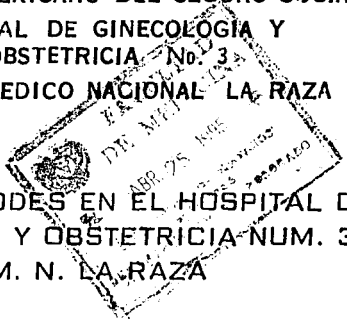


11217
28
ZET



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA



TUMOR PHYLLODES EN EL HOSPITAL DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM. 3
C. M. N. LA RAZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. JESUS GILBERTO CASTILLO MARTINEZ

ASESORES: DR. FIDEL NAVARRO MUÑOZ
DR. RAMON DELGADO RAMIREZ



IMSS

MEXICO, D. F. 1995

CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Instituto de Enseñanza e Investigacion



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- Con todo cariño a mi papá,
mamá, labis y licha.

- A mis compañeros y amigos del
H.G.O. No. 3 C.M. " LA RAZA ".

- A Dulce por su valiosa
colaboración para la
realización del presente
trabajo.



- A Tiny por ayudarme en esta
" tiniaventura " de 3 años.

INDICE.

- ANTECEDENTES CIENTIFICOS...	1
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
- OBJETIVOS.....	6
- HIPOTESIS.....	7
- MATERIAL Y METODOS.....	8
- RESULTADOS.....	9
- GRAFICAS.....	12
- COMENTARIO.....	21
- CONCLUSIONES.....	23
- BIBLIOGRAFIA.....	24

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Los tumores phyllodes de la mama son tumores fibroepitelia - les compuestos de un componente epitelial y un componente estroma celular. Son tumores raros que pueden ser benignos y malignos. Siendo los tumores malignos menos comunes que los benignos. Debido a su rareza poco se sabe de los rasgos epidemiológicos de esta enfermedad. Se calcula que aproximadamente sólo el 0.5% de todos tumores mamarios corresponden a tumor phyllodes (1,2,3) y solo 10 al 30% de estos tumores son histológicamente malignos y la dise - minación tumoral sistémica es infrecuente (3). Así tenemos que la diseminación distal es aparente, pero generalmente ocurre dentro de los primeros meses y el tiempo promedio entre el diagnóstico y la muerte por metástasis es de 30 meses. La distribución por eda - des de acuerdo a los diferentes autores ocurren en mujeres con una edad rango de 15 a 77 años y con una edad como promedio de 50 años (2,3,4,5).

Los tumores crecen con lentitud y cuando recidiban lo hacen después de mucho tiempo, mencionándose como mínimo necesario un lapso de 10 años para determinar si han sido controlados o no con algún tratamiento. Los tumores malignos generalmente crecen rápi - damente y a menudo alcanzan un gran tamaño antes de que la pacien - te llegue para hacerse tratar. Algunos autores como Bernstein y Deapen mencionan en un estudio sobre la incidencia de tumor phy - lloides maligno de la mama comprendido de 1972 a 1989 en la Univer - sidad de California y con base a su población con una incidencia de 2.1 por 1 millón de mujeres. Determinándose que para la mujer

latina el haber nacido en México, América Central o Sudamérica se asocio con un riesgo hasta de tres veces mayor para el tumor phylloides. Observándose una relación inversa en el patrón con el adenocarcinoma de la mama, para el cual las inmigrantes latinas están en un riesgo especialmente bajo (1,2,5).

El hallazgo clínico principal es una masa palpable a menudo sorprendentemente grande. El crecimiento del tumor se extiende algunas veces a varios años. La remisión periódica y el crecimiento súbito son típicos. En los tumores más pequeños se debe hacer diagnóstico diferencial con quistes, fibroadenomas y aún carcinomas bien circunscritos (6,7).

De acuerdo a su evolución natural, los tumores phyllodes se dividen en dos clases:

- 1.- Los que son clínica y microscópicamente benignos y no cambian de carácter si recidivan después de la exceresis local o mastectomía.
- 2.- Los tumores que son macroscópicamente malignos de entrada o eran benignos y se malignizan durante el seguimiento.

