

11201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

"TUMOR FILODES, ESTUDIO CLINICOPATOLOGICO DE CASOS, EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, DE ENERO DE 1996 A DICIEMBRE DEL 2000."

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA PRESENTA DRA. GABRIELA ALFARO MENDEZ

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2001





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

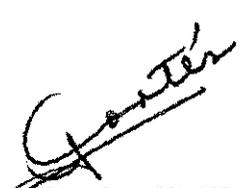
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA


Dr. Jorge Alberto del Castillo Medina
Jefe de Enseñanza del Hospital
Juárez de México


Dra Ma Evelyn Cortés Gutiérrez
Profesor Titular del curso de Especialización
de Anatomía patológica.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: GABRIELA ALFARO
MENOC

FECHA: 20/09/02

FIRMA: 

Deseo expresar mi gratitud a mis maestros,
por haber compartido sus conocimientos, y
haberme guiado durante este proceso

Agradezco especialmente a mis padres, por su
amor, comprensión e incondicional apoyo

INDICE

ANIECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	15

ANTECEDENTES

El tumor filodes es una neoplasia de la glándula mamaria poco común, ha recibido una gran variedad de nombres desde su inicial descripción por Johannes Muller hace 150 años. Su designación original, Cistosarcoma filodes, implicaba un tumor con características macroscópicas bien definidas con apariencia de hojas y espacios quísticos en la superficie de corte Muller no atribuyó potencial maligno, y de hecho eran consideradas lesiones "inocentes".

Este tumor se clasifica dentro de las lesiones fibroepiteliales de la mama; es similar al fibroadenoma en estructura, pero se distingue histológicamente por un incremento en la celularidad y clínicamente porque algunos presentan un curso maligno

Se ha sugerido que los tumores microscópicamente benignos sean llamados fibroadenomas celulares o fibromas periductales, y los tumores malignos sarcomas periductales con el grado de diferenciación. El término de Cistosarcoma Filodes aún es utilizado, sin embargo, es conveniente la designación de benigno o maligno (22). Este último grupo debe ser subdividido en tumores de bajo y alto grado. Los tumores previamente designados como limítrofes se agrupan en los tumores de bajo grado.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Los tumores se presentan en menos del 1% de todos los tumores mamaros y constituyen aproximadamente el 2 a 3% de las neoplasias fibroepiteliales. Los pacientes se presentan con tumor palpable y discreto, con apariencia circunscrita en la mamografía. Generalmente hay una historia de rápido crecimiento del tumor, aunque algunos pacientes notan el rápido crecimiento de una lesión pre-existente que ha tenido tamaño constante durante varios años. Las mujeres de edad media son las más frecuentemente afectadas, aunque en hombres también puede ocurrir, en quienes se presenta con crecimiento mamarario, siendo diagnosticados como ginecomastia.

HALLAZGOS MACROSCOPICOS

Algunos tumores son anaranjados a grises, firmes; otros son blandos o aún gelatinosos. Los tumores tienden a ser lobulados, la superficie de corte es con aspecto de hendiduras, o áreas polipoides. Encontrar focos de hemorragia y necrosis sugieren cambios malignos. El tamaño varía de 1 hasta más de 15 cm siendo un indicador poco confiable para decidir si el tumor es benigno o maligno.

HALLAZGOS MICROSCOPICOS

El patrón microscópico es una exageración de un fibroadenoma intracanalicular. El componente ductal es elongado y el estroma forma estructuras de apariencia polipoide que parecen invaginar dentro de espacios quísticos revestidos por epitelio. La característica microscópica distintiva de esos tumores es la celularidad estromal, la cual excede a la observada en los fibroadenomas. Esta celularidad es más acentuada en las áreas periductales intratumorales, donde la actividad mitótica es más frecuente.

Los márgenes del tumor pueden ser infiltrantes al tejido mamario adyacente, aún cuando macroscópicamente el tumor parece bien circunscrito.

CARACTERÍSTICAS ULTRAESTRUCTURALES Y RECEPTORES DE HORMONAS.

El estroma fusocelular del tumor filodes es generalmente del tipo fibroblasto-miofibroblasto, a pesar de que más de un tipo de sarcomas de tejidos blandos se desarrolle en el estroma. Se han descrito fibroblastos distorsionados e inclusiones intracitoplásmicas; así como diferenciación a músculo liso.

Un pequeño número de tumores filodes evaluados para receptores de estrógenos (RE) y receptores de progesterona (RP) han mostrado positividad para RP más frecuentemente. 40% de los tumores estudiados por Gianni y cols fueron RE negativos y RP positivos.

HALLAZGOS DE INMUNOHISTOQUIMICA

En una evaluación de 28 pacientes con tumores filodes (14 benignos, 6 borderline, y 8 malignos), Aranda y cols (1) encontraron positividad para vimentina en 100% de los miofibroblastos estromales. Cerca del 75% de esas células fueron positivas para actina músculo específico, 25% fueron positivas para desmina. Las células estromales fueron negativas para proteína S-100, CAM 5.2, EMA. La expresión de p53 fue positiva en 6 de 7 tumores malignos, pero en ninguno de 8 benignos evaluados en un estudio.

