

Tumor Phylloides: Revisión bibliográfica a propósito de dos casos

Antonio Torregrosa Gallud *
Joaquín Otero Xancó *
Rafael Martín del Toro *
Mario Lautenschlaeger Perea *
Ignacio Cendoya Ansola *
Salvador Fossati Castillo *
Antonio González Garzón Montes **
Tomás Sánchez Cañizares ***

RESUMEN

Presentamos dos casos de Tumor Phylloides de mama intervenidos en nuestro Servicio, efectuando una revisión etiológica, anatomopatológica, clínica y terapéutica sobre este curioso tumor.

TRAS la denominación por Johannes Müller, en 1836, de cistosarcoma filoides para un tumor de la mama, grande, de larga evolución, benigno, poco frecuente y en cuya composición alternan componentes fibrosos y quísticos (14) y con tendencia a las recidivas locales, se le ha dado a este tumor multitud de denominaciones en virtud de su morfología macro y microscópica como enf. de Brodie, enf. seroquística de Brodie, fibroadenoma intracanalicular gigante, fibroadenomixoma phylloides, fibroadenoma gigante aunque la O.M.S. adopta el término de Tumor Phylloides (T.P.), que no prejuzga la evolución clínica y lo incluye en la clasificación internacional de enfermedades (9010/0-3).

MATERIAL Y METODO

Presentamos dos casos de TP de mama, intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Militar Central "Gómez Ulla" (Servicio de Cirugía General) el mes de abril de 1986.

Caso número 1 (h. c. n.º A 57039)

Paciente mujer de 69 años que ingresa en nuestro Servicio el 22 de abril de 1986 por presentar tumoración de mama derecha.

En sus antecedentes (ver cuadro 1) destaca exéresis de tumoración de gran

tamaño en mama derecha, hace nueve años, que anatomopatológicamente resultó ser TP.

A la exploración presenta cicatriz submamaria derecha y tumoración en cuadrantes externos de la mama (10-12 cm de diámetro), dura y que ha crecido lentamente en los dos últimos años. No es dolorosa espontáneamente ni a la palpación, no está adherida a planos superficiales ni profundos ni se aprecian signos inflamatorios. Asimismo tampoco existe ni telorrea ni edema ni se palpa adenopatías axilares, supraclaviculares ni cervicales (ver cuadro 2).

	Caso 1	Caso 2
Edad.....	69 años.	37 años.
Mama.....	Derecha.	Izquierda.
Menarquía.....	10 años.	12 años.
Catamenio.....	3-4/28-30.	2-4/28-30.
Menopausia.....	52 años.	—
Embarazos.....	Dos (a los 27 y 30 años).	Dos (a los 25 y 29 años).
Lactancia.....	No.	6 meses en total.
Patología mamaria previa	TP extirpado hacia nueve años.	No.

Cuadro 1

* Capitán Médico alumno de Cirugía General.
 ** Comandante Médico diplomado en Cirugía General.
 *** Comandante Médico Diplomado en Anatomía Patológica.

Servicio de Cirugía General Hospital Militar Central Gómez Ulla (Prof. Col. Med. D. Jesús González Lobo).
 Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar Central Gómez Ulla (Prof. Cte. Médico D. Tomás Sánchez Cañizares).

	Caso 1	Caso 2
Tamaño.....	10-12 cm.	23-25 cm.
Crecimiento.....	Lento.	Lento y progresivo.
Demora hasta consulta..	6 meses.	12 años.
Signos locales.....	Cicatriz previa. No adherencias. Dura. No signos inflamatorios.	Circulación venosa. Calor local. Poca retracción pezón. No flogosis.
Dolor.....	No.	No.
Adenopatías.....	No.	No.
Telorreya.....	No.	No.
Mama contralateral.....	Sin patología.	Sin patología.

Cuadro 2

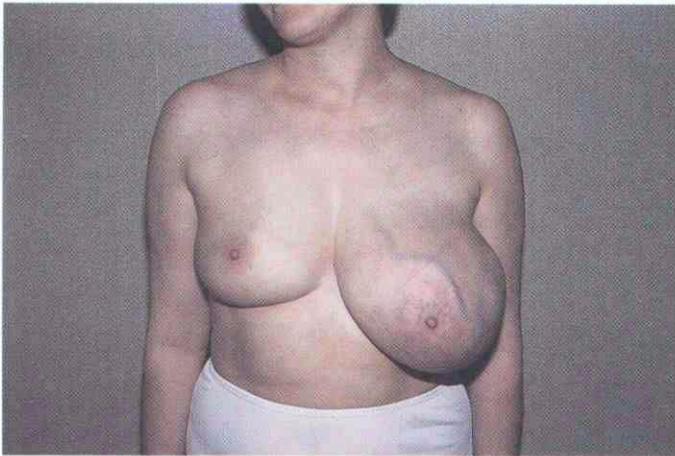


Foto 1. — Visión en escorzo de la mama afectada, observándose la abundante circulación colateral.



