



112402
10

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD

**TRATAMIENTO RADICAL DEL
TUMOR PHYLLODES DE MAMA
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ
DE MEXICO**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
SUBESPECIALIDAD DE CIRUGIA
ONCOLOGICA**

PRESENTA
DR. MARCO ANTONIO GARCIA JUAREZ

ASESOR Y DIRECTOR DE TESIS
DR. FRANCISCO M. GARCIA RODRIGUEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

2002.



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 esta 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.

HOJA DE FIRMAS



VoBo. DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

VoBo. DR. FRANCISCO M. GARCÍA RODRÍGUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA
PROFESOR DE POSTGRADO DEL CURSO DE CIRUGÍA
ONCOLÓGICA
ASESOR Y DIRECTOR DE TESIS

SECRETARIA DE SALUD
DIVISION DE ENSEÑANZA
POSTGRADO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Y A MIS PADRES por darme el milagro de la vida.

A FABIOLA JULIA por su apoyo y comprensión.

A MARQUITOS Y FABIS por ser el mayor impulso de mi vida.

A MIS MAESTROS a los que nunca podré recompensarles por sus enseñanzas.

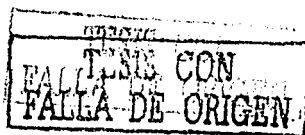
AL DR. FRANCISCO M. GARCIA RODRIGUEZ por su insaciable deseo de enseñar a las nuevas generaciones.

INDICE

ANTECEDENTES	6
INTRODUCCION	8,13
OBJETIVOS	14
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	15
MATERIAL Y METODO	15
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	15
RESULTADOS	16,17
GRAFICAS	18,19
TABLAS	20
DISCUSION	21,22
CONCLUSIONES	23
RESUMEN	24
ANEXOS	25
BIBLIOGRAFIA	26-28.

TITULO

TRATAMIENTO RADICAL PARA EL TUMOR PHYLLODES DE MAMA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO



ANTECEDENTES

Muller acuñó el término cistosarcoma phyllodes en 1838 para lo que pareció que era un gran tumor foliado, carnoso (del griego: sarkoma) y quístico de la glándula mamaria que, por lo general, se comportaba en forma benigna, a pesar de su aspecto clínico a menudo, aterrador ¹. Lee y Pack reportaron el primer caso de metástasis de un tumor phyllodes en 1931 ². Desde entonces se han reportado metástasis a pulmón, pleura, columna vertebral, sistema nervioso central, páncreas, duodeno, sacro y mandíbula ³⁻⁵.

El término cistosarcoma implica una relación con la enfermedad quística e implica una tendencia a un estado final de potencial maligno de esta lesión ⁶.

Desde la primera descripción se han utilizado más de 62 sinónimos diferentes para abarcar los rasgos asombrosos de esta neoplasia; actualmente la Organización Mundial de la Salud ahora clasifica esta neoplasia de mama como tumor Phyllodes ⁷.

INTRODUCCION

El tumor phyllodes de mama es un tumor fibroepitelial infrecuente que se presenta del 0.3 al 1% de todos los canceres de mama en mujeres ⁸. Este tumor asemeja al fibroadenoma benigno, pero difiere en que se tiene un potencial pequeño, pero definido, de recidiva local o de mostrar el comportamiento metastático de un sarcoma completamente maligno ⁹. A pesar de su rareza, es el sarcoma mamario más frecuente.

El problema clínico fundamental al tratar este tumor es determinar que pacientes probablemente desarrollaran un sarcoma metastático.

Inicialmente se consideraba que era más frecuentes en mujeres de raza negra, los estudios ulteriores como el primer análisis poblacional de registro del cáncer del TP realizado en el condado de Los Ángeles ^{8,10}, determino que la tasa de incidencia anual promedio ajustada por edad de TP maligno es de 2.1 por millón de mujeres y que las mujeres blancas latinas y las asiáticas tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar este tumor que otros grupos étnicos-raciales.

