



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

"PREVALENCIA DE 15 AÑOS DEL DESARROLLO DE SEROMA TARDÍO EN
AUMENTO MAMARIO CON PRÓTESIS DE SILICÓN".

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA SUBESPECIALIDAD DE:
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A
DRA. NORA JASMIN MENÉNDEZ MOLINA

TITULAR: DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
ASESORA DE TESIS: DRA. FANNY STELLA HERRÁN MOTTA
N° DE REGISTRO I.S.S.S.T.E: 265-2010



México, D.F. 2011





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.

DR. MAURICIO DE SILVIO LÓPEZ
Subdirector de Enseñanza e Investigación

DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
Profesor Titular del Curso de Posgrado
En Cirugía Plástica y Reconstructiva

DR. IGNACIO LUGO BELTRÁN
Jefe del Servicio de Cirugía Plástica
y Reconstructiva.

DRA. FANNY STELLA HERRÁN MOTTA
Médico Adscrito del Servicio de Cirugía
Plástica y Reconstructiva Asesora de Tesis

DRA. NORA JASMIN MENÉNDEZ MOLINA
Autora y Médico Residente del Curso de
Posgrado en Cirugía Plástica y Reconstructiva

AGRADECIMIENTO

- A mi Padre celestial por ser muy generoso conmigo y brindarme las armas día a día para llegar donde estoy, por acompañarme siempre en cada uno de mis actos, definitivamente sin Él no estaría cosechando este fruto.
- A mis papitos bellos Nora y Jaime por ser más que mis padres mis amigos, que me brindaron siempre la confianza y apoyo incondicional, por ser mi ejemplo a seguir, por brindarme el amor y la calidez de hogar que aún gozo, por estar en las buenas y sobre todo en las malas, a pesar de la distancia siempre los sentí muy cerca, por motivarme y nunca cortarme las alas y ser mis salvavidas, por todo eso y más los amo un mundo!!!!
- A mis hermanos Xeomara y Jaime por regalarme sus alegrías y ternura, tenerlos cerca a pesar de la distancia y sentir nuestro amor de hermanos, por brindarme su amistad y apoyarme en momentos difíciles, siempre contarán conmigo de manera incondicional, los amo un mundo!!!
- A mi sobrino Joe por ser como eres, por alegrar nuestras vidas, por ser una fuente interminable de amor, eres una dulzura mi corazón, un angelito divino te amo!!!
- A mis maestros Dr. Ramón Cuenca, Dra. Fanny Herrán, Dr. Ignacio Lugo, Dr. Javier Rivas. Dr. Isaac Shturman, Dr. Alejandro Duarte, por tener la dedicación y sabiduría, otorgándome los cimientos para mi futuro y formar la profesional que ahora soy, muchísimas gracias!!!!

A Ud. Dr. Cuenca muchas gracias por darnos amor, enseñarnos y demostrarnos lo que es lealtad como principio, sus enseñanzas rebasaron

las aulas y los quirófanos siempre lo llevaré en mi corazón!!! Lo quiero un mundo!!!.

A Ud. Dra. Herrán por ayudarme en la realización de esta tesis y ser parte de ella, por ser un ejemplo a seguir de mujer emprendedora dedicada a su profesión y a su hogar, gracias por apoyarme de una u otra manera, la quiero mucho!!!.

- Al Dr. Delgadillo, Dr. Basilio, Dr. Sánchez, Dr. Vallejo, Dr. López, Dr. Vallarta, Dr. Cienfuegos, Dr. Sierra, Dr. Ochoa, Dr. Puente, Dr. Figueroa, Dr. Camacho, Dr. Daza y Dr. Arjona por su aportación en mi formación.
- A mis suegros Elba y Holger por regalarme un pilar fundamental en mi vida y formar al gran hombre que tengo a mi lado, mi esposo, Ud. Sabe Elbita que la quiero un mundo!!!
- A mis sobrinas Karla, Kelly, Pauleth y Ninoska por recibirme y darme amor a pesar de las distancias terrenales.
- A mis sobrinos de corazón Paulita y Carlitos por ser divinos y regalarme mucho amor y engañar mi reloj biológico.
- A mi familia en México y amigos del alma Janeth y Wisthon por su apoyo constante e incondicional.
- A mis amigos ecuatorianos por ser parte de mi familia acá en México Marita y Carlos, Jesenia y Byron, Angélica y Víctor, Juan Carlos y Jazmín, gracias por los momentos de relax compartidos. Y en especial a Adalberto por recibirnos a nuestra llegada y su apoyo al inicio de este largo camino, eso nunca lo olvidamos.
- A mis amigos ecuatorianos a la distancia se que siempre podré contar con Uds., Paulina, Sofía, Marjorie, Sonia y Frank.

