

## CARTAS AL DIRECTOR

### Galactocele tras cirugía de aumento



### Galactocele after breast augmentation surgery

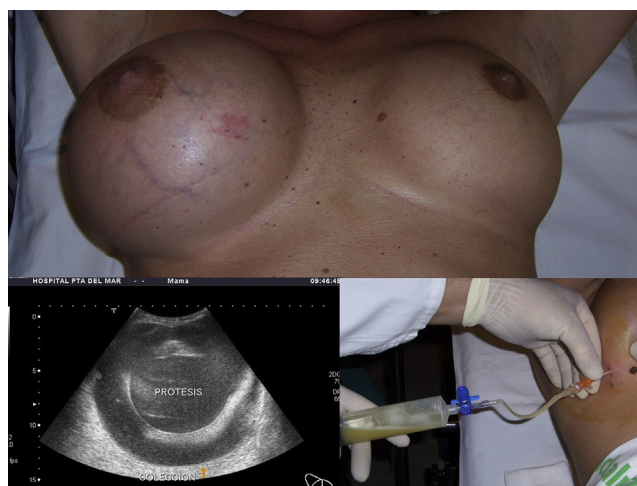
Sr. Director,

La mamoplastia de aumento es uno de los procedimientos más usados en la cirugía mamaria y sus complicaciones han sido muy bien estudiadas. Sin embargo, el galactocele periprotésico después de una cirugía de aumento mamario con prótesis es una complicación muy poco conocida. En una reciente revisión, solo hay 9 casos publicados de galactocele periprotésico<sup>1-8</sup>. Existen varias conjeturas sobre los factores fisiopatológicos que desencadenan esta patología, pero ninguna ha podido aún ser confirmada convenientemente. Su importancia radica en que en ocasiones obliga incluso a la retirada del implante<sup>9,10</sup>. Presentamos un caso de galactocele periprotésico en una paciente joven portadora de prótesis de aumento que un mes después de dar a luz presenta una colección periprotésica cuyo análisis después de su drenaje transcutáneo confirma su origen. En nuestro caso el drenaje ecoguiado resultó ser la solución definitiva.

Se trata de una mujer de 34 años que 10 años antes llevó a cabo un aumento mamario mediante la colocación de prótesis de aumento de 380 cc en el plano subglandular a través de la areola sin complicaciones posteriores.

Acude por primera vez a nuestra unidad por presentar desde hace 5 días un aumento rápido y progresivo del volumen de la mama derecha acompañado de dolor y fiebre de 39,5°, aunque cuando acude a la unidad ya no la tiene. Un mes antes dio a luz y solo 2 días antes de la aparición de los síntomas había completado una inhibición farmacológica de la lactancia materna con bromocriptina. A la exploración mamaria se observa una gran asimetría mamaria a favor de la mama derecha que presenta la piel tensa con aumento de la vascularización superficial, de la consistencia y de su temperatura, aunque no presenta signos inflamatorios claros (fig. 1a). Se realiza una ecografía donde se aprecia una colección periprotésica que presenta un aumento marcado de la ecogenicidad identificándose en sus cuadrantes superiores tabiques ecogénicos móviles (fig. 1b).

Ante la sospecha de una infección con escasos signos clínicos o un galactocele periprotésico se acuerda realizar una punción-aspiración con aguja fina ecoguiada, que consigue extraer unos 700 c de líquido blanco amarillento con



**Figura 1** A. Imagen de la paciente antes del drenaje donde se puede observar el aumento del tamaño de la mama derecha. B. Ecografía donde se puede apreciar la importante colección periprotésica. C. Momento del drenaje de la colección.

sobrenadante blanco que se envía a anatomía patológica, cultivo y bioquímica (fig. 1c). El informe histológico muestra un exudado inflamatorio agudo aunque el cultivo resulta negativo. El resultado del estudio bioquímico de la muestra, comparada con una muestra de leche materna muestra que el líquido de origen sérico es similar a la leche materna con escasos leucocitos, muchas gotas de grasa, menor concentración de calcio y mayor de proteínas totales e inmunoglobulinas (muestra: lipasa 13 U/L, Ca 9,2 mg/dl, proteínas totales 5,7 mg/dl, IgG 525 mg/dl, Ig A 145 mg/dl e Ig M 147 mg/dl; leche materna: lipasa 3,8 mg/dl, Ca 29,28 mg/dl, proteínas totales 2 mg/dl, IgG 3 mg/dl, Ig A 14 mg/dl e Ig M 3 mg/dl).

Tras el drenaje, la mama redujo su tamaño hasta casi el original, mejorando significativamente los síntomas y evolucionando posteriormente sin complicaciones.

Los galactoceles son quistes benignos que contienen leche. Se producen con una obstrucción ductal en presencia de niveles alto de prolactina (lactancia activa, reciente embarazo o con el uso de contracepción oral)<sup>11</sup>. Se han propuesto los mismos factores desencadenantes del galactocele periprotésico: historia previa de galactorrea, el uso de contracepción oral, la lactancia, el parto reciente, la hiperprolactinemia o la estimulación de los nervios intercostales,

junto con la incisión periareolar, debido a la interrupción de los ductos galactóforos principales y la posición subglandular de la prótesis por lo que supone de agresión a la mama<sup>8</sup>. De hecho, el 100% de los casos estudiados presentan este tipo de incisión; las disecciones del bolsillo subpectoral por otras vías que no sean la areolar son menos lesivas en cuanto a alteración del tejido glandular<sup>9</sup>. Ninguno de estos factores ha podido ser confirmado ya que la baja incidencia de esta complicación impide una adecuada estimación estadística.