Las técnicas modernas de biología molecular se han utilizado para responder preguntas fundamentales sobre la patogenia del fibroadenoma y del TP ^{9,11,12}. Se ha encontrado que las células del estroma del fibroadenoma pueden ser policlonales o monoclonales, mientras que las de TP siempre son monoclonales, es decir derivada de una célula progenitora. Este hallazgo es compatible con el concepto de que el estroma del TP es componente neoplásico que crece en forma descontrolada y en algunos casos tiene potencial metastático ¹³.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

La gran mayoría de los casos de TP han ocurrido en mujeres, aunque se han documentado casos en hombres adultos que afectan la glándula mamaria, la próstata y las vesículas seminales ^{3,4}; en la gran mayoría de las series publicadas la edad promedio es de 45 años, alrededor de 10 a 15 años más que el promedio para el fibroadenoma. Sin embargo existe una amplitud etaria grande, cabe señalar que esta neoplasia afecta a mujeres adolescentes y puede ser fatal ^{6,8,12,13}.

En la era previa ala mamografía todos los casos se detectaban inicialmente como una masa palpable o un aumento de volumen mamario difuso; actualmente 20% de los casos son detectados como masas no palpables en el screening . El TP tiene unas características de imagen definidas, pero existe una superposición de hallazgos en las variedades benignas y malignas que los estudios radiológicos no tienen valor predictivo. El diagnóstico se basa estrictamente en los hallazgos patológicos ¹⁴.

Por lo general el TP se desarrolla como un tumor mamario unilateral solitario, aunque se han descrito ejemplos bilaterales; aproximadamente 20-30% de las pacientes refiere un crecimiento rápido y súbito en una masa mamaria de largo tiempo. Mucho tumores son grandes miden en promedio 6 a 8 cm, aunque los tumores más pequeños son más frecuentes en la era mastográfica. En los casos típicos el TP es nodular e indoloro y no esta fijo, a menos que el tumor haya crecido mucho y ulcerado la piel subyacente, cabe señalar que este último hallazgo no implica un comportamiento maligno ^{4,6,8,10,12,13}.

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS

Si bien algunos de los ejemplos grandes y voluminosos de TP tienen las características macroscópicas que describiera Muller en su comunicado original, muchas de estas lesiones crecen como masas sólidas, expansivas y de consistencia elástica o firme, sin un componente quístico evidente ^{1,2}.

En los casos típicos el TP parece bien delimitado en la mama circundante y a menudo presenta un contorno redondeado e irregular. Las superficies de corte puede mostrar un aspecto sólido o numerosas hendiduras que separan laminas sólidas del tumor, lo que le confiere un aspecto similar al de un repollo seccionado. Es posible apreciar macroscópicamente focos de necrosis o hemorragia, con mayor frecuencia una manifestación de infarto que de malignidad.

La variante histológicamente benigna del TP es similar al fibroadenoma, pero difiere en que se presenta mayor densidad de células del estroma. El TP es una neoplasia del estroma mamario el componente epitelial asociado es benigno, las células fusiformes proliferativas crecen como masas nodulares que protuyen en el espacio quístico o comprimen otros nódulos tumorales expansivos adyacentes para determinar el aspecto macroscópico laminar ¹⁴.

El carácter y la densidad del estroma varían considerablemente entre las pacientes y en los casos individuales. Es importante que el patólogo examine muchos cortes para obtener un cuadro claro del carácter y la densidad del estroma para dar un pronóstico. En el caso habitual el estroma del TP tiene un aspecto fibrosos o mixoide y edematoso. En algunos casos existe diferenciación lipomatosa, rabdoide, condromatosa u ósea

Por lo general el epitelio asociado con el TP es de tipo cúbico bajo, característico del epitelio ductal mamario. En algunos casos se observan cambios secundarios de hiperplasia epitelial, metaplasia apócrina y escamosa. Puede existir un carcinoma mamario coexistente, habitualmente lobulillar o ductal in situ, esto no es sorprendente dada la alta incidencia de carcinoma mamario en los EU ^{11,15}.

La microscopía electrónica y la inmunohistoquímica han confirmado que las células del estroma del TP habitualmente son fibroblastos y miofibroblastos. Ninguno de estos exámenes contribuye al diagnóstico de TP o su caracterización en grados ¹¹⁻¹³.

