

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL  
SIGLO XXI

TUMOR PHYLLODES PREVALENCIA EN HGZ 1ª LOS  
VENADOS EN 10 AÑOS

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALIDAD EN CIRUJANO GENERAL  
P R E S E N T A:  
**DR. ROBERTO PEREZ REYES**

REGISTRO CLIS:3701-004-05  
REGISTRO DELEGACIONAL: 2005 3701-004

ASESOR: DR. VICTOR PEÑA ESTEVES  
PROFESOR TITULAR: DR. ROBERTO BLANCO B.



**IMSS**

MEXICO, D.F.

2005

m341456



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Tumor Phyllodes prevaecía en HGZ 1A Venados en 10 años.  
Registro CLIS: 3701-004-05  
Registro Delegacional: 2005 3701-004

Dr. Víctor L. Peña Estévez MBOQx

Dr. Roberto Pérez Reyes R4 CG

Hospital General de Zona 1A Venados, Departamento de Cirugía  
General Oncología Quirúrgica, Departamento de Patología.

Concepción Beistegui 2103, Col. Narvarte, Del Benito Juárez, México  
DF Tel: 5682 0834.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
"PREVENIMSS, un cambio seguro para la Salud"

1 Noroeste  
3 Sureste  
Estado de México Oriente  
Guerrero  
Morelos

2 Noroeste  
4 Sureste  
Estado de México Poniente  
Querétaro

REF.: 005/05

México D.F. a 10 de febrero de 2005

**Doctor**

**Víctor Peña Estevez**

Hospital General de Zona 1-A

Presente.

Con el presente comunico a usted el número de registro que esta Coordinación a asignado a su proyecto de investigación titulado:

2005-3701-004	"CONCORDANCIA DIAGNOSTICA CLINICO - PATOLOGICA DEL TUMOR PHYLOIDES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A VENADOS"
---------------	--

Así mismo, se requiere le informe al Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, el avance de su proyecto en el formato "Informe Semestral de Avances de Proyectos de Investigación", con el objeto de tener conocimiento del desarrollo de su trabajo de investigación.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

**Doctora Irene Chávez Carrillo**

Coordinadora Delegacional de  
Investigación en Salud.

CHC/RMRG\*

IMSS  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION SUR EN EL D.F.  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A "VENADOS"  
DIRECCION  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTGACION EN SALUD

ACTA DE LA SESION DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD CLIS 3701

28 de enero, 2005

ASISTENTES	SERVICIO
DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE	EDUC. E INVEST. EN SALUD
DR. JORGE A. LEDESMA FERET	COMITÉ DE ETICA
DRA. ROSA MA. ROMERO TOLEDO	URGENCIAS
DR. JESUS A. ZAVALA ARENAS	PEDIATRIA
DR. FRANCISCO J. VALENCIA ESCOBAR	UTIA
DR. JESUS REBON GALLARDO	UTIA
LE. MA. ELENA VARELA VELÁZQUEZ	EDUC. E INVEST. EN ENF.

ORDEN DEL DIA.

1. LECTURA ACTA ANTERIOR.
2. ASIGNACION DE PROTOCOLOS A REVISORES Y EVALUACION.
3. SEGUIMIENTO.
4. ASUNTOS GENERALES.

1. LECTURA ACTA ANTERIOR.

2. ASIGNACION DE PROTOCOLOS A REVISORES Y EVALUACION.

2.1.1. Fecha de asignación: 11.01.05

2.1.2. Título: "Eficacia de interferón alfa-2-b en verrugas vulgares recalcitrantes".

2.1.3. Autores: Dra. Gutiérrez Blanco Alejandra, Dr. López Rojas Pablo, Dr. Collín Fuentes Juan, Dr. Herrera-Abarca Jorge, Dra. León Dorantes Gladis, Dr. Arteaga Troncoso Gabriel, Dra. Rivera Blanca.

2.1.4. Revisores: Dr. Ledesma-Feret Jorge A., Dr. Zavala Arenas Jesús A., Dr. Quintero Aguirre Eduardo.

2.1.5. Dictamen: se acepta, pero amerita modificaciones metodológicas importantes, se da plazo de 2 semanas a los investigadores para realizarlas; se asigna número de registro CLIS 3701-001-05 y se solicita registro delegacional.

