

Caracterización de 22 pacientes con tumores filodes de mama

Juan Antonio Pérez P, María Teresa Poblete S, Jean Michel Butte B.

RESUMEN

Los tumores filodes son neoplasias poco frecuentes que afectan a la glándula mamaria y que en la mayoría de los casos son benignas. El diagnóstico diferencial se debe realizar principalmente con el fibroadenoma. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico. Exhiben un bajo porcentaje de recidiva local y de metástasis sistémicas. Presentamos las características clínicas, histopatológicas y conducta terapéuticas de 22 pacientes portadoras de esta enfermedad. La edad promedio fue de 44 años con un margen entre 20 y 62 años. Todas las pacientes consultaron por una masa palpable autodetectada, la cual se localizó en la mama derecha en 14 pacientes, y en 14 casos se ubicó en los cuadrantes superoexternos. El tamaño promedio de los tumores fue de 9,2 cm y en 20 pacientes fue móvil. Se realizó mamografía en 14 pacientes y ecografía en 2 casos; ambos exámenes imagenológicos en todas las enfermas presentaron características afines a esta patología. Se efectuó citología por punción aspirativa en 14 pacientes, la cual fue diagnóstica para tumor fibroepitelial en 2 casos e indicó lesión benigna en 8 enfermas. Se planteó el diagnóstico correcto prequirúrgico en 12 pacientes, siendo el diagnóstico diferencial más frecuente el de fibroadenoma. A todas las pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico, practicándose mastectomía parcial en 12 pacientes. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 2 pacientes y en la serie no hubo mortalidad. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante el estudio histopatológico completo de las piezas operatorias, destacando 20 tumores benignos, 1 de bajo grado de malignidad (borderline) y 1 de alto grado de malignidad; a este último se le realizó radioterapia complementaria. Once pacientes tienen un seguimiento superior a 5 años, hemos constatado 1 caso de recidiva local y no hemos observado pacientes con metástasis a distancia. (**Palabras claves/Key words:** Tumores filodes de mama/ Tumours phyllodes of the breast; Neoplasias de mama/Breast neoplasms).

INTRODUCCIÓN

Los tumores filodes (TF) de mama son descritos por la OMS como neoplasias de estructura foliada, compuestas de tejido conectivo y elementos epiteliales análogos al fibroadenoma, del cual se diferencian por la mayor celularidad del tejido conectivo¹.

Son tumores poco comunes representando el 0,3 a 1% de los tumores mamarios y el 1 a 2,5% de los tumores fibroepiteliales². Tienen una

incidencia anual en la población general de 2,1 x millón de personas, aumentando en la población latina a 2,8 x millón de personas³. Se presentan más frecuentemente entre los 35 y 55 años, siendo rara su presentación en varones, aunque han sido descritos en forma ocasional⁴.

Clínicamente se manifiestan como una masa tumoral, habitualmente mayor de 5 cm, casi siempre indolora, de consistencia firme, superficie abollonada o lobulada, bien delimitada, móvil y no adherida a piel ni a planos profundos⁵.

Los linfonodos axilares pueden presentar compromiso inflamatorio en un 17% y metastásico en un 1%².

La diseminación sistémica es rara, y se produce vía hematogena afectando principalmente a pulmones, huesos, hígado y cerebro⁶.

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el fibroadenoma².

El estudio del tumor debe iniciarse con una mamografía y se debe complementar con ecotomografía mamaria⁵ y citología por punción aspirativa.

Histológicamente se clasifican en benignos, bajo grado de malignidad (*borderline*) y alto grado de malignidad¹.

El tratamiento es quirúrgico^{4,5,7-9}, dependiendo la extensión de éste de las características del TF y de la paciente, no aconsejándose realizar disección ganglionar electiva dado el bajo porcentaje de compromiso metastásico¹⁰.

Algunos autores han propuesto como tratamiento complementario la quimioterapia y/o radioterapia, los cuales no han mostrado ser efectivos^{6,11}.

El seguimiento se realiza habitualmente con evaluaciones clínicas periódicas y mamografía. En los casos de alto grado de malignidad se sugiere realizar estudio de extensión mediante radiografía de tórax, ecografía abdominal, cintigrama óseo y en casos precisos TAC cerebral⁶.

El objetivo de este trabajo es presentar una caracterización clínica y patológica de las pacientes portadoras de tumor filodes de mama que han sido manejadas en el Hospital Clínico Regional de Valdivia en un período de 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente los registros clínicos y patológicos de las pacientes con TF de mama diagnosticados en el período comprendido entre Enero de 1985 y Diciembre del 2000.

