

CASO CLÍNICO

Infeción mamaria por *Salmonella* en paciente portadora de prótesis

P. Carabias, M. Cabero, R. Fábregas

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

RESUMEN

La infección mamaria por *Salmonella* es una entidad sumamente infrecuente. Una correcta anamnesis y exploración, así como las pruebas complementarias donde la ecografía mamaria juega un papel esencial, son necesarias para establecer un diagnóstico preciso. Presentamos el caso de una infección mamaria por *Salmonella* en una paciente portadora de prótesis mamaria con antecedentes de un viaje a una zona desfavorecida en Tailandia.

Palabras clave: Prótesis mama. Infección mamaria por *Salmonella*. Infecciones prótesis mamarias.

ABSTRACT

Mammary infection with *Salmonella* is a very rare entity. A proper history and examination, and where additional tests breast ultrasound plays an essential role, are needed to establish an accurate diagnosis. We present the case of a breast infection by *Salmonella* in a patient with breast implant with a history of travel in a disadvantaged area in Thailand.

Key words: Breast implant. *Salmonella* infection of the breast. Infections breast implants.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones asociadas a los implantes mamarios son raras. Las más frecuentes son hematomas, sero-

mas o dehiscencia de la piel, siendo las infecciones menos prevalentes. Dentro de estas, la infección por *Salmonella* es sumamente infrecuente y sólo encontramos 10 casos descritos en la literatura (1) y un solo caso asociado a portadora de prótesis mamaria (2). En la mama puede cursar con asimetría, dolor, infección o contractura capsular que es la complicación más frecuente. También se ha visto menor prevalencia de infecciones cuando la ubicación de la prótesis es submuscular.

La infección por *Salmonella* predomina en países con recursos socio económicos bajos, donde fallan las condiciones higiénicas y cursa con clínica típica de gastroenteritis y fiebre aunque puede cursar con bacteriemia silente hacia áreas dañadas anteriormente (cirugía previa).

Presentamos un caso de una mujer portadora de prótesis mamaria bilateral que consulta por mastalgia de varios meses de evolución, fiebre ocasional, malestar general y dolor abdominal a la que se le diagnosticó una infección mamaria por *Salmonella*.

CASO CLÍNICO

Paciente de 47 años de edad con antecedentes médico-quirúrgicos de prótesis mamaria prepectoral bilateral 10 años antes y que requirió un recambio el año anterior por estar encapsulada colocándola tras el pectoral. Tres meses después, recién llegada de un viaje a Tailandia y Laos, ingresó en un centro hospitalario refiriendo fiebre de 39 °C, vómitos, síncope y mialgia pectoral izquierda.

En la exploración mamaria se observaba la mama izquierda aumentada de tamaño y dolorosa a la palpación. En la ecografía mamaria se vio una colección líquida contigua a la prótesis de la mama izquierda (Fig. 1) y el TAC toraco-abdominal reveló un encapsulamiento de la mama izquierda con edema. Este cuadro fue catalogado de probable mastitis izquierda por lo que se trató con amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg cada 8 horas du-

Recibido: 14-11-09.
Aceptado: 15-01-10.

Correspondencia: Pau Carabias. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. Gran Via de Carles III, 71-75. 08028 Barcelona. e-mail: paucarabias@hotmail.com



Fig. 1. Discreta cantidad de seroma a nivel periprotésico en mama izquierda.

rante 15 días. El cuadro se repitió a los dos meses tratándose entonces tan sólo con ibuprofeno.

Con estos antecedentes y tras varios meses de evolución con fiebre ocasional de 39 °C, malestar general, mastalgia y dolor abdominal la paciente acude a nuestro centro.

La exploración general sistémica no demostró ninguna focalidad, excepto un aumento de tamaño y sensibilidad dolorosa de la mama izquierda. La ecografía mamaria informó de discreta cantidad de seroma a nivel periprotésico de la mama izquierda que se puncionó (Fig. 2). El líquido obtenido fue analizado observándose un proceso inflamatorio crónico granulomatoso y el cultivo fue positivo para *Salmonella typhi*. Se le administró tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 750 mg 1 cada 24 horas

