

## Su un caso di sieroma della capsula fibrosa residua dopo rimozione di impianto protesico mammario

M. VERGINE, L. BALLELIO, M.I. AMABILE, N. MACRINA, A. PALMIERI, G. MARTINO, V. PASTA

**RIASSUNTO:** Su un caso di sieroma della capsula fibrosa residua dopo rimozione di impianto protesico mammario.

M. VERGINE, L. BALLELIO, M.I. AMABILE, N. MACRINA, A. PALMIERI, G. MARTINO, V. PASTA

*Gli Autori presentano un caso singolare di sieroma sviluppatosi nonostante la capsulotomia dopo rimozione di protesi mammarie senza riposizionamento di nuove.*

*I reperti ecografici e mammografici hanno reso difficile la diagnosi: la mammografia rivelava una neoformazione radiopaca, ben circoscritta, anteriormente al muscolo grande pettorale, nella regione del precedente impianto protesico sotto-ghiandolare, inizialmente mal interpretata come protesi mammaria.*

*È importante valutare e correlare attentamente i reperti mammografici con la storia chirurgica della paziente per una corretta diagnosi fin dal primo approccio.*

**SUMMARY:** Seroma in residual fibrous capsule after breast implant explantation: a case report.

M. VERGINE, L. BALLELIO, M.I. AMABILE, N. MACRINA, A. PALMIERI, G. MARTINO, V. PASTA

*The Authors present a singular case of seroma which developed in residual fibrous capsule after explantation of breast prostheses without replacement.*

*Mammographic and sonographic findings of the seroma make difficult the diagnosis: mammograms revealed a radiopaque, well-circumscribed mass anterior to the pectoralis major muscle in the region of the prior subglandular implant, that was initially misinterpreted as breast implant radiographic feature.*

*It is particularly important review and carefully correlate mammographic and sonographic findings with patient's surgical history for a correct diagnosis.*

KEY WORDS: Protesi mammaria - Complicanze - Sieroma - Revisione chirurgica.  
Breast implants - Complications - Seroma - Revision surgery.

### Introduzione

L'intervento chirurgico di mastoplastica additiva o di ricostruzione mammaria postmastectomia radicale mediante posizionamento di protesi rappresenta una delle procedure chirurgiche di più frequente esecuzione (1).

È noto che le pazienti sottoposte a interventi con impianto di protesi in silicone non sono esposte ad un maggior rischio, rispetto al resto della popolazione generale, di sviluppare malattie autoimmuni o del tessuto connettivo o neoplasie mammarie (2).

I non rari casi di pazienti che si sono sottoposte a intervento di rimozione protesica, rinunciando al riposizionamento di una nuova, sono da ascrivere soprattutto a complicanze protesiche (2) vere o presunte tali.

Generalmente, dopo la rimozione di protesi può residuare a livello mammario una capsula fibrosa; ciò è ascrivibile talvolta a difetti di tecnica. Le pareti sottili della capsula tendono a collassare e, nel tempo, ad aderire tra loro; tuttavia, pareti ben strutturate e particolarmente spesse possono tardare ad aderire tra loro (3). Può, pertanto, formarsi una raccolta siero-ematica, che può evolvere in una tumefazione palpatoriamente apprezzabile oppure in una lesione non palpabile riscontrabile come reperto occasionale in un successivo controllo mammografico o ecografico, inducendo dubbi di diagnosi differenziale (3).

Dopo rimozione di protesi mammarie sono stati descritti diversi tipi di reperti mammografici ed ecografici dovuti alla nuova situazione che si viene a crea-

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Policlinico Umberto I

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Radiologiche

© Copyright 2008, CIC Edizioni Internazionali, Roma

re (5); tra questi, particolarmente rara risulta in letteratura la comparsa di consistenti sieromi formati nella residua capsula fibrosa periprotetica (6).

Il caso da noi osservato di voluminoso sieroma conseguente alla rimozione di protesi mammaria ci ha indotti ad alcune considerazioni critiche sull'argomento.

## Caso clinico

Nel giugno 2005 giungeva alla nostra osservazione una donna di 58 anni, sottoposta 13 anni prima, per ragioni puramente estetiche, a intervento di mastoplastica additiva mediante posizionamento retroghiandolare di protesi mammaria bilaterale di silicone liquido.

Da circa 2 anni la paziente riferiva episodicamente sintomatologia dolorosa che si accentuava con il movimento e la compressione mammaria. Per tale motivo si sottoponeva a RMN mammaria bilaterale, che evidenziava strie ipointense intraluminari nella camera siliconica, compatibili con linee di rottura di entrambe i diapositivi, in assenza di stravasi extraluminari.

Veniva pertanto sottoposta ad intervento di capsulotomia e rimozione delle protesi mammarie, che peraltro risultarono perfettamente integre; non fu eseguita la capsulectomia ma si preferì la elettro-scarificazione delle pareti della capsula peri-protetica. Per espresso desiderio della paziente, non furono riposizionate nuove protesi.

