

## TUMOR PHYLLODES Y EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

**Dra. Judith Bustillo Alarcón**

*Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver*

**Dra. Carla Tatiana Mina Villarroel**

*Residente III año Obstetricia y Ginecología Hospital San Pedro Claver*

---

**Palabras Clave:** Cistosarcoma filodes. Tumor Filloides.

**Key Words:** Cystosarcoma phyllodes. Phyllodes tumour.

---

### SUMMARY

Tumor phyllode during pregnancy is a very rare neoplasm fibroepithelial, is presented as a tumor of variable size, firm, well-circumscribed, Mobile consistency without suspicious axillary lymph nodes. It can occur at any age and there are no reliable clinical features to predict their behavior. Several parameters should be evaluated, including the stromal cellularity, atypia, mitosis, excessive growth stromal infiltration edges and presence or absence of necrosis, thus always histological diagnosis. The treatment of choice is surgery with resection margins of 2 cm, as they tend to local recurrence. If a pregnant 39 weeks, which has a huge tumor in the right breast, phyllodes tumor pathologic examination report is presented.

### RESUMEN

El Tumor Filloides durante el embarazo es una neoplasia fibroepitelial muy rara, se presenta como una tumoración de tamaño variable, de consistencia firme, bien delimitada, móvil y sin adenopatías axilares sospechosas. Puede presentarse a cualquier edad y no hay características confiables para predecir su comportamiento clínico. Se deben evaluar varios parámetros, incluyendo la celularidad estromal, atipia, mitosis, crecimiento estromal excesivo, infiltración de bordes y presencia o ausencia de necrosis, por lo tanto el diagnóstico es siempre histológico. El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes de resección de 2 cm, ya que tienden a la recidiva local.

Se presenta el caso de una gestante de 39 semanas, que presenta una tumoración voluminosa en mama derecha, el estudio anatomopatológico report Tumor Phyllodes.

### INTRODUCCION

El tumor filoides de la mama es una neoplasia fibroepitelial infrecuente que corresponde a menos del 1% de los tumores mamarios, (1) que posee espacios quísticos recubiertos por epitelio, hacia los cuales se sobreproyecta el estroma, siendo este último el que posee el potencial tumoral (2), sin embargo, su histología es muy variable. Su origen es incierto aunque se ha propuesto que provendría del fibroadenoma. (3)

Su asociación con el embarazo es todavía más rara y no conocemos cómo éste afecta al tumor en su evolución. Está aceptado que el tumor phyllodes crece durante el embarazo. Esto parece lógico, ya que algunos de estos tumores presentan receptores para estrógenos y progesterona, aunque estos hallazgos no son constantes en todos los estudios. (4)

Este tumor tiene una hiper celularidad estromal, lo cual lo hace diferente histológicamente del fibroadenoma, y tiende a crecer como una hoja en el intersticio de los conductos. Se presenta en pacientes con un rango de edad de 35 a 55 años, su tamaño excede los 5 cm, es indoloro, móvil, bien delimitado sin comprometer la piel y los planos profundos. Macroscópicamente muestra nódulos lobulados redondos u ovalados con sitios internos heterogéneos y componentes quísticos en la mamografía o ecografía. (5)

Se clasifica en benigno, limítrofe o borderline y maligno, basado en la hiper celularidad estromal y su atipia citológica, y su actividad mitótica, considerándose significativa a más de tres mitosis por cada diez campos de alto poder. (6)

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la excisión del tumor, dejando un margen de 2 cm. (7)

### CASO CLÍNICO.-

Paciente de 38 años de edad, casada, gesta III, para I, aborto II,

curso 39 semanas de gestación. Al examen clínico regional, presenta una tumoración indolora, dura, móvil en cuadrante superoexterno de mama derecha, con evolución de 3 meses; no se aprecia adenopatías axilares. Sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia. Se solicita exámenes complementarios:

