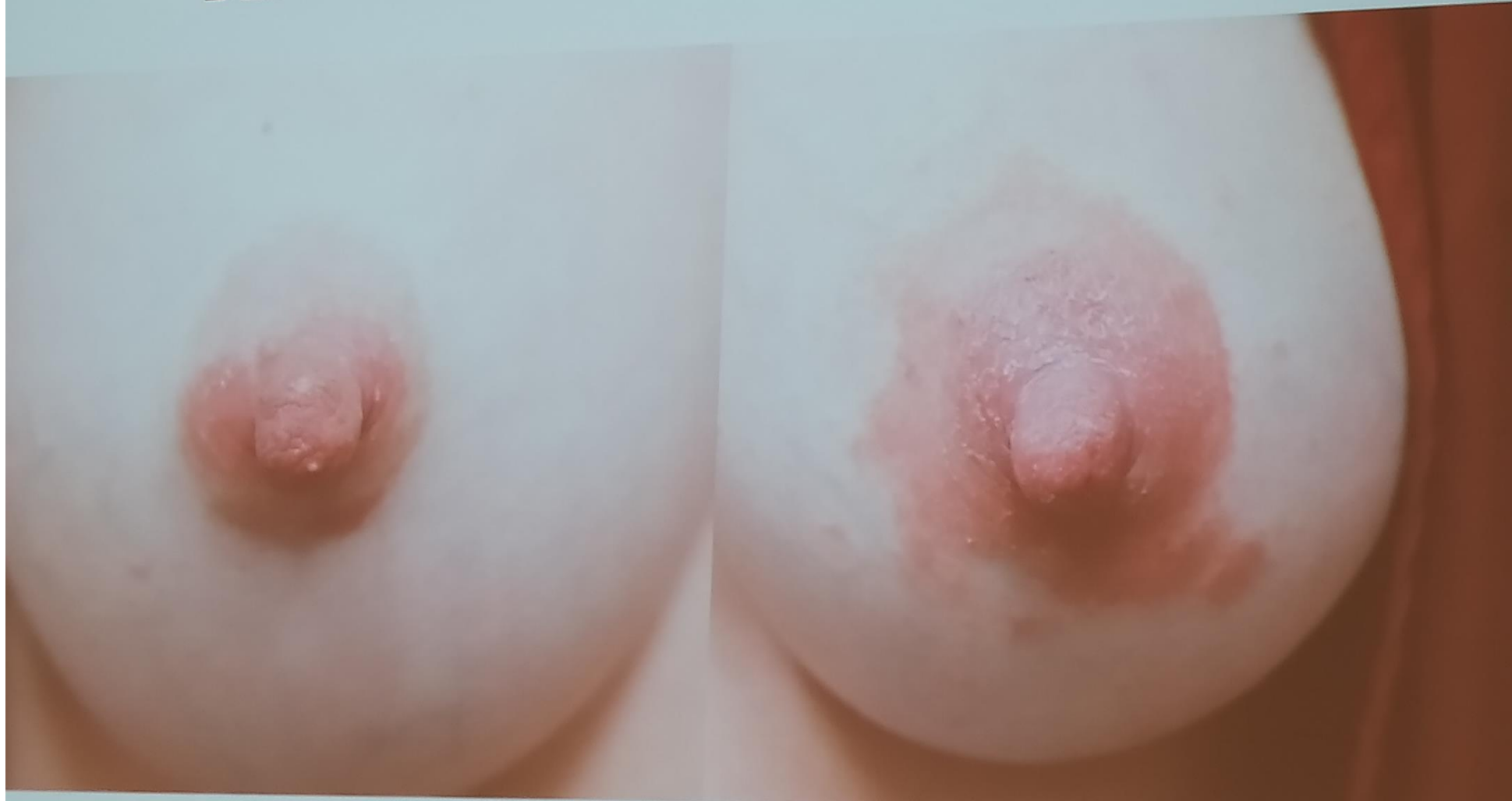
XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022





