

TUMOR FILOIDES: INFORME Y ESTUDIO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Víctor Fernández*, Ernesto Molina*, Patricia Recuay, Katia Arce, Noé García, Marco Martina

RESUMEN

El cistosarcoma filoides es una rara variante de cáncer de mama, que se forma a partir del estroma (tejido conectivo) de mama, en contraste con los carcinomas, que se desarrollan en los conductos o lóbulos. Los tumores filoides suelen ser benignos, pero en raras ocasiones pueden ser malignos (con posibilidad de propagarse). Informamos sobre una paciente con esta patología, que fue referida a nuestro centro por presentar tumoración y dolor en mama derecha, de 15 años de evolución, cuyo diagnóstico fue sospechado por hallazgos de ultrasonido y mamografía, encontrándose en sala de operaciones una tumoración de 20 cm de diámetro, lo que fue confirmado por anatomía patológica.

Palabras clave: Tumor filoides; Cáncer de mama; Ultrasonido; Mamografía.

Rev Per Ginecol Obstet 2003; 49: 134-136

SUMMARY

Phyllodes cystosarcoma is a rare variant of breast cancer originating from breast stroma (connective tissue), in contrast with carcinomas that develop in ducts or lobules. Phyllodes tumors are usually benign, but on occasions may be malignant (with spreading potential). We report on a patient with this pathology referred to our hospital because of right breast tumor and pain of 15 years evolution. Diagnosis was suspected by ultrasound and mammogram findings. On surgery, a 20 cm in diameter tumor was found and diagnosis was confirmed by pathology.

Key words: Phyllodes tumor; Breast cancer; Ultrasound; Mammography.

Rev Per Ginecol Obstet 2003; 49: 134-136

INTRODUCCIÓN

El tumor filodio o cistosarcoma filoideo que quizás sea designado mejor como tumor filoides, suele ser un tipo rarísimo de tumor de mama, que se forma a partir del estroma (tejido conectivo). Presenta un doble componente epitelial y conjuntivo y un elevado riesgo de recidiva, en contraste con los carcinomas que se desarrollan en los conductos o en los alvéolos. Los tumores filoides suelen ser benignos, pero en raras ocasiones pueden ser malignos (con posibilidad de propagarse). No obstante, los tumores filoides malignos son muy poco frecuentes y menos de 10 mujeres mueren cada año por esta enfermedad en el mundo.

En el presente informe describimos la experiencia obtenida con una paciente atendida en el Servicio de Ginecología y discutimos los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos.

* Ginecoobstetras del Hospital IV EsSalud-Huancayo.



Figura 1.

INFORME DEL CASO

Se trata de una mujer de 73 años de edad, natural de Moya (Huancavelica), procedente de Chongos Alto (Huancayo), ama de casa, con un tiempo de enfermedad de 15 años, con un mes de episodio actual, insidioso y de curso progresivo, caracterizado por tumoración en mama derecha, acompañado de dolor localizado en el cuadrante superoexterno derecho, tipo punzada, asociado a baja ponderal. Destacan entre sus antecedentes ginecoobstétricos, menarquía a los 15 años, menopausia a los 50 años, G11 P11008. Último parto hace 28 años. Padece de hipertensión arterial y úlcera péptica/gastritis crónica.



Figura 2.

Al examen, paciente senil, adelgazada, con facies dolorosa, piel pálida. Sistema linfático sin adenopatías palpables en región axilar bilateral, cervical e inguinal. Mama derecha aumentada de tamaño; se evidencia y palpa tumoración de más o menos 20 cm de diámetro, no adherida a planos profundos. Se evidencia circulación colateral, dolor a la movilización, sin cambios en piel y pezón. No se evidencia secreciones. El resto de aparatos y sistemas semiológicamente sin alteraciones.

Funciones vitales: presión arterial 140/70 mmHg; frecuencia cardíaca 82 x minuto; frecuencia respiratoria 19 x minuto; temperatura 37,2°C. Funciones biológicas sin alteraciones. En la analítica, hemoglobina 10,8 g/dL; hematócrito 34%; leucocitos 5000 x mL; examen completo de orina, bioquímica, perfil lipídico, perfil hepático y de coagulación sin alteraciones; radiografía de tórax sin evidencia de metástasis; endoscopia: gastritis crónica activa moderada; riesgo quirúrgico II/IV; ecografía pélvica sin alteraciones; ecografía mamaria muestra en mama derecha tumoración redondeada de borde poco definido, nodular, con ecos centrales, relacionados con necrosis y dilatación canalicular, rodeada en cuadrante superointerno y cuadrante inferointerno por líquido; impresión diagnóstica: Tumoración mamaria derecha mixta relacionada con neoplasia maligna. Mamografía: Tumoración mamaria derecha mixta relacionada con neoplasia maligna; descartar Biradis IV. Examen citológico de biopsia de aspiración muestra células atípicas, no concluyente; células epiteliales en regular cantidad. Secreción cervicovaginal negativa a neoplasia.

