

CASO CLÍNICO

Linfadenopatía axilar por rotura de prótesis mamaria de silicona

M. R. Meléndez, G. de Castro, M. Iribarren, G. Freiría, A. Iglesias¹, M. Arias¹, C. Sobrino

Unidad de Senología y Patología Mamaria. Servicios de Cirugía General y ¹Resonancia Magnética. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

RESUMEN

Las prótesis de silicona han sido usadas durante mucho tiempo como implantes para el aumento mamario o para la reconstrucción tras cirugía oncológica. La rotura de una prótesis es una complicación reconocida de esta cirugía. Su incidencia se desconoce, aunque sabemos que se incrementa al aumentar la edad de la prótesis.

Si la silicona alcanza un ganglio linfático axilar puede provocar dolor local o aumento del mismo, si bien, el proceso suele ser asintomático y verse como hallazgo incidental al realizar una mastectomía en pacientes con antecedentes de mamoplastia.

Presentamos un caso de linfadenopatía axilar por silicona tras rotura de prótesis mamaria, y realizamos una revisión de las complicaciones más habituales del uso de este material, enfatizando en la linfadenopatía a propósito del caso.

Palabras clave: Linfadenopatía. Silicona. Rotura de prótesis. Mamoplastia de aumento.

ABSTRACT

Silicone breast prostheses have been widely used for a long time for breast augmentation or for reconstruction after cancer surgery. Rupture of prostheses is a known complication of this type of surgery. Its incidence is unknown, even though it is known that there is an increase of rupture as the prostheses ages.

If the silicone reaches an axillary lymph node, it can cause local pain or enlargement in size. Even though, the process normally does not result in these issues. It is frequently detected as an incidental finding after performing a mastectomy after mammaplasty.

Recibido: 13-11-08.

Aceptado: 05-02-09.

Correspondencia: Gonzalo de Castro Parga. C. Costa Castrelos 2, port. 7, 5º B. 36213 Vigo, Pontevedra. e-mail: gcastro@accirujanos.es

We present a clinical case of axillary lymphadenopathy associated with the rupture of a mammary silicone prostheses, and we review the most common and usual complications when using this material, especially when dealing with a case of lymphadenopathy.

Key words: Lymphadenopathy. Silicone. Rupture of prostheses. Augmentation mammaplasty.

INTRODUCCIÓN

Las siliconas son polímeros de dióxido de silicio cuyas características varían según la longitud de la cadena central y del radical orgánico presente en las cadenas laterales, pudiendo originar siliconas líquidas, geles o elastómeros, o presentaciones más sólidas (1).

Esta versatilidad, sumada a la preservación de las características físicas a largo plazo de este material, a una reacción tisular mínima y a la falta de inmunogenicidad explica la popularidad de este material para el uso médico (2). Últimamente está aumentando el conocimiento sobre posibles efectos adversos de los implantes mamarios de silicona que principalmente conciernen al trasudado o filtración de silicona y a la rotura franca de la prótesis (3). Entre las causas que conducen al fallo del implante se incluyen el daño directo en el momento de su colocación por la dificultad en su introducción por incisiones pequeñas, instrumentos quirúrgicos, electrocoagulación, colocación de drenajes o ampliación de bolsillo con la prótesis colocada (4). Posteriormente la rotura puede ser debida a la degradación bioquímica de la silicona (aumento de incidencia con la edad del implante), o daño mecánico por realización de mamografías, intervencionismo mamario, traumatismos o capsulotomías cerradas (5).

Los granulomas por silicona, también llamados siliconomas, pueden presentarse como un tumor, a veces a distancia

