

Seroma tardío después de mamoplastia de aumento con implantes de silicón

Dra. Fanny Stella Herrán Motta,* Dr. Ignacio Lugo Beltrán,* Dra. Nora Jasmin Menéndez Molina,**
Dr. Ignacio Trigos Micoló***

RESUMEN

Presentamos siete pacientes de seroma tardío posterior a aumento mamario con implantes texturizados de gel de silicón: cuatro de ellas entre uno y dos años, y tres a los 7, 10 y 11 años después de operadas. Todas ellas sin antecedente de trauma o cualquier otra causa que se pudiera asociar con el seroma. Ninguna con cápsula mamaria patológica asociada ni con ruptura del implante. El diagnóstico se sospechó por clínica y se corroboró por ultrasonido y/o mastografía. En todos los casos el tratamiento fue el drenaje quirúrgico y capsulectomía. En las dos más tardías con cambio de implante mamario y del plano anatómico de colocación.

Palabras clave: Seroma tardío periprotésico, implante mamario, ultrasonido mamario, mastografía.

SUMMARY

We present seven cases of late seromas after mammary augmentation with textured silicone gel: four of them between one and two years, and three cases 7, 10 and 11 years after surgery. All patients had no history of trauma or any other cause that might be associated with seroma. None of them was related to abnormal breast or with ruptured implants. The diagnosis was hypothesized clinically and was confirmed by ultrasound and/or mammographies. In all of the cases the treatment was surgical drainage and capsulectomy; in the two cases of late seromas breast there was implant exchange and anatomic placement position.

Key words: Late periprosthetic seroma, breast implant, breast ultrasound, mammography.

INTRODUCCIÓN

La cirugía mamaria con implantes sigue siendo una de las cirugías que se realiza con mayor frecuencia de acuerdo con la American Society of Plastic Surgeons, y según IPSAS el segundo procedimiento que se realiza con mayor frecuencia (17%). Este

tipo de cirugía puede tener complicaciones tempranas, como hematoma e infección, y tardías, como contractura capsular.¹⁻³

Los seromas son reconocidos como una complicación temprana de la cirugía de implantes mamarios,⁴ y su incidencia se reporta junto con los hematomas en el 6.6% en cirugía primaria.⁵ Para otros autores,¹ la incidencia del seroma en etapa temprana es del 0.1%.

La presencia de hematomas no drenados o de respuesta inflamatoria con trasudado periprotésico en el postoperatorio temprano, puede generar seromas que habitualmente se presentan entre el séptimo y décimo día postoperatorios; estos seromas tempranos se pueden reabsorber espontáneamente, o por drenaje por aspiración cuando son menores.⁶

Respecto a los seromas mayores que implican manejo quirúrgico, así como los seromas tardíos, es muy poco lo reportado, aunque se han descrito seromas tardíos relacionados a la falta de integridad de las

* Cirujano Plástico. Profesor Adjunto del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva del CMN «20 de Noviembre» del ISSSTE, México, DF.

** Residente de 2º año de Cirugía Plástica y Reconstructiva del CMN «20 de Noviembre» del ISSSTE, México, D. F.

*** Cirujano Plástico. Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. Práctica Privada Clínica Londres, México, D. F.

prótesis y a la posibilidad de filtración de las mismas.⁷

El seroma tardío se define como el aumento de líquido en la periferia del implante mamario intracapsular, que ocurre a partir de tres meses de realizada la cirugía.¹ De acuerdo con la *American Society of Cosmetic Breast Surgery*, se presenta de 4 a 12 años después, con un promedio de 6 años, con incidencia de 1 a 2%. En la literatura no existe un estudio o reporte a plazo largo que determine la incidencia de esta entidad; se reportan seromas tardíos sin trauma en forma aislada, todos asociados al uso de implantes mamarios texturizados,^{1,2,4,6,8} que se presentan de manera súbita y unilateral. Todos los seromas y hematomas tardíos con implantes lisos de silicón tienen un factor asociado que puede ser considerado el agente etiológico.⁹