Foto 2. — Visión frontal comparativa de ambas mamas.

Se procede a su exéresis biopsia, resultando ser TP. El curso postoperatorio es sin complicaciones, siendo dada de alta a los cuatro días y permaneciendo asintomática en las revisiones periódicas practicadas hasta la fecha.

Caso número 2 (h. c. A 55918)

Paciente mujer de 37 años que ingresa en el Servicio de Cardiología en abril de 1986 con el diagnóstico de probable miocardiopatía, descartándose dicha

patología pero apreciándose voluminoso tumor mamario izquierdo por lo que es remitida a nuestro Servicio.

Entre sus antecedentes personales (cuadro 1) destaca la existencia de gran tumoración mamaria izquierda desde hace unos doce años y que ella relaciona con el cese artificial de la lactancia materna de su primera hija; apendicectomía a los diecisiete años. Resto sin interés.

A la exploración clínica presenta tumoración gigante en mama izquierda

(25 cm de diámetro), que afecta a los cuatro cuadrantes, tensa, de consistencia heterogénea, sin edemas ni signos inflamatorios, con importante circulación venosa colateral y sin adenopatías linfáticas en ningún territorio de drenaje (cuadro 2).

La mamografía informa de masa de gran tamaño en mama izquierda, de densidad aumentada con piel normal, sin secreción, sin calcificaciones y con importante circulación, siendo la im-

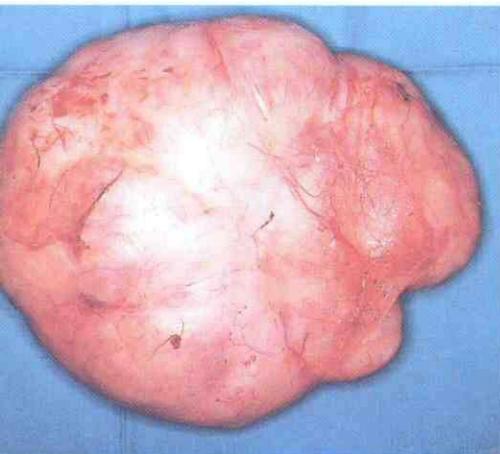


Foto 3. — Pieza de resección quirúrgica.



Fotos 4 y 5. — Pieza de resección abierta longitudinalmente en que se observa el aspecto de carne de pescado.

	Benigno	Border Line	Maligno
Márgenes.....	Rechazados.	Rechazados poco infiltrados.	Infiltrados.
N.º de Mitosis (10 x)	0-4.	4-9.	10 o más.
Grado de atipia....	Mínima o moderada.	Moderada.	Marcada.

Cuadro 3

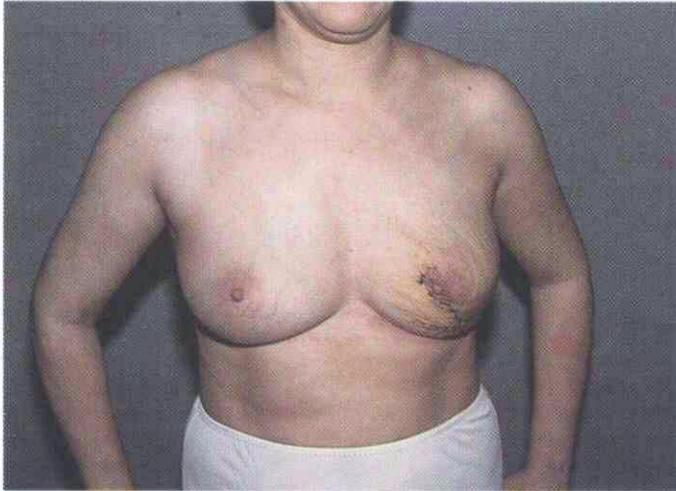


Foto 6. - Visión frontal postoperatoria del mismo caso.

