

# Prótesis mamarias texturizadas y linfoma anaplástico de células grandes

Arturo Prado S.<sup>1</sup> y Kenneth Guler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Clínica Quilín. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Hospital Salvador, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Recepción 2020-03-15 y aceptado 2020-11-18

**Correspondencia a:**  
Dr. Arturo Prado S.  
[prado.arturo@gmail.com](mailto:prado.arturo@gmail.com)

## Breast implant associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL)

In recent years, evidence has appeared linking a type of breast lymphoma with silicone implants, which has caused great commotion worldwide. This anaplastic large cell non-Hodgkin lymphoma (monoclonal T cells) has been associated in most cases with textured breast implants. It is relatively rare, since it can occur in 1 in 2832 operated on and it can manifest as a periprosthetic seroma or as a tumor of the mammary scar capsule with or without involvement of the gland and adjacent tissues.

**Key words:** breast implants; anaplastic large cell lymphoma.

## Resumen

En los últimos años, han aparecido evidencias que relacionan a un tipo de linfoma mamario con los implantes de silicona, lo que ha causado gran conmoción a nivel mundial. Este linfoma anaplástico de células grandes no Hodgkin (células T monoclonales), se ha visto asociado en mayoría de los casos, a las prótesis mamarias texturizadas. Es relativamente raro, ya que se puede presentar en 1 de cada 2.832 operados (as) y se puede manifestar como un seroma periprotésico o como una tumoración de la cápsula cicatrizal mamaria con o sin compromiso de la glándula y de los tejidos adyacentes.

**Palabras clave:** prótesis mamarias texturizadas; linfoma anaplástico de células grandes.

Como cirujanos plásticos certificados y académicos, debemos cumplir fielmente con nuestro compromiso de mantener informados (as) a nuestros (as) pacientes acerca de la posible aparición de eventos adversos, vigilancia, seguimiento y nuestro apego a la medicina actualizada y basada en evidencias, por la posibilidad de la aparición de un cáncer linfomatoso después de la instalación de prótesis mamarias texturizadas (BIA-ALCL)<sup>1</sup>.

Este linfoma anaplástico de células grandes (células T monoclonales) no Hodgkin, que se asocia a las prótesis mamarias texturizadas, se puede presentar en 1 de cada 2.832 operados (as) y aparecer como una acumulación de líquido alrededor de las prótesis, de la cápsula cicatrizal mamaria, o como una tumoración de la cápsula mamaria y que invade secundariamente a la glándula<sup>2,3</sup>.

En el año 2011, hubo una alerta de la OMS acerca de la relación de prótesis mamarias con textura (rugosas) y muy especialmente las de poliuretano y este linfoma<sup>1</sup>.

El mecanismo de su patogenia es indeterminado

y la teoría más aceptada acerca de su aparición, es multifactorial y secundario a una inflamación crónica producida por una displasia de células T de la cápsula que rodea a las prótesis texturizadas y además con una base genética y que susceptibiliza a las (os) pacientes.

Por ser un linfoma no Hodgkin (un cáncer), es una enfermedad de declaración obligatoria en nuestro sistema de salud y como tal, cubierto por el GES.

Los seromas después de un año de implantación de prótesis mamarias texturizadas ocurren en 0,1%-0,2% y hoy, en el año 2020, cualquier seroma que aparece después de 1 año de una operación de implantes de prótesis mamarias texturizadas y que no se ha podido explicar por causas de infección o después de un trauma, se debe considerar como sospechoso de enfermedad maligna linfomatosa. El 10% de los seromas tardíos corresponden a BIA-ALCL<sup>1,2</sup>.

El estudio de imágenes (ecotomografía mamaria) debe centrarse en la evaluación específica de la colección de líquido, presencia de masas tumorales

mamarias y/o capsulares, ganglios linfáticos (axilares, supraclaviculares y mamarios internos).

En los casos en que este examen resulte muy inespecífico y poco determinante para certificar la presencia de líquido, se debe recurrir a una resonancia magnética (RM)<sup>2</sup>.

