

CASOS CLÍNICOS

Reacción a la silicona simulando liposarcoma

Reaction to silicone seeming liposarcoma

María Esther Sanz¹, Wilson Delgado², Javier Arias-Stella Castillo¹, Javier Arias-Stella¹.

RESUMEN

Se relata el caso de una paciente de 80 años con una lesión papulosa labial que aparece doce años después de la inyección cosmética de silicona. Como la paciente no informara de primera intención este antecedente, la reacción celular difusa con células vacuoladas encontrada en el espécimen quirúrgico planteó la posibilidad de una neoplasia del tejido adiposo. La demostración inmunohistoquímica del fenotipo histiocitario de la proliferación celular permitió el diagnóstico definitivo de silicoma. Esta potencial confusión ha sido ocasionalmente reportada en la literatura.

Palabras clave: Silicoma; Liposarcoma.

SUMMARY

We report the observation of a 80 years old woman who presented a labial papula 12 years after the cosmetic injection of silicone. Since the patient did not inform of this antecedent, the dense cellular reaction of vacuolated cells found in the surgical specimen entertained the diagnosis of an atypical lipomatous neoplasm. The positivity for CD68 and lizozime and negativity for S-100 indicated the histiocitic type of the cellular reaction, establishing the diagnosis of silicoma.

Key words: Silicoma; Liposarcoma.

INTRODUCCIÓN

En la década del '60 del siglo pasado se puso en boga el uso de la silicona (polímero del dimetilsiloxano) en inyecciones o en la preparación de implantes tisulares, con el objeto de incrementar el volumen de diversas zonas orgánicas. Se aprovechaba del carácter no biodegradable de la sustancia y de su limitada capacidad de originar reacciones celulares significativas¹. Aumentar el volumen mamario ha sido el objetivo más frecuente para recurrir a este procedimiento y se utilizaba la inyección directa de la silicona líquida o la colocación de la silicona gel o salina contenida en una bolsa de polietileno que se introducía a manera de un implante. La experiencia demostró que la inyección directa provocaba, con alguna frecuencia, reacciones celulares inflamatorias, y esta modalidad

cayó en desuso². La segunda, sin embargo, bien manejada ha dado resultados cosméticos aceptables.

Se ha demostrado que la inyección de silicona puede dar lugar a una reacción celular fibrohistiocitaria, incluso con presencia de células gigantes, que puede originar la necesidad de practicar estudios de biopsia³. Esta circunstancia también puede tener lugar debido a la ruptura de las bolsas y el pasaje de los fluidos o la sustancia gel a variables distancias de la zona de aplicación. Así se han descrito reacciones pseudo tumorales en la axila o hipertrofias ganglionares^{4,5}.

Para el patólogo, uno de los rasgos más interesantes de las reacciones producidas por la silicona es que los histiocitos acumulados muestran, frecuentemente, una configuración irregular y vacuolización citoplásmica que puede simular el

¹Instituto de Patología y Biología Molecular "Arias Stella"

²Universidad Peruana Cayetano Heredia.

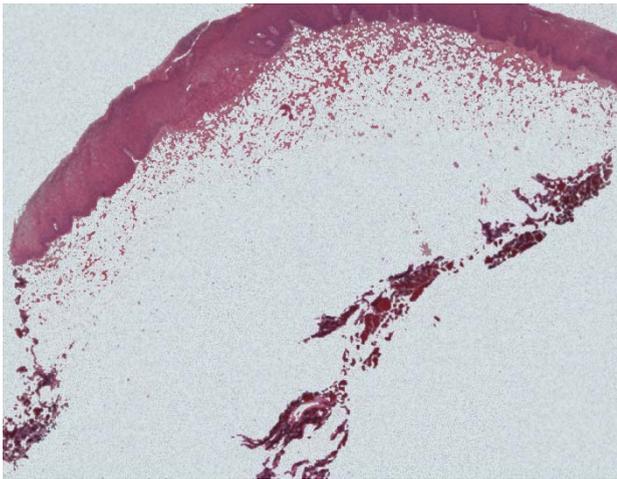
Correo electrónico: instituto@ariasstella.com

aspecto de lipoblastos. Esto ha dado lugar a la confusión con liposarcoma¹.

