

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen **67**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Linfadenopatía por silicón en una
paciente con prótesis mamaria.

Reporte citológico de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Médica del Hospital General de México, 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*



Linfadenopatía por silicón en una paciente con prótesis mamaria. Reporte citológico de un caso

Gilda Morales-Ferrer,* Reyna M Duarte-Torres*

RESUMEN

Se trata de una mujer de 45 años con aumento de volumen de ganglio axilar derecho, clínicamente sospechoso de una lesión metastásica, con probable tumor primario en glándula mamaria y sin lesión palpable en dicha región. En la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), se observó un fondo proteináceo, eritrocitos, linfocitos en diferentes estadios de maduración, leucocitos polimorfonucleares, tejido de granulación y células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, con abundantes vacuolas citoplásmicas que contenían un material homogéneo y no birrefringente; con base en lo anterior se estableció el diagnóstico presuncional de linfadenopatía por silicón y se procedió a investigar datos clínicos. A la paciente se le habían realizado implantes mamarios con fines estéticos 10 años antes. La linfadenopatía por silicón es una entidad clinicopatológica que se ha descrito en pacientes que reciben prótesis de silicón (modelantes, inyección de sustancias oleosas, prótesis articulares). La biopsia por aspiración con aguja fina de los ganglios linfáticos que drenan al sitio donde se encuentra la prótesis es diagnóstica de linfadenopatía por silicón, lo que permite descartar la presencia de un proceso neoplásico que, sin embargo, puede coexistir en una paciente determinada.

Palabras clave: Linfadenopatía, silicón, prótesis.

ABSTRACT

A case of an enlarged axillary lymph node, clinically suspicious of being metastases of a breast carcinoma, non palpable, in a 45 years old woman is reported. The cytologic findings of the FNAB performed were: A proteinaceous background, erythrocytes, lymphoid cells in different stages of maturation, granulation tissue, mononucleated and giant multinucleated cells, foreign body type, with numerous intracytoplasmic vacuoles containing an homogeneous, and not birefringent material. A preliminary diagnoses of silicone lymphadenopathy was done and clinical data were investigated: The patient had had bilateral breast augmentation for cosmetic reasons 10 years prior to admission. Silicone lymphadenopathy is a clinical-pathologic entity that has been described in patients who received silicone prosthesis (gel and liquid forms, direct injection of silicon, arthroplasty, etc.); FNAB of lymph nodes draining the site of the prosthesis is diagnostic of silicone lymphadenopathy and suffices to exclude the presence of a malignant neoplasm, associated with such lesions in some patients.

Key words: Lymphadenopathy, silicone, prosthesis.

INTRODUCCIÓN

La linfadenopatía por silicón, polidimetilsiloxone, es una entidad clinicopatológica que se ha descrito en pacientes que reciben prótesis de silicón en

diferentes órganos y tejidos, como glándula mamaria, articulaciones, etcétera,¹⁻³ que posteriormente presentan afección de ganglios linfáticos regionales, como los axilares y los inguinales, entre otros, debido a la reacción causada por el gel de silicón o por los elastómeros.^{4,5}

Hausner y colaboradores sugieren que la posible causa de la linfadenopatía, observada en algunos de estos pacientes, es la ruptura de la bolsa de gel-sili-

* Laboratorio de Citología, Unidad de Patología, Hospital General de México, O.D. y Facultad de Medicina de la UNAM.

cón, con dispersión de este material a los tejidos blandos y a la sangre, con fagocitosis posterior por macrófagos que la trasladan hacia los ganglios, lo que ocurre aproximadamente ocho años después de la colocación de la prótesis.⁶

En ocasiones, sin embargo, la prótesis no se rompe, como lo refieren Tabatowski y asociados, sino que el material "escapa" o se filtra de la cubierta de una prótesis intacta, como ocurrió en el caso que describimos a continuación.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de una mujer de 45 años quien presentó aumento de volumen de un ganglio axilar derecho, de tiempo de evolución no especificado, con dolor al movimiento y a la palpación. Al efectuar la exploración física se observó que el ganglio medía 1.5 de diámetro, era móvil, no estaba adherido a planos profundos y era de consistencia media; no presentaba lesiones palpables en ninguna de las glándulas mamarias. Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) del ganglio linfático axilar con diagnóstico clínico, presuncional de carcinoma mamario metastásico a ganglio axilar, sin lesión palpable en mama.

El material obtenido con la biopsia fue fijado en alcohol del 96% y teñido con la técnica de Papanicolaou. En las dos laminillas revisadas se observó un fondo proteináceo, escasos eritrocitos, linfocitos en diferentes estadios de maduración, células plasmáticas, escasos leucocitos polimorfonucleares, histiocitos epitelioides, tejido de granulación y abundantes células gigantes tipo cuerpo extraño e histiocitos va-

cuolados, algunos de los cuales tenían grandes vacuolas citoplásmicas que contenían un material homogéneo, amarillento y no birrefringente. Con lo anterior, se realizó el diagnóstico citológico presuncional de linfadenopatía por cuerpo extraño. Se procedió a investigar más datos clínicos y se obtuvo el antecedente de que a la paciente se le habían realizado implantes mamarios, con fines estéticos, 10 años antes. Con esta información, se confirmó el diagnóstico citológico ya mencionado. No se realizó biopsia excisional del ganglio linfático, ya que no estaba indicada; se practicó ultrasonido de ambas mamas, con lo cual se estableció el diagnóstico de prótesis mamarias sin alteraciones y ambas sin evidencia de malignidad.

