

## CARTAS AL DIRECTOR

### Adenopatías por migración de silicona a axila contralateral 2 años después de rotura de prótesis mamaria



### Contralateral silicone lymphadenopathies two years after implant rupture

Sr. Director:

Los implantes de gel de silicona se emplean comúnmente en cirugía mamaria, tanto en procedimientos reconstructivos como estéticos. Las partículas de silicona pueden migrar 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<sup>1</sup>. Esta migración se produce normalmente por vía linfática, depositándose la silicona en los ganglios linfáticos donde genera una reacción a cuerpo extraño, formando siliconomas<sup>2</sup>.

Con la aparición de las prótesis de gel de alta cohesividad disminuyó el riesgo de diseminación de silicona tras rotura<sup>3</sup>. No obstante, el problema relacionado con las prótesis Poly Implant Prothèse (PIP) ha supuesto un aumento en la incidencia de siliconomas, debido a la superior tasa de rotura de estos implantes, y a la mayor capacidad de migración y de generar reacción inflamatoria de esta silicona<sup>1,4,5</sup>.

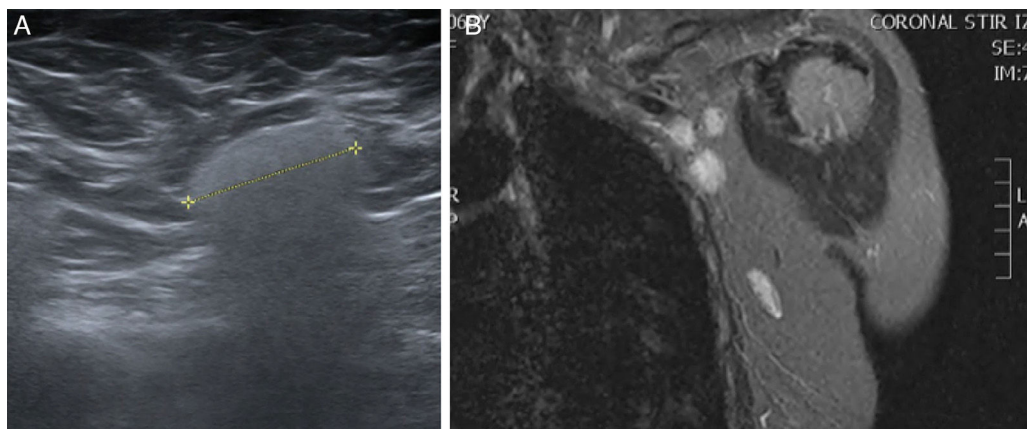
Presentamos un caso de siliconomas en axila contralateral, tras reconstrucción mamaria con prótesis de silicona.

Mujer de 68 años a la que en 2003 se le realizó mastectomía radical modificada por carcinoma ductal infiltrante de mama derecha. La reconstrucción de la mama se realizó en 2006, mediante expansión (expansor retropectoral Polytech<sup>®</sup>) y, tras 9 meses, colocación de prótesis redonda de gel de silicona PIP de 330cc con una base de 11 cm. Conjuntamente se realizó reducción de mama izquierda, sin implante.

En 2012, en un control ecográfico rutinario del implante, se apreciaron signos de rotura intracapsular, por lo que se realizó recambio por prótesis Mentor<sup>®</sup> anatómica de 260cc (base 10,5 cm; altura 9,9 cm; proyección 5,3 cm). Dos años después, durante un nuevo control ecográfico, se apreciaron hasta 7 adenopatías axilares izquierdas compatibles con siliconomas, confirmándose el diagnóstico mediante RM (nivel axilar 1 de 22,4 y 8,6 mm, nivel axilar 2 de 10,5; 10,3; 6,6; 9,9 y 7,3 mm). La axila derecha no presentó siliconomas, y no se evidenciaron signos de rotura del implante, ni hallazgos patológicos en mamas (figs. 1A y B).

El caso se presentó en el Comité de Tumores de Mama y se decidió, al estar la paciente asintomática, seguimiento clínico y radiológico.

La aparición de adenopatías regionales en pacientes con antecedentes de cáncer de mama es sugestiva de progresión oncológica. No obstante, los siliconomas deben formar parte del diagnóstico diferencial en pacientes que han sido portadoras de implantes. La prueba que ha mostrado mayor sensibilidad para su detección es la RM<sup>1,4,5</sup>.



**Figura 1** A) Siliconoma en nivel 1 axilar, que muestra el patrón ecográfico exclusivo de esta entidad: imagen hiperecogénica con reverberación posterior («tormenta de nieve»). B) Corte coronal de la resonancia magnética, que muestra siliconomas axilares.

Los siliconomas suelen ser un hallazgo tardío, años después del implante<sup>1</sup>. En este caso, se atribuyó la causa a la prótesis antigua, que se había retirado por rotura, 2 años antes de la aparición de las adenopatías, aunque no se puede descartar completamente que la silicona proceda de la prótesis nueva, radiológicamente íntegra.