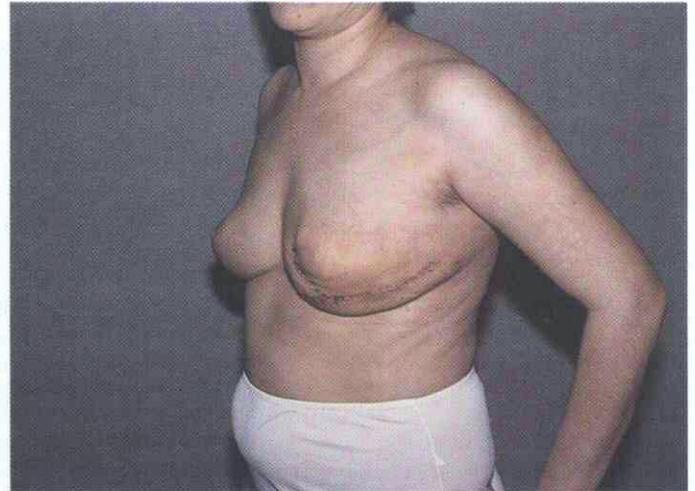


Foto 7. - Visión lateral postoperatoria del mismo caso.

presión diagnóstica del TP o de quiste gigante solitario.

La ecografía informa de área sólida, homogénea, bien encapsulada, con alguna calcificación dispersa en su interior y de la presencia de tres quistes simples en mama derecha (1 cm de diámetro).

Se efectúa exéresis amplia y reconstrucción mamaria mediante colgajo de rotación.

Postoperatorio sin incidencias, permaneciendo la enferma asintomática en las revisiones periódicas efectuadas.

El estudio anatomopatológico nos confirma el diagnóstico de TP, siendo su clasificación de border line (cuadro 3).

DISCUSION

El TP es un tumor poco frecuente, representando el 0,5 hasta el 2,5 de los tumores mamarios para algunos autores (10) y del 0,3 hasta el 0,9 para otros (19, 25).

Aunque se presenta habitualmente en mujeres entre los 40 y 50 años (6, 13, 18, 20, 25), puede presentarse excepcionalmente en niñas y adolescentes (2, 4, 21, 22).

Son tumores de crecimiento lento y progresivo, siendo habitualmente la duración de los síntomas bastante larga (4, 13, 15) y relativamente corta para otros autores (2, 23, 25).

Entre los factores etiológicos que se

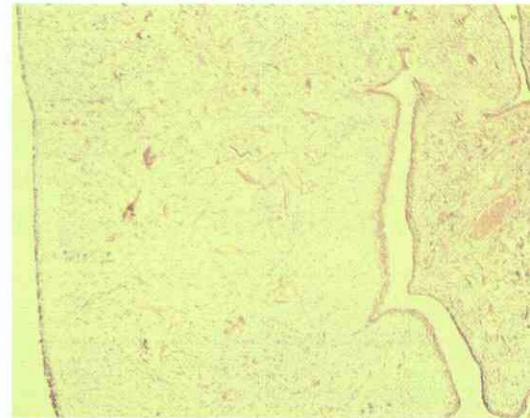


Foto 8. - Imagen anatomopatológica a bajo aumento.



Foto 9. - Visión microscópica a mediano aumento.

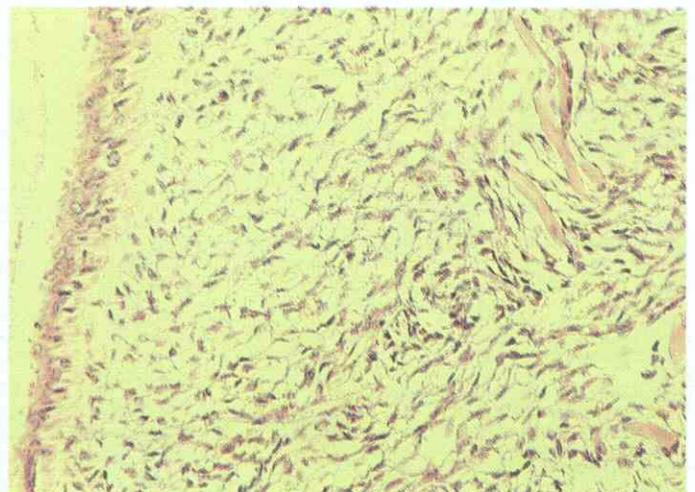


Foto 10. - Visión anatomopatológica a gran aumento.

barajan se incluyen el número de gestaciones, lactancias y la preferente aparición durante la edad del climaterio, pudiendo ser el hiperestrogenismo la causa fundamental de la afección (23).

Se piensa que podría desarrollarse de dos maneras: a) por un fibroadenoma preexistente o b) como TP desde el principio, siendo esta última la teoría más aceptada (15, 23, 25).

