

CASO CLÍNICO

TUMOR PHYLLODES GIGANTE

CASE REPORT: GIANT PHYLLODES TUMOR

DRA. NUVIA ALIAGA M. (1), DRA. LAURA CARREÑO T. (2), DR. FERNANDO BELTRÁN M. (3), DR. ANTONIO SOLÁ V. (4), DR. CARLOS SCIARAFFIA M. (5) E INTERNOS SRS. SEBASTIÁN PÉREZ B. (6) Y DANIEL MUÑOZ S. (6).

1. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, CENTRO INTEGRAL DE LA MAMA. CLÍNICA LAS CONDES.
2. DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE .
3. SERVICIO CIRUGÍA, HOSPITAL VICTOR RIO RUÍZ, LOS ANGELES.
4. DEPARTAMENTO DE RADIOTERAPIA, CLÍNICA LAS CONDES.
5. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.
6. ALUMNOS DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE.

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una paciente de 41 años portadora de un Tumor Phyllodes Maligno. Inicialmente este tumor fue diagnosticado como fibroadenoma. Mostramos su evolución y tratamiento. Destacamos la importancia del diagnóstico diferencial de esta patología con el fibroadenoma.

Palabras clave: Tumor Phyllodes / diagnóstico / complicaciones / terapia.

SUMMARY

We present a patient 41 years old, with the diagnosis of malignant phyllodes tumour. At the beginning the tumor was diagnosed as cellular fibroadenoma. We show her history, evolution and treatment. We remark the importance of differential diagnosis between phyllodes tumour and cellular fibroadenoma.

Key words: Phyllodes Tumor / diagnosis / complications / therapy.

Paciente de 41 años, nuligesta, obesa, fumadora de 10 paquete/año, sin otros antecedentes mórbidos de importancia ni historia familiar de cáncer, que consulta por aumento de volumen en mama izquierda, asociado a dolor urente e intermitente de 2 años de evolución.

Su cuadro comienza en 1997, cuando fue sometida a tumorectomía por tumor de mama izquierda de aproximadamente 3 cms. de diámetro. La biopsia fue informada como fibroadenoma. Aproximadamente un año después consulta nuevamente por aumento de volumen en relación a lecho quirúrgico. Es sometida a resección amplia; el informe histológico describe un "Fibroadenoma o Tumor Phyllodes". La evolución post operatoria fue tórpida, presentando cuadro febril y compromiso del estado general. Se reoperó practicándose aseo quirúrgico que incluyó resección de areola y pezón dado el importante compromiso local, requiriéndose manejo en UTI por varios días. Seis meses después de su alta notó nuevo crecimiento tumoral, retardando su consulta hasta 2004 por decisión personal.

Al examen físico, se constató paciente obesa en grado leve (IMC: 33,5 kg/ m²). Portadora de hipertrofia mamaria bilateral, y en

mama izquierda, una gran masa tumoral que ocupaba prácticamente toda la glándula con piel eritematosa, muy adherida al tumor y con marcada circulación colateral. El tumor medía 25 x 25 cms., abollonado, duro con algunas zonas de menor consistencia. No se palpaban linfonodos en axilas ni fosas supraclaviculares. El resto de su examen físico fue normal.

ESTUDIO

Se solicitó mamografía que mostró una lesión expansiva de contornos lobulados, hiperdensa, de aproximadamente 18 cms. de diámetro que ocupaba casi toda el área mamaria. Fue catalogada como BIRADS 4. La mama derecha se observó hiperdensa y heterogénea. Se complementó con ecografía mamaria donde se confirmó una gran lesión expansiva izquierda. El tumor fue descrito como multilobulado, de 20 a 25 cms. de diámetro, mayoritariamente sólido con algunas áreas anecogénicas quísticas y abundante vascularización.

En el cuadrante súpero interno de la mama derecha se observó una imagen de quiste simple menor a 1 cm.

La paciente fue sometida a biopsia incisional; ésta fue informada como neoplasia fibroepitelial con caracteres de Tumor Phyllodes benigno. Con esta información la paciente se somete a cirugía en marzo de 2004, practicándose Mastectomía Total Izquierda. Durante la cirugía se constató que el tumoral se encontraba fuertemente adherido a la piel y al plano muscular (pectoral mayor). La disección fue dificultosa debido a la gran cantidad de vasos de neoformación. Para el cierre del defecto de pared se rotó un colgajo cutáneo abdominal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, dándose de alta al tercer día.

La biopsia definitiva fue informada como Tumor Phyllodes Borderline o Tumor Phyllodes maligno de Bajo Grado (según clasificación histológica WHO año 2002), de 17,5 x 15 x 13 cms. con celularidad estromal alta, áreas de necrosis y hemorragia. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos, todos a más de 1cm. El tumor pesó 2.150 grs.

Se practicó estudio de diseminación incluyendo TAC de tórax, abdomen y pelvis y Cintigrama óseo; no se encontró evidencia de metástasis a distancia.

La paciente inició radioterapia postoperatoria 3 semanas después de



Pre operatorio.



