

**EL SINDROME FISURARIO DEL PEZÓN EN LA MASTITIS  
DE LA LACTANCIA Y SU TRATAMIENTO  
POR EL DRENAJE FILIFORME**

**C. STAJANO y A. ACHARD**

El tema que motiva la comunicación de hoy no es novedoso, ha sido traído ya a esta Sociedad en otra oportunidad.

La mastitis de la lactancia ha sido en todos los tiempos y sigue siendo actualmente motivo de preocupación por su rebeldía cuando se trata mal, por los dolores a veces torturantes que provoca y por las secuelas definitivas que deja y en las cuales más de una vez ha podido desarrollarse, el tumor maligno, como consecuencia de un largo proceso inflamatorio.

Además lo habitual es que la lactancia quede suprimida o muy disminuída con todos los inconvenientes y trastornos que esto supone para la salud del niño.

Pero es necesario declarar, que si bien todos se preocupan de la profilaxis y del tratamiento de esta entidad mórbida, aun hoy, hay un buen número de mujeres que siguen pagando tributo con sufrimientos prolongados y con cicatrices deformantes a consecuencia de esta afección del post - parto, que a pesar de ser tan frecuente, se sigue tratando tan mal, en policlínicas quirúrgicas y en servicios de hospital. Comparamos la mala terapéutica de este proceso, a la mala terapéutica que se ve hacer tan frecuentemente en los panadizos en muchas policlínicas quirúrgicas.

Por eso es que consideramos útil el aportar la experiencia recogida durante muchos años por uno de nosotros (Stajano) mediante el tratamiento de esta afección por el drenaje filiforme, procedimiento que utilizamos desde hace veinte años en los distintos períodos de la retención mamaria dando cuenta con éxito de esta complicación que estudiamos, de suerte tal que considera-

mos debe de ser sustituido con innumerables ventajas al tratamiento clásico de todos conocido.

Comenzaremos por aclarar que nos ocupamos exclusivamente de la mastitis de la lactancia, afección con características propias en su forma de producción y evolución, dejando los otros tipos de mastitis del recién nacido, de la pubertad, de la menopausis, así como las que se producen en el curso de infecciones generales (puerperal, fiebre tifoidea, urliana u otras) cuyas características difieren completamente con la que nos ocupa hoy.

*Esquema anatómico del seno.* — La glándula mamaria presenta en su constitución general una serie de características que podríamos sintetizar así: emanada de ese espesamiento epidérmico que constituye en el embrión la cresta mamaria de Schulze, llegará a ser en definitiva una glándula del tipo acinoso, con una profusa vascularización sanguínea y linfática, con la característica de que estos acinis recubiertos de epitelio cilíndrico, se agrupan en núcleos independientes, sus canalículos, van a desembocar en conductos principales (galactóforos) los cuales independientes entre sí llegan hasta el mamelón o pezón. Este presenta un trabeculado de musculatura lisa que le es propio y que contribuye de modo principal en el cuadro clínico que nos ocupa.

*Elementos premonitorios. Las erosiones y fisuras del pezón.* En los primeros días de la lactancia es común ver producirse al nivel del mamelón lesiones de diversa importancia. En general el comienzo es una ligera exfoliación de la epidermis lo que deja al desnudo el dermis que se ulcera quedando así producida la erosión. Esta no tiene desde este momento ninguna tendencia a la cicatrización debido al traumatismo repetido que supone la succión del niño y la acción irritante de la saliva y productos de fermentación de la leche.

Esta lesión pequeña dermo-epitelial designada según su forma y aspecto con el nombre de grieta o erosión, toma asiento habitualmente en el vértice del pezón adoptando una disposición radiada, o en la base siguiendo las ranuras curvilíneas que allí se encuentran. Estamos pues frente a una glándula en un momento de gran actividad que presenta en la desembocadura de sus conductos excretores una lesión fisuraria a veces mínima que

se infecta rápidamente y que va a actuar como factor determinante e importantísimo de la mastitis de la lactancia. *El síndrome fisurario del pezón*, que es su consecuencia, descrito por uno de nosotros (Stajano), es un síndrome reflejo y con elementos similares a los presentes en la fisura anal.

