



Tumor phyllodes: experiencia institucional

Carlos Aranda Flores,* Emilio José Olaya Guzmán,** Alinne Colin Valenzuela,*** Pedro Silvestre Miguel Pérez****

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: el tumor phyllodes es una neoplasia rara que representa de 0.3 a 1% de los casos de tumores mamarios y de 2 a 3% de los tumores mamarios fibroepiteliales.

Objetivo: conocer la incidencia institucional y caracterizar una serie de casos con diagnóstico de tumor phyllodes de mama.

Material y métodos: tipo de estudio observacional, retrospectivo. Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con dicho diagnóstico atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología entre enero de 1998 y noviembre del 2008; se construyó una serie de casos con las pacientes que contaron con diagnóstico histológico de tumor phyllodes.

Resultados: se obtuvo una incidencia institucional de 0.8% y 12.5% de los casos correspondió a tumor phyllodes maligno. La edad promedio de las pacientes fue de 35 años (14-50 años); el sitio de localización más frecuente fue el cuadrante superior externo; el tamaño promedio de la tumoración obtenido por estudios de imagen (ultrasonografía, mastografía) y por medición directa de la pieza quirúrgica (tumoración) fue de 61 mm (rango 13-150 mm) y 77 mm (30-300 mm), respectivamente. Un solo caso se asoció con embarazo y fue bilateral no sincrónico.

Conclusiones: a pesar de tratarse de una patología poco frecuente, debemos estar pendientes de su diagnóstico y tratamiento oportuno ya que en un porcentaje considerable puede condicionar deformación de la mama y en algunos casos puede ser de características malignas.

Palabras clave: tumor phyllodes.

ABSTRACT

Background: Phyllodes tumor represents one of the fibroepithelial breast neoplasms that accounts for 0.3% to 1% of the breast tumors.

Objective: To describe a case series of patients with phyllodes tumor diagnosis.

Material and methods: We retrospectively reviewed the medical records of patients that had confirmed histological phyllodes tumor collected over a period of ten years.

Results: The incidence was 0.8%, 12.5% of cases corresponded to malignant phyllodes. The average age was 35 years (range 14-50 years); the most frequent site of localization was the superior and external quadrant of the breast; the average tumoral size by image studies (ultrasound or mastography) and by direct measurement was 61 mm (13-150mm) and 77 mm (30-300mm), respectively. One case coexisted with pregnancy.

Conclusions: It is a rare neoplasm, and the clinician must be aware of its timely diagnosis and treatment, if not some cases will develop breast deformity and some others will be borderline or malignant.

Keywords: phyllodes tumor.

RÉSUMÉ

Antécédents: Phylloïde tumeur est une tumeur maligne rare, représentant 0,3 à 1% de tous les cas de tumeurs du sein et de 2 à 3% des tumeurs du sein fibro-épithélial.

Objectif: comprendre l'incidence des institutions et de caractériser un certain nombre de cas diagnostiqués avec des tumeurs du sein phyllodes.

Méthodes: Une étude observationnelle rétrospective. Nous avons examiné les dossiers ayant reçu un diagnostic de tumeur phylloïde de patients traités à l'Institut national de périnatalogie de Janvier 1998 à Novembre 2008. Nous avons mené une série d'affaires avec des patients qui présentaient un diagnostic histologique de cette tumeur.

Résultats: il y avait une incidence institutionnelle de 0,8%, dont 12,5% correspondait à une tumeur maligne phyllodes. L'âge moyen était de 35 ans (14 à 50 ans), la localisation la plus fréquente était le quadrant supéro-externe, avec une taille moyenne par des études d'imagerie (échographie, mammographie) a été de 61 mm et par mesure directe de la pièce à usiner chirurgie (tumeur) de 77 mm. Un seul cas a été associée à la grossesse bilatérale et n'était pas synchrone.