Suelen ser tumoraciones habitualmente grandes, bien delimitadas, de irregular consistencia a la palpación y que originan importantes deformidades en las mamas afectas con abundante circulación colateral en las superficies de las mismas.

Anatomopatológicamente se trata de un tumor mamario de 1,5 a 20 o más cm de diámetro, oval o redondeado, generalmente encapsulado y bien circunscrito, de color blanco grisáceo o amarillento con áreas quísticas o gelatinosas, siendo las hemorragias y la necrosis infrecuentes (18, 25), aunque Treves y Suderland las consideran frecuentes. Microscópicamente es un tumor fibroepitelial, de arquitectura similar a la del fibroadenoma, cuyas principales características son la proliferación del tejido conectivo del estroma con aumento de su celularidad y actividad en ciertas áreas (12, 23) con epitelio normal o atrófico en los malignos e hiperplásico en los benignos (18), asociándose a dilatación, compresión o agrandamiento de los conductos mamaros.

Actualmente para la clasificación

como benignos o malignos se siguen los criterios histológicos de Norris y Taylor, seguidos por otros autores (13, 18), y que se basan en:

- a) Márgenes del tumor (rechazados o infiltrados).
- b) Número de mitosis (a 10 aumentos) por campo.
- c) Grado de atipia del estroma (mínima, moderada o marcada).

considerándose de este modo tres grupos:

- Benignos: márgenes rechazados, menos de cinco mitosis por campo, mínima o moderada atipia del estroma.
- Border line: rechazo o infiltración mínima de los márgenes tumorales, de cinco a nueve mitosis por campo y moderada atipia.
- Malignos: infiltran el contorno, más de diez mitosis por campo y marcada atipia del estroma.

Clinicamente se sospechan por la existencia de una gran tumoración mamaria, lobulada, de consistencia heterogénea, móvil libremente, no dolorosa y conocida por la enferma desde meses o años antes y que no había causado molestias hasta la consulta médica o incluso ésta puede ser por otro motivo, como en uno de nuestros casos. La piel sobre la tumoración es lisa, brillante, de coloración azulada y surcada por vasos dilatados, pudiendo existir en ocasiones ulceración por necrosis consecutiva a la compresión por parte de la tumoración (20).

No suele producir alteración o retracción del pezón (2, 22), aunque en ocasiones puede aparecer (4).

Se sospecha el diagnóstico clínicamente y por las pruebas complementarias (punción aspiración, citología, mamografía y ecografía) confirmándose mediante biopsia (con aguja gruesa), aunque hasta el estudio seriado de los cortes histológicos tras la exéresis no es posible definir su grado de malignidad.

En el diagnóstico diferencial debe pensarse la hipertrofia mamaria, lipoma, adenocarcinoma voluminoso, carcinosarcoma, angiosarcoma, sarcoma osteoide, liposarcoma y linfoma (23).

La malignidad suele ocurrir en un 25% de los casos (8, 16, 23), aunque las pacientes jóvenes la presentan en un 14% (2).

El tratamiento indicado varía según diversos autores, proponiendo algunos la tumorectomía amplia con 2 ó 3 cm de tejido sano marginal (2, 5, 7, 22), otros la mastectomía simple si la tumoración es grande y afecta a más del 50% de la glándula, o se trata de recidivas, o existen sospechas de malignidad (7, 25).

No se suelen encontrar metástasis axilares (1, 11) y por ello la linfadenectomía regional no es precisa sistemáticamente (18), aún cuando existen series que comprueban metastatización linfática regional (15).

En los tumores malignos diseminados los tratamientos agresivos como la mastectomía radical (5, 17) y hasta resecciones costo esternales (6) pueden ser precisas.

La quimioterapia y la radioterapia acostumbra a ser ineficaces, aunque se han publicado casos tratados con éxito tras metástasis pulmonares (1).

