

112402



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA

**TUMOR PHYLLODES: SU HISTORIA NATURAL E  
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE  
PRONOSTICO ADVERSO:  
ANÁLISIS DE 288 CASOS EN 35 AÑOS**

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN  
LA ESPECIALIDAD DE  
CIRUGÍA ONCOLÓGICA  
PRESENTA  
DR. TITO ANTONIO BELTRÁN RODRÍGUEZ

SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



SECRETARÍA DE ENSEÑANZA

TUTORES DE TESIS:  
DR. JOSÉ ANTONIO SERRANO MIGALLÓN  
DR. HERNANDO MIRANDA HERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE, 2004



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.

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.**

**SERVICIO DE ONCOLOGIA**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN : CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

**JEFE DE ENSEÑANZA: DR ROGELIO MARTINEZ MACIAS**

**PROFESOR TITULAR: DR ALFONSO TORRES LOBATON.**

**ALUMNO: DR. TITO ANTONIO BELTRÁN RODRÍGUEZ.**

**TITULO:**


**TUMOR PHYLLODES ; SU HISTORIA NATURAL E**

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE PRONOSTICO ADVERSO:**

**ANÁLISIS DE 288 CASOS EN 35 AÑOS.**


**ASESORES DE TESIS: DR JOSE ANTONIO SERRANO MIGALLON.**

**DR HERNANDO MIRANDA HERNÁNDEZ.**



---

Dr. Rogelio Martínez Macías  
Jefe de Enseñanza  
Servicio de Oncología  
Hospital General de México.O.D.




---

Dr. Alfonso Torres Lobatón  
Profesor Titular del Curso  
Cirugía Oncológica  
Hospital General de México.O.D.




---

Dr. Jose Antonio Serrano Migallón.  
Asesor de Tesis  
Consultor Técnico  
Servicio de Oncología  
Hospital General de México



---

Dr. Hernando Miranda Hernández  
Asesor de Tesis  
Jefe de Servicio tumores mamaros  
Servicio de Oncología  
Hospital General de México



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

*Tesis para la titulación en la especialidad de Cirugía Oncológica  
Hospital General de México. O.D.*

*Título:*

*"Tumor Phyllodes; Su Historia Natural e Identificación de Factores  
de Pronóstico Adverso: Análisis de 288 casos en 35 años."*

*Dr. Tito Antonio Beltrán Rodríguez*

*Residente del tercer año de Cirugía Oncológica.*

*Dirección: Esmeralda No 8. Nativitas Xochimilco.  
C.P. 16080 México D.F.  
Tel:56 53 42 02*

*Asesores de tesis: José Antonio Serrano Migallón*

*Consultor Técnico. Tumores Mamaros. Hospital General de México.*

*Hernando Miranda Hernández*

*Jefe de Servicio. Tumores Mamaros. Hospital General de México.*

*Fecha de presentación: Septiembre del 2004*

**Agradecimientos:**

*La presente es el resultado de un largo camino de 7 años y es el producto del esfuerzo de un gran equipo.*

*A DIOS, por darme la fortaleza necesaria para lograr todas y cada una de mis metas.*

*A ti , madre, por tu fuerza y voluntad de espíritu, por impulsarme siempre, por tu cariño,, por tu apoyo,, por darme la vida...te quiero.*

*A mis hermanas: María, Ofelia, Rosa, Blanca, Giovanna y Ana Luisa , por su confianza y amor.*

*A ti, Nora, por iluminar cada segundo de mi vida con la luz intensa de tu amor...gracias.*

*A mis niños : Carla Paola y Antonio, trocitos de mi corazón , motivos de mi superación y deseo de ser su ejemplo a seguir.*

*Al Dr. Rogelio Martínez Macías, por su constante aliento para ser mejor.*

*Al Dr. Jose Antonio Serrano Migallón, por compartir su sabiduría y experiencia...Gracias Maestro.!*

*Al Dr. Hernando Miranda Hernández, por ser pilar de la enseñanza de la patología mamaria y siempre admirado mentor.*

*A mis maestros, por corregir y enderezar mis manos y pensamiento*

**INDICE.**

<i>Antecedentes</i>	7
<i>Planteamiento del Problema</i>	17
<i>Justificación</i>	17
<i>Hipótesis</i>	17
<i>Objetivos</i>	18
<i>Diseño</i>	18
<i>Material y Métodos</i>	19
<i>Resultados</i>	21
<i>Discusión</i>	29
<i>Conclusiones</i>	36
<i>Bibliografía</i>	37

TUMOR PHYLLODES: SU HISTORIA NATURAL E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE PRONOSTICO ADVERSO: ANÁLISIS DE 288 CASOS EN 35 AÑOS.

## **ANTECEDENTES**

### **Introducción.**

El tumor phyllodes es una neoplasia poco frecuente, pero con una evolución impredecible, que varía desde un comportamiento benigno similar al fibroadenoma, hasta llegar a conducirse como un sarcoma mamario. Sus características clínicas e histopatológicas no se correlacionan con su comportamiento, llegando a confundir a los clínicos mas avezados; por lo que el análisis de esta entidad es verdaderamente interesante.

