

## Fiebre secundaria a linfadenopatía por silicona (siliconoma) en paciente con prótesis mamaria. A propósito de un caso

Carrasquer-Pirla MT, Elejalde-Guerra JI

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España

Recibido: 08/07/2016

Aceptado: 05/12/2016

En línea: 30/12/2016

Citar como: Carrasquer-Pirla MT, Elejalde-Guerra JI. Fiebre secundaria a linfadenopatía por silicona (siliconoma) en paciente con prótesis mamaria. A propósito de un caso. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Dic); 1(1): 16-18.

Autor para correspondencia: MT Carrasquer-Pirla. [tresacarrasquer@hotmail.com](mailto:tresacarrasquer@hotmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Linfadenopatía
- ▷ Elastómeros de silicona
- ▷ Prótesis mamarias
- ▷ Biopsia por aspiración con aguja fina

### Resumen

La mamoplastia es cada vez más frecuente y una complicación relacionada es el "siliconoma". Presentamos el caso de una mujer de 39 años con prótesis mamaria bilateral con síndrome febril prolongado y una gran adenopatía axilar izquierda cuya anatomía patológica mostró reacción de tipo cuerpo extraño compatible con siliconoma.

La biopsia por aspiración con aguja fina de los ganglios linfáticos que drenan al sitio donde se encuentra la prótesis es la prueba de referencia para el diagnóstico y permite descartar la presencia de un proceso neoplásico que, sin embargo, puede coexistir.

### Keywords

- ▷ Lymphadenopathy
- ▷ Elastomers
- ▷ Silicone breast implants
- ▷ Biopsy by fine needle aspiration

### Abstract

*Mammoplasty is becoming more common and a related complication is the "siliconoma". We report a case of a 39-year female with bilateral breast prosthesis, prolonged febrile syndrome and a left axillary lymph node whose pathological anatomy was compatible with siliconoma.*

*Biopsy by fine needle aspiration of lymph nodes draining the site where the prosthesis are, is the diagnostic gold standard, and allows rule out a neoplastic process, however, can coexist.*

### Puntos destacados

- ▷ Es previsible que en el futuro se observe un aumento de esta dolencia dada la cantidad de prótesis implantadas en los últimos años y las que se implantan en la actualidad, por lo que es importante conocer esta entidad y tenerla en cuenta.

### Introducción

Las prótesis mamarias son cada vez más frecuentes en nuestro entorno, tanto con fines estéticos como en cirugía reconstructiva. Éstas desencadenan una cápsula fibrosa alrededor que si se rompe, el gel puede acumularse intracápsularmente o difundir/migrar a través de la cápsula induciendo una reacción granulomatosa, conocida como siliconoma<sup>1,2</sup>. Esta reacción puede afectar a los ganglios regionales y/o sistémicos por una reacción de tipo cuerpo extraño a la presencia de silicona.

### Historia clínica

Presentamos el caso de una mujer de 39 años caucásica, remitida a consultas externas de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra para estudio de síndrome febril termometrado de hasta 38,5 °C asociado a astenia de 4 meses de evolución, sin otra clínica focalizadora acompañante. Como antecedentes médicos destacan asma bronquial, tuberculosis pulmonar a los 11 años (tratada durante 1 año) y migraña con aura, y entre los quirúrgicos, ligadura de trompas (2011) y prótesis mamaria bilateral con fines estéticos (2007). No viajes recientes ni contactos de riesgo. No ingesta de leche ni quesos no pasteurizados, ni ha recibido ningún tratamiento antibiótico. Como mascotas tiene dos perros y un gato correctamente vacunados y sin patología en dicho momento; no recuerda picaduras.

Había sido atendida por su médico de cabecera y en Urgencias en varias ocasiones, con realización de una analítica de sangre y orina, radiografía de tórax y ecografía abdominal que resultaron normales.

A la exploración física destaca gran adenopatía axilar izquierda móvil, no dolorosa, no adherida a planos profundos y de consistencia dura.

Se decide ingreso hospitalario para completar el estudio de fiebre de origen desconocido.

## Pruebas complementarias

Se realiza prueba de tuberculina que resultó positiva (induración de 16 mm) con baciloscopias en esputo (3 muestras) y orina negativas. Cultivo de sangre y orina negativos.

La radiografía de tórax repetida seguía sin mostrar alteraciones.

La analítica fue anodina, con reactantes de fase aguda normales (VSG, PCR, PCT). Se solicitaron serologías de Lúes; *Brucella*; Lyme; VHC; VHB; VIH; VEB; CMV; toxoplasma, *Coxiella*; *Mycoplasma pneumoniae*, resultando todas ellas negativas, así como marcadores de autoinmunidad (anticuerpos antinucleares, anti-ENA, factor reumatoide) con valores dentro de la normalidad.

Se completó estudio con tomografía computarizada torácica y abdominal que mostró deformidad de la prótesis mamaria izquierda, sugestiva de rotura de la misma y adenopatías axilares izquierdas y retropectorales (la mayor de 3 cm de diámetro) con elevada densidad. Resto de estudio dentro de la normalidad (Figura 1).