CORRELACION DE LAS CARACTERÍSTICAS HISTIOLÓGICAS CON EL COMPORTAMIENTO CLINICO.

Las características de benignidad se basan en la ausencia de atipia celular o incremento en la actividad mitótica y tienen un margen claramente definido microscópicamente. Los cambios malignos están definidos por la hiper celularidad estromal con atipia, y actividad mitótica que generalmente excede a 5 en 10 campos a seco fuerte.

Muchos patólogos dividen los tumores filodes en benignos y malignos. McDivitt y cols dicen que la principal diferencia entre ellos dos, es el grado de pleomorfismo en el estroma fibroso, mixoide o adiposo, que es significativamente menor en las lesiones benignas. De los 59 tumores en sus series, las recurrencias locales se desarrollaron en 10 pacientes, todos quienes inicialmente fueron tratados con excisión local. Un curso clínicamente maligno no fue observado en ningún tumor histológicamente benigno. Solamente uno de los 14 pacientes con tumor histológicamente maligno desarrolló metástasis pulmonares múltiples y murió de enfermedad diseminada; otro desarrolló recurrencia local. Los otros 12 pacientes permanecieron libre de enfermedad, desde su tratamiento inicial, el cual varió desde excisión local (4 casos) hasta mastectomía (4 simples, 4 radicales, y 1 radical modificada).

Norris y Taylor (6), reportaron que una buena estimación del comportamiento del tumor filodes puede ser hecho evaluando las características patológicas que incluyen, tamaño del tumor, contorno, atipia estromal, y actividad mitótica. Ninguno de los 15 tumores que resultaron fatales fue menor de 4 cm. Las lesiones más pequeñas a 4 cm de diámetro, tuvieron bajo porcentaje de recurrencias (11%), que los más grandes (37%). Los tumores con márgenes "empujantes" recurrieron en 15% de los pacientes y fueron letales en solo 3%, mientras que los tumores con márgenes infiltrantes, tuvieron una recurrencia de 38% y muerte en 35% de los pacientes. El grado de atipia citológica fue asociada con un incremento en la incidencia de recurrencia y resultado fatal. De los 15 tumores con desenlace fatal, solo 5 (33%) tuvieron 3 puntos de atipia (escala de 1 a 3), mientras que de 30 lesiones con 1 punto de atipia, 27% recurrieron y 7% con desenlace fatal. Los tumores con 5 o más figuras mitóticas en 10 campos a seco fuerte (CSF), 17% desarrollaron recurrencias, y 18% de esos con solamente 3-4 mitosis en 10 CSF murieron por tumor, a pesar de la mastectomía radical en un caso. Consecuentemente concluyen que no solo una característica histológica podría predecir confiablemente el comportamiento de esta neoplasia y que la combinación de tamaño del tumor, márgenes, atipia y actividad mitótica podrían ser una guía útil en la predicción del comportamiento de esas lesiones.

Por la dificultad en la predicción del comportamiento de los tumores filodes, aún en los histológicamente benignos, ya que son capaces de, al menos, presentar recurrencia local, en AFIP (Armed Forces Institute of Pathology), la calificación de tumores benignos no es usada después de la designación de tumor filodes. Las lesiones son designadas como de bajo grado si tienen un margen empujante, atipia leve (1+), y menos de 3 figuras mitóticas en 10 CSF: esos tumores tienen potencial para la recurrencia local, pero es poco probable que metastaticen. El término de "cistosarcoma filodes de alto grado" es usado para designar un tumor con potencial para metástasis a distancia y es caracterizado por un margen infiltrante o empujante, atipia de moderada a severa (2+ a 3+), y 3 o más figuras mitóticas por 10 CSF. Naturalmente, si un sarcoma es identificado, entonces se incluye en el diagnóstico. Por ejemplo, liposarcoma que se origina de un tumor filodes. Una vez que el término de sarcoma es usado, no es cuestionable la naturaleza maligna de la lesión.

Aunque ocasionalmente se encuentran lesiones que tienen características de grado intermedio, generalmente se les asigna la categoría de "bajo grado", porque la recurrencia local es el punto principal de éstas lesiones.

Algunos estudios han mostrado que el determinante mayor para la recurrencia local es la presencia de tumor en los márgenes de sección quirúrgica y que las características histológicas son de importancia secundaria

El sobrecrecimiento estromal es otro factor con significancia pronóstica (12) Ward y Evans (26) lo definieron como el sobrecrecimiento del componente sarcomatoso en el punto de que los elementos epiteliales están ausentes, al menos en un campo a bajo aumento (40 X) En una revisión de 26 cistosarcomas filodes, ellos encontraron sobrecrecimiento estromal en 6 de 7 pacientes que murieron de tumor, incluyendo 5 con metástasis; concluyeron que el sobrecrecimiento estromal es un indicador morfológico significativo de comportamiento maligno

