

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Guisantes, E.; Rodríguez-Márquez, G.; Garrigós, X.

Estallido traumático de prótesis mamaria con migración masiva de silicona a pared abdominal

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 40, núm. 1, marzo, 2014, pp. 39-42

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533793006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estallido traumático de prótesis mamaria con migración masiva de silicona a pared abdominal

Postraumatic massive breast implant rupture with abdominal silicone migration



Guisantes, E.

Guisantes, E.* , Rodríguez-Márquez, G.** , Garrigós, X.*

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 39 años portadora de implantes mamarios de gel cohesivo de silicona, en plano subglandular, vía submamaria, por mamoplastia de aumento estético practicada 13 años antes. Acude a la consulta tras haber sufrido un traumatismo costal por precipitación accidental desde un puente de 3 metros de altura, presentando dolor, distorsión en la forma de la mama izquierda y endurecimiento con tumefacción de hemipared abdominal izquierda. La exploración radiológica mostró estallido extracapsular de la prótesis mamaria izquierda con migración de la silicona hacia el espacio subcutáneo abdominal, llegando a cresta ilíaca.

Retiramos ambas prótesis con sus cápsulas y extirpamos toda la silicona migrada junto con la neocápsula fibrosa formada alrededor de la silicona en la pared abdominal, mediante una cuidadosa disección desde las incisiones submamarias previas.

Abstract

We report the case of a 39-year-old patient who underwent aesthetic bilateral augmentation mammoplasty 13 years before using cohesive gel implants placed in the subglandular plane throughout an inframammary incision. She came to consultation after being precipitated from a 3 meters height bridge, presenting pain and distortion in her left breast and swelling and tenderness in her left abdomen. Exploration showed extracapsular breast implant rupture and silicone spread into the subcutaneous space of her abdomen.

Both breast implants and leaked silicone were removed as well as implants capsules and a neo-capsule formed in the abdomen, throughout a careful dissection from the previous inframammary incision.

Palabras clave Estallido protésico mamario, Rotura protésica, Migración silicona, Siliconoma abdominal.

Nivel de evidencia científica V

Key words Massive implant rupture, Breast implant rupture, Silicone migration, Silicone spread, Abdominal siliconoma

Level of evidence V

* Especialista en Cirugía Plástica. Médico Adjunto.
** Médico Interno Residente.

Introducción

La rotura protésica es una de las complicaciones más frecuentes en la cirugía con implantes mamarios junto con la contractura capsular periprotésica. Su incidencia es difícil de calcular porque muchas veces se infradiagnostica debido al fenómeno de rotura silente, pero se estima que el 15% de los implantes mamarios actuales se romperán entre el tercer y el décimo año de su colocación, y la literatura reporta datos de entre un 4 y un 63% (1).

Existen muchas causas de rotura de los implantes mamarios, como defectos de manufactura, deterioro de la cápsula protésica, daño del implante durante su colocación o traumatismos directos, aunque en la mayoría de los casos la causa es desconocida y en estas situaciones hay que presuponer una rotura espontánea. Cuando hay un traumatismo previo, los síntomas suelen aparecer al cabo de unas semanas y generalmente se deben más a la rotura de la cápsula periprotésica que a la del implante en sí (2). Estos síntomas incluyen deformidad del contorno de la mama, desplazamiento de la prótesis, formación de nódulos, dolor e inflamación local.

Presentamos, por la curiosidad y magnitud del daño ocasionado, un caso de rotura protésica unilateral traumática con migración masiva del gel de silicona a la pared abdominal.

Caso clínico

Mujer de 39 años de edad que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir un traumatismo costal por caída casual desde un puente de 3 m de altura. En su historia clínica relata haberse realizado una mamoplastia de aumento por motivos estéticos 13 años antes, con prótesis tex-

turadas redondas de gel cohesivo de silicona, de 650 cc de volumen (Sebbin®, Francia), colocadas en plano subglandular. Se le practicaron radiografías simples y, una vez descartada la existencia de fracturas óseas, fue dada de alta con tratamiento antiinflamatorio.