Resección quirúrgica.



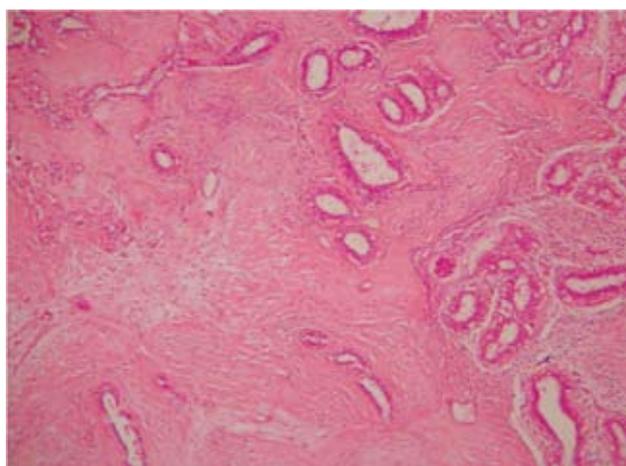
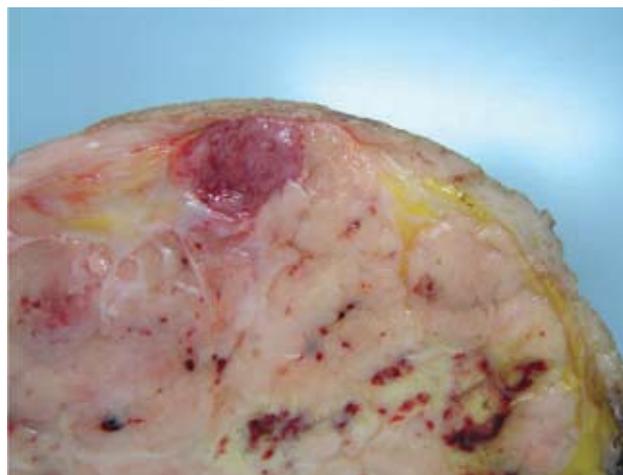
Tumor Phyllodes.



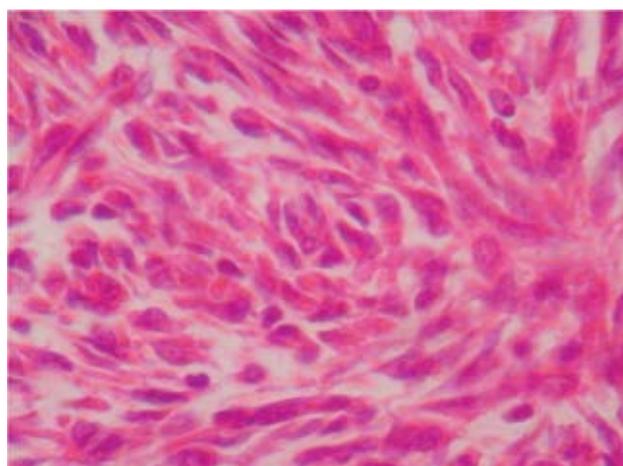
Pieza operatoria.



Corte transversal.



Histología.



la cirugía, recibiendo 50 Gy en 25 fracciones con campos tangenciales usando fotones de 6 MV y con un campo anterior usando electrones de 6 MeV, sobre pared torácica más una sobreimpresión en lecho tumoral con electrones de 6 MeV hasta completar una dosis total de 60 Gy. La tolerancia al tratamiento fue excelente. Dos años después de su cirugía, la paciente se encuentra en excelentes condiciones generales.

COMENTARIO

El tumor Phyllodes es una rara lesión tumoral que representa menos del 1% de las neoplasias mamarias. Fue descrito por Johannes Muller en 1838 quien lo llamó Cistosarcoma Phyllodes. Cerca de un 90% de estos tumores son benignos y un 10% son malignos. Los benignos no metastizan pero son agresivos localmente y tienden a recurrir. Los malignos metastizan, por vía hematológica. Se presenta con más frecuencia en mujeres de 45 a 49 años (1). Su origen histológico es fibroepitelial al igual que el Fibroadenoma, siendo éste su principal diagnóstico diferencial.

El Phyllodes es un tumor de aspecto benigno que se palpa como una masa firme, móvil, de bordes regulares (aunque de difícil delimitación), no adherido a planos superficiales ni profundos es decir muy parecido a la clínica de un fibroadenoma. No se acompaña de compromiso axilar ni supraclavicular. La sospecha de tumor Phyllodes debe hacerse ante la presencia de un tumor mamario de aspecto benigno, pero de crecimiento rápido; en algunas ocasiones se presentan como tumores de crecimiento lento y prolongado pero esto es menos frecuente. (2)

No es fácil tampoco diferenciar los Phyllodes de los fibroadenomas desde el punto de vista imaginológico ni histológico. Tanto la mamografía como la ecotomografía mamaria no logran diferenciarlos claramente. En la mamografía los Phyllodes se presentan como masas bien definidas, a veces algo lobuladas al igual que los fibroadenomas siendo prácticamente indistinguibles de éstos (3).

