

# REPORT CASE: PACIENTE DE 24 AÑOS CON TUMOR PHYLLODES MALIGNO

Ornella Sturla,\* María Luján Crosbie,\*\* Anabela Ursino,\*\*  
Mirta Calissano\*\*

---

## RESUMEN

### Introducción

El tumor Phyllodes es un tumor mamario infrecuente, de estirpe fibroepitelial, que tiene generalmente un comportamiento benigno.

### Material y método

Presentamos un caso clínico de tumor Phyllodes Maligno unilateral con metástasis pulmonar.

### Discusión

El 5% de los Phyllodes Malignos degeneran a lesiones sarcomatosas desprovistas de crecimiento epitelial.

### Conclusiones

Se debe sospechar tumor Phyllodes ante toda masa voluminosa y móvil de crecimiento rápido, para correcto diagnóstico y tratamiento.

### Palabras clave

MAMA. PHYLLODES. MALIGNIDAD.

---

\* Servicio de Tocoginecología del CMPF Churrucá-Visca.

\*\* Servicio de Ginecología, Sección Patología Mamaria del CMPF Churrucá-Visca.

Correo electrónico de contacto: orne16@yahoo.com

## SUMMARY

### Introduction

Phyllodes Tumor is an infrequent fibroepithelial breast tumor, which usually has a benign behavior.

### Materials and method

Report case of a 24 year old female patient with unilateral malignant Phyllodes Tumor with pulmonary metastases.

### Discussion

The 5% became into sarcomatous lesions without epithelial growth.

### Conclusions

Suspect Phyllodes Tumor to large mass of rapid growth, for correct diagnosis and treatment.

### Key words

BREAST. PHYLLODES TUMOR. MALIGNANCY.

## INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de mama son neoplasias malignas del tejido mesenquimático, con una incidencia menor al 1% de todos los tumores malignos mamarios y menor al 5% de todos los sarcomas de tejidos blandos.<sup>(1)</sup>

Este tipo de tumor fue descrito por primera vez en 1838 por Muller como un tumor quístico con hendiduras, al que denominó Cistosarcoma Filodes, si bien Lee publicó recién el primer caso en 1931.<sup>(2)</sup> La OMS recomienda clasificarlos en Phyllodes Benigno, Borderline y Maligno, según el número de mitosis, considerando maligno aquel que presenta más de 10. Menos del 50% presentan malignidad histológica, y menos del 5% tienen ganglios linfáticos metastásicos, acorde a su diseminación hematógena.

Se dan entre los 40 y 50 años de edad; son más frecuentes en las mujeres de raza negra y extremadamente raros en el sexo masculino.

En ellos se observa una composición epitelial y estromal; esta última es el componente de mayor agresividad. Representan solo un 2,5% de los tumores fibroepiteliales y son los fibroadenomas más frecuentes. Utilizando biología molecular, se demostró la monoclonalidad del componente estromal frente a la naturaleza policlonal del componente epitelial, lo que apoya el concepto del componente estromal como el neoplásico.

Suele ser difícil diferenciarlos del fibroadenoma; se presentan con mayor tamaño y con un crecimiento acelerado, pudiendo alcanzar 40 cm. Son tumores bien circunscriptos, lobulados, con necrosis y hemorragia, con circulación colateral y sin retracción.

Los sarcomas originados en fibroadenomas son los más frecuentes; al inicio presentan crecimiento lento y luego evolucionan rápidamente. Dentro de los sarcomas puros, el más común es el fibrosarcoma (25%), forma que se caracteriza por un crecimiento rápido desde su inicio.<sup>(3)</sup>

El tratamiento *gold standard* es la resección amplia: se sugiere mastectomía simple, incluyendo la aponeurosis del pectoral mayor, asociada a radioterapia y quimioterapia adyuvante.