Es al nivel de las erosiones ya descritas, que nace la excitación primera revelada por el síndrome doloroso típico de las neurit's. Este proceso determina el reflejo cuyo circuito se cerrará creando el espasmo del músculo liso de la areola y pezón, en forma tal, que toda nueva irritación traumática influirá en el sentido de exagerar este reflejo. Y como consecuencia directa de este espasmo, el lóbulo se ve imposibilitado en la evacuación normal de su contenido y a medida que la distensión de éste progresa, lo hace proporcionalmente también el espasmo areolar. He aquí creado un círculo vicioso que da como resultado la agravación rápida del proceso en marcha, y que esquematizando diríamos que es la etapa fisuraria de la retención láctea canalículo - acinosa.

De lo expuesto queda establecido que, la infección ascendente, canalicular primero e intra acinosa después, no es como clásicamente se insiste la faz primera y causante de las mastitis agudas, sino que en vez de ser la causa, es el efecto o consecuencia de la retención espasmódica debida fundamentalmente *al síndrome fisurario del pezón*.

Y por el mismo mecanismo en cuyo origen se halla el espasmo mamilo - areolar puro y no canalicular, se puede afectar todo el resto de los sistemas acinosos de la glándula cuyos conductos convergen al pezón.

Creada así la retención, la infección ascendente se apodera fácilmente de la glándula en virtud de una bien conocida ley de patología general. Uno o más acinis simultánea o sucesivamente sufren el mismo proceso muy frecuentemente. La galactoforitis y la supuración intracinosa son consecuencias sucesivas del primitivo síndrome fisurario del pezón. He aquí las etapas del contenido de la glándula:

- 1º) Leche pura.
- 2º) Leche retenida o puriforme.
- 3º) Pus.

*Tratamiento.* — Al abordar esta parte de nuestro trabajo colocaremos frente al tratamiento clásico, el drenaje filiforme que utilizamos y aconsejamos desde hace 20 años.

*Terapéutica clásica.* — Hay que diferenciar el primer período de retención láctea pura y el segundo en que el absceso ya se halla constituido.

*1er. período.* — En éste se utilizan diversos procedimientos.

- a) Antiflogísticos locales que son a menudo útiles. Calor en grandes compresas en todo el seno.
- b) Vacuna y bacterioterapia. (No la consideramos necesaria. Es una terapéutica excesiva).
- c) Metales coloidales. Especialmente el cobre. (No lo consideramos necesario).
- d) Ventosa Bier. (La hemos visto utilizar por sus partidarios con fervor. No la utilizamos jamás a pesar de la defensa de su uso.

Nos ocuparemos en especial de este último procedimiento usado desde hace muchos años y que busca la mejoría y el drenaje de la glándula en retención, mediante la provocación de una congestión pasiva llevada hasta la cianosis discreta. Es un procedimiento torturante y ya por este solo hecho debería ser abandonado. Además ateniéndonos a la forma de producción y agravación de esta afección por el mecanismo del espasmo, este procedimiento lejos de favorecer el drenaje agrava la situación y tiende como es fácil comprender, a aumentar el dolor del síndrome fisurario, aumentando la fase de retención. Requiere horas — 24, 48 horas por lo menos para dar resultado y hemos visto muy frecuentemente llevar a la incisión después de dos o tres días infructuosos de ventosa de Bier.