Conclusions: Même s'il est une pathologie rare doit être considéré comme le diagnostic et le traitement de la tumeur phylloïde parce qu'un pourcentage significatif de patients mai développer une déformation du sein et, dans certains cas être des caractéristiques malignes.

Mots-clés: tumeur phylloïde, le diagnostic histologique, échographie, mammographie.

RESUMO

Antecedentes: Tumor dos phyllodes é um tumor raro, representando 0,3 a 1% dos casos de tumores de mama e de 2 a 3% dos tumores de mama fibroepithelial.

Objetivo: Compreender a incidência institucional e caracterizar uma série de casos com diagnóstico de tumor phyllodes de mama.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional. Revisamos os prontuários com diagnóstico de tumor phylloides dos pacientes tratados no Instituto Nacional de Perinatología de janeiro de 1998 até novembro de 2008. Realizamos uma série de casos com pacientes que tiveram diagnóstico histológico deste tumor.

Resultados: houve uma incidência institucional de 0,8%, dos quais 12,5% corresponderam a phyllodes tumor maligno. A idade média foi de 35 anos (14 a 50 anos), a localização mais frequente foi o quadrante superior externo, com tamanho médio de exames de imagem (ultra-sonografia, mamografia) foi de 61 mm e pela medição directa da peça de trabalho cirurgia (tumor) de 77 mm. Apenas um caso foi associado com a gravidez não foi bilateral e síncrona.

Conclusões: Embora seja uma condição rara deve ser considerado o diagnóstico e tratamento do tumor phylloides porque um percentual significativo de pacientes pode desenvolver-se a deformação da mama e em alguns casos, características de malignidade.

Palavras-chave: tumor phyllodes, diagnóstico histológico, ultra-sonografia, mamografia.

El tumor phyllodes fue descrito por primera vez en 1838 por Johannes Muller; en un inicio se le consideró maligno y se le denominó cystosarcoma phyllodes (tumor carnoso, “sarcoma”; surcos y quistes, “cysto”; forma de hoja, “phyllodes”). Se trata de una neoplasia fibroepitelial cuya incidencia es de 0,3 a 1% de todos los tumores mamarios; se presenta en todas las edades, aunque los 35 años son la edad promedio del diagnóstico y en mujeres latinas ocurre a edades más tempranas. Se ha reportado una mayor incidencia en mujeres blancas. Entre los posibles factores que estimulan su crecimiento se encuentran los antecedentes de traumatismo, lactancia y embarazo.^{1,2}

El tumor phyllodes muestra un grado variable de conducta clínica, desde completamente benigno hasta con potencial para recurrir de forma local o tener metástasis con una mortalidad significativa.³

Por lo general se presenta de forma unilateral y circunscrita; su consistencia es firme y no adherida a otras

estructuras, su coloración es blanca-grisácea y puede tener focos de hemorragia y necrosis.⁴

Respecto de su origen histológico, se considera que el tumor puede surgir de fibroadenomas preexistentes, aunque también los reportan como lesiones *de novo*. Contiene elementos de epitelio y de estroma, el cual deriva exclusivamente del “estroma interlobular especializado” y le da una apariencia mixoide. En la actualidad, el tumor phyllodes se clasifica de tres formas de acuerdo con las características histológicas, que son: *a*) benigno, *b*) de baja malignidad o límitrofe y *c*) maligno. Independientemente de si es benigno o maligno, este tipo de tumor puede tener recidivas.⁵

En términos clínicos se observa como un tumor voluminoso, móvil, de rápido crecimiento y con protrusión de la piel, la cual es brillante, adelgazada y con red venosa superficial aumentada visible. Anteriormente se consideraba que debían ser muy voluminosos, pero en la actualidad se reconoce que pueden tener diversos tamaños.^{2,6}

Para su diagnóstico se han empleado métodos como la mastografía, en la cual suelen observarse masas delicadamente marginadas, lobuladas y con aspecto de tejido blando. Otro medio diagnóstico es el ultrasonido (USG), en el cual la tumoración suele aparecer con márgenes tenues y ecos heterogéneos internos sin atenuación acústica, sin ser éstos datos patognomónicos. Con el empleo de biopsia por aspiración no es posible obtener un diagnóstico definitivo ya que esta lesión representa un espectro de tumores fibroepiteliales.⁶⁻⁹

La conducta quirúrgica recomendable es la extirpación completa del tumor con tejido sano alrededor del mismo; en casos de gran tamaño es preciso recurrir a la mastectomía simple.^{6,10-12}

* Coordinador del servicio de oncología.