COMPONENTE ESTROMAL ESPECIALIZADO

Las células fusiformes fibroblásticas y miofibroblásticas generalmente constituyen el estroma, pero células muy atípicas y gigantes, también se pueden presentar Una dominancia de la diferenciación miofibroblástica en los elementos estromales se ha reportado (147) La metaplasia ósea y condroide puede verse en los tumores filodes La diferenciación adiposa varía desde grasa madura hasta liposarcomatosa Esta diferenciación puede ser bien diferenciada, mixoide o pleomórfica Aunque el componente estromal es fibrosarcomatoso en apariencia otros tipos de sarcoma como liposarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma, rhabdomyosarcoma, hemangiopericitoma e histiocitoma fibroso maligno también se han desarrollado en cistosarcoma filodes

Los liposarcomas que se originan en glándula mamaria ocurren en forma pura o mezclados con otros elementos estromales o epiteliales Los liposarcomas puros son muy raros, y la mayoría de los casos reportados, tiene elementos ductales como parte integral del tumor, por lo tanto, representan casos de tumor filodes malignos La lesión es generalmente unilateral, pero casos de afección bilateral se han reportado La asociación de adenocarcinoma y liposarcoma también se ha reportado Ultraestructuralmente, la apariencia de las células tumorales se correlaciona bien con los cambios vistos en la microscopía de luz La mayoría de las células tienen vacuolas de lípidos Las células mesenquimatosas productoras de colágena se entremezclan con las células que contienen lípidos La presencia de esos componentes celulares variables permite suponer el concepto de que esos tumores se originan de una célula mesenquimatosa multipotencial Esto podría también explicar la presencia de varios elementos estromales mezclados con tejido adiposo

Generalmente el componente sarcomatoso se encuentra en los márgenes del tumor, y puede mostrar bordes empujantes o infiltrantes

Los elementos epiteliales también pueden mostrar una gran variedad de alteraciones, por ejemplo, áreas de adenosis, quísticas, metaplásicas incluyendo metaplasia escamosa y apocrina Las hiperplasias con áreas atípicas no son infrecuentes

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando el sobrecrecimiento estromal es extenso, la distinción entre un sarcoma puro llega a ser difícil. En tales casos, el adecuado muestreo del tumor (un corte por cada centímetro de eje mayor del diámetro del tumor) es necesario para identificar los elementos epiteliales, los cuales podrían estar reducidos a un foco ocasional dentro de una gran neoplasia mesenquimatosa. Además, como algunos cistosarcomas recurren como un sarcoma puro, es importante obtener la historia y la revisión del material previo que excluya o asevere la posibilidad de un tumor filodes.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Los tumores malignos tienen mayor tendencia a la recurrencia local que los benignos. Esto se observa con mayor frecuencia cuando el componente estromal es mayor con relación al componente ductal, sobre todo en las áreas periféricas del tumor. Microscópicamente se determina por ausencia de elementos ductales en un campo a 40X.

Otros factores que tienen influencia pronóstica adversa, son la necrosis y la presencia de elementos estromales heterólogos.

La frecuencia de recurrencia en varios reportes varía de un rango de 7 a 70%, dependiendo del número de casos estudiados y la proporción de lesiones agresivas. En general, aproximadamente el 30% de los tumores filodes desarrolla recurrencias, y la mayoría dentro de los 2 años después del diagnóstico.

La recurrencia local es más frecuente que las metástasis, sin embargo, los tumores tienen baja frecuencia de metástasis aún en aquellos con características malignas. La vía de diseminación es hematológica, y más frecuentemente es a pulmón (66%), mientras que el esqueleto es afectado en 28% de los casos, el corazón en 9.4% y el hígado en 5.6% de los casos con metástasis. Las metástasis se han reportado en casi todos los órganos, incluyendo intraneural y sistema nervioso central, adrenales, páncreas, bazo, epiplón, estómago, laringe, ganglios linfáticos cervicales y paraorticos, pleura, subpleura, piel cabelluda, vagina, y aún en plantas de los pies. Las metástasis a los ganglios axilares son extremadamente raras y ocurren en menos del 1% de los cistosarcomas malignos. Los tumores metastásicos carecen de elementos epiteliales.

Las recomendaciones de tratamiento han sido múltiples. Aunque la mastectomía simple, radical y modificada se ha realizado en muchos casos anteriormente, una cirugía conservadora (con excisión local amplia) es ahora aceptada como tratamiento de elección. En la experiencia de Haagensen's la excisión local es notablemente exitosa para el tratamiento de tumores filodes.

DEFINICIÓN DEL OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar los parámetros histológicos establecidos para la separación de tumores benignos y malignos

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Correlacionar los hallazgos patológicos con el comportamiento clínico del tumor
2. Determinar la edad más frecuente de presentación del tumor.
3. Conocer la existencia de recurrencia y metástasis

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los casos diagnosticados como tumor filodes benignos, malignos, y fibroadenoma gigante, en el periodo comprendido de Enero de 1996 a Diciembre del 2000.