Cuando el tumor metastatiza lo hace por medio de una vía vascular. Alrededor de dos terceras partes de las metástasis son a los pulmones y en menor número son al hueso, hígado y miocardio (6).

En una revisión de James R. y Tariq M. analizaron a 25 pacientes de 16 a 82 años de edad, como promedio 50. Los tumores en 15 pacientes se consideraron benignos y en 10 malignos. Las pacientes con lesiones benignas tenían entre 16 y 77 años de edad con promedio de 48 años y las pacientes con lesiones malignas tu-

vieron un rango de 24 a 82 años con promedio de 51. El dato de presentación en cada paciente fue una masa mamaria (5).

Se han efectuado estudios clínico patológicos para en un momento dado determinar el grado de comportamiento tumoral del tumor phyllodes como el de determinar su tasa mitótica pero se ha observado que no existe un rasgo aislado que sea completamente confiable para predecir el comportamiento clínico de los tumores. Los rasgos histológicos y citológicos de cancer no dan un pronóstico confiable debido a que por lo menos 75% de todos los tumores phyllodes considerados como malignos no metastatizan. Por otro lado aparentemente los tumores benignos tanto primarios como recurrentes pudieran desarrollar metastasis (4,7,8).

Hallazgos mastográficos, por ultrasonido y de citología por aspiración se han efectuado en relación a determinar la malignidad del tumor, pero ni la mastografía ni el ultrasonido se pueden usar para diferenciar confiablemente entre los tumores phyllodes malignos y benignos. La citología por aspiración da mejores resultados pero tampoco es para que se confie en ella. Ya que generalmente en esta última se necesitan frótesis que contengan tanto células estromales como células epiteliales para su mejor estudio y no siempre se puede obtener ambos tipos de células aún si se realizan múltiples aspiraciones. El diagnóstico debe de verificarse por examen de un corte congelado transoperatorio. Debido a su estructura no homogénea del tumor, un pronóstico regularmente confiable con respecto a su comportamiento biológico es posible sólo después que se hallan hecho estudios cuidadosos del material resecado en su totalidad (2,4,6,9,10,11).

Se han manejado una serie de recomendaciones para tratar el tumor phyllodes. Algunos autores aconsejan la mastectomía radical para todos los tumores que contienen células de aspecto histológico maligno. Pero el hecho de manejar a todos los tumores phyllodes benignos o malignos con mastectomía simple o radical es un procedimiento innecesario, tomando en cuenta de que la disección axilar que se incluye en la mastectomía radical es superflua por que estos tumores poco frecuente dan metástasis en los ganglios linfáticos axilares si no que lo hacen por el torrente sanguíneo a las víceras.

Aunque el tumor a menudo es positivo para receptor hormonal la respuesta a la manipulación hormonal no se ha reportado. En el tumor phyllodes metastásico se han reportado varios casos utilizando agentes citotóxicos solos y múltiples con respuestas variables. Respuestas leves se han visto con ciclofosfamida, doxorubicina-cisplatino, vincristina, isofosfamida y la combinación de cisplatino y etoposide. Son los manejos que se han visto más efectivos para el tratamiento de tumor phyllodes maligno (3,5,6, 12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con base en estos datos se establece la necesidad de conocer la incidencia del tumor phyllodes en nuestro hospital. Determinando la relación benignidad/malignidad, su diagnóstico y manejo.

OBJETIVOS.

A) Determinar la incidencia de tumor phyllodes benigno y maligno en el Hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 del Centro Medico la Raza, I.M.S.S.

B) Conocer la forma en que se estableció el diagnóstico y el manejo que recibieron las pacientes con esta enfermedad en un lapso de cinco años.

HIPOTESIS

A) Si el tumor phyllodes crece rápidamente entonces éste será maligno.

B) Si el tumor phyllodes exhibe rasgos clínicos e histológicos de malignidad entonces suele comportarse siempre como tal.

MATERIAL Y METODOS.