2.2.1 Fecha de asignación: 12.01.05

2.2.2 Título: "Frecuencia de microorganismos en mujeres en edad fértil con vulvovaginitis embarazadas y no-embarazadas".

2.2.3 Autores: Dra. Rosales Sánchez Patricia, PSS LBC Loyola Carmona Mariana.

2.2.4 Revisores: LE Varela Velásquez Ma. Elena, Dra. Romero Toledo Rosa Ma., Dr. Quintero Aguirre Eduardo.

2.2.5 Dictamen: se acepta con modificaciones, se asigna número de registro CLIS 3701-002-05 y se solicita registro delegación al9+.

2.3.1 Fecha de asignación: 18-01-05

2.3.2 Título: "Cáncer de mama en mujeres jóvenes".

2.3.3 Autores: Dr. Peña Estévez Víctor, Dr. Antúnez Gil Flavio Tulio, Dra. Romero Toledo Rosa Ma.

2.3.4 Revisores: Dr. Ledesma Feret Jorge A, Dr. Quintero Aguirre Eduardo.:

2.3.5 Dictamen: se acepta con modificaciones, se asigna número de registro CLIS 3701-003-05 y se solicita registro delegacional.

2.4.1 Fecha de asignación: 20-01-05

2.4.2 Título: "Concordancia diagnóstica clínico-patológica del tumor Phyllóides en el HGZ 1-A "Venados".

2.4.3 Autores: Dr. Peña-Estévez-Victor, Dr. Pérez-Reyes Roberto, Dra. Romero Toledo Rosa Ma.

2.4.4 Revisores: Dr. Ledesma Feret Jorge A., Dr. Zavala Arenas Jesús A., Dr. Valencia Escobar Francisco J.

2.4.5 Dictamen: se acepta con modificaciones, se asigna número de registro CLIS 3701-004-05 y se solicita registro delegacional.

### 3. SEGUIMIENTO.

Se concluyeron los protocolos.

"Sobrevida del paciente con soporte ventilatorio mecánico en el servicio de Medicina Interna del HGZ 1-A". (Registros: CLIS 3701-013-04, Deleg.: 2004-3701-0013).

"Sobrevida del paciente sujeto a RCP en el servicio de Medicina Interna del HGZ 1-A". (registros: CLIS 3701-014-04, Deleg.: 2004-3701-0014).

"Funcionalidad del primer catéter de diálisis peritoneal en pacientes del servicio de Medicina Interna del HGZ 1-A" (Registros: 3701-015-04, Deleg.: 2004-3701-0015).

### 4. ASUNTOS GENERALES.

Se solicita la participación de la UTIA para el protocolo "Evaluación de indicadores de calidad de la atención médica en la unidad de terapia intensiva. Estudio multicéntrico" (Registro Comisión nacional de Investigación Científica: 2004-3601-0063), para el que señala el Dr. Valencia jefe de UTIA, que no hay inconveniente en participar.

Se presentó un trabajo de investigación, observacional, con participación de la Colordinación de Calidad e iniciativa privada (Laboratorio Baxter), metodológicamente incorrecto, sin autores, sin investigador clínico por parte de la Unidad, sin registro del CLIS, informándose en dicha sesión que el trabajo se había autorizado por el Comité de Calidad. Solicitaremos al Comité de Calidad que informe porqué se autorizó realizar la investigación en la unidad sin el aval legal del Comité de Investigación y Ética local. Con los datos presentados no se puede sustentar el programa tan extenso y preciso derivado, por lo que durante la mencionada sesión se hizo el señalamiento a la Coordinación de Calidad.

Sin otro asunto que tratar se levanta la sesión y se cita para próxima reunión

ACTA DE LA SESION DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD 3701

28 de enero, 2005.