Fue necesario contar con los cortes histológicos teñidos con Hematoxilina y eosina, los cuales se evaluaron y catalogaron según los siguientes criterios: el estroma fue gradado de 1+ a 3+ dependiendo de la atipia citológica y pleomorfismo: mínimo, moderado o marcado; así también el número de figuras mitóticas por 10 campos a seco fuerte (10 CSF) en áreas de mayor actividad, considerándose como malignos cuando presentaron más de 5 mitosis por 10 campos a seco fuerte; sobrecrecimiento estromal, definidos como una proliferación desproporcionada, al menos focalmente, del componente estromal de la neoplasia y la exclusión del componente ductal al menos en la evaluación de un campo a 40X; la presencia o ausencia de estroma especializado; márgenes y tamaño del tumor

Para la evaluación histológica se contó con microscopio Zeiss, biocular, con tres objetivos: 5, 10 y 40X

Los expedientes clínicos se revisaron para la obtención de información de los datos clínicos de edad, y evolución de la enfermedad

Se efectuó un estudio longitudinal, retrospectivo, no experimental

DEFINICIÓN DEL OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar los parámetros histológicos establecidos para la separación de tumores benignos y malignos

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Correlacionar los hallazgos patológicos con el comportamiento clínico del tumor
2. Determinar la edad más frecuente de presentación del tumor.
3. Conocer la existencia de recurrencia y metástasis

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los casos diagnosticados como tumor filodes benignos, malignos, y fibroadenoma gigante, en el periodo comprendido de Enero de 1996 a Diciembre del 2000.

Fue necesario contar con los cortes histológicos teñidos con Hematoxilina y eosina, los cuales se evaluaron y catalogaron según los siguientes criterios: el estroma fue gradado de 1+ a 3+ dependiendo de la atipia citológica y pleomorfismo: mínimo, moderado o marcado; así también el número de figuras mitóticas por 10 campos a seco fuerte (10 CSF) en áreas de mayor actividad, considerándose como malignos cuando presentaron más de 5 mitosis por 10 campos a seco fuerte; sobrecrecimiento estromal, definidos como una proliferación desproporcionada, al menos focalmente, del componente estromal de la neoplasia y la exclusión del componente ductal al menos en la evaluación de un campo a 40X; la presencia o ausencia de estroma especializado; márgenes y tamaño del tumor

Para la evaluación histológica se contó con microscopio Zeiss, biocular, con tres objetivos: 5, 10 y 40X

Los expedientes clínicos se revisaron para la obtención de información de los datos clínicos de edad, y evolución de la enfermedad

Se efectuó un estudio longitudinal, retrospectivo, no experimental

RESULTADOS

El material consistió en 17 casos de tumor filodes, seleccionados de 22 casos, 5 de los cuales eran fibroadenomas gigantes (TABLA 1). El diagnóstico de tumor filodes fue hecho si el tumor demostraba la hiper celularidad estromal periductal típica, asociada a elongación de los conductos y proyecciones estromales intraquisticas. En base a esto, los 5 fibroadenomas fueron excluidos. El periodo de seguimiento fue de 12 a 60 meses, con una media de 39.5 meses. El 76 % de los pacientes, tuvieron un seguimiento mayor a 3 años.

TUMOR FILODES, ESTUDIO CLINICOPATOLOGICO DE CASOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DE ENERO DE 1996 A DICIEMBRE DEL 2000.

No Prog.	EDAD	SEXO	BENIGNO	MALIGNO	TAMAÑO D/TUMOR
1	26	F	X*		-
2	53	F		X	10X7.5
3	26	F	X*		3X2
4	26	F	X*		20X15
5	57	F	X		22X18
6	26	F	X*		13X19
7	45	F	X		5X3
8	43	F	X		14X13
9	24	F	X		-
10	48	F		X	-
11	43	F	X		7.5X6
12	49	F		X	-
13	48	F		X	4X4
14	35	F	X		9X5
15	38	F	X		11X12
16	42	F		X	12X10
17	53	F	X		16
18	34	F		X	14X8
19	64	F	X		12
20	49	F	X		5.5X5
21	28	F		X	15X18
22	34	F	X*		10X10

TABLA 1. *(de los tumores benignos, 5 correspondieron a fibroadenomas)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HALLAZGOS CLINICOS

Todos los tumores ocurrieron en mujeres entre 24 a 64 años, con edad media de 44.2 años. La paciente con menor edad fue de 24 años. La edad media de las pacientes con tumores benignos fue de 45.1 años., mientras que las pacientes con tumores malignos fue de 2 años menos (43.1 años). La duración de los síntomas varió de 1 mes a 8 años, con una media de 16.4 meses. En las 17 pacientes se obtuvo la información clínica de que presentaron masa palpable, indolora (aún cuando una paciente con retraso mental el tumor estaba ulcerado y midió 15x18 cm). Ambas mamas fueron afectadas por igual (derecha 8, izquierda 8, en un caso no se obtuvo la información).