Se efectuó la revisión de reportes anatomopatológicos y de expedientes clínicos de aquellas pacientes a quienes se les diagnóstico y recibieron tratamiento por presentar tumor phyllodes. Durante el periodo comprendido de 1990 a 1994. Todas las pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 del Centro Médico la Raza, I.M.S.S.

RESULTADOS .

Se considero en un lapso de 5 años comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1994 a todas aquellas pacientes que fueron diagnosticadas y manejadas por tumor phyllodes. Deacuerdo a los reportes histopatológicos revisados en éste lapso de tiempo, se encontró que un total de 55 pacientes fueron diagnosticadas y manejadas por tumor phyllodes, pero unicamente 32 expedientes clínicos de éstas pacientes fueronj analizados. Los 23 restantes no se revisaron por haber sufrido baja definitiva por alta del servicio o simplemente ya no acudieron. Se analizaron por lo tanto a 32 pacientes con tumor phyllodes que llenaron los criterios clinico-patológicos para ésta enfermedad. Todos ocurrieron en mujeres con una edad rango de 11 a 66 años, como promedio 39. Unicamente en 7 pacientes se encontraron antecedentes familiares neoplásicos mamarios. En 2 existia el antecedente de haber sido sometidas a exceresis de un fibroadenoma 5 y 7 años antes del diagnóstico actual.

De las 32 pacientes, 4 no habian iniciado vida sexual y en el resto de ellas la multiparidad fué significativamente alta. Alrededor de 5.3 .

El 50% correspondio para cada glándula mamaria, derecha e izquierda. El sintoma cardinal de presentación en cada paciente fué una masa mamaria con un tiempo de aparición entre 1 y 60 meses, con una media de 10.5 .

El tamaño tumoral tuvo un rango de .5 a 28 cm de diámetro mayor. Siendo el promedio 8.2 cm. Todas ellas masas bién circuns-

critas y de consistencia dura, levemente dolorosas y acompañándose de aumento de la vascularidad local.

En 11 pacientes se estableció el diagnóstico clínico de tumor phyllodes (34.3%); en 10 de fibroadenoma (31.2%); en 5 cancer de mama (15.6%) y en 6 pacientes no se estableció el diagnóstico clínico hasta no tener una biopsia por TRU-CUT o por aguja fina.

Un total de 18 pacientes fueron sometidas a una biopsia por TRU-CUT o aspiración de aguja fina, independientemente del diagnóstico previo, incluidas las 6 pacientes a quienes no se les realizó el diagnóstico clínico hasta no tener el resultado de la biopsia.

12 biopsias por TRU-CUT se realizaron en donde 7 reportaron tumor phyllodes. 2 como fibroadenoma. 2 como tejido fibroconjuntivo inespecífico y solo una como neoplasia maligna.

Por aguja fina se analizaron a 6 pacientes. 3 reportaron tumor phyllodes. 2 fibroadenoma y una muestra negativa a malignidad.

La operación inicial fué extirpacional, estudio transoperatorio (ETO), efectuándose en 14 pacientes. En las 18 restantes se procedió a la tumorectomía con espera del estudio histopatológico definitivo.

8 estudios transoperatorios se reportaron como fibroadenoma. 4 como tumor phyllodes. Uno como sarcoma mamario y uno como proceso inflamatorio crónico inespecífico.

En 26 pacientes se prefirió la tumorectomía, en 5 a la mastectomía simple y en una a la mastectomía radical. Todo esto con base a las biopsias previas y a los ETO.