El análisis de los registros clínicos de las pacientes incluyó los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes mórbidos, mecanismo de detección del tumor, tipo de crecimiento, tiempo transcurrido entre la detección y la consulta, localización, tamaño, consistencia, movilidad, dolor y superficie del tumor, además de compromiso de linfonodos axilares, exámenes practicados antes de la cirugía (mamografía,

ecotomografía mamaria y citología por punción aspirativa), diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía realizada, tratamiento complementario y evolución de la paciente.

Se analizaron las placas histológicas de 23 pacientes, excluyéndose 1 caso, el cual no reunía los criterios patológicos para ser considerado como TF.

Una de las 22 pacientes tenía el antecedente de un fibroadenoma resecado en la misma mama 3 años antes, por lo cual se realizó un nuevo análisis histopatológico de dicha biopsia.

En el estudio anatomopatológico se identificaron los siguientes caracteres macro y microscópicos: tamaño tumoral, margen tumoral, grado de celularidad estromal, pleomorfismo estromal nuclear, actividad mitótica, sobrecrecimiento estromal, presencia o ausencia de necrosis, quistes y estroma especializado. Estos parámetros se estudiaron según lo definido por Hawkins⁶.

- a) *Tamaño tumoral*: Diámetro transversal máximo al examen microscópico, en cm.
- b) *Margen tumoral*: expansivo o infiltrativo o no evaluable.
- c) *Grado de celularidad estromal*: (+) escaso, (++) intermedio, (+++) densamente celular.
- d) *Pleomorfismo estromal*: Sobre la base del diámetro nuclear máximo, un incremento de 3 o más veces esta medida fue considerado como severo.
- e) *Mitosis*: Medición en el centro del tumor, el número de mitosis por 10 campos de alto aumento.
- f) *Sobrecrecimiento estromal*: Presencia de áreas con sólo células estromales, sin elementos glandulares que llenen un campo de bajo aumento (magnificación x 4): 1 campo (+), 2 campos vecinos (++) , 3 campos vecinos (+++).
- g) *Necrosis*: Destrucción definida de áreas del tumor.
- h) *Quistes*: presencia de espacios quísticos en el componente estromal.

El aspecto histológico de los TF puede variar en diferentes áreas, por lo cual fue necesario obtener suficientes muestras para un estudio completo.

El seguimiento de los pacientes se realizó mediante controles en policlínico de cirugía, unidad de patología mamaria y visitas domiciliarias.

RESULTADOS

Características clínicas de los TF

La serie incluyó 22 pacientes de sexo femenino con edad promedio de 44 años con un margen entre los 20 y 62 años de edad. Ninguna paciente presentó antecedente de carcinoma mamario personal ni familiar.

El motivo de consulta en todos de las pacientes fue la presencia de una masa palpable, la que en todos los casos fue detectada por la paciente (Figura 1). En 14 pacientes el TF se localizó en la mama derecha (9 en el cuadrante superoexterno, 3 en el cuadrante inferoexterno, 1 central y 1 abarcó toda la mama) y en 8 en la mama izquierda (5 en el cuadrante superoexterno, 1 en el cuadrante inferoexterno, 1 central y 1 comprometió toda la mama).



FIGURA 1. Paciente con significativa asimetría mamaria secundaria a tumor filodes derecho.

Las características clínicas de la masa fueron:

- Tamaño: Fluctuó entre 2,5 y 28 cm, con un promedio de 9,2 cm.
- Consistencia: Dura en 9 pacientes, elástica en 9, blanda en 3 y en 1 paciente no fue evaluable, ya que el tumor se encontraba necrótico, ulcerado e infectado.
- Movilidad: Móvil en 20 pacientes, fija en 2 pacientes. De estos 2 últimos, uno presentaba compromiso de piel y el otro se encontraba necrótico, ulcerado e infectado.
- Dolor: Dolorosa en 12 pacientes e indolora en 10 pacientes.
- Superficie: Irregular en 11 pacientes, regular en 10 pacientes y en 1 no fue evaluable, ya que se encontraba necrótico, ulcerado e infectado.

- Crecimiento: Lento en 11 pacientes y rápido en 11 pacientes.

Se realizó mamografía preoperatoria a 14 pacientes en las cuales se observó aumento de densidad en 5, imagen nodular redondeada en 7, imagen nodular lobulada en 2 (Figuras 2 y 3).