CARACTERÍSTICAS MACROSCOPICAS

El tamaño medio del tumor fue de 11 cm, con un rango de 4 a 22 cm. Tumores benignos y malignos tuvieron diámetros medios de 11.3 y 11 cm respectivamente. En 3 casos (1 benigno y dos malignos, no se conoció el tamaño del tumor). Macroscópicamente, los márgenes fueron bien circunscritos, registrado en todos los casos. Tanto los tumores benignos y malignos, fueron descritos como masas firmes, blanco-grisáceas; los tumores malignos, además, con áreas de degeneración quística, hemorragia y necrosis (FOTO. 1)

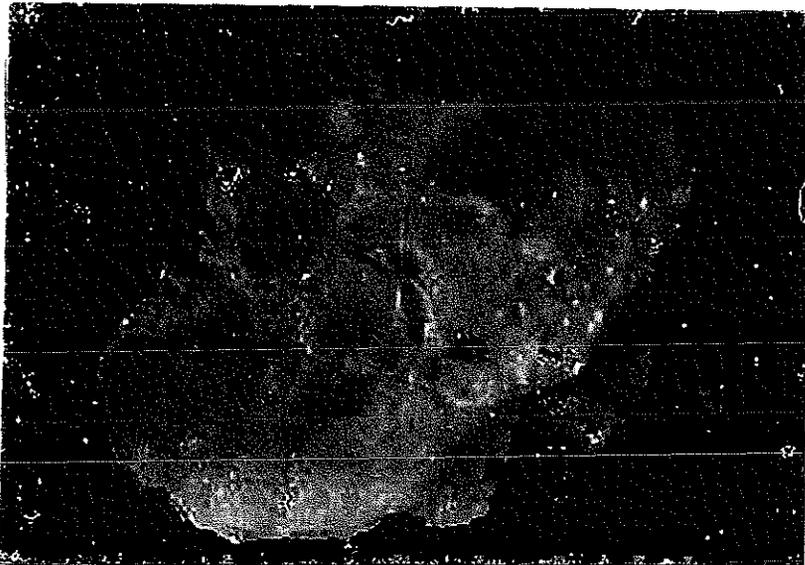


Foto macroscópica de tumor filodes histológicamente maligno, el tumor reemplaza en su totalidad a la glándula mamaria. Midió 22x18 cm, es sólido, blanco-amarillo, con áreas típicas de degeneración quística, necrosis y hemorragia

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS

La media de cortes evaluados fue de 8. El componente epitelial hiperplásico se encontró en un caso (número 13), normal en 15 (88%), y metaplásico (escamoso) en uno (5 8%) Ninguno de ellos mostró componente epitelial maligno. De los 17 casos, 10 (58 8%), se catalogaron como benignos (FOTO 2), y 7 (41 1%) fueron malignos (Tabla 2) El estroma de los dos grupos de tumores, estuvo compuesto por fibroblastos, aunque ocasionalmente, se observaron áreas de esclerosis En el grupo de los tumores malignos , el estroma fue pleomórfico (FOTO 3 y 4), y ocasional y focalmente complejo. De este grupo, dos (28.5 %) presentaron componente estromal especializado a liposarcoma (FOTO 5). La hemorragia y necrosis solo estuvo presente en el grupo de los tumores malignos

Cambios histológicos que acompañaron al tumor incluyeron enfermedad fibrosa quística en 23 5%

El conteo mitótico fue el parámetro más importante para dividir los tumores en benignos y malignos 10 tumores presentaron menos de 2 mitosis por 10 CSF, no se observó sobrecrecimiento ni diferenciación estromal (el tamaño de éstos tumores tuvo un rango de 6 a 22 cm, el diámetro máximo del tumor en este grupo fue de 22x18 cm) Todos ellos, catalogados como benignos, no han presentado recurrencia en un tiempo de seguimiento a 5 años (1 paciente), 4 años (4 pacientes), 3 años (3 pacientes), ni a 2 años (2 pacientes)

TUMOR FILODES MALIGNO

CASO No	DIAGNOSTICO	TAMAÑO DEL TUMOR	No DE MITOSIS EN 10 CSF	METASTASIS	RECURRENCIA
2	T F M DE ALTO GRADO	10X7 5	13	NO	NO
10	T F M DE ALTO GRADO	-	6	NO	NO
12	T F M DE ALTO GRADO	-	6	NO	NO
13	T F M DE ALTO GRADO	4X4	6	NO	NO
16	T F M DE ALTO GRADO	12X10	14	NO	NO
18	T F M DE ALTO GRADO	14X8**	8	NO	NO
21	T F M DE ALTO GRADO	15X18	13	NO	NO

TABLA 2. * Tumor filodes maligno **TFM con lesión en borde de sección quirúrgica



FOTO 2. Tumor filodes histológicamente benigno. Se observa el componente epitelial benigno, con elongación y dilatación quística, el estroma fusocelular es mayor al observado en fibroadenomas. Tinción H-E 20X



FOTO 3. Tumor filodes histológicamente maligno. Se observa el componente epitelial benigno, con dilatación quística, el estroma es más celular y presenta atipia. Tinción H-E 10X