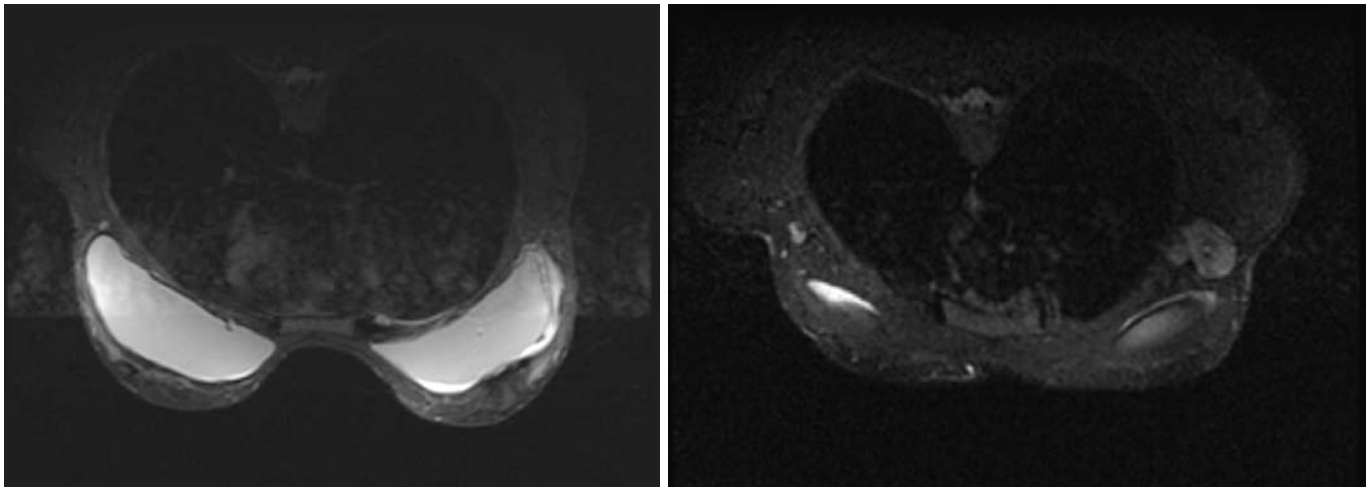


Fig. 1. Irregularidad en el contorno de la prótesis de la mama derecha que indica rotura extracapsular de la misma. Zona de captación en prolongación axilar sugestiva de granuloma.

del implante. En algunas pacientes es el primer signo de rotura del implante. Puede producirse dolor mamario, mastitis, fistulización a la piel o reacciones cutáneas. Si la silicona migra a través de los tejidos blandos puede alcanzar la fosa antecubital, el brazo, codos y hombros, distintas zonas de la cara, la espalda o incluso llegar a la ingle. Hay casos descritos de presencia de silicona en pulmón, pleura y cerebro (6).

Lo habitual es que la linfadenopatía por silicona sea un hallazgo incidental tras mastectomía y linfadenectomía.

Presentamos el caso de una paciente intervenida en nuestro servicio por linfadenopatía axilar reactiva a la rotura de una prótesis mamaria de silicona.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 37 años, portadora de prótesis mamarias de silicona implantadas cinco años antes con fines cosméticos (aumento mamario). Es remitida a nuestra consulta por presentar adenopatías axilares derechas sintomáticas. La exploración mamaria resulta normal y a la palpación axilar derecha se objetivan al menos dos adenopatías aumentadas de tamaño, molestas a la palpación, rodaderas y no adheridas.

La resonancia magnética (RM) indica signos de rotura extracapsular de la prótesis de silicona de la mama derecha, describiendo una zona de captación en el cuadrante superoexterno-prolongación axilar sugestiva de granuloma y presencia de adenopatías axilares ipsilaterales (Fig. 1).

Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de una adenopatía con hallazgos sugestivos de linfadenopatía por silicona.

Tras extracción de la prótesis rota y colocación de una nueva por el Servicio de Cirugía Plástica que la había intervenido, y bajo anestesia general, realizamos extracción de 5 adenopatías axilares de tamaños comprendidos entre 3 y 1 centímetros (Fig. 2).

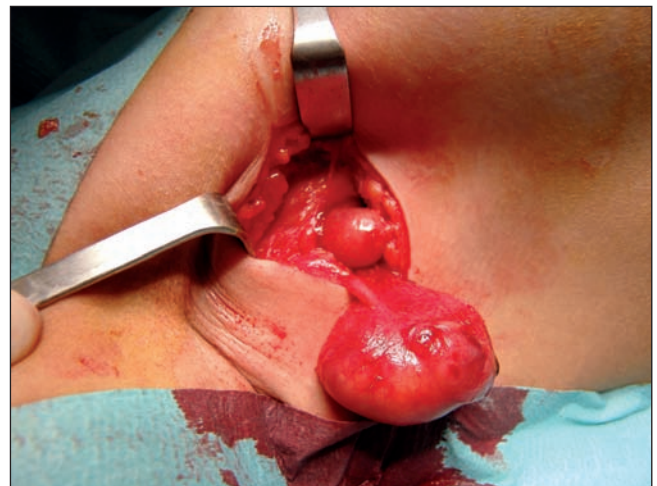


Fig. 2. Extracción de adenopatías axilares afectadas.

El estudio anatomopatológico de la pieza confirma cambios histológicos compatibles con linfadenitis reactiva a silicona, con marcada reacción gigantomorfa de tipo cuerpo extraño (Fig. 3).