- A mis amigos mexicanos Judith, María de los Ángeles, Alberto, Rubén y Edith, Rocío por brindarnos su amistad incondicional, ser claro ejemplo de la hospitalidad del mexicano y por hacernos sentir como en casa.
- A mis compañeros de residencia Dra. Elsa Morel, Dr. Mario Vélez, Dr. Mario Alvarenga, Dr. Roberto Mares, Dr. Armando Madrid y Dr. Álvaro Uribe, gracias por compartir una etapa muy importante de nuestras vidas y hacerla más llevadera y lograr lo que pocos logran que naciera una verdadera amistad!!!
- Al personal de mi servicio las enfermeras Mary, Ely, Ere y la secretaria Carito por ser como son sinceras!!!, las quiero mucho!!!.
- A los pacientes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” por dejar ser parte de mi formación como cirujano plástico y retroalimentarme día a día, muchas gracias!!!.
- Una parte muy importante y esencial en mi vida, todos los que me conocen y saben es mi amado esposo Paúl, a ti por ser mi alma gemela, por impulsarme día a día y sentirme apoyada con su amor incondicional, por enseñarme a ser perseverante y nunca rendirme, por sacar todo lo mejor de mí y como lo dije junto a Dios y mis Padres, Ud. es un pilar fundamental en mi vida, muchas gracias por darme amor, confianza, tranquilidad, estabilidad y hacer de estos años de matrimonio los mejores de mi vida, no sabes cuánto te amo y adoro corazón!!! Este triunfo es de los dos!!!

LA VIDA ES DE MIL SABORES, ESTA LLENA DE ALTIBAJOS, PERO TODO LLEGA A UN GRAN FINAL Y EL FINAL DE ESTA ETAPA ME SALE A GLORIA, AUNQUE EN LA VIDA PRÁCTICA SERÍA EL GRAN COMIENZO DE UNA NUEVA ETAPA, QUE SIN TODAS LAS PERSONAS QUE HE MENCIONADO NO HUBIERA SIDO POSIBLE, A TODOS MUCHAS GRACIAS!!!

INDICE

	Páginas.
I. RESUMEN	7
A. Objetivo General	7
B. Material y métodos	7
C. Resultados	7
D. Conclusiones	7
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	8
III. MARCO TEÓRICO.....	9
IV. JUSTIFICACIÓN.....	10,11
V. OBJETIVOS.....	12
A. Objetivo General	12
B. Objetivos Secundarios.....	12
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
A. Tipo de Estudio	13
B. Muestra y Unidades de Observación	13
C. Criterios de selección	13
➤ Inclusión	13
➤ Exclusión	13
➤ Eliminación	14
D. Definición de variables y unidades de medida	14,15,16,17
E. Fuentes, métodos y técnicas de recolección de información.....	17, 18
VII. RECURSOS Y LOGÍSTICA.....	19
VIII. ASPECTOS ÉTICOS.....	20
IX. PRESENTACION DE CASOS CLINICOS.....	21, 22, 23,24
X. RESULTADOS	25,26
XI. CONCLUSIONES.....	27
XII. BIBLIOGRAFIA.....	28,29
XIII. ANEXOS.....	30

I.-RESUMEN

Este trabajo de investigación establece la prevalencia en 15 años entre los pacientes que se realizaron aumento del tamaño de mamas con la colocación de implantes mamarios texturizados de gel de silicón, que años después presentaron aumento súbito de la mama, y que al realizarse ultrasonido y/o mastografía se confirmó el diagnóstico de seroma tardío y posteriormente el tratamiento realizado en cada uno de ellos.

Debido a que no existe en la literatura mundial un dato estadístico sobre la prevalencia de seromas tardíos realizamos recolección de datos de 15 años desde 1995 al 2009, en el cual se manejaron mamoplastía de aumento con prótesis de silicón en un total de 360 pacientes, dentro de las cuales solo apenas 6 pacientes presentaron datos clínicos y posteriormente corroborados por imágenes la presencia de seroma tardío, variando inicialmente su tratamiento desde el drenaje de los mismos ya sea percutáneo o abierto o terminando como último recurso en el retiro de los implantes más capsulectomía como tratamiento definitivo.

II.-DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Nos preguntamos cuál es la prevalencia de 15 años en el desarrollo del seroma tardío en pacientes con aumento mamario con prótesis de silicón, ya que hay poca referencia en la literatura mundial y de México sobre el tema en general y la prevalencia como tal no existe una información, queremos dejar un precedente con la publicación del presente trabajo.

III.-MARCO TEÓRICO

La presencia de hematomas no drenados o de respuesta inflamatoria con trasudado peri protésico en el postoperatorio temprano, puede generar seroma que probablemente se reabsorben espontáneamente cuando son menores.

Los seromas mayores, que impliquen manejo quirúrgico, son muy raros; aunque se han descrito seromas tardíos más relacionados a la falta de integridad de las prótesis y a la posibilidad de filtración de las mismas.(1)

El seroma tardío se define como el aumento de líquido en la periferia del implante mamario, que ocurre gradualmente meses o años después, según la American Society of Cosmetic Breast Surgery y reportan su incidencia del 1-2% y que se presenta de 4 a 12 años después con un promedio de 6 años.

Sin embargo no hay estudios a largo tiempo y en la literatura el reporte de caso de seroma mamario espontaneo no relacionado a contractura capsular ni a implante mamario roto más tardío es a 5 años.

El seroma se diagnostica clínicamente por aumento considerable de la mama que puede o no cursar con dolor por la disensión y evidencia de la red venosa, que generalmente es unilateral, se corrobora mediante ultrasonido o TAC, aunque el estándar de oro es la resonancia magnética(3).