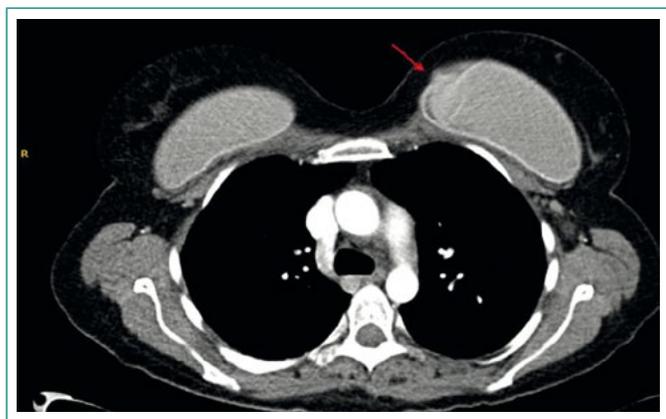


Figura 1. TC toracoabdominal. La flecha roja indica la zona de ruptura de la prótesis mamaria izquierda

Posteriormente, se realizó una mamografía (Figura 2) donde se visualiza una zona hiperecogénica de unos 40 mm que sugiere siliconoma por ruptura extracapsular en lado izquierdo y un ganglio linfático hiperecogénico en su interior. Clasificación BIRADS 2.

Finalmente se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del ganglio axilar de mayor tamaño, siendo las muestras procesadas según los métodos de rutina. Los preparados histológicos y citológicos fueron teñidos con hematoxilina-eosina evidenciando una población linfoide de aspecto polimorfo constituida por linfocitos de tamaño pequeño, intermedio y grande, entremezclados con células plasmáticas e histiocitos. Al microscopio se identificaron células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño con alguna vacuola intracitoplasmática, ópticamente vacía, compatible con linfadenitis granulomatosa, con células gigantes de tipo cuerpo extraño, compatible con siliconoma.

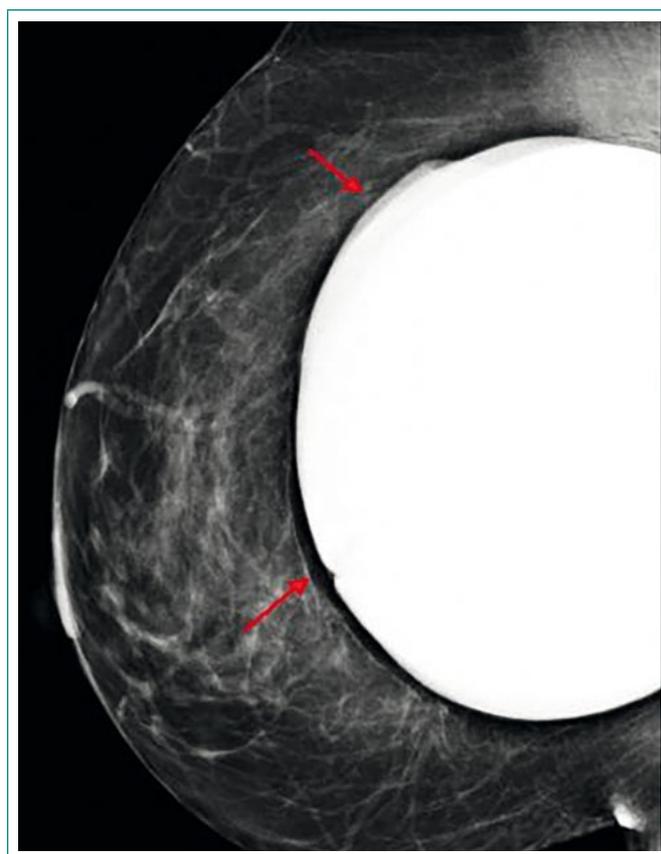


Figura 2. Mamografía de mama izquierda en la que las flechas rojas señalan signos que indican ruptura extracapsular

## Evolución

Se consultó con Cirugía plástica que realizó extracción de la prótesis rota y extirpación del siliconoma con resolución del cuadro de fiebre y astenia de la paciente.

## Diagnóstico

Con este resultado de las pruebas complementarias previas, sobre todo con la anatomía patológica de la PAAF, llegamos al diagnóstico de linfadenopatía (o siliconoma) por cuerpo extraño.

## Discusión

Los primeros casos descritos de siliconomas se remontan a 1964, por Winer et al., cuando se utilizaba silicona líquida inyectada. Actualmente, esta práctica está expresamente prohibida por las autoridades, aunque en algunos países se siga realizando ilegalmente<sup>1</sup>.

En 1965 se define como *siliconoma* la reacción granulomatosa a cuerpo extraño producida por las siliconas líquidas en los tejidos y la fibrosis que rodea las gotas de siliconas. Cuando la cápsula fibrosa está intacta se denomina *ruptura intracapsular*, y cuando se fuga silicona fuera de la cápsula (tasa de ruptura estimada a los 10 años del 10%, aproximadamente), generalmente en los tejidos adyacentes, se llama *ruptura extracapsular*<sup>3</sup>.

