



Explantación de implantes mamarios. Descripción de la técnica quirúrgica y seguimiento de casos

Breast implant explantation: Description of the surgical technique and case follow-up

Dr. Guillermo Ramos-Gallardo,* Dr. Jesús Cuenca-Pardo,‡
Dra. Estela Vélez-Benítez,§ Dr. Marcelo A Vega-Sánchez¶

Palabras clave:
implantes mamarios,
explantación,
enfermedad por
implantes mamarios,
capsulectomía,
mastopexia

Keywords:
breast implants,
explantation, breast
implant illness,
capsulectomy,
mastopexy

* Universidad de
Guadalajara, Centro
Universitario de la Costa.
Jalisco, México. Comité
Mexicano de Seguridad,
Asociación Mexicana
de Cirugía Plástica,
Estética y Reconstructiva
(AMCPEER). Ciudad
de México, México.
ORCID:
0000-0001-5678-7007
‡ Comité Mexicano de
Seguridad, AMCPEER.
CDMX, México.
ORCID:
0009-0007-1492-0915
§ Cirujana plástica.
Miembro del Comité
de Seguridad de la
AMCPEER.
ORCID:
0009-0005-3097-5102

RESUMEN

A pesar de que la colocación de implantes mamarios es un procedimiento muy popular, un número creciente de pacientes consulta sobre la posibilidad de retirar los implantes y las diferentes opciones para mejorar la apariencia del tejido posterior al retiro. Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes que se sometieron a explantación de implantes mamarios, con o sin mastopexia, en el periodo del 1 de septiembre de 2022 al 30 de agosto de 2024. Incluyó un total de 29 pacientes con edad media de 51.2 años (rango 29 a 76 años); nueve pacientes tenían comorbilidades. El procedimiento más frecuente fue la explantación de implantes con capsulectomía y mastopexia en 14 pacientes, seguido de explantación y capsulectomía en nueve pacientes, y sólo explantación en seis pacientes. Además, tres pacientes se sometieron a injerto de grasa. Los pacientes con síndrome ASIA reportaron poca mejoría en los síntomas en 2.3 (escala 1-5). Se concluye que la explantación puede realizarse junto con la capsulectomía, mastopexia o injerto de grasa. La razón principal fue el deseo de la paciente de dejar de llevar implantes mamarios. Las pacientes con antecedentes de síndrome ASIA pueden someterse al procedimiento tras una evaluación por parte de un especialista.

ABSTRACT

Although breast implant placement is a very popular procedure, an increasing number of patients inquire about implant removal and the different options to improve tissue appearance after explantation. A retrospective study was carried out on patients who underwent breast implant explantation with or without mastopexy between September 1, 2022, and August 30, 2024. A total of 29 patients were included, with a mean age of 51.2 years (range 29-76); nine patients had comorbidities. The most frequent procedure was implant explantation with capsulectomy and mastopexy in 14 patients; explantation and capsulectomy in nine patients; and explantation alone in six patients. In addition, three patients underwent fat grafting. Patients with ASIA syndrome reported limited symptom improvement (2.3 on a 1-5 scale). We concluded that explantation can be performed together with capsulectomy, mastopexy, or fat grafting. The primary reason was the patient's desire to no longer have breast implants. Patients with a history of ASIA syndrome may undergo the procedure after evaluation by a specialist.