A distanza di circa 4 mesi dall'intervento, in occasione di una visita di controllo, veniva rilevata la presenza di una tumefazione che occupava ambedue i quadranti inferiori della mammella sinistra, lievemente dolente alla palpazione, di consistenza teso-elastica, con cute sovrastante normocromica. Per questo motivo fu consigliato un approfondimento ecografico e mammografico.

L'esame mammografico dimostrava presenza nella mammella sinistra di una voluminosa opacità a densità elevata, situata in sede retroghiandolare, tale da simulare la persistenza della protesi. L'ecografia, effettuata contemporaneamente, confermava la presenza della voluminosa formazione, fluida, con pareti spesse, nello spazio retroghiandolare; l'ecostruttura del parenchima sovrastante risultava nella norma. All'esame mammografico ed ecografico (Fig. 1) l'immagine della raccolta fluida risultava quasi identica a quelle

precedenti alla rimozione della protesi, facendo credere al radiologo, che non conosceva la storia clinica, che la protesi mammaria fosse ancora in sede.

La paziente veniva, quindi, nuovamente sottoposta a intervento chirurgico, in anestesia locale, di revisione della tasca mammaria periprotetica sinistra, previo drenaggio di una raccolta sierosa, limpida, di circa 200 cc.

A distanza di 4 mesi dall'intervento, il controllo ecografico dimostrava la persistenza di una minima falda liquida nella tasca mammaria.

## Discussione

Il reperto strumentale di sieromi è di comune riscontro dopo interventi chirurgici sul parenchima mammario. Talvolta i sieromi possono complicare procedure chirurgiche di espansione o ricostruzione mammaria (7).

I sieromi delimitati dalla sottile capsula fibrosa retroghiandolare residua alla rimozione di protesi mammaria differiscono dagli altri per il fatto che vanno a occupare la sede dell'impianto protesico rimosso e perché sono caratterizzati da una capsula fibrosa matura, epitelizzata, che può contribuire alla loro persistenza anche per lunghi periodi di tempo (3).

Sono previste diverse tecniche chirurgiche per il trattamento della capsula fibrosa in corso di rimozione di impianto protesico (8):

- capsulectomia totale: si asporta senza aprirla l'intera capsula fibrosa, contenente la protesi mammaria;
- capsulectomia parziale: si esegue un'incisione della capsula (capsulotomia), si rimuove la protesi mammaria e successivamente la capsula viene asportata in toto o in parte;
- capsulotomia e scarificazione tramite elettrocoagulatore delle pareti della capsula al fine di favorirne

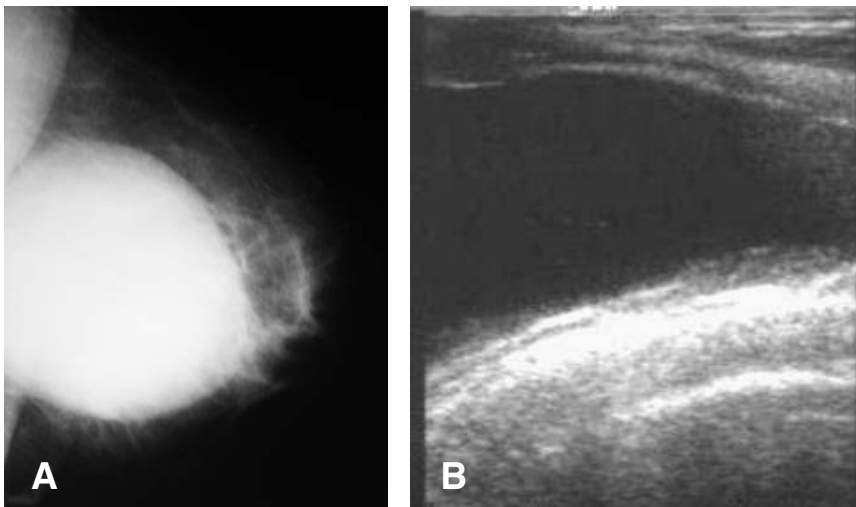


Fig. 1

A - Rx mammografia prima della rimozione della capsula periprotetica. Evidenza di una voluminosa opacità rotondeggiante, radioopaca, a margini netti, retroghiandolare, come da protesi mammaria.

B - Ecografia mammaria preoperatoria. Voluminosa formazione fluida, con pareti spesse, nello spazio retroghiandolare.

l'adesione tra loro; la capsula fibrosa rimane nel tessuto retroghiandolare.