FACTORES PRONOSTICOS

El TP es reconocido por el comportamiento imprevisible y los intentos por correlacionar las características histológicas con el pronóstico clínico incluyen las técnicas modernas como la citometría de flujo de DNA ¹². Más asombroso son los tumores comunicados ocasionalmente que dan metástasis a pesar de un aspecto histológico benigno ¹⁴. En realidad el cuadro más frecuente es lo inverso : la gran mayoría de los pacientes con TP histológicamente maligno nunca desarrollan enfermedad metastásica ¹⁴.

Existen varias razones por las cuales ha sido difícil alcanzar un consenso sobre las correlaciones patológicas de malignidad del TP : 1) la experiencia publicada con esta neoplasia infrecuente consiste en muchas comunicaciones de casos; 2) las series relativamente pequeñas de centros académicos pueden estar sesgadas por las pacientes derivadas que ya han desarrollado enfermedad recidivante; 3) El TP muestra mucha heterogeneidad histológica en un tumor dado.

4) las series más antiguas pueden contener ejemplos de carcinoma metaplásico no reconocido, un tumor con una evolución natural muy diferente ¹⁶.

Históricamente, las características patológicas de interés en el TP han sido el tamaño tumoral, el grado de celularidad del estroma, el carácter de las células, la actividad mitótica y la presencia de cambios degenerativos, tales como necrosis y hemorragia ^{4,6,9,11,12}.

Treves y Sunderlan, y otros autores clasificaron a los tumores individuales como histológicamente benignos, malignos o limítrofes y observaron que existía correlación con el pronóstico ¹⁸. Norris y Taylor de la AFIP definieron criterios específicos para el puntaje otorgado a estas características, además estos autores clasificaron el borde de cada tumor en protuberante o infiltrante y observaron que ninguna característica aislada predecía el pronóstico pero que algunos atributos podrían ser agrupados en una forma que fueran importantes para el pronóstico ¹⁷.

Específicamente, los tumores densamente celulares con un borde infiltrante, compuesto por células sumamente atípicas que contienen núcleos aberrantes e hipercrómicos y que muestran actividad mitótica abundante, tienen la probabilidad más alta de comportarse en forma maligna. Por el contrario un TP con borde protuberante, celularidad menos densa, atipia citológica mínima y menos de 3 mitosis por 10 campos de gran aumento es poco probable que den metástasis.

La mayoría de los estudios sobre todo las series más grandes, han confirmado estos hallazgos generales ^{4,6,9}. Estudios más recientes han aclarado otra faceta del TP ^{11-13,19}. La sobre proliferación del estroma es un rasgo adicional de mal pronóstico, Oberman ²⁰ fue el primero en sugerirlo y posteriormente Ward y Evans lo sugirieron

como un factor predictivo de recidivas a distancia más que local⁶.

La recidiva local del TP se desarrolla del 15 a 60% de las pacientes, aparece generalmente dentro de los primeros 5 años de la resección primaria y habitualmente indica una escisión incompleta; la recidiva local no indica que la enfermedad metastásica sea inevitable, la mayoría de las pacientes con recidiva local no desarrollaran enfermedad metastásica^{8,21}.

El pronóstico global del TP es razonablemente bueno, estudios recientes comunican una mortalidad por la enfermedad metastásica que oscila entre 0 y 27% y la muerte ocurre en las pacientes con tumores que tienen sobre proliferación del estroma y otras características de alto riesgo^{19,21}. Típicamente las lesiones metastásicas aparecen dentro de los 2 años y siempre se asemejan al componente de células fusiformes del tumor primario^{3,5,6}.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del TP se efectúa mediante biopsia a cielo abierto con una incisión cuidadosa para no comprometer el tratamiento ulterior. La biopsia por aspiración con aguja fina puede revelar células que sugieran una neoplasia fibroepitelial pero es insuficiente para identificar características de alto riesgo²².

TRATAMIENTO

La escisión local amplia con bordes negativos es curativa en la mayoría de los casos, esto puede implicar una mastectomía en los tumores muy grandes. El TP rara vez se disemina a los ganglios linfáticos axilares, la disección ganglionar rara vez se practica a menos que existan indicios clínicos de compromiso ganglionar²³⁻²⁷.