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos 7 casos de pacientes que presentaron de manera espontánea aumento de tamaño de una de las mamas previamente operadas con implantes texturizados de gel de silicón (*Figuras 1 a y b*). Cuatro desarrollaron seroma entre 12 y 24 meses después de la cirugía, a quienes se les había colocado implantes mamarios redondos macrotextrizados de perfil alto en localización subglandular. Otras 3 pacientes tuvieron seromas muy tardíos, a los 7, 10 y 11 años de operadas, con colocación de implantes mamarios redondos de perfil alto microtexturizados: una en localización subglandular y la otra retromuscular. Todas sin causa desencadenante aparente del seroma. Ninguna presentó fiebre o datos de infección. A todas se les realizó ultrasonido (*Figura 2*) y en las tres últimas, además



Figura 1a. Paciente con seroma tardío en mama izquierda, posición AP.

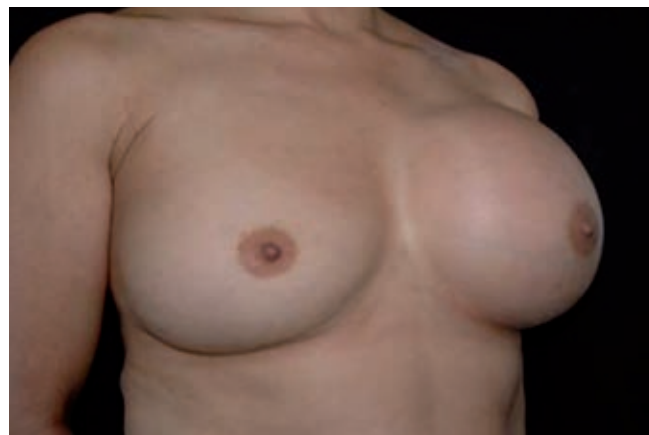


Figura 1b. Paciente con seroma tardío en mama izquierda, posición ¾.

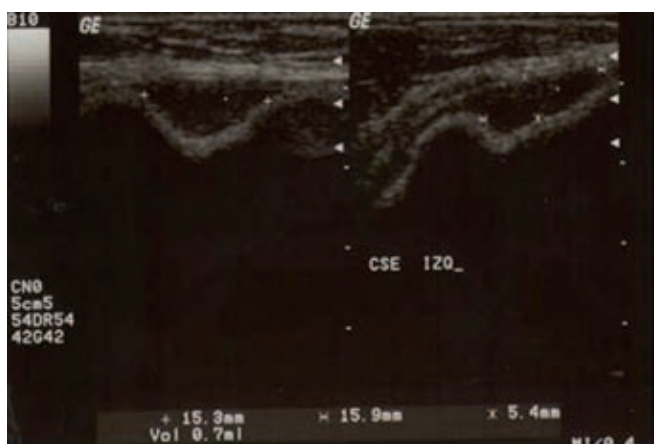


Figura 2. Imagen de seroma por ultrasonido.

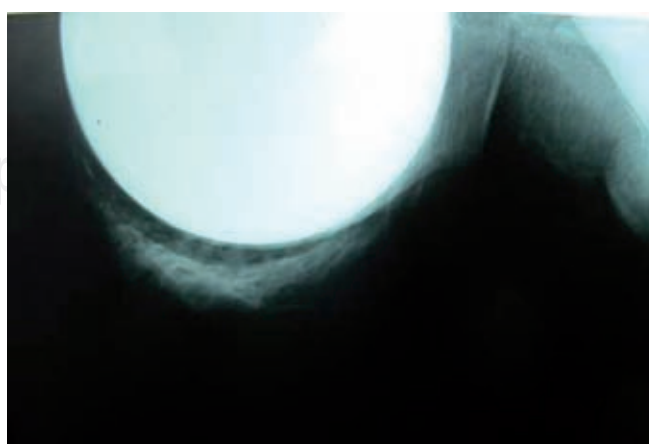


Figura 3. Imagen de seroma por mastografía.

mastografía (*Figura 3*), que confirmó la presencia de líquido. A una paciente se le realizó resonancia magnética (*Figura 4*).