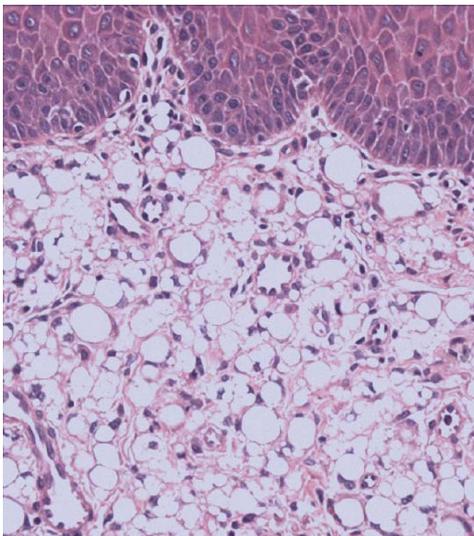
Recientemente, hemos tenido oportunidad de estudiar un caso que ilustra las dificultades diagnósticas que pueden ocurrir como resultado de este tipo de tratamiento y por ello creemos pertinente relatar la observación realizada.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 80 años con historia de pápula en el labio superior que se ha desarrollado en los últimos meses. El cirujano envía la muestra con el diagnóstico de hiperplasia de glándulas labiales.

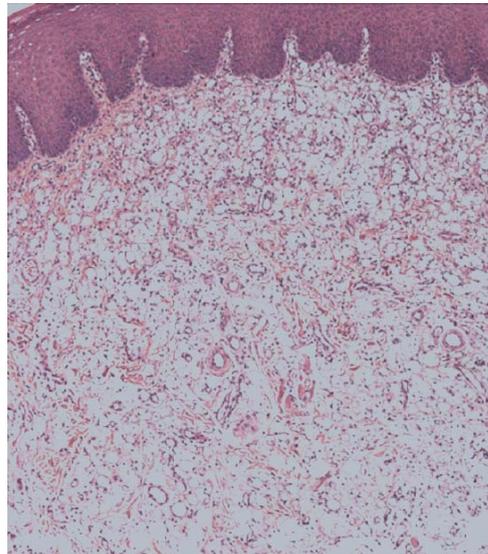


Fotografía 1. Vista panorámica de la biopsia. Por debajo del epitelio pavimentoso se aprecia una población celular homogénea. Los bordes se han marcado con tinta. H/E 4X.

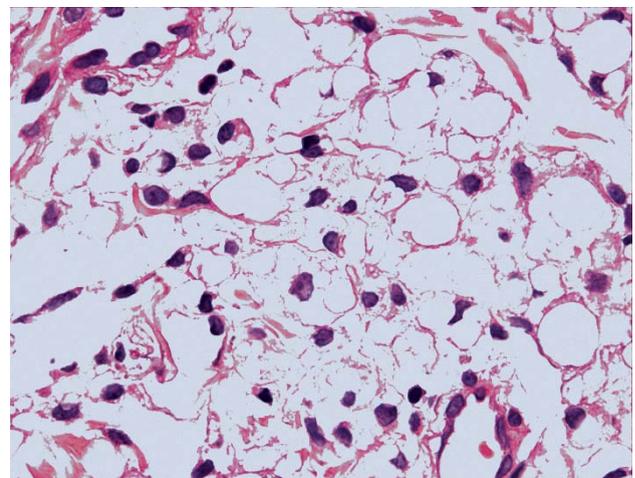


Fotografía 3. En esta magnificación las células vacuoladas son aún más sugestivas de adipositos. H/E 40X.

