



CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/120841



Fístula asociada a implantes mamarios en paciente con contractura capsular, una complicación infrecuente

Fistula associated with breast implants in a patient with capsular contracture, a rare complication

**Dr. Daniel Antonio Camacho-De Santis,* Dra. Ana Karina Gordillo-Ledesma,‡
Dr. José Gregorio Loyo-Pachano§**

Palabras clave:
implantes de mama,
fístula, contractura
capsular, complicación

Keywords:
*breast implants, fistula,
capsular contracture,
complication*

* Cirujano plástico y reconstructivo.
Especialista en Clínica DiagnoImagen Valencia. Valencia, Carabobo, Venezuela. Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP). ORCID: 0009-0004-3002-0819

† Médico imagenólogo.
Especialista en la Unidad de Imágenes de la Mama en Clínica DiagnoImagen Valencia. Valencia, Carabobo, Venezuela. ORCID: 0009-0007-8767-759X

§ Cirujano plástico y reconstructivo.
Especialista en Clínica DiagnoImagen Valencia. Valencia, Carabobo, Venezuela. ORCID: 0009-0007-7389-0867

Recibido: 28 abril 2025
Aceptado: 22 mayo 2025

RESUMEN

Las fistulas asociadas con implantes mamarios son complicaciones poco frecuentes de la mamoplastia de aumento, que se presentan en el 0.1% de las cirugías primarias con implantes, especialmente en casos reconstructivos. Existen pocos informes bibliográficos a nivel mundial que destaquen su rareza. La imagen mamaria respalda el diagnóstico y confirma el tratamiento quirúrgico. Presentamos el caso de una paciente con implantes mamarios por motivo estético que desarrolló contractura capsular bilateral y acudió a una consulta especializada 15 años después de su cirugía inicial con secreción serosanguínea por las mamas. Después de confirmar el trayecto fistuloso desde la piel de la mama hasta el espacio capsular, realizamos la cirugía, obteniendo resultados satisfactorios.

ABSTRACT

Fistulas associated with breast implants are unusual complications of augmentation mammoplasty, occurring only in 0.1% of primary implant surgery, especially in reconstructive cases. Few bibliographic reports exist worldwide that highlight their rarity. Breast imaging supports diagnosis and confirms surgical treatment. We present the case of a patient with aesthetic breast implants, who developed bilateral capsular contracture, and attended a specialized consultation 15 years after her initial surgery, with serosanguineous fluid discharge from her breasts. After confirming the fistulous tract from skin of the breast to the capsular space, we performed surgery, achieving satisfactory results.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de aumento mamario con implantes sigue siendo uno de los procedimientos quirúrgicos estéticos más realizados año con año en todo el mundo. La fístula es una complicación poco frecuente y se presenta en el 0.1% de los implantes mamarios primarios, siendo más frecuente en cirugías de reconstrucción mamaria.¹ Contrariamente, la contractura capsular es la complicación más común.²

Una fístula se define como un trayecto que discurre entre dos superficies epiteliales.³ Otra definición sería una comunicación anormal permanente entre dos órganos en el cuerpo o entre un órgano o una cavidad y el exterior del cuerpo.⁴ Para su diagnóstico, en algunos casos, por su forma de presentación, puede ser tan clara que basta con la clínica para tomar la decisión de llevar a cabo el tratamiento quirúrgico.¹ En otros, es necesario apoyarse en estudios de imagen para establecer con

Citar como: Camacho-De Santis DA, Gordillo-Ledesma AK, Loyo-Pachano JG. Fístula asociada a implantes mamarios en paciente con contractura capsular, una complicación infrecuente. Cir Plast. 2025; 35 (2): 80-86. <https://dx.doi.org/10.35366/120841>



seguridad el diagnóstico y proceder con el tratamiento adecuado.⁴

El caso que presentamos corresponde a una paciente, quien 15 años después de una mamoplastia de aumento con implantes por motivo estético, desarrolló una fistula relacionada al implante, además de contractura capsular bilateral. Nos apoyamos de los estudios por imagen para confirmar el diagnóstico y, posteriormente, realizamos el tratamiento. Consideramos de gran interés la publicación de este caso clínico, motivado a la baja frecuencia de esta complicación, hecho que se sustenta con la escasa información encontrada en la literatura médica mundial; por lo tanto, puede servir como un aporte importante en el área de complicaciones asociadas a implantes mamarios.

CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años, a quien le realizaron mamoplastia de aumento con implantes por motivo estético hace 15 años, a través de acceso submamario, en otro centro médico y con otros especialistas. Por ese motivo no pudimos contar con más información de ese procedimiento quirúrgico, como volumen y tipo de los implantes, plano de ubicación o cualquier otro detalle técnico pertinente como parte de la evaluación preoperatoria. Se presentó en consulta por salida de líquido no fétido a través de un orificio en su mama derecha. Durante la anamnesis, refirió que 10 años después de su mamoplastia de aumento comenzó a sentir endurecimiento en ambas mamas, siendo mayor en el lado derecho y además dolor; sin embargo, no recibió atención médica especializada.

Al momento de recibir a la paciente en consulta 15 años después de su cirugía inicial, con el examen físico comprobamos la salida de líquido serohemático no fétido y fluido a través de un orificio situado en el extremo medial del surco submamario derecho, bordeado por tejido exofítico, no relacionado directamente con la cicatriz del acceso de la mamoplastia de aumento (*Figura 1*). Ambas mamas se palpaban aumentadas de consistencia, aunque en mayor grado la del lado derecho y también leve dolor a la palpación; además, visualmente era evidente la elevación del implante del lado

derecho, con respecto a su par contralateral, correspondiendo a una contractura capsular bilateral Baker IV. Las cicatrices submamarias se observaban eutróficas. En las regiones axilares no hubo hallazgos importantes durante la evaluación física.

Se realizó mamografía digital bilateral en proyecciones estándar y con técnica Eklund, observando implantes en plano subglandular, con cambios en su forma, mostrándose redondeados y con importante engrosamiento de la cápsula bilateralmente, pero de predominio derecho. Imagen nodular que sobresalía a través de la piel del cuadrante infero-interno de la mama derecha y que impresionaba tener continuidad con la cápsula periimplante. La piel adyacente a esta imagen nodular se mostraba engrosada, sugestiva de cambios inflamatorios. También se realizó ultrasonido mamario, evidenciando engrosamiento capsular bilateral, líquido espeso contenido en el espacio entre la cápsula y la superficie del implante del lado derecho, en escasa cantidad y con trayecto fistuloso desde el interior de la cápsula derecha a la piel, coincidiendo con el orificio rodeado de tejido exofítico observado al examen físico (*Figura 2*). No se observaron hallazgos sugestivos de rotura de implantes.

Es importante mencionar que desde el momento del diagnóstico hasta el momento de la cirugía transcurrieron dos meses y una semana antes del procedimiento quirúrgico la



Figura 1: Mujer de 49 años, con mamoplastia de aumento con implantes 15 años atrás. En la mama derecha se observa orificio externo de trayecto fistuloso en el extremo medial del surco submamario y abombamiento en cicatriz submamaria.

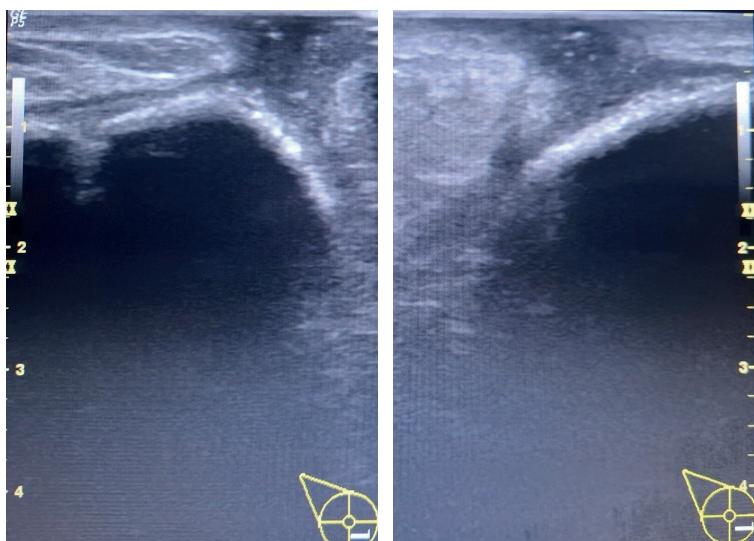


Figura 2: Imagen ultrasonográfica obtenida con equipo Voluson S6, General Electric®. Se observa trayecto fistuloso que comunica el espacio entre la cápsula y la cubierta del implante derecho con la piel, así como contenido líquido espeso en el espacio mencionado.

paciente presentó abombamiento de toda la cicatriz submamaria derecha, como preludio de un nuevo orificio de drenaje externo de un trayecto fistuloso adicional.

