

## TUMOR *PHYLLODES* DE MAMA

Gustavo Gil,\* Diego Chávez,\*\* Mariela Kugler,\*\* Patricia Cabaleiro \*\*\*

---

### RESUMEN

#### Introducción

El tumor *phylloides* de mama es un tipo de lesión fibroepitelial de la mama poco frecuente, con distintas formas de presentación clínica, con un amplio marco de presentación tanto clínica como comportamiento biológico.

Las formas menos agresivas o benignas presentan un comportamiento similar a la evolución de los fibroadenomas; sin embargo, las formas malignas suelen presentar un comportamiento más agresivo. El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia, métodos de detección, clasificación, terapéutica y evolución de los tumores *phylloides*.

#### Material y método

Estudio retrospectivo descriptivo, realizado durante el período comprendido entre junio de 2000 y junio de 2010, se operaron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Policlínico Neuquén, 132 pacientes con diagnóstico de tumores fibroepiteliales de mama, de los cuales 14 casos tuvieron en el estudio de la pieza operatoria diagnóstico anatomopatológico de tumor *phylloides*.

Utilizando los criterios histológicos de la OMS, se los dividió en benignos, *borderline* y malignos; de ellos, resultaron 13 benignos y 1 maligno.

#### Resultados

La incidencia de esta entidad fue del 10,6%. La edad promedio fue 28,2 años (rango 15 a 45 años). El motivo de consulta en todos los casos fue tumor palpable de crecimiento rápido. De los 14 casos, 13/132 fueron histológicamente benignos (92,85%) y 1/132 maligno (7,14%), siendo el tamaño tumoral patológico promedio de 2,75 cm (rango 1,5-4,0 cm). El diagnóstico de certeza sólo lo dio el examen anatomopatológico diferido de la pieza quirúrgica.

La terapéutica fue quirúrgica en la totalidad de los casos, se efectuó escisión quirúrgica de la lesión para las formas benignas y se efectuó ampliación quirúrgica, radioterapia y quimioterapia, en la forma maligna. Hasta la fecha todas las pacientes benignas se encuentran libres de enfermedad.

#### Discusión y conclusiones

El tumor *phylloides* es poco frecuente, pero debe ser tenido en cuenta ante todo tumor mamario que aumenta rápidamente de tamaño. Se deben evaluar de manera sistemática las variables histológicas que permitan conocer la agresividad del tumor. El diagnóstico de certeza sólo lo dio el examen anatomopatológico diferido del material extirpado.

#### Palabras clave

Tumor *phylloides*. Cáncer de mama. Tumores fibroepiteliales. Mamografía. Biopsia.

---

\* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Policlínico Neuquén.

\*\* Médico colaborador externo.

\*\*\* Médica patóloga de Servicio de Anatomía Patológica, Neuquén.  
Correo electrónico para el Dr. Gustavo Gil: seijogil@infovia.com.ar

## SUMMARY

### Introduction

The breast phyllodes tumor is a rare tumor that lies within tumors fibroepithelial's of breast, with a broad range of clinical and biological behavior. Less aggressive or benign forms presented a pattern similar to the fibroadenomas, however malignant forms tend to have a more aggressive behavior. The object of this study is to make a review of our series approaches its frequency, detection, classification, treatment and evolution.

### Material and methods

Retrospective and descriptive study developed in the period between June 2000 and June of 2010, were treated in Gynecology and Obstetrics Service of the Policlínico Neuquén, 132 patients with presumptive diagnosis of breast fibroepithelial tumors, of which 14 were diagnostic pathology of phyllodes tumors, using histological criteria of the OMS, there were intermediate in benign or low grade of malignancy, and malignant, benign 13 resulting and 1 malignant.

### Results

The incidence of this entity in our institution was 10.6%. The median age was 28.2 years (range from 15 to 45). The reason for consultation in all cases was: palpable tumor of rapid growth. Of the 14 cases, 13 were histologically benign (92.85%) and one malignant (7.14%), being the average tumor size 2.75 cm (range: 1.5-4.0 cm). The diagnosis of certainty only as gave consideration deferred pathology of the surgical piece. Therapy was surgical in all of the cases, it took surgical excision of the lesion to the benign forms, and associated surgical enlargement, radiotherapy and chemotherapy for the malignant form. To date, all patients are free of disease.