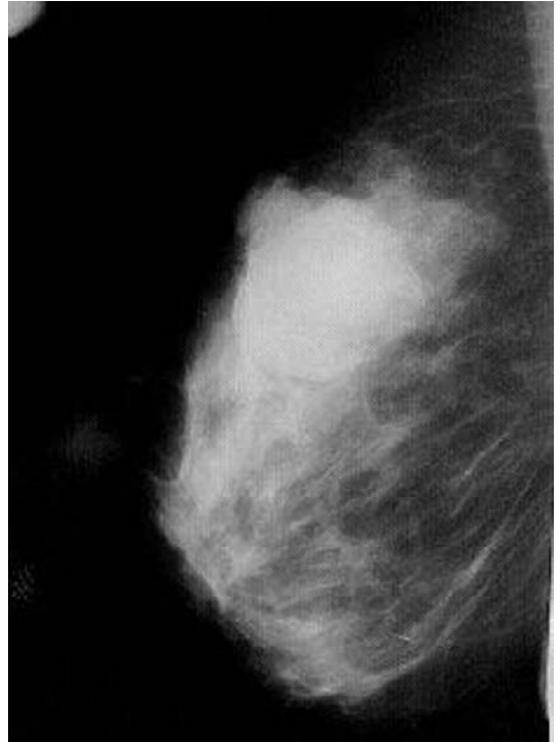


FIGURA 2. Mamografía tumor filodes. Masa hiperdensa, polilobulada y de bordes circunscritos.

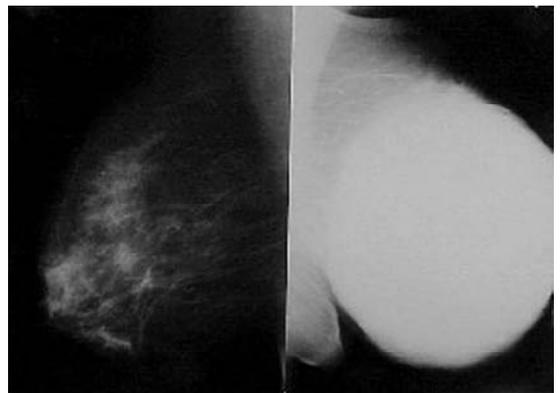


FIGURA 3. Mamografía tumor filodes. A derecha se observa tumor filodes voluminoso que ocupa la casi totalidad de la glándula.

Se complementó el estudio imagenológico con ecotomografía mamaria en 2 pacientes, la primera presentó un nódulo redondeado sólido con áreas quísticas y la segunda mostró múltiples áreas quistes (Figura 4).

Citología por punción aspirativa fue efectuada en 12 pacientes resultando en 5 células normales, en 3 sospecha de carcinoma, en 2 tumor fibroepitelial (Figuras 5 y 6) y en 2 inflamatorio.



FIGURA 4. Ecotomografía tumor filodes. Muestra formación nodular sólida hipocogénica, de bordes bien limitados.

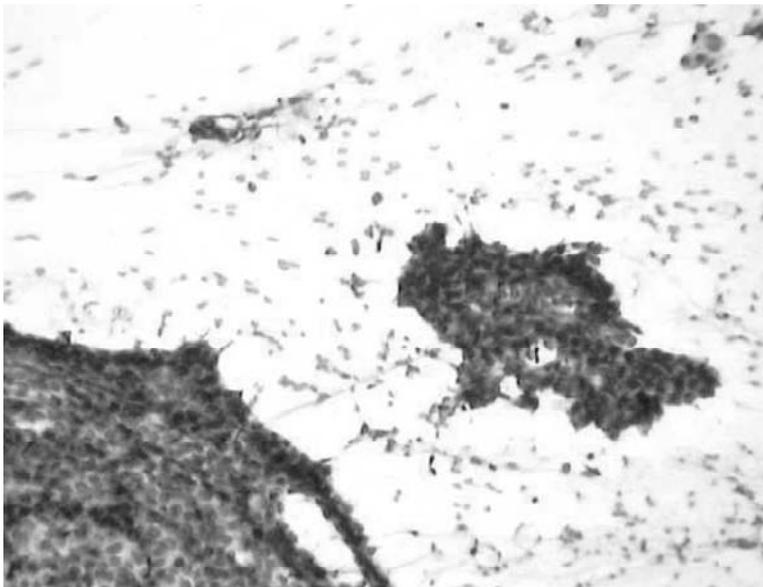


FIGURA 5. Citología bajo aumento. Se aprecian varios grupos epiteliales y algunas células estromales. Papanicolau. 10x.

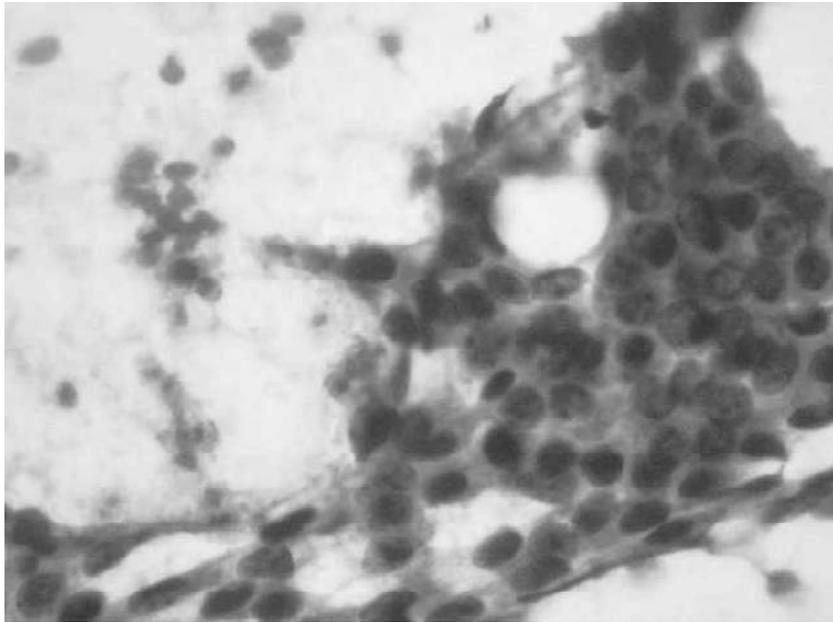


FIGURA 6. Citología alto aumento. Se observa parte de un grupo epitelial en que los núcleos celulares son levemente irregulares. Papanicolau. X 40.

El diagnóstico clínico correcto de TF se realizó en 12 (54,5%) pacientes, en 6 (27,2%) se planteó fibroadenoma y en 4 (18,2%) casos carcinoma.

En todos los casos se realizó tratamiento quirúrgico. En 14 se practicó una mastectomía parcial, en 5 mastectomía simples (todos tumores mayores de 5 cm), en 1 mastectomía radical modificada (TF maligno), en 1 mastectomía de aseo (TF ulcerado, necrosado e infectado) y 1 mastectomía subcutánea. En 2 pacientes se realizó reconstrucción mamaria.

Los linfonodos del contenido axilar de la mastectomía radical modificada fueron histológicamente negativos.

Se presentaron complicaciones postoperatorias en 2 pacientes, una presentó un hematoma de herida operatorias y la otra un granuloma de la cicatriz quirúrgica.

La enferma con el TF maligno recibió radioterapia postoperatoria en la pared torácica correspondiente al lecho de la mama afectada. No se realizó quimioterapia.

En la Tabla 1 se observan las principales características clínicas.

Características anatomopatológicas de los TF. De los 22 TF confirmados histológicamente, 20 se catalogaron como benignos (Figuras 7 y 8), 1

de bajo grado de malignidad (*borderline*) y 1 de alto grado de malignidad.

El estudio de la biopsia de la paciente a la que se le había resecado un fibroadenoma en la misma mama 3 años antes, según los criterios actuales, fue positiva para un tumor filodes benigno. La diferencia más importante entre un TF y un fibroadenoma es la hiper celularidad estromal, y en algunos casos la distinción entre un TF benigno y un fibroadenoma celular es difícil. No hay un criterio histológico que defina absolutamente entre ambos cuadros cuándo las alteraciones son limítrofes, por lo cual algunos casos pueden sobreponerse.

Características macroscópicas:

El tamaño promedio fue de 7,5 cm, con un rango de 1 a 25 cm.

En 19 casos los tumores fueron bien circunscritos o lobulados y en 3 casos fueron infiltrativos. Tres casos presentaron necrosis y hemorragia.

Características microscópicas:

Todos los tumores presentaron arquitectura fibroepitelial.

En un caso el componente celular estromal presentó componente maligno, de tipo mesenquimatoso maligno.

Tabla 1. Características clínicas de 22 pacientes portadoras de tumor filodes de mama.

Nº Caso	Edad (años)	Evolución (meses)	Diámetro (cm)	Mamografía	Citología	Diagnóstico Clínico	Operación	Seguimiento (meses)
1	41	2	4	No	No	Fibroadenoma	Mastectomía parcial	180
2	41	1,5	5	No	No	Fibroadenoma	Mastectomía parcial	91
3	39	5	7	No	Sospechosa cáncer	Carcinoma	Mastectomía parcial	88
4	40	12	4	No	No	Fibroadenoma	Mastectomía parcial	91
5	42	36	4	No	No	Fibroadenoma	Mastectomía parcial	142
6	20	48	2,5	Imagen redonda	No	Fibroadenoma	Mastectomía parcial	60
7	51	24	14	No	No	Tumor filodes	Mastectomía simple	123
8	43	18	6	No	No	Tumor filodes	Mastectomía parcial	39
9	40	26	7	Imagen redonda	Sospechosa cáncer	Carcinoma	Mastectomía radical modificada	112
10	42	14	4,5	Imagen lobulada	Tumor fibroepitelial	Tumor filodes	Mastectomía parcial	15
11	59	59	28	No	No	Carcinoma	Mastectomía aseó	15
12	40	13	19	Aumento densidad	Inflamatorio	Tumor filodes	Mastectomía simple	90
13	30	26	14	Aumento densidad	Inflamatorio	Tumor filodes	Mastectomía subcutánea	30
14	62	38	28	Aumento densidad	Células normales	Tumor filodes	Mastectomía simple	68
15	37	9	5,5	Imagen lobulada	Células normales	Tumor filodes	Mastectomía parcial	73
16	47	15	3	Aumento densidad	Células normales	Tumor filodes	Mastectomía parcial	28
17	51	7	7	Imagen nodular	Sospechosa cáncer	Tumor filodes	Mastectomía simple	14
18	51	3	3	Imagen nodular	Células normales	Carcinoma	Mastectomía parcial	3
19	46	1	5	Imagen nodular	No	Tumor filodes	Mastectomía parcial	9
20	57	5	20	Aumento densidad	Células normales	Tumor filodes	Mastectomía simple	6
21	45	4	5	Imagen quística	Tumor fibroepitelial	Tumor filodes	Mastectomía parcial	18
22	44	48	6	Imagen nodular	Células normales	Fibroadenoma	Mastectomía parcial	17
PROMEDIO	44	18,84	9,16					59,6

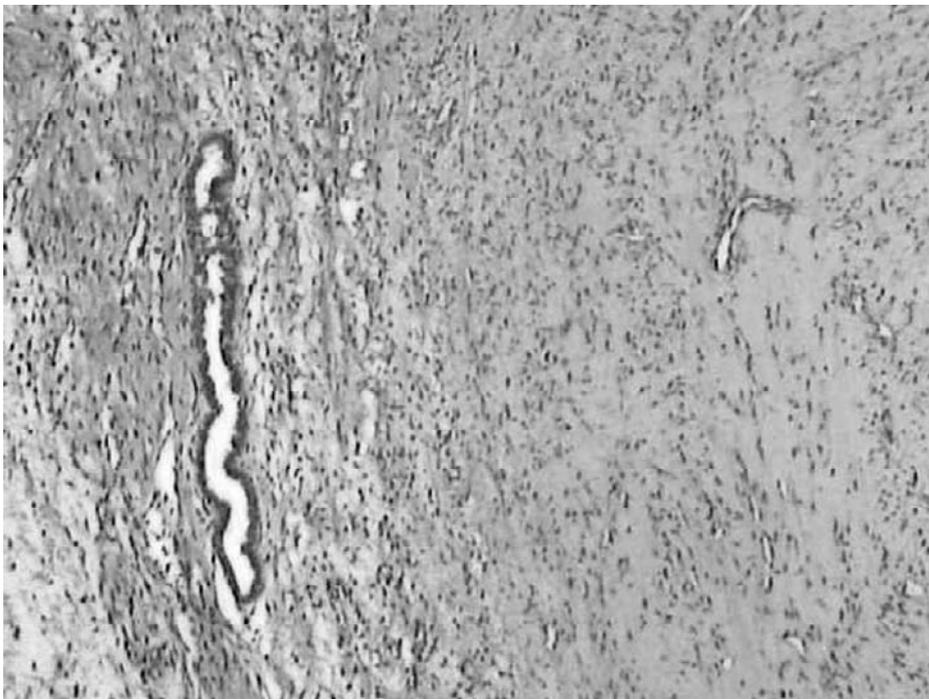


FIGURA 7. Biopsia de un caso típico. Existe un patrón fibroepitelial foliado que es el que da el nombre de tumor filodes. Hematoxilina-eosina. X 25.

