

CARTA AL DIRECTOR

EL DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE LA RUPTURA DE LOS IMPLANTES DE MAMA. CASO CLÍNICO

Sr. Director:

Exponemos el caso de una paciente, intervenida en otra clínica, a quien se le colocaron unos implantes en el año 2000, vía inframamaria, en posición subglandular y de gel cohesivo. La paciente refería molestias, inflamaciones repetidas y dolor bilateral. Psicológicamente la paciente se sentía a disgusto con el resultado tras la cirugía y por las molestias referidas (1).

Se solicitaron mamografías y resonancia magnética para poder diagnosticar la causa de sus molestias. Los resultados de la mamografía fueron inespecíficos y no hacían sospechar roturas ni anomalías del implante. Sin embargo la RM determinó que existía rotura intracapsular de la prótesis de la mama izquierda con repliegue de la misma, estando contenida por la cápsula interna. No se observaban alteraciones en la prótesis mamaria derecha. Existía una lesión mínima en región profunda de mama derecha por pequeño quiste. No se observó colección extracapsular (Figs. 1 y 2).

Se planeó realizar cirugía tras conversar con la paciente, que decidió que se le extrajeran los implantes antiguos y que no se colocaron nuevos implantes. Se realizó mastopexia con cicatriz vertical y periareolar. Consideramos necesario realizar una pexia de la mama, puesto que al no volver a colocar implantes nuevos, teníamos que hacer una remodelación de la mama. Realizamos marcaje de la mama en bipedestación y abordamos la mama derecha. Tras las incisiones para la extirpación de piel y del colgajo dermoglandular, abordamos la cápsula. A pesar de que las pruebas de imagen mostraban una prótesis íntegra, al abrir la cápsula se encontró un gel de densidad media entre cohesivo y licuado contenido en el espacio capsular, pero sin presencia de cubierta periprotésica (Fig. 3). Se tomaron muestras de los tejidos de la cápsula para estudio anatomopatológico. Se realizó limpieza cuidadosa de los espacios periprotésicos con suero fisiológico y se procedió a la reconstrucción de la mama sin colocación de implante. Se realizó una pexia con tejidos autólogos con pedículo superior e interno, fijación con puntos reabsorbibles de safil 4/0 de la mama al músculo pectoral y cierre por planos, dejando drenajes y vendaje compresivo. Realizamos el mismo procedimiento en la mama izquier-

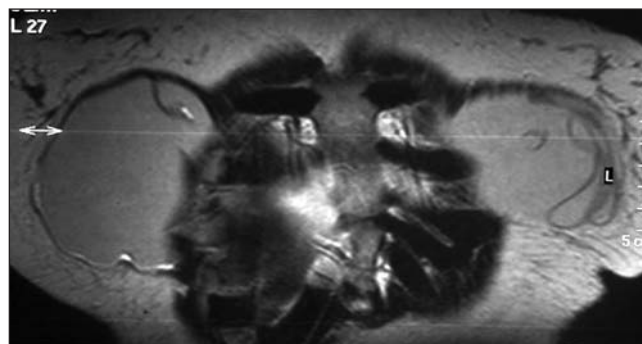


Fig. 1. Imagen coronal de RM potenciada en T2. Se aprecia integridad capsular en la mama derecha con rotura contenida de la prótesis mamaria izquierda.

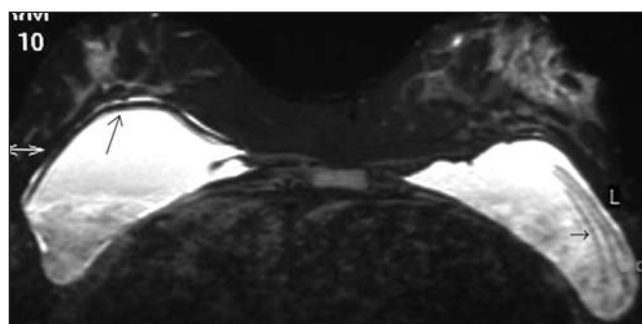


Fig. 2. Imagen axial de RM con secuencia STIR. En la mama izquierda se aprecia plegamiento capsular, "signo del linguini", indicativo de rotura contenida (flecha corta). Se aprecia prótesis mamaria derecha con integridad capsular (flecha larga) y mínima colección pericapsular en cuadrante superior interno.