### Discussion and conclusions

Phyllodes tumor is rare, but must be taken into account first and foremost breast lump that increases in size quickly. The histological variables that reveal the aggressiveness of the tumor should be evaluated in a systematic way. The diagnosis of certainty only as gave consideration deferred pathology of the excised material.

### Key words

Phyllodes tumor. Breast cancer. Fibroepithelial tumor. Mammography. Biopsy.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores *phyllodes* son un grupo heterogéneo de neoplasias bifásicas que consisten en una proliferación de componentes estromales y epiteliales. Están caracterizadas por una doble capa epitelial dispuestas en hendiduras, rodeadas por un componente hiper celular estromal/mesenquimal que forman estructuras similares a hojas (Figuras 1 a 4). Se clasifica en categorías benignos, *borderline* y malignos, en base a una combinación de criterios histológicos, que inclu-

yen el grado de hiper celularidad estromal, actividad mitótica, atipia citológica, el crecimiento estromal y la naturaleza de los márgenes tumorales.<sup>1</sup>

Inicialmente fue llamado cistosarcoma *phyllodes*, término que se dejó de utilizar ya que realmente no son auténticos sarcomas, dado su comportamiento biológico y su origen celular. Es una entidad poco frecuente, abarca el 0,3-1,0% de todos los tumores mamarios y el 2,5% de todos los tumores fibroepiteliales mamarios. Afecta principalmente a mujeres en torno a la

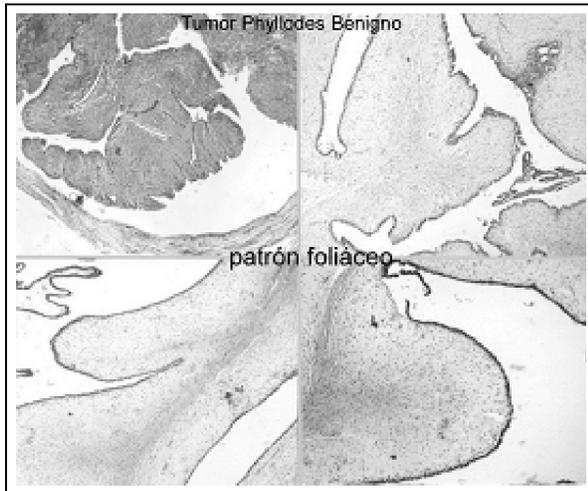


Figura 1.

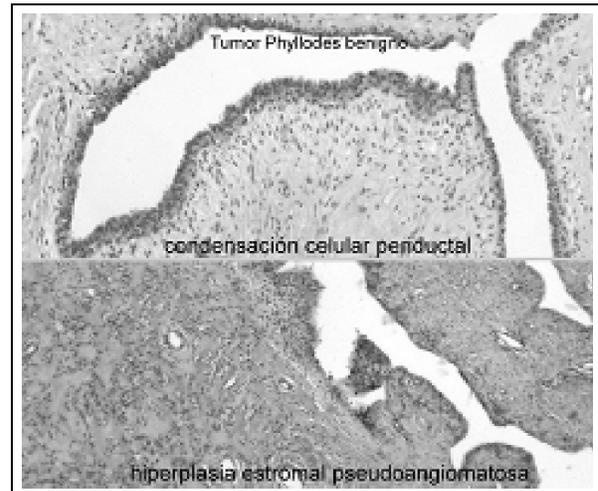


Figura 3.

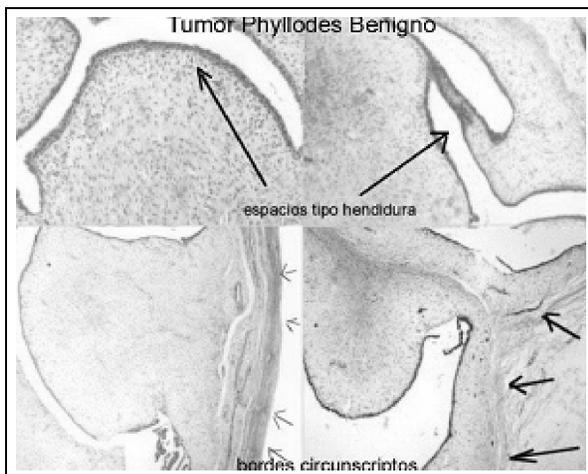


Figura 2.

