

# Tumor Phillodes Maligno con Degeneración Epitelial.

*Dra. Carmen Mendoza Narea (1)*

*Dra. Elizabeth Veliz (2)*

*Médico Oncólogo- clínico, Postgradista de radioterapia, Hospital Solca – Guayaquil (1)*

*Posgradista de cirugía general, Hospital Solca - Guayaquil (2)*

## Abstracto

Se han descrito algunos tipos de proliferación epitelial que pueden estar presentes en los tumores fillodes entre ellos el carcinoma intraductal, dándoles a éstos tumores características agresivas con gran invasión vascular.

**Palabra clave:** (fuvllon, phyvllov) hoja (éidos), forma.

## Abstracto

Some types of epitelial proliferation have been described in fillodes tumors among them the carcinoma intraductal, giving to these tumors aggressive characteristics with great vascular invasion.

**Key Words:** (fuvllon, phyvllov) leaf, (éidos), form.

## INTRODUCCIÓN

El Tumor Fillodes es un tumor mamario semejante al fibroadenoma. (10)

Existen a lo largo de la historia varios nombres para designar a éste tumor como: cysto sarcoma philodes, tumor seroquístico, fibroadenoma canalicular.

Se han descrito por Haagensen algunos tipos de proliferación epitelial. (10)

Son de rápido crecimiento, recidivan y tienen la capacidad de metatizar por vía hemática, no por vía linfática.

La edad promedio de presentación es 42 años, pero los hay juveniles y añosos.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico, la quimioterapia y la radioterapia dependerá del tamaño tumoral, márgenes quirúrgicos, grado de diferenciación celular, número de mitosis y compromiso linfovascular de la piel. (11).

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 43 años de edad, portador de nódulo en CSE de mama derecha de 4 x 4 CMS, cuya mamografía la describe como imagen nodular de aspecto graso, la ecosonografía describe la misma masa más nódulo satélite en unión e cuadrantes superiores. Estatificada T3N0MX.

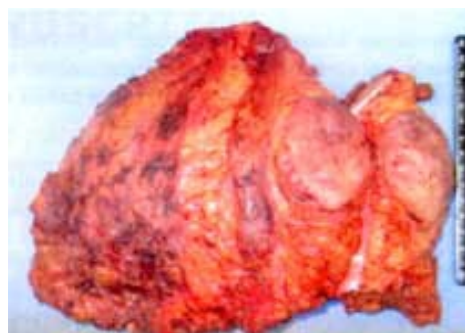
Estudios de extensión Radiografía Standard de tórax, ecografía abdominopélvica y gammagrafía ósea normal.

El resultado de la biopsia excisional es Cistosarcoma Phillodes.

Se programa para resección quirúrgica Mastectomía radical modificada de mama derecha + vaciamiento radical



El estudio de la pieza quirúrgica demuestra un Cistosarcoma Phillodes maligno con componente epitelial maligno de carcinoma ductal infiltrante, que infiltra piel (enfermedad de Paget) de 6 x 6 cms. Inmunohistoquímica: EMA +. Borde quirúrgico libre de tumor (borde quirúrgico profundo a 1 cm), 37 ganglios linfáticos libres de tumor.



## Correspondencia y separatas:

Dra. Carmen Mendoza Narea

Residente del Departamento de Radioterapia

ION-SOLCA

Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)

Guayaquil-Ecuador

© Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA. Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

Se decide realizar tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia.

Recibe 4 ciclos de quimioterapia tipo FAC posterior continúa la misma con radiaciones hasta completar 6 ciclos.

Recibe 45 Gy sobre axila, fosa supraclavicular y 56 Gy sobre pared torácica, fraccionamiento 1,8 Gy /d, equipo Mevatron,

energía 6 Mv y boost sobre cicatriz con electrones hasta completar la dosis de 66 Gy.  
Presenta signos de Radiodermatitis seca a los 3000 cGy



A los 5000 cGy, signos de radiodermatitis húmeda.



## CONCLUSIÓN

Puede considerarse como el equivalente maligno del fibroadenoma en el que el componente conjuntivo ha adquirido caracteres de agresividad. Es poco frecuente y no representa más allá del 1% a 2% de las lesiones fibroadenomasas. (9)

El comportamiento biológico puede ser muy variable; hay cistosarcomas poco agresivos hasta otros claramente malignos, incluso con metástasis. Por eso hoy se tiende a hablar de tumor filodes. (9)

Su tamaño promedio es mayor que el del fibroadenoma y, frecuentemente, sobrepasa los 8 cm de diámetro. Se presenta en las mismas edades que el carcinoma, es decir, es más frecuente en la quinta década. (9)

Su aspecto más característico está dado por la superficie de corte cuando presenta hendiduras lineales más o menos paralelas, que confieren el aspecto de una estructura foliácea, pero macroscópicamente puede ser muy semejante a un fibroadenoma y sólo la microscopía revelará su verdadera identidad, o bien puede presentarse como un gran nódulo relativamente bien delimitado, de color amarillento u ocre, algo gelatinoso, con áreas involutivas quísticas, hemorrágicas o necróticas. Su aspecto microscópico muestra un fibroadenoma

en el que el componente no epitelial es más celular, con células atípicas y frecuentes mitosis. (9)

Se han descrito por Haagensen algunos tipos de proliferación epitelial que pueden estar presentes en los tumores filodes: (10)

- Proyecciones papilares benignas que llenan parcialmente los conductos dilatados.
- Proliferación epitelial que sigue un patrón similar al de la adenosis.
- Metaplasia escamosa del epitelio de revestimiento que puede obliterar las luces en las formas malignas.
- Neoplasia lobulillar in situ.
- Carcinoma intraductal.

Criterios de malignidad admitidos actualmente (de Norris y Taylor complementados por Azzopardi): (10)

- Tamaño tumoral: Mayor de 4 cms, la probabilidad de ser malignos es de 1 por cada 10 benignos.
- Contorno tumoral: Tumores circunscritos, raramente son malignos; Tumores malignos: mayor tendencia a la infiltración.
- Atipia celular: Si es acusada, tenemos gran probabilidad de malignidad aunque puede haber tumores malignos sin gran atipia.
- Actividad mitótica: Por debajo de 3 mitosis por cada 10 campos de gran aumento(x400) casi siempre es benigno. Por encima de esta cifra hay riesgo de malignidad que es máximo si se sobrepasan 10 mitosis por campo.
- Forma de crecimiento: Cuanto mayor sea el predominio del tejido conjuntivo sobre el epitelial, hay mayor riesgo de malignidad.

En un 10% de los casos es posible detectar metástasis, principalmente pulmonares; éstas se presentan como un sarcoma, sin acompañamiento epitelial. No obstante, es mucho más frecuente la recidiva de la lesión, la que responde a la cirugía más o menos amplia, según las circunstancias y extensión. (1,2)

Radiológicamente se observa una tumoración con márgenes lisos, lobulado, bien definida, de densidad moderada. (2,5) Ecográficamente presenta áreas quísticas y sólidas alternadas, con bordes poco claros.(3) La punción aspiración con aguja fina puede mostrar estroma hiper celular abundante y epitelio ductal benigno.(3,7). La biopsia excisional es necesaria para diferenciar fibroadenomas de tumores phyllodes(1).

El diagnóstico diferencial es con respecto al resto de los sarcomas de mama, entidades clínicas que son extraordinariamente infrecuentes (1,2).

En los casos malignos la conducta es, la mastectomía simple. (1,2) La tasa de recidiva local alcanza hasta 25%.(7).

En un porcentaje muy bajo, 2-4% se lleva a cabo junto con la mastectomía total la disección ganglionar axilar, sobre todo cuando clínicamente los ganglios axilares muestran metástasis.(1,2)

En esta paciente teniendo en cuenta que el tumor era de gran

volumen, el rápido aumento de tamaño del mismo, se decide realizar mastectomía radical modificada.

La disección de los ganglios axilares, hormonoterapia y quimioterapia no mejoran la supervivencia cuando hay metástasis.

La radioterapia puede llegar a ser utilizada en casos de tumores muy grandes con márgenes positivos, recurrencias y en casos de sarcoma (5,6, 7)

En pacientes tratadas con escisión local, la tasa de recurrencias locales fue de 53%, en cambio fue de 4% en aquellas sometidas a mastectomía. (7) Su morfología microscópica puede cambiar en cada recidiva. Un estudio retrospectivo de 77 casos de cistosarcoma phyllodes, mostró que la mortalidad y la aparición de metástasis alcanzó el 3-12%.(8).

#### Bibliografía

1. Torres Trujillo R, Hernanadez PG. Tumores benignos de mama. En Tumores de Mama diagnóstico y tratamiento. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2da edición, 1998; capítulo 4; 24-41.
2. Uriburu JV, Bernardello ET, Mosto A, McLean L. Tumor phyllodes de la mama. En La Mama, Uriburu JV, Bernardello ET. Editorial Lopez librerías, 2da edición, 1983; capítulo 20; 609-638.
3. Gori RM y col. Tumor phyllodes. Ginecología. Editorial El

Ateneo, 5ta. Edición, 1994; capítulo: 534-535.

4. Ward RM, EW Ans HS: Cystosarcoma phyllodes: A clinicopathologic study of 26 casos: Cancer 1986 58:2282- 2289

5. Coller CD, Rosen PR, Kinne DW: sarcoma of the breast A study of 32 patients with reappraisal of classification and therapy. An Surg 1985 201 (4): 527-532.

6. Schmidt B ,Lantsberg L ,Khodadadi J. Cystosarcoma phyllodes. Isr J Med Sci 1981 Sep-Oct; 17 (9-10) 895-8

7. Meneses A. ,Mohar A. ,De La Garza-Salazar J. ,Pamirez-Ungalde T. Prognostic factor on 45 cases of phyllodes tumor. Cancer Res. 2000 Mar ;19(1) 69-73

8. Cohn-Cedermark G y Rutqvist LE, Rosendahl I, Silversward C: Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 77 patients. Cancer 1991 nov1;68(9):2017-22.

9. Anatomía Patológica de la Mama. Dr. Matfín Fitchert Capítulo VII. Internet

10. González-Palacios y Martínez F: Seminario de Patología Mamaria. II Jornada Hispano-Cubana de Anatomía Patológica y Citología. La Habana, Noviembre 1997.

11. Prof. Dr. Roberto N. Pradier y col. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cancer. Pautas en Oncología. Instituto Angel Roffo. Pag 168,169.

