

CIRUGIA PLASTICA

Volumen **13**
Volume

Número **3**
Number

Septiembre-Diciembre **2003**
September-December

Artículo:

Mastectomía y reconstrucción inmediata bilateral en lipogranuloma esclerosante mamario causado por inyección de modelantes. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Mastectomía y reconstrucción inmediata bilateral en lipogranuloma esclerosante mamario causado por inyección de modelantes. Reporte de un caso

Dr. Eduardo Gutiérrez Salgado,* Dr. Héctor C Durán Vega,** Dra. Blanca E Duffy Verdura,** Dr. Gerardo Fernández Sobrino,** Dr. Ary A Papadópulos Canales,** Dr. José Ramón Ochoa Gómez**

RESUMEN

El moldeado del contorno corporal con materiales extraños de diverso origen ha sido históricamente empleado. Esta práctica popular realizada por charlatanes, “médicos estéticos” o por cualquier persona sin escrúpulos ha proliferado socialmente por la facilidad de su aplicación y “bajo costo”. La inyección de materiales como silicón líquido, aceites industriales sintéticos; parafinas y diversos preparados de origen desconocido, desencadena una reacción inflamatoria intensa, local y sistémica con devastadoras consecuencias a corto o mediano plazo en las zonas corporales infiltradas. Se presenta el caso de una paciente femenina que se sometió a infiltración de aceite mineral en ambas mamas doce años antes con fines de aumento. La paciente cursó con enfermedad inflamatoria crónica, deformidad y endurecimiento de los tejidos así como migración cutánea del material inyectado. Fue tratada mediante una mastectomía simple y reconstrucción bilateral inmediata con doble colgajo TRAM pediculado y reconstrucción de complejo areola y pezón en un segundo tiempo.

Palabras clave: Lipogranuloma esclerosante, reconstrucción mamaria, TRAM bilateral, cuerpo extraño.

INTRODUCCIÓN

El deseo del aumento de volumen de algunas zonas corporales con fines estéticos, se ha realizado desde

SUMMARY

Body contouring using by foreign materials has been performed historically. This popular practice carried out by charlatans, “aesthetic physicians”, or any unscrupulous person, has grown due to their easy application and low prices materials like silicon fluids, synthetic industrial oils, paraffin and other materials prepared with unknown substances, develops an intense local and systemic inflammatory response with devastating consequences in the short or middle term in the injected body areas. A woman’s breast was injected twelve years before with mineral oil to increase its size. This patient suffered chronic, inflammatory tissue deformity and hardening as well as substance migration. She was treated with bilateral simple mastectomy and immediate reconstruction using a pedicled double TRAM flap and areola-nipple complex in a subsequent surgery.

Key words: Sclerosing lipogranuloma, breast reconstruction, bilateral TRAM, foreign materials.

hace mucho tiempo; sin embargo, en nuestro país, los pacientes en ocasiones no acuden con el especialista cirujano plástico para realizar estos cambios y por cuestiones económicas o por ignorancia, deciden acudir con charlatanes, cosmetólogos, médicos no especializados, e incluso con algún familiar para realizar este cambio por medio de inyección de diversos materiales. Estos agentes para inyección por lo general son inadecuados para su administración parenteral y nunca han sido creados con este propósito; por lo ge-

* Profesor de Cirugía Plástica. División de Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM.

** Residente de Cirugía Plástica. División de Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM.

neral son tóxicos y sus consecuencias son desastrosas al manifestarse, sea en forma inmediata o tardía.

Se presenta el caso de una mujer con este problema, cuya acepción histopatológica puede variar en su denominación, pero es aceptada como lipogranuloma esclerosante mamario. La manera en la que se resolvió fue por medio de una mastectomía bilateral y reconstrucción con colgajo TRAM, obteniendo un resultado satisfactorio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años de edad, fumadora de 15 cigarrillos al día, hipertensa de 4 años de evolución tratada con inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. Historia de colpoperineoplastia e histerectomía por miomatosis uterina a través de una incisión tipo Pfannestiel. Cursó tres gestaciones y tres partos sin complicaciones. Inició su padecimiento al ser infiltrada por su propia madre en dos ocasiones con aceite mineral (para bebé) en ambas mamas, sin especificar la cantidad. Un año después de la infiltración percibió un aumento importante de volumen mamario bilateral, así como eritema cutáneo y aspecto de "piel de naranja", acompañado de ataque al estado general y fiebre de 40°C. Por este motivo acudió con médico privado, quien a decir de la paciente, realizó mastectomía subcutánea derecha (parcial) y agregó al tratamiento antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos. El cuadro inflamatorio remitió, sin embargo, un año más tarde las mamas comenzaron a indurarse, la piel suprayacente adquirió una coloración parda y los pezones se deformaron, con salida de material oleoso-sanguinolento por varias fistulas cutáneas. En esta forma se presentó al Servicio y en el examen físico (*Figura 1*) se corroboró la hipercremía cutánea en ambas mamas, deformidad del complejo areola-pezones, retracción de los pezones y la consistencia pétrea del tejido mamario. A nivel abdominal una cicatriz suprapúbica transversa de 10 centímetros, aproximadamente, así como moderada cantidad de panículo adiposo.