ALERGIA A LOS PRODUCTOS DERIVADOS DEL PETRÓLEO

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



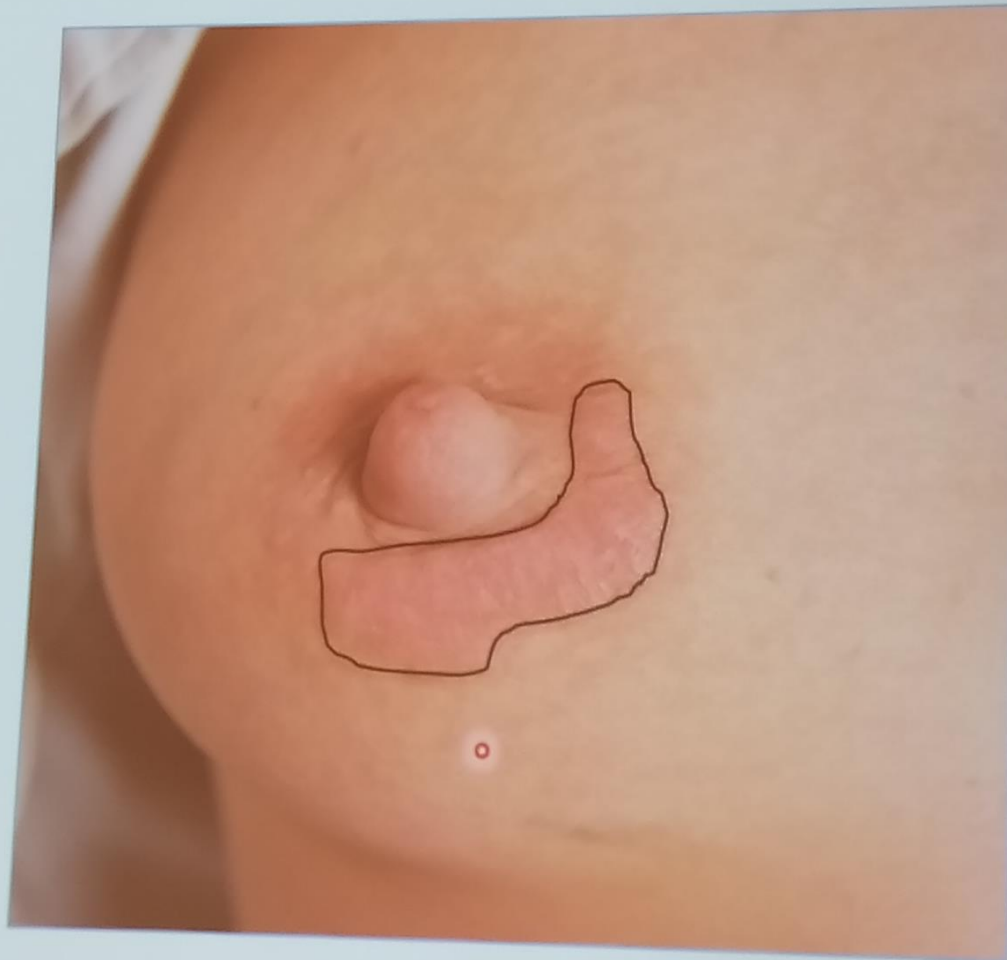
DESENCADENANTE DESCONOCIDO

CONGRESO NACIONAL DE
**XI LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