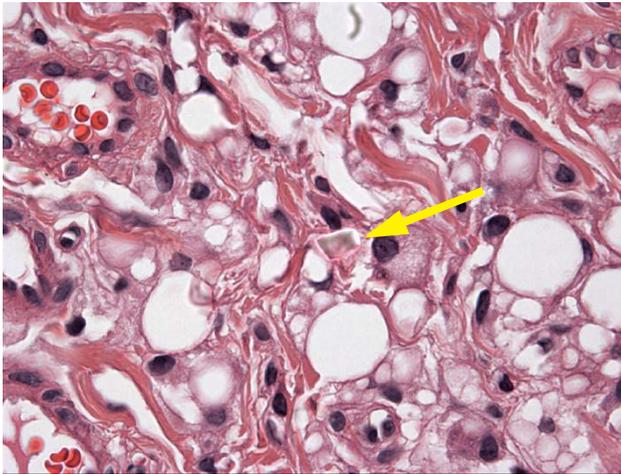
La biopsia (**Fotografías 1-3**) demostró que por debajo del epitelio, dispuesta de manera difusa o formando lóbulos, se veía una activa proliferación de células vacuoladas que a primera impresión daban la apariencia de tejido adiposo. Con mayor magnificación podía notarse algunos núcleos hiper cromáticos y células que por su núcleo central y microvacuolización periférica daban la apariencia de hipoblastos (**Fotografía 4**). Ocasionalmente se veía un material no birefringente, débilmente basófilo, en citoplasma o en el intersticio (**Fotografía 5**). Llamaba la atención, sin embargo, la ausencia de franca atipicidad, aunque en la periferia se notaban que las células proliferantes llegaban a las partes más profundas del espécimen.



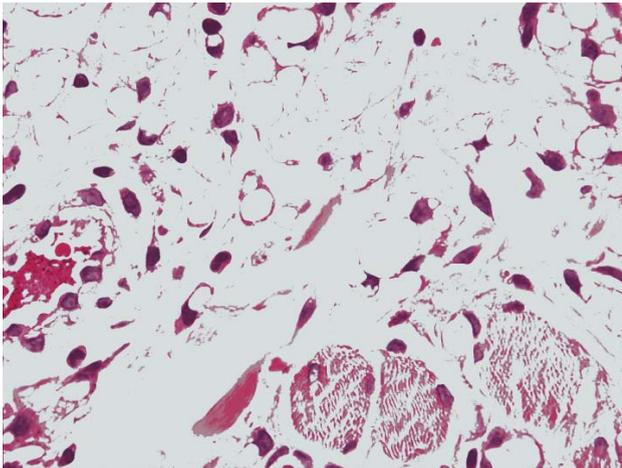
Fotografía 2. Vista a mediano aumento. Se hace evidente el aspecto celular vacuolado y difuso, muy significativo de células adiposas. H/E 10X.



Fotografía 4. Se aprecia células con vacuolas grandes o medianas y en la parte central células con microvacuolas que parecen lipoblastos. H/E 100X.



Fotografía 5. Células con vacuolas grandes o pequeñas y material denso débilmente basófilo en el intersticio (flecha). H/E 100x.



Fotografía 6. La proliferación de células vacuoladas infiltra los haces de músculo estriado. H/E 100x.

Con estas características morfológicas nos planteamos la posibilidad de una forma de proliferación de tejido adiposo y aunque no observábamos presencia de mitosis nos preocupaba el carácter infiltrativo en la vecindad del tejido muscular estriado (**Fotografía 6**).

Indagamos por más antecedentes de la paciente y ella nos relató que hace doce años había sido sometida a inyecciones de silicona en el labio por razones cosméticas. Se despejaron así nuestras preocupaciones pero en el interin habíamos enviado nuestros preparados histológicos a dos consultores y es interesante reportar aquí las respuestas que recibimos.