Vale la pena destacar que en dichos estudios radiológicos no es raro encontrar seromas asintomáticos.

En el presente trabajo nos referimos únicamente a seromas tardíos presentado de forma espontánea sin asociación a contractura capsular ni implante mamario roto.

IV.-JUSTIFICACIÓN

Consideramos importante el poder establecer la prevalencia del seroma tardío ya que por clínica sabemos que no es una entidad rara sin embargo no existen estudios en relación a ello, únicamente reporte de casos aislados siendo el presente artículo el que reporta a más largo tiempo.

Por otra parte es importante considerar que su manejo implica gastos de hospitalización, honorarios médicos y además en muchos casos es recomendable la adquisición nuevamente de implantes mamarios.

Es menester que una paciente que va a ser sometida a cirugía estética con implantes mamarios conozca el riesgo de desarrollar seroma tardío.

Respecto a la etiología no está bien establecido se ha referido la contaminación del implante en el transoperatorio y que cualquier germen quede latente, para posteriormente por medio de algún mecanismo no conocido desencadene irritación y seroma, sin embargo los estudios de los cultivos de los seromas resultan negativos a gérmenes, aunque a últimas fechas se menciona la presencia de un micobacterium atípico que da cultivos negativos y que podría ser causa de seromas, de igual manera se refiere que las pacientes con galactorrea y cifras elevadas de prolactina también pudiesen estar asociadas a seromas (7, 10), sin embargo, la causa más aceptada es que existen microtraumas que laceran o separan la cápsula del implante resultando la formación de seromas (4).

En cuanto al manejo del seroma tardío se han reportado desde el drenaje por punción (5) siendo recurrente la mayoría de las ocasiones, aún cuando se acompaña de presoterapia y en ocasiones del uso de esclerosantes (6).

Generalmente la resolución se logra después de hacer remoción del implante, limpieza de la cavidad y en ocasiones capsulotomía e incluso cambio del plano de colocación del implante, además del cambio del implante mamario. Existe controversia si es conveniente o no el cambio del implante, sin embargo consideramos que para los casos que presentamos que realmente son seromas tardíos y pese a que habitualmente no hay

desarrollo de microorganismos, es conveniente realizar el cambio de implantes.

Lamentablemente en algunos casos pese a todas estas medidas llega a recurrir el seroma, no siendo esta la regla general.

V.-OBJETIVOS

A. General:

- Establecer la prevalencia de seroma tardío en pacientes en las que se le realizó aumento mamario con prótesis de silicón en un periodo de 15 años.(1995-2010)

B. Secundarios:

- Observar si existen cambios en la prevalencia dependiendo del plano de colocación de la prótesis.
- Determinar si el material de la prótesis influye en la prevalencia del seroma tardío.

VI.-MATERIAL Y MÉTODOS

Número total de pacientes que fueron sometidas a mamoplastía de aumento con prótesis de silicón y que desarrollaron seroma tardío durante un periodo de 15 años, y observar y describir la información del expediente clínico.

VI. A –B Definición de las unidades de observación.

Fue un estudio Observacional, Transverso y Descriptivo.

VI. C Criterios de selección.

➤ Criterios de Inclusión.

- Pacientes femeninas sometidas a aumento de mama con implantes de silicón que presenten clínicamente Seroma tardío.
- Diagnóstico corroborado por estudios USG y/o mastografía la presencia del mismo.
- Pacientes sometidas a cirugía de aumento mamario con prótesis de silicón, con diagnósticos de atrofia, hipotrofia, hipoplasia, ptosis o deformidad tuberosa en glándula mamaria.

➤ Criterios de Exclusión.

- Aumento mamario con tejidos autólogos sean con colgajos o injertos grasos.

➤ **Criterio de Eliminación.**

- Aquellas pacientes que no cuenten con el expediente clínico completo.

VI D. Definición de variables y unidades de medida

Mamoplastía de aumento: Aumentar el tamaño de las mamas utilizando diversos materiales: inyectados o implantados, o aun elementos del mismo cuerpo.

Implantes mamarios: Son bolsas que tienen una cobertura fabricada a base de silicón que están rellenas con diferentes sustancias según sus características.

Tenemos implantes de solución salina, los cuales se colocan en la paciente y posteriormente se rellenan con solución fisiológica o suero salino o una sustancia inerte e inocua parecida a un gel (silicona pura). Este tipo de implantes es el más utilizado en Los Estados Unidos debido a las restricciones que la FDA mantiene sobre el uso de implantes de gel de silicón. Implantes de Gel de silicón rellenos e implantes de Hidrogel.

Cada material de relleno tiene ventajas y desventajas, siendo las principales ventajas de la primera la consistencia de la silicona y de la segunda la inocuidad de la solución salina en caso de filtración o ruptura de la cubierta.

Características de cada uno:

* **Relleno Salino**, el cuál tiene una cubierta de silicona rellena con un líquido salino estéril. Estos implantes son actualmente los únicos disponibles en los Estados Unidos.