ATENTAMENTE:  
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE

DR. JORGE A. LEDESMA FERET

DRA. ROSA MA. ROMERO TOLEDO

DR. JESUS A. ZAVALA ARENAS

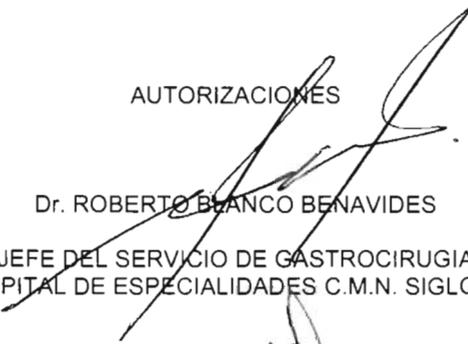
DR. FRANCISCO J. VALENCIA ESCOBAR

DR. JESUS REBON GALLARDO

LE. MA. ELENA VARELA VELAZQUEZ

The block contains several handwritten signatures and initials in black ink. At the top, there is a signature that appears to be 'E. Quintero'. Below it, there are several overlapping and somewhat illegible signatures. To the right of these signatures, the name 'Rosa M. Romero' is written in a cursive script. At the bottom, there is another signature that looks like 'J. Valencia'.

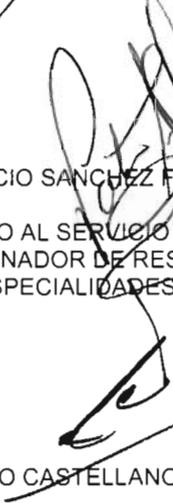
AUTORIZACIONES

  
Dr. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

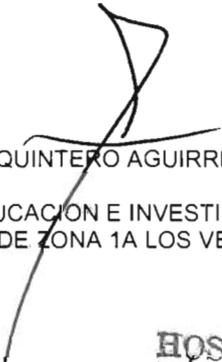
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

  
Dr. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ

CIRUJANO ADJUNTO AL SERVICIO DE GASTROCIROGIA  
COORDINADOR DE RESIDENTES  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

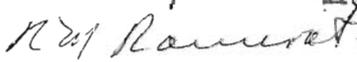
  
Dr. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

  
Dr. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A LOS VENADOS

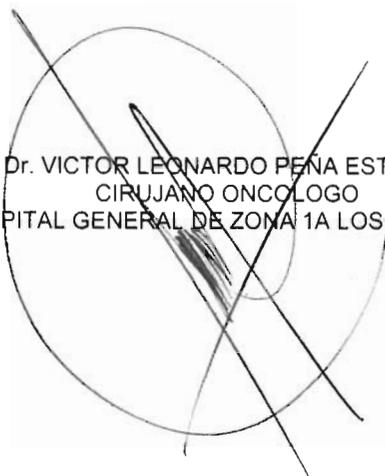


  
Dra. ROSA MARIA ROMERO TOLEDO

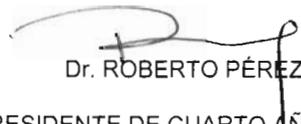
MEDICO PEDIATRA, EPIDEMIOLOGA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A LOS VENADOS

HOSPITAL GENERAL de ZONA 1A  
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION

  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



Dr. VICTOR LEONARDO PEÑA ESTEVEZ  
CIRUJANO ONCOLOGO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A LOS VENADOS



Dr. ROBERTO PÉREZ REYES

RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

## AGRADECIMIENTOS.

A Dios por siempre estar conmigo.

A mi madre por siempre estar y por permitirme ser.

A mi padre por ser un ejemplo de honestidad y verdad.

A los amigos, los de siempre por brindarse como son y aceptarme.

A las mujeres por ser motor.

A los maestros por formarme.