Fue inicialmente descrito por Müller en el siglo pasado, denominándolo como "Cistosarcoma Phyllodes", siendo este término modificado por Azzopardi como Tumor Phyllodes, término mas aceptado en la actualidad.



El tumor phyllodes es un tumor fibroepitelial, muy similar histológicamente al fibroadenoma. Consiste en tejido conectivo fibroso , rodeado de espacios revestidos de epitelio, existen grados variables de crecimiento intracanalicular, produciendo una apariencia frondosa, con estroma pleomórfico, en ocasiones con grandes quistes, áreas de hemorragia , así como diversos grados de metaplasia.

Su frecuencia es baja, representando entre el 0.5 y el 1% de todas las neoplasias mamarias. Su tiempo de evolución es variable, desde semanas a varios años; y puede presentarse a cualquier edad, teniendo su máxima incidencia entre la 4ª y la 6ª década de la vida. Con frecuencia son tumores de gran tamaño, sin invasividad local y sin metástasis ganglionares, datos que ayudan a su diagnóstico diferencial. Excepcionalmente son bilaterales, y se presentan por igual en ambas mamas. Su frecuencia es mayor en múltiparas a razón de 2:1 y al parecer esto está dado por la edad en que se presenta y el número de pacientes en edad reproductiva.

Por regla general son tumores benignos en un 75%, sin embargo, en un 15% son malignos y alrededor del 8% se reportan limítrofes o de bajo grado de malignidad.

Con frecuencia, sus características histológicas no guardan relación con su historia natural , siendo un tumor que tiende con frecuencia a la recidiva y cuando ocurre, puede cambiar de tipo histológico, tornándose más agresivo de acuerdo al número de recurrencias. Por lo mismo ,algunos autores han propuesto diferente

parámetros para obtener factores de pronóstico de esta entidad, que permitan predecir la posibilidad de recurrencia o del desarrollo de metástasis . señalando algunos como: tamaño tumoral, bordes, atipias, actividad mitótica, hemorragia y necrosis tumoral. Ninguna característica aislada ha tenido validez para pronosticar su comportamiento.

El propósito del presente trabajo fue analizar las características clínicas y tratar de identificar factores pronósticos en este tipo de tumor; basándonos en el análisis retrospectivo de 288 casos atendidos en una unidad de tercer nivel durante un período de 35 años.

**Historia:**

Este tumor fue descrito por primera vez por Johannes Müller en 1838, dándole un carácter benigno y asignándole el nombre de "Cistosarcoma Phyllodes", el cual prevaleció por varios años; aunque Chelius, 10 años antes, hace una descripción de una gran "hidátide quística de la mama".<sup>3,7</sup>

Desde esa fecha, múltiples autores , describen diferentes características y le asignan diversos nombres. Así, en 1931, Lee y Pack hacen una descripción de los caracteres histológicos del tumor, relacionándolo con un fibroadenoma canalicular, denominándolo "Fibroadenoma Intracanalicular Gigante" y lo siguen considerando de naturaleza benigna. Diez años después , Owens y Adams proponen que los cambios mixomatosos descritos por los anteriores autores son sólo una simple apariencia, considerando mas correcto el nombre de "Fibroadenoma Intracanalicular Gigante".<sup>3,7,9,10</sup>

Posteriormente, aparecen reportes sobre invasión local, recurrencias y desarrollo de metástasis ; por lo que se hizo evidente una variedad maligna. Así, White en 1941, reporta por vez primera un caso de diseminación metastásica a pulmón y mediastino. Dos años mas tarde, Cooper y Ackerman reportan el primer caso de metástasis a ganglios axilares. Mc'Donald y Harrington estiman que un estroma

sarcomatoso ocurre en el 10% de los casos y concluyen que estos tumores deben ser considerados como grandes fibrosarcomas. Forte y Stewart en 1946, puntualizan que el tamaño por si solo no es decisivo y que pueden ocurrir cambios proliferativos en tumores pequeños. 11,12,13

En 1951, Treves y Sunderland, del Memorial Hospital, enfatizan el potencial maligno del tumor, y señalan al crecimiento pronunciado del estroma como un elemento de criterio muy importante en el diagnóstico diferencial, relegando al tamaño a un segundo plano y divide a los tumores en benignos, limitrofes y malignos de acuerdo al grado de proliferación. Mas tarde, Lester y Stout, aplican estos criterios y encuentran que los caracteres histológicos no se correlacionaron con el curso clínico, describiendo tumores "benignos" que metastatizan, observando además que no todos los que metastatizan se pueden considerar como malignos.<sup>13</sup>

En 1965, Oberman, de la Universidad de Michigan, hace una correlación clínico – patológica de la clasificación histopatológica y la ocurrencia de metástasis. No obstante, West, de la Clínica Mayo, reporta 2 casos de tumores "benignos" que dieron metástasis, admitiendo, junto con Blichter y Toft, una mala correlación entre el grado histológico y el curso clínico, reportando 4 casos de tumores benignos que al recurrir, presentaron estroma maligno.<sup>14,15</sup>

El tumor Phyllodes ha recibido múltiples nombres, conociéndosele hasta 25 distintos. La denominación "cistosarcoma" que le fue adjudicado por su aspecto quístico, carnoso y foliáceo, se considera actualmente que tiene severos defectos, ya que en ocasiones ni es quístico, ni es foliáceo y en solo raros casos es maligno. Ya Scarff y Torloni mencionan que no se justifica el término de "Cistosarcoma Phyllodes benignos" reservándolo sólo para los casos malignos.