Respuestas de los consultores:

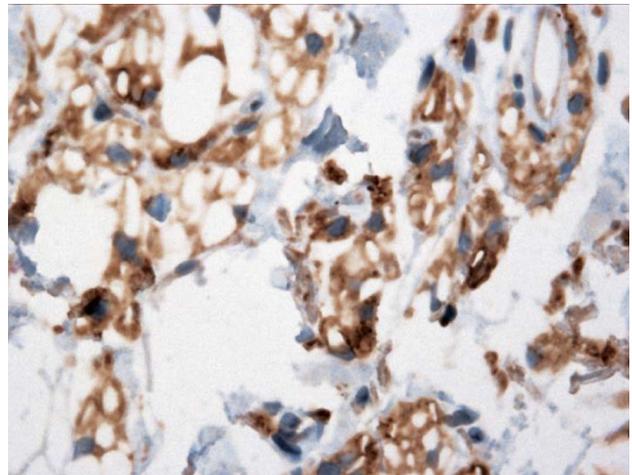
Consultor 1

"The lesion grows in a diffuse fashion and reaches beneath the squamous epithelium. It is also present at the deep margin of the biopsy. I cannot place this lesion in a specific category among the lipomatous neoplasms. I suppose one could call it generically an atypical lipomatous tumor, but it is certainly different from the neoplasm to which we give this name in the deep soft tissues. I suspect that we are dealing with a very low grade and probably benign process, but I would consider the possibility of performing a local re-excision because of the positivity of the margins".

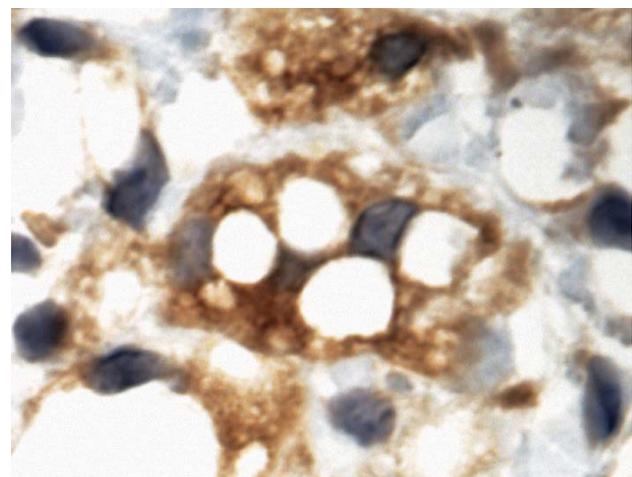
Consultor 2

"Este es un caso de silicoma. Estoy seguro que si presionan a la paciente va terminar confesando que se ha hecho una inyección cosmética en el pasado".

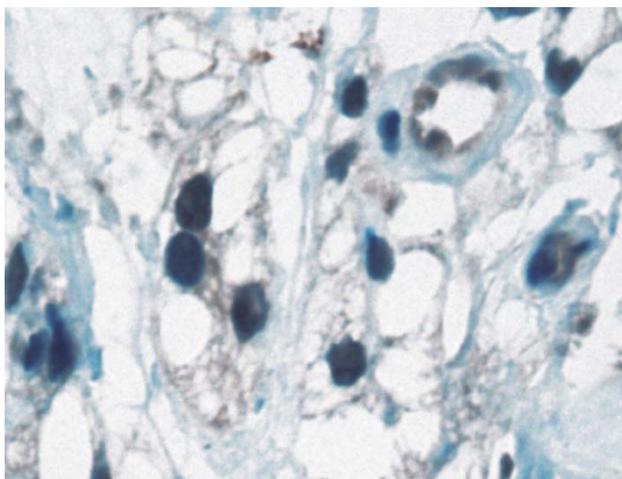
Con el dato proporcionado secundariamente por la paciente creímos conveniente dilucidar, utilizando reacciones inmunohistoquímicas, la naturaleza de las células vacuoladas. Empleamos como marcador de histiocitos el CD68 (monoclonal mouse anti-human macrophage, CD68) y la lisozima (rabitt anti-human lysozime (muramidase), DAKO LSAB) y como marcador de tejido adiposo el S-100 (rabitt anti-cow, DAKO LSAB).