**Ecografía:** Mama izquierda normal. Mama derecha: Aspecto heterogéneo por presencia de una imagen ecogénica sólida que mide 10 cm., de diámetro, ubicado en el cuadrante superoexterno. Diagnóstico.- Masa heterogénea inespecífica en mama derecha. (Figura N° 1)

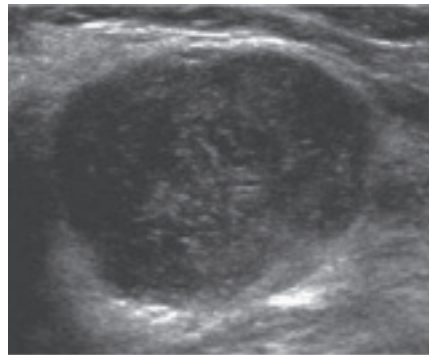


Figura N° 1 Ecografía Tumor Phyllodes

**Perfil prequirúrgico:** Normal (Hemograma, química sanguínea, examen general de orina)

**Valoración preoperatorio:** Riesgo quirúrgico habitual.

Paciente que a las 39.5 semanas de gestación, ingresa al hospital por presentar trabajo de parto, obteniéndose un recién nacido de sexo femenino por vía vaginal, sin complicaciones.

Durante el puerperio mediato (21 días) que cursa la paciente, ingresa a quirófano para biopsia incisional de tumoración en mama derecha. El estudio anatomopatológico reporta Tumor fillodes.

Nuevamente ingresa a quirófano para tumorectomía de mama derecha, de aspecto fibroso, consistencia dura y leñosa, de 10 x 7 cm., de diámetro.

(Figura N° 2)

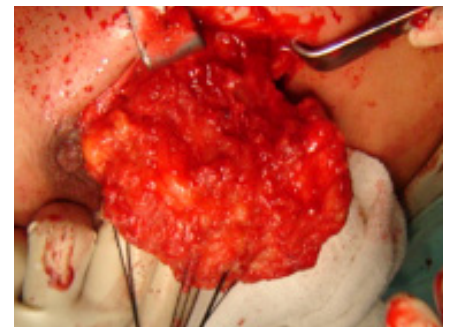


Figura N° 2 Tumorectomía

El estudio histopatológico informa proyecciones papilares de epitelio estromal intercalando zonas de hiperplasia y atipia; abundante tejido fibroso con disposición fasciculada, con núcleos pequeños e hiper cromáticos.: Tumor fillodes.

Después de un seguimiento de 2 años, la paciente se encuentra asintomática, sin evidencia de recidiva de la neoplasia mamaria.

### DISCUSION.-

El tumor phyllodes es una lesión fibroepitelial rara que explica del 0.3 al 0.9% de los tumores de mama. El índice de incidencia es de uno en 100,000 habitantes. Se presenta generalmente en las

mujeres entre 35 a 55 años y su incidencia máxima ocurre 10 años más tarde que los fibroadenomas de mama. Sin embargo, el tumor phyllodes puede ocurrir en los extremos de la vida; se han descrito casos a la edad de 10 años y en la novena década. En el hombre también se han reportado algunos casos, asociados a la presencia de ginecomastia. Las mujeres latinas tienen mayor riesgo de tumor phyllodes que otros grupos étnicos. (8)

Las investigaciones indican que no hay relación entre el desarrollo del tumor phyllodes y los estados premenopáusicos o postmenopáusicos, ni con el uso de anticonceptivos orales. Los tumores benignos son del 35 al 65% y los malignos entre el 15 y 35% de los casos. Tiene un riesgo total de malignidad de 2.1 por millón de mujeres. Del 4 al 27% de los pacientes con tumores malignos desarrollan una enfermedad metastásica; no obstante, la tasa de metástasis total es menor al 5%. El potencial maligno se determina por las características del tejido conectivo. La extensión metastásica es principalmente hematogena a pulmón, con implicación linfática infrecuente. (8)

Este tipo de tumor fue denominado por Müller como cystosarcoma phyllodes, en 1838, pero la OMS refiere que tumor filodes es la nomenclatura más apropiada. (9)