El postoperatorio cursa con normalidad y la paciente permanece asintomática a tres años de la cirugía, con exploración axilar negativa.

DISCUSIÓN

Las prótesis de silicona son usadas con frecuencia en cirugía estética y reconstructiva de la mama. Los efectos colaterales del uso de silicona son conocidos, sin embargo, debemos apuntar que estos efectos son raros y que no superan los beneficios obtenidos con la utilización de este material.

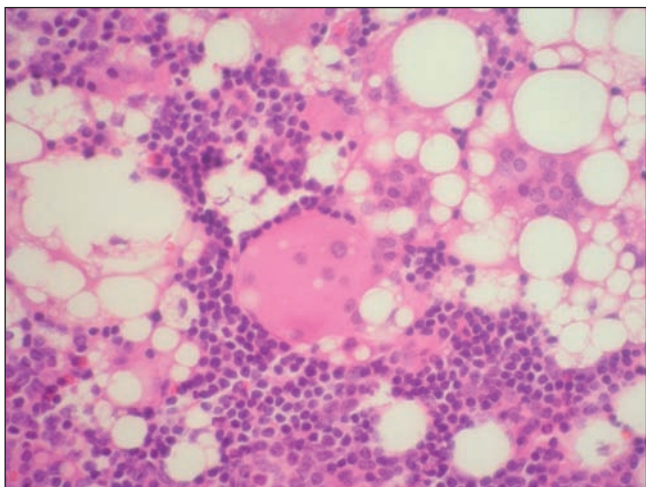


Fig. 3. Hallazgos histológicos característicos de linfadenitis reactiva a sílica: presencia de vacuolas y células gigantes multinucleadas.

La linfadenopatía por sílica, definida como la presencia de sílica en un ganglio linfático, es un efecto raro, pero bien documentado, de la colocación de prótesis mamarias (por trasudado o filtración de sílica o por la rotura franca de la prótesis) o tras inyección de sílica (procedimiento que en la mayoría de los casos se realiza de forma ilegal) (1).

Su incidencia se desconoce en el total de la población de mujeres con implantes, ya que la literatura se refiere sobre todo a casos individuales (7). Probablemente esta aumente cuando la población susceptible alcance la edad de riesgo de cáncer mamario y también a medida que aumenta la edad de la prótesis.

La linfadenopatía por sílica es un proceso local que afecta a algunos pero no a todos los ganglios de un área anatómica. En relación con los implantes mamarios, generalmente las linfadenopatías se encuentran a nivel axilar, aunque también se ha descrito afectación clínica a nivel supraclavicular (8). El grado de afectación varía ampliamente de un caso a otro o de un ganglio a otro dentro del mismo caso. La vía por la cual la sílica alcanza los ganglios no es del todo conocida. Normalmente una cápsula fibrosa se crea alrededor del implante como resultado de la reacción granulomatosa a cuerpo extraño que este produce localmente (9,10). Se conoce como “fenómeno de sangrado” a la filtración de una pequeña cantidad de sílica a través de la prótesis “intacta”, de hecho, la cápsula fibrosa que se forma alrededor de la prótesis contiene sílica en hasta un 93% de los casos en algunas series (2). Existen evidencias de que las sílicas pueden migrar a través de las cápsulas y de que esta filtración produce efectos locales y a distancia. A pesar de suponerse más seguros los nuevos implantes mamarios de gel cohesivo de sílica introducidos hace más de una década, también se ha descrito casos de linfadenopatía (11,12).

La rotura de una prótesis de sílica puede ser intra- o extracapsular. La intracapsular pasa más inadvertida porque la sílica libre es mantenida por la cápsula fibrosa que rodea el implante. La rotura extracapsular se asocia con más frecuencia a la migración de la sílica a lugares lejanos al sitio de aplicación. Una vez fuera de la envoltura, puede dispersarse a través de tejidos blandos, a conductos y ganglios linfáticos o a distancia por diseminación hematógena.

Cuando la sílica alcanza un ganglio linfático, este puede aumentar de tamaño e incluso ser doloroso, aunque lo habitual es que curse de forma asintomática y sea un hallazgo incidental tras mastectomía y linfadenectomía en pacientes con mamoplastia previa (1). Cuando se presenta con clínica lo más frecuente es la presencia de uno o varios ganglios afectados, móviles, de consistencia intermedia o dura y no adheridos a planos profundos. En ocasiones se acompaña de calor, eritema y, en casos avanzados, incluso de ulceración de la piel, que puede estar sobreinfectada, sobre todo por *Stafilococcus aureus*. También puede aparecer mastalgia ipsilateral pero usualmente sin lesiones palpables en las mamas (7).