El tratamiento quirúrgico realizado consistió en acceso hemiareolar inferior para acceder al espacio capsular, capsulectomía total intacta, con resección del trayecto fistuloso, desde el orificio del extremo medial del surco submamario derecho (*Figura 3*) hasta el interior de la cápsula, así como de toda la cicatriz submamaria derecha que se encontraba abombada (*Figura 4*), en continuidad con la cápsula, como una sola pieza quirúrgica. Un dato importante es que, especialmente durante la disección del polo inferior de la mama derecha, los tejidos se encontraban muy adelgazados, condicionando un colgajo con riesgo de sufrimiento en el postoperatorio. Del lado izquierdo realizaros el mismo acceso para completar la capsulectomía total intacta. Una vez fuera de la mesa operatoria, ambas cápsulas fueron abiertas y examinadas, mostrando engrosamiento importante de ambas y una consistencia bastante dura. Demostramos el trayecto fistuloso introduciendo una pinza desde el interior de la cápsula hasta el orificio de salida en la piel, que estaba relacionado con en el surco subma-

rio derecho (*Figura 5*). Al evaluar el interior de la cápsula derecha, observamos una lesión en la pared posterior de la misma, que, por su aspecto, parecía corresponder a un hematoma antiguo organizado, cuyo reporte histopatológico fue como «alternancia de zonas de necrosis fibrinoide y hemorragia».

Los implantes retirados del interior de ambas cápsulas (Silimed®, Brasil) macrotexturizados, de 330 mL, amarillentos y con depósitos blanquecinos en su superficie, se mostraron íntegros, sin rotura ni trasudado de silicón en su superficie.

De manera adicional, realizamos un patrón de desepitelización periareolar y síntesis mediante técnica de *round block* bilateralmente, para compensar el desinflado y la caída de las mamas después de la explantación y mejorar el aspecto final. Dejamos un dren tipo Blake 15 Fr en cada mama antes de finalizar el procedimiento.

Durante el postoperatorio, la paciente tuvo una evolución satisfactoria y retiramos ambos drenes al quinto día. Las heridas quirúrgicas cicatrizaron favorablemente y a los cuatro meses de su seguimiento encontramos una paciente completamente recuperada y sin rastros de la fistula (*Figura 6*).



Figura 3: Mama derecha. Incisión en la piel del extremo medial del surco submamario correspondiente al orificio externo del trayecto fistuloso, para iniciar la disección de superficie a profundidad, comunicándolo con la cápsula.



Figura 4: Mama derecha. Incisión alrededor de la cicatriz submamaria abombada para iniciar la disección, de superficie a profundidad, comunicándola con la cápsula.

DISCUSIÓN

Es un hecho indiscutible que la cirugía de aumento mamario con implantes sigue siendo uno de los procedimientos quirúrgicos estéticos más realizados en todo el mundo y complicaciones como la contractura capsular o la rotura de implantes son bien conocidas por los cirujanos plásticos. Pero siempre se pueden presentar casos excepcionales e infrecuentes, como las fístulas relacionadas a los implantes, que representan un desafío en cuanto a su diagnóstico y manejo, ya que es muy difícil encontrar bibliografía médica relacionada, ni siquiera siendo mencionada por la mayoría de los autores.

La fístula es una complicación poco frecuente, que se encuentra asociada a factores locales, entre los que destacan la formación de seromas agudos y/o infección del sitio quirúrgico. Se presenta en el 0.1% de los implantes primarios, siendo más frecuente en cirugías de reconstrucción mamaria. El principal riesgo asociado a esta complicación lo representa la extrusión del implante mamario.¹

Dentro de los pocos estudios encontrados respecto al tema, tenemos el de Walgenbach y colaboradores,⁴ en Alemania, quienes en

el año 2011 reportaron el caso de una paciente con contractura capsular unilateral y una fístula cutánea de silicona después de 28 años de reconstrucción con implantes. Para el diagnóstico se apoyaron en estudios de ultrasonido y resonancia magnética. El tratamiento lo realizaron mediante la resección de la fístula, capsulectomía y la explantación bilateral, con evolución favorable de la paciente.

Por otro lado, Klinger y colegas,⁵ también en 2011, publicaron un caso de una paciente que se les presentó en consulta con antecedente de mamoplastia de aumento con implantes en otro centro médico seis meses después de haberle retirado un implante debido a una fístula en la mama izquierda por su equipo médico inicial. Realizaron un estudio de fistulografía para verificar la comunicación del orificio desde la piel hasta el bolsillo del implante. El tratamiento lo realizaron mediante injerto adiposo en la zona del orificio externo en la piel y después de un mes, capsulectomía y de nuevo implantación, con resultado satisfactorio.