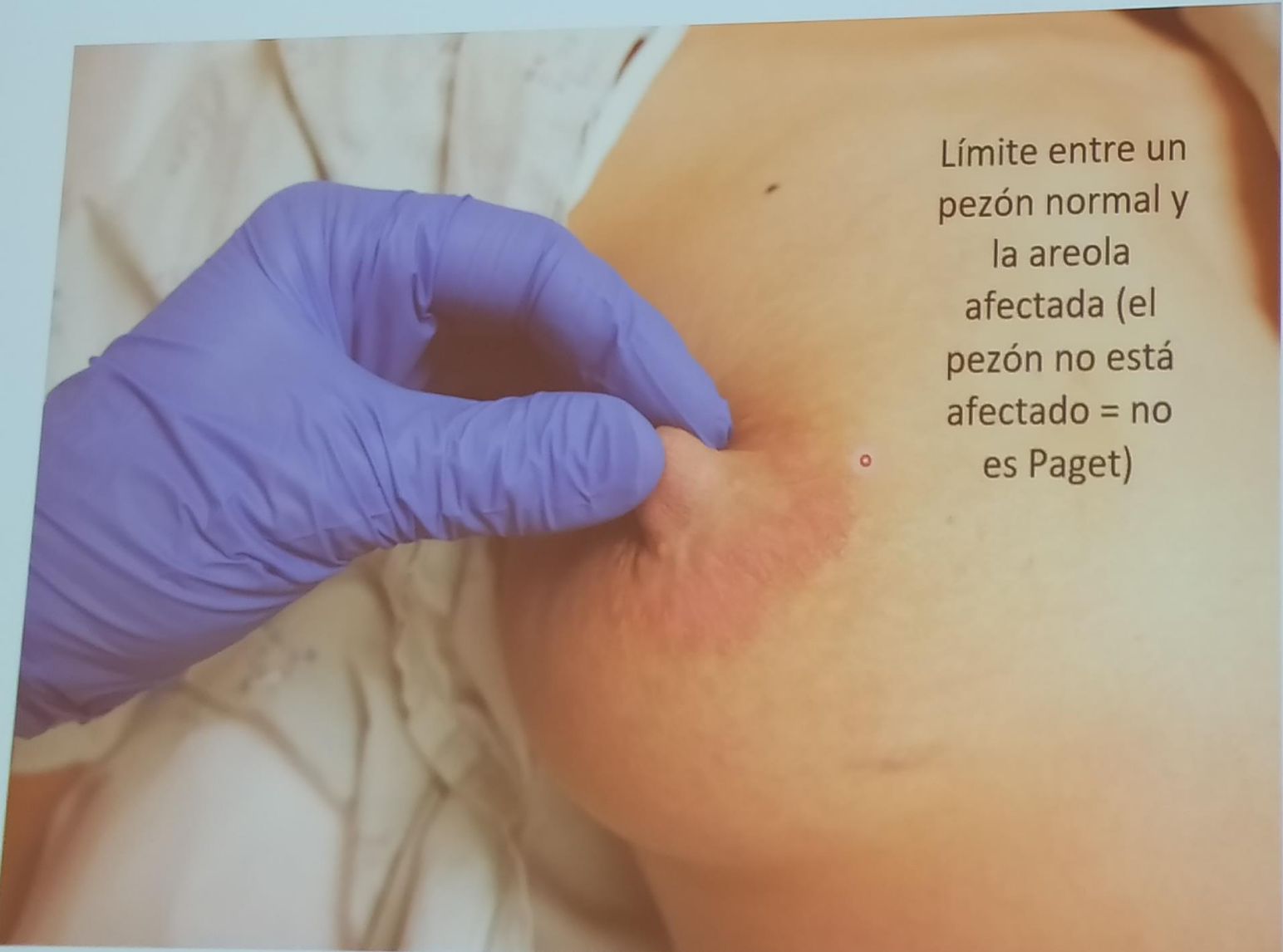


SIEMPRE preguntar lo que come el bebé

- Placa escamosa bien definida x 2-3 sem + bebé de 14 meses
- Madre alérgica al plátano
- También es frecuente con antibióticos