Tres semanas después consultó de nuevo en el Servicio de Urgencias por presentar deformidad mamaria izquierda, con empastamiento cutáneo y tumefacción en hemiabdomen izquierdo, claros signos de celulitis y sin fiebre. Se consultó al Servicio de Cirugía Plástica, y ante la sospecha de una posible rotura traumática masiva del implante mamario, se practicó tomografía computarizada (TAC) tóraco-abdominal 3D que mostró rotura extracapsular del implante mamario izquierdo con migración masiva de la silicona en el espacio subcutáneo hemiabdominal izquierdo, desde 5 cm por encima del ombligo hasta la cresta iliaca, ocupando unas dimensiones de 25 cm de longitud, 20 cm en plano transversal y 2 cm de espesor (Fig. 1). La ecografía también mostró signos de rotura protésica extracapsular y migración masiva del gel de silicona al espacio subcutáneo abdominal con celulitis asociada.

Ante estos hallazgos, instauramos tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico 875 mg/ 8h y planificamos tratamiento quirúrgico para retirada de los implantes, capsulectomía y retirada del gel de silicona migrado hacia abdomen.

En el momento de la cirugía (a los 26 días del traumatismo inicial), ya no presentaba celulitis en el hemiabdomen izquierdo pero persistía la deformidad de la mama izquierda (Fig. 2). A través de las incisiones submamarias de la mamoplastia de aumento previa, realizamos retirada de las prótesis y capsulectomía circunferencial bilateral. El implante derecho estaba intacto; el implante izquierdo mostraba es-