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<sup>6</sup>. Se han descrito casos de adenopatías por silicona en área mamaria interna, inguinal, mamaria contralateral e incluso miembros inferiores<sup>6,7</sup>. Por lo que sabemos, este es el segundo caso descrito de aparición de adenopatías por silicona en axila contralateral en paciente reconstruida con implante unilateral<sup>6</sup>. Kaufman et al.<sup>8</sup> publicaron un año antes de la alerta por el problema de las PIP un caso de siliconoma a axila contralateral tras rotura, obviando que el origen de la silicona podría estar en el implante ipsilateral que era de dicha marca y que, como se ha demostrado posteriormente, presentan alta tasa de trasudado («gel bleeding»).

A pesar de ser un hallazgo muy infrecuente, pensamos que se debe considerar la posibilidad de migración de gel de silicona tras el hallazgo de adenopatías axilares (ipsi o contralaterales) en pacientes portadoras en el presente, o en el pasado, de implantes de gel, sobre todo si en algún momento han llevado prótesis PIP.

## Bibliografía

- Zambacos GJ, Molnar C, Mandrekas AD. Silicone lymphadenopathy after breast augmentation: Case reports, review of the literature, and current thoughts. *Aesthetic Plast Surg.* 2013;37:278–89.
- Accurso A, Rocco N, Feleppa C, Palumbo A, D'Andrea F. Spread of silicone to axillary lymph nodes after high cohesive gel silicone implant rupture. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:221–2.
- Lahiri A, Waters R. Locoregional silicone spread after high cohesive gel silicone implant rupture. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59:885–6.
- Cárdenas-Camarena L, Chung-Gallardo J, Echeverría-Roldán G, León MA, Oaxaca-Escobar C, García-Fabian F, et al. Estudio multicéntrico prospectivo observacional sobre implantes PIP colocados en 12 años. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2014;40:385–93.
- Ruiz-Moya A, Carvajo F, León Carrillo JM, Fernández P, Fernández Venegas M, Alfaro L. Siliconomas tras rotura de implantes mamarios de gel de silicona de alta cohesividad y Poly Implant Protheses. Revisión de indicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Senol Patol Mamar.* 2013;26:58–64.
- Collado-Mesa F, Yepes M, Doshi P, Umar SA, Net J. Contralateral intramammary silicone lymphadenitis in a patient with an intact standard dual-lumen breast implant in the opposite reconstructed breast. *J Radiol Case Rep.* 2013;7:24–31.
- Sagi L, Baum S, Lyakhovitsky A, Barzilai A, Shpiro D, Trau H, et al. Silicone breast implant rupture presenting as bilateral leg nodules. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e99–101.
- Kaufman GJ, Sakr RA, Inguenault C, Sarfati I, Nos C, Clough KB. Silicone migration to the contralateral axillary lymph nodes and breast after highly cohesive silicone gel implant failure: A case report. *Cases J.* 2009;2:6420.

Juan Ramón Esteban-Vico\*, Alberto Pérez-García, Roberto Moltó García, María Eloísa Villaverde Doménech, Luis Miranda Gómez y Eduardo Simón-Sanz

*Sección de Cirugía Plástica y Microcirugía, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juanra.vico@hotmail.com](mailto:juanra.vico@hotmail.com) (J.R. Esteban-Vico).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2016.08.004>  
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Quiste hemorrágico postraumático de larga evolución, asociado a drenaje espontáneo como forma rara de presentación de carcinoma papilar intraquistico



## Longstanding traumatic hemorrhagic cyst associated with spontaneous drainage as a rare presentation of intracystic papillary carcinoma

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 71 años, diabética, con traumatismo en la mama derecha a los 50 años, con secreción serosanguinolenta por ambos pezones, remitida por un nódulo en la mama derecha con vaciado a través de la piel. A la exploración existía una tumoración violácea

de unos 5 cm de contornos irregulares, dura, con punto necrótico en la piel. La mamografía muestra 2 imágenes nodulares superpuestas en CIE MD, la mayor de 38 mm (fig. 1A). La ecografía informa de 2 lesiones heterogéneas de predominio quístico, con una zona anecogénica basal de 34 × 26 mm y 27 × 19 mm, respectivamente (fig. 1B). Se realizó PAAF de la mayor, extrayendo 7 cc de líquido serohemático (informada como celularidad propia de quiste hemorrágico). Se propuso extirpación de los quistes dada su larga evolución y comportamiento, rechazando la paciente inicialmente la intervención, aunque 9 meses más tarde y tras haber presentado importante aumento del tamaño (fig. 1C), la aceptó. Se practicó la enucleación de un gran quiste de 10 cm de eje mayor, y de varios quistes periféricos. El informe anatomopatológico fue de carcinoma papilar intraquistico multifocal con áreas de invasión estromal, cambios fibroquísticos, metaplasia apocrina y papilomas intraductales; por todos estos cambios se sugiere que el tumor se debe a una degeneración maligna de los papilomas intraductales. El estudio inmunohistoquímico presentaba