La mayoría de las veces, las imágenes ecográficas de los Phyllodes muestran masas sólidas de bordes suaves, con algunas lobulaciones. No hay evidencia de que la resonancia magnética muestre ventajas con

respecto a otros métodos de diagnóstico por imágenes; su rol aún está por definirse (4).

En cuanto a su diagnóstico anatomopatológico, no se recomienda el estudio citológico ya que la muestra que se obtiene suele ser insuficiente. La biopsia core tiene más rendimiento ya que con ella se obtiene una muestra de tejido mayor lo que permite apreciar mejor el doble componente tumoral, la proporción en que ambos están presentes, evaluar el recuento mitótico y la extensión de la necrosis. Sin embargo, igual existe un riesgo de subdiagnóstico en los tumores fibroepiteliales, sobre todo los de gran tamaño ya que suelen presentar áreas de aspecto heterogéneo, coexistiendo zonas de acentuado sobrecrecimiento estromal celular con otras hipocelulares (error de muestreo) (5).

Por ello, el método de diagnóstico más recomendado, suele ser la extirpación completa del tumor.

Las distintas series muestran que el tamaño del tumor, el estado de los márgenes, la presencia de necrosis y actividad mitótica son indicadores de malignidad. A mayor tamaño, mayor es el potencial maligno (6). Con respecto a la recurrencia local y a distancia, el estado de los márgenes se relaciona con un aumento de ellas. No está claramente definido cuánto debe ser este margen libre adecuado. Las distintas series no son concluyentes al respecto. En general debiera ser entre 0.5 y 1 cm. La recurrencia local ocurre en aproximadamente 15 % de las pacientes y es más común después de una resección incompleta (7).

El tratamiento recomendado es la Mastectomía parcial, es decir la extirpación del tumor con un rodete de tejido sano, (borde libre). Si no es posible obtener bordes sanos, se deberá practicar una Mastectomía Total (8). No es necesaria la disección axilar.

La sobrevida a 5 años de los Phylloides se ha estimado en 96% para los benignos y 66% en los malignos. Aproximadamente el 20% de los pacientes con tumor Phylloides Maligno desarrollará metástasis a distancia (7). Existe consenso en que el tratamiento de los tumores phylloides es primero quirúrgico. En cuanto a otro tipo de tratamiento existen algunas controversias. Frente a un Phylloides benigno, bastaría con la resección del tumor con borde de tejido sano, pero si es un Phylloides maligno, generalmente se agrega radioterapia post operatoria, especialmente si se conserva la mama. Aunque no está probada la real utilidad de la radioterapia, parece adecuado pensar que la ella podría eliminar eventuales microimplantes. Algunas series agregan quimioterapia al tratamiento cuando se considera que el Phylloides es muy anaplástico o cercano, histológicamente hablando, a un sarcoma. Sin embargo, aún en los sarcomas verdaderos la utilidad de la quimioterapia no ha sido claramente establecida (9).

Para terminar: El Fibroadenoma mamario es el tumor más frecuentemente diagnosticado en la patología benigna de la mama. El manejo no quirúrgico de ellos se ha aceptado en los últimos años. Frente a la sospecha de este tumor no debemos olvidar que el tumor Phylloides es SU principal diagnóstico diferencial. Este, como se ha dicho es infre-

cuenta pero su potencial maligno tanto en lo que se refiere a recurrencia local como a distancia, hace que llamemos a los clínicos a estar atentos a su diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. M.A. Guerrero et al: Malignant phylloides tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surgical Oncology* 2003; 12: 27-37.
2. Bartoli C, Zurrada S, Veronesi P: Small sized phylloides tumor of the breast. *Eur J Surg oncology* 1990; 16: 215-19.
3. Cole-Beuglet C, Soriano R, Kurtz AB: Ultrasound, x-ray mammography, and histopathology of cystosarcoma phylloides. *Radiology* 1983;146: 481-6.
4. Farrio DM, Gorezyca DP, Barky Sh: Benign Phylloides tumor of the breast: MR Imaging features. *Am J Roetgend* 1996; 187-9.
5. Jacobs T, Yunn-yi chen, Guinea D: Fibroepithelial Lesions With Cellular Stroma on Breast Core Needle Biopsy: Are There Predictors of Outcome on Surgical Excision? *American Journal of Clinical Patholog.* 2005;342-354.
6. Oktar A, Mustafa M., Kay B: Risk Factors for Recurrence and Death After Primary Surgical Treatment of Malignant Phylloides Tumors. *Annals of Surgical Oncology*2004; 1011-1017.
7. S J Parker, S A Harries: Phylloides Tumours. *Postgraduate Medical Journal* 2001;77: 428- 435.
8. Hamed H, Fentiman IS: Benign Breast Disease. *JCP* 2001; 55: 461-64.
9. Alabassi A, Fentiman IS: Sarcomas of the breast. *Int J Clin Pract.* 2003; 57 : 886-9.