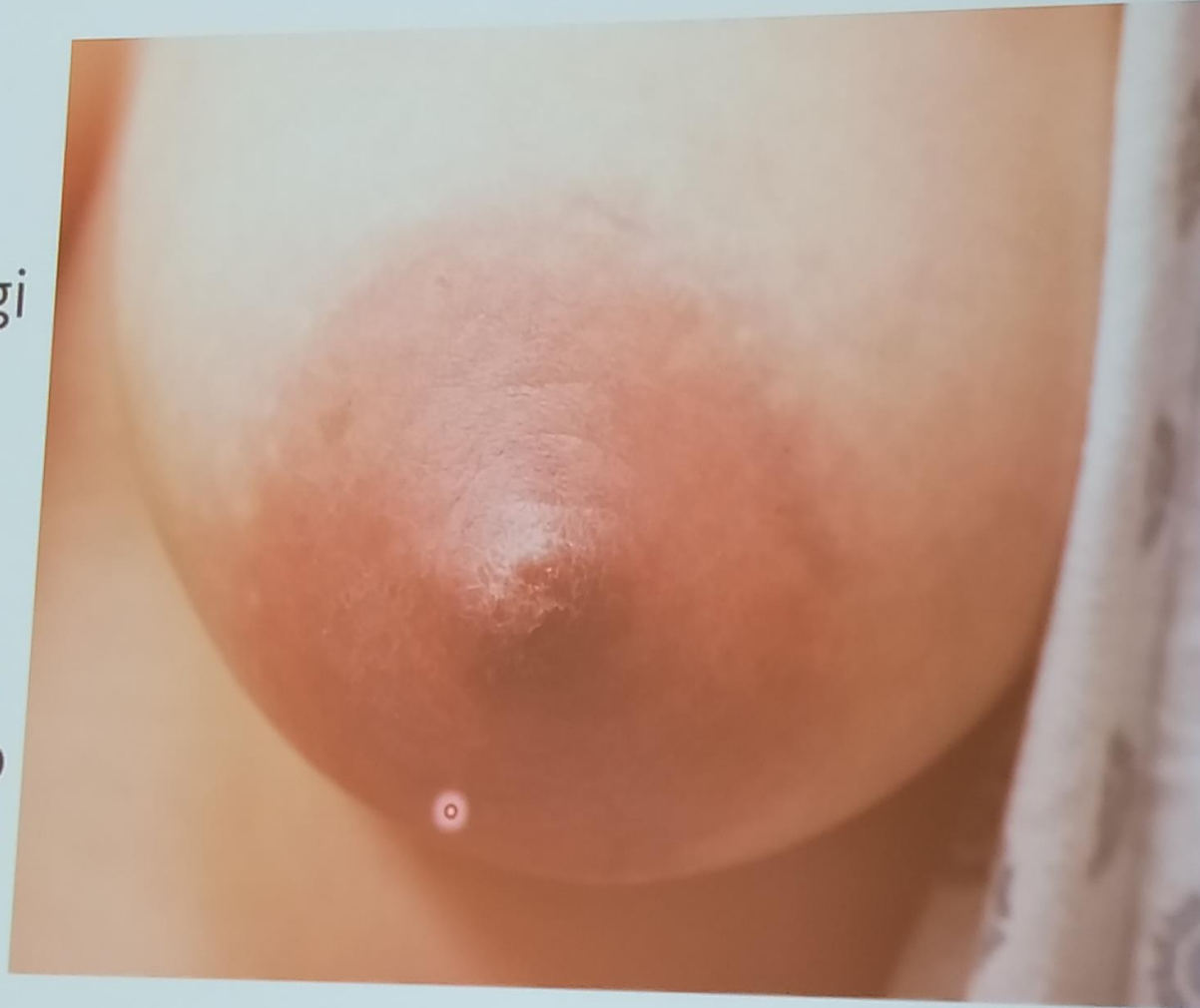
NO ES PAGET



Límite entre un
pezón normal y
la areola
afectada (el
pezón no está
afectado = no
es Paget)