El diagnóstico se hará en base a una buena historia clínica, teniendo siempre presente el antecedente de mamoplastia y a la exploración física.

Para el diagnóstico de rotura de prótesis la RM es la prueba más rentable. También puede mostrar la extensión de la afectación, la presencia o no de colecciones y ayudar a descartar otras patologías (4).

Aunque la PAAF puede orientar al diagnóstico, suele ser necesario el examen histológico completo de la pieza para descartar malignidad (10). A nivel microscópico es característico que los ganglios afectados presenten vacuolas groseras, vacuolas finas o células gigantes multinucleadas, con una cantidad variable de material refráctil, no birrefringente y que no se tiñe con las tinciones habituales (2).

Las vacuolas groseras son normalmente redondeadas y de distintos tamaños; se cree que han sido ocupadas por la sílica perdida durante el proceso dejando después espacios vacíos o que contienen finas hebras de sílica. Estas vacuolas son extracelulares y están focalmente rodeadas de células gigantes multinucleadas. Las vacuolas finas son extracelulares o están incluidas en el citoplasma de los histiocitos, dándole a este un aspecto espumoso y suelen ser más frecuentes y más pronunciadas que las anteriores.

Las células gigantes multinucleadas son de tipo cuerpo extraño y tienen vacuolas citoplasmáticas de distintos tamaños, aunque también pueden simplemente aparecer cerca de las áreas de vacuolización.

El diagnóstico diferencial debe hacerse sobre todo con el cáncer de mama (10,13). El tratamiento consiste en la extracción de los ganglios afectados para su estudio completo y en el cambio de la prótesis afectada, que evitará la posibilidad de afectación de otros ganglios (4,7).

En conclusión, la posibilidad de rotura de un implante y sus consecuencias deben ser informadas a las pacientes a las que se vayan a colocar prótesis de silicona. Ante la presencia de adenopatías regionales en una paciente portadora de prótesis de silicona, la posibilidad de rotura de un implante deberá ser valorada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera M, Martínez-Regueira F, Sola J, Valentí V, Pastor C, Poveda I, et al. Secuelas tras inyección ilegal de silicona líquida como técnica de aumento mamario: presentación de dos casos. *Cir Esp* 2006; 80(4): 227-9.
2. Truong LD, Cartwright J, Goodman MD, Woznicki D. Silicone lymphadenopathy associated with augmentation mammoplasty. Morphologic Features of nine cases. *Am J Surg Pathol* 1998; 12(6): 484-91.
3. Van Dies PJ, Beekman WH, Hage JJ. Pathology of silicone leakage from breast implants. *J Clin Pathol* 1998; 51: 493-7.
4. Khan UD. Left Unilateral breast autoinflation and intraprostatic collection of sterile pus: an unusual operative finding of silicone gel bleed with silicone lymphadenitis. *Aesth Plast Surg* 2008; 32: 684-7.
5. Silverman BG, Brown L, Bright RA, Kaczmarek RG, Arrowsmith-Lowe JB, Kessler DA. Reported complications of silicone gel breast implants: An epidemiologic review. *Ann Intern Med* 1996; 124(8): 744-56.
6. Travis WD, Balogh K, Abraham JL. Silicone granulomas: report of three cases and review of the literatura. *Hum Pathol* 1985; 16(1): 19-27.
7. García-Soto G, Castaño J, Smith-Meneses R. Linfadenopatía por silicona en una paciente con prótesis mamarias. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006; 57(2): 112-5.
8. Shipchandler TZ, Lorenz RR, McMahon J, Tubbs R. Supraclavicular lymphadenopathy due to silicone breast implants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133(8): 830-2.
9. Puckett MA, DeFriend D, Williams MP, Roobottom CA. A leaking breast prosthesis presenting as an abdominal mass. *Br J Radiol* 2004; 77: 790-1.
10. Ismael T, Kelly J, Regan PJ. Rupture of an expander prosthesis mimics axillary cancer recurrence. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 1027-8.
11. Lahiri A, Waters R. Locoregional silicone spread after high cohesive gel silicone implant rupture. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006; 59(8): 885-6.
12. Shaaban H, Jmor S, Albi R. Leakage and silicone lymphadenopathy with cohesive breast implants. *Br J Plast Surg* 2003; 56(5): 518-9.
13. Ganau S, Tortajada L, Rodríguez X, González G, Sentís M. Silicone lymphadenopathy: an unusual cause of internal mammary lymph node enlargement. *Breast J* 2008; 14 (5): 502-3.