Es hasta 1979 cuando el patólogo inglés Azzopardi, hace una serie de consideraciones respecto al comportamiento de este tumor, sus características clínicas e histopatológicas, y propone el nombre de "Tumor Phyllodes", que es el más aceptado en los países europeos.<sup>16</sup>

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico básicamente es clínico, manifestándose como una masa lisa y redondeada, bien delimitada excepto en casos malignos; puede distender la piel suprayacente, e incluso ulcerarle pero nunca la invade. No se acompaña de descargas por el pezón, ni de retracción de éste. Por lo regular son tumores voluminosos y las metástasis axilares, aunque descritas, son muy raras.<sup>17,18</sup>

La duración de los síntomas, la edad del paciente y el tamaño tumoral no tiene significado pronóstico; sin embargo, el margen de mayor error clínico esta en pacientes jóvenes al confundirlo con fibroadenomas y en pacientes mayores al etiquetarlos como carcinomas. 19,20

Los estudios de gabinete son de relativa importancia diagnóstica. Por regla general se observa como un nódulo sólido, ovalado o redondeado, denso, homogéneo de márgenes bien definidos. Se sospecha malignidad cuando los bordes están mal definidos, ante un tumor de bordes irregulares y de crecimiento rápido, densidad mixta o hiperdensa con áreas radio lúcidas y ocasionalmente con calcificaciones, aunque no es la regla.21,22,23,

Ultrasónográficamente, puede observarse como un nódulo sólido con áreas de distinta ecogenicidad con zonas quísticas, sin embargo, no es imagen patognomónica, por lo que , en muchas ocasiones, ni la Mastografía ni el ultrasonido puede diferenciarlo de otros tumores. 24,25

El tumor phyllodes constituye una de las variedades de tumores bifásicos de la mama. La OMS en 1981 lo define como : "Neoplasia mamaria de crecimiento rápido , con una estructura foliacea constituida por tejido conectivo y elementos

epiteliales similares al fibroadenoma pero característicamente con mayor celularidad del tejido conectivo.” 28,30.

Histológicamente representa un reto para la diferenciación con otras patologías benignas. Macroscópicamente son tumores únicos, de tamaño variable, semiblandos y de un color gris-rosado al corte. Con excepción de la variedad maligna cuyo contorno es infiltrante, la periferia de la lesión es lobulada y relativamente bien delimitada y esta rodeada de una pseudo cápsula que limita la lesión. Al corte existe una configuración foliácea, es decir, unidades de tejido alargado, de trayecto uniforme separados por surcos de profundidad variable. En ocasiones, las hendiduras se encuentran dilatadas, llegando a ser quísticas, incluso con una cavidad predominante, rodeada de otras más pequeñas con necrosis y hemorragia en diversos grados.<sup>28,29,31,32</sup>

Las características que pueden orientar al diagnóstico son: la doble población celular, epitelial y estromal, siendo mayor este último, la gran densidad celular y la presencia de células de estirpe fibroblástica con núcleos grandes, componente epitelial hiperplásico o en transformación quística, la presencia de macrófagos y de células gigantes multinucleadas. 26,28,30

El diferenciar entre tumor benigno o maligno básicamente depende de la proporción de componente estromal y la ausencia de cambios respecto al componente epitelial que se observa en los tumores malignos.<sup>29</sup>.

En base a las características mencionadas , se les divide en :

**Benignos:** lesiones bien circunscritas, evidencia de crecimiento expansivo, y casi siempre con una pseudo cápsula. Es de celularidad moderada, no existen atipias y las mitosis son excepcionales.

**Malignos:** Lesiones voluminosas, de menor consistencia, Los cambios quísticos son frecuentes. La celularidad equivale a la de un sarcoma, Las mitosis son más de 5 por 10 Campos de Gran Aumento (CGA) y pueden encontrarse células gigantes multinucleadas.

**Limítrofes:** También llamados de bajo grado de malignidad o border – line. En estos la celularidad es intermedia. La proporción entre células mesenquimatosas y epiteliales es considerablemente mayor a favor de las primeras. Pueden encontrarse mitosis con recuento menor a 5 por 10 CGA. con pequeños focos de infiltración periférica.<sup>17,33,34,35</sup>.



**Tratamiento.**

El tratamiento de elección del tumor phyllodes es el quirúrgico. Se trata de un tumor que tiende a presentar recidiva local, y esta depende directamente de los márgenes resecaados. El índice de recidivas varía de un 15 a 40%, y conforme ocurren, su celularidad se hace más agresiva e incluso puede cambiar de tipo histológico, tornándose sarcomatoso. El diagnóstico diferencial con estos se basa en una ausencia completa de componente epitelial en el Phyllodes. 36, 37, 38.