La evaluación de los receptores hormonales en una pequeña cantidad de casos de TP ha verificado la presencia de receptores para estrógenos y progesterona; en la actualidad no existe ningún papel diagnóstico , ni terapéutico para el análisis de los receptores hormonales ^{8,10}.

El TP metastásico puede afectar cualquier sitio anatómico, al igual que otros sarcomas, las metástasis mas frecuentes son en el pulmón, el sistema esquelético, la piel y el sistema nervioso central. El TP metastásico no tiene un tratamiento sencillo, actualmente se investiga el papel de la quimioterapia con agentes como ifosfamida ^{5,19,28}.

OBJETIVO

Reportar la experiencia del tratamiento radical del tumor Phyllodes de mama, en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

Comparar los resultados del tratamiento radical del TP de mama, manejados en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México con los resultados con los reportados en la literatura mundial.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un estudio retrospectivo descriptivo de las pacientes con diagnóstico de TP de mama del año de 1993 a 2001 tratadas en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México .

Se efectuó revisión de expedientes clínicos de dichas pacientes tomándose en cuenta, edad al diagnóstico, tiempo de evolución, tamaño del tumor, lado afectado, afección de piel, presencia de ganglios linfáticos axilares ipsilaterales, reporte histopatológico y tipo de biopsia preoperatoria, tratamiento quirúrgico, reconstrucción postoperatoria , reporte de pieza quirúrgica, tratamiento postoperatorio y seguimiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de TP tratadas en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, que cuenten con expediente completo de los datos solicitados en la hoja de recolección de datos (anexo 1)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de TP tratadas en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, de las que no se cuente con expediente clínico completo o no se especifiquen los datos requeridos en la hoja de recolección de datos (anexo 1).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 43 pacientes con diagnóstico de TP, excluyéndose 7 pacientes por no contarse con todos los datos solicitados en la hoja de recolección de datos (anexo 1). Incluyéndose en este estudio 36 pacientes.

Con un rango de edad de 12 a 64 años, mediana de 26 años, tamaño de 2 a 30 cm, media de 11.5 cm., con un tiempo de evolución de 2 meses a 8 años, con un promedio de 17.5 meses.

Siendo el lado afectado 18 (50%) del derecho y 18 (50%) del izquierdo, se efectuaron 35 (97%) biopsias preoperatorias, 2 (6%) biopsias por aspiración con aguja fina 29 (80%) incisionales, 3 (9%) escisionales, 1 (3%) por trucut; 1 (3%) con estudio transoperatorio. Se obtuvieron 31 (86%) reportes de TP benignos preoperatorios, 5 (15%) de malignidad 2 (6%) de alto grado, 1(3%) infiltrante y 2 (6%) asociados a focos de liposarcoma y sarcoma.

La piel se encontró afectada en 7 (21%) pacientes, 3 (9%)pacientes con ganglios axilares ipsilaterales menores de 1 cm, no se efectuó disección axilar en ninguno de estos paciente.

Se efectuaron 2 (6%) tumorectomias, 8 (24%) escisiones amplias, 5 (15%) cuadrantectomias, 17 (51%) mastectomias simples, 4 (12%) mastectomias radicales modificadas, 14 (42%) pacientes con mastectomía se reconstruyeron, 13 (38%) con TRAM y 1 (3%) con implante de silicón; se efectuaron 4 (12%) mastectomias radicales modificadas 2 (6%) se efectuaron por tumores grandes 23 y 14 cm, 1 (3%) con reporte de TP maligno de alto grado y 1 (3%) TP con estroma con liposarcoma.

En 1 (3%) paciente con mastectomía simple se le efectuó disección baja de axila con un tumor de 20 cm.

El reporte de las piezas confirmo 26 (78%) TP benignos, 5 (15%) reportes previos de TP benigno reportaron TP de bajo grado de malignidad 3(9%) tratadas

con mastectomía simple con tamaño de tumor de 8, 15 y 30 cm, 1 (3%) tratado con mastectomía radical modificada con tumor de 18 cm, 1 (3%) cuadrantectomía en tumor de 3 cm.

