

## Cartas científicas

### Siliconoma pulmonar, una rara complicación de rotura de prótesis mamaria



#### *Lung Siliconoma, a Rare Complication of Breast Prosthesis Rupture*

Estimador Director:

En las últimas décadas asistimos al máximo apogeo de la medicina estética y a su mayor exponente que son las prótesis de silicona. La silicona más utilizada es un polímero de polidimetilsiloxano, muy estable y que carece de inmunogenicidad. Aun así, no está exenta de complicaciones que, aunque raras, pueden comprometer la vida de los pacientes.

La mayoría de las complicaciones se han descrito con la inyección de silicona líquida, la cual está prohibida por las asociaciones nacionales e internacionales de medicamentos, como la *US Food and Drug Administration* (FDA), que prohíbe su uso desde 2017 a partir de un comunicado de seguridad<sup>1</sup>. Por otro lado, las complicaciones secundarias a la rotura de prótesis de gel de silicona son extremadamente raras.

Con relación a esto presentamos el caso de una mujer de 47 años, nunca fumadora, con clínica de tos y expectoración hemoptoica de semanas de evolución. No cuenta fiebre, ni síndrome general. En la radiografía de tórax se observa una lesión cavitada en lóbulo superior derecho (fig. 1A). La analítica no muestra signos de infección. La TC torácica muestra una lesión cavitada en LSD de 15 × 16 mm (fig. 1B), sin otros hallazgos. Se realiza broncoscopia con resultados negativos para malignidad. Los cultivos recogidos resultan negativos. Se solicita PET/TC que muestra una captación

de la lesión con un SUV máximo de 1,08, que asciende en el estudio dual a 1,14, que no puede descartar enfermedad tumoral de bajo grado.

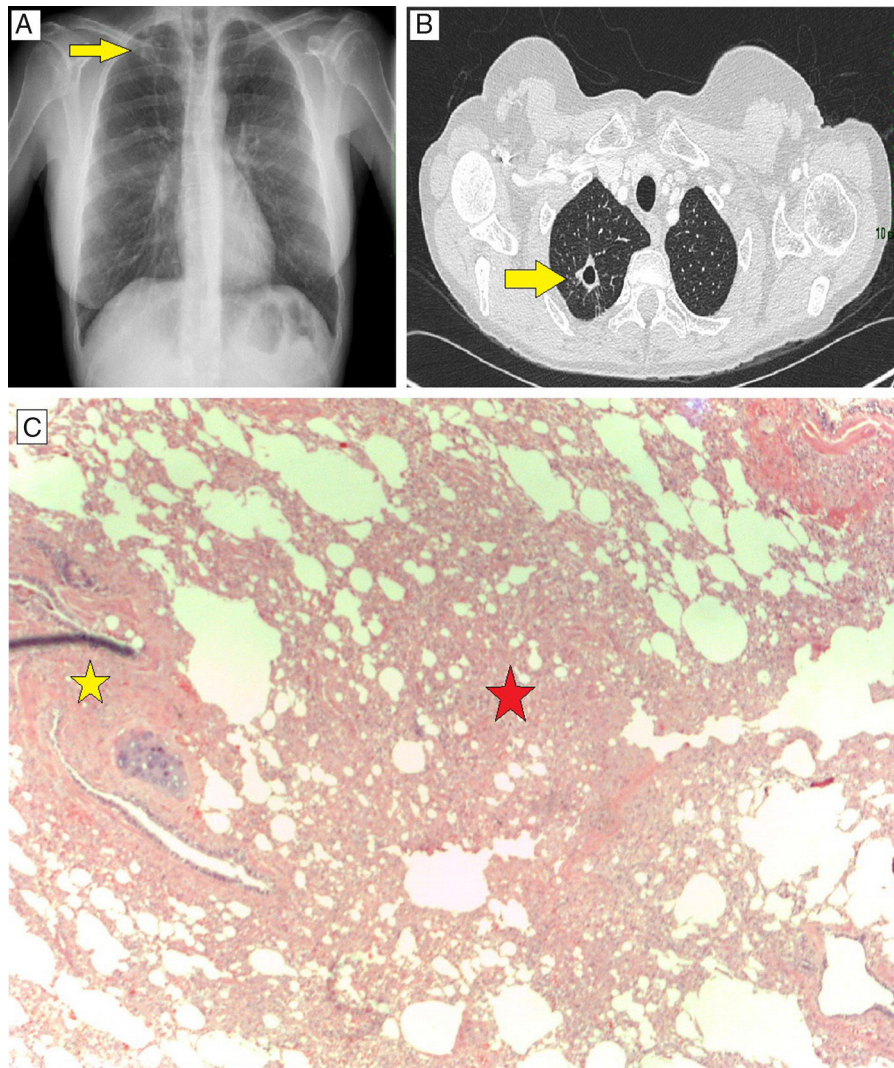
Con esto se decide la resección segmentaria de la lesión por videotoroscopia, siendo informada la pieza quirúrgica como un infiltrado inflamatorio crónico, de predominio linfocitario, con células gigantes multinucleadas y presencia de cuerpo extraño compatible con polímeros de silicona (fig. 1C).

