

Caso	(761) Presentación aguda de una patología no urgente: linfoma anaplásico de células grandes asociados a implantes mamarios (BIA-ALCL)
Autores	Irene Vicente Zapata, Marina Herrero Huertas, Irene Carretero Barrio, Belén Pérez Mies, Ana Jiménez López, Luis González Campo
Centro	Hospital Universitario Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 59 años derivada de la Sección de Radiología de Urgencias a la Sección de Radiología Mamaria por aumento de tamaño y dolor de la mama derecha acentuada desde ayer. No síntomas inflamatorios ni fiebre. Portadora de prótesis de silicona desde el año 2007. Sospecha clínica: Descartar absceso mamario drenable.

Se realizó ecografía mamaria y axilar bilateral observando hallazgos ecográficos compatibles con rotura intracapsular del implante izquierdo y probable rotura del implante derecho. Además, se observó abundante líquido anecoico periprotésico derecho, no así en el lado izquierdo, asociado a imágenes ecogénicas heterogéneas, algunas de ellas más lineales y mamelonadas, que plantean el diagnóstico diferencial de detritus o componentes capsulares de la prótesis. No masa mamaria ni adenopatías axilares asociadas. Sospecha radiológica: Rotura protésica bilateral y BIA-ALCL derecho.

Se realizó PAAF de este líquido obteniendo 40 ccs.

Resultado del análisis anatomopatológico: Citología y perfil inmunohistoquímico (CD30 +; citoqueratinas, CD20, CD3 y ALK negativo) concordante con BIA-ALCL. Categoría C5. Correlación radiología-patología: adecuada.

Se realizó posteriormente PET-CT F18-FDG de cuerpo entero posterior no mostró hallazgos sospechosos claros en los ganglios linfáticos o el tejido mamario (no masas asociadas).

El diagnóstico se confirmó tras la extracción del implante.

DISCUSIÓN

El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL) es un linfoma periférico de células T poco común, clasificado por la OMS como un subtipo diferenciado de linfoma no Hodgkin. Es una enfermedad de la cápsula del implante [1]. La incidencia anual se estima en 0,1 a 0,3 por cada 100.000 mujeres [2].

Tiene buen pronóstico [3] y dos formas de presentación: in situ (más frecuente) o enfermedad infiltrativa (masa mamaria palpable y/o afectación de los ganglios linfáticos regionales). Las mujeres con implantes texturizados tienen una mayor tasa de incidencia [4].

Se suele presentar como un seroma tardío después de la implantación mamaria (8 a 10 años) [1, 3, 5, 6]. La mayoría de las pacientes tiene una forma de presentación aguda con inflamación unilateral de la mama causada por un inicio rápido de la acumulación espontánea de líquido (60-90%). La masa mamaria palpable es menos frecuente (10-40%) [3, 4, 5]. También pueden estar presentes linfadenopatía (20%), manifestaciones cutáneas y síntomas B (fiebre, escalofríos, adelgazamiento, etc.). [1].