Abreviaturas:

ASIA = síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes
BIA-ALCL = linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios
BII = *Breast Implant Illness* (enfermedad por implantes mamarios)

INTRODUCCIÓN

Los implantes mamarios son dispositivos de grado médico que se recomienda reemplazar diez años después de la colocación.^{1,2} Como cualquier dispositivo médico, puede

Citar como: Ramos-Gallardo G, Cuenca-Pardo J, Vélez-Benítez E, Vega-Sánchez MA. Explantación de implantes mamarios. Descripción de la técnica quirúrgica y seguimiento de casos. *Cir Plast.* 2026; 36 (1): 8-13. <https://dx.doi.org/10.35366/122641>



¶ Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG). Jalisco, México. Hospital Santa María Chapalita. Jalisco, México. ORCID: 0009-0006-6833-7402

Recibido: 25 noviembre 2025
Aceptado: 03 enero 2026

presentar complicaciones a largo plazo como la contractura capsular. Se ha informado que los casos están relacionados con enfermedades linfoproliferativas como el linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL), el cual no es exclusivo de los implantes mamarios, también puede aparecer en otro tipo de prótesis.

El término «enfermedad por implantes mamarios» está ganando cada vez más popularidad en las redes sociales.^{3,4} Se ha descrito el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA, por sus siglas en inglés) en relación con diferentes tipos de prótesis, incluyendo la infiltración de biopolímeros, para lo cual se recomienda retirar el implante.⁵

Algunas pacientes pueden no querer ponerse implantes mamarios porque no quieren que la cirugía haga un cambio posterior o simplemente porque desean menos volumen de tejido mamario. Independientemente del motivo de explantación, cada vez son más las pacientes que acuden a la clínica con esta petición y preguntan sobre las diferentes opciones disponibles tras la extracción para mejorar la forma del tejido restante.

En este artículo describimos el proceso de explantación de implantes mamarios, así como técnicas quirúrgicas, complicaciones y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, se incluyeron pacientes que se sometieron a explantación de implantes, con o sin mastopexia, durante un periodo de

dos años, del 01 de septiembre de 2022 al 30 de agosto de 2024.

Se analizaron variables demográficas como sexo y edad, además de peso, altura, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, momento de colocación de implantes mamarios, número de reemplazos, procedimiento previo de mastopexia o reducción del tejido mamario, implantes mamarios colocados, contractura capsular, hallazgos de derrame o rotura del gel de silicona en estudios de imagen, así como tipo de procedimiento realizado (explantación sólo del implante, capsulectomía parcial, capsulectomía total, mastopexia postprocedimiento). En el caso de pacientes con síndrome de ASIA, se preguntó a los seis meses si presentaban mejoría en los síntomas (*Tabla 1*).

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki en su última actualización (64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013) y el Reglamento de la Ley General de Salud sobre Investigación en Salud (DOF 06/01/1987, última modificación 02/04/2014). El estudio fue aprobado por el Comité de Seguridad de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva 2024003.

Técnica quirúrgica

En la evaluación preoperatoria se realizaron estudios de mama (ecografía, mamografía y resonancia magnética) para descartar patologías adicionales. Se realizó una evaluación previa por cardiología y medicina interna para determinar el riesgo trombótico del procedimiento en pacientes mayores de 40 años. En caso de

Tabla 1: Cuestionario a los seis meses sobre mejoría en la sintomatología en pacientes con síndrome de ASIA.

Síntoma	Mejoría en la sintomatología*
Fatiga o falta de motivación	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5
Perdida de cabello o cuero cabelludo seco	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5
Cambio en el estado de ánimo	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5
Hormigueo en los brazos o piernas	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5
Algún otro síntoma atribuible a los implantes	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5

ASIA = síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes.

* Siendo 1 nada o muy poca mejoría y 5 mucha mejoría o no tener el síntoma.