El manejo inicial en las cuatro pacientes con seroma entre 12 y 24 meses, fue con la colocación de

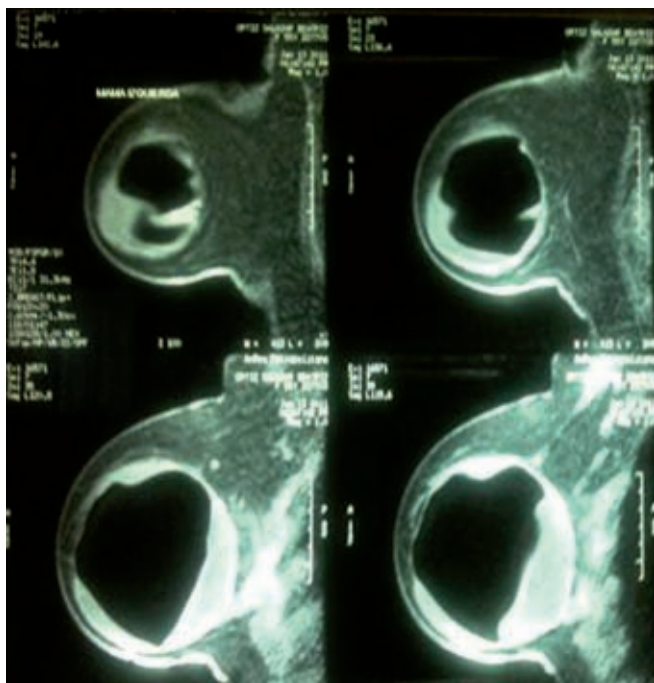


Figura 4. Imagen por resonancia magnética.

drenaje temporal a presión negativa, el cual se retiró después de unos días y considerar controlado el problema; sin embargo, todas recidivaron en el lapso de una semana después del retiro del drenaje, por lo que se decidió la intervención quirúrgica para drenaje del seroma y cambio de implante mamario, así como cambio del plano anatómico en su colocación.

En la paciente de 7 años de operada se realizó resección de la cápsula periprotésica, cambio de implantes mamarios y del plano de colocación de los mismos, y fue la única a la que se le realizó mastopexia (*Figuras 5 a, b, c y d*).

En las dos pacientes de más de 10 años de operadas, se decidió desde un principio el drenaje quirúrgico del seroma, con resección de la cápsula periprotésica y cambio de implante mamario, así como cambio de plano de colocación del nuevo implante. En las tres últimas se realizó capsulectomía, pese a que la cápsula era blanda, sin datos o signos de contractura capsular (*Figuras 6 y 7*).

Durante el evento quirúrgico se realizó toma de cultivos, mismos que reportaron sin crecimiento de microorganismos. En la paciente de 11 años de operada se encontró una especie de acúmulo blanquecino, mucinoso que se envió a estudio anatomopatológico, reportando celularidad en relación a «cuerpo extraño» (*Figura 8*).

RESULTADOS Y EVOLUCIÓN

A las cuatro pacientes que presentaron el seroma entre los 12 y 24 meses, a quienes se les realizó drenaje



Figura 5a. Imagen preoperatoria de paciente con seroma y mastopexia planeada, posición AP.



Figura 5b. Imagen preoperatoria de paciente con seroma y mastopexia planeada, posición ¾.



Figura 5c.



Figura 5d.



Figura 6. Salida del seroma al abrir la cápsula.

del seroma y cambio de implante mamario, así como cambio del plano anatómico en su colocación, evolucionaron satisfactoriamente, sin recidivas u otra complicación. De las otras tres pacientes a las que se les realizó drenaje quirúrgico del seroma con resección de cápsula periprotésica y cambio de implante mamario con cambio del plano de colocación del nuevo implante, una evolucionó adecuadamente sin alguna otra alteración. A la que se le realizó mastopexia presentó hematoma que se resolvió quirúrgicamente en agudo y posteriormente evolucionó sin complicaciones. La paciente más tardía, que originalmente tenía el implante en posición retromuscular, evolucionó de manera tórpida, ya que a los dos años de reintervención desarrolló nuevamente seroma y se hizo otra vez capsulectomía con cambio de implante, y un año más tarde presentó cápsula mamaria patológica (Becker Grado III), con evidencia de líquido periprotésico tanto por ultrasonido como por resonancia magnética.