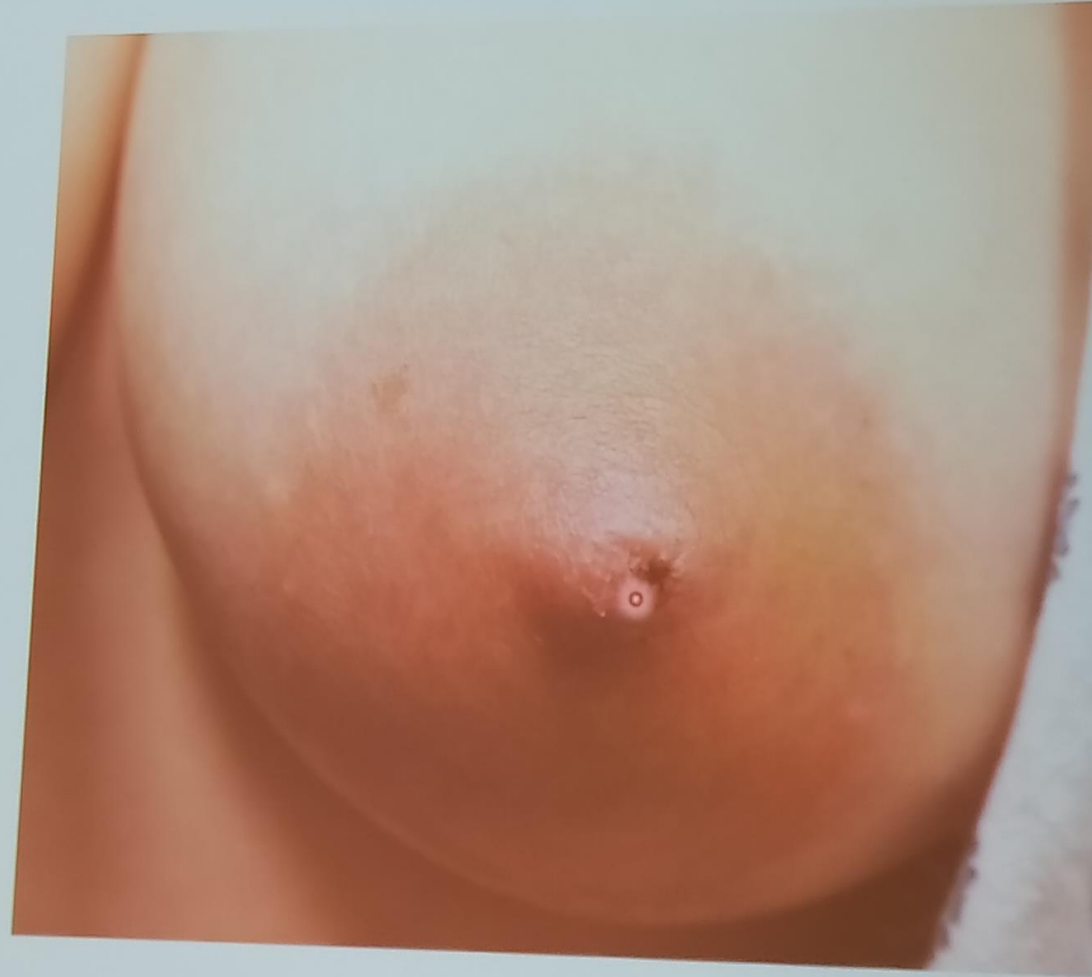
Y preguntar lo que el bebé está tocando

- 35F seguido de perlas lácteas, areola descamada/pruriginosa, taponada
- Descamación persistente en pezón izquierdo 3 meses después del destete; asimétrico c/w pezón derecho



Bebé destetado Pero todavía quería mamar

- Imagen negativa
- Biopsia con punch:
acantosis leve,
hiperqueratosis, Y
esclerosis dérmica
ligeramente
superficial. Los
hallazgos no son
específicos y
sugieren fricción
crónica