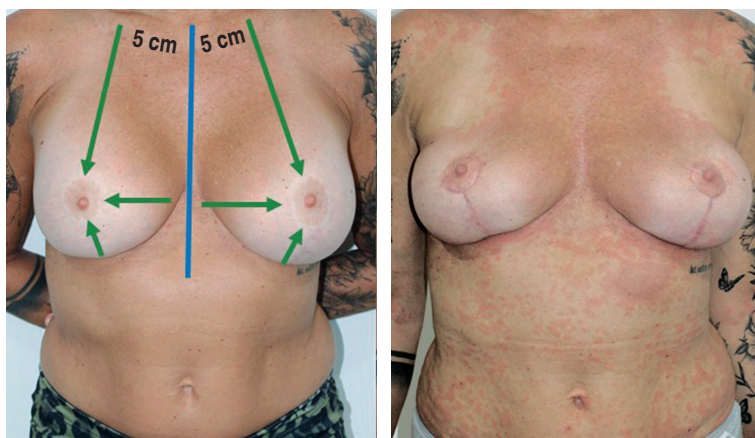


Figura 1: Referencias para la extracción de implantes mamarios en pacientes con capsulectomía, retiro de implantes y mastopexia.

que la paciente haya expresado el deseo de retirar los implantes debido a una enfermedad relacionada con implantes mamarios o síndrome de ASIA, se solicita una evaluación previa y autorización por parte de reumatología.

En posición supina, marcamos la línea media del tórax hasta la horquilla esternal, y luego 5 cm bilateralmente hasta la horquilla por encima de la clavícula. Se evalúa la posición del complejo pezón-areola en relación al tórax y los tejidos mamarios de la paciente. Se determina la distancia entre la horquilla esternal y el complejo pezón-areola. Se analiza la posibilidad de elevar el complejo pezón-areola. En casos en los que el tejido mamario por debajo del complejo pezón-areola tiene un grosor inferior a 3 cm, la mastopexia se pospone para un segundo tiempo, en caso de realizar la capsulectomía. Marcamos el borde inframamario. En caso de un procedimiento de mastopexia anterior, se marca la incisión para facilitar la exposición del tejido mamario. Previamente, se discute con la paciente el deseo de realizar una incisión mayor (T invertida) si no tenía una incisión previa más allá de la realizada para introducir el implante o una mastopexia periareolar (*Figura 1*).

La anestesia utilizada durante el procedimiento es regional y sedación.

En el quirófano, generalmente comenzamos con la incisión previa (implantación), ya sea con la retirada del implante o, según la preferencia de la paciente, con la exposición y disección de la cápsula y el implante.

Si la paciente desea levantar el tejido mamario, se continúa tras la retirada del implante y/o la cápsula. Si el grosor del tejido por debajo de la areola es mayor a 3 cm, procedemos a verificar la movilidad del complejo pezón-areola y del tejido que se planea extraer para levantarlo. Es importante hablar con la paciente sobre la posibilidad de realizar una incisión más grande. El pedículo debe ser planeado para poder reposicionar el complejo pezón-areola. Durante la cirugía, se cierran los pilares en el borde inferior de la mama para dar soporte y una forma cónica (*Figura 2*). Si la paciente no desea una incisión mayor, sólo se realiza un ajuste periareolar del exceso de tejido.

Si la mastopexia no puede realizarse en el mismo tiempo quirúrgico debido a que el grosor del tejido está a menos de 3 cm por debajo de la areola, se reprogramará en seis meses. El cierre se realiza por planos usando monocrilos de dos y tres ceros. El nuevo surco inframamario se reposiciona según la unión de pilares en su base. Se retira el exceso de piel alrededor de la incisión. Si es necesario, se puede utilizar el injerto de grasa para proporcionar una mayor proyección en el borde superior del pecho.

La paciente se sienta para comprobar la simetría y modificarla si es necesario. Según se valore, se deja drenaje. La paciente es enviada a casa el mismo día y revisada al día siguiente en la consulta. Se debe observar una o dos veces por semana, hasta completar el mes de la cirugía. Cuando el gasto del drenaje es inferior a 20 centímetros cúbicos durante dos días consecutivos, se retira. La cápsula se envía a patología para el examen final; si se encuentra algún líquido, se aspira y se envía a estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 29 pacientes. La edad media fue de 51.2 años (rango: 29-76), el peso medio fue de 61.3 kg (rango: 50-80) y la altura media fue de 165.2 cm (rango: 150-172). IMC promedio 27.4 Kg/m² (rango: 20-31). Nueve pacientes presentaban comorbilidades (cinco con síndrome ASIA, dos con disautonomía, uno con hipertensión arterial y uno con enfermedad cardíaca).