No hay ningún medio diagnóstico radiológico que sea capaz de aclarar si la colección se trata de un absceso o no. Solo el estudio de una muestra puede confirmarlo, pero la toma deberá hacerse ecoguiada por la proximidad de la prótesis.

Los tratamientos apuntados incluyen antibioterapia, terapia hormonal, drenaje y cirugía con o sin retirada del implante. Los mejores resultados se han obtenido con el uso combinado de agonistas de la dopamina y el drenaje de la colección<sup>8,9</sup>.

## Agradecimientos

Dedicado al Dr. Enrique Alonso.

## Bibliografía

- Luhan JE. Giant galactoceles 1 month after bilateral augmentation mammoplasty, abdominoplasty and tubal ligation: Case report. *Aesthetic Plast Surg.* 1979;3:161-4.
- DeLoach ED, Lord SA, Ruf LE. Unilateral galactocele following augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 1994;33:68-71.
- Peters W, Smith D, Fornasier V, Lugowski S, Ibanez D. An outcome analysis of 100 women after explantation of silicone gel breast implants. *Ann Plast Surg.* 1997;39:9-19.
- Acartürk S, Gencil E, Tuncer I. An uncommon complication of secondary augmentation mammoplasty: Bilaterally massive engorgement of breasts after pregnancy attributable to postinfection and blockage of mammary ducts. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29:274-9.
- Lin WC, Hsu GC, Hsu YC, Hsu HH, Li CS, Chen TY. A late complication of augmentation mammoplasty by polyacrylamide hydrogel injection: Ultrasound and magnetic resonance imaging findings of huge galactocele formation in a puerperal woman with pathological correlation. *Breast J.* 2008;14:584-7.
- Chun YS, Taghinia A. Hyperprolactinemia and galactocele formation after augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 2009;62:122-3.
- Kang GC, Ong YS. Large unilateral breast autoinflation after breastfeeding linked to polyacrylamide hydrogel injection augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2011;35:122-4.
- Harper JG, Daniel JR, McLean JN. Postaugmentation galactocele. *Nahai F Plast Reconstr Surg.* 2013;131:862e-3e.
- Tung A, Carr N. Postaugmentation galactocele. A case report and review of literature. *Ann Plast Surg.* 2011;67:668-70.
- Hartley Jr JH, Schatten WE. Postoperative complication of lactation after augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1971;47:150-3.
- Golden GT, Wangenstein SL. Galactocele of the breast. *Am J Surg.* 1972;123:271-3.

Diego Alejandro Utor Fernández\*, Ángel Vidal Santana, Rafael Reina Cubero y Pilar Moreno Paredes

Unidad de Patología Mamaria, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandroutor@gmail.com](mailto:alejandroutor@gmail.com)

(D.A. Utor Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2013.12.001>

## Necrosis mamaria bilateral por acenocumarol



### Acenocoumarol-induced bilateral breast necrosis

Sr. Director:

Los cumarínicos y sus derivados, como son la warfarina y el acenocumarol, son fármacos muy utilizados en la práctica clínica diaria. Aunque las complicaciones hemorrágicas son el efecto secundario más frecuente de dichos fármacos, también pueden inducir necrosis cutánea, con una incidencia descrita en la literatura del 0,01 al 0,1% de los pacientes tratados. Generalmente suele aparecer al inicio del tratamiento, sin embargo, en raras ocasiones puede ocurrir después de meses e incluso años del inicio de la toma de cumarínicos. Las lesiones necróticas pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero tienden a afectar a las áreas ricas en tejido adiposo, siendo las mamas la localización más frecuentemente afectada.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 85 años de edad en tratamiento con acenocumarol por

cardiopatía de larga evolución. En los últimos 6 meses refería tumoraciones bilaterales de mama de crecimiento progresivo. La exploración física presentaba masas pétreas, polilobuladas, que ocupaban la totalidad de ambas mamas, con una placa de necrosis y ulceración cutánea en la mama derecha. La ecografía mamaria no identificó lesiones sospechosas de malignidad. Se realizó biopsia con aguja gruesa, informándose como tejido adiposo con marcados cambios de necrosis, decidiéndose realizar mastectomía simple bilateral. Desde el primer día posoperatorio la paciente recibió tratamiento con enoxaparina sódica 60mg/24h. Como única complicación se describe episodio de anemización en relación con los débitos hemáticos obtenidos en los drenajes del lecho quirúrgico, precisando transfusión sanguínea de 2 concentrados de hemáties. Posteriormente presentó buena evolución, siendo dada de alta al sexto día posoperatorio. El informe anatomopatológico describe en ambas piezas de mastectomía áreas de necrosis tipo isquémico con fenómenos de trombosis fibrinoide intravascular e infiltración inflamatoria, describiendo además en la mama derecha abscesificación y ulceración cutánea, relacionando estas alteraciones con posibles complicaciones de la terapia anticoagulante (fig. 1).