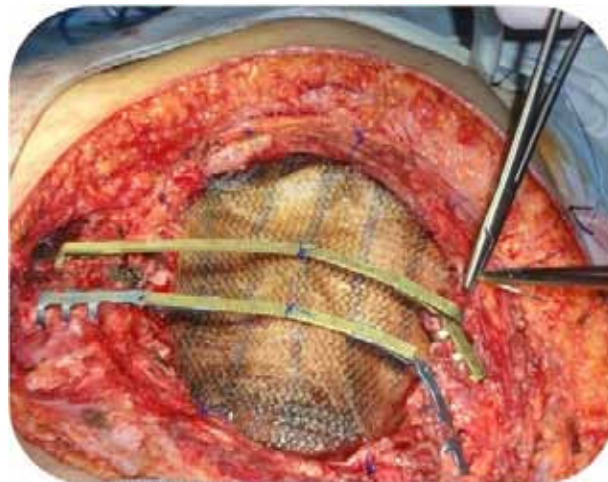
En este trabajo se describe un caso clínico de tumor Phyllodes Maligno con metástasis pulmonar, al cual se le realizó tratamiento quirúrgico seguido de quimioterapia y radioterapia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 24 años de edad, nuligesta, sin antecedentes familiares de relevancia, que consulta en forma extrahospitalaria por mastalgia de mama derecha asociada a aumento de volumen; en ecografía mamaria se evidencia formación heterogénea de 12 cm y 800 cc, doppler positiva. Se le realiza mastectomía parcial de mama derecha, cuya anatomía patológica informa tumor maligno de 12 cm con atipia nuclear y alto índice mitótico, incluyendo músculo esquelético comprometido, con perfil inmunofenotípico correspondiente a Phyllodes Maligno; el rastreo postquirúrgico fue negativo.

A los dos meses, consulta a la sección de Patología Mamaria de nuestro hospital por detectarse formación tumoral en mama derecha, asociado a mastalgia. En remanente de mama derecha, se constata un tumor de 8 cm, duro, con áreas quísticas y ulceradas. En estudios por imágenes se evidencia: voluminosa formación heterogénea de 8 cm, entre el nivel del 1° al 4° arco costal derecho, con áreas líticas, que infiltra plano graso retroesternal y pleura parietal; y en lóbulo inferior del pulmón derecho, nódulo sólido de 2 cm con realce al contraste endovenoso, compatible con secundarismo pulmonar.

**Figura 1.** Reconstrucción de arcos costales



Se presenta el caso clínico en comité de tumores; se realiza mastectomía, con resección del 2do al 4to arco costal, metastasectomía pulmonar con colgajo pediculado de dorsal ancho y dermolipectomía, resecando tres ganglios linfáticos adenomegálicos. La anatomía patológica informa: neoplasia maligna fusocelular y pleomórfica de alto grado, con áreas de diferenciación osteoblástica y condroblástica de 13 cm con alto índice mitótico; se observa lesión que infiltra y ulcerla piel, el pezón y el tejido costal resecado, presentando necrosis en menos de 50% del tumor; se detecta márgenes quirúrgicos libres y ganglios linfáticos sin neoplasia. A nivel pulmonar, informa metástasis de neoplasia fusocelular y pleomórfica de alto grado, de 2,3 cm con márgenes quirúrgicos libres de tumor.

Posteriormente, la paciente realiza quimioterapia, con 6 ciclos de Isofosfamida y Doxorubicina seguidos de radioterapia, intercurriendo con neumonitis subaguda. A los 15 meses de la cirugía radical, desarrolla metástasis pulmonares y compromiso lumbar. Fallece en agosto de 2013.

## DISCUSIÓN

Si bien la edad promedio de incidencia es de 40 años, en nuestra paciente ocurrió 15 años antes que la edad media.

Parece haber consenso en la relación entre la extensión a distancia y el sobrecrecimiento estromal, así como en la relación de la recurrencia con márgenes menores a 1 cm. Las formas más agresivas pueden recaer como metástasis a distancia, degenerando a lesiones sarcomatosas desprovistas de crecimiento epitelial.<sup>(4)</sup> Esa variante metastásica es infrecuente: alcanza solo el 5% de los tumores Phyllodes.<sup>(5)</sup>

En menos del 5% de los casos se aprecian adenopatías axilares metastásicas, coincidente con la situación de la paciente del caso, quien presentó los 3 ganglios linfáticos resecados libres de neoplasia.

Aunque se han utilizado varios esquemas de quimioterapia adyuvante, existe dificultad en la elección de la droga, por la falta de estudios prospectivos. El valor de la radioterapia pre o postoperatoria aún no está claramente definido, si bien existiría radiosensibilidad general de los sarcomas de tejidos blandos.

Contar con un equipo transdisciplinario, favorece la sumatoria de estrategias terapéuticas. Los cirujanos torácicos aportan, en este tipo de pacientes, la visión integradora, basándose en lesión única y funcionalidad respiratoria conservada. La rotación del músculo dorsal ancho es de las técnicas reconstructivas más utilizadas, descripto por primera vez por Tansini en 1896.

## CONCLUSIONES

Es fundamental, aun con su baja incidencia, profundizar en el conocimiento de esta patología para un diagnóstico rápido y un tratamiento integral, a fin de incrementar el tiempo libre de enfermedad.