* **Relleno con Gel de Silicona**, los cuáles tienen una cubierta de silicona rellena con gel de silicona. Estas no están disponibles actualmente para implantes en los Estados Unidos, pero futuras regulaciones pueden cambiar esto. En los 60 países fuera de Estados Unidos donde los implantes de silicona siguen estando disponibles, ellos son usados en aproximadamente el 90% de las operaciones de implante. El FDA está llevando investigaciones clínicas de un nuevo tipo de implante con gel de silicona relleno con un

nuevo tipo de silicona llamada "gel de silicona cohesivo" que se cree ha reducido los incidentes de derrames.

* **Implante de Cuerdas**, un tercero, mucho menos común tipo de implante, es un método para obtener dimensiones de senos extremas, inicialmente desarrollado por el Dr. Gerald W. Johnson, utilizando polipropileno (PPP). Los implantes de Cuerdas son únicos por el hecho que causan al seno el continuar expandiéndose luego de la cirugía. Estos están actualmente disponibles para implantes en los Estados Unidos, pero futuras regulaciones pueden cambiar esto.

* **Implante de Tejido ingenierizado**, una nueva forma de implante actualmente en desarrollo. El principio es que las células son sacadas del paciente ellas mismas, las cuáles son luego combinadas con un material de soporte apropiado para producir un Implante de Senos de Tejido Ingenierizado. La ventaja de este método es que no hay riesgos de derrames o rupturas, y el tamaño puede mantenerse estable de por vida, en contraste con los implantes de silicona o de relleno salino los cuáles típicamente se reducen en hasta un 40%.

Los estudios científicos realizados hasta la actualidad revelan que ninguno de estos implantes produce cáncer ni tampoco enfermedades autoinmunes. De todas formas en la consulta con el profesional se determina cual es el mejor de acuerdo a cada caso.

Para adquirir el volumen y la sensación más natural y lo más parecido posible a un glándula normal, los implantes vienen rellenos con:

*Suero fisiológico.

* Gel de siliconal.

El suero fisiológico es muy parecido al fluido que constituye hasta un 70% del cuerpo humano. Si el implante tiene alguna pérdida o la solución salina sale, puede ser

reabsorbida sin inconvenientes por el cuerpo. A pesar de que los implantes rellenos con suero fisiológico dan una sensación levemente menos natural, son preferidas por muchas mujeres y cirujanos en USA porque la solución salina es un tipo de fluido corporal.

En cuanto a la superficie, pueden ser Lisos o Texturizados. Los implantes de superficie lisa nunca deben colocarse por delante del músculo pectoral mayor, ya que si se hace, la incidencia de contractura capsular es superior al 80% .Los implantes lisos deben colocarse solamente por detrás del músculo pectoral. Los implantes Texturizados por el contrario tienen menor incidencia de formación de contracturas capsulares sin importar donde se coloquen, por delante o por detrás del músculo.

Los implantes de silicona son una cáscara de elastómero de silicona rellena con gel de silicona. La consistencia de los implantes de senos de gel cohesivo es más espesa que el gel de silicona.

Hay dos tipos de implantes de silicona:

- 1) Gel de Silicona
- 2) Gel cohesivo

Sitios de incisión para colocación de implantes: El implante se puede introducir por cuatro vías que dejan diferentes cicatrices

1. Submamaria: a nivel del surco inferior del seno.
2. Periareolar: Alrededor del borde inferior entre la areola (es la parte plana más oscura que rodea al pezón) en su límite con la piel del seno.
3. Axilar: En uno de los pliegues de la axila.
4. Umbilical: Es muy compleja y solo deja colocar implantes de solución salina.

Planos de colocación de implantes: Habitualmente se han considerado dos planos diferentes

de colocación para los implantes mamarios en la mamoplastía de aumento, el plano subglandular y el plano retropectoral.

Seroma: es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa, que se forma debajo de una herida quirúrgica y que se caracteriza por presentar clínicamente con tumefacción circunscrita, dolor y salida de líquido por la herida.

Seroma tardío. El seroma tardío es una complicación en la cirugía de los implantes mamarios que aparece habitualmente luego de los tres meses en la mayoría de los casos, aunque puede darse a partir del mes.

Contractura capsular: El cuerpo crea una cápsula alrededor del implante, formado por tejido. Cuando esta cápsula se endurece, se nota. Empuja al implante y produce un aspecto de dureza por consiguiente, muy visible y finalmente doloroso e incómodo para la paciente, hay varios niveles.

VI E. Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.

Método: Expediente clínico físico y electrónico en pacientes que fueron sometidos al procedimiento quirúrgico de aumento mamario con implantes de silicón en los últimos 15 años.

Registraremos los siguientes variables:

Edad

Peso

Talla

Tipo de implantes

Posición de implantes

Lado afectado

Tiempo de presentación del seroma

Evolución clínica.

VII.-RECURSOS Y LOGÍSTICA

Humanos:

Dra. Nora Menéndez Molina: Recolección de información y vaciado de datos y análisis de datos, coordinación de trabajo y publicación.

Dra. Fanny Stella Herrán Motta: Análisis de datos y Coordinación de trabajo y publicación.

