CASO CLÍNICO

Mastauxe gigante neonatal

Giant Neonatal Mastauxe

Dr. Juan Pablo Hayes Dorado[1], Dra. Liliana Suarez Jimenez[1].

Resumen

El agrandamiento mamario del recién nacido es uno de los hallazgos fisiológicos más frecuentes del período neonatal y, sin embargo, una causa habitual de consulta y de ansiedad familiar. Se estima que entre el 65% y el 90% de los neonatos a término presentan algún grado de tejido mamario palpable durante los primeros días de vida, sin diferencias clínicamente relevantes entre sexos. El término mastauxe (del griego mastos, mama, y auxe, aumento) se ha propuesto para describir de forma neutra este agrandamiento, reservando mastauxe neonatal para diámetros ≤3 cm y mastauxe gigante para los >3 cm. Aunque en la inmensa mayoría de los casos se trata de un proceso benigno y autolimitado, el reconocimiento correcto de la entidad es clínicamente importante por dos motivos: primero, evitar estudios y tratamientos innecesarios en un recién nacido sano; y segundo, identificar oportunamente la principal complicación (la mastitis neonatal) y distinguir a los pocos lactantes que requieren antibioticoterapia o drenaje quirúrgico.

Se presenta un caso clínico de mastauxe gigante neonatal.

Se realiza una revisión bibliográfica actualizada sobre intumescencia mamaria / mastauxe gigante neonatal.

Palabras clave:

Rev Soc Bol Ped 2026; 64 (2): 104-7: Mastauxe gigante neonatal, intumescencia mamaria neonatal, hipertrofia mamaria del recién nacido, galactorrea neonatal, mastitis neonatal.

Abstract:

Neonatal breast enlargement is one of the most common physiological findings during the neonatal period and, nevertheless, a frequent cause of medical consultation and family anxiety. It is estimated that between 65% and 90% of full-term neonates present some degree of palpable breast tissue during the first days of life, with no clinically relevant differences between sexes. The term mastauxe (from the Greek mastos, breast, and auxe, enlargement) has been proposed as a neutral term to describe this condition, reserving neonatal mastauxe for diameters ≤ 3 cm and giant mastauxe for diameters > 3 cm. Although in the vast majority of cases this is a benign and self-limited process, proper recognition of the condition is clinically important for two reasons: first, to avoid unnecessary investigations and treatments in an otherwise healthy newborn; and second, to promptly identify the main complication, neonatal mastitis, and distinguish the small number of infants who require antibiotic therapy or surgical drainage.

We present a clinical case of neonatal giant mastauxe.

An updated literature review on neonatal breast enlargement / giant neonatal mastauxe is also provided.

Keywords:

Rev Soc Bol Ped 2026; 64 (2): 104-7: Giant Neonatal Mastauxe, Neonatal Mammary Enlargement, Neonatal Mammary Hypertrophy, Neonatal Galactorrhea, Neonatal Mastitis.

Introducción:

La intumescencia mamaria neonatal (también denominada hipertrofia mamaria del recién nacido o mastauxe) es un aumento benigno y transitorio del tejido mamario que aparece en los primeros días de vida y afecta hasta al 65–90% de los neonatos a término de ambos sexos[1,2].

Su origen es la estimulación glandular por hormonas maternas transplacentarias y la elevación posnatal de la prolactina tras la caída de los estrógenos

(1) Médico pediatra. Global Pediatrics. Santa Cruz de la Sierra
Conflicto de intereses: Los autores indican que el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.
Artículo aceptado el 03/05/26.

maternos, fenómeno que puede acompañarse de una secreción láctea conocida popularmente como "leche de brujas" - galactorrea neonatal -[2].

Una práctica tradicional en distintas culturas, la expresión o "ordeñado" de la mama del recién nacido para eliminar la secreción, es un factor de riesgo evitable de infección y debe desaconsejarse activamente[2].

El cuadro es autolimitado y se resuelve espontáneamente en semanas a pocos meses, por lo que la conducta de elección es la observación y la tranquilización de los padres, evitando la manipulación o expresión del pezón[2].

La principal complicación es la mastitis neonatal, infección bacteriana del tejido mamario - habitualmente por Staphylococcus aureus, con creciente participación de cepas meticilino-resistentes (SARM) - que predomina en recién nacidos a término entre la 2ª y la 8ª semana de vida. La evidencia reciente demuestra que la mayoría de los neonatos con mastitis están afebriles y con buen estado general y que la coinfección bacteriana grave (bacteriemia, meningitis, infección urinaria) es infrecuente (<1%), lo que ha modificado el enfoque diagnóstico hacia estudios selectivos en lugar de un estudio séptico completo sistemático[3-6].

