

CARTA AL DIRECTOR

Infección del implante por micobacteria tras la reconstrucción mamaria. Reporte de un caso y revisión de la literatura



Mycobacterial implant infection after breast reconstruction. Case report and literature review

Sr. Director:

La incidencia de infección en la cirugía mamaria varía entre el 1 y 30% dependiendo de la serie consultada y la definición utilizada¹, siendo más elevada en la cirugía oncológica, las pacientes obesas, añosas y con enfermedades de base. Por ello, a pesar de ser la cirugía de mama una cirugía limpia, la Cochrane recomienda la profilaxis antibiótica.

Las infecciones en la cirugía oncológica de mama pueden ocasionar reingreso, reintervenciones, retraso en los tratamientos adyuvantes y aumento del gasto sanitario y, en las mujeres con una mastectomía y reconstrucción con implante, conlleva un deterioro cosmético y, en la mayoría de los casos, a la pérdida del implante². El germen más frecuentemente asociado a estas infecciones es el *Staphylococcus aureus*, sin embargo, en los últimos años se han incrementado las infecciones causadas por micobacterias, particularmente en asociación con la liposucción y el aumento mamario³.

Este artículo describe el caso de una mujer de 48 años con antecedente de carcinoma infiltrante triple negativo en la mama izquierda hace 4 años, que fue intervenida mediante una tumorectomía y biopsia de ganglio centinela; y que precisó quimioterapia y radioterapia adyuvante. Durante el seguimiento se determinó una mutación patogénica en el gen BCRA2, por lo que se decidió realizar una mastectomía bilateral preservadora de la piel y el pezón con reconstrucción inmediata prepectoral mediante un implante de poliuretano⁴. La intervención se realizó sin incidencias colocando un drenaje aspirativo en cada lecho mamario. Al octavo día postoperatorio presentó febrícula y eritema cutáneo en la mama izquierda, se inició la antibioterapia oral con amoxicilina/ácido clavulánico. Tras la mejoría clínica se retiró el drenaje y se suspendió la antibioterapia.

Al mes de la intervención desarrolló un seroma que precisó punciones evacuadoras semanales y finalmente la colocación de un pigtail. El seroma persistió 4 meses, asociando la última semana febrícula y síndrome general, por lo que se realizó un cultivo del drenaje en el que se identifica *Micobacterium cheloneae*, por lo que la paciente precisó antibioterapia endovenosa (claritromicina + tobramicina + linezolid) durante 6 semanas y exéresis del implante mamario.

Las micobacterias de crecimiento rápido como el *Micobacterium fortuitum*, *Micobacterium cheloneae* y *Micobacterium abscessus* son gérmenes oportunistas que causan enfermedad en los pacientes inmunodeprimidos o al lesionar la barrera cutánea e introducirse a través del material protésico o el equipo quirúrgico (incluidos drenajes) contaminado².

En casos de sospecha de infección del implante mamario las guías clínicas recomiendan iniciar el tratamiento antibiótico empírico. Si la evolución no es satisfactoria, se deben tomar muestras para cultivo, guiar la antibioterapia en función del mismo y valorar retirar el implante. La presentación clínica suele ser insidiosa, con escasos datos de infección, o como en el caso de nuestra paciente, con secreción serosa inolora e incolora por tiempo prolongado². Para el diagnóstico y tratamiento es preciso el cultivo de la secreción, que permite identificar el microorganismo causante y la antibioterapia idónea. Existe escasa bibliografía, pero la mayoría de autores coinciden en iniciar el tratamiento con 2 o 3 antimicrobianos durante un período de 3 a 6 meses, así como retirar el implante y realizar una capsulotomía y desbridamiento del tejido de granulación^{2,5}. La reinserción de un nuevo implante debe demorarse mínimo 6 meses, después de confirmar que el proceso infeccioso ha sido solventado.

En conclusión, la infección de implantes mamarios por micobacterias es poco habitual. Sin embargo, en las mujeres con implantes mamarios que presentan clínica insidiosa de infección o evolución tórpida tras la antibioterapia empírica se debe sospechar este cuadro. El cultivo de secreción permitirá el diagnóstico y la retirada de implante y antibioterapia prolongada serán el tratamiento adecuado.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que han seguido los protocolos y las guías de actuación según los criterios éticos de su institución y han obtenido los permisos correspondientes y el consentimiento de la paciente para la publicación de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Xue DQ, Qian C, Yang L, Wang XF. Risk factors for surgical site infections after breast surgery: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2012;38(5):375–81.
2. Wajnberg GB, D'Angieri Basile VV, Moraes Prado LG, de Faria J, Radwanski HN, Pitanguy I. Mycobacteriosis in patients with breast implants: a case review from the Ivo Pitanguy Institute. *Rev Bras Cir Plast.* 2011;26(3):482–7.
3. Macedo JLS, Henriques CMP. Infecções pós-operatórias por micobactérias de crescimento rápido no Brasil. *Rev Bras Cir Plast.* 2009;24(4):544–51.
4. García Jimenez ML, Díaz Carballada C, Bouzón A, Cereijo C, García Novoa A, Casteleiro Roca P, Acea Nebril B. Estudio prospectivo PreQ-20: Evaluación de la seguridad, calidad de vida y secuelas cosméticas de la reconstrucción prepectoral tras mastectomía oncológica: resultados preliminares. *Cir Esp.* 2020;98(1):975.
5. Pandita A, Thomas S, Granato P, Shama A, Eranki A. Mycobacterium goodie related breast implant infection: first case and literature review. *Clin Microbiol Infect Dis.* 2017;2:1–3.

Angélica Blanco Rodríguez*, Alejandra García Novoa, Carlota Czestokowa Díaz Carballada y Benigno Acea Nebril

Unidad de Mama, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelicablancorodriguez@gmail.com (A. Blanco Rodríguez).