

11217  
73  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

IMPLICACIONES DEL USO DE PROTESIS  
MAMARIA DE SILICONA  
EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES  
LOCALES Y SISTEMICAS

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA  
Y O B S T E T R I C I A  
P R E S E N T A :  
DRA. LETICIA LILIANA SOLIS PICHARDO

ASESOR:  
DR. FERNANDO ENRIQUE MAINERO RACHELOUS

0270976

México, D.F. , Octubre 1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

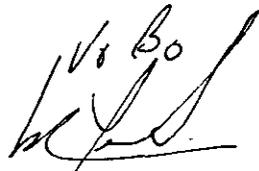
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA**

**"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**TESIS:**



**IMPLICACIONES DEL USO DE PROTESIS MAMARIA DE  
SILICONA EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES  
LOCALES Y SISTEMICAS**

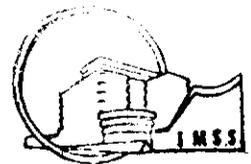
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**DRA. LETICIA LILIANA SOLIS PICHARDO**

**ASESOR:**

**DR. FERNANDO ENRIQUE MAINERO RATCHELOUS**



**EMERGENCIA  
NGO "LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS**

## INTRODUCCION

Desde los inicios de la década de 1960 se introdujo la utilización de prótesis mamarias de silicona con fines cosméticos y reconstructivos.<sup>1</sup> La silicona (polidimetilsiloxano) es un polímero inorgánico de dióxido de silicio con propiedades elastoméricas que puede existir en líquido, gel o sólido. Este compuesto se utiliza como materia prima en la elaboración de una gran cantidad de productos médicos.

Se calcula que aproximadamente dos millones de mujeres en Estados Unidos de Norteamérica son portadoras de prótesis mamarias.<sup>2</sup> En México desconocemos la incidencia de este fenómeno. En 1988 la FDA (Food and Drug Administration) anunció que las compañías manufactureras de prótesis mamarias de silicona tenían que aportar evidencia sobre la seguridad de su uso, ya que previamente se habían reportado casos anecdóticos en la literatura médica que correlacionaban el uso de prótesis mamarias con enfermedades sistémicas. Posteriormente se establecieron demandas legales multimillonarias en contra de las compañías fabricantes de prótesis de silicona. Todo esto aunado a una publicidad desfavorable en medios masivos de comunicación así como la incapacidad de las compañías para ofrecer evidencia sobre la seguridad del uso de prótesis mamarias, condicionaron que la FDA en 1992 decidiera limitar el uso de las prótesis mamarias a la reconstrucción mamaria posterior a cirugía de cáncer de mama en estudios clínicos controlados.<sup>3</sup>

A pesar de la amplia difusión de la práctica de utilizar prótesis mamarias desde hace más de 30 años en todo el mundo, son pocas las series publicadas que evalúen científicamente las complicaciones que conlleva su uso. Existe controversia sobre el tiempo que puede permanecer una prótesis de silicona sin que condicione complicaciones tales como ruptura, goteo, contractura y desplazamiento. Algunos autores consideran que desde un 5% hasta un 35.7% de las prótesis de silicona sufren ruptura y/o goteo después de 1 a 9 años de uso, aumentando significativamente en algunos casos hasta un 95.7% en 10 a 17 años. Los porcentajes más impactantes se han encontrado en series que revisan las prótesis mamarias de silicona en mujeres que acudieron a consulta por diversos síntomas supuestamente relacionados con estos implantes mamarios.<sup>4,5</sup> Sin embargo en un estudio prospectivo con seguimiento a 10 años en promedio posterior a la colocación de implantes mamarios de silicona, la incidencia de esta complicación fue del 5%.<sup>6</sup> Hasta el momento no hay un método diagnóstico sensible para corroborar la presencia de ruptura y/o goteo de la prótesis mamaria y la sintomatología es de aparición tardía (asimetría mamaria, disminución de volumen mamario y mastalgia).<sup>7</sup>