Materiales

Se requieren los siguientes materiales por paciente:

- Expedientes clínico tanto físico
- Plumas
- como electrónico
- Papel
- Impresora.
- Computadora
- Lápices

VIII.-ASPECTOS ÉTICOS Y BIOSEGURIDAD

El estudio se ajustó a los lineamientos establecidos por la Secretaria de Salud y del Hospital CMN 20 de Noviembre en materia de uso de información del expediente clínico.

Bioseguridad no requirió.

IX PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Se presentan 6 casos pacientes quienes presentaron de manera espontanea aumento de tamaño de una de las mamas que se fue incrementando con los días haciendo evidente la red venosa y que en algunas causó dolor por la distensión cutánea.

Cuatro de ellas fueron pacientes que desarrollaron seroma entre 12 y 24 meses posteriores a la cirugía y en quienes se habían utilizado implantes mamarios redondos macrotextrizados de perfil alto. Las otras dos pacientes fueron seromas muy tardíos ya que tenían 10 y 11 años de operadas con colocación de implantes mamarios redondos de perfil alto macrotextrizados

Al interrogatorio dirigido una de las pacientes lo relacionó a micro trauma al golpearse con el manubrio de aparato del spinning y otra paciente con actividad deportiva vigorosa (natación). A todas se les hizo diagnóstico por clínica y se corroboró por Ultrasonido y mastografía.

El manejo en las cuatro pacientes con seroma entre 12 y 24 meses fue de manera inicial con la colocación de drenaje temporal a presión negativa, el cual se retiró después de días al considerar controlado el problema, sin embargo, todas volvieron a recidivar dentro de la semana siguiente al retiro del drenaje por lo que se decidió la intervención para drenaje del seroma y cambio de implante mamario.

En las dos pacientes de más de 10 años de operadas se decidió desde un principio el drenaje del seroma más resección de cápsula y cambio de implante mamario así como cambio de plano anatómico en la localización del implante.

En todas finalmente se hizo capsulectomía pese a que la cápsula era de característica blanda, sin datos ni signos de contractura capsular.

Durante el evento quirúrgico se realizó toma de cultivos reportándose sin crecimiento de microorganismo y con celularidad correspondiente a reacción a cuerpo extraño. En la paciente de 11 años de operada se encontró una especie de “glomus” blanquecino que se envió a estudio anatomopatológico reportando celularidad en relación a “cuerpo extraño”.



Fig. 1 Paciente con diagnóstico clínico de seroma tardío a 11 años de la colocación de implantes.

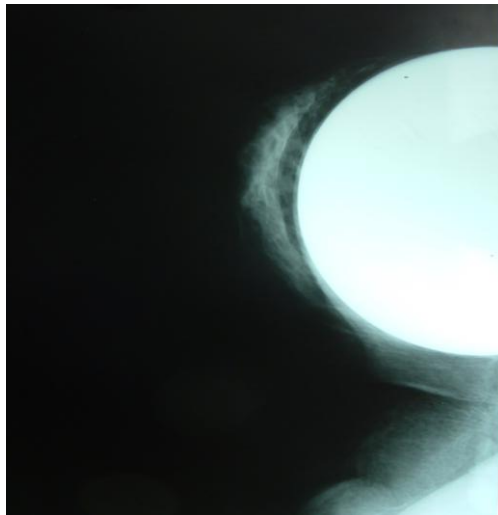


Fig. 2 Mastografía con líquido periprotésico.



Fig. 3 US donde se observa implante y líquido peri protésico.

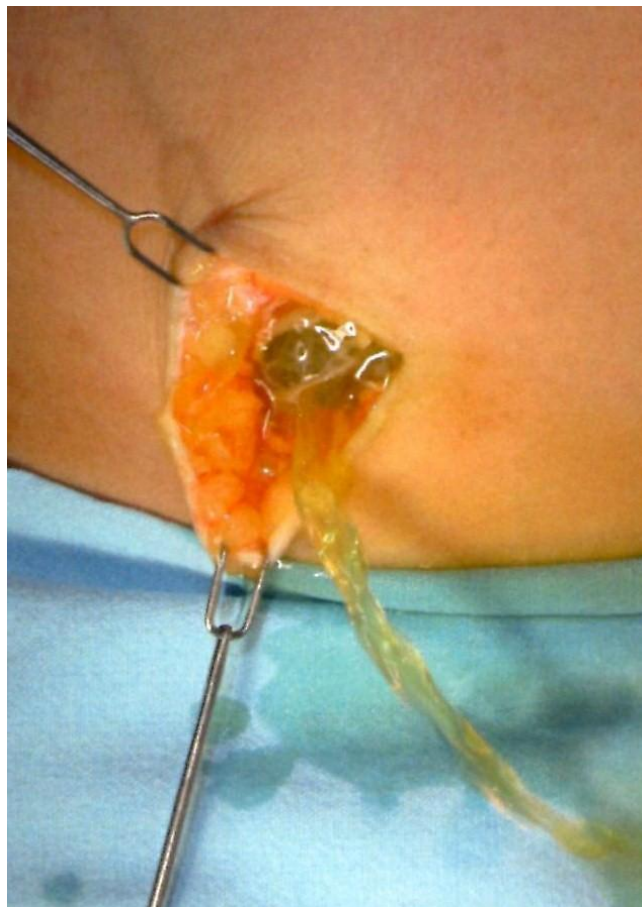


Fig. 4 Salida del seroma al abrir la cápsula.