De los 5 (15%) reportes preoperatorios de malignidad, 4 (12%) continuaron con el mismo reporte, 1 (3%) TP maligno con focos de liposarcoma en la pieza se reportó como TP de bajo grado de malignidad.

Sólo 2 (6%) pacientes recibieron tratamiento postoperatorio con Teleterapia cobalto 60, con una dosis de 50-60 Gys con tumor en lecho quirúrgico y tumor de 30 cm; 1 (3%) paciente con diagnóstico preoperatorio de TP benigno de 18 cm. con afección de piel, se le efectuó mastectomía radical modificada con colocación de injerto de piel, y el reporte de la pieza fue TP maligno de bajo grado con tumor en lecho quirúrgico, no recibió tratamiento postoperatorio y se encuentra en seguimiento a 2 años sin actividad tumoral.

Un total de 35 (97%) pacientes se encuentran en seguimiento vivas sin datos de actividad tumoral, 1 (3%) paciente con tumor maligno de alto grado, que se le efectuó mastectomía simple y la pieza reportó tumor en lecho quirúrgico, no recibió tratamiento postoperatorio y falleció aparentemente sin actividad tumoral. El tiempo de seguimiento varía de 2 a 46 meses, con una media de 9 meses.

GRAFICAS

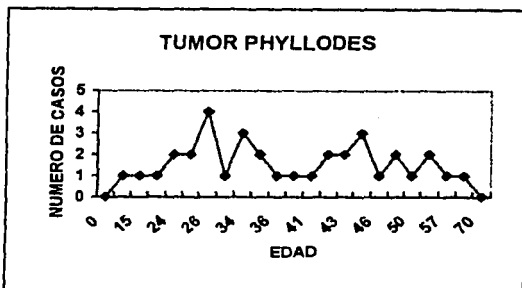


Fig. 1 Edad de presentación.

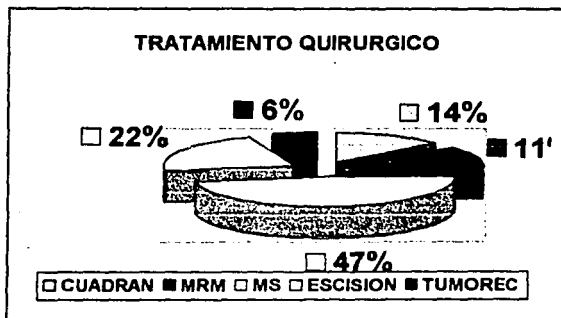


Fig. 2. Manejo quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICAS

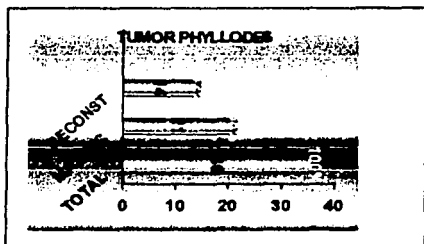


Fig. 3. Reconstrucción posterior a mastectomía en TP.

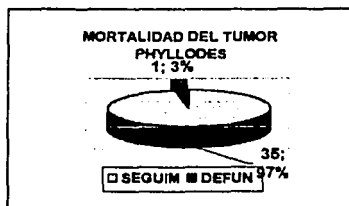


Fig. 4 Sobrevida del TP a una media de 9 meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1: TUMOR PHYLLODES