Fotografía 7. Reacción positiva difusa en las células vacuoladas. CD68, magnificación original 100X.



Fotografía 8. Intensa positividad citoplásmica en células vacuoladas. Lisozima, magnificación original 100X (ampliada con PhotoShop).



Fotografía 9. Reacción negativa en células vacuoladas. S-100, magnificación original 100X (ampliada con Photoshop).

La fotografía 7 muestra el resultado con el CD68 y la fotografía 8 con la lisozima. El fenotipo histiocitario de las células vacuoladas queda así claramente demostrado por la intensidad de las reacciones positivas en ambas pruebas. Por el contrario, la fotografía 9 nos demuestra la negatividad de las células vacuoladas con la marcación del S-100, indicando ausencia de fenotipo de tejido adiposo.

DISCUSIÓN

Lo común en la mayoría de los casos de reacciones celulares a la silicona es que se acompañen de variable infiltración con leucocitos, polinucleares, linfocitos, células plasmáticas y células gigantes tipo a cuerpo extraño, además de las células vacuoladas y de la ocasional presencia de sombras del material inyectado, todo lo cual hace relativamente fácil el diagnóstico histológico en los casos de formación de granulomas^{3,6}.

Sin embargo, ocasionalmente, la reacción celular leucocitaria puede ser menos conspicua y la interpretación se hace entonces más difícil¹. Sin duda esto es lo que ha ocurrido en nuestro caso en el cual habían transcurrido doce

años desde el momento de la inyección inicial, no habiendo sino una reacción celular con histiocitos fagocíticos.

Lo importante a subrayar en esta observación es que desde el punto de vista histológico el carácter difuso de la reacción y la infiltración del tejido muscular vecino sugirió un proceso neoplásico del tejido adiposo. El uso de los marcadores inmunohistoquímicos fue útil para esclarecer de manera definitiva la naturaleza del proceso.

Es interesante que recientemente Maly y cols. han descrito, en una mujer de 32 años que se inyectó silicona en el labio dos años antes, la aparición de una masa que fue interpretada a la biopsia como un liposarcoma de bajo grado⁷. Debemos pues estar alerta a esta contingencia sobre todo hoy que los procedimientos cosmetológicos se han generalizado en todos los estratos sociales.

Es obvio que para una correcta interpretación es fundamental la estrecha correlación clínico patológica que puede evitar innecesarias intervenciones quirúrgicas traumáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FECHNER RE. The surgical pathology of iatrogenic lesions. En: Silverberg S, editor. Principles and Practice of Surgical Pathology Vol I. Churchill Livingstone Inc; 1990. p.80.
2. SYMMERS W. Silicone mastitis in "topless" waitress and some other varieties of foreign-body mastitis. Br Med J. 1968;3:19-22.
3. TRAVIS WD, BALOGH K, ABRAHAM JL. Silicone granulomas: Report of three cases and review of the literature. Hum Pathol. 1985;16:19.
4. CHRISTIE AJ, WEINBERGER KA, DIETRICH M. Silicone lymphadenopathy and synovitis. Complications of silicone elastomer finger joint prostheses. JAMA. 1977;237:1463.
5. CHRISTIE AJ, WEINBERGER KA, DIETRICH M. Recurrence of silicone lymphadenopathy. JAMA. 1981;245:1314.
6. HAUSNER RJ, SCHOEN FJ, MENDEZ-FERNANDEZ MA, et al. Migration of silicone gel to axillary lymph nodes after prosthetic mammoplasty. Arch Pathol Lab Med. 1981;105:371.
7. MALY A, REGEV E, MEIR K, MALY B. Tissue reaction to liquid silicone simulating low-grade liposarcoma following lip augmentation. J Oral Pathol Med. 2004;33:314.