El diagnóstico es inicialmente clínico, seguido

de técnicas de imagen complementarias. La PAAF no resulta útil, dada la combinación de zonas acelulares y sarcomatoides, siendo más efectiva la biopsia histológica.

El tratamiento de elección es la cirugía radical sin linfadenectomía, influyendo la cirugía conservadora en próximas recidivas tumorales.

Ante una masa palpable de crecimiento rápido, gran tamaño, delimitada y móvil, debemos sospechar esta enfermedad para establecer un pronto diagnóstico y un acertado manejo, debido a su alta capacidad de recidiva y tempranas metástasis.

## REFERENCIAS

1. Wei Lum Y, Jacobs, L. Sarcoma mamario primario. *Surg Clin N Am* 2008; 88: 559-569.
2. Lee B, Pack G. Giant intracanalicular fibroadenomyxoma of the breast. *Am J Cancer* 1931; 15: 2583.
3. Uriburu JV y cols. La Mama. Segunda edición. López Libros Editores, 1983.
4. Chaney AW, Pollack A, McNeese MD, Zagars GK, Pisters PW, Pollock RE, Hunt KK. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89(7): 1502-11, oct.
5. Petrek J. Phyllodes tumors. En Harris JR, Lippman ME, Morrow M *et al.*, eds. Diseases of the breast. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2000, pp. 669-675.

## DEBATE

**Dr. Montesinos:** Quisiera plantear algunas preguntas, porque la exposición fue muy buena, muy organizada y tal vez se me pasó algún detalle. Primera pregunta: ¿en alguna de las dos operaciones hubo biopsias prequirúrgicas? Segunda pregunta: ¿los márgenes fueron libres después de la primera ope-

ración? Tercera pregunta: después de la primera operación, ¿recibió la paciente algún tratamiento adyuvante?

**Dra. Sturla:** Respondo en orden. No tuvo biopsias previas. En la primera fue operada en el servicio de otro hospital y en la segunda ya la recibimos nosotros con el informe de la cirugía previa. Con respecto a la segunda pregunta, la de los márgenes, la primera cirugía no sabemos si tenía márgenes, pero sí tenemos el informe que decía que el músculo estaba invadido por la neoplasia; eso es todo lo que decía el informe anatomopatológico del otro hospital. En la cirugía definitiva en el Hospital Churrucá, los márgenes estaban libres de neoplasia, y después de la primera cirugía no recibió ningún tratamiento adyuvante. Ella consultó a los dos meses por mastalgia severa y también por dolor a nivel axilar, prácticamente con imposibilidad de movilizar el miembro superior derecho.

**Dra. Calissano:** Cabe destacar que esta paciente fue traída al Hospital un día a la tarde; nosotros la recibimos como una chica de 24 años con dolor. El valor de la presentación que hizo la doctora –que estaba de residente en ese momento y que recibió a la paciente, sin márgenes, sin rastreo, sin tratamiento complementario–, no tiene como objetivo discutir lo que pasó, sino mostrar que, con lo que tuvimos, resultó lo mejor posible. Fue de mucha dificultad armar un equipo transdisciplinario, porque en el

tiempo que nos costó reunir el comité de tumores y los equipos se duplicó el tamaño del tumor.

**Auditorio:** Para redondear la presentación, en todos estos tumores que tienen rápido crecimiento y que sabemos que van a tener mala evolución, es fundamental la primera cirugía. Esta no tiene que ser dubitativa, porque la doctora dijo mastectomía parcial; se llama cirugía conservadora; no existe la mastectomía parcial. Es muy importante que la primera cirugía sea una mastectomía. Si tenía compromiso del músculo, tendría que haberse resecado ampliamente el músculo. De esto no hay duda. Falta también en el estudio de esta paciente la tomografía de tórax. El primer lugar donde hacen metástasis estos tumores es en el pulmón. Tiene un centellograma óseo, un estudio y una ecografía abdominal. En ningún lugar figura que tiene hecha la tomografía. Otro detalle que es importante es que la segunda cirugía fue una cirugía de rescate, una toilette. Yo creo que, al tener compromiso de la parrilla costal y tener expuesto el pulmón, se aprovechó para hacer la cirugía de la metástasis pulmonar. Pero no tiene ninguna finalidad, no tiene ningún beneficio, porque el futuro de esa paciente ya estaba signado por la metástasis pulmonar y esa cirugía no le iba a resolver otras cosas. Creo que fue una toilette amplia lo que se intentó hacer, llevar un colgajo, mejorar todo esto seguramente, ya que era una mujer de 24 años y había que tratar de ayudarla.