NO	EDA años	TIEMP EVOL meses	TAM cm.	PIEL	GL	BIOP PRE	TIPO	QX	REC	PIEZA	TX PO	SEG mes
1	36	10	23	X	-	TP B	INC	M R	T	TP B	-	3
2	45	48	12	-	-	TPB	TC	MS	-	TP B	-	2
3	13	5	3	-	-	TPB	INC	E	-	TPB	-	9
4	34	36	9	-	-	TPM	INC	MS	T	TPM	-	2
5	35	2	5	-	-	TPB	INC	C	-	TPB	-	15
6	28	6	2	-	-	TPB	TO	E	-	TPB	-	2
7	20	24	5	-	-	TPB	INC	E	-	TPB	-	12
8	26	3	3	-	-	TPB	INC	E	-	TPB	-	2
9	53	12	15	-	-	TPM	INC	M R	-	TPM	-	3
10	15	24	2	-	-	TPB	INC	C	-	FA	-	2
11	26	4	2	-	-	TPB	INC	TU	-	TPB	-	2
12	40	60	10	-	-	TPB	TO	MS	T	TPB	-	7
13	57	10	20	-	-	TPB	INC	MS	T	TPB	-	14
14	26	2	13	-	-	TPB	INC	MS	T	TPB	-	2
15	45	4	3	-	-	TPB	INC	C	-	TPM	-	32
16	45	7	20	X	X	TPB	INC	MS	T	TPM	-	8
17	24	3	3	-	-	TPB	INC	E	-	TPB	-	31
18	43	3	18	X	-	TPB	INC	M R	-	TPM	-	24
19	48	6	8	-	-	TPB	INC	MS	T	TPB	-	30
20	43	8	8	-	-	TPB	TO	MS	-	FA	-	9
21	46	6	14	-	-	TPM	INC	M R	-	TPM	-	30
22	48	6	5	-	-	TPB	INC	C	-	TPB	-	3
23	35	5	4	-	-	TPB	INC	MS	T	FA	-	17
24	38	94	20	X	-	TPB	INC	MS	I	TPB	-	12
25	53	6	20	X	-	TPB	INC	MS	T	TPB	-	21
26	24	12	3	-	-	TPB	INC	E	-	TPB	-	9
27	25	48	2	-	-	TPB	INC	TU	-	TPM	-	5
28	50	5	8	-	-	TPB	INC	C	-	TPB	-	8
29	64	60	10	-	X	TPB	INC	MS	-	TPB	-	6
30	25	26	30	X	-	TPB	INC	MS	-	TPM	RT	2
31	12	6	7	-	-	TPB	INC	E	-	TPB	-	7
32	42	60	20	-	-	TPB	BF	MS	T	TPM	-	24
33	34	12	15	-	-	TPB	INC	MS	T	TPB	-	8
34	26	24	10	-	-	TPB	TO	MS	-	FA	-	46
35	41	12	15	X	X	TPB	INC	MS	T	TPB	-	12
36	42	3	3	-	-	TPB	INC	MS	T	TPM	RT	12

GL: Ganglios linfáticos, QX: Procedimiento quirúrgico, TP B: Tumor Phyllodes benigno, TP M: Tumor Phyllodes Maligno, INC: Incisional, BF :BAAF, TO: Transoperatorio, MS: Mastectomia Simple, MR :Mastectomia Radical, C: Cuadrantectomia, E: Escisión amplia, TU: Tumorectomia, T: TRAM, I :Implante, FA: Fibroadenoma, RT: Radioterapia, TC: Trucut, TX PO: Tratamiento Postoperatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico es la base del manejo de los TP; este se realiza principalmente en base al tamaño de la lesión tumoral, y en forma menos importante de acuerdo a localización, afección de piel y tamaño de la glándula mamaria que permita conservación.

No existe consenso en cuanto al tamaño para escisión de la lesión y conservación de la misma; aunque algunos autores utilizan como límite 5 cm.^{9,19}.

También otro factor considerado para cirugía de conservación mamaria y agregado al tamaño del tumor es la proliferación estromal^{9,19}.

La gran mayoría de los reportes de la literatura consideran el tratamiento quirúrgico como la opción de manejo primario e incluso para tratar las recurrencias locales y a distancia²³⁻²⁷.

Reportes recientes consideran el uso de agentes quimioterapéuticos como la ifosfamida, doxorubicina con ifosfamida y cisplatino en casos de TP recurrentes y/o metastásicos^{3,5,19,28}.

En nuestra serie de pacientes con TP predominaron tumores de gran tamaño siendo la media 11.5 cm., lo que impidió realizar cirugía conservadora en 21(60%) pacientes. Se reserva la cirugía conservadora escisión o cuadrantectomía en 13 (38%) pacientes con tumores pequeños menores de 5 cm.

Los reportes de la literatura no recomiendan realizar tumorectomías ya que se debe de permitir por lo menos 2 cm. de margen en la escisión quirúrgica conservadora de mama; nosotros reportamos 2 (6%) de pacientes tratadas con tumorectomías en 1 tumor de 2 y de 7cm. ambos con reporte preoperatorio de TP benigno, este último en una paciente de 12 años. Ambas pacientes se encuentran en seguimiento sin datos de actividad tumoral.

