

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**CENTRO MEDICO DEL NORESTE  
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA  
DR. IGNACIO MORONES PRIETO**

**I.M.S.S.**

**TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA  
RECURRENTE**

**TRABAJO DE INVESTIGACION ELABORADO PARA  
LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA  
EN LA RAMA DE GINECO-OBSTETRICIA POR EL  
DR. JOSE MA. GARZA FERNANDEZ**

**ASESOR**

**DR. GILBERTO FLORES GONZALEZ**

**MONTERREY, N. L.**

**ENERO DE 1982**

TM

Z666

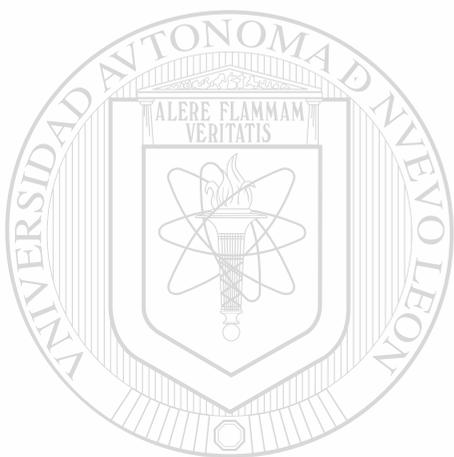
FM

1982

G3



1020071134



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



CENTRO MEDICO DEL NORESTE  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
DR. MANABO MORONES PRIETO

1985

UANL

TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRÓNICA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ELABORADO PARA  
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN LA RAMA DE GINECO-OBSTETRICIA POR EL  
DR. JOSÉ MA. GARZA FERNÁNDEZ



Capilla Alfonsina  
Biblioteca Universitaria

ASESOR  
DR. GILBERTO FLORES GONZÁLEZ

61185

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1982

**A MIS PADRES**

Quienes me enseñaron el camino  
del bien.

**A MI ESPOSA**

Con todo mi amor por su gran  
estímulo.



**A mis hermanos**

Por su ejemplo a la  
superación.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**A MIS MAESTROS**

Por todo su apoyo, consejos  
y valiosa orientación.

**A MIS COMPAÑEROS**

**TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE**



**RESIDENTE: Dr. José Ma. Garza Fernández**

**ASESOR: Dr. Gilberto Flores González**

**UANL**

---

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**



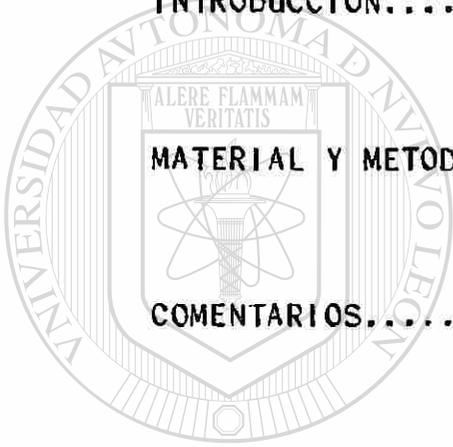
**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS**

**Hospital Regional de Especialidades No. 23  
Gineco-Obstetricia "Dr. I. Morones Prieto"  
Jefatura de Enseñanza e Investigación.**

**Monterrey, N. L., Enero de 1982.**

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODO.....	3
COMENTARIOS.....	4
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	6
BIBLIOGRAFIA.....	8



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## INTRODUCCION:

La mastitis crónica recurrente es un padecimiento poco frecuente en patología mamaria si se le compara con la enfermedad fibroquistica, el fibroadenoma o el cáncer. Motivan nuestra revisión los pobres resultados obtenidos, con los procedimientos terapéuticos mas comunmente empleados.

Hemos observado que la mastitis crónica recurrente es un padecimiento que se muestra refractario al tratamiento médico y que el resultado de la cirugía selectiva deja mucho que desear.

En nuestra practica clínica hemos visto pacientes con mastitis crónica fistulizada que se han intervenido quirúrgicamente en múltiples ocasiones, recurriendo el proceso inflamatorio en igual forma.

### Cuadro Clínico:

En una glándula mamaria no lactante se inicia una inflamación aguda en una zona sub y periareolar que provoca dolor,

prurito, enrojecimiento de la piel, aumento de la sensibilidad y la temperatura local.

Durante la fase aguda de inflamación se aprecia una zona de induración que involucra la piel y el tejido mamario subyacente con límites variables en extensión y profundidad, posteriormente puede apreciarse una zona de fluctuación que regularmente se abre a la periferia areolar mediante un trayecto fistuloso, dando salida a una secreción purulenta amarillenta. Posteriormente remite el proceso inflamatorio agudo formándose una costra en la ulceración de la piel.