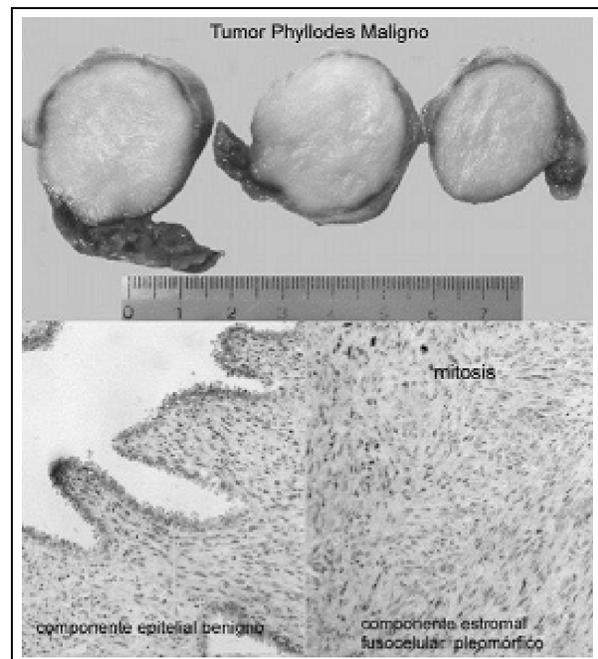


Figura 4.

cuarta década de la vida. El pronóstico de los tumores *phyllodes*, en general es favorable, aunque varía en función de si se trata de formas benignas, *borderline* o malignas, con una tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años de hasta el 80% para las formas malignas.<sup>2</sup> El tratamiento debe ser conservador dado su comportamiento biológico y su baja agresividad en formas benignas y *borderline*.

El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia, métodos de detección, clasificación, terapéutica y evolución, de los tumores *phyllodes*.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de todas las pacientes operadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Policlínico Neuquén, entre junio de 2000 y junio de 2010,

con diagnóstico de tumor fibroepitelial; el grupo quedó comprendido por 132 pacientes a las cuales se le efectuó tumorectomía. Del estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas, resultaron 14 pacientes con diagnóstico de tumor *phylloides* de la mama, 13 de ellas benignos y 1 maligno.

El diagnóstico de tumor *phylloides* se realizó mediante tinción de hematoxilina y eosina, acorde a los criterios de la Organización Mundial de la Salud.<sup>5</sup> Los tumores fueron clasificados en benignos, *borderline* y malignos, en base a las características histológicas de celularidad estromal, atipia estromal, bordes del tumor, actividad mitótica, sobrecrecimiento estromal y presencia de elementos heterólogos malignos.<sup>5</sup> Para cada paciente se evaluaron la edad al momento del diagnóstico, estudios imaginológicos, citología o histología prequirúrgica, tipo de cirugía, características histológicas y supervivencia. Se evalúan características demográficas, tamaño de la lesión, resultado del estudio anatomopatológico, tipo de tratamiento, control y sobrevida.

## RESULTADOS

La edad media al diagnóstico de las pacientes en nuestro grupo fue de 28,2 años (rango 15-45 años; Tabla I), las pacientes fueron remitidas a nuestras consultas por presentar nódulo en la mama, detectado en la gran mayoría de los casos por autopalpacación. Las pacientes refirieron como sintomatología tumor o nódulo mamario con clínica de haber presentado crecimiento dentro de un período de control anual y en algún caso semestral, y que clínicamente se presentó de consistencia duro elástica, mayormente móviles y en algún caso doloroso. En la casuística no se presentaron otros signos de piel o ulceración. El tamaño medio de la lesión a la exploración fue de 2,75 cm (rango 1,5-4,0 cm). En el 70% de los casos el nódulo se localizaba en cuadrante superior externo. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la mama

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| Edad (años)               | 28,2 (15,0-45,0) |
| Tamaño tumoral medio (cm) | 2,75 (1,50-4,00) |
| Tipo histológico          |                  |
| Benigno                   | 13 (98,85%)      |
| <i>Borderline</i>         | 0                |
| Maligno                   | 1 (7,15%)        |
| Tipo de cirugía           |                  |
| Tumorectomía              | 14               |
| Mastectomía               | 0                |

**Tabla I.** Características clínico-patológicas de las pacientes con tumor *phylloides*.

afectada, siendo 8 tumores *phylloides* para la mama derecha y 6 tumores para la izquierda.