En un estudio más reciente (2021), Moretti y colaboradores, en Argentina, publicaron su



Figura 5: Cápsula mamaria derecha. Demostración del trayecto fistuloso con una pinza desde el interior de la cápsula hasta el orificio externo, que correspondía a la piel del extremo medial del surco submamario derecho. Se puede apreciar el tejido exofítico que rodeaba al orificio externo de la fístula.



Figura 6: Paciente con cuatro meses de seguimiento postoperatorio. En la mama derecha no se observan rastros de la fistula. Es de notar lo delgado del tejido del polo inferior de ambas mamas.

experiencia en una serie de casos, que incluyó pacientes con implantes mamarios tanto por cirugía estética como por cirugía reconstructiva, realizando el tratamiento de estas fistulas mediante capsulitis química con ácido tricloroacético al 90% y colgajo en doble banderín, con buena evolución clínica del 100% de las pacientes.¹

Desde el momento en que nuestra paciente nos solicitó atención médica y tuvimos el primer contacto con ella, sospechamos que se trataba de una fistula relacionada al implante mamario; sin embargo, no fue sino hasta que comenzó la búsqueda de información médica relacionada que entendimos la particularidad del caso y la escasa cantidad de bibliografía con la que pudimos contar.

Además de la presentación clínica, los hallazgos mamográficos y ultrasonográficos de estos estudios realizados en nuestra institución, aportaron suficiente información para sustentar y confirmar el diagnóstico. No consideramos la resonancia magnética por motivos económicos del costo del estudio y porque con las imágenes iniciales no nos quedaban dudas del diagnóstico. De hecho, el ultrasonido ha demostrado ser un estudio que permite caracterizar y diagnosticar adecuadamente patologías y complicaciones de los implantes mamarios, con la ventaja, sobre la resonancia magnética,

de ser un método accesible, de bajo costo y, en manos expertas, genera la información necesaria para la toma de decisiones y adecuada planificación terapéutica.

La paciente de nuestro caso tenía además el diagnóstico de contractura capsular bilateral grado IV, según la clasificación de Baker, ampliamente conocida en cirugía plástica. En cuanto al tratamiento quirúrgico definitivo, consideramos que era obvio resecar completamente el trayecto fistuloso, pero además había también que retirar las cápsulas de ambas mamas debido al grado avanzado de la contractura capsular, y debido a que los implantes se encontraban en plano subglandular optamos por la capsulectomía total intacta, que por definición se refiere al retiro completo de la cápsula intacta con el implante en su interior y la cicatriz esférica como apoyo.⁶ En cuanto a utilizar o no unos nuevos implantes de mama, preferimos optar por la que consideramos la opción más segura, que fue la explantación, con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones postoperatorias, tal como en el caso de la paciente reportada por Walgenbach y colegas, recomendación que fue aceptada por la paciente.

Una característica a destacar de nuestro caso, es que el líquido que salía a través del orificio externo de la fistula en la piel no contenía silicón y el implante no estaba roto, lo que contrasta con el caso reportado por Walgenbach, pero coincide con alguno de los casos publicados por Moretti y colaboradores, aunque en este último no todas las pacientes incluidas se presentaron como fistulas asociadas a implantes mamarios, también se incluyeron casos de dehiscencias de heridas quirúrgicas con exposición de implantes a través de ellas. En la paciente objeto de esta publicación, el antecedente de sus implantes mamarios fue por una mamoplastia de aumento estética, contrastando con el caso de Walgenbach y colaboradores, en el que la cirugía inicial fue por reconstrucción mamaria. En cambio, Moretti, en su publicación incluyó pacientes con implantes mamarios por motivo estético y también por cirugía reconstructiva.

En referencia a la capsulectomía, hubo coincidencia en los antecedentes consultados,

como manejo de la cápsula enferma, excepto en la publicación de Moretti y colaboradores, quienes trataron la contractura capsular mediante capsulitis química.

Un dato para resaltar es que nos hubiese gustado realizar el tratamiento quirúrgico cuanto antes, sin embargo, por motivos burocráticos relacionados con el financiamiento de la cirugía, ésta se prolongó hasta dos meses y, justamente una semana antes de la fecha de la cirugía, la paciente presentó abombamiento de toda la cicatriz submamaria derecha como preludio de una nueva fistula, por lo que modificamos el plan quirúrgico para incluir además la resección de esta nueva zona problemática. Decidimos enviar el espécimen quirúrgico a estudio histopatológico, tal y como lo hicieron Walgenbach y colaboradores.