Este cuadro clínico es muy semejante al descrito por Max

Cutler (5) al hablar de la mastitis de células plasmáticas, o al de ectasia ductal referido por Haagensen (7) en el capítulo correspondiente. La diferencia estriba que una vez drenado el material purulento casi desaparece toda evidencia de lesión subdérmica, persistiendo únicamente la ulceración en la piel con su costra cicatricial y un discreto empastamiento dérmico a su alrededor.

Mientras que en la Ectasia Ductal y la Mastitis de Células

Plasmáticas no hay trayecto fistuloso o salida de secreción purulenta pero dejan como secuela, después de la fase aguda una masa tumoral firme, irregular, frecuentemente acompañada de retracción del pezón, adhesión a la piel y adenomegalias axilares confundiendo con el carcinoma.

#### MATERIAL Y METODO:

Fueron revisados veinte casos tratados en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Ignacio Morones Prieto" del IMSS en Monterrey, N. L. La paciente mas joven tenia 20 años y 70 la de mayor edad, notándose mayor frecuencia del padecimiento en la 5a. y 6a. décadas de la vida.

La paridad varió entre 0 y 15 partos, predominando la multi para, 13 pacientes no lactaron y el resto de las pacientes amamantaron d 4 meses a 2 años.

La Glándula Mamaria Izquierda fue la más afectada como sucede también en el carcinoma mamario. El tiempo de evolución fue de algunos meses hasta 12 años.

De los 20 casos revisados, 11 fueron tratados con resección

completa de galactoforos centrales. Cuatro de ellos como tratamiento quirúrgico primario, 6 pacientes habfan sido tratadas quirúrgicamente en múltiples ocasiones con incisión y drenaje o resección selectiva de tejido mamario, uno de esos casos fue intervenido quirúrgicamente en 7 ocasiones. Solamente una de nuestras pacientes se trató con resección de galactoforos centrales previamente.

Ocho pacientes de nuestra serie se trataron con incisión y drenaje de las cuales 6 habfan recibido antibioticoterapia y dos se habfan sometido al mismo procedimiento quirúrgico en una ocasión anterior.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
COMENTARIOS:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La mastitis crónica recurrente no es un padecimiento frecuente en nuestro medio. Urban encontró absceso subareolar crónico acompañado de fístula en el margen areolar en 42 pacientes de 386 con secreción espontánea del pezón y atribuye como factor etiológico, un pobre drenaje del sistema ductal ocasionando estasis y cambios inflamatorios crónicos. 76% de

sus pacientes presentaban inversión congénita del pezón.

De los 42 casos de Urban, 19 recibieron tratamiento previo mediante incisión y drenaje o resecciones segmentarias persistiendo la fístula, una paciente sufrió 10 intervenciones quirúrgicas previas. Urban refiere curación completa en las 42 pacientes tratadas con resección en bloque de galactóforos centrales, absceso y trayecto fistuloso. Solo fue necesaria una segunda intervención en 2 casos debido a un delgado fragmento de los conductos dejado dentro del pezón en la primera intervención.

La multiparidad fue denominador común en nuestros casos, 13

de nuestras pacientes no lactaron. El padecimiento se originó principalmente en mujeres de edad avanzada, 5a, y 6a. décadas de la vida.

Haagensen no relaciona la enfermedad con la inversión congénita de pezones y aconseja incisión y drenaje como tratamiento primario en fase aguda o resecciones parciales en caso de persistencia de los síntomas. Sin embargo la mayoría de los autores está de acuerdo en la extirpación en bloque

del sistema ductal central con el absceso y el trayecto fistuloso para mejores resultados. Nosotros empleamos la incisión y drenaje en la fase aguda del proceso, resecciones parciales o selectivas en caso de mujeres jóvenes no tratadas quirúrgicamente con anterioridad y resección de galactóforos en bloque en pacientes con recurrencias múltiples o cirugías múltiples anteriores.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Se revisaron 20 casos de mastitis crónica fistulizada, todos se trataron quirúrgicamente. Incisión y drenaje en ocho, una paciente con resección quirúrgica selectiva. Once pacientes fueron tratadas con resección en bloque de conductos galactóforos centrales absceso y trayecto fistuloso, cuatro de ellos, como tratamiento quirúrgico primario.

La mayor parte de los casos se habían tratado previamente con antibioticoterapia, resecciones parciales o incisión y drenaje en múltiples ocasiones con resultados pobres.

Podemos concluir, que el tratamiento en este padecimiento de

be ser quirúrgico, que el mejor procedimiento empleado es la resección completa de galactóforos centrales, pues la persistencia de enfermedad sólo sucede por extirpación incompleta de los conductos.