La mayoría de los implantes fueron texturizados (22 pacientes); en siete pacientes fueron

lisos. La duración media con los implantes antes de la cirugía de retiro fue de 15.4 años (rango: 8-30). Diez pacientes habían sido sometidas a un cambio previo de implante. Seis pacientes tenían antecedentes de mamoplastia y mastopexia. Las principales razones para el retiro de implantes fueron el deseo de las pacientes, en 15 casos, la contractura capsular, en nueve, y el síndrome de ASIA, en cinco pacientes. Los estudios de imagen no revelaron ninguna ruptura del implante. Los procedimientos más frecuentes fueron la explantación, capsulectomía y mastopexia, en 14 casos, la explantación y capsulectomía, en nueve, la explantación, en seis, y el injerto de grasa, en tres pacientes. El informe de patología fue negativo para malignidad en todas las pacientes (*Figura 3*).

Se produjeron complicaciones en ocho pacientes, siendo la cicatriz hipertrófica la más

común, con cinco casos; dos pacientes presentaron hematoma con necesidad de drenaje en quirófano. Una paciente se presentó un año después de la explantación de seroma, pero decidió no puncionar el líquido. Las pacientes con síndrome de ASIA reportaron una media de mejoría de 2.3 (escala del 1 al 5).

DISCUSIÓN

La explantación de implantes, con o sin capsulectomía, es un procedimiento que ha incrementado, principalmente por el temor a los daños que puedan causar los implantes, incluyendo enfermedades del implante mamario, enfermedades inmunitarias y/o neoplasias. Otra causa es el cambio en la percepción de la estética.

El procedimiento se realiza a petición de las pacientes y, a veces, bajo el consejo de los

Figura 2:

A y B) Cierre de pilares. C) Fijación del complejo areola-pezón en su nueva posición.

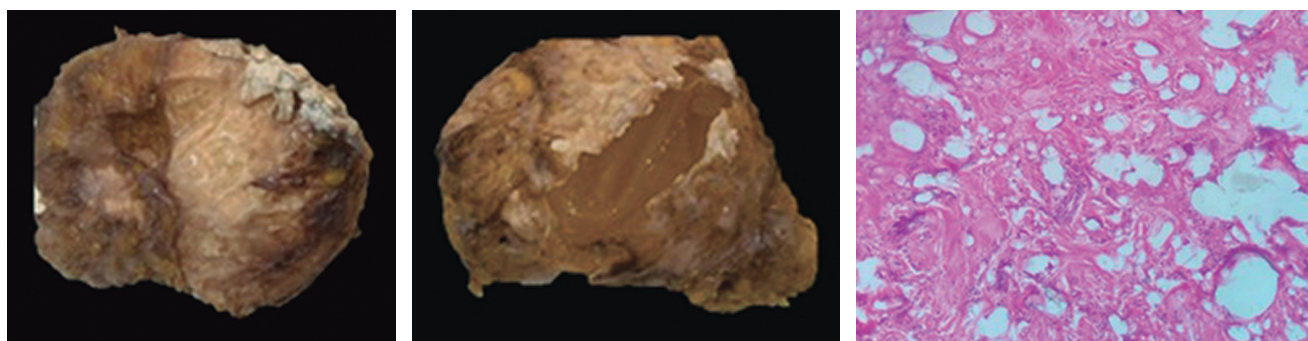
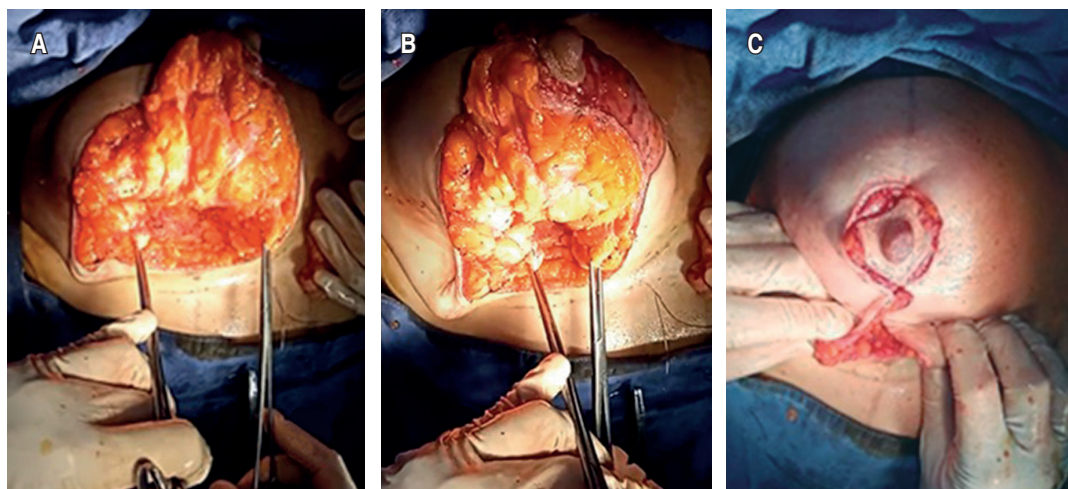