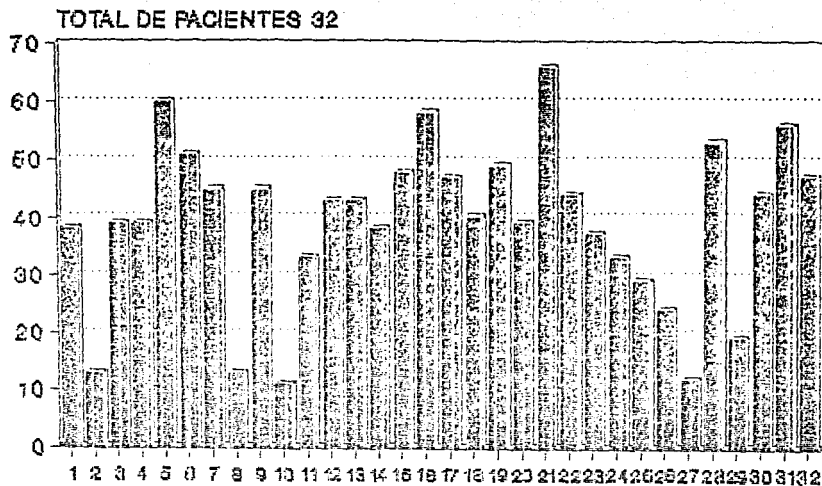
De acuerdo a los estudios histopatológicos definitivos en 9 pacientes hubo la necesidad de realizar exceresis amplia por margenes quirurgicos con tumor. En 2 pacientes, mastectomia simple por reporte de tumor phyllodes maligno y sarcoma mamario y una mastectomia radical por recurrencia a malignidad a los 2 años, tiempo en el cual la paciente no acudió a vigilancia.

De las 2 pacientes con tumor phyllodes maligno, ambas fueron enviadas a radioterapia pero ya no regresaron a control.

Actualmente solo 21 pacientes continuan acudiendo a control. Todas ellas asintomáticas y sin evidencia de actividad tumoral. Su promedio de seguimiento es de 15.8 meses.

La actividad mitótica en todos los tumores fué de aproximadamente 3.2 mitosis / 10 campos a seco fuerte.