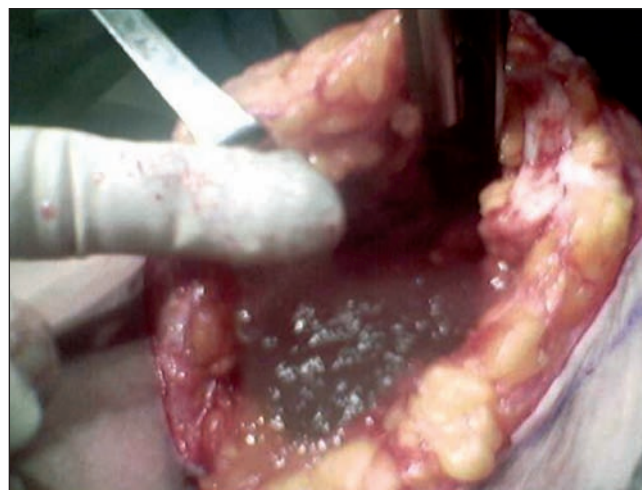


Fig. 3. Visión del implante con la cubierta desintegrada en la mama derecha.

da; aunque aquí sí que tomamos todas las precauciones, puesto que radiográficamente sabíamos que el implante estaba roto. Extirpamos la cápsula periprotésica que envolvía el implante para prevenir la salida del gel y su diseminación, desencadenante en muchas ocasiones de una futura contractura capsular.

Tras la cirugía, la paciente mostraba su satisfacción por el resultado de un tamaño adecuado de sus mamas así como porque la mayoría de sus molestias habían desaparecido.

La anatomía patológica no determinó grandes diferencias. Ambas cápsulas presentaban una superficie laminar con revestimiento de células cúbicas o cilíndricas que adoptaban un patrón de aspecto epitelial, con núcleos polarizados, homogéneos, de cromatina fina y citoplasma eosinófilo, sin membrana basal. Se observaba un tejido conectivo laxo, con abundantes capilares ectásicos y células inflamatorias de predominio mononuclear. La pared estaba formada por tejido conectivo denso con abundantes fibras de colágeno y escasos fibroblastos.

El criterio más fiable para la rotura intracapsular son las múltiples líneas curvilíneas de baja señal dentro de la alta intensidad que señala el gel de silicona, el llamado "signo del linguini" (2-4). Son mucho más frecuentes que las roturas extracapsulares. La resonancia magnética ha mostrado una sensibilidad del 94% y una especificidad del 97% para la detección de rotura del implante mamario, cuando se emplean criterios claramente establecidos (2). En este caso, es sorprendente cómo se aprecia en la RM la aparente integridad de la cápsula de la prótesis de-

recha. Una posible explicación es que la rotura intracapsular estuviera totalmente reabsorbida y que sólo se viera la cápsula fibrosa (mínimamente despegada para poder delinearla) y por tanto fuera interpretada como íntegra.

Este caso ilustra la dificultad a la hora de determinar en el preoperatorio la integridad o no de los implantes mamarios. En ocasiones, es necesario llevar a cabo una cirugía para tener la certeza de si el implante está íntegro o no lo está y así explicárselo a las pacientes.

I. Moreno, M. Ribera, E. Arana¹, L. Morell²

*Cirugía Plástica, Práctica Privada. Clínica Quirón Valencia.
¹Servicio de Radiología. Clínica Quirón Valencia. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Alcira. Valencia*

BIBLIOGRAFÍA

1. Handel N, Cordray T, Gutierrez J, Jessman JA. A long term study of outcomes, complications and patient satisfaction with breast implants. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(3): 757-67.
2. Holmich LR, Vejborg I, Conrad C, Sletting S, McLaughlin JK. The diagnosis of breast implant rupture: MRI findings compared with findings at explantation. *Eur J Radiol* 2005; 53: 213-25.
3. Collis N, Litherland J, Enion D, Sharpe DT. Magnetic resonance imaging and explantation investigation of long-term silicone gel implant integrity. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(5): 1401-6.
4. Gorczyca DP, Gorczyca SM, Gorczyca KL. The diagnosis of silicone breast implant rupture. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(7Supl. 1): 49S-61S.