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALLEN, R.; NIXON, D.; YORK, M.; COLLEMAN, J.: "Successful chemotherapy for cystosarcoma phylloides in a young woman". *Arch. Intern. Med.* 145 (6): 1.127-1.128, 1985.
- 2.— BRIGGS, R. M.; WALTERS, M.; ROSENTHAL, D.: "Cystosarcoma phylloides in adolescent female patients". *Am. J. Surg.* 146: 712-714, 1983.
- 3.— COOPER, W. G. Jr.; ACKERMAN, L. V.: "Cystosarcoma phylloides whit a consideration of its more malignant variants". *Surg. Gynecol. Obstet.* 77: 279-283, 1943.
- 4.— DAVIS, C.; PATEL, V.: "Surgical problems in the management of giant fibroadenoma of the breast". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 15, 152 (8): 1.010-1.015, 1985.
- 5.— DUQUE GALLO, J. A., et al.: "Cistosarcoma phylloides de mama: aportación de doce casos". *Toko-ginec. Prac.* 419: 313, 1978.
- 6.— FARACI, R. P.; SCHOUR, L.: "Radical treatment of recurrent cystosarcoma phylloides". *Ann. Surg.* 180: 796-798, 1974.
- 7.— HAAGENSEN, C. D.: "Diseases of the breast". 2.ª ed. Fladelfia, Londres, Toronto. W. B. Saunders, 1971: 235, 236, 238, 244-249.
- 8.— KESSINGER, A.; FOLEY, J. F.; LEMON, H. M.; MILLER, D. M.: "Metastatic cystosarcoma phylloides: a case report and review of the literature". *J. Surg. Oncol.* 4: 131-147, 1972.
- 9.— LEE, B. J.; PACK, G. T.: "Giant intracanalicular fibroadenoxioma of the breast". *Ann. Surg.* 93: 250-268, 1931.
- 10.— LESTER, J.; STOUT, A. P.: "Cystosarcoma phylloides". *Cancer (Philad.)* 7: 335-353, 1954.
- 11.— LINDQUIST, K. D.; VAN HEERDEN, J. A.; WEILAND, L. H.; MARTIN, J. K. Jr.: "Recurrent and metastatic cystosarcoma phylloides". *Am. J. Surg.* 144: 341-343, 1982.
- 12.— McDIVITT, R. W.; URBAN, J. A.; FARROW, J. H.: "Cystosarcoma phylloides". *John Hopkins Med. J.* 120: 33-45, 1967.
- 13.— MOLINS, L., et al.: "Cistosarcoma flioides". *Med. Clin. (Barc.)* 81: 506-508, 1983.
- 14.— MULLER, J.: "Ueber den feinem bau und die formen der krankhaften geschwulste". Berlin, G. Reimer, 1838, 54-60.
- 15.— NORRIS, H. J.; TAYLOR, H. B.: "Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phylloides: Analysis of ninety four cases". *Cancer.* 20: 2.090-2.099, 1967.
- 16.— NOTLEY, R. G.; GRIFFITHS, H. M.: "Bilateral malignant cystosarcoma phylloides". *Br. J. Surg.* 52: 36, 1965.
- 17.— OZZELLO, L.; GUMP, F. E.: "The management of patients whit carcinomas in fibroadenomatous tumours of the breast". *Surg. Gynecol. Obstet.* 160 (2): 99-104, 1985.
- 18.— PIETRUSZKA, M.; BARNES, L.: "Cystosarcoma phylloides: a clinico-pathologic analysis of 42 cases". *Cancer.* 41: 1.974-1.983, 1978.
- 19.— ROSENFELD, J. C.; DELAURENTIS, D. A.; LERNER, H.: "Cystosarcoma phylloides: Diagnosis and management". *Cancer Clin. Treials.* 4: 187-193, 1981.
- 20.— SANCHO MERLE, F.; VAZQUEZ ALBALADEJO, C.; VERA SEMPERE, F.: "Actitud terapéutica ante el tumor phylloides de la mama". *Rev. Quir. Esp.* 11 (5): 236, 241, 1984.
- 21.— SIMPSON, T. E.; VAN DERVORT, R. L. Jr.; LYNN, H. B.: "Giant fibroadenoma (benign cystosarcoma phylloides) report of a case in 13 year old girl". *Surgery.* 65: 341, 1969.
- 22.— STROMBERG, B. V.; GOLLADAY, E. S.: "Cystosarcoma phylloides in the adolescent female". *J. Pediat. Surg.* 13: 423-425, 1978.
- 23.— TREVES, N.; SUDERLAND, D. A.: "Cystosarcoma phylloides of the breast. A clinicopathological study of 77 cases". *Cancer.* 4: 1.286-1.332, 1951.
- 24.— VORHERR, H.; VORHERR, V. J.; KUTVIRT, D. M.; KEY, C. R.: "Cystosarcoma phylloides: epidemiology, pathohistology, pathobiology, diagnosis, therapy and survival". *Arch. Gynecol.* 236 (3): 173-181, 1985.
- 25.— WEST, J. L.; WEILAND, L. H.; CLAGGETT, O. T.: "Cystosarcoma phylloides". *Ann. Surg.* 173, 520-528, 1971.