La formación de una cápsula alrededor de un implante de silicona es parte de la respuesta inflamatoria a cuerpo extraño esperada. La complicación más frecuente asociada con prótesis mamarias de silicona es la contractura de la cápsula que puede condicionar endurecimiento de la mama, deformidad y mastalgia moderada a severa. Su incidencia también es controversial ya que hay estudios que la reportan tan baja como del 0.6%<sup>8</sup> hasta un 81% dependiendo del seguimiento realizado y del tipo de prótesis (lisas, texturizadas y salinas). En general se acepta que los implantes texturizados o rugosos tienen menor incidencia de contractura capsular.<sup>9</sup> El tratamiento dependiendo de la severidad del caso puede ser reducción manual externa o inclusive quirúrgica.

Hasta el momento no existe un acuerdo sobre la incidencia de otras complicaciones de tipo local tales como infecciones, galactorrea e insatisfacción en los resultados cosméticos, aunque parecen ser más frecuentes en la cirugía reconstructiva en comparación con la cosmética.<sup>6</sup>

Se ha demostrado que la silicona no es inerte ya que es capaz de ocasionar respuestas inmunológicas y *disfunción inmune en animales de experimentación*. Existen una gran cantidad de reportes anecdóticos en seres humanos que pretenden establecer relaciones de causa-efecto entre prótesis mamaria de silicona y enfermedades o síndromes sistémicos del tejido conectivo e inclusive describen una entidad denominada "enfermedad adyuvante humana".<sup>10,11</sup> Este término está desacreditado por no tener criterios precisos y reproducibles. Estudios retrospectivos de casos y controles y multicéntricos no han demostrado una asociación estadísticamente significativa entre el uso de prótesis mamaria de silicona con el desarrollo de enfermedades del tejido conectivo.<sup>12,13,14,15</sup> Todos estos estudios carecen de un poder estadístico suficiente para excluir un mínimo riesgo debido a las bajas incidencias de enfermedades del tejido conectivo (aproximadamente 1%)<sup>12</sup> y de uso de prótesis mamaria de silicona (8/1000 mujeres en EUA).<sup>16</sup> El seguimiento de los casos reportados pudiese no ser suficiente para abarcar un periodo de latencia entre la exposición al supuesto riesgo (colocación de prótesis) y el efecto (desarrollo de una enfermedad sistémica)<sup>17</sup>

La reconstrucción mamaria es parte del manejo integral en el tratamiento del cáncer mamario. La prótesis mamaria es una opción reconstructiva para las mujeres sometidas a mastectomía y su uso ha demostrado beneficios en cuanto a un excelente resultado cosmético, redundando en una disminución en la morbilidad psicológica postoperatoria inmediata y tardía. Las pacientes con una prótesis mamaria de silicona pueden ser sometidas a terapia adyuvante e inclusive a radioterapia sin que se vea comprometido su seguimiento clínico y mastográfico.<sup>2</sup> En la literatura médica existe controversia en cuanto al posible riesgo de no detectar oportunamente las lesiones malignas en una mama con prótesis utilizando los métodos diagnósticos convencionales.<sup>1, 18</sup> Inclusive se ha reportado una técnica<sup>19</sup> para desplazar una prótesis de silicón y así ésta no interfiere

en una evaluación mastográfica. Vale la pena aclarar que la maniobra no está exenta de complicaciones. También se ha sugerido que una prótesis mamaria altera desfavorablemente la historia natural del cáncer mamario.<sup>1</sup> No se ha probado a través de estudios retrospectivos de cohortes llevados a cabo en EUA y Canadá <sup>20,21</sup> que la presencia de una prótesis mamaria de silicona sea un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer mamario.

Los objetivos de este trabajo fueron conocer la frecuencia relativa de mujeres con prótesis mamaria de silicona que acudieron a consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala; evaluar las complicaciones tempranas y tardías , locales y sistémicas atribuidas al uso de prótesis mamarias correlacionándolas con técnica quirúrgica , tiempo de uso de la prótesis, localización de la prótesis, indicación y patología mamaria previa a su implantación, así como establecer si hay cambios en la metodología diagnóstica y terapéutica del cáncer de mama en pacientes con prótesis mamaria.

## MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal (estudio de corte transversal <sup>22</sup>) de los casos de pacientes con prótesis mamaria de silicona captadas en la consulta externa del servicio de Oncología Mamaria del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, del mes de enero al mes de septiembre de 1997. Se les realizó historia clínica completa y revisión de mastografía. A continuación se llenó una hoja de captación de datos para cada paciente. Armamos un perfil general reproductivo bio-psico-social para las pacientes con prótesis mamaria de silicona tomando en cuenta, edad, paridad, uso de hormonales para anticoncepción oral y/o climaterio, edad de la primera gestación a término, paridad y antecedente de lactancia.

Las variables independientes en estudio fueron patología mamaria previa a la colocación de prótesis mamaria de silicona, indicación cosmética o reconstructiva para colocación de prótesis mamarias, edad de colocación de prótesis mamarias, colocación por cirujano plástico mastólogo o cirujano general, vía de abordaje para la colocación de prótesis mamarias, localización de la prótesis mamaria, cirugía complementaria simultánea a la colocación de prótesis y tiempo de uso de prótesis mamaria. La variable dependiente con la que se correlacionó cada una de las variables independientes fue la presencia de complicaciones postoperatorias.

Se evaluaron intencionadamente en el estado actual de la paciente la presencia de enfermedades sistémicas autoinmunes (enfermedades de la colágena) y el cáncer de mama.

Se calcularon medidas de asociación (razón de momios) para establecer la relación entre las variables independientes y la variable dependiente. Se calculó el intervalo de confianza al 95% (IC 95%) para establecer la significancia estadística. Se realizó prueba de hipótesis utilizando  $\chi^2$  con corrección de Yates para reducir la sobre-estimación de la  $\chi^2$  y para obtener un resultado más conservador.

$$\chi^2 = \frac{n(ad-bc-n/2)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Se consideró el valor de  $p \leq 0.05$  como estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

Un total de 12 240 pacientes acudieron a la consulta externa del servicio de Oncología Mamaria, incluyendo de primera vez y subsecuentes, durante los meses de enero a septiembre de 1997. Se detectaron 42 casos de pacientes con prótesis mamaria de silicona. Esto arroja una frecuencia relativa de 3 en 1000.

El promedio de edad de las pacientes fue de 45.4 años en el momento de acudir a la consulta. Solamente 28 pacientes habían tenido una gestación de término (66%) El número de gestaciones de término en promedio fue de 1.73. La edad promedio a la cual tuvieron su primera gestación de término fue de 22.57 años. El 79% de las pacientes con gestaciones de término (22) practicaron la lactancia y el promedio de meses de lactancia fue de 10.5. El 68.3% de las pacientes (29) reportaron haber utilizado anticonceptivos hormonales durante un promedio de 14.6 meses. De estas pacientes, el 93% (27) utilizaron anticonceptivos orales y el 7%(2), inyectables. El 47.6% de las pacientes fueron mayores de 45 años y de éstas el 35% (7) utilizaron terapia hormonal de reemplazo en el climaterio un promedio de 10.7 meses

Fueron 27 pacientes (64.3%) que reportaron alguna patología mamaria previa a la colocación de prótesis. En la Tabla 1. se reportan los casos encontrados de patología mamaria benigna tomando en cuenta que algunas pacientes reportaron más de una patología previa. En la Tabla 2. se reportan los casos de cáncer mamario previo a la colocación de la prótesis mamaria.