Finalmente, consideramos que a pesar de la excepcionalidad del caso que se nos presentó, logramos hacer el diagnóstico preciso, que fue comprobado por los hallazgos encontrados en el quirófano y así completar un tratamiento quirúrgico correcto, con evolución satisfactoria de la paciente, sin complicaciones durante su seguimiento a los cinco días, 15 días, cuatro semanas y cuatro meses de su cirugía, en el momento del envío de este manuscrito.

CONCLUSIONES

Como médicos, al momento de encontrarnos con patologías infrecuentes, debemos iniciar un exhaustivo proceso de documentación y búsqueda de información que nos permita verificar la singularidad de lo que se nos presenta y encender esa llama de investigadores que nos debe caracterizar.

Podemos afirmar que la fistula asociada a implantes mamarios es una complicación rara, con pocos casos encontrados en la literatura especializada. Nuestra publicación contribuye a aportar información relevante respecto al tema. En la bibliografía consultada no encontramos teorías que pudieran explicar la posible causa de estas fistulas, pero en nuestro caso, podemos pensar con mucha lógica que la cercanía del implante subglandular con la piel, por lo delgado de los tejidos en el polo inferior de la mama, tal vez producido por el adelgazamiento de los tejidos circundantes

que sin duda genera a la larga un implante, fue uno de los factores más importantes que condicionaron la aparición de esta complicación 15 años después de su cirugía inicial, la cual, hasta donde tuvimos conocimiento, transcurrió sin ninguna complicación.

En la mayoría de los antecedentes encontrados, las pacientes habían desarrollado una contractura capsular junto con la fistula, por lo que consideramos importante estar atentos en las pacientes con contractura capsular, diagnosticarlas y tratarlas a tiempo, para evitar a futuro una posible fistula.

Respecto al tratamiento de estas inusuales fistulas, evidentemente no hay nada concluyente publicado, sin embargo, pensamos que lo ideal sería la resección del trayecto fistuloso como tratamiento definitivo, obviamente junto a la cápsula y los implantes. La opción de introducir unos nuevos implantes o retirarlos definitivamente debe ser discutida con la paciente, y una posible opción en aquellas que se niegan a quedarse sin implantes sería en un segundo tiempo quirúrgico, pasados alrededor de seis meses, volver a implantar, esto con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones postoperatorias.

REFERENCIAS

- Moretti E, Falzone Selene M, Cifuentes X, Ospina M, Pelaez JM, Cortadi P, et al. Incidencia, tratamientos y resolución quirúrgica en fistulas por implantes mamarios. *Rev Boliviana de Cirugía Plástica* 2021; 2 (8): 12-23.
- Gorgy A, Barone N, Nepon H, Dalfen J, Efano JV, Davison P et al. Implant-based breast surgery and capsular formation: when, how and why? - a narrative review. *Ann Transl Med* 2023; 11 (11): 23-131.
- Beechey-Newman N, Kothari A, Kulkarni D, Hamed H, Fentiman IS. Treatment of mammary duct fistula by fistulectomy and saucerization. *World J Surg* 2006; 30 (1): 63-68.
- Walgenbach KJ, Kuhl C, Rudlowski C, Poelcher M, Sauerwald A, Walgenbach-Brünagel G et al. A rare complication following breast implant surgery: capsular contracture with a cutaneous silicone fistula after breast reconstruction with silicone gel implants. *Breast Care* 2011; 6 (1): 51-53.
- Klinger FM, Caviggioli F, Forcellini D, Vinci V, Maione L, Pajardi G et al. Breast fistula repair after autologous fat graft: a case report. *Case Rep Med* 2011; 2011: 547387.
- Gerzenshtein J. The dishonesty of referring to total intact capsulectomy as "En Bloc" resection or capsulectomy. *Plast Reconstr Surg* 2020; 145 (1): 227e-228e.

Conflictos de intereses: los autores declaramos no tener conflicto de intereses respecto a marcas de implantes mamarios. Nos pareció pertinente publicar la información del caso de la forma más detallada posible, por tra-

tarse de una publicación médica de interés científico.

Correspondencia:

Dr. Daniel Antonio Camacho-De Santis

E-mail: dcamachodesantis@gmail.com