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

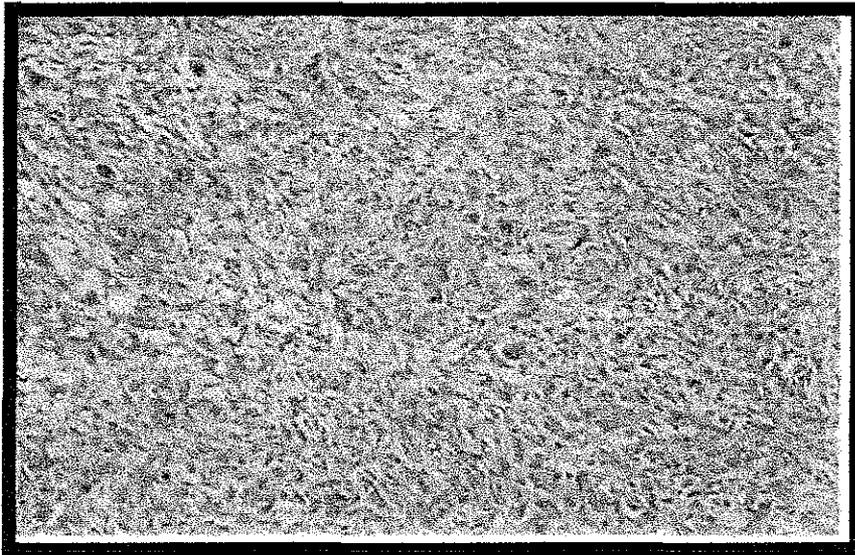


FOTO 4. Tumor filodes histológicamente maligno, de alto grado, con sobrecrecimiento estromal, gran pleomorfismo y numerosas figuras mitóticas Tinción H-E 20X

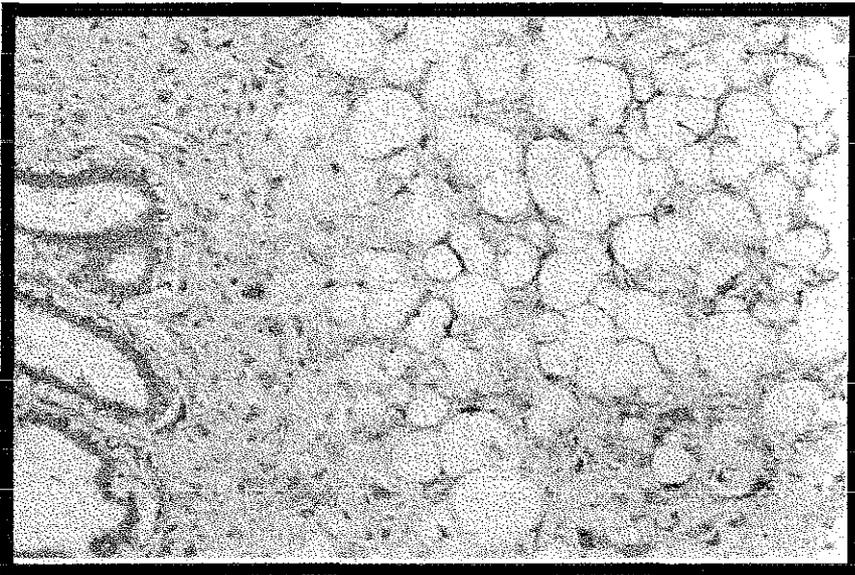


FOTO 5 Tumor filodes histológicamente maligno. Se observa el componente epitelial benigno en el margen inferior izquierdo y el estromal con diferenciación a liposarcoma en la mitad derecha. Tinción H-e 40X

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La actividad mitótica fue notable en 7 tumores. 3 presentaron 6 mitosis en 10 CSF, uno 8 mitosis en 10 CSF, dos 13 mitosis por 10 CSF, y uno 14 mitosis por 10 CSF. Cinco de estos presentaron sobrecrecimiento estromal, dos de ellos con diferenciación del estroma hacia liposarcoma (el tamaño de estos tumores fue de 4 a 15 cm, el tumor maligno más pequeño fue de 4x4 cm, y el mayor midió 15x8 cm)

Los bordes del tumor fueron descritos como romos y empujantes; nosotros corroboramos la descripción en muchos casos en nuestra revisión histológica, y en la clasificación de los márgenes en empujantes o infiltrantes, todos los tumores benignos correspondieron a la primera categoría; en los tumores malignos aunque macroscópicamente eran de bordes romos, no fue fácil decidir la característica microscópica de este parámetro, ya que en algunos se observó bordes infiltrantes, sin embargo, no se obtuvo la relación de cortes histológicos, para corroborar efectivamente si se trataba del borde del tumor.

TRATAMIENTO

De los tumores malignos, uno fue tratado con mastectomía radical modificada (tamaño del tumor 10x7 cm), 4 con mastectomía simple, uno con cuadrantectomía (tamaño del tumor 4x4 cm), y en un caso no se conoció el tratamiento ni el tamaño del tumor. En los tumores benignos, dos fueron tratados con mastectomía radical modificada (tamaño de los tumores 22x18 y 14x13 cm), 5 con mastectomía simple (tamaño del tumor de 7 a 16 cm), 1 con cuadrantectomía (tamaño del tumor 5x3 cm), en dos casos no se conoció el tratamiento empleado. La disección axilar, en los casos radicales, solo mostró hiperplasia linfoide. Es importante mencionar que en dos tumores (uno benigno y uno maligno), tenían lesión en bordes quirúrgicos, sin embargo, hasta esta revisión, no han presentado recurrencia y en ninguno de los casos se han reportado metástasis (esto en un tiempo de evolución de 3 y 2 años, respectivamente)