La edad promedio en la cual se colocó la prótesis mamaria fue de 38.2 años. La indicación cosmética fue más frecuente siendo el 83% (35) de los casos y la indicación reconstructiva el 17% (7). Fue colocada por cirujano plástico o mastólogo en el 86% de los casos(36). La vía de abordaje más frecuente fue a través del surco submamario en el 73.81% (31 casos).En la Tabla 3. se observa la relación de las vías de abordaje. La localización de la prótesis más frecuente fue la retromuscular en el 47.6% de los casos (20). En la Tabla 4 se definen las localizaciones de las prótesis. El tipo de prótesis más frecuente fue el de silicona lisa en el 83% de los casos (35) en comparación con las rugosas en el 2.4% de los casos (2) y la paciente ignoró el dato en 5 casos. El volumen de silicona implantada en promedio fue de 320 cc. En 6 casos se realizó algún procedimiento quirúrgico complementario simultáneo a la colocación de prótesis y estos se definen en la Tabla 5. El tiempo de uso promedio de prótesis fue de 7 años.

Se reportaron complicaciones postoperatorias infecciosas en 5 casos y dos de ellas fueron tan severas que ameritaron retiro de prótesis y recolocación posterior a 2 y 6 meses

respectivamente. Esta última fue bilateral y en el único caso reportado de prótesis subcutánea. Las complicaciones postoperatorias tardías reportadas se describen en la Tabla 6. En total fueron 10 casos que presentaron complicaciones relacionadas con la colocación de prótesis. Al evaluar la asociación entre las variables: antecedente de patología mamaria previa, colocación por cirujano plástico o mastólogo, procedimiento quirúrgico complementario a la colocación de prótesis, vía de abordaje, indicación de colocación de prótesis y edad de colocación de prótesis con las complicaciones postoperatorias no se encontró significancia estadística. Solamente el sitio de localización de la prótesis mamaria (retromamaria y subcutánea) tuvo una asociación como factor de riesgo de 6.3 estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) y se puntualiza en la Tabla 7.

En la Tabla 8 se describen la incidencia de sintomatología referida y alteraciones clínicas detectadas. El 71.4% de las pacientes tenían como estudio complementario una mastografía que fue útil para corroborar integridad de la cápsula de la prótesis, detectar lesiones del tejido glandular y establecer un patrón adiposo- glandular. En los casos de cáncer de mama con prótesis mamaria subyacente fue posible corroborar la lesión sospechosa de malignidad reportada al examen físico.

Se reportó satisfacción de la paciente con su condición cosmética actual en el 78.57% de los casos y en la Tabla 8 se puntualiza.

Dos pacientes refirieron sintomatología artrítica (artralgias en manos y rodillas intermitentes exclusivamente) posterior a la colocación de las prótesis mamarias sin datos clínicos de repercusión sistémica. Una de ellas tenía 43 años y otra 68 años.

Se reportaron cuatro casos de cáncer de mama en pacientes con prótesis mamaria de silicona. En todas el diagnóstico se hizo por exploración física y fue corroborado con la mastografía y con biopsia. Todos los casos fueron carcinomas lobulillares infiltrantes. Uno de ellos correspondió a una recurrencia local y fue manejada con radioterapia y tamoxifén. Dos de ellos fueron manejadas con cirugía conservadora (cuadrantectomía y disección radical de axila) sin reseca la prótesis. La cuarta fue manejada con mastectomía radical modificada con extracción de la prótesis.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

En este estudio encontramos una frecuencia relativa de mujeres con prótesis mamaria de silicon de 3 en 1000 mujeres en población derechohabiente de un centro de tercer nivel que no es comparable con la incidencia de 11 a 12 por 1000 mujeres en población abierta en los Estados Unidos de Norteamérica reportada por Cook.<sup>16</sup> En México no existen estudios de este tipo. El hecho de haber encontrado que las localizaciones retromamaria y subcutánea de las prótesis mamarias de silicona concuerda con lo reportado por Clark.<sup>18</sup> Gabriel<sup>12</sup>, Berkel<sup>20</sup> y Hennekens<sup>14</sup>. Encontramos una incidencia de complicaciones postoperatorias globales similares a las descritas por Gabriel.<sup>12</sup> Al contrario de lo que reporta en un estudio de prótesis mamarias de silicona Shapiro<sup>9</sup>, nosotros no encontramos asociación significativa entre el uso de prótesis de silicona lisa con complicaciones postoperatorias.