<b>INDICE</b>	5
INTRODUCCION	6
JUSTIFICACION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
EXPECTATIVA EMPIRICA	10
OBJETIVOS	10
METODOLOGIA	11
CONSIDERACIONES ETICAS	14
RECURSOS	14
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES	17
ANEXOS	18
BIBLIOGRAFIA	20

## **INTRODUCCION.**

### **TUMOR PHYLLODES.**

Tumor Phyllodes es un tumor exclusivo de la mama y representa el tumor estromal mas frecuente de la mama (0.3 a 0.9% de todos los tumores de mama) (1,9), descrito por primera vez por Chelius en la década de 1820 pero fue hasta 1838 cuando fue caracterizado como una entidad clínico patológica, no hay evidencia del cambio en el curso de la enfermedad en los últimos 160 años y la cirugía continua siendo el tratamiento principal, aun siendo subdiagnosticado por patólogos y subtratado por cirujanos(10). Es un tumor bifásico compuesto por elementos epiteliales benignos con un estroma celular fusiforme. Son bilaterales en el 2.5% y rara vez múltiples, ocurre en menos de 2% de prepúberes (9) o varones (13) y 60 a 65% son premenopáusicas y la edad media de presentaciones es de 45 años su máxima incidencia es entre el grupo de 30 a 60 años (1,9), el 12.5 % tienen historia de fibroadenoma y 20% tienen fibroadenomas en forma concomitante. Histopatológicamente representan un espectro que va desde benigno con un riesgo de 21% de recurrencia local hasta maligno de alto grado con un 25% de incidencia de metástasis (1). Existen pocos casos de tumor phyllodes de manera concomitante (2) y no se han identificado síndromes familiares o alteraciones citogenéticas características, aunque en estudios recientes se ha asociado por ganancia en 1q como una anomalía frecuentemente encontrada (12). La organización mundial de la salud define tres tipos de tumor Phyllodes: benigno, de bajo grado (Borderline) y de alto grado que se estima en un 25% (1).

### **MANIFESTACIONES CLINICAS.**

La manifestación más frecuente es un tumor palpable, bien circunscrito, lobulado y de consistencia firme de características similares al fibroadenoma, suele presentarse a una edad media de 47 años (rango de 21-85), con duración de los síntomas de 34.3 meses (rango de 2 a 121), en 43% se reporta crecimiento rápido, en 62.5% se encontró en lado derecho(1). La secreción por el pezón es inusual, la piel que cubre al tumor puede estar adelgazada, con venas dilatadas, brillante, eritematosa y en ocasiones, se ulcera por isquemia mas que por infiltración tumoral. Pueden ocurrir metástasis ganglionares en menos del 2% el predictor mas relevante de metastasis es un sobrecrecimiento estromal, el grado de actividad mitótica, pleomorfismo nuclear, márgenes infiltrantes así como necrosis y tamaño del tumor (3) aunque 17% padecen adenomegalias reactivas.

La mamografía no distingue entre este y un fibroadenoma o hasta quistes en mujeres premenopáusicas, los hallazgos hacen pensar en un tumor benigno, una lesión de mayor densidad, bien circunscrita, con frecuencia rodeada de un halo claro, sin datos de retracción del parénquima o estroma mamario, por USG se muestra una estructura bien delimitada de bordes nodulares, pero regularmente bien circunscrita y separada del tejido mamario que lo rodea, en ocasiones se aprecian espacios quísticos.

## **ANATOMIA PATOLOGICA.**

Macroscopicamente parece encapsulado, con superficie lisa y se separa con facilidad del tejido adyacente. Al cortarlo es blanco grisáceo, tiene cavidades que contiene liquido parecido a jugo de uva. Los tumores grandes son propensos a hemorragia y necrosis. Desde el punto de vista histológico, el tumor esta compuesto de manera predominante por un estroma mas celular que los fibroadenomas y por espacios con epitelio ductal benigno. El estroma varia histológicamente de benigno a maligno. El estroma maligno es anaplasico y muestra mucha actividad mitótica. También puede presentar metaplasma ósea, condroide y liposarcomatosa (4). Los bordes infiltrantes indican agresividad biológica. El crecimiento estromal excesivo también es un fuerte indicio de malignidad. La ploidia puede ser un indicador del curso clínico.

Los tumores se clasifican según Treves y Suderland en benignos y malignos; Norris y Taylor en bajo y alto grado Pietruszka y Barnes agrego una categoría de grado intermedio (5,6) y Azzopardi y Salvadori en benigno, limitrofe y maligno según criterios los criterios que incluyen bordes infiltrantes o empujantes en bordes tumorales, crecimiento de los componentes del tejido conectivo con diferenciación sarcomatosa, mitosis por campo de alto poder y atipia celular (2).