DISCUSIÓN

Grandes series de tumor filodes han sido reportados en la literatura, algunos autores se han enfocado a la división de los tumores filodes de glándula mamaria en histológicamente benignos, malignos y algunas veces en las categorías limítrofes, otros han enfatizado su ausencia de correlación entre las características histológicas y el comportamiento biológico del tumor, aún en esos estudios, se han avocado a la división histológica en tumores benignos y malignos (5). Los criterios que han nombrado algunos autores con valor pronóstico incluyen el sobrecrecimiento estromal; que es considerado como pre-requisito para el desarrollo de metástasis. El conteo mitótico parece ser de un valor limitado para el comportamiento del tumor filodes, ya que algunos estudios han encontrado al menos 10

La actividad mitótica fue notable en 7 tumores. 3 presentaron 6 mitosis en 10 CSF, uno 8 mitosis en 10 CSF, dos 13 mitosis por 10 CSF, y uno 14 mitosis por 10 CSF. Cinco de estos presentaron sobrecrecimiento estromal, dos de ellos con diferenciación del estroma hacia liposarcoma (el tamaño de estos tumores fue de 4 a 15 cm, el tumor maligno más pequeño fue de 4x4 cm, y el mayor midió 15x8 cm)

Los bordes del tumor fueron descritos como romos y empujantes; nosotros corroboramos la descripción en muchos casos en nuestra revisión histológica, y en la clasificación de los márgenes en empujantes o infiltrantes, todos los tumores benignos correspondieron a la primera categoría; en los tumores malignos aunque macroscópicamente eran de bordes romos, no fue fácil decidir la característica microscópica de este parámetro, ya que en algunos se observó bordes infiltrantes, sin embargo, no se obtuvo la relación de cortes histológicos, para corroborar efectivamente si se trataba del borde del tumor.

TRATAMIENTO

De los tumores malignos, uno fue tratado con mastectomía radical modificada (tamaño del tumor 10x7 cm), 4 con mastectomía simple, uno con cuadrantectomía (tamaño del tumor 4x4 cm), y en un caso no se conoció el tratamiento ni el tamaño del tumor. En los tumores benignos, dos fueron tratados con mastectomía radical modificada (tamaño de los tumores 22x18 y 14x13 cm), 5 con mastectomía simple (tamaño del tumor de 7 a 16 cm), 1 con cuadrantectomía (tamaño del tumor 5x3 cm), en dos casos no se conoció el tratamiento empleado. La disección axilar, en los casos radicales, solo mostró hiperplasia linfoide. Es importante mencionar que en dos tumores (uno benigno y uno maligno), tenían lesión en bordes quirúrgicos, sin embargo, hasta esta revisión, no han presentado recurrencia y en ninguno de los casos se han reportado metástasis (esto en un tiempo de evolución de 3 y 2 años, respectivamente)

DISCUSIÓN

Grandes series de tumor filodes han sido reportados en la literatura, algunos autores se han enfocado a la división de los tumores filodes de glándula mamaria en histológicamente benignos, malignos y algunas veces en las categorías limítrofes, otros han enfatizado su ausencia de correlación entre las características histológicas y el comportamiento biológico del tumor, aún en esos estudios, se han avocado a la división histológica en tumores benignos y malignos (5). Los criterios que han nombrado algunos autores con valor pronóstico incluyen el sobrecrecimiento estromal; que es considerado como pre-requisito para el desarrollo de metástasis. El conteo mitótico parece ser de un valor limitado para el comportamiento del tumor filodes, ya que algunos estudios han encontrado al menos 10

mitosis en 10 CSF en áreas mitóticamente activas y los pacientes tuvieron un curso clínico benigno

En nuestra serie, de las 7 pacientes con tumores histológicamente malignos (una de ellas con tumor en borde quirúrgico, 5 con sobrecrecimiento estromal) y clasificados como de alto grado , el comportamiento ha sido sin recurrencia y sin metástasis, datos que no son similares a lo descrito por otros autores

Nosotros estamos de acuerdo que el comportamiento biológico del tumor es difícil de predecir en base a las características microscópicas, ya que los parámetros mencionados de malignidad, evaluados en nuestros casos no se correlacionaron con un comportamiento maligno. Creemos que no solo una característica histológica debe ser usada para predecir el comportamiento, y, de acuerdo con otros autores, la clasificación debe ser basada, en el contorno y tamaño del tumor, atipia celular, número de mitosis y sobrecrecimiento estromal. Quizá sea de mayor importancia en nuestra serie, el seguimiento estrecho de las pacientes, en búsqueda de posibles recurrencias o metástasis