Alcuni Autori sostengono che è bene associare sempre la rimozione protesica ad una capsulotomia totale perché, se la capsula periprotetica viene lasciata in sede, aumenta il rischio di complicanze postoperatorie, come la formazione di sieroma, che in genere è comunque di scarsa entità (4). Tuttavia, una dissezione extracapsulare non permette al chirurgo di distinguere e trattare in modo adeguato una eventuale rottura intracapsulare della protesi e, nei casi di vecchie protesi di silicone liquido (come nella nostra osservazione), è possibile lo spandimento di materiale siliconico all'interno del tessuto mammario, col rischio di favorire successivamente la formazione di granulomi da silicone (4).

Sono descritte (5) varie modificazioni del quadro mammografico post-rimozione di protesi mammarie, ma raramente si riscontra un sieroma di dimensioni tali da simulare la presenza di una protesi o farne sospettare la persistenza, come nel caso da noi osservato in cui, rimossa la protesi e trattata e lasciata in sede la capsula, si è comunque sviluppato un voluminoso sieroma di forma rotondeggiante, a localizzazione retroghiandolare, anteriore ai muscoli pettorali. È ipotizzabile che il sieroma abbia raggiunto tali dimensioni proprio per la sua sede anatomica (3).

Il sieroma può essere evidenziato, oltre che per i sintomi riferiti dalla paziente, con esame obiettivo della mammella o con indagini strumentali (ecografia, mammografia, RMN, ecc.); esso può manifestarsi anche a distanza di molti anni dalla rimozione della protesi (3). Talvolta può essere confuso con residui siliconici da rottura della protesi, con granulomi da silicone e, eccezionalmente, con lesioni maligne (9).

Il caso riportato risulta di particolare interesse sia per l'aspetto mammografico che per quello ecografico: la mammografia risultava infatti indistinguibile rispetto all'immagine propria di un impianto protesico, poiché l'opacità era estremamente voluminosa e ad elevata densità radiologica. Inoltre, le pareti del sieroma risultavano particolarmente spesse, per cui in una prima analisi erano state interpretate all'indagine ecografica come pareti dell'impianto protesico. La corretta diagnosi è stata possibile solo grazie all'esatta conoscenza della storia clinica della paziente e della procedura chirurgica adottata per la rimozione dell'impianto protesico.

## **Considerazioni conclusive**

Il sieroma, complicanza relativamente poco grave ma di frequente osservazione in chirurgia mammaria, trova la sua origine, ma anche la sua risoluzione, nell'interruzione (chirurgica) e nella riattivazione di alcune vie di drenaggio linfatico, oltre che nella reazione locale al trauma chirurgico. Esso, il più delle volte, costituisce la normale evoluzione di raccolte sieromatose.

La particolarità e la rarità del sieroma da noi osservato è nel fatto che la capsula era costituita da tessuto fibroso, ben epitelizzato e pertanto impermeabile, che ha impedito il riassorbimento del liquido sieroso. Nel nostro caso il sieroma si è verosimilmente costituito a seguito della fluidificazione di piccole raccolte sieromatose post-operatorie, con reazione da parte della capsula cruentata che ne ha incrementato il volume e inibito il riassorbimento.

## **Bibliografia**

1. Rohrich R, Jeffrey K, Adams W, Beran S, Conner W. A prospective analysis of patients undergoing silicone breast implant explantation. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:2529-2537.
2. Siggelkow W, Klosterhalfen B, Klinge U, Rath W, Faridi A. Analysis of local complications following explantation of silicone breast implants. *Breast.* 2004;13:122-128.
3. Scott Soo M, Kornguth P, Georgiade G, Sullivan D. Seromas in residual fibrous capsules after explantation: mammographic and sonographic appearances. *Radiology.* 1995;194:863-866.
4. Netscher D. Aesthetic outcome of breast implant removal in 85 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113:1057-1059.
5. Hayes M, Gold R, Bassett L. Mammographic findings after the removal of breast implants. *AJR.* 1993;160:487-490.
6. Stewaet N, Monsees B, Destouet J, Rudloff M. Mammographic appearance following implant removal. *Radiology.* 1992;185:83-85.
7. Mendelson E. Evaluation of the post-operative breast. *Radiol Clin North Am.* 1992;30:107-138.
8. Freeman B. Successful treatment of some fibrous envelope contractures around breast implant. *Plast Reconstr Surg.* 1972;50:107-113.
9. Ahn C, Shaw W, Narayanan K, Gorczyca D, DeBruhl N, Bassett L. Residual silicone detection using MRI following previous breast implant removal: case reports. *Aesthetic Plast Surg.* 1995;19:361-367.

**M.G. Balzanelli**

# MANUALE DI MEDICINA DI EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

Il edizione aggiornata  
con le Linee Guida  
ILCOR 2005-2006  
per la Rianimazione  
Cardiopulmonare

Volume brossurato  
di 1.536 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 80,00

per acquisti online  
[www.gruppocic.com](http://www.gruppocic.com)



**CIC** Edizioni Internazionali