** Médico adscrito al servicio de oncología.

*** Residente de ginecología y obstetricia.

**** Médico adscrito al servicio de patología.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. Carlos E. Aranda Flores, Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales 800, Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo 11000, México D.F.

Correo electrónico: aranda_flores @hotmail.com

Recibido: febrero, 2009. Aceptado: mayo, 2009.

Este artículo debe citarse como: Aranda FC, Olaya GEJ, Colín VA, Miguel PPS. Tumor phyllodes: experiencia institucional. Ginecol Obstet Mex 2009;77(12):567-572.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes con diagnóstico de tumor mamario durante el periodo comprendido entre enero de 1998 y noviembre del 2008, de los cuales se obtuvieron 16 casos con el diagnóstico histológico de tumor phyllodes de la glándula mamaria; los casos incluidos fueron diagnosticados y tratados en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Un diseño de serie de casos permitió el análisis de los expedientes con el diagnóstico en cuestión y se realizó estadística descriptiva mediante el uso del programa SPSS versión 16.

RESULTADOS

De los 16 casos incluidos, 12.5% correspondió a tumor phyllodes maligno. Respecto de las características demográficas, la edad promedio de las pacientes fue de 35 años (rango, 14-50 años), su peso promedio fue de 63.5 kg con un rango de índice de masa corporal de 19.9 a 39.6 kg/m²; 86% de las mujeres se reportaron como previamente sanas y sin antecedentes de patología mamaria. El 70% ingresó a la institución por causa de la tumoración; a una de ellas se le había diagnosticado cáncer de mama, el motivo de ingreso de 20% fue esterilidad, dos pacientes fueron admitidas para control prenatal y 25% eran mujeres nulíparas al momento del diagnóstico.

Todas las pacientes reportaron haber identificado la tumoración mamaria mediante autoexploración; las localizaciones más frecuentes (53%) fueron en el cuadrante superoexterno y en el área central retroareolar, sin predominio del lado mamario. La mastografía fue el primer estudio de imagen solicitado y el ultrasonido fue complementario. Dichos estudios sugirieron la posibilidad de tumor phyllodes sólo en un tercio de las pacientes (figuras 1 y 2). El tamaño promedio de la tumoración medida por imagen fue de 61 mm (rango 13-150 mm).

A 44% de las pacientes se les realizó una biopsia incisional previa y el reporte más frecuente fue de fibroadenoma.

Todas las mujeres con sospecha diagnóstica de tumor phyllodes fueron sometidas a cirugía; a siete de ellas se les practicó una mastectomía simple, otras siete fueron sometidas a escisión con márgenes amplios y al resto de las pacientes se les realizó una segunda cirugía debido a que se reportaron bordes positivos (cuadro 1).

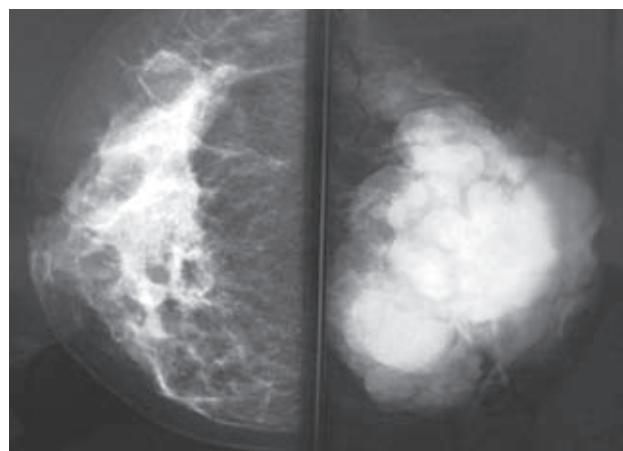


Figura 1. Mastografía, se observa en la mama izquierda gran tumoración con aumento de la densidad