El valor pronostico de la inmunohistoquímica es habitualmente limitado al carcinoma, existen algunos reportes que analizan estos marcadores en el tumor phyllodes como el factor básico de crecimiento de fibroblastos (bFGF), Urokinasa, Ki67, p53, y densidad de microvasos (5) se ha probado la correlación entre p53 y tumor phyllodes maligno para diferenciarlo de fibroadenoma (8,11), este tumor tiene cantidades importantes de receptores hormonales, principalmente para progesterona (2).

## **DIAGNOSTICO.**

Para el diagnostico se debe evaluar las dimensiones del tumor primario, bordes, infiltración o ulceración de la piel, fijación a pectoral mayor o pared torácica, secreción por el pezón y sitio de la mama afectada así como la zona linfoportadora en busca de adenopatias.

El diagnostico definitivo de tumor phyllodes y su clasificación como benigno, maligno o limitrofe se obtiene con estudio histopatológico, según Salvadori y col. La biopsia con aguja fina es inadecuada o indeterminada en el 86% de los casos (2) la biopsia con Tru Cut tiene un valor predictivo negativo de 93% y valor predictivo positivo de 83%(7) con un diagnostico correcto en el 90% de los casos (2).

En cuanto al diagnostico diferencial, el fibroadenoma, un tumor benigno, especialmente en su variedad gigante, es la afección que mas se confunde con el tumor phyllode, además hay que tomar en cuenta procesos infecciosos, necrosis grasa, el cáncer epitelial y otros sarcomas primarios o metastáticos de la mama.

## **ESTADIFICACION.**

No existe estadificación para el tumor phyllodes de mama.

## **TRATAMIENTO.**

La escisión quirúrgica amplia es el único tratamiento que ofrece curación, la extensión de la cirugía depende de la clasificación histológica, dimensiones del tumor y la relación del tamaño de la mama y el tumor, la mastectomía total se indica cuando el tamaño tumoral no permite márgenes adecuados de resección con un buen resultado cosmético así como en los tumores recurrentes, algunos autores recomiendan mastectomía total en tumores malignos o limitrofes independientemente de su tamaño.

La disección axilar solo se indica cuando hay metástasis comprobadas, las recurrencias locales se tratan mejor con mastectomía, cuando existen metástasis la supervivencia casi siempre es menor de 2 años, siendo los sitios mas frecuentes los pulmones, hueso, tejidos blandos, cerebro y órganos intrabdominales. La radioterapia adyuvante no ha demostrado incrementar el control local, pero podría mitigar los síntomas locales, la hormonoterapia no tiene ningún efecto al igual que la quimioterapia.

## **PRONOSTICO.**

La supervivencia a 5 años es de 95.7% para tumores benignos, 73.7% para los limitrofes y de 66.1% para los malignos (2). La recurrencia local y metástasis se han visto relacionadas con el tamaño del tumor y los márgenes quirúrgicos, siendo importante una resección quirúrgica completa o una mastectomía de ser necesario como tratamiento primario en los tumores de alto grado (1,6).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. (Justificación)**

El diagnóstico de tumor phyllodes es básicamente basado en aspectos clínicos, el fibroadenoma, un tumor benigno, especialmente en su variedad gigante, es la afección que más se confunde con el tumor phyllode, además hay que tomar en cuenta procesos infecciosos, necrosis grasa, el cáncer epitelial y otros sarcomas primarios o metastáticos de la mama.

La mamografía no distingue entre este y un fibroadenoma o hasta quistes y la manifestación más frecuente es un tumor palpable, bien circunscrito, lobulado y de consistencia firme características similares al fibroadenoma. El diagnóstico definitivo de tumor phyllodes y su clasificación como benigno, maligno o limítrofe se obtiene con estudio histopatológico. En el presente protocolo de investigación busca establecer la prevalencia y hallazgos entre el diagnóstico clínico preoperatorio y el diagnóstico histopatológico en el Hospital General de Zona 1A Venados en 10 años.