La mortalidad reportada en nuestra serie es de 3% , comparada con 9 a 45 % de mortalidad reportada en distintas series ^{4,6,8,9,23-27} .

CONCLUSIONES

El TP constituye un grupo pequeño de los tumores de mama menos del 1%. El grupo de TP tiene la peculiaridad de un diagnóstico histológico difícil y hasta la fecha los criterios histológicos que determinan su potencial maligno varían de un centro de tratamiento a otro, esto a llevado a considerarlos de una conducta impredecible y probablemente esta falta de uniformidad determine la amplia variación de la mortalidad en estas series.

El tratamiento quirúrgico constituye la base del manejo de los TP, este puede llevarse a cabo con conservación mamaria (cuadrantectomía o escisión amplia) siempre y cuando el tumor mida menos de 5 cm. de preferencia en TP de tipo benigno.

La mastectomía se reserva para tumores de tamaño mayor de 5 cm., como en nuestra serie la media de los tumores tratados fue de 11.5cm se efectuó mastectomía en 21 (60%) pacientes.

En nuestra experiencia se recomienda en tratamiento radical con mastectomía para las pacientes con TP mayores de 5cm o TP malignos, la cual es segura como modalidad única debido a presenta una sobrevida del 97% en este grupo de pacientes. No se considera la disección ganglionar axilar a menos que exista evidencia clínica de enfermedad..

El tratamiento adyuvante postoperatorio con radioterapia se recomienda en tumores con margen quirúrgico menor de 1 cm. o la presencia de tumor en lecho al realizarse mastectomía.

El tratamiento adyuvante con quimioterapia o para tratar enfermedad recurrente o metastásica, no se ha podido valorar en nuestra experiencia.

RESUMEN

El TP es un tumor fibroepitelial infrecuente representa menos del 1% de los tumores de mama, su manejo puede ser controvertido debido a que tiene un pequeño potencial, pero definido de de recidiva local o de mostrar el comportamiento metastático de un sarcoma completamente maligno. El objetivo de este estudio es reportar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico radical del TP .

Se efectuó estudio retrospectivo descriptivo en 36 pacientes con TP de 1993 al 2001. El manejo quirúrgico en estas pacientes fue 1) de tipo conservador en 15 (40%) (tumorectomía, escisión local amplia y cuadrantectomía) cuando los tumores median menos de 5 cm. y en TP benignos; 2) de tipo radical (mastectomía) en 21 (60%) ya que se encontró una media promedio del tamaño de tumor de 11.5 cm.

Se reporta una mortalidad del 1 (3%) paciente con TP de alto grado de malignidad, sin documentarse datos de actividad tumoral. y un seguimiento medio promedio de 9 meses.

ANEXO I

NOMBRE: _____ NO. EXP: _____
EDAD: _____ AHF: _____
APP: _____
AGO: _____
TIEMPO DE EVOL.: _____
SINTOMAS: _____
TAMAÑO: _____
AFEC. DE PIEL: _____ G.L. AXILARES: _____
BIOPSIA PREOP _____
TIPO DE BIOPSIA: _____
PROCEDIMIENTO OX: _____
REPORTE DE PIEZA: _____
RECONSTRUCCION PO: _____
TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO: _____
SEGUIMIENTO: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Muller J. Uber den feinern Bau and die Formen der Ksnkhafthen Geschwulste. Berlin: Reimer, 1938 :54-60.
2. Lee B, Pack G. Giant intracanalicular fibroadenomyxoma of the breast. Am J Cancer 1931;15:2583-609.
3. Hlavin ML, Kaminski HJ, Cohen M, et al. Central Nervous System complications of Cystosarcoma Phyllodes. Cancer 1993;72:126-130.
4. Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C et al. The Clinical and Histologic Criteria That Predict Metastases From Cystosarcoma Phyllodes. Cancer 1992;69:141-47.
5. Hawkins RE, Schofield JB, Wiltshaw e, et al. Ifosfamide Is a Active Drug for Chemoteraphy of metastatic Cystosarcoma Phyllodes. Cancer 1992;69:2271-2275.
6. Ward RM, Evans HL. Cystosarcoma Phyllodes A Clinicopathologic study of 26 cases: Cancer 1986;58:2282-2289.
7. World Health Organization. Histological typing of Breast tumors. Tumori 1982;68:181-198.
8. Palmer ML, De Risi DC, Pelikan A, et al. Treatment options and recurrence potencial for cystosarcoma Phyllodes. Surg Gynecol Obstet 1990;170:193-196.
9. Krishnamurthy S, Asfaq R, Ju C. SH, et al. Distinction of Phyllodes Tumor from Fibroadenoma A Reappraisal of an old Problem. Cancer (Cancer Cytopathol) 2000;90:342-349.
10. Chua CL, Thomas A. Cystosarcoma Phyllodes Tumors. SGO 1988;166:302-306.
11. Grimes MM. Cystosarcoma Phyllodes of the Breast: Histologic features, Flow Cytometric