Clínicamente, se presenta como

una tumoración mamaria de consistencia firme, bien delimitada, usualmente indolora, móvil y no adherida a planos profundos ni a la piel. Puede ser redondeado o polilobulado y localizado en cualquier cuadrante de la mama. Es característica la ausencia de ganglios axilares sospechosos en la exploración. No suele cursar con alteraciones del complejo aréola-pezones (puede aplanarlo por compresión, pero no lo retrae) y la telorrea es infrecuente. (10) Los tumores de gran tamaño o los que se presentan en mujeres de edad avanzada son más frecuentemente malignos (11)

En la mayoría de los casos, el tamaño medio es de 5 cm, pudiendo alcanzar los 8-10 cm de diámetro e incluso más; es raro encontrar tumoraciones < 3 cm. El tumor de phyllodes se encuentra más comúnmente en la mama derecha, siendo bilateral en una tercera parte de los casos. El 35% de los tumores se localiza en el cuadrante superior externo, 15% en el superior interno, del 10 al 25% en el inferior externo y menos del 10% en el cuadrante inferior interno. En el 35% de los pacientes se presenta de forma multicéntrica. (8)

Un problema importante de diagnóstico que implica el tumor phyllodes es que la biopsia por aspiración con aguja fina, mamografía y los estudios del ultrasonido no son capaces de distinguir entre fibroadenoma y tumor phyllodes. El fibroadenoma y el tumor phyllodes muestran,

mamográficamente, masas bien definidas con bordes lisos o lobulados y presencia de un halo radiolúcido alrededor de la lesión debido a la compresión del estroma mamario. El diagnóstico definitivo ocurre sólo en un tercio de los estudios mamográficos. (8)

En resonancia magnética, los tumores filodes benignos se comportan como tumores con margen bien definido, con alta intensidad o isointensidad de señal en secuencias potenciadas en T2, señal baja en secuencias potenciadas en T1 y realce rápido en secuencias dinámicas con contraste. Por otra parte, las características clínicas de los tumores filodes malignos no han sido bien definidas, pero existen estudios en los que se demuestra una señal del tejido tumoral de mayor intensidad que el tejido mamario normal en secuencias potenciadas en T1, cambios quísticos con paredes irregulares, intensidad de señal del tejido tumoral menor o igual que el tejido mamario normal en secuencias potenciadas en T2. (12)

En el ultrasonido, los tumores phyllodes demuestran a menudo contornos lisos con ecos internos homogéneos, quistes intramurales y ausencia de reforzamiento acústico posterior. Se ha observado una masa hipocóica con un patrón ecográfico heterogéneo, necrosis dentro del tumor y distorsión de la arquitectura de la mama. La necrosis dentro del tumor es la

característica principal del tumor phyllodes maligno; no obstante, la confirmación histopatológica es obligatoria. (8)

La biopsia por aspiración con aguja fina diagnóstica se realiza en sólo el 70% de los tumores phyllodes y tiene una tasa de falsos-negativos cercana al 40%. La biopsia con aguja Trucut se considera un método altamente exacto para descartar malignidad con una sensibilidad de los aproximadamente 95 a 97%; por ello, y para evitar errores de diagnóstico, se recomienda la biopsia con aguja Trucut. (8)

De acuerdo a los criterios propuestos por Azopardi, el tumor phyllodes se clasifica en tres grupos, a saber: benigno, borderline y maligno, y tiene como base los siguientes parámetros:

1. *Márgenes del tumor.* Un margen bien delimitado de forma microscópica se ha considerado como buen indicador pronóstico. Los márgenes infiltrantes se asocian con frecuencia a un alto índice mitótico y se correlacionan con alto riesgo de recurrencia tumoral. 2. *Crecimiento de tejido conectivo.* El tumor phyllodes puede demostrar áreas de diferenciación sarcomatosa. La celularidad del tejido conectivo es muy alta en tumores malignos y borderline. 3. *Mitosis.* En tumores benignos, con cero a cuatro mitosis por 10 campos. Potencialmente malignos, con

cinco a nueve mitosis por 10 campos y malignos con 10 o más mitosis. 4. *Atipia celular.* La atipia celular severa se relaciona con tumores malignos. (13)