La magnitud de la resección es directamente proporcional a su agresividad histológica. En los tumores benignos, la escisión local, con un margen libre mayor de 1 cm ha demostrado ser suficiente para el control local. En los tumores malignos o limitrofes, se preconiza la mastectomía simple, por la alta tasa de recidivas. En el tratamiento de las recurrencias el margen mínimo debe ser de 3 cm. La mastectomía total con resección de pectoral mayor solo esta indicada en hombres, donde siempre tiene el antecedente de ginecomastia.<sup>39, 40.</sup>

El rol de la quimioterapia, radioterapia y manipulación hormonal como adyuvante o terapia sola aun no han sido evaluados, ya que los reportes son anecdóticos.<sup>2,38,4.</sup> El manejo de la enfermedad metastásica es descorazonador, por la pobre respuesta obtenida con los diversos tratamientos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*Analizar la conducta clínica del tumor phyllodes de la mama, con la finalidad de identificar factores de pronóstico adverso para malignidad o recurrencia.*

## **JUSTIFICACION**

*El tumor phyllodes es poco frecuente pero se caracteriza por su alto índice de recurrencias. Es ya conocido que a mayor número de recidivas, el tumor adquiere mayor agresividad, tornándose sarcomatoso. Su conducta es impredecible y por lo mismo ha sido un problema clínico el identificar factores de pronóstico que nos ayuden a predecir que pacientes desarrollarán metástasis o recurrencia, a ambas situaciones catastróficas y que, cuando se presentan, comprometen la supervivencia de los pacientes.*

## **HIPÓTESIS.**

*Si los factores que afectan adversamente el pronóstico de los pacientes con tumores phyllodes de la mama son las recurrencias y el desarrollo de metástasis;*

*entonces , el analizar su historia natural ayudará a localizar los condicionantes de estas situaciones clínicas y así , identificar a los pacientes de más alto riesgo .*

### **OBJETIVOS.**

*Analizar la historia natural y conducta clínica del tumor phyllodes.*

*Identificar factores de riesgo para el desarrollo de metástasis y / o recurrencia.*

### **DISEÑO.**

*Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, no aleatorio.*

**MATERIAL Y METODOS.**

*Revisión de expedientes de 1968 al 2003 (35 años).*

- *Criterios de inclusión:*

- *Pacientes con diagnóstico de Tumor Phyllodes clínico y confirmado por análisis histopatológico .*

- *Criterios de exclusión:*

- *Pacientes que se ausentaron de la unidad*
- *Expedientes incompletos.*

**Variables:**

- ✦ *Edad.*
- ✦ *Localización*
- ✦ *Paridad*
- ✦ *Tamaño tumoral*
- ✦ *Tiempo de evolución*
- ✦ *Correlación clínica*
- ✦ *Histología*

- ❖ *Tratamiento previo*
- ❖ *Tratamiento efectuado*
- ❖ *Recurrencias.*
- ❖ *Metástasis y sitios.*

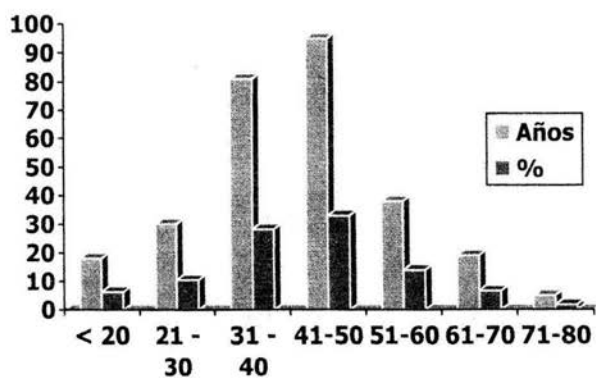
**RESULTADOS.**

- Expedientes revisados: 120253 (25 años)
- Lesiones de glándula mamaria: 34 992 (29%)
- Tumor Phyllodes: 288 (0.82%)
- Edad:

La mayor incidencia fue entre la 3ª y la 5ª década. (55%)

El promedio de edad fue de 43.06 años

Las pacientes de menor edad fueron de 14 años y la de mayor edad con 81 años



## Localización



No hubo predilección por alguna mama en particular. Sólo hubo un caso de tumor bilateral.

## PARIDAD.

Nulíparas: 92 casos	31.9%
Multiparas: 196 casos	68.05%

## TAMAÑO TUMORAL:

<b>TAMAÑO (cm)</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
< 10	147	51
10 – 19	94	32.6
20 – 29	23	7.98
30 – 39	13	4.51
40 – 49	2	0.69
> 50 cm.	4	1.38
Desc.	5	2.08
Total	288	100%

Por regla general se trato de tumores voluminosos, siendo casi la mitad de mas de 10 cm. El menor fue de 1 cm, no palpable y sólo detectado por Mastografía. El de mayor tamaño fue un tumor de 70 cm con un peso de 9.600 gr, ambos benignos.

## Tiempo de Evolución:

Fue de menos de un año en la mitad de las pacientes, y en la otra mitad con largos tiempos de evolución, hasta de 25 años.