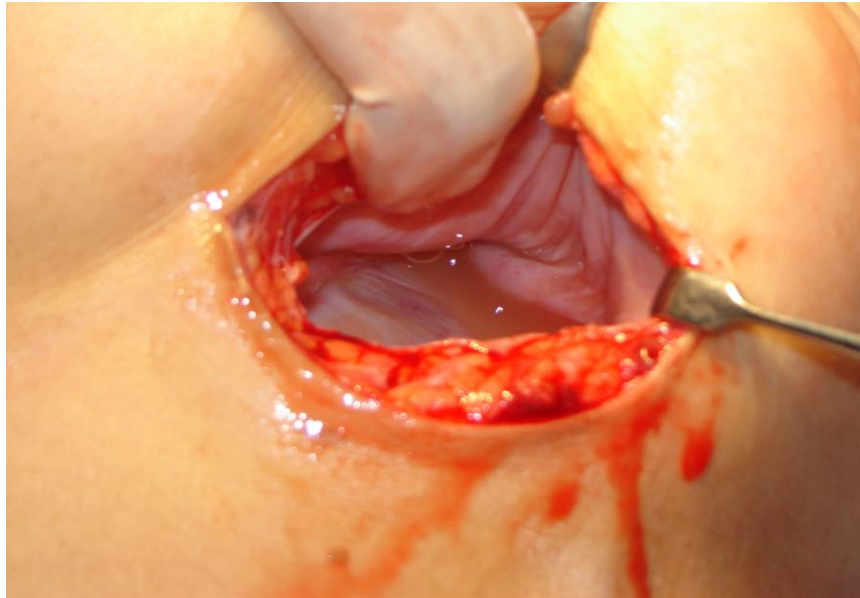


Fig. 5 Imagen de la cápsula

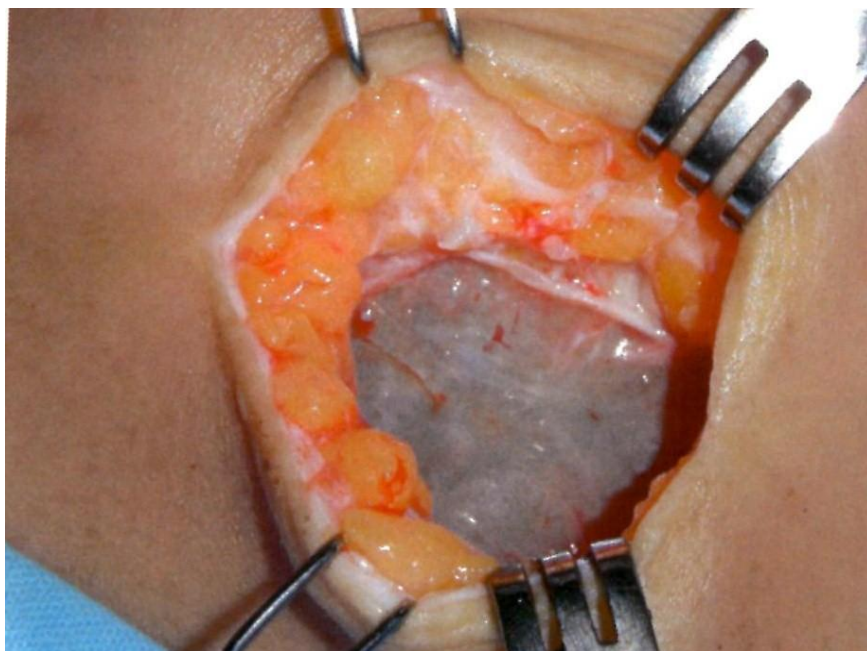


Fig. 6 Hallazgo mucinoso en fondo de cápsula.

X.-RESULTADOS .

Durante marzo de 1995 al marzo del 2009 hubieron un total de 360 pacientes femeninos a las cuales se les realizó mamoplastía de aumento con prótesis de silicón, presentando en dicho periodo seromas tardíos solo 6 pacientes.

De 1995 a 1999 el promedio fue de 17 por año o sea 85 en los 5 años.

Luego de 2000 a 2004 el promedio fue de 25 por año o sea 125 en los 5 años.

Y de 2005 a 2009 el promedio fue de 30 por año o sea 150 en los 5 años.

Siendo la prevalencia del 1,6% del seroma tardío en 15 años en pacientes sometidas a mamoplastía de aumento con prótesis de silicón.

En cuanto a la posición del implante y su relación a la presencia del seroma tardío fue más frecuente la subglandular, de los 6 casos de seromas reportados en 5 se observó dicha patología.