Figura 3: Muestra y estudio patológico de la cápsula de implante mamario.

médicos tratantes.^{6,7} No operamos a pacientes con supuesta “enfermedad por implantes mamarios”, sin previo diagnóstico. En estos casos, es obligatoria la evaluación por parte de un reumatólogo. Operamos a pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome de ASIA. Los reumatólogos harán un seguimiento de su estado tras la cirugía. No se puede garantizar que los síntomas disminuyan o desaparezcan con la retirada de las prótesis y sus cápsulas.

Se ha informado que algunos pacientes atribuyen una variedad de síntomas sistémicos a sus implantes como dolor articular, dolores musculares, confusión, fatiga crónica, enfermedades autoinmunes y otros, que se han atribuido a varias enfermedades inmunológicas reumatológicas y a la denominada «enfermedad por implantes mamarios» (BII, por sus siglas en inglés).^{8,9} Los informes existentes son controvertidos; la mayoría de los casos reportados no se realizaron en estudios de laboratorio específicos ni fueron evaluados por reumatólogos expertos.^{10,11}

La mayoría de las pacientes con BII no tienen un diagnóstico probado de enfermedad reumática o inmunológica; en ellas, la explantación produjo una mejoría general y una sensación de bienestar psicológico, probablemente debido al efecto nocebo/placebo, mientras que, en pacientes con enfermedad reumática demostrada, el retiro de los implantes produce una mejoría temporal durante unos meses, pero la enfermedad reaparece más tarde. En el grupo de pacientes con enfermedad autoinmune, la explantación no mejoró; en cambio, en varios de ellos la enfermedad se agravó y aumentaron los anticuerpos.¹² Por ello, decidimos operar sólo a pacientes ya evaluadas por un reumatólogo, en caso de posibilidad de tener una enfermedad por implante mamario. Nuestra paciente tenía síndrome de ASIA. Esta mejora no fue perceptible tras el procedimiento.

En algunas publicaciones se ha atribuido a los implantes la inducción de una respuesta inflamatoria crónica, lo que puede provocar una variedad de manifestaciones que van desde la contractura capsular hasta condiciones más graves como malignidades y enfermedades autoinmunes/inflamatorias.¹³

Algunos autores consideran que factores como el tiempo de residencia del implante, la

inflamación crónica, la contractura y la ruptura de los implantes están relacionados con la gravedad de las morbilidades asociadas al implante y la persistencia de los síntomas.¹⁴ En nuestro estudio, nueve pacientes presentaron contractura capsular. Todas las cápsulas se enviaron al departamento de patología para descartar malignidad.