- Diagnóstico Clínico:

Se tomo en cuenta el diagnostico clinico inicial y se correlaciono con el definitivo de acuerdo al resultado histopatológico para hacer la correlación y se halló lo siguiente:

Tumor Phyllodes	187 casos	64.9%
Fibroadenoma	48 casos	16.6%
Carcinoma	35 casos	12.1%
Sarcoma	5 casos	1.7%
Mastopatía	4 casos	1.3%
Mastitis	1 caso	0.3%
Papiloma intraductal	7 caso	2.4%
Ganglio axilar	1 caso	0.3%
Total	288 casos	100%

El diagnóstico clínico fue correcto en el 72.7%, con un margen de error del 27.3%. Este error ocurrió particularmente en tumores pequeños, en los que se confundió con fibroadenoma en las pacientes jóvenes o con carcinoma en las mayores. En tumores voluminosos no hubo esta duda diagnóstica.

- Respecto a la anatomía patológica, resultó:

Benigno	183 casos	63.5%
Maligno	52 casos	18 %
Limítrofe (Bajo Grado)	53 casos	18.4%
Total	288 casos	100%

De los 288 casos, 44 pacientes habían tenido un tratamiento previo fuera de la unidad, (15.2%), este consistió en:

Escisión Local	40 casos	90.9%
Mastectomía Simple	3 casos	6.89 %
Mastectomía Radical	1 caso	2.27 %

En nuestro servicio, el tratamiento fue:

Escisión Local	127 casos	44%
Mastectomía Simple	143 casos	49.6%
Mastectomía Radical	11 casos	3.46%
Sin Tratamiento	7 casos	2.77%.

De las pacientes que no recibieron tratamiento, la mayoría fue por que rechazaron el tratamiento o abandonaron el servicio.

En cuanto a las recurrencias, se presentaron en un 10% de los pacientes, siendo:

Escisión Local	18 casos	64.3%
Mastectomía Simple	10 casos	35.7%

Se observo un mayor porcentaje posterior a la escisión local, más frecuentemente posterior a extirpación de tumores voluminosos, todas ellas se controlaron con una nueva escisión local, a excepción de 2 de ellas que se perdieron del seguimiento.

En cuanto a las pacientes mastectomizadas, de ellas un caso recurrió como mesenquimoma maligno, 2 pacientes desarrollaron metástasis a distancia, una de

ellas a columna y otra a mediastino, falleciendo ambas. Dos mas presentaron una nueva recurrencia que fue controlada con escisión local, y en 3 pacientes se realizó disección radical de axila por ganglios sospechosos, resultando en los 3 casos negativos. Todos los tumores que recurrieron post mastectomía fueron voluminosos de más de 15 cm

La mastectomía radical se practico en 4 casos, uno de ellos reportado previamente como benigno recurrió como maligno y un año después desarrollo metástasis a partes blandas. Dos casos fueron catalogados como carcinoma mamario y el estudio definitivo resultó con tumor phyllodes ; y el último caso fue por recurrir en 2 ocasiones. En todas las disecciones de axila efectuadas, no se reportaron ganglios positivos.

Se efectúo reconstrucción inmediata en 14 casos, todos ellos con diagnóstico preoperatorio histopatológico de Tumor phyllodes Benigno o Limitrofe, realizándole:

TRAM	6 casos
Dorsal ancho	1 caso
Serrato	1 caso
Mamo plastia con implante	6 casos

Se administró Radioterapia sólo en un 1 caso, esto secundario a Sangrado por Tumor voluminoso.

### **Tumores Malignos:**

Merece consideración aparte la entidad maligna, representando en nuestra serie 52 casos (18%), la de menor edad de 16 años y la de mayor edad de 80 años. La mayor incidencia se encontró entre la 3ª y la 6ª década .el de menor tamaño fue de 2 cm y el de mayor de 35 cm. Se trato por regla general de tumores voluminosos, con tamaño promedio de 12.6 cm, y el tiempo de evolución fue de aproximadamente 44.6 meses. La mitad de los casos tenía menos de 6 meses de evolución.

En las pacientes tratadas con escisión local hubo 9 recurrencias, de las cuales 3 pacientes presentaron recurrencias locales en dos ocasiones. Otra paciente presentó recurrencia en 4 ocasiones, recibiendo en la última radioterapia postoperatoria en el lecho, con control adecuado a 7 años de seguimiento.

De las pacientes tratadas con mastectomía presentaron similar porcentaje de recurrencias, presentando el 40% recurrencia, y todas ellas variaron de tipo histológico al recurrir: fibrohistiocitoma en un caso, liposarcoma en otro y

condrosarcoma en otro caso. Todas las pacientes que presentaron recurrencia post mastectomía desarrollaron metástasis a distancia.

### ***DISCUSION.***

Encontramos que la frecuencia, edad de presentación así como la histología maligna; se correlacionaron con lo reportado en la literatura.<sup>46</sup> . Su variedad maligna es aún más baja, Ninguna característica aislada predice el comportamiento hacia metástasis o recurrencia, sin embargo algunas pueden ser agrupadas, como son: Tumores densamente celulares, de bordes infiltrantes, con células atípicas que contiene núcleos aberrantes, hipercrómicos y que contiene actividad mitótica importante, tienen mayor probabilidad de comportarse en forma maligna. Por el contrario, tumores con bordes protuberantes, celularidad menos densa y con menos de 3 mitosis por 10 campos es poco probable que dé metástasis.<sup>51,62</sup>.