Intervenida quirúrgicamente, los hallazgos operatorios fueron: Tumoración mixta de mama derecha a predominio de cuadrante superoexterno, de más o menos 20 cm de diámetro. No adenopatías. Mama izquierda hipotrófica. Se realizó exéresis del tumor. Examinado posteriormente, el tumor pesó 1800 g y midió 24 x 22 x 8 cm.

Los resultados anatomopatológicos fueron: Espécimen de mama derecha: Tumor filoides maligno, necrosis tumoral. Losange de piel mide 15 x 3 cm. A los múltiples cortes se identifica una masa tumoral de 16 x 11 cm que compromete los 4 cuadrantes, pardo rojizo, de consistencia variable, con áreas necróticas extensas; pezón no comprometido.



DISCUSIÓN

El tumor filoide suele manifestarse en el período peripuberal o perimenopáusic (cuarta década de la vida), siendo más frecuente en las mujeres que se encuentran en el quinto y sexto decenio de la vida. Aunque se le define como un tumor benigno, puede ir a la malignidad, siendo esto poco frecuente. Estas lesiones son rara vez bilaterales y suelen aparecer como tumoraciones aisladas difíciles de distinguir de los fibroadenomas desde el punto de vista clínico. Las pacientes suelen relatar antecedentes prolongados de un nódulo previamente estable, que de repente aumentó de tamaño. El tamaño no es un criterio diagnóstico, aunque los cistosarcomas tienden a ser más grandes que los fibroadenomas, probablemente por su crecimiento rápido. No se cuenta con buenos criterios clínicos mediante los cuales sea posible distinguir entre cistosarcoma y fibroadenoma. Los tumores filoides crecen con más rapidez y se acompañan de síntomas inflamatorios. La distinción histológica entre fibroadenoma, cistosarcoma "benigno" y cistosarcoma maligno puede ser muy difícil, ya que guardan semejanza con el fibromioma. Sin embargo, se diferencia por cambios sarcomatosos en los elementos celulares del estroma, con crecimiento lento, hasta adquirir grandes dimensiones, 10 a 20 cm de diámetro. Los tumores que, según el patólogo, son benignos, tienden a recurrir de manera local en 15 a 40% de las pacientes. Los cistosarcomas malignos tienden a recurrir localmente y pueden hacer metástasis hacia pulmón.

El componente de estroma del tumor es maligno, hace metástasis y se comporta como cualquier sarcoma. La afección axilar es extremadamente rara. A menudo, la aparición de metástasis es el primer signo de que un cistosarcoma es maligno.

Clínicamente encontramos deformación de la mama, palpándose una tumoración dura, móvil, a veces sensible. La mamografía y la ecografía muestran imágenes análogas a las del fibroadenoma. La citopunción confirma el diagnóstico, pero puede mostrar aspectos más inquietantes, debido a la inflamación que suele asociarse.

Los tumores filoides benignos se los trata con éxito mediante la extirpación de la masa y de un estrecho margen del tejido normal de mama. Un tumor filoide maligno se trata mediante la extirpación del mismo, junto con un margen de tejido normal o mediante una mastectomía. Estos tumores cancerosos no responden a la terapia hormonal y tienen menos probabilidades de responder a la quimioterapia o la radioterapia que la mayoría de los tumores cancerosos de mama. El tratamiento es quirúrgico, debido al volumen notable de los tumores, lo que obliga a exéresis extensas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chao TC, Lo YF, Chen SC. Sonographic features of phyllodes tumors of the breast. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20(1): 64-71.
2. Yilmaz E, Sai S, Lebe B. Differentiation of phyllodes tumors versus fibroadenomas. *Acta Radiol* 2002; 43(1): 34-9.
3. Pandey M, Mathew A, Kattoor J, Abraham EK, Mathew BS, Rajan B, Nair KM. Malignant phyllodes tumor. *Breast J* 2001; 7(6): 411-6.
4. Veneti S, Manek S. Benign phyllodes tumour vs fibroadenoma: FNA cytological differentiation. *Cytopathol* 2002, 12(5): 321-8.