Se realizó mastectomía bilateral tipo Patey sin disección axilar (*Figura 2*) y elevación de colgajo transverso del músculo recto del abdomen (TRAM) bilateral pediculado (*Figura 3*). Las piezas quirúrgicas fueron enviadas a revisión histopatológica, reportando lipogranuloma esclerosante mamario. El posoperatorio inmediato y tardío ocurrió sin complicaciones, tanto de la reconstrucción mamaria como de la zona donadora, con buen resultado en la forma, volumen y contorno (*Figura 4*). En un segundo tiempo se realizó reconstrucción del pezón con colgajos loca-

les e injerto parcial delgado para la areola, con un adecuado resultado estético (*Figura 5*).

DISCUSIÓN

La infiltración de sustancias para realizar cambios en el contorno corporal de zonas anatómicas no es nuevo. El primer antecedente tiene poco más de 100 años, con Gersunny,¹ que realizó la inyección subcutánea de parafina en el escroto de un joven al que se le realizó orquiectomía bilateral por tuberculosis.^{2,3} A partir de entonces se ha inyectado una variada selección de líquidos oleosos en áreas subcutáneas con fines terapéuticos, para mejorar la apariencia, o para evitar el reclutamiento militar.³⁻⁵ En la actualidad, la mayoría de los materiales infiltrados son considerados de alto riesgo y representan un problema de salud pública digno de considerar.^{1,3,4} Uno de los primeros reportes en México fue descrito por Ortiz Monasterio



Figura 1. Preoperatorio, donde se evidencia hipercremía cutánea de ambas mamas, deformidad del complejo areola-pezones, y retracción de los pezones.



Figura 2. Pieza quirúrgica de ambas mastectomías.



Figura 3. Zona quirúrgica posterior a la mastectomía, y elevación de colgajo TRAM bilateral pediculado.



Figura 4. Resultado posoperatorio a las 2 semanas de la cirugía.

y Trigos,⁶ en 1972, al mostrar la experiencia con 186 pacientes con inyecciones mamarias de diferentes materiales extraños.

Los materiales que se han utilizado para este propósito son múltiples, como parafina, silicón líquido, aceites minerales, aceites vegetales comestibles (de soya o girasol), aceites de uso industrial (incluso para uso automotriz), y en muchos de los casos, se desconoce el tipo de material administrado.^{3,4,6} Por lo general los responsables son cosmetólogos o supuestos médicos que se hacen llamar expertos en medicina estética,^{3,5} aun con el conocimiento que este procedimiento es considerado como ilegal. Sin embargo, en otras ocasiones los que administran estos elementos son familiares o amistades, que realizan esto en general por ignorancia. En el caso que presentamos, fue la propia madre la que inyectó aceite mineral para bebé en ambas mamas, habiéndolo hecho incluso con otras familiares. Todas ellas cursan actualmente con complicaciones severas.

Los sitios que con mayor frecuencia se administran estas sustancias son la cara, mamas y glúteos,

así como miembros inferiores y genitales. Estas sustancias migran con frecuencia a zonas adyacentes, aunque esta diseminación puede detenerse por pla-



Figura 5. Resultado posoperatorio inmediato de la reconstrucción del complejo areola-pezones con colgajos locales e injertos de espesor parcial delgado.

nos faciales.⁴ La presentación clínica puede ser variable tanto en sintomatología como en gravedad. Físicamente se encuentran masas palpables de consistencia sólida (sea toda la zona o en bloques), con sensación dolorosa importante, cambios locales cíclicos de duración variable, consistentes en eritema, edema, cambios de coloración, drenaje crónico del material inyectado, abscesos o fistulas de difícil solución, diseminación linfática, y necrosis de los tejidos involucrados.³⁻⁶ Es importante mencionar que también pueden desarrollarse problemas inmunológicos graves (enfermedad humana por adyuvantes), granulomas hepáticos, alteraciones psicológicas de gran severidad, e incluso la muerte.^{5,7} El tiempo para la presentación de los síntomas puede ser de inmediato, aunque esto no es lo más frecuente. En promedio pueden pasar 6 años después de la infiltración, aunque el periodo de latencia se ha reportado hasta de 24 años.¹

No existe una verdadera denominación a este fenómeno. En ocasiones se le ha nombrado con el prefijo del material identificado, y con la terminación *oma*, para referirse a una tumoración de características benignas o no relacionada con cáncer (p.ej. parafinoma, siliconoma, etc), aunque Smetana y Bernhard,⁸ en 1950, al valorar 14 casos similares, llamaron a esta entidad patológica como lipogranuloma esclerosante. En nuestro país se le ha llamado en ocasiones enfermedad o lesión por modelantes, aunque creemos que sería adecuado denominarlo como lipogranuloma esclerosante por modelantes (LEM), para describir tanto el problema patológico como el etiológico.