Aparentemente, la edad, el tamaño tumoral, la magnitud de la resección quirúrgica y la presencia de características degenerativas no se correlacionan con la posibilidad de metástasis.

Por otro lado, la sobre proliferación del estroma, es un rasgo adicional de mal pronóstico.

A pesar de lo reportado en la literatura de presentación de tumor phyllodes en vulva, vesículas seminales y próstata, no detectamos ningún caso en hombres o en sitios extra mamarios. 17,59,60

La localización del tumor no tuvo significancia estadística. Contrario a lo que reportan otros autores, señalando una mayor incidencia en la mama izquierda.

Cabe agregar que se observó con mayor frecuencia en multíparas, esto debido posiblemente a la edad del diagnóstico.

La mitad de los casos fueron tumores de < 10 cm. Norris , en su casuística de 94 casos, reporta 12 de mas de 15 cm , Ward reporta 5 de mas de 25 cm, Al- Jurf hallo dos grandes tumores de 2 500 y 6000 gr, E n nuestra serie, 33% fueron mayores de 20 cm y se llegaron a registrar tumores de 70 cm, y 9600 mg , no hallando ningún reporte previo de caso semejante.53,61,62,63.

Algunos autores han reportado bilateralidad. Nosotros tuvimos solo un caso en una paciente con tumor benigno y que a los 5 años después desarrollo otro pero

maligno en la mama contralateral. Esta misma asociación ya ha sido reportada anteriormente.<sup>64</sup>

También hay reportes de asociación de tumor phyllodes con un fibroadenoma, incluso con un carcinoma mamario insertado en un phyllodes preexistente.<sup>32,65,66,67,68</sup>

La evolución fue, en la mitad de los casos, de menos de 1 año. El diagnóstico clínico más común fue de tumor phyllodes, seguido de fibroadenoma mamario en las más jóvenes y carcinoma en las pacientes mayores.

A nivel de diagnóstico clínico se encontró que la mayoría de los errores diagnósticos fueron debidos a tumores pequeños. En la mayoría de los pacientes (72%) el diagnóstico clínico se correlacionó adecuadamente con el histopatológico. Se observó que para un adecuado diagnóstico debe correlacionarse adecuadamente la clínica con la histopatológica, Por lo anterior es recomendable la biopsia a cielo abierto, ya que las biopsias por BAAF son insuficientes para el diagnóstico y no permiten identificar característica de riesgo, como la celularidad o la presencia de mitosis. <sup>43,52,53,57.</sup>

En cuanto a la incidencia, la mayoría de los casos fueron tumores benignos,



observándose un discreto aumento en limítrofes.

El tratamiento previo predominante fue la escisión local. El tratamiento en la unidad se dividió entre la escisión y la mastectomía en porcentajes similares.

Se realizó Mastectomía con disección ganglionar en axila en 11 casos .Ningún ganglio resultó positivo.

En 12 mastectomías simples, 6 se reconstruyeron con colgajo TRAM y las otras 6 con mamo plastia con colocación de implante, con mejor estética.

En nuestro estudio, tuvimos recurrencias locales en un 28 casos. Pietruska, de la universidad de Pittsburg , de 39 pacientes tuvo una recurrencia global del 15.4%,y reporta un caso de una paciente que presentó 14 recurrencias, falleciendo por metástasis, señalando que el tumor variaba a tipo histológico sarcomatoso conforme recurría, fenómeno que también ocurrió en nuestra serie.<sup>3,62</sup>. Nuestro rango de recurrencia fue de 10% vs. 6-10 % reportado en la literatura

Hay un reporte del M.D. Anderson señalando casi el doble de recurrencias que en nuestra serie (19.7%).<sup>53</sup>

En la mayoría de nuestros casos se trataron con escisión amplia en recurrencias pequeñas, prefiriéndose la mastectomía en segundas recurrencias o en tumores voluminosos. Se lograron identificar factores para recurrencia como:

Tumores > 12 cm	5 casos
bordes cercanos o +	10 casos
Tumores bajo grado	2 casos
Tumor maligno	1 caso.

Siendo los mas importantes el tamaño tumoral y los bordes cercanos o positivo, por lo que debe ser imperativo el cuidar los márgenes al momento de la resección.

En cuanto a los Tumores Malignos, se presentaron 52 casos (18.05%). Tuvieron preferencia hacia la 5a y 6a década de la vida sin tener predilección por localización o tamaño tumoral. Se observo un incremento en Multiparas (Relación 3:1) por lo que se sospecha un factor hormonal. Los tumores malignos tienen un crecimiento rápido, siendo en nuestra serie de menos de un año, con una tasa de recidiva del 30 al 40%.lo anterior también engloba a los limitrofes. El manejo en la nuestra fue.