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreas et-al: PRIMARY RHABDOMYOSARCOMA OF THE FEMALE BREAST Arch Pathol Lab Med 1998;122:747-749
2. Aranda FI et-al: PHYLLODES TUMOR OF THE BREAST. AN IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF 28 CASES WITH SPECIAL ATTENTION TO THE ROLE OF THE MYOFIBROBLASTS. Pathol Res Prac 1994;190:474-481
3. Bernstein Leisle et-al: THE DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF THE MALIGNANT CYSTIOSARCOMA PHYLLODES TUMORS OF THE BREAST. Cancer 1993; 71:3020-3024.
4. Bittesini L, Dei Tos AP, Doglioni C, et-al: FIBROEPITHELIAL TUMOR OF THE BREAST WITH DIGITAL FIBROMA-LIKE INCLUSIONS IN THE STROMAL COMPONENT CASE REPORT WITH IMMUNOCYTOCHEMICAL ANALYSIS Am J Surg Pathol 1994; 18:296-331
5. Blichert-Toft M, Hansen JPH, et-al CLINICAL COURSE OF CYSTIOSARCOMA PHYLLODES RELATED TO HISTOLOGIC APPEARANCE Surg Gynecol Obstet 1975;140:929-932
6. Buchanan EB: CYSTIOSARCOMA PHYLLODES AND ITS SURGICAL MANAGEMENT Am Surg 1995; 61:350-355
7. Chua CL Thomas A, Ng BK CYSTIOSARCOMA PHYLLODES: A REVIEW OF SURGICAL OPTIONS Surgery 1989;105:141-147.
8. Cohn Cedermark, et al: PROGNOSTIC FACTORS IN CYSTIOSARCOMA PHYLLODES. A CLINICOPATHOLOGIC OF 77 PATIENTS Cancer, 1991; 68: 2017-2022 }
9. Curran RC, Dodge OG. SARCOMA OF THE BREAST, WITH PARTICULAR REFERENCE TO ITS ORIGIN FROM FIBROADENOMA. Am J Clin Pathol 1972;57:431-437
10. Grimes M. CYSTIOSARCOMA PHYLLODES OF THE BREAST: HISTOLOGIC FEATURES , FLOW CYTOMETRIC ANALYSIS, AND CLINICAL CORRELATIONS MOD PATHOL 1992;5:232-239.

- 11 Hawkins RE, Shofield JB, Fisher, et-al: THE CLINICAL AND HISTOLOGIC CRITERIA THAT PREDICT METASTASES FROM CYSTOSARCOMA PHYILLODES *Cancer* 1993;69:2271-2275
- 12 Hart Wr, et al: CYSTOSARCOMA PHYILLODES A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF TWENTY-SIX HYPERCELLULAR PERIDUCTAL STROMAL TUMORS OF THE BREAST. *Am J Clin Pathol* 1978; 70: 211-216
- 13 Hines JR, Murad IM: PROGNOSTIC INDICATORS IN CYSTOSARCOMA PHYILLODES *Am J Surg* 1987;153:276-280
- 14 Hlavín ML, Kaminski HJ, Cohen M, et-al: CENTRAL NERVOUS SYSTEM COMPLICATIONS OF THE CYSTOSARCOMA PHYILLODES *Cancer* 1993;72:126-130
- 15 Linqvist KD, Van Heerden JA, et-al: RECURRENT AND METASTATIC CYSTOSARCOMA PHYILLODES. *Am J Surg* 1982;144:341-343
- 16 McGregor GI, Knowling MA: SARCOMA AND CYSTOSARCOMA PHYILLODES TUMORS OF THE BREAST. A RETROSPECTIVE REVIEW OF 58 CASES *Am J Surg* 1994; 167:477-480
- 17 Moffat CJC, Pinder SE, Dixon AR, et -al: A CLINICOPATHOLOGIC REVIEW OF THIRTY-TWO CASES *Histopathology* 1995; 27:205-218
- 18 Norris HJ, Taylor HB: RELATIONSHIP OF HISTOLOGIC FEATURES TO BEHAVIOR OF CYSTOSARCOMA PHYILLODES *Cancer* 1967;20:2090:2099
- 19 Otrakji CL FIBROEPITHELIAL TUMOR *Am J Surg Pathol* 1995;19:730-732
- 20 Powell CM, Rosen PP: ADIPOSE TISSUE DIFFERENTIATION IN CYSTOSARCOMA PHYILLODES A STUDY OF 14 CASES *Am Surg Pathol* 1994;18:720-727
- 21 Quizilbash A H. et-al: CYSTOSARCOMA PHYILLODES WITH LIPOSARCOMATOUS STROMA *Am J Clin Pathol* 1976;65:321-327
- 22 Reinfuss M, Mitus J, Duda K, et-al: THE TREATMENT AND PROGNOSIS OF PATIENTS WITH PHYILLODES TUMOR OF THE BREAST. AN ANALYSIS OF 170 CASES *Cancer* 1996; 77:910-916
- 23 Rosen Paul and Oberman Harold: ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY TUMORS OF THE MAMMARY GLAND Third Series, fascicle 7 Washington, DC AFIP1993; 107-113.

- 24 Tavassoli Fattaneh A MD: PATHOLOGY OF THE BREAST 2a edición. Washington, DC. Mcgraw-hill, 1999, 598-631.
- 25 Ward Richard and Evans Harry: CYSTOSARCOMA PHYLLODES A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 26 CASES. Cancer 1986, 58: 2282-2289
- 26 William R. Hart, et -- al: A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF THE TWENTY-SIX HYPERCELLULAR PERIDUCTAL STROMAL TUMORS OF THE BREAST Am J Clin Pathol 1978; 70:211-216