Caso clínico:

Recién nacido de sexo masculino, de 26 días de vida, producto de embarazo a término (38 semanas) sin complicaciones, parto vaginal eutócico, peso al nacer 3.470g, con lactancia materna exclusiva y adecuada ganancia ponderal. La madre lo llevó a consulta por el agrandamiento mamario y la presencia de una secreción blanquecina en ambos pezones del neonato.

Examen físico: Recién nacido activo, reactivo, afebril, hemodinámicamente estable y con buen estado general. En cada una de las regiones mamarias se palpó un tejido glandular firme, de aproximadamente 3,5 cm, sin eritema, no doloroso a la palpación; a la expresión suave se obtuvo una pequeña cantidad de secreción láctea (galactorrea) por los pezones (figuras 1 y 2).

No se palparon adenopatías axilares ni se evidenciaron lesiones cutáneas. Resto del examen sin particularidades.

Figuras 1 y 2: Mastauxe gigante y galactorrea.





Diagnóstico: Mastauxe gigante y galactorrea neonatal bilateral ("leche de brujas").

Se explicó a los padres la naturaleza benigna del agrandamiento mamario, la resolución espontánea esperada y la contraindicación de manipular o exprimir la mama.

Discusión:

Durante la gestación, las hormonas maternas y placentarias atraviesan la placenta y estimulan la glándula mamaria fetal: los estrógenos promueven el desarrollo de los conductos galactóforos y la progesterona el desarrollo del tejido lobulillar, proceso que se hace evidente hacia las 28 semanas[2].

Tras el nacimiento, la brusca caída de los estrógenos y la progesterona maternos suprime la inhibición sobre la hipófisis neonatal y permite un aumento transitorio de la secreción de prolactina (y de oxitocina), que estimula el tejido mamario ya preparado y puede inducir una secreción láctea (la denominada "leche de brujas" o galactorrea neonatal) de composición semejante al calostro materno[2].

La susceptibilidad individual a los estrógenos o a la prolactina explicaría por qué solo una parte de los neonatos desarrolla un agrandamiento clínicamente apreciable, y por qué su magnitud es variable[2].

El fenómeno es, por tanto, la expresión de un eje hormonal transitorio y fisiológico, no de una patología endocrina primaria. El tejido involuciona espontáneamente al desaparecer el estímulo hormonal y volverá a desarrollarse recién en la pubertad[2].

La intumescencia mamaria fisiológica afecta a la mayoría de los recién nacidos a término, siendo excepcional en el prematuro, en quien el tejido mamario aún no ha recibido suficiente estímulo hormonal[1,2].

Se presenta en ambos sexos, típicamente de forma bilateral y simétrica, como tejido glandular firme, móvil y no doloroso bajo la areola, que aparece en los primeros días de vida, suele alcanzar su máximo hacia la primera semana y regresa de manera gradual en el curso de semanas, aunque puede persistir varios meses. La secreción láctea acompañante ocurre en una minoría y es igualmente autolimitada[1,2].

Cuando el agrandamiento se torna unilateral, asimétrico, eritematoso, caliente o doloroso, o se acompaña de secreción purulenta, debe sospecharse la complicación infecciosa (mastitis neonatal). Esta predomina en el recién nacido a término, especialmente en el sexo femenino (relación femenino:masculino de 2-3,5:1) y un pico de incidencia entre la 2ª y la 8ª semana de vida (habitualmente semanas 3ª-5ª). Es característico que la mayoría de los lactantes se encuentren afebriles y con buen estado general; solo una minoría (aproximadamente 8-28% según las series) presenta fiebre, irritabilidad, rechazo del alimento o letargia[3-5].

El diagnóstico de la intumescencia mamaria fisiológica es clínico y no requiere estudios de laboratorio ni de imagen: la exploración de un tejido glandular firme, bilateral, no inflamatorio, en un recién nacido sano es suficiente[2].

Ante signos inflamatorios, la mastitis neonatal también es un diagnóstico fundamentalmente clínico; la tinción de Gram y el cultivo de la secreción del pezón orientan el tratamiento, y la ecografía es útil para confirmar o descartar un absceso subyacente cuando hay fluctuación o mala respuesta[4,7].