Consideramos que este fue un trabajo original ya que explora variables que pudiesen estar asociadas con complicaciones postoperatorias pero que no han sido evaluados previamente. No compartimos la opinión de Peters<sup>5</sup> quien sugiere retirar las prótesis mamarias de silicona profilácticamente a los 8 años de su uso ya que encontró una incidencia de ruptura de la cápsula del 87%. La incidencia que nosotros encontramos de esta complicación en pacientes sintomáticas fue sólo del 6% que concuerda con la de Clark<sup>18</sup>

Evidentemente la demanda de atención médica y litigio legal que encontramos en la literatura médica norteamericana en usuarias de prótesis mamarias por sintomatología inespecífica es consecuencia de la influencia de la carga psico-social condicionada por la publicidad.<sup>3</sup> Pudiese ser que una mujer con prótesis de mama de silicona después de recibir información adversa sobre su uso, manifieste sintomatología inespecífica sin que necesariamente tenga una enfermedad sistémica adjudicada sin evidencia científica hasta el momento al uso de prótesis de silicona.<sup>17</sup> En nuestro medio la controversia sobre el uso de prótesis mamarias de silicona no ha tenido este impacto médico legal en las usuarias y de hecho observamos que la mayoría de las pacientes ni siquiera habían acudido a revisión por un especialista después de lograr el efecto cosmético deseado.

Debido a la preocupación por los riesgos de las prótesis mamarias de silicona, el público puede asumir que éstas son la causa de cualquier síntoma o enfermedad que se presente después de ser colocadas. Hasta el momento no hay estudios epidemiológicos que demuestren una asociación importante entre el uso de prótesis mamarias de silicona con la aparición de enfermedades reumatológicas<sup>13</sup> o cáncer mamario. Los estudios publicados hasta el momento no son lo suficientemente grandes para descartar cierto efecto. Los estudios que pretenden apoyar una relación

causa-efecto han tenido defectos metodológicos ,falta de validación objetiva <sup>10</sup> y gran parte de ellos sólo han sido anecdóticos.<sup>11</sup>

La cirugía conservadora de mama es una opción controvertida e interesante en el tratamiento del cáncer mamario y la presencia de una prótesis mamaria de silicona no debe ser una contraindicación para llevarla a cabo. El resultado cosmético estará condicionado por detalles en la técnica quirúrgica, localización del implante y dosis de radioterapia complementaria.<sup>2</sup> Los efectos psicológicos deletéreos en las pacientes sometidas a una cirugía radical de mama han sido ampliamente puestos en evidencia<sup>14</sup>por lo que una alternativa terapéutica conservadora bien indicada siempre será mejor aceptada.

Un buen juicio médico debe valorar riesgos y los beneficios de un implante mamario de silicona. Debe sensibilizar a la paciente sobre la importancia de acudir periódicamente a una revisión clínica completa para la detección y tratamiento oportunos de padecimientos mamarios y sistémicos.

La controversia sobre el uso de prótesis mamarias de silicona se resume a disputas legales, miedo irracional, prejuicios y avaricia Todo esto interfiere con los esfuerzos científicos para poder resolver cuestiones tan importantes de salud pública.