Se realizó mamografía en 4 casos, clasificadas como BI-RADS 3, imagen nodular lobulada, con aumento de la densidad, en los demás casos se realizó ecografía debido a las edades de las pacientes. Ecograficamente el tumor aparece como una masa sólida de contornos lisos o lobulados, ocasionalmente con componentes quísticos. Como otras pruebas complementarias, en los casos de edades de más de 35 años realizamos punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en 4 pacientes. Dentro de los resultados citológicos, en las pacientes que se realizó PAAF, arrojaron diagnóstico posible de *phylloides* en 2 casos (50%); 1 caso (25%) posible fibroadenoma y 1 caso (25%) no era concluyente. En todos los casos se procedió a realizar tumorectomía de la lesión. No se realizaron punciones histológicas por no contar en ese período con dicho instrumental.

La terapéutica quirúrgica fue la tumorectomía; en 9 casos posterior al diagnóstico de tumor *phylloides* se realizó ampliación de los márgenes; no se llevó a cabo ninguna mastectomía.

En nuestra serie con bajo número de pacientes nos encontramos que en el 92,85%, (13/132) de los casos se trataban de formas benignas, y el 7,14%, (1/132) era maligno. El seguimiento se realizó en forma anual para las formas benignas, no observando recaídas locales, con un seguimiento promedio de 50 meses, con rango de 1 a

156 meses, teniendo una sobrevida libre de enfermedad del 100% para ese grupo. En el caso de la forma maligna, se realizó recuadrantectomía con márgenes libres de enfermedad. El equipo oncológico llevó a cabo tratamiento de radioterapia y quimioterapia (6 ciclos de doxorubicina más dacarbacina), presentando recaída sistémica pulmonar a los 38 meses de seguimiento y fallecimiento con una sobrevida global de 46 meses.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los tumores *phyllodes* en nuestro estudio resultaron ser el 10% de los tumores fibroepiteliales. Hemos observado un índice de edad más bajo que la literatura, en nuestro grupo de pacientes. Este tipo de tumores se da en mujeres en torno a los 40 años, con un rango de edad que varía entre los 10-82 años,<sup>4,5</sup> destacando que nuestra muestra fue realizada en pacientes asistidas en sanatorio médico privado, con cobertura de obra social y en una provincia con índice importante de población joven.

Como implicancia decimos que tumores de mujeres jóvenes con crecimiento rápido tienen alta posibilidad de ser tumores *phyllodes*. Existiendo en la literatura tumores de tamaño mucho mayor con una media habitual de 5 a 6 cm,<sup>6</sup> mientras que en nuestra serie el promedio fue de 2,75 cm de tamaño.

Podemos destacar como limitaciones que la muestra de nuestro estudio fue pequeña con sólo 14 pacientes. Que no se realizó biopsia histológica por no contar en ese período, con instrumental para biopsia *core*.

Es muy probable que la muestra no sea representativa de la población.

Nos parece importante haber realizado la muestra en una provincia del interior, no realizado anteriormente, y en una provincia con mediano índice poblacional.

Se destaca también haber sido realizado el estudio en un mismo centro asistencial quirúrgico,

con el mismo equipo de cirujanos y el mismo anatomopatólogo.

Tras esta revisión retrospectiva se concluye que los tumores *phyllodes* son más frecuentes en la cuarta década de la vida. No obstante, en nuestra casuística observamos una disminución en el grupo etario con un promedio de 28 años de edad. Se presentan como nódulos de rápido crecimiento, siendo su localización más frecuente en el cuadrante superior externo. El diagnóstico diferencial se realiza con fibroadenoma y el diagnóstico definitivo es anatomopatológico,<sup>7</sup> no existiendo hallazgos patognomónicos en las pruebas de imagen.

El tratamiento de elección es conservador con márgenes de seguridad de al menos 1 cm, dejando el uso de radioterapia y quimioterapia para las formas agresivas.

Por los anteriores hallazgos concluimos que se debería sospechar un tumor *phyllodes* en toda paciente joven que presente nodularidad con aumento de tamaño.

## REFERENCIAS

1. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. WHO Classification of Tumours of the Breast. 4th Edition. Lyon: IARC 2012; p.143.
2. Mac Donald OK, Lee CM, Tward JD, Chappel CD, Gaffney DK. Malignant phyllodes tumor of the female breast: association of primary therapy with cause-specific survival from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Cancer* 2006; 107: 2127-33.
3. Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A, Rys J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: An analysis of 170 cases. *Cancer* 1996; 77: 910-6.
4. Geisler DP, Boyle MJ, Malnar KF, McGee JM, Nolen MC, Fortner SM, Broughan TA. Phyllodes tumors of the breast: a review of 32 cases. *Am Surg* 2000; 66: 360-6.
5. Tavassoli FA, Devilee P. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. In: World Health Organization Classification of Tumors, Lyons, IARC Press, 2003; p.99.