Las resecciones selectivas o drenajes se emplean en la fase aguda del proceso o cuando por la juventud de la paciente quiera conservarse la función lactogénica y lactopoyética.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

B I B L I O G R A F I A

1. Addair F. E. Plasma cell mastitis Arch. Surg. 26:735, 1933.
2. Fresh Meadow Lane Flushing, Diagnosis and treatment of breast lesions. Medical examination publishing company. New York 11365 Inc. 65. 1970.
3. W.B. Saunders Company Philadelphia. Londo Diseases of the breast. Second Edition. Revised reprint Chapter 10.
4. E. Kessler, M.D. and Wolloch M.D., AM. Granulomatosis mastitis. A lesion clinically simulating carcinoma. Pathol. 58:642-646, 1972.
5. Max Cutler. Special diagnostic problems. Plasma cell mastitis. Tumor of the breast. Cap. 12 pag. 204-210, 1962.
6. Jerome A Urban M.D. and P.A. Egeli, M.D. Non Lactational nipple discharge. Ca 28:130-40, 1978.
7. Haagensen. Enf. de la Mama. Segunda edición. Editorial Beta. Cap. 16. pag. 363-364. Infecciones de la mama. ®
8. Haagensen. Enf. de la mama. Segunda Edición. Editorial Beta. Cap. 10. Ectasia de los conductos mamarios. 205-217.
9. Sadison A.T. and Walker J.C. Inflammatory mastitis, mammary duct ectasia and mamamillary distula Brist J. Serg. 50.

TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE

Cuadro 1

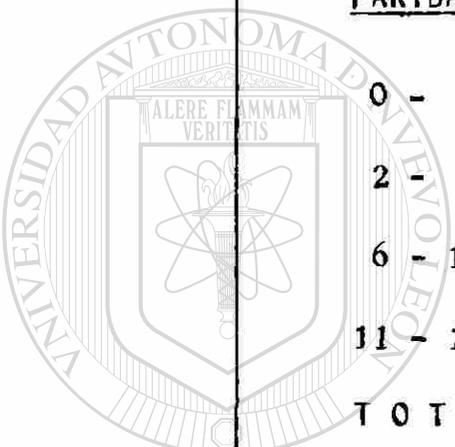
<u>EDAD</u>	<u>CASOS</u>
- 20	1
21-30	1
31-40	3
41-50	7
51-60	6
61-70	2

TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE

Cuadro 2

<u>PARIDAD</u>	<u>CASOS</u>
0 - 1	5
2 - 5	3
6 - 10	9
11 - 15	<u>3</u>
TOTAL :	20

Máxima Paridad 15



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE

Cuadro 3

<u>LACTANCIA</u>	
<u>TIEMPO</u>	<u>CASOS</u>
4 meses	1
1 año	3
2 años	2
No lactaron	14

TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE

Cuadro 4

<u>EVOLUCION</u>	
- de 1 Año	6
1 Año	7
2 Años	3
3 Años	1
5 Años	1
11 Años	1
12 Años	1

## TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE

Cuadro 5

<u>TRATAMIENTO ACTUAL</u>	<u>ANTECEDENTES</u>
RESECCION DE GALACTOFOROS 11 Casos	3 - SIN ANTECEDENTES 5 - CON INCISION Y DRENAJE 1 - CON FISTULECTOMIA 1 - CON RESECCION DE GALACTOFOROS 1 - CON ANTIBIOTICOTERAPIA
INCISION Y DRENAJE 8 Casos	2 - CON INCISION Y DRENAJE 6 - CON ANTIBIOTICOTERAPIA
RESECCION SELECTIVA 1 CASO	1 - CON ANTIBIOTICOTERAPIA

**TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE**

**M C R**

**CUADRO CLINICO SEMEJANTE AL DESCRITO  
POR MAX CUTLER AL HABLAR DE MASTITIS  
DE CELULAS PLASMATICAS.**

**O AL DE ECTACIA DUCTAL REFERIDO POR  
HAAGENSEN.**

**TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE**

**Mastitis**

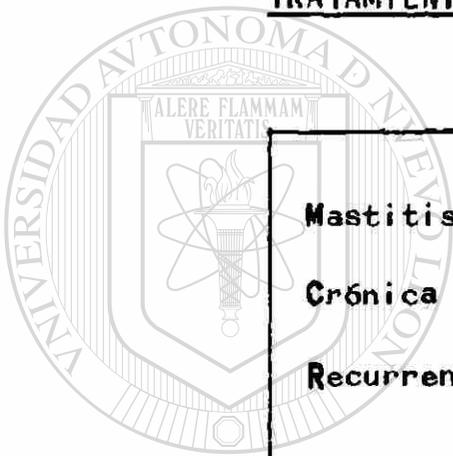
**Crónica**

**Recurrente**

**Refractaria a tratamiento médico**

**resultados pobres con cirugía**

**limitada.**



**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## TRATAMIENTO DE LA MASTITIS CRONICA RECURRENTE

**M C R**

**Cuadro Clínico:**

**Glándula Mamaria no lactante**

**Inflamación aguda, Dolor, Prurito,**

**Enrojecimiento de la piel**

**Aumento de sensibilidad y temp. local**

**Absceso subareolar con trayecto fistuloso**