La sensibilidad de la mamografía en esta enfermedad es muy baja, por lo que no se considera como aceptable para corroborar el diagnóstico<sup>2</sup>.

Una vez confirmada la presencia de líquido alrededor de la prótesis mamaria, se debe proceder a su punción y aspiración con aguja delgada, la mayoría de las veces debe ser guiada por ecografía (radiología intervencionista).

El volumen de líquido que se envía al patólogo, debe ser al menos de 20-50 cc (idealmente 100 cc) y no requiere de refrigeración y tampoco ningún medio de fijación de la muestra.

En la orden de examen, se debe solicitar un estudio de bloques celulares y moleculares (inmunohistoquímica CD30) y además adjuntar la descripción del contexto de la historia clínica del paciente<sup>2</sup>.

En suma, cuando consulta una (un) paciente con implantes mamarios y que después de 1 año o más (en promedio 8-10 años después de la cirugía), y con una ecotomografía o RM que presenta un seroma alrededor de una o ambas prótesis o un aumento mamario asimétrico, y al examen físico se encuentra una masa capsular/mamaria, ganglios palpables, y a veces, también ulceración, debemos comunicarle al o la paciente, de la posibilidad que tenga un linfoma anaplástico no Hodgkin (BIA-ALCL). El seroma se punciona con una aguja fina y se pide un estudio de inmunohistoquímica de citología monoclonal CD 30, y que confirmará o no la presencia de células tumorales. El paciente debe ser evaluado en conjunto con un oncólogo para programar la operación de capsulectomía en “*block*” y/o mastectomía con biopsia intraoperatoria. Confirmado el diagnóstico de linfoma anaplástico de células grandes no Hodgkin asociado a prótesis mamarias texturizadas (BIA-ALCL) se debe hacer una declaración/comunicación obligatoria al GES y presentar el paciente a un comité multidisciplinario para cumplir con el

modelo actualizado del manejo de este linfoma y su etapificación con PET/TC y/o biopsia de médula ósea<sup>2</sup>.

El linfoma localizado anaplástico de células grandes asociado a prótesis mamarias (BIA-ALCL) se trata con cirugía, la que es curativa; la operación consiste en una explantación, capsulectomía total en *block*, pudiéndose considerar una reconstrucción mamaria inmediata (inclusive con uso de prótesis mamarias lisas).

El seguimiento es en conjunto con oncología, y se deben hacer controles de ecotomografía y TC cada 6 meses y hasta cumplir 2 años, para considerar al paciente curado<sup>2</sup>.

En la etapificación II-III-IV, a la cirugía se agrega quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona y si el tumor/cápsula es irsecable se indica radioterapia<sup>2</sup>.

La cirugía plástica efectuada por cirujanos y médicos dedicados a la especialidad sin formación apropiada ni reconocimiento oficial es muy frecuente en todo el mundo y en Chile hay muchos más de ellos que cirujanos plásticos acreditados.

La cirugía plástica de aumento mamario se ha volcado casi por completo a los médicos no especialistas y que operan bajo normas y modelos poco estandarizados y que casi exclusivamente usan prótesis texturizadas.

Es muy importante la comprensión y la implementación de paradigmas estandarizados para el manejo de estos casos y que pueden prevenir las demoras en el diagnóstico, la progresión y las secuelas de este tipo de linfoma.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Conflictos de interés:** no hay.

### Bibliografía

- Gindengil CA, Predmore Z, Mattke S, Van Busum K, Kim B. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: A systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135:713-20.
- Clemens MW, Brody GS, Mahabir RC, Miranda RN. How to diagnose and treat breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Plast Reconstr Surg.* 2018;141:586-99.
- Collet DJ, Rakhorst H, Lennox P, Magnusson M, Cooter R, Deva AK. Current risk estimate of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma in textured breast implants. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143:30-40.
- Rastogi P, Riordan E, Moon D, Deva AK. Theories of ethiopathogenesis of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143:23-9.