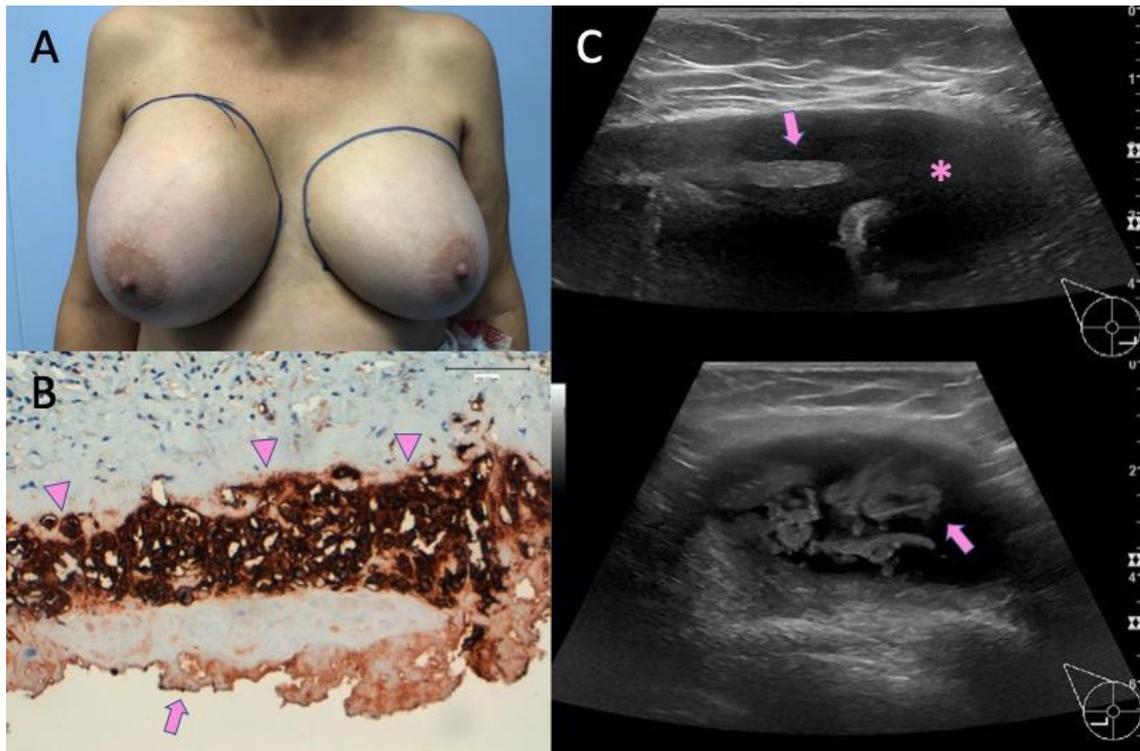
El diagnóstico por imagen debe comenzar con la evaluación por ecografía para identificar la presencia de seroma, masas capsulares o adenopatías regionales. Se debe realizar una aspiración con aguja fina de las colecciones de líquido periprotésico y, en caso de masa sólida, se recomienda una muestra histológica. La RM de mama también puede ser útil, especialmente en pacientes que presentan una masa mamaria [4]. La tomografía por emisión de positrones (PET) también se utiliza para evaluar las masas capsulares asociadas, la afectación de la pared torácica y la diseminación sistémica (ganglios linfáticos regionales o distantes) [4].

El diagnóstico requiere inmunohistoquímica CD30 +, células anaplásicas grandes en la citología y expansión local en la citometría de flujo [1].

No existe un tratamiento estándar del BIA-ALCL.

CONCLUSIÓN

La presentación aguda del linfoma anaplásico de células grandes asociados a implantes mamarios (BIA-ALCL por sus siglas en inglés) es la forma de presentación más frecuente de esta rara patología tumoral, que es difícil de diagnosticar ya que puede simular patologías mamarias urgentes por lo que su derivación desde Urgencias a la Unidad de Patología Mamaria es fundamental.



A) Exploración física: Mama derecha aumentada de tamaño, a tensión. B) Anatomía patológica de la pieza quirúrgica. Inmunohistoquímica frente a CD30: Cápsula fibrosa recubierta de fibrina en su superficie luminal (flecha), con células atípicas viables (punta de flecha) limitadas a la superficie de la cápsula. Tanto las células como la fibrina son positivas frente a CD30. C) Ecografía mamaria: Seroma abundante periprotésico derecho (asterisco) y pliegues/mamelones de la cápsula protésica que tiene la morfoestructura completamente alterada (flecha).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ebner PJ, Liu A, Gould DJ. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma, a systematic review and in-depth evaluation of the current understanding. *J Surg Oncol.* agosto de 2019;js0.25626. <https://doi.org/10.1002/js0.25626>
2. Jong D, Vasmel W, Boer JP. Anaplastic Large-Cell Lymphoma in Women With Breast Implants. *JAMA.* 5 de noviembre de 2008;300(17):2030. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.585>
3. DePaola NEK, Coggins H. Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma: What We Know. *J Adv Pract Oncol.* 2019;10(1):54-61. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2019.10.1.4>
4. Marra A, Viale G, Pileri SA. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: A comprehensive review. *Cancer Treat Rev.* 2020;84:101963. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.101963>