*2º Período.* — *Absceso constituido.* — En este período lo habitual, lo usado corrientemente en nuestro medio es la incisión amplia o pequeña según el caso, en sentido radiado y luego colocación de tubos de goma o mechas como drenaje. Además se practican aunque con menos frecuencia las amplias incisiones aconsejadas por Bardenhauer y Boeckel, quienes consideran ser el

procedimiento de elección de la mayor parte de las mastitis agudas, por conceptuar que a la vez que efectúa un drenaje más útil, tiene la virtud que al poder efectuar la incisión en la parte inferior de la glándula al nivel del pliegue de la misma sería también una operación estética. Y bien, este amplio derroche de cirugía lo consideramos excesivo, perjudicial para una glándula que se encuentra en gran actividad y que por esta causa queda con su función parcial o totalmente suprimida como es lo corriente, pues como la infección acinosa se repite en otros sectores de la glándula, crea la necesidad de nuevas incisiones y nuevas supresiones glandulares. Se agrega a esto, la frecuente producción de fístulas crónicas del seno como final de supuraciones y sufrimientos interminables, las cuales se observan más a menudo cuando nuevos lóbulos glandulares continúan el proceso ya iniciado. Es entonces, en momentos en que las incisiones se multiplican, con el afán de drenar nuevos abscesos, o que con un criterio más simplista se pretende drenar el nuevo absceso *por la antigua incisión*, es que el cirujano crea el terreno propicio para la producción de dichas fístulas.

Es pues el olvido de lo que la anatomía patológica enseña, al mostrarnos abscesos limitados por paredes glandulares independientes separadas entre sí por tejido celular grasoso sano, que crea en el seno, supuraciones prolongadas. Son mamas transformadas en esponjas de pus a las cuales se les ha agregado después de la intervención, una nueva complicación, la celulitis intersticial.

Es en estos senos que tardarán mucho en curar, en los que encontraremos esclerosis marcadas y cicatrices deformantes.

*En síntesis.* — Este tratamiento clásico lo conceptuamos: 1) Simplista; 2) Excesivo; 3) Doloroso; 4) Prolongado; 5) Lleva al seno a la inutilidad funcional; 6) En la forma multifocal simultánea o excesiva lleva a las esclerosis deformantes de la glándula.

EL DRENAJE FILIFORME. — Técnica: Es sencillo, y para ejecutarlo sólo es necesario una aguja de Reverdin curva o una aguja Hagedorn de amplia curvatura. Además un pequeño manojito de crines de Florencia.

Estando en posesión de este instrumental se anestesia local-

mente en dos puntos que correspondan a los dos extremos de un radio de círculo que abarque el lóbulo en retención y de este modo efectuamos la transficción del acini el que ha sido fijado previamente entre dos dedos. Después de dejar a permanencia cuatro crines, se efectúa una expresión suave del seno, dejando que en las horas sucesivas a la intervención, este drenaje se efectúe espontáneamente. La regla es que esto suceda, provocando así, una evidente disminución en la tensión glandular y una marcada mejoría de los síntomas inflamatorios y un considerable alivio del dolor y cesación del espasmo.

A este respecto existe un hecho muy significativo y demostrativo que es de observación habitual.

Cuando el acini está en retención, la expresión del pezón sólo permite salir leche en poca cantidad y en chorros oblicuos. Inmediatamente de efectuado el drenaje filiforme, el espasmo cede, y como consecuencia de este hecho la salida de la leche es más abundante y el chorro tiene su dirección normal en vez de la oblicuidad que presentaba hasta ese momento. Este hecho corriente y que mostramos a los estudiantes es la prueba real y concluyente de la participación del espasmo. Hermoso hecho de fisiología patológica que se obtiene como una experiencia de fisiología experimental.

INDICACIONES DEL MÉTODO. — 1º *En la fase de retención láctea.* — En este momento existe el síndrome fisurario del pezón, el cual ha creado el empastamiento túrgido y doloroso de la glándula.

La conducta a seguir es comenzando con las compresas húmedas calientes, en toda la glándula incluso el pezón. Será un tratamiento incompleto si no hacemos la terapéutica de las grietas, para lo cual aconsejamos la glicerina tánica, o la pomada al ortoforno. Muchas veces el calor húmedo en el pezón y zona areolar vence el espasmo y todo entra en orden. Esto es lo habitual y lo corriente. El simple calor soluciona gran cantidad de veces este fenómeno que se insinúa con tanta frecuencia.