- Analysis and Clinical correlations. *Modern Pathology* 1992;5(3): 232-239.
12. Kellan PA, Jeffrey LM, Wold LE, et al. Phyllodes tumor: ClinicoPathologic Review of 60 patients and Flow Cytometric analysis in 30 patients. *Human Pathol* 1992; 23: 1048-1054.
 13. Reinfuss M, Mitús J, Smolak K, et al. Malignant Phyllodes Tumours of the Breast. A Clinical and Pathological Analysis of 55 cases. *Eur J Cancer* 1993;29A (9): 1252-1256.
 14. Faria DM, Gorczyca DP, Barsky SH, et al. Bening Phyllodes Tumor of the Breast: MR Imaging Features.
 15. Hines JR, Murad TM, Beal JM, et al. Prognostic indicators in Cystosarcoma Phyllodes. *The Am J Surg* 1987;153:276-280.
 16. Haagensen CD: *Diseases of the Breast*, p 284 Philadelphia WB Sounder 1986.
 17. Norris HJ, Yaylor HB. Relationship of histologic features to Behavior of Cystosarcoma Phyllodes : Analysis of ninety-four cases: *Cancer* 1967;20:2090-2099.
 18. Treves N, Sunderland DA,: Cystosarcoma Phyllodes of the Breast: a malignant and Benign tumor5. *Cancer* 1951;4:1286.
 19. Chaney AW, Pollack A , Mceese MD, et al. Primary Treatment of CystosarcomaPhyllodes of the Breast. *Cancer* 2000; 89:1502-11.
 20. Oberman HA: Cystosarcoma Phyllodes. A Clinicopathologic study of Hypercellular Periductal Stromal neoplams of Breast. *Cancer* 1965;18:697.
 21. De Ross WK, Kaye P, Dent M, Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *British J Surg* 1999;86:396-399.

22. Buchberger W, Strasser K, Heim K, et al. Phyllodes Tumor: Finding on mammography, sonography and aspiration Cytology in 10 cases. *AJR* 1991;157:715-719.
23. Rowell MD, Perry RR, Hsiu J-G. Phyllodes Tumors. *The Am J Surg* 1993;165:376-79.
24. Salvadori B, Cusamano F, Delbo R, et al. Surgical Treatment of Phyllodes Tumors of the Breast. *Cancer* 1989;63:2532-2536.
25. Hart J, Layfield L, Trumbull WE, et al. Practical Aspects in the Diagnosis and Manegement of Cystosarcoma Phyllodes. *Arch Surg* 1988; 123:1079-1083.
26. Reinfuss M, Mitús J, Duda K, et al. The Treatment and Prognosis of Patients with Phyllodes Tumors of the Breast. *Cancer* 1996;77:910-916.
27. Geisler DP, Boyle MJ, Mainar KF, et al. Phyllodes Tumors of the Breast: A Review of 32 cases. *The Am Surg* 1999, August 15-18.
28. Burton GV, Hart LL, Leight GS, et al. Cystosarcoma Phyllodes: effective therapy with Cisplatin and etoposide Chemotherapy. *Cancer* 1989;63:2088.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN