

Rotura protésica de mama extracapsular atípica. Siliconomas en axila contralateral

Gutiérrez-Pantoja M.A.¹, Arriaga-Piñeiro J.M.¹, Valdés-Fernández B.¹, Cordero-Henriquez F.¹,
Vallejo-Desviat P.², Molina López-Nava P.³

Sanid. mil. 2020; 76 (4): 265-266, ISSN: 1887-8571

Se trata de una mujer de 72 años, asintomática, con antecedentes de artritis reumatoide y hepatitis por virus C positivo. Fue intervenida en otro centro hace 15 años de mastectomía izquierda por carcinoma tubular de mama pT2N0 con linfadenectomía y tratamiento con tamoxifeno durante 5 años. Posteriormente se realizó cirugía reconstructiva con prótesis mamaria de silicona. Fue seguida en otro centro hospitalario con pruebas de imagen mamográficas sin signos de recidiva. Decide seguimiento por el Servicio de Ginecología de nuestro centro quienes solicitan mamografía y ecografía de control, aportándose las pruebas de imagen previas.

En la mamografía derecha se identifica un parénquima fibroglandular de densidad intermedia sin signos asociados de malignidad. Ganglios axilares, algunos de ellos de morfología reniforme con centro graso, y otro de morfología redondeada y mayor densidad con un eje axial de 10 mm (en el límite alto de la normalidad). (Fig. 1). Se realiza posteriormente ecografía mamaria bilateral sin evidencia de hallazgos patológicos en la mama derecha y apreciando ganglios axilares con artefacto en «tormenta de nieve» en la axila derecha (Fig. 2) denominados siliconomas. Se explora ecográficamente la prótesis mamaria izquierda identificando signos de rotura intracapsular¹: pérdida de la línea trilaminar normal de la prótesis de mama con desplegamiento de la cápsula fibrosa y el elastómero (signos de la escalera) (Fig. 3. Flecha gruesa), signo del lazo o de la cerradura (Fig. 3. Flecha).

Posteriormente se realizó una RM confirmando los hallazgos.

La paciente ha sido valorada por el Servicio de Ginecología y ha sido derivada a las consultas de Cirugía plástica para valoración de recambio protésico.

Los implantes de silicona se emplean comúnmente en cirugía mamaria, tanto en procedimientos reconstructivos como estéticos. Una de las complicaciones que pueden presentar son la rotura intracapsular, que sucede cuando el gel de silicona migra a través de una fisura o desgarro en la membrana pero no traspasa la cápsula fibrosa externa².

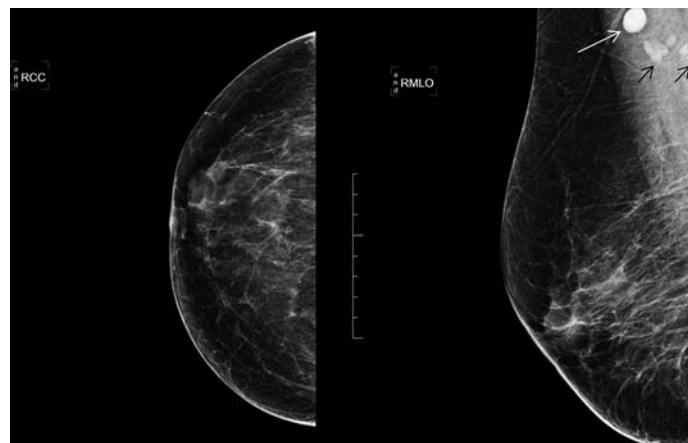


Figura 1. Mama derecha única de densidad intermedia sin signos de malignidad. Ganglio axilar derecho de mayor densidad y morfología redondeada (flecha) con ganglios de aspecto reniforme y centro graso adyacentes, de aspecto reactivo (flecha negra).



Figura 2. Ganglios con silicona en su interior en axila derecha con artefacto en «tormenta de nieve» (flecha), denominados siliconomas.

La rotura extracapsular sucede cuando las partículas de silicona migran a los tejidos vecinos tras la rotura de la cápsula de la prótesis o en forma de trasudado a través de una cápsula aparentemente íntegra. Esta migración se produce normalmente por vía linfática, depositándose la silicona en los ganglios linfáticos donde genera una reacción a cuerpo extraño, formando siliconomas. De la misma manera que sucede con la diseminación metastásica ganglionar, la disrupción de las vías de drenaje linfático habituales puede implicar la migración de la silicona a zonas poco comunes. Se han descrito casos de adenopatías por silicona en área mamaria interna, inguinal, mamaria contralateral.