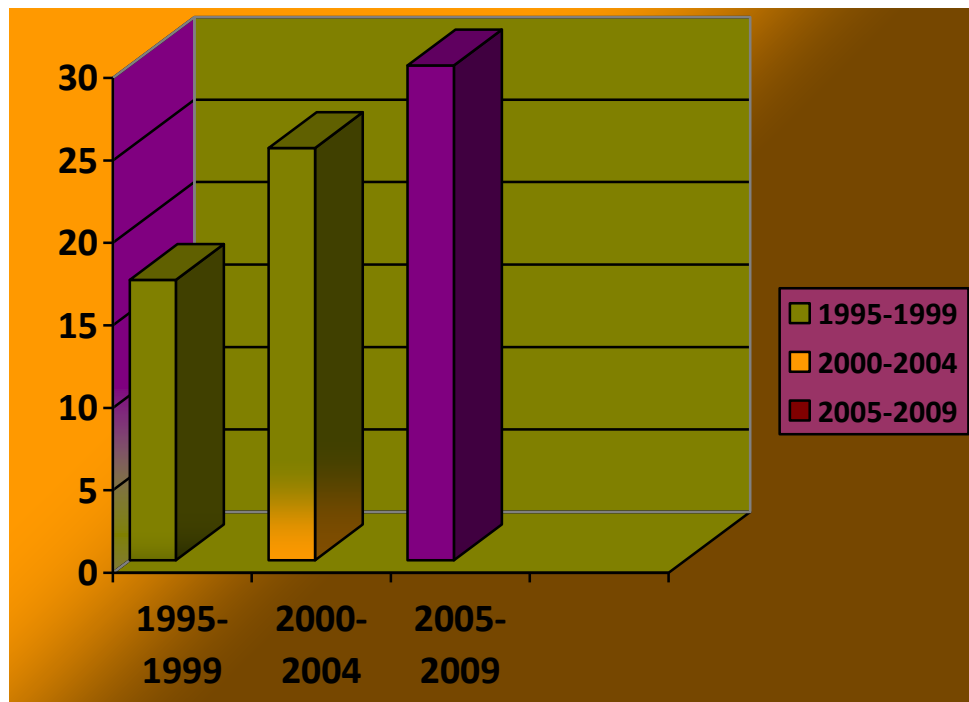


Figura 1 Pacientes tratadas con mamoplastía de aumento con prótesis de silicón en 15 años.

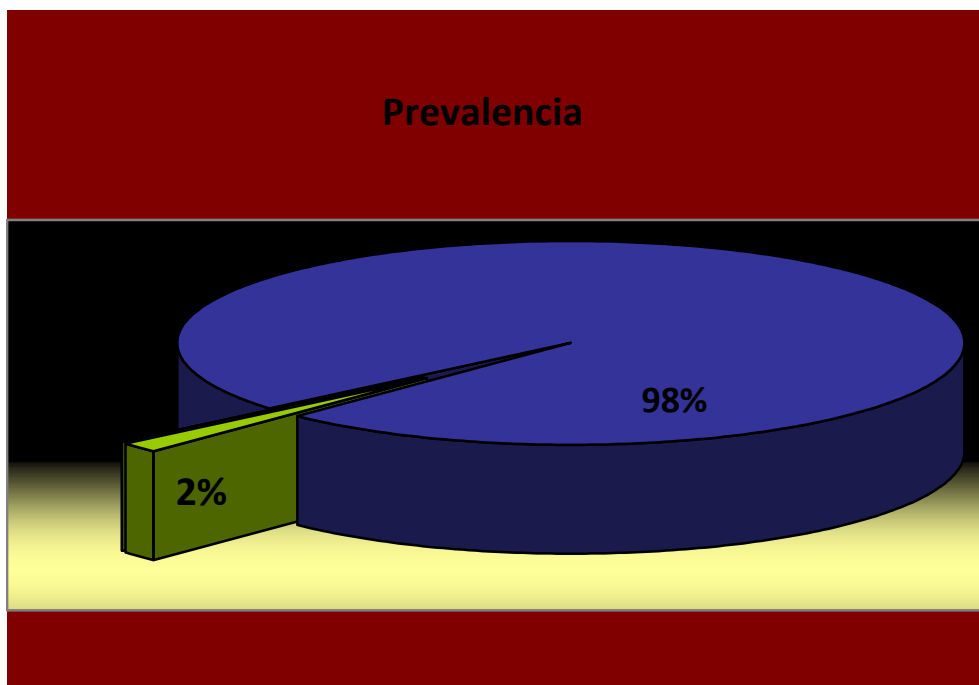


Fig. 2 Prevalencia de seromas tardíos en 15 años en pacientes tratadas con mamoplastía de aumento con prótesis de silicón.