- **Malignos y tratamiento:**

- Escisión Local: 18
- Mastectomía Simple: 25
- Mastectomía Radical: 6
- Mastectomía + Rt: 1
- Disección ganglionar: 6

Ningún caso presentó ganglios metastáticos, por lo que no esta justificada la disección ganglionar, a menos de tener enfermedad palpable metastásica.

La enfermedad metastásica puede afectar a cualquier sitio anatómico, Las mas frecuentes son a pulmón, mediastino, piel, sistema nervioso.

Aun no hay estudios randomizados sobre radioterapia en esto tumores, Nosotros la utilizamos en los tumores sangrantes y como hemostática.

La quimioterapia esta igualmente en etapa de investigación, teniendo buenos resultados con la ifosfamida, principalmente en el control de la enfermedad a distancia.

### **Conclusiones**

- La cirugía es el tratamiento de elección. En tumores mayores de 5 cm o si la relación mama – tumor es desfavorable. La mastectomía total es lo indicado.

Para las lesiones menores de 8 cm. con la escisión local es suficiente

- En tumores malignos se deberá valorar mastectomía
- Recurrencias deben manejarse con escisión amplia que incluyan en ocasiones la resección de parrilla costal.
- Es aconsejable en mastectomías, considerar la reconstrucción inmediata, con confirmación histopatológica previa.

La cirugía radical con disección axilar no es recomendable, ya que las metástasis habitualmente no son a ganglios axilares

- A mayor número de recurrencias, mayor agresividad del tumor
- Cuando recurren, pueden variar de tipo histológico (sarcomas).
- Las metástasis pueden ser a :Mediastino, pleuropulmonares, partes blandas y óseas.

## **Bibliografía.**

1. Ackerman LV, Rosai J: Surgical Pathology 5ª Ed. St Louis. Mosby 1994.927-931.
2. Parker SJ, Harries SA: Phyllodes Tumours. Postgrad.Med J. 2001.77 (909)
3. Serrano MJA, Miranda HH. Tumor phyllodes. Comunicación 110 casos,Cancerologia.1988.43(1)
4. MacDivitt RW,Stewart.Tumours of the Breast. En Atlas of Tumours Patology.Washington 1968.
5. Sheen-Chen SM,Chou FF.Cystosarcoma Phyllodes of the breast. A review. Int. surg, 1991;76:101-104.
6. Martino A, Zamparelli M .Unusual Clinical Presentation of a Phyllodes Tumour.J, Pediatric. Surg.2001 36(6).
7. Donegan WL Spratt JS. Cáncer de Mama;2a Ed.WB Saunders, 1999.
8. Mazy S. Hustin J.Phyllodes Tumour of the Breast.JBR-BTR, 1999.82(3)
9. Lee BJ ,Pack.Giant Intra canalicular Fibroadenomyxoma of the Breast The So-Called Cystosarcoma Phyllodes of Johannes Muller. Am. J. Cancer 193115:2583.
10. Owens FM, Adams WE: Giant Intra canalicular Fibroadenoma of the Breast. Arch. Surg.1941;43:588
11. Cooper WG; Ackerman. Cystosarcoma phyllodes: With a Consideration of His More Malignant Variety.Surg, Gynecol.Obstetric 1943.;77:279.
12. Macdonald JR,Harrington SW:Giant Fibroadenoma of the Breast.Ann surg;1950;133:243.
13. Foote FW, Stewart FW:A Histologic Clasification of the Carcinoma of The Breast.Surgery;1946.19:74
14. Oberman HA: Cystosarcoma Phyllodes : A clinicopathological Study.Cancer 1965.18:697-710.
15. Blichter-Toft,Hansen:Clinical Course of Cystosarcoma Phyllodes Related to Histological Appearance.surg. Ginecol Obst. 1975;140:929
16. Azzopardi JG,Ahmed et al:Problems in Breast Pathology. WB Saunders,London, 1979.
17. Fernández-Cid et al. Mastología. Ed.Masson-Doyma. Barcelona España. 2000;749-756.
18. reinfus M , Mitus J. The Treatment and Prognosis of patients with Filoides Tumour.Cancer;1996
19. Miranda H,Serrano JA.Sandoval et al:Cystosarcoma Phyllodes: Experiencia de 10 años. Rev. Med. Hosp.. Gral Mex.1979;42 (10).
20. Gabrielle R, Borguese M Corigliano N et al:Phyllodes tumours of The Breast; Personal Contribution of 21 Cases G. chirur.2000;21 (11-12) 453-456.
21. Travade, Isnard et al: Imagrie de la Patologie Mamarie .Masson ,Paris.1994.
22. Frougel C. Strategie Diagnostique en Senologie. Masson,Paris.1995
23. Farria DM et al. Benign Phyllodes Tumour of the Breast:MR imaging Features. AJR 1996;167: 187-189.

24. Modena S et al :Filoides Tumour of the Breast:Problems of Differential Diagnosis...Eur. J of Surg. Oncol. 1993;19:70-73.
25. Libermann L , Bonaccio:Benign and Malignant Phyllodes tumor: Mammographic and Sonographic Findings.Radiology, 1996,198:121-124.
26. Libermann L.Clinical Management issues in Percutaneous Core Breast Biopsy.Radiol. Clin. Of N. Am. 2000;38(4)
27. Lee WY et al: Fine Needle Aspiration Cytology of Adenomyoepithelioma of the Breast.Acta Citol: 2000;44(3):488-490.
28. Rao CR et al Cystosarcoma Phyllodes:Diagnosis by Fine-Needle Aspiration Cytology.Acta Cytol.1992;36:203-207.
29. Powell CM, Rosen PP: Adypose differentiation in Cystosarcoma filodesAm. J. Surg. Pathol.1994: 18:720-727.
30. Bland KI,Copeland EM.La Mama.Ed. Panamericana. 2000;209-211,320-323.
31. ShimizuK,Masawa N: Cytologic evaluation of Filodes Tumor;Acta Cytol. 1994 (38),891-897.
32. Cristensen L,Nielsen M:Cystosarcoma Phyllodes. A Review of 19 cases With Emphasis in the Occurrence of Associated Breast Carcinoma.Acta Pathol, Mycrobiol Immunol. Scand.1986 (94)
33. Paulsen F, Belka.Cystosarcoma phyllodes Malignum:a case report.Int j. Hyperthermia 2000;16 (4)
34. Salvadori B, Cusumano et al:Surgical treatment of Phyllodes Tumors.Cancer;1989, 63.
35. Hawkings RE, Schofield.Ifosfamide is an active drug for chemotherapy of metastatic Cystosarcoma Phyllodes.Cancer 1992 (69),
36. Chaney AW. Primary Treatment of Cystosarcoma Phyllodes .Cancer;2001;89(7)
37. Mazy S, Justin H:Phyllodes Tumors of the Breast.JBR-BTR,1999,82(3)
38. Ueyama B, Abbe Y.Onishi Y.In Vivo Chemosensibility of Human Malignant Cystosarcoma Phyllodes Xenografts. Oncol. Rep. 2000 7(2)
39. Mokbel K, Choy C et al : Factors Leading Local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours.Br. J. of Surg.1999.86(8):1094-1095.
40. Barth RJ:Histologic Features predict Local recurrence After Breast Conserving Therapy of phyllodes Tumors. Breast cancer Research treatment;1999;57(3):291-295.
41. Scala M,Mereu P: Malignant Phyllodes Tumor With Liposarcomatous Differentiation.Minerva Chir.1999,54 (5):355-358.
42. Matsuo KK,Fukutomi T:A case of malignant Phyllodes Tumor of the Breast With Osteosarcomatous Features..Breast Cancer 2001;8(1)
43. Deen SA,McKee GT:Differential cytologic features of fibroepithelial lesions. Diagnostic Cytopathol.1999;20(2):53-56.
44. Feakins RM et al :Platelet derivated Growth expression of Phyllodes Tumors.Hum.Pathol.2000 31(10):1214-1222.
45. Kobayashi S. Consentively Occurring Multiples Fibroadenomas of the Breast distinguished form phyllodes Tumors By clonality analisis of stromal Tissue. Breast Cancer 1999;25:6(3):201-206.

46. Bernstein Let al:The descripting Epidemiology of Malignant Cystosarcoma Phyllodes..Cancer 1993;71:3024.
47. Lester J,Stout AP:Cystosarcoma Phyllodes. Cancer 1954.7:335-353.
48. Dehner et al:Pathology of the Breast in Children, Adolescent and adults. Semin. Diagn. Pathol.1999 16(3).
49. Gildener C et al:Border line phyllodes tumor in a 11 – year- old – girl.Pediatrics int.1999. 15(5-6)
50. Turalba CIC et al.El –Mahdi:Fatal Metastatic Cystosarcoma phyllodes in a n adolescent female.Case Report.J. Surg. Oncol. 1986.33:276-281
51. Hines JR et al:pronostic indicators in cystosarcoma Phyllodes. Am. Journal of Surgery 1987;153:276-280.
52. Hawkings RE, Schoeffeld:The Clinical and Histological Criteria Predict Metástasis in Cystosarcoma phyllodes.
53. Ward RM et al:Cystosarcoma phyllodes: A clinicopathological study of 26 cases.Cancer 1986;58:2282-2289.
54. Amerson JR. Cystosarcoma Phyllodes in adolescent female, A report of seven patients. Ann, Surg.1970;1971:849-843.
55. Hoover CH et al:Metastatic Cystosarcoma Phyllodes in an adolescent girl. An Unusually Malignant Tumor.Ann Surg. 1975.181:279-282.
56. Grimes MM: Cystosarcoma phyllodes Of the Breast: Hystological Features.Mod. Pathol 1992;5;232-239
57. Hart J,Layfield:Practical Aspects in the diagnosis and management of cistosarcoma phyllodes.Arch. Surg. 1988;123;1070-1083.
58. Simi U et al:Fine Needle Aspiration Cytopathology...Acta Cytol1988;32;63-66.
59. Fain JS et al:Cistosarcoma Phyllodes in Seminal Vesicle.Cancer 1993;71;2055-2061.
60. Halling et al:Prostatic phyllodes Tumor...Am J, Clin.Pathol:1993,100:320.