Se recomienda una biopsia excisional apropiada con por lo menos márgenes de 2 cm, si el diagnóstico se sospecha o se ha confirmado después de la biopsia de base. La excisión local amplia con márgenes de 2 cm es la opción principal para tumores pequeños. Se sugiere mastectomía total para los tumores mayores de 5 cm o tumores malignos, aunque se debe considerar la relación entre el tamaño de la lesión y el tamaño de la mama. No está indicada la disección de ganglios regionales. La primera meta del tratamiento es alcanzar los márgenes negativos. La recurrencia local puede ser tratada con escisión local adicional o mastectomía. El retiro de la fascia del pectoral o el músculo no se indica rutinariamente a menos que este tejido esté implicado. Si la escisión inicial del tumor no tiene el margen > 1 cm, se recomienda hacer una rescisión para obtener un margen adecuado y prevenir recurrencia local. En el caso de recurrencia local, se recomienda la reescisión con márgenes > 2-3 cm. En la mayoría de casos, la escisión amplia con márgenes adecuados puede ser alcanzada sin mastectomía. La mastectomía total (sin disección de ganglios axilares) está reservada para las lesiones demasiado grandes donde se pueda alcanzar un

margen de 1 cm sin deformar la mama, o para las recurrencias locales recidivantes, a pesar de márgenes adecuados. (8)

#### BIBLIOGRAFIA.-

1. Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco SC. Phyllodes tumors. *Am J Surg* 1993; 165: 376-379.
2. Way JC, Culham BA. Phyllodes tumour in pregnancy: a case report. *JCC* 1998; 41: 407-409
3. Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surg Oncol* 2003; 12: 27-37.
4. Noguchi S, Yokouchi H, Aihara T, Motomura K, Inaji H, Imaoka S, et al. Progression of Fibroadenoma to Phyllodes Tumor Demonstrated by Clonal Analysis. *Cancer* 1995; 76: 1779-1785.
5. Redondo E, Hernández JM, Nogués E, et al. Tumor filodes de mama. Análisis de 22 casos. *Cir Esp* 2000; 67: 581-5.
6. Park HL, Kwon SH, Chang SY, et al. Long-Term Follow-Up Result of Benign Phyllodes Tumor of the Breast Diagnosed and Excised by Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Breast Biopsy. *J Breast Cancer* 2012; 15: 224.

7. Joshi SC, Sharma DN, Bahadur AK, Maurya R, Kumar S, Khurana N. Cystosarcoma phyllodes: our institutional experience. *Australas Radiol* 2003; 47: 434-7.
8. Jiménez JL, Márquez GA, José Olaya EG. Tumor phyllodes. Vol 27, N° 2 pp 2013; 106-112.
9. Abdalla HM, Sakr M. Predictive Factors of Local Recurrence and Survival Following Primary Surgical Treatment of Phyllodes Tumors of the Breast. *J Egypt Natl Canc Inst* 2006; 18: 125-133.
10. Lombardia J., Rodriguez I., Carreira M<sup>a</sup> C. La mama paso a paso: Guía Práctica en Patología Mamaria. Madrid, España. 2002; 428-429-434
11. Zisis CH, Apostolikas N, Konstantinidou A, Griniatsos J, Vassilopoulos PP. The extent of surgery and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast. *Breast Cancer Reg Treat* 1998; 41: 205-210.
12. Taira N, Takabatake D, Aogi K, Ohsumi S, et al. Phyllodes Tumor of the Breast: Stromal Overgrowth and Histological Classification are Useful Prognosis-predictive Factors for Local Recurrence in Patients with a Positive Surgical Margin. *Jpn J Clin Oncol* 2007; 37: 730- 6.
13. Azzopardi JG. Problems in breast pathology. Filadelfia: WB Saunders; 1979, p. 346-65.