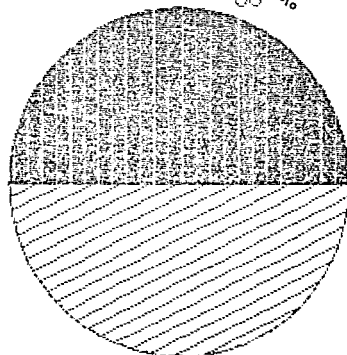
FLUCTUACION DE EDAD



PACIENTE

MAMA AFECTADA PACIENTE

(1) IZQUIERDA
60 %

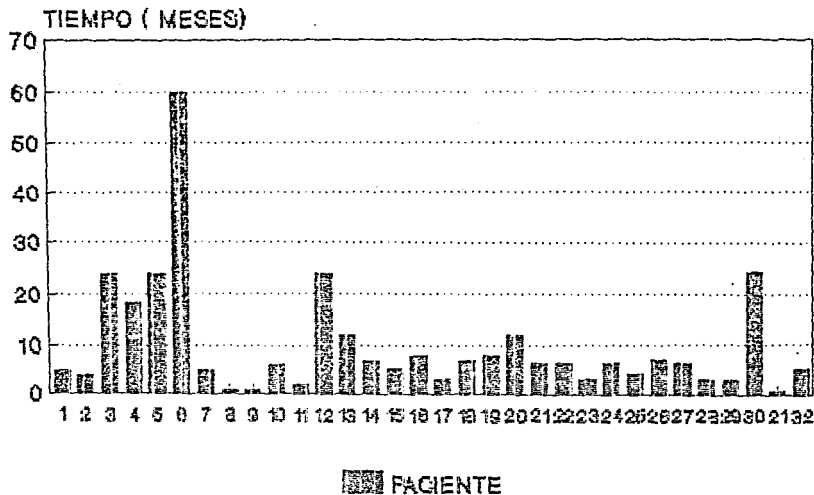


(2) DERECHA
60 %

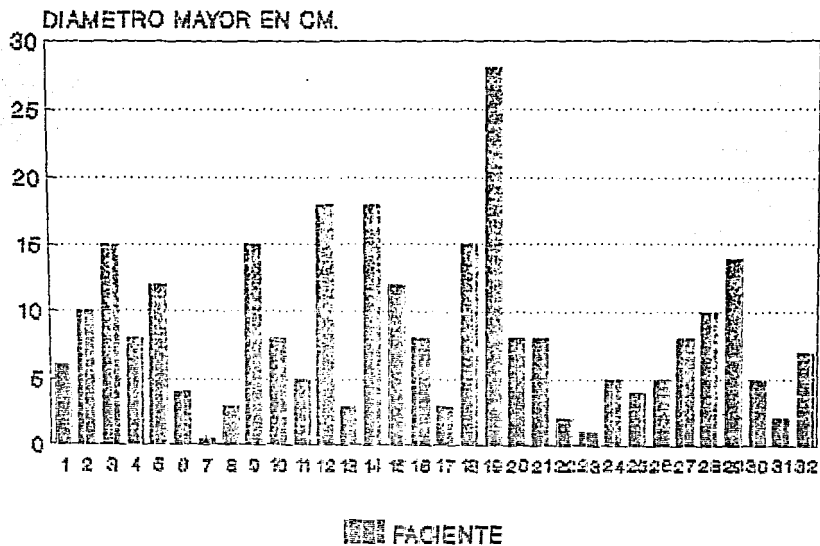
(1) IZQUIERDA (2) DERECHA

MAMA

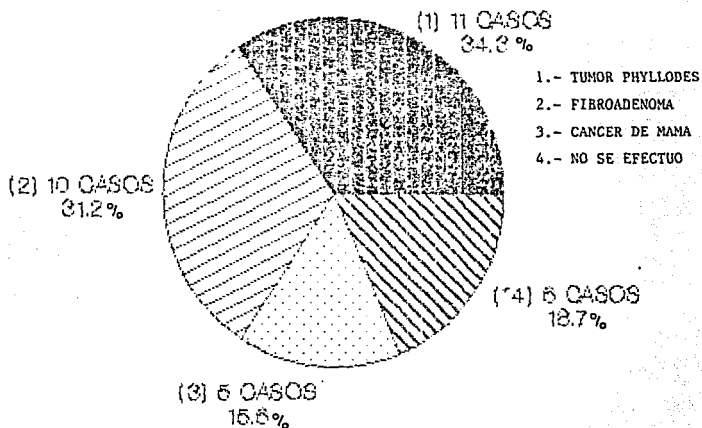
TIEMPO DE EVOLUCION PATRON DE CRECIMIENTO



TAMAÑO DEL TUMOR

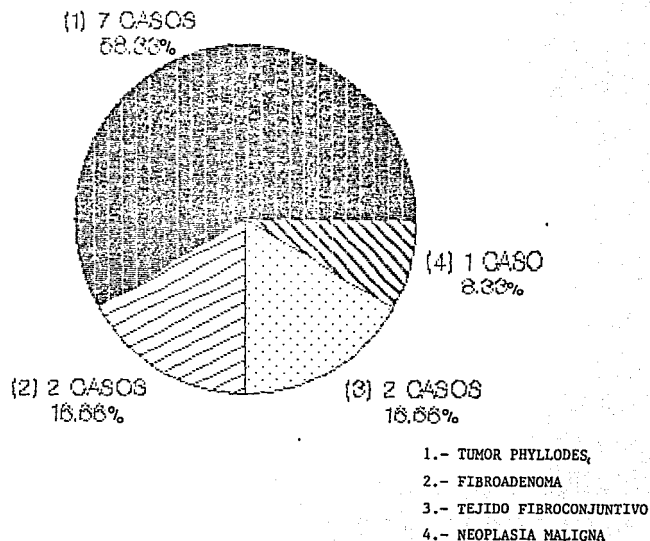


DIAGNOSTICO CLINICO



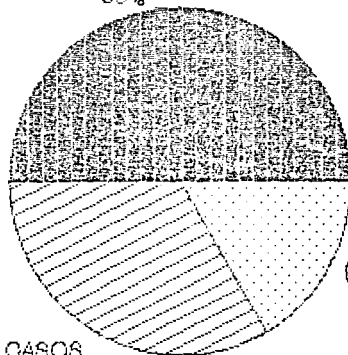
* SE TOMO BIOPSIA TRU-CUT O AGUJA FINA ANTES DE HACER EL DIAGNOSTICO CLINICO.