## REFERENCIAS

1. Silverstein MJ, Handel N, Gamagami P, et al. Breast cancer in women after augmentation mammoplasty. *Arch Surg* 1988;123:681-685.
2. Guenther JM, Tokita KM, Giuliano AE. Breast conserving surgery and radiation after augmentation mammoplasty. *Cancer* 1994;73:2613-2618.
3. Angeil M. Evaluating the health risks of breast implants: the interplay of medical science, the law, and public opinion. *N Engl J Med* 1996;334:1513-1518.
4. de Camara DL, Sheridan JM, Kammer BA. Rupture and aging of silicone gel breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:828-834.
5. Peters W, Keystone E, Smith D. Factors affecting the rupture of silicone gel breast implants. *Ann Plast Surg*. 1994;32:449-451.
6. Gabriel SE, Woods JE, O'Fallon WM, et al. Complications leading to surgery after breast implantation. *N Engl J Med* 1997;336:677-682.
7. Andersen B, Hawtof D, Alani H, Kapetansky D. The diagnosis of ruptured breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1989;84:903-907.
8. Ashbell TS. Outpatient breast surgery under intercostal block anesthesia. *Plast Reconstr Surg*. 1980; 65:239-240.
9. Shapiro MA. Smooth vs rough: an 8-year survey of mammary prostheses. *Plast Reconstr Surg*. 1989; 84:449-457.
10. Sánchez-Guerrero J, Schur PH, Sergent JS, Liang MH. Silicone breast implants and rheumatic disease. Clinical, immunologic, and epidemiologic studies. *Arthritis Rheum* 1994;37:158-168.
11. Kumagai Y, Shiokawa Y, Medsger TA Jr, Rodnan GP. Clinical spectrum of connective tissue disease after cosmetic surgery. Observation on eighteen patients and a review of the Japanese literature. *Arthritis Rheum* 1984;27:1-12.

12. Gabriel SE, O'Fallon WM, Kurland LT, et. al. Risk of connective-tissue diseases and other disorders after breast implantation. 1994;330:1697-1702.
13. Sánchez Guerrero J, Colditz G, Karlson EW, et. al. Silicone breast implants and the risk of connective-tissue diseases and symptoms. 1995;332:1666-1670.
14. Hennekens CH, Lee I-M, Cook NR, et. al. Self reported breast implants and connective-tissue diseases in female health professionals: a retrospective cohort study. JAMA 1996;275:616-621.
15. Hochberg MC, Miller R, Wigley FM. Frequency of augmentation mammoplasty in patients with systemic sclerosis: data from the Johns Hopkins University of Maryland Scleroderma Center. J Clin Epidemiol 1995;48:562-569.
16. Cook RR, DeLongchamp RR, Woodbury M, et. al. The prevalence of women with breast implants in the United States-1989. J Clin Epidemiol 1996;48:519-25.
17. Angell M. Do breast implants cause systemic disease? Science in the courtroom. N Engl J Med 1994;330:1748-1749.
18. Clark CP, Peters,GN, O'Brien KM. Cancer in the augmented breast. Diagnosis and prognosis. Cancer 1993;72:2170-2174.
19. Eklund GW, Busby RC, Miller Sh, Job JS. Improved imaging og the augmented breast. AJR Am J Roentgenol 1988;151:469-473.
20. Berkel H, Birdsell DC, Jenkins H. Breast augmentation:a risk factor for breast cancer? N Engl J Med 1992;326:1649-1653.
21. Deapen DM, Brody GS. Augmentation mammoplasty and breast cancer:a 5-year update of the Los Angeles study. Plast Reconstr Surg. 1992;89:660-665.
22. Moreno AL, Cano VF. Epidemiología Clínica. Ed. Facultad de Medicina . Universidad Nacional Autónoma de México, México. 1988.

**Tabla 1. Patología mamaria benigna previa a la colocación de prótesis.**

<b>Cambios fibroquísticos</b>	<b>18</b>	<b>64.3%</b>
<i>Infeciosa</i>	<b>5</b>	<b>17.8%</b>
<b>Tumoral benigna</b>	<b>3</b>	<b>10.7%</b>
<i>Congénita</i>	<b>1</b>	<b>3.6%</b>
<i>Traumática</i>	<b>1</b>	<b>3.6%</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 2. Patología mamaria maligna previa a la colocación de prótesis.**