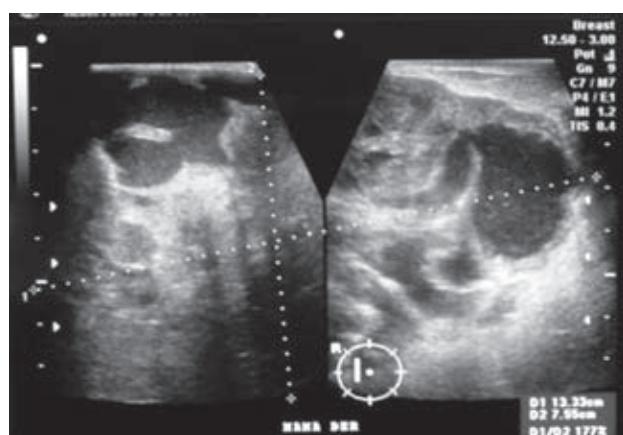


Figura 2. Ultrasonografía, tumor heterogéneo de la mama derecha

Cuadro 1. Tamaño de la tumoración y tratamiento

Tamaño	Escisión local	Ampliación de bordes	Mastectomía simple
<5 cm	3		
5 a 10 cm	4	2	5
>10 cm		2	

El diagnóstico final se estableció por medio de estudio histopatológico definitivo (figuras 3 y 4) y la dimensión promedio de las tumoraciones fue de 77 mm (30-300 mm). (figuras 5 y 6).

Todas las pacientes fueron citadas a consulta posterior a la cirugía para su seguimiento; sin embargo, una de ellas ya no acudió. En la última consulta reportada en el expe-

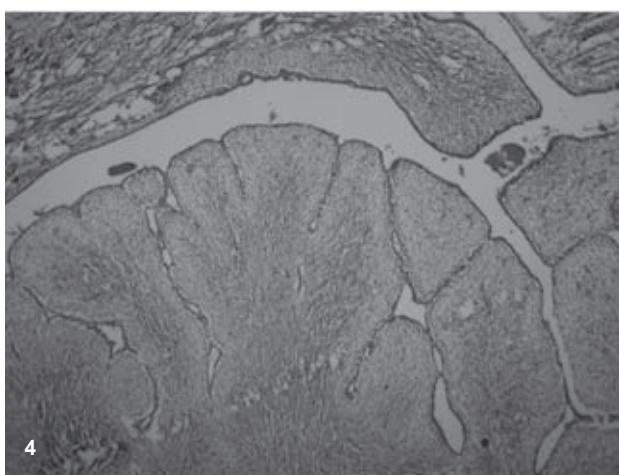
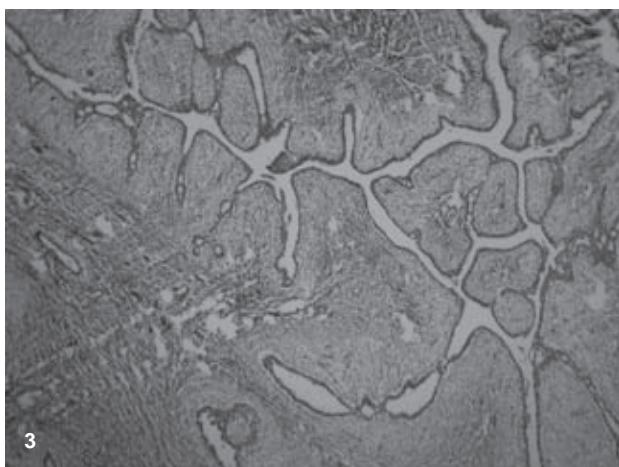