## **OBJETIVOS.**

1. Establecer cual es la prevalencia del Tumor Phyllodes en el Hospital General de Zona 1A Venados en 10 años.
2. Conocer los hallazgos clínicos, diagnósticos e histopatológicos.
3. Conocer la distribución en la población.

## **EXPECTATIVA EMPIRICA.**

El diagnóstico del Tumor Phyllodes es difícil ya que el diagnóstico es clínico y muchas veces se confunde con lesiones benignas y malignas. Se espera determinar cual es la prevalencia y hallazgos clínicos y patológicos de los tumores en un periodo de 10 años.

## **PROGRAMA DE TRABAJO.**

1. Criterios de Inclusión: Todas las pacientes diagnosticadas como tumor phyllodes y llevadas a cirugía con posterior diagnóstico histopatológico entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003.
2. Criterios de Exclusión: Pacientes sin registros completos en patología.
3. Población: Todas las pacientes diagnosticadas como tumor phyllodes entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003 en el Hospital General de Zona 1A Venados.
4. Se obtiene información de libretas de consulta diaria y programación quirúrgica del servicio de oncología quirúrgica para obtener las pacientes con diagnóstico de tumor phyllodes entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003.
5. Se compara el diagnóstico clínico preoperatorio con el diagnóstico patológico utilizando las libretas de registros del servicio de Patología el Hospital General de Zona 1A Los Venados.
6. Revisión de los expedientes de las pacientes diagnosticadas como tumor phyllodes y llevadas a cirugía con posterior diagnóstico histopatológico entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003.
7. Se registra la información en tablas de Excel incluyendo nombre, edad, número de afiliación, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico histopatológico y procedimiento realizado.

## **METODOLOGIA.**

### **1. DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Transversal, Comparativo, retrospectivo.

### **2. UNIVERSO DE TRABAJO:**

Todas las pacientes diagnosticadas como tumor phyllodes entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003 en el Hospital General de Zona 1A Venados.

### **3. VARIABLES:**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Edad de las pacientes con diagnostico de tumor Phyllodes diagnosticados en patología.

#### **TIPO DE VARIABLE:**

Cualitativa.

#### **CATEGORIA DE VARIABLE:**

Edad en años.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Tumor Phyllodes su diagnostico preoperatorio y por patología así como grado.

#### **VARIABLE OPERACIONAL:**

Diagnostico clínico y patológico de tumor phyllodes de mama por revisión de libretas preoperatorios y libretas de patología.

#### **TIPO DE VARIABLE:**

CUALITATIVA.

### **4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:**

Muestra no probabilística en que se revisan los archivos de reportes

histopatológicos de todos los pacientes con diagnóstico de tumor phyllodes de mama en un periodo de 10 años.

#### 5. CRITERIOS DE SELECCIÓN :

##### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas las pacientes diagnosticadas como tumor phyllodes y llevadas a cirugía con posterior diagnóstico histopatológico entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003.

##### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes sin registros completos en patología.

#### 6. PROCEDIMIENTOS.

Se obtiene información de libretas de consulta diaria y programación quirúrgica del servicio de oncología quirúrgica para obtener las pacientes con diagnóstico de tumor phyllodes entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003. Se compara el diagnóstico clínico preoperatorio con el diagnóstico patológico utilizando las libretas de registros del servicio de Patología el Hospital General de Zona 1A Los Venados.

Revisión de los expedientes de las pacientes diagnosticadas como tumor phyllodes y llevadas a cirugía con posterior diagnóstico histopatológico entre el 01 de enero de 1993 a 31 de diciembre del 2003. Se registra la información en tablas de Excel incluyendo nombre, edad, número de afiliación, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico histopatológico y procedimiento realizado.

### **ANALISIS ESTADISTICO.**

Posterior a captar la información los datos se agrupan por frecuencia y patología se describen y se presentan en graficas.

### **CONSIDERACIONES ETICAS.**

El desarrollo del estudio no implica riesgo sobre las pacientes.

Se mantendrá el anonimato y confidencialidad de las pacientes estudiadas y de los médicos tratantes.

### **RECURSOS PARA EL ESTUDIO.**

1. HUMANOS:

Medico residente, médicos asesores del estudio, medico patólogo.