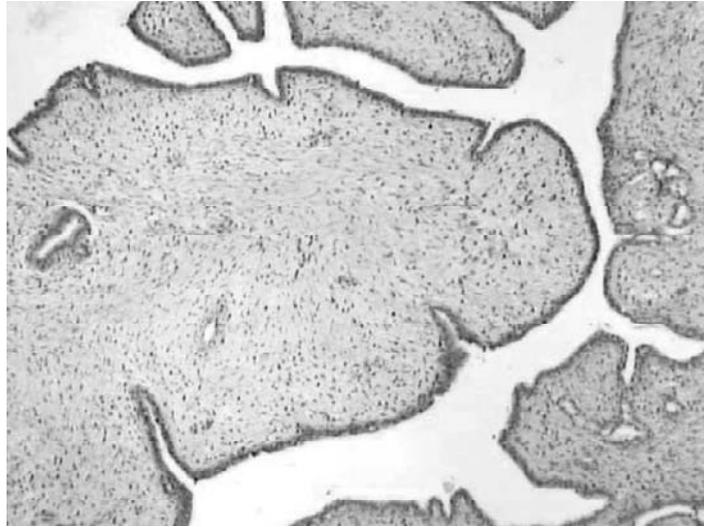


FIGURA 8. Biopsia de caso típico. Incremento de la celularidad estromal característica de este tipo de tumor. Hematoxilina-eosina. X 25.

En dos casos existió un grado de celularidad estromal altamente celular, intermedia en 9 casos y escasa en 11 casos.

La actividad mitótica varió de menos de 1 a 5 mitosis por 10 campos de alto aumento.

Se identificó sobrecrecimiento estromal en

3 casos, siendo en 2 de ellos un rasgo prominente.

Se observó necrosis en 3 casos y quistes estromales en 5 casos.

En la Tabla 2 se observan las principales características histopatológicas de los TF.

Tabla 2. Características histopatológicas de 22 pacientes portadoras de tumor filodes de mama.

Nº Caso	Diámetro (cm)	Mitosis	Sobrecrecimiento Estromal	Celularidad Estromal	Necrosis	Quistes	Margen	Muestras Estudiadas	Tipo
1	2	<1	NO	(+)	(-)	(-)	Expansivo	1	BENIGNO
2	3,5	<1	NO	(++)	(-)	(-)	Expansivo	2	BENIGNO
3	6,5	<1	NO	(++)	(-)	(-)	Expansivo	2	BENIGNO
4	3	<1	NO	(+)	(-)	(-)	Expansivo	2	BENIGNO
5	2,5	<1	NO	(+)	(-)	(-)	Expansivo	1	BENIGNO
6	1	<1	NO	(+)	(-)	(-)	Expansivo	2	BENIGNO
7	12	<1	NO	(++)	(-)	(+)	Expansivo	4	BENIGNO
8	4,5	<1	(++)	(+)	(-)	(-)	Expansivo	1	BENIGNO
9	7	2	(+++)	(++)	(-)	(-)	Infiltrativo	18	MALIGNO
10	3,5	<1	NO	(+)	(++)	(-)	Infiltrativo	4	BENIGNO
11	25	<1	NO	(+)	(++)	(-)	Expansivo	9	BENIGNO
12	18	5	NO	(+++)	(-)	(+)	Infiltrativo	9	BENIGNO
13	11	<1	NO	(++)	(-)	(-)	Expansivo	5	BENIGNO
14	20	<1	(+++)	(+)	(+)	(+)	Expansivo	15	BORDERLINE
15	5,5	<1	NO	(+) (-)	(-)	(++)	Expansivo	5	BENIGNO
16	3,2	<1	NO	(+) (-)	(-)	(+)	Expansivo	1	BENIGNO
17	2,5	<1	NO	(++)	(-)	(+)	Expansivo	15	BENIGNO
18	2,4	1	NO	(++)	(-)	(-)	Expansivo	4	BENIGNO
19	4,2	<1	NO	(++)	(-)	(-)	Expansivo	7	BENIGNO
20	16	2	NO	(+++)	(-)	(-)	Expansivo	10	BENIGNO
21	4	<1	NO	(+)	(-)	(-)	Expansivo	1	BENIGNO
22	8	<1	NO	(++)	(-)	(+)	Expansivo	10	BENIGNO
PROMEDIO 7,51									

DISCUSIÓN

Los TF de mama fueron descritos en 1938 por Johannes Müller, quien los denominó cistosarcoma filodes, por sus características macroscópicas, siendo considerados tumores benignos, hasta el año 1943 en que Cooper y Ackerman informaron sobre su potencial maligno^{5,7}. El término aceptado actualmente por la OMS es de Tumor Filodes¹⁰.

Nuestra casuística está integrada exclusivamente por pacientes del sexo femenino, no existiendo varones, los que son afectados por esta patología en muy rara ocasión¹.

Los TF se presentan generalmente entre los 35 y 55 años de edad^{4,7,8}, lo cual concuerda con nuestra serie, donde el promedio de edad se situó en los 44 años y sólo 4 pacientes se encontraron fuera del rango de edad habitual.

El nuevo análisis histopatológico de la biopsia de la paciente a la cual se le resecó un fibroadenoma 3 años previos a la resección de un TF en la misma mama, fue positivo para un TF benigno. Al analizar el caso en particular, se concluyó que en aquella oportunidad se realizó solamente una tumorectomía y por lo tanto no se incluyeron márgenes de tejido sano en la resección tumoral, puesto que las biopsias contemporánea y diferida informaron fibroadenoma. Como la paciente evolucionó con una recidiva del TF nos resulta manifiesto pensar que es indispensable que la lesión sea resecada con márgenes de tejido sano.

Los TF de nuestra serie se presentaron como una masa palpable que fue detectada por la paciente en todos los casos, favoreciendo su detección el tamaño voluminoso de la tumoración. Se observó un leve predominio de los TF en la mama derecha y no hubo pacientes con tumores bilaterales, lo cual es usual¹⁰. En la ubicación intramamaria fue predominante la afectación del cuadrante superoexterno, dada la mayor proporción de tejido mamario noble existente en esa zona. Otras características corrientes fueron una consistencia dura o elástica y su movilidad, lo que los hacía fácilmente distinguibles del tejido mamario normal, sin compromiso de piel ni de linfoganglios axilares. La superficie del tumor, el tipo de crecimiento y la presencia de dolor, no nos proporcionaron información orientadora hacia un diagnóstico específico.

El diagnóstico preoperatorio de TF depende, en gran parte, de la sospecha clínica la cual generalmente es motivada por el tamaño

tumoral y por la velocidad de crecimiento. En nuestros casos se planteó el diagnóstico basado en hallazgos clínicos en 12 de casos, lo que atribuimos a la alta sospecha diagnóstica, siendo los principales diagnósticos diferenciales fibroadenoma en 6 casos y carcinoma en 4.

El estudio de un tumor clínicamente sospechoso de TF debe contemplar en primer lugar una mamografía. En nuestros casos este examen nos contribuyó al diagnóstico en 10 de 14 pacientes (71,4%) en que éste fue realizado, porcentaje más alto que lo publicado al respecto¹⁰, destacando una imagen de gran tamaño, homogénea, de forma nodular redonda o lobulada con aumento de densidad, sin calcificaciones en su interior, lo que concuerda con otras publicaciones^{2,5}. Las características mamográficas pueden dificultar la diferenciación de un TF de un fibroadenoma, quiste o de un carcinoma bien circunscrito. En los 4 pacientes restantes la mamografía orientó en 2 casos hacia un fibroadenoma y en otros a un carcinoma mamario.

Las características de las ecotomografías mamarias, en las 2 pacientes que fue practicada, fueron concordantes con un TF al evidenciar en un caso un nódulo sólido con áreas quísticas y en el otro, múltiples quistes, lo cual concuerda con la literatura revisada^{2,9,12}.

La citología puede sugerir una lesión benigna en la mayor parte de los casos si se reúne los elementos epiteliales y células bipolares, lo cual se apreció en la mayor parte de nuestros casos, sin embargo esto no discrimina entre fibroadenoma y tumor filodes. El diagnóstico específico es planteable si se observa elementos estromales muy celulares además de grupos de células epiteliales con marcada hiperplasia. Esto se observó sólo en 2 de los casos que contaron con estudio citológico. Los 2 casos en que la citología sugirió carcinoma y resultaron lesiones benignas, se trataron de casos con marcada celularidad estromal y componente epitelial hiperplásico con algunas atipias focales. Los problemas diagnósticos derivados del muestreo y de la escasa frecuencia de estos tumores lo dificulta la adquisición de destreza diagnóstica y hacen poco confiable la citología para casos específicos. Estas conclusiones son compartidas por varios centros con casuísticas numerosas¹³.