Recomendamos que todas las cápsulas se envíen a estudio y que exista un informe histopatológico que ayude a descartar cualquier enfermedad linfoproliferativa.¹⁵ En los casos en que el líquido está documentado antes de la cirugía, se recomienda puncionarlo y estudiarlo para tener un mejor plan quirúrgico.

La capsulectomía en bloque se utiliza para tratar casos positivos o muy sospechosos de BIA-ALCL. Los riesgos de realizar un procedimiento agresivo en pacientes sin evidencia de seroma mamario, masa o asimetría, en cuyo caso es necesario un procedimiento con criterios oncológicos, superan los posibles beneficios.¹⁶

Dada la necesidad de dar una mejor forma cónica al tejido mamario residual, el uso de un colgajo superior medial con cierre de los pilares del pecho puede ser de utilidad.¹⁷ Independientemente del motivo de la decisión de retirar el implante, se han reportado buenos resultados con bajas complicaciones, y la mayoría de las pacientes están satisfechas con el colgajo.¹⁸ Reservamos el procedimiento para pacientes con un grosor tisular superior a 3 cm por debajo de la areola.

La mayoría de las complicaciones fueron leves, con sólo dos casos de sangrado que requirieron una nueva operación.

La edad media de nuestro grupo era superior a 50 años. La posibilidad de no someterse a cirugía en unos años o la fatiga por peso pueden contribuir al deseo de la paciente de retirarse los implantes. A la mayoría de nuestras pacientes les retiraron la cápsula y todas las cápsulas retiradas fueron enviadas a un estudio; aunque no se había extraído, se tomaron muestras de al menos tres lugares diferentes para descartar cualquier patología asociada.

CONCLUSIONES

A la mayoría de las pacientes de este grupo se les retiraron los implantes por su propio deseo

o por contractura capsular. Tras la evaluación reumatológica, se retiró la cápsula de pacientes con síndrome de ASIA. El procedimiento más frecuente fue la explantación con capsulectomía y mastopexia. Solo tuvimos un caso de seroma crónico, en el que se realizó la explantación sin retirar la cápsula. Se debe evaluar el tejido mamario residual, especialmente el grosor por debajo de la areola, para poder realizar un procedimiento simultáneo de mastopexia.