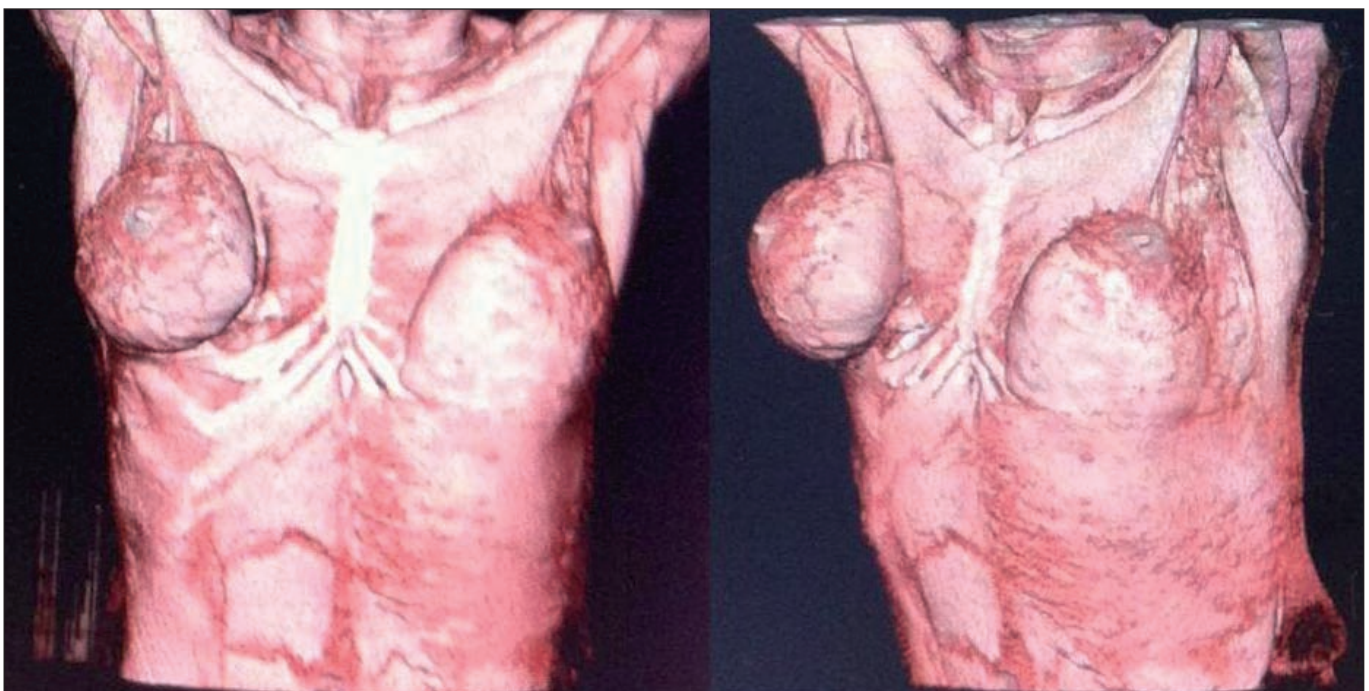


Fig. 1. Vistas frontal y oblicua de la reconstrucción 3D de la TAC tóraco-abdominal. Puede apreciarse la rotura de la prótesis mamaria izquierda y la migración masiva de la silicona hacia la pared anterior del hemiabdomen izquierdo, desde el borde inferior de la prótesis hasta el ombligo y la cresta iliaca. Nótese cómo quedan cubiertos por la silicona el músculo recto abdominal y el músculo oblicuo externo izquierdos.



Fig. 2. Vistas frontales de la paciente 3 semanas después del traumatismo torácico mostrando la deformidad del contorno de la mama izquierda.

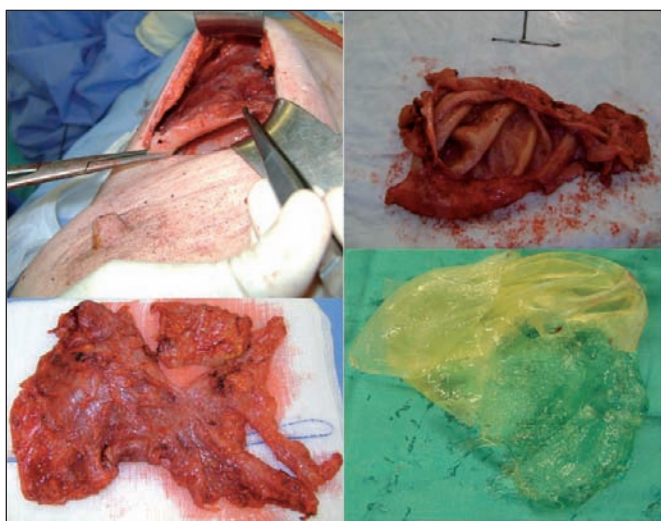


Fig. 3. Disección de la cápsula formada en la pared abdominal conteniendo la silicona libre, desde la incisión submamaria (arriba izquierda). Neocápsula abdominal con contenido de silicona libre una vez retirada (abajo izquierda). Aspecto del estallido del implante mamario izquierdo tras su retirada (abajo derecha) y de la cápsula periprotésica mamaria izquierda (arriba derecha).



Fig. 4. Aspecto postoperatorio de la paciente a las 4 semanas de la intervención (retirada de las prótesis mamarias y de la silicona libre de pared abdominal).

tallido extracapsular con migración masiva del gel de silicona que disecaba todo el espacio subcutáneo hasta la cresta iliaca, a través de una comunicación entre el bolsillo de la prótesis y el abdomen. Existían cambios inflamatorios con formación de una neocápsula alrededor de todo el gel de silicona migrado que delimitaba bien toda la silicona a retirar de la pared abdominal.

Mediante un retractor de luz fría, disecamos toda la pared abdominal y el espacio subcutáneo hasta la cresta ilíaca para realizar la exéresis de la neocápsula que contenía el gel de silicona libre (Fig. 3). Colocamos drenajes aspirativos en cada mama, que se retiraron en el momento del alta hospitalaria. El curso del postoperatorio fue favorable, por lo que la paciente fue dada de alta 2 días después de la cirugía con antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h durante 7 días).

El aspecto postoperatorio fue de mamas ptósicas y vacías (Fig. 4).

Discusión

Las nuevas prótesis mamarias de gel de silicona de alta cohesividad tienen un revestimiento más grueso para reducir la incidencia de rotura, y en caso de que ésta se produzca, tienden menos a la distorsión de la mama y a la migración del gel de silicona (3,4). Cuando se produce una rotura extracapsular, existe el riesgo de migración loco-regional y a distancia de la silicona, especialmente en el tejido celular subcutáneo, debido a su liposolubilidad (5). Los polímeros de silicona producen una reacción local granulomatosa microscópica que provoca la formación de una cápsula de colágeno alrededor del implante, o de siliconomas en el tejido próximo.