Reinterrogando a la paciente refiere ser asidua a la cirugía estética. En 2012 se somete al primer implante de prótesis mamarias que son retiradas 6 meses después por rotura de una de ellas.

Con los resultados de anatomía patológica y los antecedentes de la paciente, se asume el diagnóstico de reacción secundaria a la migración de material de la prótesis rota y se decide actitud conservadora. En sucesivos controles radiológicos no se observa la aparición de nuevas lesiones pulmonares.

La particularidad del caso radica en la excepcionalidad del mismo. Las complicaciones derivadas de la rotura de prótesis mamarias de silicona son raras y mayormente locales. La afectación pulmonar es inusual, pudiendo presentarse como embolismos, neumonitis o siliconomas que son lesiones a modo de reacción de cuerpo extraño frente a los restos de silicona, que pueden aparecer alrededor de la prótesis o en cualquier parte del cuerpo por migración del material. Se cree que la silicona alcanza el pulmón por vía hematogena o linfática, manifestándose entonces de las formas antes mencionadas<sup>2</sup>.

En 1975 se describen los primeros casos de neumonitis por silicona<sup>3</sup>, publicándose posteriormente casos similares, secundarios a inyecciones subcutáneas de silicona líquida<sup>4,5</sup>. Todos corresponden a casos de embolismos o neumonitis. No hay



**Figura 1.** Siliconoma pulmonar. A) Radiografía de tórax, proyección PA, se visualiza lesión cavitada en LSD superpuesta a clavícula y arco de segunda costilla. B) Corte axial de TC torácica donde se visualiza lesión cavitada de 15 × 16 mm en LSD. C) muestra histológica de biopsia pulmonar quirúrgica, tinción hematoxilina-eosina ×40. Infiltrado linfohistiocitario con células gigantes multinucleadas (estrella roja). Cuerpo extraño, restos de polímeros de silicona (estrella amarilla).

descritos casos en la literatura de siliconomas pulmonares como el presentado.

### Bibliografía

1. U.S. Food and Drug Administration [Internet]. Silver Spring (Maryland). [Actualizado 14 Nov 2017; citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm584827.htm>
2. Rees T, Ballantyne D, Seidman I. Visceral response to subcutaneous and intraperitoneal injections of silicone in mice. *Plast Reconstr Surg.* 1967;39:402-10.
3. Ellenbogen R, Rubin L. Injectable fluid silicone therapy: Human morbidity and mortality. *JAMA.* 1975;234:308-9.
4. Chung KY, KIM SH, Kwon IH, Choi YS, Noh TW, Kwon TJ, et al. Clinicopathologic review of pulmonary silicone embolism with especial emphasis on the resultant histologic diversity in the lung - A review of five cases. *Yonsei Med J.* 2002;43:152-9.
5. Smith A, Tzur A, Leshko L. Silicone embolism syndrome: A case report, review of the literature, and comparison with fat embolism syndrome. *Chest.* 2005;127:2276-81.

Francisco Muñiz González<sup>a,\*</sup>, Fátima Hermoso Alarza<sup>b</sup> y María del Puerto Cano Aguirre<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fmunizgonzalez@gmail.com](mailto:fmunizgonzalez@gmail.com) (F. Muñiz González).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.02.019>

0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.