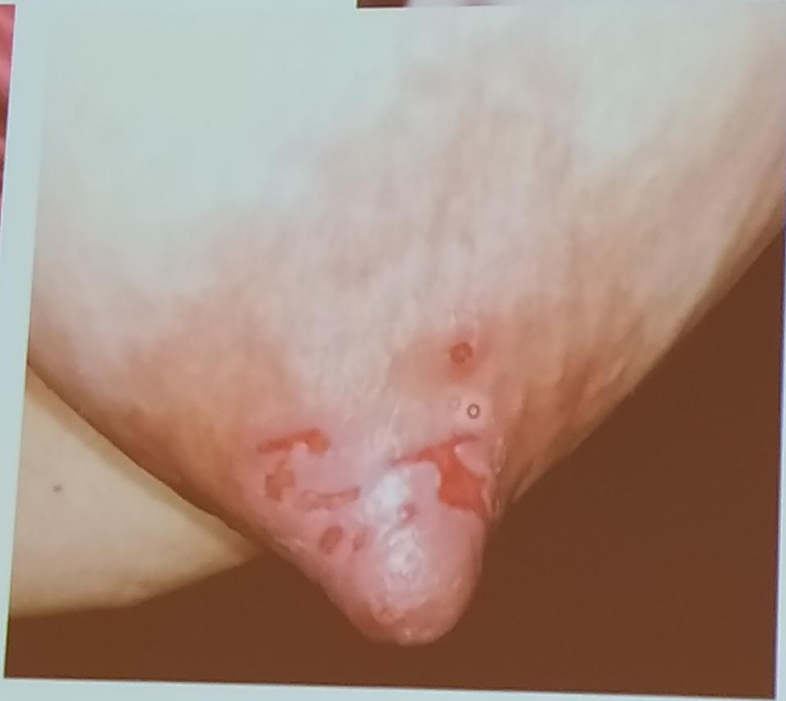
HERPES

XI CONGRESO NACIONAL DE
LACTANCIA
MATERNAL
31 de Marzo al 2 de Abril de 2011

- Herpes simple
 - Puede causar herpes en el niño
 - Frecuentemente contagiado a las madres por los niños lactantes
- Tratamiento
 - Evita contacto con el pecho
 - Mantener cubierto hasta que las lesiones se sequen
 - Extracción manual y desechar la leche del pecho afecto
 - Amamanta con la otra mama
 - Los fármacos antivirales son seguros