Figura 3 y 4. Histología que muestra grietas alargadas delimitadas por un epitelio, uno de los rasgos característicos del tumor phyllodes que le otorga la morfológica similar a la de una hoja

diente se encontró que 60% de las mujeres no presentaron recurrencias ni otras patologías mamarias; en dos de las mujeres se identificó una nueva tumoración no mamaria ipsilateral no palpable (aún no se cuenta con el diagnóstico histológico porque no se les ha practicado cirugía), otra paciente presentó un tumor phyllodes contralateral un año después de la extirpación del primero y una de las pacientes con diagnóstico de phyllodes maligno falleció a los diez años de seguimiento.

Los estudios de gabinete con los cuales se realizó el seguimiento fueron la mastografía realizada en un tercio de las pacientes, el ultrasonido empleado en 37% de las



Figura 5. Transquirúrgico, escisión de tumor phyllodes de la mama derecha en una paciente de 50 años de edad

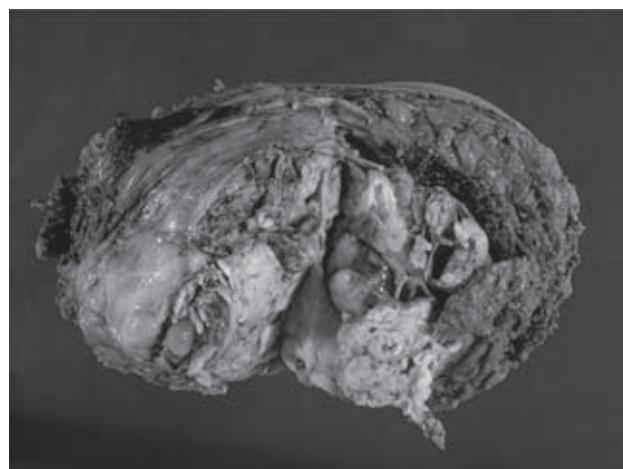


Figura 6. Corte macroscópico de mama derecha con tumor phyllodes benigno

mujeres y el resto del seguimiento, hasta el momento, se ha realizado únicamente mediante clínica. En los estudios de seguimiento, los hallazgos reportados con más frecuencia fueron las calcificaciones de características benignas (20%), seguidas por cambios compatibles con condición fibroquística de la mama y por ectasia ductal.

DISCUSIÓN

El tumor phyllodes es una neoplasia mamaria fibroepitelial poco frecuente y en este trabajo se determinó una incidencia institucional de 0.86% (16 casos); de los cuales,

12.5% correspondió a tumores malignos, sin documentarse ningún caso de tumor limítrofe. Los porcentajes antes mencionados son similares a los reportados en la literatura.¹³⁻¹⁵

Este tipo de tumor puede presentarse a cualquier edad entre los 10 y los 90 años, con un pico de incidencia entre los 30 y 40 años de edad,^{13,16} datos que corresponden con nuestros resultados, ya que la mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas entre los 30 y 35 años de edad y las dos pacientes con diagnóstico de malignidad eran mayores de 35 años. La mayoría de las pacientes contaba con al menos un embarazo previo y sólo en una paciente el tumor coexistió con embarazo.¹⁷

En nuestra serie de casos, todas las mujeres reportaron, tumoración en la mama; sin embargo, debe tomarse en cuenta que pueden existir casos en los cuales la tumoración es hallazgo de algún auxiliar diagnóstico sin que sea evidente a nivel clínico.

También se ha reportado que entre 20 y 30% de las pacientes pueden referir un crecimiento rápido del tumor;¹⁵ incluso puede ocurrir rotura cutánea secundaria a presión local y necrosis.