¹ Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

² Teniente Coronel Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

³ Coronel Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Correspondencia con el autor: mgutpan@mde.es

Recibido: 09 de enero de 2020

Aceptado: 20 de octubre de 2020

doi: 10.4321/S1887-85712020000400010

IMAGEN PROBLEMA

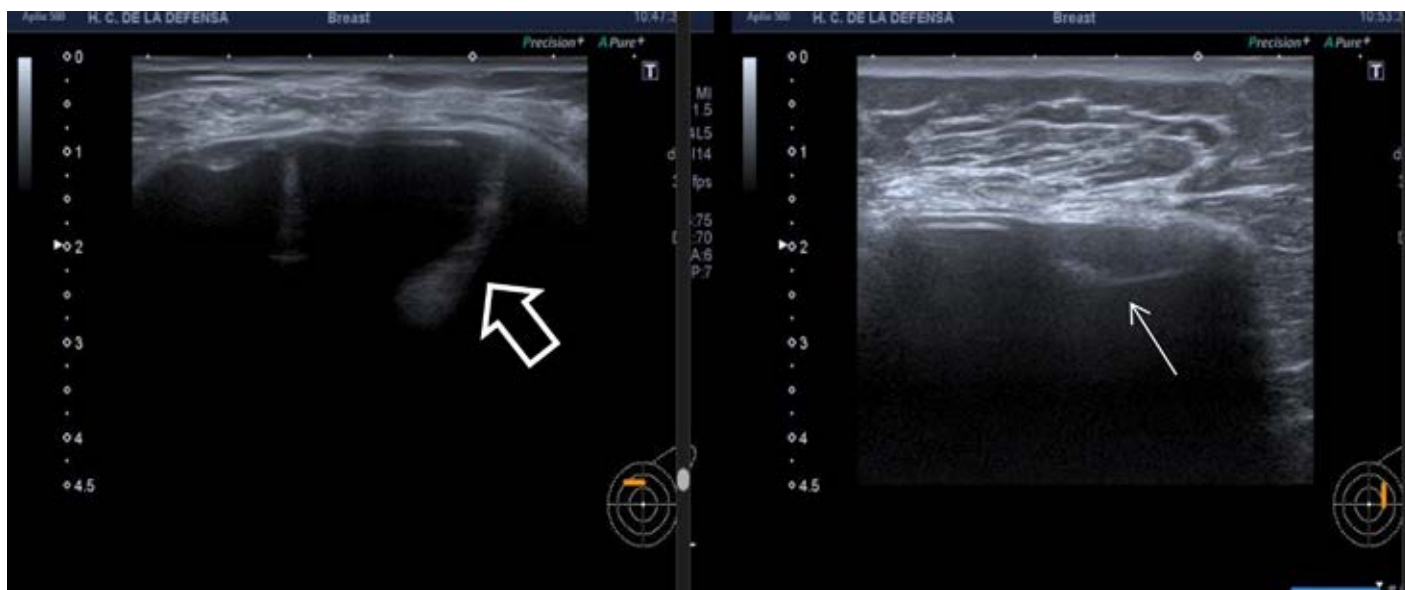


Figura 3. Signos ecográficos de rotura protésica. Signo del lazo o herradura (flecha gruesa) y despliegamiento de la cápsula fibrosa y el elastómero (signo de la escalera) (flecha).

teral e incluso miembros inferiores. Los siliconomas suelen ser un hallazgo tardío, años después del implante. Con la aparición de las prótesis de gel de alta cohesividad disminuyó el riesgo de diseminación de silicona tras rotura².

Los radiólogos deben estar familiarizados con los signos radiológicos de rotura protésica intra o extracapsular, ya que en muchos casos son asintomáticos y pueden ser un hallazgo accidental en una revisión².

El diagnóstico radiológico de la ruptura del implante mamario es una consulta frecuente y un desafío diagnóstico.

Existen diferentes técnicas de imagen, como la ecografía, la mamografía y la resonancia magnética; esta última es la de mejor rendimiento diagnóstico. El ultrasonido es la herramienta de diagnóstico inicial en la mayoría de las ocasiones, por su alta disponibilidad y bajo precio³.

La aparición de adenopatías regionales en pacientes con antecedentes de cáncer de mama es sugestiva de progresión oncológica. No obstante, los siliconomas deben formar par-

te del diagnóstico diferencial en pacientes portadoras de implantes².

BIBLIOGRAFÍA

1. Multimodality Imaging-based Evaluation of Single-Lumen Silicone Breast Implants for Rupture. Stephen J. Seiler, MD, Pooja B. Sharma, MD, Jody C. Hayes, MD, Ramapriya Ganti, MD, PhD Ann R. Mootz, MD, Emily D. Eads, MD, Sumeet S. Teotia, MD, W. Phil Evans, MD. *RadioGraphics* 2017; 37: 366-382.
2. Adenopatías por migración de silicona a axila contralateral 2 años después de rotura de prótesis de mamaria. Juan Ramón Esteban-Vico, Alberto Pérez-García, Roberto Moltó García, María Eloisa Villaverde Doménech, Luis Miranda Gómez y Eduardo Simón-Sanz. *Rev Senol Patol Mamar.* 2017; 30 (1): 36-41.
3. Diagnóstico por ecografía de ruptura de implantes mamarios y otras complicaciones asociadas: artículo de revisión. Michel Hernández Restrepo, Fredy Martín Cerquera Cabrera, Jaime A. Ortega Santamaría. *Rev Colomb Radiol.* 2013; 24(3): 3734-42.