

Aumento mamario y el fenómeno de la doble cápsula

Dr. José Escamilla Olivera,* Dr. Octavio P Hoyer*

RESUMEN

Analizamos la observación de un fenómeno singular que encontramos la primera vez casualmente en una paciente con prótesis mamarias texturizadas retromusculares, que presentaban una contractura capsular. Al ser expuestas encontramos una doble cápsula fibrosa, una contraída envolviendo al implante y la otra íntimamente adosada a los tejidos circundantes.

Palabras clave: Contractura capsular, prótesis mamarias texturizadas.

INTRODUCCIÓN

Es indudable que uno de los procedimientos de cirugía estética más satisfactorios y más comunes, es el aumento mamario. Hoy sabemos, después de la controversia sucedida en la década de los años ochenta, que el aumento mamario, con prótesis de gel o salinas, no es causante de enfermedades autoinmunes y que tampoco aumenta el riesgo de padecer cáncer mamario. Estadísticamente las enfermedades autoinmunes, así como el cáncer mamario, se manifiestan con la misma frecuencia en pacientes con implantes mamarios o sin ellos.^{1,2} Prácticamente el único problema a largo plazo, inherente a este procedimiento, es la contractura capsular; su incidencia se reporta entre el 4 y 30% según el autor, la época, el sitio de colocación y el tipo de implante, siendo también la infección subclínica una posible causa para su desarrollo.^{3,4}

Por observaciones indirectas, se cree que el “trasudado” de gel de silicón (*silicon bleed*), contribuye

SUMMARY

We analyze a curious phenomenon that we found initially by chance, in a patient with textured retromuscular breast implants that presented a capsular contracture. When opened we found a double capsule, one contracted capsule inclosing the implant, while the other was firmly attached to the surrounding tissues.

Key words: Capsular contracture, textured breast implants.

a un mayor índice de contracturas, de tal manera que la modificación de la superficie del implante y el empleo de gel cohesivo, se cree, disminuirán este fenómeno. Sin embargo, hemos encontrado una contractura capsular *sui generis*, que denominamos la doble cápsula.

El fenómeno de la doble cápsula, la hemos observado en 15 pacientes, de manera bilateral, sólo con implantes texturizados retromusculares. Encontramos además que la contractura se presenta en la cápsula del implante y no en la que se encontraba adosada al tejido circundante, de tal manera que decidimos investigar sobre este fenómeno.

CASUÍSTICA

Nuestro grupo de observación clínica lo constituyen quince pacientes del sexo femenino, que presentaban contractura capsular significativa, con prótesis retromusculares texturizadas rellenas de silicón. Ocho de ellas con contractura bilateral Baker III, cinco con Baker III de un lado y Baker IV del otro, y dos con Baker IV bilateral.

Las quince pacientes fueron sometidas a capsulotomía abierta bajo anestesia general, con recoloca-

* Cirujanos Plásticos en práctica privada. México, D. F.

ción de implantes texturizados nuevos y un drenaje cerrado durante 48 horas. A más de cinco años de observación de estas pacientes, el fenómeno no ha recurrido.

DISCUSIÓN

Es interesante darse cuenta que hasta la fecha no conocemos alguna publicación que haga referencia clínica del fenómeno y que en 1991 se hizo una publicación de una investigación experimental realizada en ratas, que tenía como objetivo conocer el comportamiento de los implantes mamarios, de acuerdo con las características físicas de su superficie. Ahí el autor dio la respuesta y comprendimos el mecanismo causante del fenómeno.⁵

Cualquiera que sea el implante colocado en el organismo, presentará en mayor o menor grado, un comportamiento similar, iniciando con una reacción inflamatoria seguida de la formación de seroma, el que será continuado por la organización de un granuloma en el que se depositará colágena, la que durante el proceso de maduración experimentará la alineación de fibras colágenas.

La modificación de la superficie del implante mamario liso por uno texturizado causa disrupción de la alineación de las fibras de colágena, disminuyendo con esto la fuerza de contracción de las fibras, formando además una interfase tejido/implante (coloquialmente conocido

como “efecto velcro”). También se ve clínicamente en el fenómeno “rippling”, observado con más frecuencia en implantes de solución salina. Por el estudio de Picha,⁵ se comprobó que se comportan mejor los implantes más rugosos y con mayor profundidad del texturizado. Los texturizados muy finos y muy regulares se comportan como lisos.

En el experimento se comprobó que los implantes lisos inducen la formación de seroma y los texturizados producen mayor cantidad del mismo, cuando están colocados en posición retromuscular; sin embargo, los implantes texturizados casi no forman cápsula en un lecho de tejido adiposo.

Los implantes lisos forman una capa apretada y alineada de fibras de colágena, las que al contraerse normalmente en el proceso natural de maduración de la cicatriz, pueden dar lugar con más frecuencia a



Figura 1. Apariencia externa de la contractura capsular.



Figura 2. Cada pinza sujeta una diferente cápsula.



Figura 3. El implante extraído con su cápsula adherida.

una contractura capsular clínicamente detectable. Al contrario de los texturizados, que rompen la continuidad de las fibras, haciendo que a pesar de que se contraigan las fibras, físicamente no se traducen en una contractura de facto, por la falta de unidad.

Cuando colocamos un implante texturizado en situación retropectoral, la cantidad y permanencia del seroma induce a la formación de una cápsula alrededor del implante y otra alrededor del seroma, dando lugar a lo que clínicamente vemos como una doble cápsula, que a primera vista parece una contractura capsular común, la que en realidad es de la cápsula interna. El implante "se puede mover" junto con su propia cápsula dentro de la externa, la que no presenta contractura (*Figura 1*). Durante la cirugía podemos ver claramente la cápsula exterior y dentro de ella, al implante y la segunda cápsula con la contractura, el que podemos extraer con toda facilidad, ya que no se encuentra en ninguna forma adherida a los tejidos blandos (*Figuras 2 y 3*).

CONCLUSIONES

La ocurrencia de doble cápsula no es rara, posiblemente no se detecta con la frecuencia con la que se presenta.

Si colocamos implantes lisos, su mejor ubicación es la retromuscular. Los implantes texturizados forman

una cápsula delgada cuando se colocan en situación retroglandular.

Si colocamos implantes texturizados retromusculares es recomendable utilizar durante 48 a 72 horas un drenaje cerrado. Es muy importante conocer bien el implante que utilizamos, desde el punto de vista de su comportamiento biológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pukkala E, Kulmala E, Hovi LL, Hemminki SL, Keskimäki E, Lipworth K, Boice L, McLaughlin JD Jr, Joseph K. Causes of death among Finnish women with cosmetic breast implants, 1971-2001. *Ann Plast Surg* 2003; 51(4): 339-342.
2. Jakubietz MG, Janis JEJ, Jakubietz RG, Rohrich RJ. Breast augmentation: Cancer concerns and mammography. A literature review. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(7): 117-122.
3. Trigos MI. Mamoplastia de aumento. Contractura capsular: Análisis retrospectivo de una experiencia con 2000 implantes de gel de silicón. *Cir Plast* 1998; 8: 18-22.
4. Pajkos AB, Deva, Anand KV, Karen D, Cope Ch, Chang L, Cossart YE. Detection of subclinical infection in significant breast implant capsules. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(5): 1605-1611.
5. George JP. Mammary implants: Surface modifications and the soft tissue response. *Persp Plast Surg* 1991; 5(2).

Dirección para correspondencia:

Dr. José Escamilla Olivera

Patricio Sanz Núm. 14

colonia Del Valle

México D. F. 03100

Correo electrónico: cirplas1@gmail.com