La localización tumoral fue unilateral en todos los casos y el tamaño promedio por imagen fue menor que el reportado por patología (61 vs 77 mm), similar a lo publicado^{13,15,16} y, aunque la dimensión promedio de las lesiones malignas fue mayor (82 mm), no existe consenso en que el tamaño pueda sugerir la presencia de tumor phyllodes o la malignidad del mismo.^{6,8,16} El tamaño tampoco impacta en la recurrencia local, pero sí afecta en las metástasis a distancia.¹⁹ En su estudio, Chaney y colaboradores encontraron que los tumores con sobre-crecimiento estromal mayor a 5 cm desarrollaron metástasis en 43% de los casos.¹⁰

Una vez que se sospecha el diagnóstico, debe confirmarse mediante estudio histológico, pues la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) no es un estudio confiable debido a la composición tisular del tumor,^{5,21,22} razón por la cual es necesaria la extirpación de la tumoración.

Respecto de la expresión de receptores hormonales, ésta no fue determinada en ninguno de nuestros casos; no obstante, en la literatura se ha reportado que los receptores de estrógeno se identifican en aproximadamente 43% de los casos y es mayor en los tumores benignos; la expresión de receptores progestacionales es más elevada pues representa 84% del epitelio y menos de 5% en células

estromales, tanto en los tumores benignos como en los limítrofes y malignos.²³⁻²⁶

El tratamiento recomendado es la escisión de la lesión con bordes quirúrgicos negativos. No existe una regla sobre el borde quirúrgico libre óptimo para evitar recurrencia pero se conoce que la escisión del tumor sin borde libre de neoplasia se asocia con una mayor recurrencia, por lo cual se considera prudente permitir 2 cm de margen libre de tumor.^{2,15} En caso de presentarse una recurrencia, puede manejarse con una mastectomía subsecuente sin impacto en la supervivencia total. A 60% de los casos incluidos en este estudio se les realizó escisión de la tumoración con márgenes amplios; dos de las pacientes fueron sometidas a otra intervención debido a que la histopatología reportó bordes quirúrgicos con lesión y las demás mujeres fueron tratadas mediante mastectomía simple, incluso las dos mujeres con enfermedad maligna. En términos generales, este manejo concuerda con el reportado y sugerido por otros autores.^{10,15,16}

Tres pacientes han presentado una nueva tumoración mamaria, sin que aún estas lesiones demuestren ser recurrencias. En la literatura se reportan recurrencias de 0 a 60%; por ejemplo, en una de las series de casos más numerosas y recientes, Ben-Hassouna reportó una recurrencia de 12.2%,¹⁵ por lo cual es importante el correcto seguimiento de las pacientes.¹⁹ Cuatro de nuestras pacientes dejaron de acudir a su seguimiento y una de las mujeres con tumor maligno falleció a los diez años del diagnóstico sin ser posible documentar recidiva o metástasis.

Debido a que se trata de una patología poco frecuente, resulta difícil la realización de estudios prospectivos que nos permitan dar un valor específico a las características y a los factores de riesgo asociados con esta neoplasia. Es necesario continuar evaluando de forma exhaustiva a estas pacientes y acotar los antecedentes, síntomas y hallazgos que puedan ser relevantes. Se considera que la escisión local con márgenes libres de lesión es un tratamiento adecuado en el caso de que la relación mama-tumor lo permita. En caso de malignidad, la mastectomía simple puede ser una opción; sin embargo, es necesario individualizar cada caso para decidir el tipo de cirugía a efectuar. Es importante insistir en el seguimiento postquirúrgico de las pacientes y hacerlas conscientes de que, a pesar de tratarse de una enfermedad benigna en la mayoría de los casos, puede presentar recidivas.