Esta reacción puede darse en regiones distantes como la cara (surco nasolabial), músculos temporales, nariz, hombros, codos, tórax, pleura, pared abdominal e incluso en el cerebro<sup>4,5</sup>.

La adenopatía puede presentarse generalmente entre los 4 y 10 años posteriores al implante, pero hay informes que los sitúan hasta 20 años después. La incidencia y la prevalencia real de la entidad son desconocidas debido a que la mayoría de la literatura se refiere a casos individuales<sup>5</sup>.

Por lo general, no se encuentran lesiones palpables en mamas, y si las hubiera, debería descartarse un cáncer mamario<sup>1,6</sup>.

El cuadro clínico característico es mastalgia en el lado afectado, uno o varios ganglios aumentados de tamaño, móviles, de consistencia intermedia a dura, no adheridos a planos profundos. Se puede encontrar además eritema, calor, rubor y en casos avanzados ulceración con infección secundaria, principalmente por *Staphylococcus aureus*<sup>5,6,7</sup>.

Respecto a los síntomas generales, son poco frecuentes, entre ellos fiebre, artralgias, mialgias, así como elevación de reactantes de fase aguda, por lo que hay que tener en cuenta esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido.

El "síndrome silicona" es poco frecuente e incluye disnea, fiebre, tos, hemoptisis, dolor en el pecho, hipoxia, hemorragia alveolar y alteraciones de la consciencia. Precisa diagnóstico diferencial con el embolismo graso<sup>8</sup>.

Para el diagnóstico es fundamental una buena historia clínica, teniendo presente el antecedente importante de la mamoplastia de aumento; un examen físico completo haciendo énfasis en las características de la(s) masa(s) y una biopsia por PAAF que característicamente mostrará abundantes células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, vacuolas citoplasmáticas conteniendo material homogéneo, no birrefringente y linfocitos polimorfonucleares<sup>4,8</sup>.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se incluyen el cáncer de mama y las metástasis, predominantemente de melanoma, tiroides, riñón, pulmón, estómago e hígado y también debe considerarse la posibilidad de linfomas e infecciones de extremidad superior<sup>2,6,7</sup>.

La PAAF de los ganglios linfáticos que drenan el sitio donde se localiza la prótesis, puede hacer el diagnóstico de linfadenopatía por silicona y a la vez permite descartar la presencia de un proceso maligno que pudiera coincidir en algunas pacientes<sup>2,7,8</sup>.

Para el estudio de extensión, la resonancia magnética nuclear (RMN) con una secuencia selectiva *Inversion Recovery* (suprime toda señal que no sea silicona: piel, grasa, tejido mamario y agua) mostrará el compromiso glandular y la presencia o no de colecciones de silicona, y adicionalmente descartará otras patologías asociadas<sup>2</sup>.

El tratamiento consiste en el recambio de la(s) prótesis afectada(s) y extracción de los siliconomas en las pacientes sintomáticas, aunque unos pocos autores proponen tratamiento con tetraciclinas y seguimiento ambulatorio<sup>4</sup>.

Existe controversia sobre si debe hacerse seguimiento de las pacientes portadoras de implantes mamarios ante la posibilidad de rotura y complicaciones como la aparición de siliconomas. De hacerse, la estrategia más razonable desde el punto de vista económico, y por comodidad para la paciente, es la ecografía semestral, reservando la RMN para los casos dudosos<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Ruiz Moya A, Carvajo Pérez F, de León Carrillo JM, Fernández Ortega P, Fernández Venegas M, Alfaro Galán L. Siliconomas tras rotura de implantes mamarios de gel de silicona de alta cohesividad y Poly implant Prostheses. Revisión de indicaciones diagnósticas y terapéuticas. Rev Senol Patol Mamar. 2013; 26(2): 58-64.
2. García Soto G, Castaño J, Smith Meneses R. Linfadenopatía por silicona en una paciente con prótesis mamarias. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57(2): 112-15.
3. Román Soler A, Sánchez Torres L. Siliconoma. Imagen Diagn. 2011; 2(2):75-76.
4. De Kleijn EM, Van Lier HJ, Van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO). II. Diagnostic procedures in prospective multicenter study of 167 patients. The Netherlands FUO study Group. Medicine (Baltimore). 1997 Nov; 76(6): 401-14.
5. Austad ED. Breast implant-related silicone granulomas: the literature and the litigation. Plast Reconstr Surg. 2002; 109: 1724-30.
6. Vaamonde R, Cabrera JM, Vaamonde-Martín RJ, Jimena I, Marcos Matin J. Silicone granulomatous lymphadenopathy and siliconomas of the breast. Histology Histopathol. 1997; 12: 1003-11.
7. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. Arch Intern Med. 2003 Mar 10; 163(5): 545-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12622601>
8. Morales Ferrer G, Duarte Torres RM. Linfadenopatía por silicón en una paciente con prótesis mamaria. Reporte citológico de un caso. Rev Med Hosp Gen Méx. 2004; 67(4): 208-10. <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2004/hg044f.pdf>