Los hallazgos histopatológicos son predecibles. Consiste en observar que los espacios normales están ocupados por quistes y tejido fibroso denso rodeando estas zonas. Entre este tejido se encuentran células inflamatorias, incluyendo células gigantes de cuerpo extraño, linfocitos, leucocitos polimorfonucleares y macrófagos, los cuales muestran fagocitosis de la sustancia extraña. Estos cambios inflamatorios crónicos forman finalmente granulomas que al combinarse con calcio, producen calcificación de los tejidos grasos, y esclerosis hialina.^{3,4}

La solución quirúrgica del LEM se vuelve un reto, por la dificultad que entraña la extracción del material y la reconstrucción del área. La extracción del material requiere una resección muy amplia, ya que por lo general las sustancias afectan toda la región anatómica y están muy diseminadas, debido a que con el tiempo y la gravitación la sustancia tiende a migrar y afectar zonas adyacentes. Además la resección genera un defecto de cubierta cutánea importante, que requiere injer-

tos o colgajos de diversos tamaños y por lo general, con resultado estético pobre o decepcionante.

En este caso realizamos una mastectomía bilateral sin disección axilar, la cual generó un defecto de cubierta cutánea importante. Simultáneamente se realizó la disección de un colgajo TRAM bilateral pediculado, con lo que se resolvió el problema, cubriendo con tejidos autólogos el defecto y dando una apariencia de mamas de forma y consistencia normales. Ambos procedimientos llevados a cabo en el servicio de Cirugía Plástica de nuestro hospital.

Además de tener un buen resultado estético, el colgajo TRAM bilateral está considerado como un colgajo muy seguro.⁹ La experiencia en este tipo de colgajos se debe a la reconstrucción posmastectomía por cáncer (incluso en mastectomías bilaterales profilácticas),¹⁰ libre o pediculado como la mejor elección en reconstrucción mamaria.¹¹ La tolerancia y satisfacción de las pacientes con este tipo de reconstrucción es superior a otras,^{7,12} debido en parte a la simetría, forma, perfil y consistencia, así como de los beneficios psicológicos en las pacientes. La reconstrucción mamaria del LEM por medio del colgajo TRAM no es reciente. Auki,⁵ reportó en 1997 el uso de TRAM bilateral después de la resección mamaria, al igual que Lai,⁵ en 2001, en un TRAM modificado desepitelizado, posterior a la mastectomía subcutánea con la conservación del complejo aréola-pezones. Sin embargo, es el primer reporte escrito hasta donde tenemos conocimiento en la literatura mexicana de LEM mamario resuelto por medio de TRAM bilateral simultáneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hage J, Kanhai R, van Diest P, Karim R. The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(3): 734-741.
2. Gersuny R. Ueber eme subcutane prothese. *Z Heilknde* 1900; 1: 199.
3. Behar T, Anderson E, Barwick w, Mohier J. Sclerosing lipogranulomatosis: A case report of scrotal injection of automobile transmission fluid and literature review of subcutaneous injection of oils. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91(2): 352-361.
4. Di Benedetto G, Pierangel M, Scalise A, Bertani A. Paraffin oil injection in the body: an obsolete and destructive procedure. *Ann Plast Surg* 2002; 49(4): 391-396.
5. Lai Y, Weng C, Noordhoff M. Breast reconstruction with TRAM flap after subcutaneous mastectomy for injected material (Siliconoma). *Br J Plast Surg* 2001; 54: 331-334.
6. Ortiz-Monasterio F, Trigos I. Management of patients with complications from injections of foreign material into the breast. *Plast Reconstr Surg* 1972; 50: 42.
7. Hartcourt D, Rumsey N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2001; 35: 477-487.

8. Smetana H, Bernhard W. Sclerosing lipogranuloma. *Arch Pathol* 1950; 50: 296.
9. Clugston P, Gingrass M, Azurin F, Fisher J, Maxwell P. Ipsilateral pedicled TRAM flaps: The safer alternative? *Plast Reconstr Surg* 2000; 105(1): 77-82.
10. Khouri, Ahn C, Salzhauer M, Schertf D, Shaw W. Simultaneous bilateral breast reconstruction with the transverse rectus abdominus musculocutaneous free flap. *Ann Surg* 1997; 226(1):, 25-34.
11. Spear S, Spittler Ch. Breast reconstruction with implants and expanders. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(1): 177-188.
12. Alderman A, Wilkins E, Lowery J, Kim M, Davis J. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106(4): 769-776.

Dirección para correspondencia:

Dr. Eduardo Gutiérrez Salgado

Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Periférico sur 4091 Tlalpan, D. F.

14140 México D. F.

E-mail: egutz@correo.unam.mx