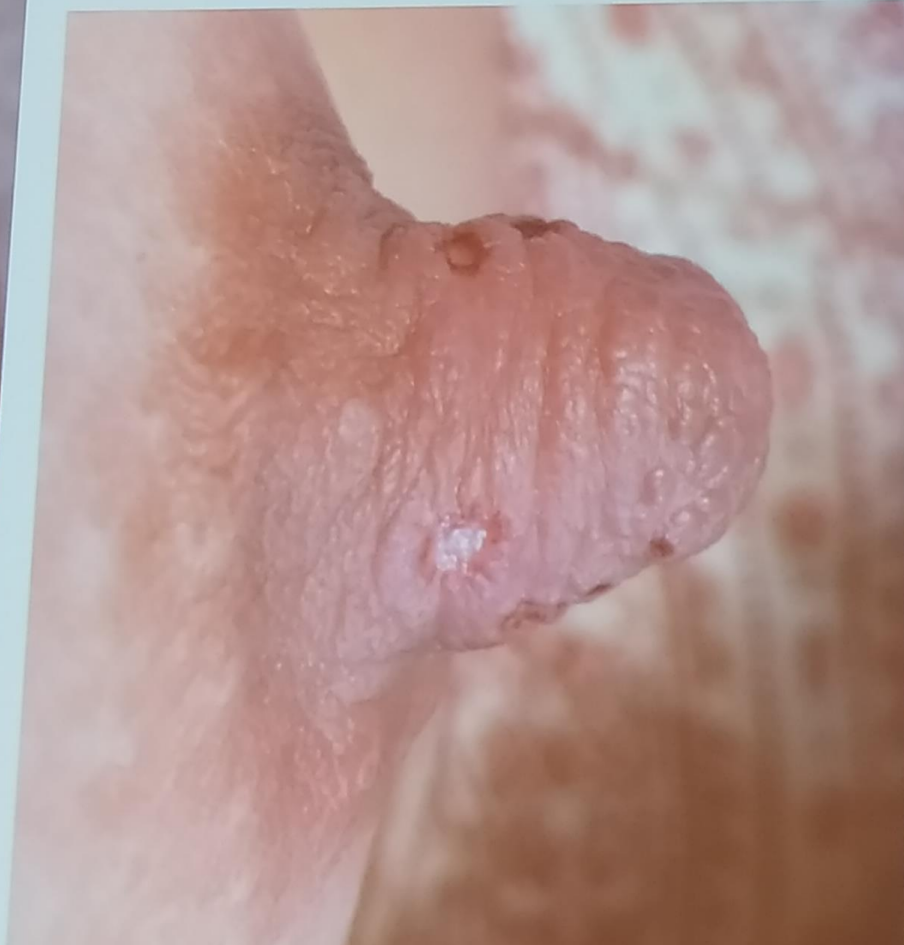


HERPES



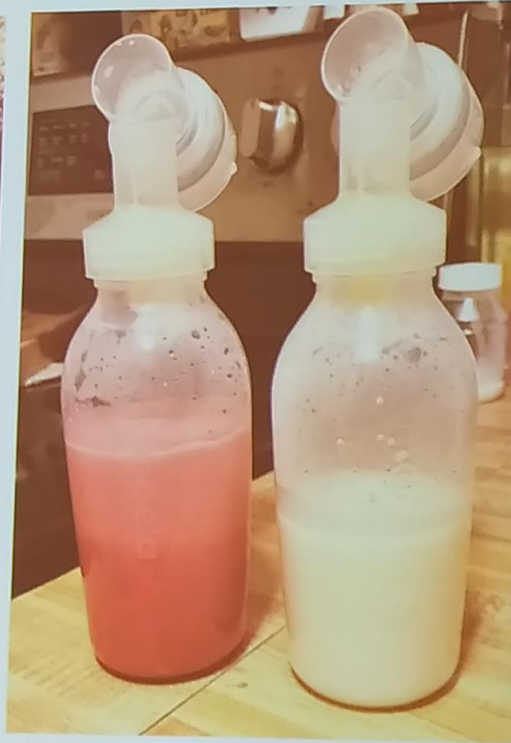
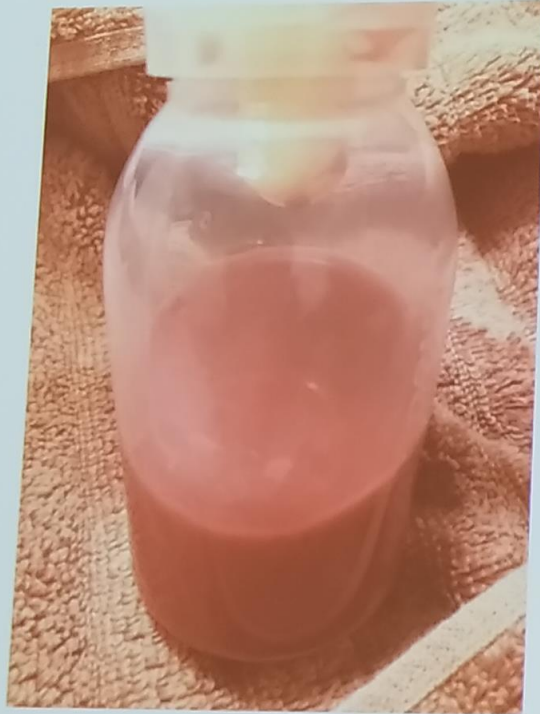
HERPES

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



“Color como tubería oxidada” vs. Secreción patológica por el pezón

➤ 20% de las embarazadas y de las mujeres que lactan pueden tener secreción color óxido o sanguinolento, esto es fisiológico y se resuelve espontáneamente