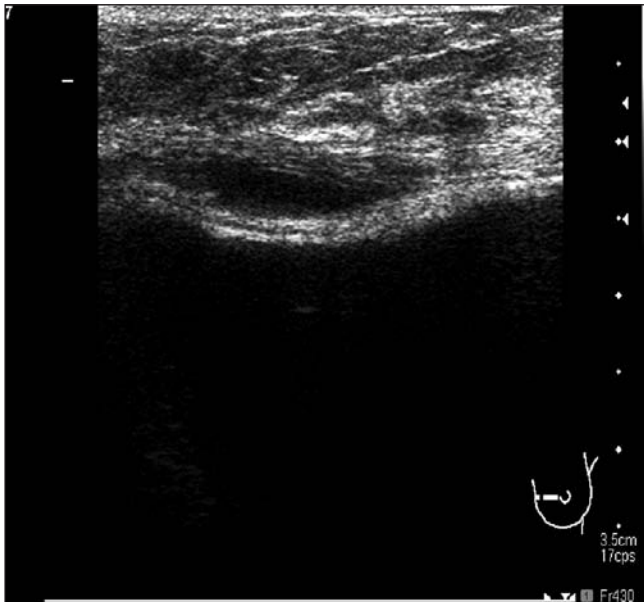


Fig. 2. Punción ecoguiada del líquido periprotésico.

durante 15 días, con desaparición de la sintomatología y una evolución satisfactoria en un seguimiento a 6 meses.

DISCUSIÓN

La *Salmonella* es una bacteria gram negativa, móvil, no esporulada. La especie más frecuente es la *Salmonella typhi*. La epidemiología de la infección es a través del contagio fecal-oral (alimentos contaminados, aguas contaminadas, moscas, leche no pasteurizada) y los portadores sanos en quienes los bacilos se albergan en las vías biliares (a menudo mujeres mayores de 40 años) o colon.

Los principales síntomas son gastroenteritis, fiebre entérica, bacteriemia con metástasis sépticas o sin ellas e infecciones localizadas en cualquier órgano (meningitis, pielonefritis, endocarditis), normalmente bacteriemia silente hacia áreas dañadas anteriormente (cirugías) (3).

En las mamoplastias de aumento es frecuente la presencia de líquido periprotésico en los meses posteriores a la intervención. Esta circunstancia no debe considerarse una complicación salvo que aparezca sintomatología de inflamación como eritema, dolor o encapsulación (4).

Las infecciones habituales en mamas no lactantes son las localizadas en conductos mamarios cercanos a la piel. Generalmente son producidas por *Staphylococcus* o por agentes anaerobios. Son más frecuentes en pacientes fumadoras y en ancianas. Estos agentes pueden contaminar heridas quirúrgicas. Más problemáticas son las contaminaciones de las prótesis en el momento de la implantación (sobre todo incisiones periaerolares o transaerolares) (5). En estos casos los síntomas locales incluyen la hinchazón anormal, dolor, eritema, aumento de temperatura y a veces el drenaje por incisión. En la mayoría de estudios realizados sobre infecciones postimplante destacan como más frecuentes las que se dan en prótesis de silicona 62%, solución salina 32% y menos frecuentemente en expansores 5,7% (6).

El seroma periprotésico habitualmente es estéril pero puede infectarse con agentes bacterianos exógenos o endógenos. Desconocemos si en nuestra paciente la vía de contagio fue por la herida quirúrgica o desde la vía digestiva aunque la paciente no refirió la típica sintomatología digestiva.

La contractura capsular también puede estar relacionada con la infección en el área alrededor del implante (7,8). La infección de la prótesis puede requerir tener que cambiarla aunque no fue necesario en nuestro caso y el tratamiento antibiótico fue definitivo (9).

En cuanto al diagnóstico de la inflamación de mama con prótesis, la ecografía junto a la mamografía son los métodos de elección. Ocasionalmente la resonancia magnética podrá complementar el resultado. Es mandatorio en estos casos realizar una punción ecoguiada del líquido periprotésico y cultivar el material obtenido.

El pronóstico de esta infección cuando es tratada con los antibióticos adecuados es bueno, pero debe realizarse

un seguimiento para asegurar la eliminación completa del germen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shih-Ping C, Chien-Liang L, Yuan-Ching C. Extraintestinal Salmonella infection appearing as a suspicious breast mass. *J Ultrasound Med* 2006; 25: 277-9.
2. Asaadi M, Suh ED. Salmonella infection following breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96(7): 1749-50.
3. Kumate J, Muñoz O. Manual de infectología clínica. 16ª ed. México; 2001. p. 59-65.
4. Bostwick J. Tratado de mamoplastia. 2ª ed. Vol 1. Caracas; 2001.
5. Tebbetts J. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 1255-72.
6. Pittet B, Montandon D, Pittet D. Infection in breast implants. *Lancet Infect Dis* 2005; 5: 94-106.
7. Picha G, Batra M. Breast augmentation. *Plastic Surgery Indications, Operations and Outcomes*. Vol 5. Bogotá; 2000.
8. Hammond D, Hidalgo D, Slavin S, Spear S, Tebbetts J. Revising the unsatisfactory breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 277-83.
9. Nahabedian MY, Tsangaris T, Momen B, Manson PN. Infectious complications following breast reconstruction with expanders and implants. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 467-76.