REFERENCIAS

1. Bernstein L, Deapen D, Ross RK. The descriptive epidemiology of malignant cystosarcoma phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1993;71:3020-4.
2. Reinfuss, M, Mitus J, Duda K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumors of breast. Analysis of 170 cases. *Cancer* 1996;77:910-6.
3. Lerwill MF. Biphasic lesions of the breast. *Sem Diag Pathol* 2004;21:48-56.
4. De Roos W, Kye P, Dent D. Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumors of the breast. *Br J Surg* 1999;86:396-9.
5. Dillon M, Quinn C, McDermott E, O'Doherty A, O'Higgins N, Hill A. Needle core biopsy in the diagnosis of phyllodes neoplasm. *Surgery* 2006;140:779-84.
6. Chua C, Thomas A, Ng B. Cystosarcoma phyllodes; a review of surgical options. *Surgery* 1989;105:141-7.
7. Liberman L, Bonaccio E, Hmele-Bena D, Abramson A, Cohen M. Benign and malignant phyllodes tumors: mammographic and sonographic findings. *Radiology* 1996;198:121-4.
8. Farria D, Gorczyca D, Barsky S, Sinha S, Basset L. Benign phyllodes tumor of the breast. MR imaging features. *Am J Roentgenol* 1996;167:187-9.
9. Chao TC, Lo YF, Chen SC, Chen MF. Sonographic features of phyllodes tumors of the breast. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:64-71.
10. Chaney, A, Pollack A, McNeese. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000;89:1502-11.
11. Paredes A, García K. Cistosarcoma phyllodes: Análisis de 9 casos clínicos y revisión bibliográfica. *Cancerología* 1989; 35:805-9.
12. Mangi A, Smith B, Gadd M, Tanabe K, Ott M, Souba W. Surgical management of phyllodes tumors. *Arch Surg* 1999; 134:487-93.
13. Serrano J, Miranda H, Sandoval F, De la Garza J. Tumor phyllodes comunicación de 110 casos. Revisión de la literatura. *Rev Inst Nac Cancerol* 1988;34:523-31.
14. Rowell M, Perry RR, Hsiu J, Barranco S. Phyllodes tumors. *AM J Surg* 1993;165:376-9.
15. Ben Hassouna J, Damak T, Gamoudi A, Chargui R, et al. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg* 2006;192:141-7.
16. Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes – analysis of 94 cases. *Cancer* 1967;20:2090.
17. Aranda C, Sotelo M, Torres A, Zarate M. Tumor phyllodes y embarazo: reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:387-92.
18. Pietruzka M, Barnes L. Cystosarcoma phyllodes – a clinicopathologic analysis of 42 cases. *Cancer* 1978;41:1974-83.
19. Fou A, Schnabel FR, Hamele-Bena D, Wei XJ, et al. Long-term outcomes of malignant phyllodes tumors patients: an institutional experience. *Am J Surg* 2006;192:492-5.
20. Rajan P, Cranor M, Rosen P. Cystosarcoma phyllodes in adolescent girls and young women. A study of 45 patients. *Am J Surg Pathol* 1998;22:64-9.
21. Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C, et al. The clinical and histological criteria that metastasis from cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 1992;69:141-7.
22. Umekita Y, Yoshida H. Immunohistochemical study of hormone receptor and hormone-regulated protein expression in phyllodes tumour: comparison with fibroadenoma. *Virchows Arch* 1998;433:311-4.
23. Tse G, Lee C, Kung F. Hormonal receptors expression in epithelial cell of mammary phyllodes tumours correlates with pathologic grade of the tumor; a multicenter study of 143 cases. *Am J Clin Pathol* 2002;118:552-6.
24. Tse G, Hoon Tan P. Recent advances in the pathology of fibroepithelial tumours of the breast. *Curr Diag Pathol* 2005; 11:426-34.
25. Tan PH, Jayabaskar R, Chuah KL, et al. Phyllodes tumors of the breast; the role of pathologic parameters. *Am J Clin Pathol* 2005;123:1-12.
26. Erogle E, Irkkan C, Ozsoy M, Eroglu F. Phyllodes tumor of the breast: case series of 40 patients. *Eur J Gynaecol Oncol* 2004; 25:123-5.