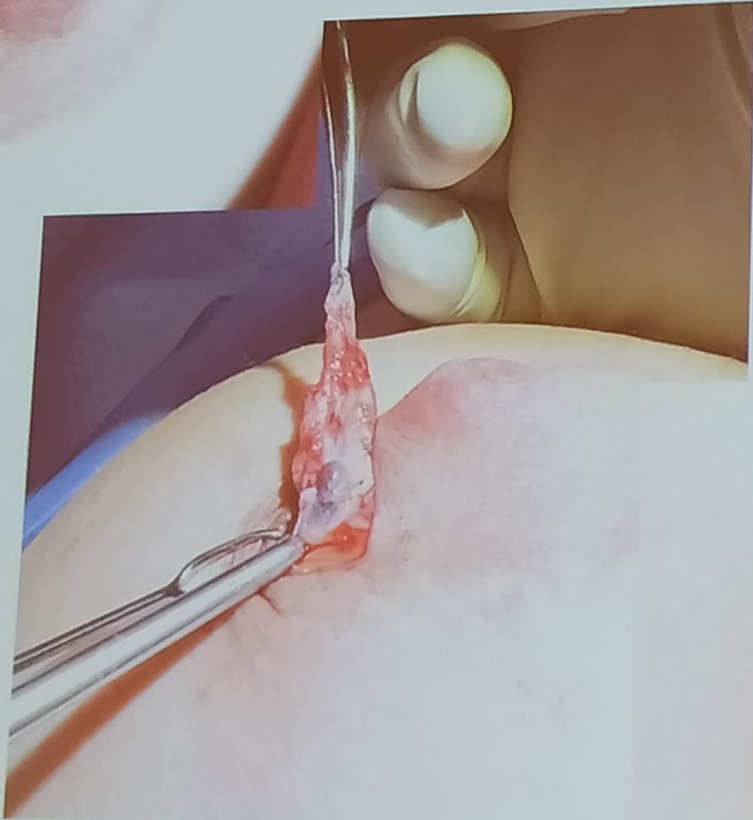
Secreción patológica

- Patológico:
Unilateral,
conducto único,
sanguinolento o
claro
– Solicita ecografía
y mamografía



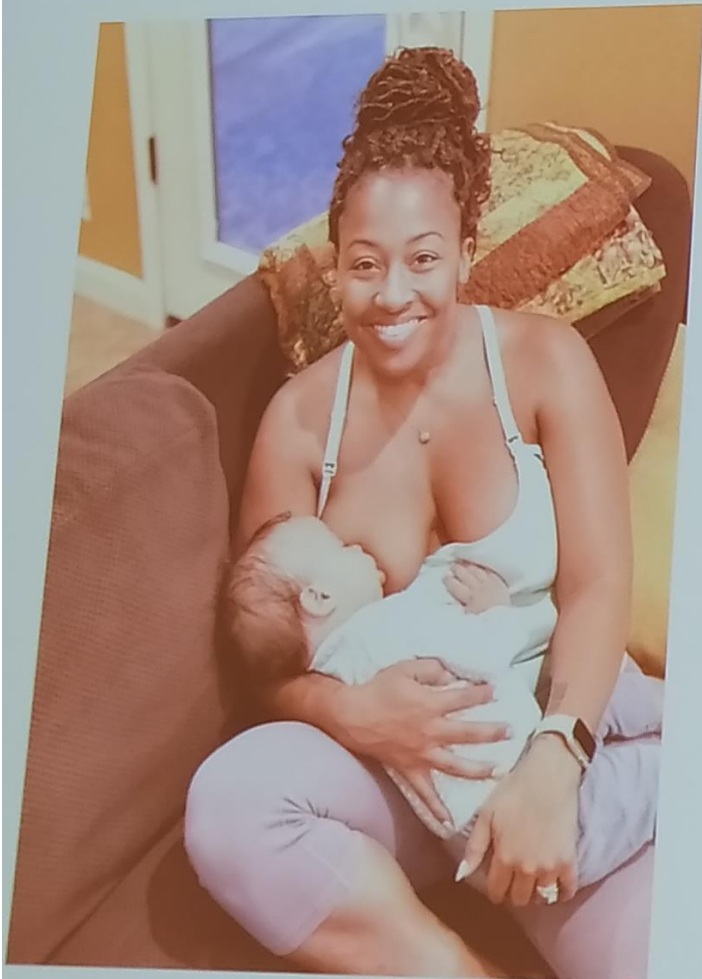
Glándula de Montgomery sangrante

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022



- Herida por sacaleches:
Ambiente húmedo y cerrado
para curar la herida
- Dermatitis, vasoespasmo,
mastitis subaguda, perlas de
leche deberían ser
consideradas antes que los
hongos
- No seguir empeorando las
perlas lácteas/ ampollas
pinchándolas; usa crema de
corticoides y resolver la
inflamación ductal
subyacente
- Sólo utilizando calor para el
vasoespasmo suele resolver
el dolor y la lesión.

FIN