REFERENCIAS

- Ramos-Gallardo G, Vélez-Benítez E, Cuenca-Pardo J, Cárdenas-Camarena L, Ramírez-Montañana A, Carballo-Zarate A et al. What is the process for breast implant manufacturing? Inside eight breast implant factories. *Aesthetic Plast Surg* 2020; 44 (6): 2063-2074. doi: 10.1007/s00266-020-01844-6.
- Ramos-Gallardo G, Carballo-Zarate AA, Cuenca-Pardo J, Cárdenas-Camarena L, Solano-Genesta M, Beltrán JAC et al. What is the evidence of lymphoma in patients with prostheses other than breast implants? *Aesthetic Plast Surg* 2020; 44 (2): 286-294.
- Kabir R, Stanton E, Sorenson TJ, Hemal K, Boyd CJ, Karp NS et al. Breast implant illness as a clinical entity: a systematic review of the literature. *Aesthet Surg J* 2024; 44 (9): NP629-NP636. doi: 10.1093/asj/sjae095.
- Tervaert JWC, Shoenfeld Y, Cruciani C, Scarpa C, Bassetto F. Breast implant illness: Is it causally related to breast implants? *Autoimmun Rev* 2023; 23 (1): 103448. doi: 10.1016/j.autrev.2023.103448.
- Ramos-Gallardo G, Cuenca-Pardo J, Cardenas-Camarena L, Sánchez-Cervantes O. Morbidity induced by the infiltration of foreign substance into the buttocks: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2024; 91: 135-153.
- Keane G, Chi D, Ha AY, Myckatyn TM. En bloc capsulectomy for breast implant illness: a social media phenomenon? *Aesthet Surg J* 2021; 41 (4): 448-459. doi: 10.1093/asj/sjaa203.
- Feng LJ, Kumar A. Reply: does a capsulectomy really improve pulmonary function in women with breast implant illness? *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021; 9 (11): e3902. doi: 10.1097/GOX.0000000000003902.
- Suh LJ, Khan I, Kelley-Patterson C, Mohan G, Hassanein AH, Sinha M. Breast implant-associated immunological disorders. *J Immunol Res* 2022; 2022: 8536149. doi: 10.1155/2022/8536149.
- Bresnick SD. Self-reported breast implant illness: the contribution of systemic illnesses and other factors to patient symptoms. *Aesthet Surg J Open Forum* 2023; 5: ojad030. doi: 10.1093/asjof/ojad030.
- Suri K, Billick S. Breast implant illness through a psychiatric lens. *Aesthetic Plast Surg* 2023; 48 (4): 559-567. doi: 10.1007/s00266-023-03692-6.
- Lee M, Ponraja G, McLeod K, Chong S. Breast implant illness: a biofilm hypothesis. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020; 8 (4): e2755.
- García S, Lena T. Enfermedad asociada a implantes mamarios; ¿Cuál es la evidencia actual? *Cir Plast Ibero-latinoam* 2021; 47 (2): 119-134.
- McGuire P, Glicksman C, Magnusson MR, Deva AK. Systemic symptoms associated with breast implants (SSBI): current evidence shows benefit of implant removal with or without capsulectomy. *Aesthet Surg J* 2023; 43 (9): 1057-1060. doi: 10.1093/asj/sjad165.
- Lee MA. Reply: breast implant illness, biofilm, and the role of capsulectomy. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020; 8 (8): e2994. doi: 10.1097/GOX.0000000000002994.
- Ramos-Gallardo G, Ríos-Lara y López RL, Cuenca-Pardo J, Cárdenas-Camarena L, Contreras-Bulnes L, Vélez BE et al. Manejo del seroma crónico en pacientes con implantes de mama en relación con el diagnóstico de linfoma anaplásico de células gigantes. *Cir Plast* 2019; 29 (1): 147-162.
- Abi-Rafeh J, Safran T, Winocour S, Dionisopoulos T, Davison P, Vorstenbosch J. Complications of capsulectomies: an analysis of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. *Aesthet Surg J Open Forum* 2022; 4: ojac025. doi: 10.1093/asjof/ojac025.
- Calobrace MB, Mays C. An algorithm for the management of explantation surgery. *Clin Plast Surg* 2021; 48 (1): 1-16. doi: 10.1016/j.cps.2020.09.005.
- Triana L, Aggarwal N, Liscano E. Explantation mastopexy using long superior dermoglandular flap: a retrospective analysis of our technique. *Aesthetic Plast Surg* 2025; 49 (11): 3092-3099. doi: 10.1007/s00266-025-04659-5.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Declaración de derechos humanos o aprobación ética: este estudio no contó con la participación directa de los pacientes. Por lo tanto, no había riesgo para ningún paciente. Este artículo no contiene estudios en animales realizados por ninguno de los autores. El número de aprobación del Comité de Seguridad de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva es 202403.

Consentimiento informado: para este tipo de estudio se requería consentimiento informado para usar las fotos de los pacientes sin mostrar su rostro.

Financiamiento: no se recibió financiación para este estudio.

Correspondencia:

Dr. Guillermo Ramos-Gallardo

Av. Universidad de Guadalajara No. 203,
Col. Ixtapa Los Tamarindos, C.P. 48280,
Puerto Vallarta, Jalisco, México.
Teléfono: +52 322 226 2200.
E-mail: guiyermoramos@hotmail.com