

Editorial

Asociación de Prótesis Mamarias y Linfoma Anaplásico de Células Grandes

Han aparecido en los medios de difusión informes de asociación de las prótesis a los tumores de mama con títulos como “Los implantes de pecho aumentan el riesgo de cáncer”, refiriéndose, en especial, a una rara variedad de linfoma. Por ello, creemos oportuno aclarar este tema.

Es sabido que una de las cirugías estéticas más frecuentemente realizada en mujeres en el mundo es el aumento mamario con prótesis (salinas o de siliconas), y estas prótesis, con características similares adaptadas al procedimiento, son utilizadas también en aproximadamente el 80% de las reconstrucciones mamarias.

El primer implante mamario de silicona fue reportado en 1962. En 1985 se describió el Linfoma Anaplásico de Células Grandes (LACG) como un tumor linfático sólido constituido por linfocitos T; es una de las 61 variedades que hay de Linfomas No Hodgkin (LNH) que pueden aparecer en cualquier órgano linfático de todo el cuerpo. Si bien puede existir esta enfermedad en la mama sin la presencia de prótesis, la asociación de los implantes con esta variedad de linfoma de exclusiva presencia en la mama (BIA-ALCL) se publicó recién en 1997. Las estimaciones de riesgo oscilan –de acuerdo con varios reportes– entre una de cada 500.000 a una de cada 3.000.000 de mujeres con implantes. En la Argentina hay un solo caso reportado con diagnóstico y otro en reciente estudio para su confirmación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el linfoma anaplásico no es un cáncer de mama o del tejido mamario: es un

tumor del sistema linfático pero que, en muy raras circunstancias, en presencia de implantes mamarios puede desarrollarse adyacente al implante, en el tejido que lo rodea.

De acuerdo con los informes de casos, esta situación no está claramente asociada a ningún implante en particular; siempre fueron o de situaciones aisladas o de pocas pacientes. Y en el último reporte de la Food and Drug Administration-USA (FDA) –una recopilación de varios centros–, sobre 359 pacientes solo 231 incluían información sobre el tipo de implante y 128 fueron considerados desconocidos. De los 231 conocidos, 203 tenían implantes de superficie rugosa (texturizados) y 28 de superficie lisa, no encontrándose evidencia cierta de la influencia que la superficie del implante tiene sobre esta patología. Con respecto al contenido del implante, el mismo informe no lo considera importante, ya que, de 312 casos en los que se conocía el contenido del implante, 186 eran de gel de silicona y 126 de solución salina.

Entonces, de acuerdo con lo descripto, es claro que, estadísticamente, el Linfoma Anaplásico de Células Grandes asociado a implantes mamarios es, en la actualidad, una neoplasia de extrema baja frecuencia (0,0003%), habiéndose publicado a la fecha en todo el mundo aproximadamente 359 reportes de casos.

Por lo tanto, las evidencias reales derivadas de la literatura no permiten establecer ninguna asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de BI-ALCL y cualquier característica de implante, del paciente o de la cirugía. Existen también reportes de linfomas similares en los tejidos que rodean a implantes dentarios y marcapasos.

A pesar de este bajo riesgo, las pacientes con prótesis deben seguir su rutina de controles clínicos mamarios con su mastólogo y los estudios habituales (Mamografía, Ecografía, Resonancia Magnética), igual que aquellas que no tienen implantes; y, en caso de síntomas como hinchazón, formación de líquido (seroma) o alteración brusca de la forma y/o el tamaño, deben consultar inmediatamente para descartar la afección. Raramente se puede presentar tumor o compromiso de los ganglios axilares. Generalmente, el seroma es tardío, pudiendo presentarse desde 1 a más de 10 años después de la cirugía. El diagnóstico se hace por ecografía y punción del líquido con examen citológico, citometría de flujo e inmunohistoquímica para detectar CD30 y ALK.

Cuando se detecta precozmente, la enfermedad es de muy buena evolución y pronóstico con el tratamiento adecuado. Si bien están descritas como terapéutica la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, si la enfermedad está localizada, la cirugía completa –incluyendo remoción del implante, extracción de la cápsula que lo rodea y extirpación tumoral con márgenes– es el principal pilar del plan terapéutico.

Los pacientes que se sometieron a una extirpación quirúrgica completa –que consistió en capsulectomía total con eliminación de implantes mamarios– tuvieron mejores resultados que las que se sometieron a capsulectomía parcial, quimioterapia sistémica o radioterapia. Las pacientes que presentan una masa tumoral o compromiso de ganglios tienen un curso clínico más agresivo, justificando la quimioterapia y radioterapia además de la cirugía.

A futuro, sería útil aumentar con estudios epidemiológicos prospectivos el conocimiento de esta entidad entre los especialistas, junto con la estandarización de un enfoque para el diagnóstico precoz, estadificación y tratamiento.

Como conclusión, como lo resalta en el párrafo final de su último reporte la FDA (Joint ASPS & ASAPS Statement on Breast Implant-Associated –ALCL–) y el Instituto de Medicina de Estado Unidos (OIM): “Los implantes mamarios no afectan la salud de las mamas ni causan cáncer de mama, y la evidencia científica continúa apoyando que las prótesis autorizadas por la FDA tienen una razonable seguridad y eficacia en sus objetivos cosméticos o reconstructivos”.

Dr. Eduardo González

*Vicepresidente de la Sociedad
Argentina de Mastología*