Figura 7. Imagen de la cápsula.

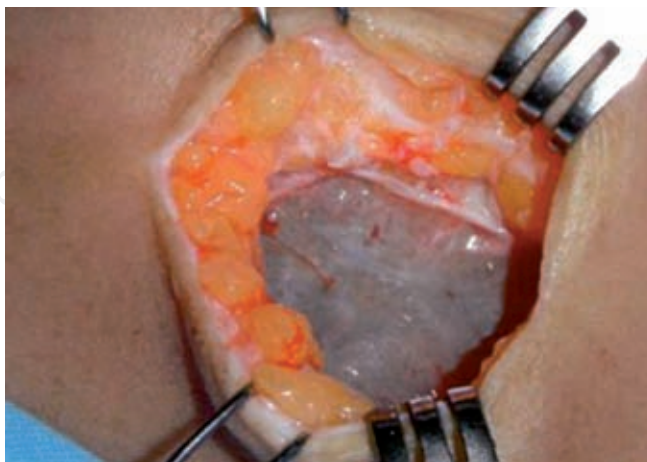


Figura 8. Hallazgo mucinoso.

Los resultados, aplicando la conducta expuesta, en general fueron satisfactorios.

COMENTARIOS

La etiología del seroma tardío no está bien establecido;⁴ incluso se habla de que pudiera ser multifactorial.¹ Se ha mencionado la contaminación del implante en el transoperatorio y que algún germen quede latente, para que posteriormente por medio de algún mecanismo no conocido, desencadene irritación y seroma. Sin embargo, las pacientes no cursan con fiebre ni datos locales de infección y los estudios de los cultivos de los seromas resultan negativos a gérmenes,^{2,6} aunque a últimas fechas se menciona la presencia de estafilococo epidermidis,¹⁰ como posible causa de seromas, y probablemente se pudiera asociar a galactoreia.³ Algunos autores reportan relación del seroma con embarazo y lactancia.¹¹ También se menciona hiperpermeabilidad de la cápsula secundaria a inflamación crónica^{1,2,4} y granulación intracapsular y neovascularización;⁸ no obstante, la causa más aceptada es un factor mecánico en donde existen microtraumas que laceran o separan la cápsula del implante, resultando la formación de seromas,^{1,12} y dentro de este contexto se menciona la actividad física vigorosa, incluyendo los deportes y la actividad sexual.⁴

El seroma se sospecha clínicamente,^{1,2,4,6} por evidencia de asimetría mamaria debido a aumento considerable de la mama en forma unilateral, que puede cursar o no con dolor por la distensión y evidencia de tensión y red venosa. Se corrobora mediante ultrasonido,^{1,4,6,8} o mastografía,¹ observándose líquido periprotésico, aunque radiológicamente el estándar de oro es la resonancia magnética,² ya que tiene una alta capacidad de diferenciación entre masas de tejido blando y fibrosis, así como entre colecciones de fluidos, hematomas y silicón libre, como resultado de una ruptura de implante.² Conviene destacar que en dichos estudios radiológicos no es raro encontrar seromas asintomáticos como hallazgos, cuando el estudio se solicita por otras razones.¹³ Radiológicamente es difícil diferenciar que al existir líquido en mamas con implantes mamarios sea seroma o galactocele, ya que la concentración de proteína es alta en los dos.³

En cuanto al manejo del seroma tardío, es posible el drenaje percutáneo guiado por ultrasonido,^{14,15} pero existe el riesgo de romper el implante; por ello es más segura la colocación de un drenaje a presión negativa bajo visualización directa,² y el drenaje quirúrgico es el tratamiento de elección,⁴ pero como puede ser recurrente, idealmente se agregan otros métodos para mi-

nimizar la producción de seroma, como la colocación de prendas para presoterapia,¹⁵ y en ocasiones del uso de esclerosantes como la tetraciclina, eritromicina, o agentes biológicos como pegamento de fibrina.^{11,16} Sin embargo, en la mayoría de los reportes estas acciones son paliativas y no tratamiento definitivo, el cual, como en nuestros casos, es quirúrgico.