Diagnóstico diferencial[4,7]:

Entidad	Rasgos clave	Conducta
Intumescencia mamaria fisiológica	Bilateral, firme, no dolorosa, sin eritema; ± galactorrea; RN sano	Observación y tranquilización; no manipular
Mastitis neonatal	Unilateral, eritema, calor, dolor, induración; ± pus; puede haber fiebre	Antibiótico con cobertura SARM; valorar estudios selectivos
Absceso mamario	Colección fluctuante; confirmable por ecografía	Antibiótico + aspiración o incisión y drenaje
Celulitis de la pared torácica	Eritema difuso que excede el tejido mamario	Antibioticoterapia; delimitar extensión
Galactorrea aislada («leche de brujas»)	Secreción lechosa, sin signos inflamatorios	Benigna; no exprimir; observación
Masa/tumor mamario (excepcional)	Nódulo persistente, crecimiento atípico o unilateral no inflamatorio	Ecografía y valoración especializada

La complicación más frecuente y relevante es la mastitis neonatal, que puede progresar a absceso mamario. El microorganismo predominante es el Staphylococcus aureus; en las series contemporáneas, el S. aureus meticilino-resistente (SARM) representa una proporción muy significativa de los aislamientos, con participación menor de Streptococcus del grupo B y de bacilos gramnegativos entéricos[3,5].

Un principio de manejo clave, respaldado por la evidencia, es la conservación del tejido mamario: cualquier intervención sobre la mama del recién nacido (expresión, incisión amplia) debe ser cautelosa, ya que la lesión de la yema glandular puede comprometer el desarrollo mamario futuro, especialmente en las niñas[5].

La expresión o «ordeñado» de la mama neonatal, práctica cultural aún vigente en algunas regiones, favorece la introducción de bacterias y se asocia a mastitis, absceso y galactocele; por ello constituye un factor de riesgo evitable que debe desaconsejarse en la educación a los padres. Aunque la evolución global es favorable, la afectación extensa de partes blandas y la sepsis son posibles, si bien poco frecuentes[3].

En la intumescencia mamaria fisiológica, la conducta de elección es la observación expectante con tranquilización de los padres. No están indicados estudios de laboratorio ni de imagen, no debe pautarse ningún tratamiento y (de forma expresa) debe desaconsejarse manipular o exprimir la mama y el pezón. Se explica a la familia que el agrandamiento y la eventual secreción son transitorios y que se resolverán espontáneamente[2].

Respecto a la mastitis neonatal, históricamente, todo neonato con mastitis recibía un estudio séptico completo (hemocultivo, análisis y cultivo de orina, y punción lumbar) por el temor a una infección bacteriana grave concomitante. La evidencia reciente permite un enfoque más selectivo. El estudio sistemático de infección bacteriana grave es probablemente innecesario en la mayoría de los lactantes afebriles y con buen estado general; la punción lumbar debe reservarse para casos seleccionados[3].

El tratamiento antibiótico empírico debe cubrir S. aureus, incluido el SARM, dada su elevada prevalencia; en el recién nacido más pequeño o de aspecto séptico se añade cobertura frente a gramnegativos. Una pauta habitual consiste en 1-3 días de antibiótico intravenoso con actividad antiestafilocócica, seguidos de terapia oral hasta completar 7-10 días, ajustando según el cultivo y la evolución clínica[4,5,6].

Cuando existe una colección organizada (absceso), además del antibiótico se requiere drenaje. Es razonable un ensayo inicial con antibioticoterapia antes de recurrir a la aspiración con aguja o a la incisión y drenaje[4].

El procedimiento debe ser lo más conservador posible y respetar la yema mamaria para preservar el desarrollo glandular futuro[5].

Con este caso presentado se recuerda la importancia de la dimensión preventiva y educativa como parte integral del manejo: informar a las familias sobre la benignidad del agrandamiento mamario neonatal y desaconsejar de manera explícita la práctica tradicional de exprimir la mama, factor de riesgo evitable de mastitis y sus complicaciones[2].

Referencias bibliográficas:

1) Donaire AE, Guillen J, Rajegowda BK. Neonatal breast hypertrophy: revisited. Pediatr Therapeut. 2016;6(3):297.
2) Jawahar A, Vade A. Sonographic and clinical features of physiologic neonatal breast enlargement. J Clin Neonatol. 2014;3(2):85-89.
3) Kaplan RL, Cruz AT, Michelson KA, McAneney C. Neonatal mastitis and concurrent serious bacterial infection. Pediatrics. 2021;148(1):e2021051322.
4) Al Ruwaili N, Scolnik D. Neonatal mastitis: controversies in management. J Clin Neonatol. 2012;1(4):207-210.
5) Stricker T, Navratil F. Mastitis in early infancy. Acta Paediatr. 2005;94(2):166-169.
6) Montague EC, Hilinski J, Andresen D, Cooley A. Evaluation and treatment of mastitis in infants. Pediatr Infect Dis J. 2013;32(11):1295-1296.
7) Faden H. Mastitis in children from birth to 17 years. Pediatr Infect Dis J. 2005;24(12):1113.