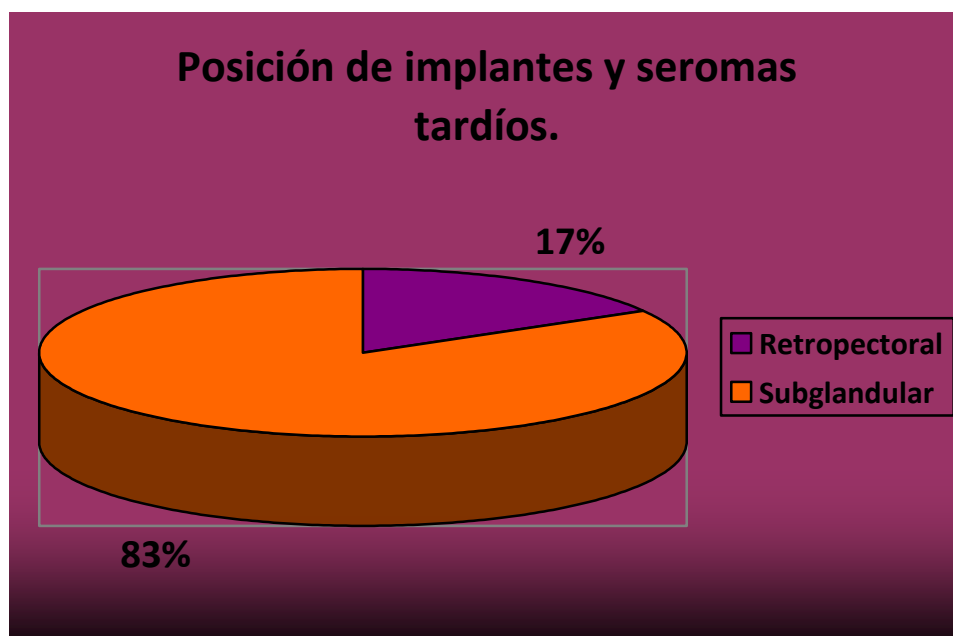


Fig 3 Relación entre los seromas tardíos y los sitios anatómicos de colocación de las prótesis de silicón.

XI.-CONCLUSIONES

La totalidad de la población estudiada fue 360, de sexo femenino con diagnósticos de atrofia mamaria, hipotrofia mamaria, mamas tuberosas, ptosis mamaria grado I, manejadas con implantes de silicón para reconstruir la forma y volumen de la mama como está indicado el tratamiento en dichas patologías, durante el periodo comprendido desde 1995 al 2009.

La presencia del seroma tardío en aquellas pacientes que fueron sometidas a mamoplastía de aumento con prótesis de silicón es un riesgo que debemos tener presente pero de acuerdo al presente estudio su prevalencia es baja del 1,6%.

En cuanto a la presencia de seroma con respecto al plano de colocación de los 6 casos presentados solo en 17% se observó seroma con implante en posición retro muscular observándose la mayoría de los seromas en un 83% en posición subglandular.

No existen datos estadísticos de prevalencia de seromas tardíos en mamoplastía de aumento con prótesis de silicón, de acuerdo a la literatura solo encontramos casos reportes aislados y no una serie de 6 como la encontrada en nuestro estudio.

Por no contar con un estudio comparativo con prótesis de otro tipo de relleno como la solución fisiológica, no podemos determinar en el presente estudio si la prótesis de silicón es un factor predisponente para la formación de seromas tardíos en mamoplastía de aumento.

XII.-BIBLIOGRAFIA

1. Gabriel SE, Woods JE, et.al. Complications Leading to Surgery After Breast Implantation. N Eng J Med 1997; 336: 677.
2. Scott L. Spear. Breast augmentation. Clinics in Plastic Surgery January 2009; 36,1.
3. Vilmar M, Oliveira. Late seroma after breast augmentation with silicone prostheses: a case report. The Breast Journal 2007; 13(4): 421-423.
4. Vázquez, Guillermo; Pellón, Andrea; Audouin, Fritz. Los microtraumatismos como etiología del seroma tardío en la mastoplastía de aumento. Rev. argent. cir. Plást 2009; 15(1): 24-26.
5. Mazzocchi M, Dessy LA, Marchetti F, Marchetti F, Carlesimo B. The use of the Veress needle to drain mammary periprosthetic fluid. Department of Plastic and Reconstructive Surgery, University of Perugia, Italy. 2010 ;24(2):219-22.
6. Gonzalez Raúl. Late Intracapsular Seroma in Subfascial Buttock Augmentation: A Case Report. Aesthetic Plastic Surgery 2006; 30 (5): 594-604.

7. Zimman Oscar. About Images With Breast Implants and Galactocele. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2003; 112 (7) : 1951-1952.
8. Collis Nick M, Litherland Janet, Enion, David ; Sharpe, David T. M.A. Magnetic Resonance Imaging and Explantation Investigation of Long-Term Silicone Gel Implant Integrity. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2007;120 (5) : 1401-1406.
9. Mazzocchi, Marco; Dessy, Luca A. ; Carlesimo, Bruno; Marchetti, Francesco; Scuderi, Nicolò. Late Seroma Formation after Breast Surgery with Textured Silicone Implants: A Problem Worth Bearing in Mind. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2010; 125(4): 176-177.
10. Vincent, N. Prolactin levels related to the fibrous envelope around mammary implants . Presented at the Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires December 4 2000.
11. Chourmouzi et al. New spontaneous breast seroma 5 years after augmentation: a case report. *Cases Journal* 2009; 2:712

XIII.-ANEXOS

ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE.-

NUMERO DE EXPEDIENTE.-

EDAD.- _____ SEXO.- _____

RESIDENCIA.- _____ DIRECCION.-

TELEFONO.- _____

OCUPACION.- _____

ESCOLARIDAD.- _____

CIRUGÍAS PREVIAS: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PESO: TALLA:

ANEXO 2.

Pcte.	Exp. Clin	Edad	Lado afectado	Plano	Ocupacion	Incisión	Tiempo de presentaci	Tto al seroma