BIOPSIAS TRU-CUT 12 EN TOTAL



BIOPSIAS AGUJA FINA 6 EN TOTAL

(1) 3 CASOS
50%



- 1.- TUMOR PHYLLODES
- 2.- FIBROADENOMA
- 3.- NEGATIVA A MALIGNIDAD

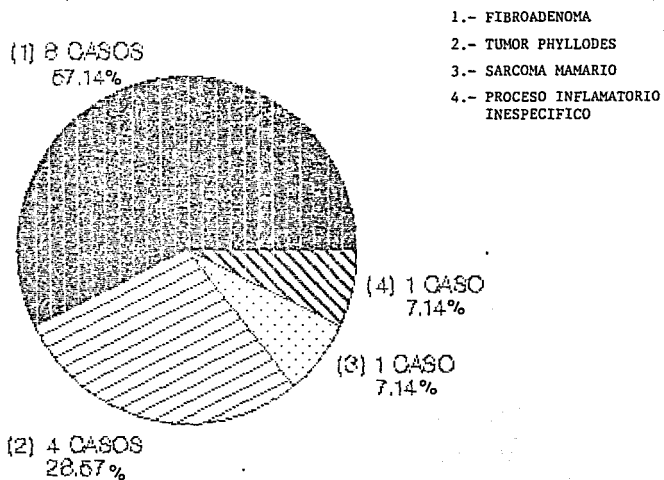
(2) 2 CASOS
33.33 %

(3) 1 CASO
16.66%

(1) T. PHYLLODES, (2) FIBROADENOMA,
(3) NEGATIVA A MALIGNIDAD.

ESTUDIO TRASOPERATORIO

14 TOTAL

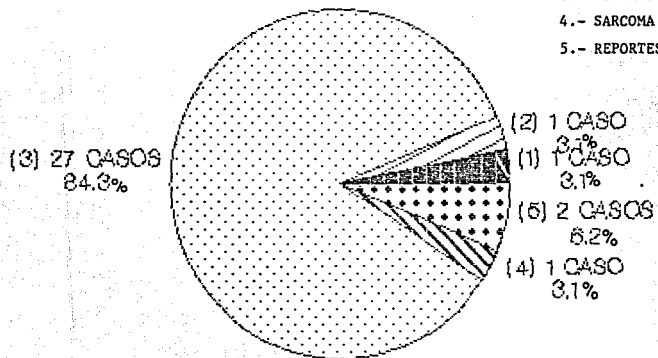


- 19 -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DEFINITIVO

- 1.- CARCINOMA DUCTAL MUCINOSO - PURO
- 2.- FIBROADENOMA
- 3.- TUMOR PHYLLODES
- 4.- SARCOMA MAMARIO
- 5.- REPORTES PERDIDOS



COMENTARIO .

En el presente estudio se puede establecer que el diagnóstico clínico resulta un tanto difícil, esto en relación a diagnosticar un tumor phyllodes y poder tratarse de un fibroadenoma o viceversa. Esto con base en que el diagnóstico para 11 pacientes correspondió para tumor phyllodes y 10 para fibroadenoma. Solo en 5 casos se penso en probable cancer de mama. En las 6 pacientes restantes existió la duda por lo que se decidió tomar y esperar resultado de biopsia por TRU-CUT o aguja fina. No obstante las biopsias tomadas no fueron realizadas en todas las pacientes, probablemente pensando en el buen juicio en relación a un diagnóstico clínico preciso. Unicamente 7 de 12 biopsias por TRU-CUT reportaron tumor phyllodes y 3 de 6 por aguja fina también lo evidenciaron, lo cual no fué significativo.