En caso contrario y al fracasar esta terapéutica inicial, sucede la agravación de los síntomas. Está indicado también el drenaje filiforme, que al dar salida a la leche modificada, amarillenta, grumosa o puriforme, disminuye la tensión del acini, mejora el espasmo y permite la evolución favorable de la afección.

2º *Absceso constituido.* — Esta mastitis supurada que se manifiesta clínicamente por el empastamiento duro, rojo y doloroso de una parte de la glándula, es tratada con todo éxito por el drenaje filiforme, el que dando salida al pus que no es más que leche retenida e infectada, mejora rápidamente y cura en pocos días sin dejar secuelas y conservando el seno su normal funcionamiento. (6 ó 7 días de permanencia).

Nuevos sectores acinosos, pueden infectarse, y el mismo simple tratamiento es utilizado con idénticos resultados.

3º *En las supuraciones crónicas o prolongadas del seno. Fístulas mamarias.* — Son estos los senos más profundamente afectados por un proceso infeccioso, agravado por las múltiples intervenciones practicadas.

Se trata habitualmente de enfermas intoxicadas, que arrastran de varios meses atrás, profusas supuraciones. Los senos deformes, dolorosos y parcialmente tabicados por los trayectos que han formado los tubos, presentan por lo común un deplorable aspecto.

Es precisamente en estos casos en que los resultados del drenaje filiforme han sido más brillantes. Una casuística numerosa así nos lo demuestra.

La técnica ha sido la habitual, la que efectuamos después de retirar todos los tubos y tratando de drenar en forma múltiple todos los focos superficiales y profundos. En pocos días es dado observar una franca mejoría, a la cual sigue una curación definitiva, en plazos brevísimos (1 semana o semana  $\frac{1}{2}$  a lo sumo en casos graves).

Y sintetizando las ventajas de esta técnica expresaremos que es:

- 1) Profiláctica antes de la supuración.
- 2) Simple, y evita un derroche quirúrgico, innecesario por la naturaleza del mal y el tipo de infección en general y frecuentemente muy benigno.
- 3) Rápida, en la total evolución del mal (4 ó 5 días, 1 semana).
- 4) Conserva la función.
- 5) Favorable como ninguna técnica en los casos multifocales frecuentes.

- 6) Contempla el síndrome fisurario del pezón — “primun movens” del mal.

**Conclusiones.** — 1) Con lo expresado creemos dar una idea de la simplificación terapéutica mediante el drenaje filiforme, en las mastitis de la lactancia, cuyas ventajas son inigualables, frente a todo otro tratamiento.

2) La cirugía de acuerdo con el procedimiento clásico, es excesiva y perjudicial en sus consecuencias inmediatas y tardías.

3) *El síndrome fisurario del pezón* está en la base de esta afección, siendo la retención láctea y sus derivaciones, fenómenos secundarios.

4) La mejor profilaxis de las mastitis, es la de las grietas del pezón y el tratamiento correcto de las mismas cuando ya se han producido.

5º Que una abundantísima casuística de la Policlínica de enfermedades de la mama, y de varias salas de los Hospitales Pereyra Rosell y Pasteur, nos permiten pregonar las excelencias de esta terapéutica simplificada, que no sé ha generalizado en el ambiente, a pesar de las múltiples ventajas señaladas en el curso de esta comunicación y de lo cual poseemos en nuestro archivo clínico hechos irrefutables.

Desde que Chaput propone el drenaje filiforme en el tratamiento de las colecciones supuradas, en ninguna localización el resultado es más efectivo que en el caso que nos ocupa.

a) Razones anatómicas de limitación de la colección por gruesas paredes epiteliales por una parte.

b) la naturaleza estafilocócica en general benigna de la infección (90 % de los casos) por otra dan razón de la simple evolución de este proceso, encarado tal cual es, en sus etapas.

a) Síndrome dinámico inicial.

b) Síndrome de retención acino canalicular, de productos más o menos supurados.