6. Barrio AV, Clark BD, Goldberg JI, Hoque LW, Bernik SF, Flynn LW, Susnik B, Giri D, Polo K, Patil S, Van Zee KJ. Clinicopathologic features and long-term outcomes of 293 phyllodes tumors of the breast. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 2961-70.
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines. Breast Cancer Guideline 2007. Hallado en: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)

## DEBATE

**Dr. Uriburu:** A mi también me llama la atención, por lo que sabemos de la literatura, el promedio de edad y del tamaño del tumor. ¿Hicieron alguna presentación en *borderline*?

**Dr. Gil:** Lo primero que nos llamó la atención fue la cantidad que había en el grupo y la baja edad. Entonces, se le pidió al equipo de anatomía patológica que había hecho los diagnósticos, de revisar todos y se confirmó que en nuestra serie no había ningún *borderline*. Los 13 casos fueron benignos y sólo 1 caso fue maligno. Con respecto a la primera parte de la observación, es cierto. Es llamativo y no se condice con la población; me parece interesante explicarlo. Nosotros trabajamos en privado y con un centro de anatomía patológica que recluta las pacientes de cuatro equipos médicos privados. La estadística de ese centro en el período del 2000 al 2010 nos da que hubo 1.100 tumores fibroepiteliales, de los cuales dieron 23 tumores *phyllodes*. Por lo tanto, la estadística baja y nos da un 2%, que es la realidad. Por eso, concluimos que no es representativa de la población. También con respecto a todos los tumores reclutados por el centro de anatomía patológica que son 2.323 entre benignos y malignos, nos da el 1%. Pero en el servicio donde yo trabajo tuvimos 132 tumores, de los 23 reclutamos 14 casos. Entonces, estadísticamente no creo que sea representativo de la población. Es una población con mucho control desde corta edad, porque se trabaja desde infanto-juvenil y control mastológico-ginecológico desde el principio.

**Dr. Dávalos:** Ustedes tuvieron un caso de tumor *phyllodes* maligno que lo sacaron con tumorectomía con margen, creo que en este caso usaron radioterapia y quimioterapia. ¿Cuál es la evolución de esta paciente?

**Dr. Gil:** Es una paciente 39 años de edad con un tumor de 4 cm. Se hizo el diagnóstico en la cuadrantectomía que arrojó un tumor maligno. Se volvió a operar con una cuadrantectomía amplia, se lograron bordes libres. Nosotros trabajamos en un sanatorio con un equipo de oncología clínica. Los oncólogos clínicos determinaron hacerle radioterapia y quimioterapia. La evolución fue desde el 2009; en el 2012 hizo una recaída sistémica, no local. Hizo una recaída sistémica pulmonar, porque son tumores que por vía hematógena hacen su progresión. En 6 meses posteriores se produjo su óbito. El tratamiento que se le hizo, creo que fue pensado más a sarcoma que lo que es la mama en sí; pero su óbito se produjo en el término de 4 años.

**Dr. Dávalos:** Quería saber si ustedes tienen como norma en los *phyllodes* malignos, tratarlos con radioterapia y quimioterapia.

**Dr. Gil:** No, no es norma nuestra. Por eso le decía, es una decisión del equipo oncológico clínico que actúa en el sanatorio donde estoy; no es una decisión personal. Con la radioterapia y la quimioterapia está evaluado que no se obtienen logros importantes, pero ellos determinaron hacerlas.

**Dr. Castaño:** Lo felicito por el trabajo. Es altamente sugerente la presencia de imágenes tipo peusoquísticas y sobre todo aumenta la sospecha cuando uno tiene pacientes mayores de 40 años, que indica algún tipo de singularidad que no es habitual.

**Dr. Gil:** Estoy de acuerdo. Los quistes marcan inclusive la posibilidad de mayor agresividad y mayor alto grado, y el refuerzo posterior también es importante en algunos casos. Con respecto a la resonancia si bien no lo comenté, también es importante en el futuro para ver los márgenes de resección que se va a realizar.