DISCUSIÓN

Los cambios histológicos descritos más comúnmente en pacientes con prótesis de silicón son los observados a nivel local y consisten en una reacción inflamatoria crónica granulomatosa, de tipo cuerpo extraño, con la presencia de partículas de silicón en las células gigantes; así como la formación de una cápsula fibrosa que rodea a la bolsa de gel-silicón y, menos frecuentemente, la presencia de metaplasia sinovial en el interior de esta cápsula, en prótesis articulares.⁸

Existen, sin embargo, un número menor de informes en los que se haga referencia a los hallazgos citológicos observados cuando se realiza biopsia por aspiración de los ganglios linfáticos que drenan los sitios en los que se encuentran estas prótesis. Tabatowski informó los cambios citológicos e histológicos



Figura 1. Aspirado de ganglio linfático que muestra una célula gigante multinucleada con vacuolas intracitoplásmicas que contienen glóbulos de silicón (Tinción de Papanicolaou, 40 X.)



Figura 2. Aspirado de ganglio linfático. Se observa tejido de granulación e histiocitos epitelioides (Tinción de Papanicolaou, 40 X.)

observados en un ganglio linfático con linfadenopatía por silicón, los cuales fueron la presencia, en los cortes histológicos, de gran cantidad de material microglobular, no polarizado, que distendía los sinusoides e infiltraba las áreas paracorticales y medulares; el material extraño se encontraba en el espacio extracelular y en el interior de macrófagos y células gigantes multinucleadas; además, en el material citológico, encontró material homogéneo dentro de histiocitos vacuolados, así como presencia de cuerpos asteroides en algunas células gigantes multinucleadas.⁷ Esta autora propone que lo ideal es la demostración, por técnicas de microscopía electrónica analítica, de los polímeros de gel-silicón, lo cual también puede demostrarse con microscopía electrónica de transmisión. Sin embargo, estos procedimientos no están disponibles en todos los hospitales, sobre todo cuando se analiza el material obtenido por BAAF.

En la actualidad el uso de prótesis mamarias, con fines estéticos o reconstructivos, es cada vez mayor por lo que deben conocerse los cambios morfológicos originados por el silicón, no sólo en el sitio de la prótesis sino también en los ganglios que drenan a la misma y tenerlos en mente cuando se recibe material obtenido por medio de biopsia por aspiración con aguja fina.

La presencia de granulomas por silicón en ganglios linfáticos ha sido informada más frecuentemente como consecuencia de arthroplastias que en mastoplastias o inyección por silicón líquido; sin embargo, e independientemente del sitio de la prótesis, estos cambios pueden evaluarse perfectamente en los extendidos citológicos y son la existencia de tejido de granulación, histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas con presencia, en su citoplasma, de partículas oleosas que corresponden a los polímeros del silicón. Por lo tanto, la biopsia por aspiración con aguja fina de los ganglios que drenan al sitio donde se encuentra la prótesis es diagnóstica de la linfadenopatía por sili-

cón y permite descartar la presencia de un proceso neoplásico que puede, además, coexistir en una paciente determinada, Por lo que, si existe alguna lesión sospechosa de malignidad en la mama, será necesario la biopsia excisional del ganglio linfático o la biopsia por aspiración de la lesión mamaria, para confirmar o descartar una neoplasia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamín E, Ahemed A. Silicone lymphadenopathy: A report of two cases, one with concomitant malignant lymphoma. *Diagn Citopathol* 1982; 5: 133-141.
2. Christie AJ, Weinberger KA, Dietrich M. Recurrence of silicone lymphadenopathy. *JAMA* 1981; 225: 1314.
3. Christie AJ, Weinberger KA, Dietrich M. Silicone lymphadenopathy and synovitis. *JAMA* 1977; 237: 1463-1464.
4. Kircher T. Silicone lymphadenopathy. A complication of silicone elastomer finger joint prostheses. *Hum Pathol* 1980; 11: 240-244.
5. Travis WD, Balogh K, Abraham JL. Silicone granulomas: Report of three cases and review of literature. *Hum Pathol* 1985; 16: 19-27.
6. Hausner RJ, Schoen FJ, Mendez-Fernandez MA, Henly WS, Geis RC. Migration of silicone gel to axillary lymph nodes after prosthetic mammoplasty. *Arch Pathol Lab Med* 1981; 105: 371-372.
7. Tabatowski K, Elson CE, Johnston WW. Silicone lymphadenopathy in a patient with a mammary prosthesis. Fine needle aspiration cytology, histology and analytical electron microscopy. *Acta Cytol* 1990; 34: 10-14.
8. Raso DS, Greene WB, Metcalf JS. Synovial metaplasia of a periprosthetic breast capsule. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 118: 249-251.

Dirección para correspondencia:

Dra. Gilda Morales-Ferrer
Hospital General de México
Unidad de Patología
Laboratorio de Citopatología
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06726 México, D.F.
Tel: 59-99-61-33, ext. 1270