2. MATERIALES:

Hojas de papel, lápices, bolígrafos, computadora, impresora, laminillas, microscopio.

3. FINANCIEROS:

Los del investigador.

## RESULTADOS.

Se recolectaron un numero de 43 pacientes en las libretas de programación quirúrgica con diagnostico clínico preoperatorio de tumor phyllodes en el periodo de 10 años sometidas a cirugía con estudio transoperatorio, con diagnostico definitivo de tumor phyllodes en 15 pacientes (tabla2), 11 pacientes con carcinoma, 10 pacientes con fibroadenoma, una con lipoma, y seis pacientes sin diagnostico en patología (tabla1).

De las 15 pacientes con diagnostico confirmado en patología de tumor phyllodes se revisaron los expedientes encontrando solamente los de diez pacientes donde se evidencio un diagnostico clínico en 5 pacientes, 4 apoyado con biopsia con aspiración con aguja fina, y en dos con estudio de mamografía (Tabla 3).

La edad media de las pacientes fue de 42.6 años, con una edad máxima de 55 y una mínima de 30 años, el tamaño medio fue de 49mm en su diámetro mayor, solo se reporto una recidiva, en dos pacientes reportaron tumor phylloides maligno.

El procedimiento realizado fue mastectomía simple en cuatro pacientes, mastectomía radical modificada en una y tumorectomía en cinco pacientes y en el resto no se contó con la información

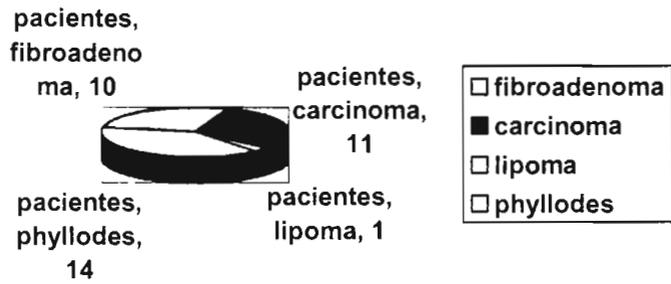
## **DISCUSION.**

En el actual estudio de investigación apreciamos en comparación con la literatura(1,9), que la edad promedio de presentación del tumor phyllodes fue de 45 años en la literatura y en el estudio de 42.5 años, no se reporto en hombres ni en púberes o prepúberes, siendo su presentación de menos del 2% en la literatura(9,13), el diagnostico suele ser clínico y se apoya con BAAF y hallazgos de mastografía, en el hospital no se cuenta con el recurso de marcadores inmunohistoquimicos, y el diagnostico preoperatorio continua siendo clínico de igual manera encontrando un 32.5% de paciente con diagnostico preoperatorio que coincide con el histopatológico. El diagnostico diferencial de igual manera como lo reportado en la literatura (10), son el fibroadenoma y el Ca de mama, representando el 23.2% y 25.2% respectivamente en el diagnostico preoperatorio de tumor phyllodes de nuestra población siendo los principales diagnósticos diferenciales, el tratamiento otorgado fue así mismo similar y dependiendo del tamaño del tumor así como el diagnostico patológico de tumor phyllodes maligno, se presento solo una recidiva local en una paciente y en ninguna se reporto metástasis estando libre de enfermedad hasta el momento del estudio.

## **CONCLUSIONES.**

En este estudio de investigación encontramos que existen aspectos similares a los publicados en la literatura medica (1,9,10) como su diagnostico que principalmente es clínico y difícil de realizar un diagnostico diferencial por lo que es frecuente que se confunda con otras patologías siendo las principales las de fibroadenoma y la de cáncer de mama, en este análisis se encontró un 32.5 % de pacientes con diagnostico clínico que se comprobó por patología, es posible apoyar el diagnostico con estudios de imagen como la mastografía y procedimientos como la biopsia con aguja fina aunque no se consideran estos métodos como goldstandard, la distribución en la edad es similar así como el grupo de población siendo predominantemente mujeres premenopausicas alrededor de los 45 años de edad(1,9), encontrando en este estudio que en el hospital de zona 1 A Los Venados es similar la distribución en la grupo, edad, diagnósticos diferenciales y tratamiento en lo encontrado en la literatura medica(1,10,11).