En los estudios transoperatorios tampoco se puede establecer un margen de superioridad para diagnosticar tumor phyllodes. Ya que de 14 realizados unicamente 4 fueron compatibles con él. 8 para fibroadenoma, uno para sarcoma mamario y otro para proceso inflamatorio crónico inespecifico. Por lo que parece ser, de acuerdo a los resultados observados en los estudios histopatológicos definitivos, que éstos últimos son los que en un momento dado determinan el diagnóstico más exacto comparativamente con los métodos antes mencionados. Obteniendose finalmente 27 definitivos para tumor phyllodes (incluidos los malignos que fueron 2). En una paciente fibroadenoma mamario, en otra carcinoma ductal mucinoso puro y en una sarcoma mamario. No reportandose definitivo en 2

pacientes por abandono de éstas a su manejo.

CONCLUSIONES.

En las pacientes aquí presentadas el mayor número de tumores phyllodes se presentó entre los 30 y 50 años. La multiparidad fué muy significativa con un promedio de 5.3 . El patrón de crecimiento fué menor a un año (una media de 10.5 meses) y el tamaño varió de .5 a 28 cm de diámetro. Lo que en su conjunto aumentó la sospecha de malignidad, pero no fueron indicadores confiables de ésta. Así mismo solo 2 pacientes presentaron tumor phyllodes maligno.

Finalmente el mejor diagnóstico se establece mediante los estudios histopatológicos definitivos, superando en gran medida a los diagnósticos clínicos, por biopsia TRU-CUT y aguja fina e incluyendo a los estudios transoperatorios.

La exceresis amplia o la mastectomía de acuerdo a lo reportado por el estudio definitivo, acompañado de una vigilancia estrecha, han dado buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA.

- 1 . - Leslie Bernstein. The descriptive Epidemiology of Malignant Cystosarcoma Phyllodes Tumors of the breast. *CANCER*. May 15, 1993. Volume 71, No. 10. 3020-3024
- 2 . - P. Ferrari. A. Bargellini. Presentazione di due casi di fiboadenoma filloide. *MINERVA MEDICA*. Marzo 1990. Vol. 81 suppl. 1 al N. 3. 107-109
- 3 . - Gary V. Burton. MD. Lowell. Hart. MD. Cystosarcoma Phyllodes. *CANCER*. June 1989 Vol. 63 2088-2092
- 4 . - James R. Hines, MD. Tarq M. Murad, MD. Prognostic Indicators in Cystosarcoma Phyllodes. *THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY*. Volume 153, March 1987. 276-280
- 5 . - Richard M. Ward, MD. and Harry L. Evans, MD. Cystosarcoma Phyllodes. *CANCER*. November 15, 1986. Vol. 58. 2282-2289
- 6 . - Wolfgang Buchberger. Karin Strasser. Phyllodes Tumor: Findings on Mammography, Sonography, and Aspiration Cytology in 10 cases. *AJR*: 157 October 1991. 715-719
- 7 . - Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C, Wiltshaw E. The Clinical and Histologic Criteria Predictive of Metastases from Cystosarcoma Phyllodes. *CANCER*. 1992; 69: 141-147

- 8 . - J. Zahner and R. Bassier. The rate of mitosis in Cystosarcoma phyllodes (phyllodes tumor, WHO) of the breast. ARCH GYNECOL OBSTET 1989. 246: 153-157.
- 9 . - Bruno D. Fornage, MD. James G. Lorigan, MD. Fibroadenoma of the breast: Sonographic Appearance. RADIOLOGY. September 1989. volume. 172 number 3. 671-675.
- 10 . - Bruno D. Fornage, MD. Marie J. Faroux. Breast Masses: US Guiden Fine - Needle Aspiration Biopsy. RADIOLOGY. February. 1987 Volume. 162 Number 2. 409-414.
- 11 . - Bruce C. Elson. Debra M. Ikeda. Fibrosarcoma of the Breast: Mammographic Findings in Five Cases. AJR: 158, May 1992. 993-995.
- 12 . - Robert E. Hawkins, MA, MRCP, John B. Schofield, MBBS. Ifosfamide is an Active Drug for Chemotherapy of Metastatic Cystosarcoma Phyllodes. CANCER. May 1, 1992, Volume 69 No. 9. 2271-2275.