El examen clínico no es por lo general suficiente para diagnosticar una rotura protésica, porque a menudo ésta no provoca alteraciones clínicas. Existen diferentes pruebas de imagen para ello, tales como la resonancia mag-

nética (RM), la mamografía, la ecografía y la tomografía computerizada (TC). En nuestro caso clínico, y ante la sospecha de rotura del implante por el traumatismo sufrido, solicitamos TC para poder obtener una reconstrucción tridimensional de las imágenes de migración de la silicona hacia la pared abdominal.

El caso que presentamos es una forma rara de migración de la silicona tras un traumatismo mamario. Existen muchos trabajos que recogen roturas protésicas postraumáticas, y otros que muestran migración locorregional o a distancia de la silicona tras la rotura, pero no hemos encontrado ningún trabajo que muestre un caso de migración de silicona de forma tan extensa y masiva tras traumatismo torácico como el que describimos en el presente artículo, con estallido protésico masivo y disección del espacio subcutáneo abdominal desde el bolsillo mamario hasta la cresta ilíaca y la línea media abdominal.

A pesar de que no disponemos de ninguna prueba de imagen previa al traumatismo que demuestre que los implantes estaban intactos, el hecho de que la paciente no refiriera ninguna deformidad mamaria previa y la fuerte relación causal en el tiempo entre el traumatismo y los hallazgos clínicos, nos sugieren una rotura extracapsular aguda traumática con la consecuente migración de silicona hacia el espacio subcutáneo abdominal. La alta energía del traumatismo al caer la paciente desde una altura de 3 m y golpearse el costado izquierdo, puede explicar la migración de la silicona hasta la cresta ilíaca siguiendo un patrón de distribución muy infrecuente.

Dado que la paciente se había sometido a la mamoplastia de aumento estética en un centro privado años antes, y su patología secundaria al traumatismo fue atendida en un hospital perteneciente a la sanidad pública española que contempla la retirada del implante dañado pero no el intercambio del mismo, la intervención practicada consistió en la retirada del implante roto y la retirada de la silicona migrada. Como además la paciente no tenía previsto a corto-medio plazo una reintervención para colocar una nueva prótesis por motivos económicos, puesto que habría de realizarse en la sanidad privada, y teniendo en cuenta que los implantes habían sido colocados 13 años antes, consideramos oportuno retirar también la prótesis no dañada.

Realizamos un seguimiento postoperatorio de 5 meses, sin incidencias, momento en el que la paciente fue dada de alta definitiva, sin que se sometiera a una nueva mamoplastia de aumento de forma privada.

Conclusiones

Con este caso, además de destacar la curiosidad de su presentación, mostramos cómo a través de una incisión inframamaria ya existente fue posible retirar no sólo los implantes y su cápsula, sino también la neocápsula que rodeaba la silicona libre migrada a la pared abdominal, empleando una meticulosa disección desde la mama hasta la cresta ilíaca, y evitando así nuevas incisiones.

Dirección del autor

Dra. Eva Guisantes
Servicio de Cirugía Plástica
Hospital de Tarrasa.
Ctra. Torrebónica s/n.
08227 Tarrasa, Barcelona, España
e-mail: draguisantes@gmail.com

Bibliografía

1. **Kwan C-T, Hii S-J, Tae S-R, et al.** Analysis of 30 breast implant rupture cases. *Aesth Plast Surg.* 2005;29:460-469.
2. **Dellon A, Cowley R, Hoopes J.** Blunt Chest trauma: Evaluation of the augmented breast. *J Trauma* 1980; 20: 982.
3. **Heden P, Jernbeck J, Hober M.** Breast augmentation with anatomical cohesive gel implants – the world's largest current experience. *Clin Plast Surg* 2001;28(3): 531-552.
4. **Feng L-J, Amini S-B.** Analysis of risk factors associated with rupture of silicone gel breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1999;104: 955-963.
5. **Capozzi A, Du Bou R, Pennisi V-R.** Distant migration of silicone gel from a ruptured breast implant. Case report. *Plast Reconstr Surg.* 1978;62: 302-303.