ANEXOS.



Grafica1 Diagnostico diferencial

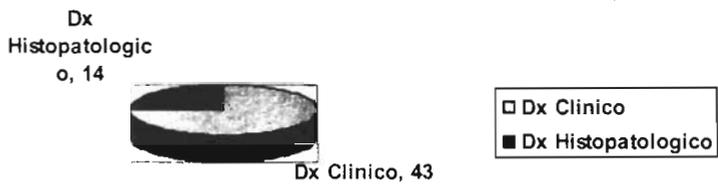
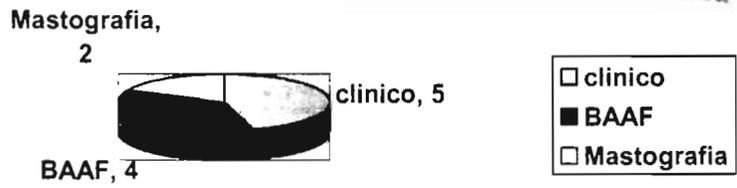


Grafico 2 diagnostico clínico y anatomopatológico



Grafica 3 tipo de diagnostico

## BIBLIOGRAFIA.

- (1) I. Kapiris, N. Nasiri, R. A'Hern. Outcome and predictive factors of local recurrence and distant metastases following primary surgical treatment of high-grade malignant phyllodes tumours of the breast. *EJSO* 2001 27: 723-730.
- (2) D.E. Muñoz, A.E. Padilla, C. Robles, Tumor Phyllodes. *Manual de Oncología Cap 50 2da edición* .
- (3) S
- (4) J. Moreno, B. Eizaguirre, J. Diez, J.A. Aguirregoika, M. Albisu, S. Lujan Tumor phyllodes maligno con estroma liposarcomatoso. *Clinic Invest Gin Obst.*2004, 31 (6):210-3
- (5) Sanja Dacic, MD, Sophia Kounelis, MD, Efi Kouri, MD, Immunohistochemical Profile of Cystosarcoma Phyllodes of the Breast: Study of 23 Cases *The Breast Journal*, Vol 8, Num6, 2002 376-381.
- (6) W.K. de rose P Kave, DM Dent. Factors related to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *British Journal of Surgery* 1999 86, 396-399.
- (7) Ian K. Komenaka, MD, Mahmoud El-Tamer, MD, Eliza Pile-Spellman, MD; Hanina Hibshoosh, MD, Core Needle Biopsy as a Diagnostic Tool to Differentiate Phyllodes Tumor From Fibroadenoma. *Arch Surg* vol 138 sep 2003 pp 987.
- (8) Gary M.K. Tse, FRCPC, Thomas C. Putti, Dip, Am. Bd. Increased p53 Protein Expression in Malignant Mammary Phyllodes tumors. *The US and Canadian Academy of Pathology* 2002 Vol 15 No 7 P. 734.
- (9) A. Martino, M. Zamparelli, G. Cobellis Unusual Clinical Presentation of a Rare Case of Phyllodes Tumor of the Breast in an Adolescent Girl. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 36, No 6 pp 941-943.
- (10) P.F. Ridgway, R.K. Jacklin, P. Ziprin Perioperative Diagnosis of Cystosarcoma Phyllodes of the Breast May Be Enhanced by MBI-1 Index. *Journal of Surgical Research* 122, 83-88 (2004).
- (11) EK A Millar, J Beretov, P Marr, M Sarris. Malignant phyllodes tumours of the breast display increased stromal p53 protein expression *Histopathology* 1999 34, 491-496.
- (12) Kowan J. Jee, Gyungyub Gong, Sei Hyun Ahn Gain in 1q common abnormality in phyllodes tumours of the breast. *Analytical Cellular Pathology* 25 (2003) 89-93.
- (13) Anastasios K. Konstantakos, M.D.; Debra j. Graham, MD. Cystosarcoma Phyllodes Tumors in Men. *The American Surgeon* Vol 69 sep 2003.