Existe polémica si es conveniente o no el cambio del implante; sin embargo, consideramos que para los casos que presentamos de 10 y 11 años de operadas que son seromas muy tardíos y pese a que habitualmente no hay desarrollo de microorganismos, es conveniente realizar el cambio de implantes.

Asimismo, es importante poder establecer la incidencia del seroma tardío, ya que por clínica sabemos que no es una entidad frecuente, pero no existen estudios relacionados con esto, únicamente reporte de casos aislados. Este trabajo presenta el mayor número de casos y a más largo plazo.

CONCLUSIONES

El seroma tardío es una posible complicación tardía de los implantes mamarios texturizados de gel de silicón. Su etiología no está aún bien establecida y su tratamiento es quirúrgico. La acumulación de líquido periprotésico y su resolución se logra después de remover el implante, limpiar la cavidad, realizar capsulectomía y cambio de implante, incluso con cambio del plano anatómico de colocación del mismo. En el control posoperatorio es recomendable el uso de prendas de compresión y limitación de la movilidad de la extremidad torácica del lado afectado. En algunos casos puede haber recurrencia, como en nuestro reporte, que representa el 13.28% del total.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliveira VM, Roveda D Jr, Lucas FB et al. Late seroma after breast augmentation with silicone prostheses: A case report. *Breast J* 2007; 13(4): 421-423.
2. Chourmouzi D, Vryzas T, Develgas A. New spontaneous breast seroma 5 years after augmentation: a case report. *Cases J* 2009; 2: 712.
3. Zimman O. About images with breast implants and galactoceles. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112(7): 1951-1952.
4. McArdle B, Layt C. A case of late unilateral hematoma and subsequent late seroma of breast after bilateral breast augmentation. *Aesth Plast Surg* 2009; 33: 669-670.
5. Scott L. Breast augmentation. *Clin Plast Surg* 2009; 36(1): 105-115.
6. Pereira L, Sterodimas A. Poland syndrome: Aesthetic result after late seroma and implant removal with replacement. *Am Aesth J* 2008; 28(1): 101-103.
7. Gabriel SE, Woods JE et al. Complications leading to surgery after breast implantation. *New Eng J Med* 1997; 336(10): 677-682.

8. Correspondence and communication. *J Plast Reconstr Aesth Surg* 2009; 62: 609-610.
9. Gonzalez R. Late intracapsular seroma in subfascial buttock augmentation: A case report. *Aesth Plast Surg* 2006; 30(5): 594-604.
10. Ventura OD, Marcello G, Gamboa C. Breast implants in the subfascial plane in replacement of the subglandular pocket: a logical change. *Cir Plast Iberolatinam* 2006; 32(1): 11-16.
11. Mayer HF, Loustau HD. Complications of breast implants with pregnancy. *Br J Plast Surg* 2008; 2: 1413-1415.
12. Vazquez G, Pellon A, Audouin F. The etiology of seroma micro trauma as late in augmentation mastoplastia. *Rev Arg Cir Plast* 2009; 15(1): 24-26.
13. Soo MS, Kournguth PJ, Georgiade GS et al. Seromas in residual capsules after explanations: Mammographic and sonographic appearances. *Radiol* 1995: 863-866.
14. Mazzocchi M, Dessy LA, Marchetti F et al. The use of the veress needle to drain mammary periprotthetic fluid. *Dep Plast Reconstr Surg* 2010; 24(2): 219-222.
15. Kontos M, Petrou A, Prassas E et al. Pressure dressing in breast surgery: is this the solution for seroma formation? *J Boun* 2008; 13: 65-67.
16. Hasham S, Akhtar S, Fourie LR. Persistent seroma following breast prosthesis explantation: a case report and review. *Eur J Plast Surg* 2006; 28: 490-493.

Dirección para correspondencia:

Dra. Fanny Stella Herrán Motta

Correo electrónico: drafannysherran@yahoo.com.mx