<b>CA de mama T1N0M0</b>	<b>1</b>	<b>20%</b>
<b>CA de mama T2N1M0</b>	<b>1</b>	<b>20%</b>
<b>CA de mama IIB</b>	<b>1</b>	<b>20%</b>
<b>CA de mama no especificado</b>	<b>2</b>	<b>40%</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 3. Vía de abordaje para la colocación de prótesis.**

<b>Surco submamario</b>	<b>31</b>	<b>73.80%</b>
<b>Periareolar</b>	<b>7</b>	<b>16.66%</b>
<b>Cicatriz previa</b>	<b>4</b>	<b>9.52%</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

**Tabla 4. Localización de la prótesis.**

<b>Retromuscular: detrás del músculo pectoral mayor</b>	<b>20</b>	<b>47.60%</b>
<b>Retromamaria: detrás de la glándula mamaria, adelante del músculo pectoral mayor</b>	<b>16</b>	<b>38%</b>
<b>Subcutánea: detrás de la piel, adelante del músculo pectoral mayor</b>	<b>1</b>	<b>0.02%</b>
<b>Se ignora</b>	<b>5</b>	<b>11.90%</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

**Tabla 5. Procedimientos quirúrgicos complementarios simultáneos a la colocación de prótesis.**

<b>Mastopexia</b>	<b>2</b>	<b>33%</b>
<b>Reconstrucción del complejo areola-pezón</b>	<b>1</b>	<b>16%</b>
<b>Extracción de pezones</b>	<b>1</b>	<b>16%</b>
<b>Tatuaje del complejo areola-pezón</b>	<b>1</b>	<b>16%</b>
<b>Colgajo miocutáneo del dorsal ancho</b>	<b>1</b>	<b>16%</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6. Complicaciones postoperatorias tardías y tratamiento.**

<b>Exposición de prótesis con ruptura de piel</b>	<b>Tratamiento quirúrgico: extracción</b>	<b>1</b>
<b>Desplazamiento severo</b>	<b>Tratamiento quirúrgico: recolocación)</b>	<b>3</b>
<b>Contractura bilateral severa</b>	<b>Ruptura manual</b>	<b>2</b>
<b>Ruptura de prótesis y fistulización</b>	<b>Tratamiento quirúrgico: extracción</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>		<b>7</b>

Tabla 7. Asociación de las variables independientes de interés con las complicaciones postoperatorias.

Variables independientes	RM	IC 95%	P
Sin patología mamaria previa	1		
Con patología mamaria previa	0.65	(-0.99 a 2.49)	NS
Colocación por cirujano plástico	1		
Colocación por cirujano general	0.6	(-0.6 a 3.93)	NS
Sin procedimiento quirúrgico asociado a colocación de prótesis	1		
Procedimiento quirúrgico asociado a la colocación de prótesis	0		
Abordaje a través del surco submamario	1		
Abordaje periareolar o a través de herida quirúrgica	1.3	(-0.8 a 2.3)	NS
Abordaje periareolar	2.57	(-1.32 a 2.1)	NS
Indicación cosmética	1		
Indicación reconstructiva	1.35	(-1.07 a 2.56)	NS
Prótesis retromuscular	1		
Prótesis retromamaria y subcutánea	6.3	(4.55 a 8.05)	p.05
Edad colocación de prótesis mayor de 38 años	1	(-0.52 a 2.52)	NS
Edad de colocación de prótesis menor o igual a 38 años	6.3	(-1.6 a 1.9)	NS

**Tabla 8. Condición clínica actual.**

<b>Asintomáticas</b>	<b>9</b>	<b>21%</b>
<b>Mastalgia</b>		
leve	17	40%
moderada	11	26%
severa	5	12%
<b>Ruptura</b>	<b>2</b>	<b>5%</b>
<b>Desplazamiento</b>		
leve	7	16%
moderado	2	4.7%
<b>Contractura</b>		
unilateral	9	21%
bilateral	7	17%

Tabla 9. Condición cosmética actual.

Excelente	6	14.29%
Buena	25	59.52%
Regular	4	9.52%
Mala	7	16.66%
Total	42	100%

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**