El diagnóstico definitivo de TF sólo se obtiene mediante el estudio histopatológico^{5,7}. Según los parámetros estudiados se pudo definir a 21 casos como benigno o maligno; el único TF

borderline presentó también márgenes infiltrativos, alta celularidad estromal, sobrecrecimiento estromal, pleomorfismo celular y mayor índice mitótico.

En todos los casos se realizó tratamiento quirúrgico, que para los TF constituye la terapia ideal^{4,5,7,8,10,11}.

Se debe considerar previo a la operación que en la mayoría de los casos el tumor es benigno, no existiendo elementos clínicos que definan cuáles se comportarán como malignos.

La conducta habitual cuando no existe sospecha clínica de un TF y se considera que estamos frente a un fibroadenoma, es realizar una resección sin márgenes de seguridad. Si el estudio histopatológico revela un TF se recomienda realizar una nueva intervención quirúrgica con el fin de resecar tejido mamario periférico al lecho del TF. En una de nuestras pacientes se presentó esta situación, decidiéndose ampliar la cirugía, posterior a lo cual no ha presentado recidiva local. Si esta última acción no se lleva a cabo aumentan 4 veces las posibilidades de recidiva².

Si el diagnóstico es sospechado clínicamente, es aconsejable realizar una biopsia rápida. Si ésta corrobora el diagnóstico, la extensión de la cirugía a realizar debe considerar la relación existente entre el tamaño tumoral y el tamaño mamario y el margen de tejido mamario sano que se debe lograr para evitar una recidiva, tratando de conseguir los mejores resultados cosméticos posibles².

Se puede practicar una mastectomía parcial con un margen de tejido sano de 1-2 cm en los tumores pequeños⁸, y también en los de mayor tamaño cuando es posible conservar la mama y además obtener un buen resultado cosmético. En aquellos casos en que la relación mama/tumor no es favorable, se debe practicar una mastectomía simple⁵ idealmente seguida de reconstrucción mamaria. En las 5 pacientes en que se realizó mastectomía simple fue fundamentalmente por el gran tamaño tumoral (Tabla 1).

Creemos que en casos muy seleccionados, en que clínicamente se sospecha carcinoma, apoyado por citología y biopsia rápida, está fundamentado realizar una mastectomía simple extendida o radical modificada⁹. En uno de nuestros casos se practicó este tratamiento radical porque el estudio preoperatorio asociado a la biopsia intraoperatoria fueron sugerentes de carcinoma.

La linfadenectomía axilar en los TF malignos es controversial, ya que las metástasis

habitualmente se producen vía hematogena y no por vía linfática^{2,4}.

La cirugía más corriente en los TF es de tipo conservador, por lo cual un bajo número de pacientes presenta complicaciones postoperatorias las cuales usualmente son menores y de fácil resolución.

Un caso de nuestra serie con un TF maligno recibió radioterapia al lecho mamario, conducta que es sugerida por algunos autores^{4,8}. La paciente ha evolucionado sin recidiva local.

No hemos utilizado como terapia complementaria quimioterapia ni hormonoterapia, dado que nuestras pacientes no han presentado metástasis sistémicas. Según diferentes estudios en el caso de la primera, la respuesta generalmente es corta^{4,5}. En el caso de la segunda, no estaría indicada^{2,7}.

Consideramos que es válido realizar reconstrucción mamaria, lo cual en las 2 pacientes que se practicó, no aumentó la morbilidad.

Nuestras pacientes tienen un seguimiento promedio de 59,6 meses, con un rango de 3 a 180 meses. No han presentado recidiva local, que se describen en un 20 a 30%^{1,14}, ni metástasis sistémicas que se comunican en un 10%¹. En 11 pacientes el seguimiento es mayor de 5 años.

Los factores histológicos clásicamente asociados a la recurrencia tumoral y a las metástasis sistémicas son el margen tumoral, el crecimiento estromal, el número de mitosis y la presencia de atipia celular⁴, siendo el principal predictor el sobrecrecimiento estromal¹⁰. Los 3 casos en que se identificó sobrecrecimiento estromal han tenido un seguimiento de 39, 68 y 112 meses y no han presentado complicaciones. En las 3 pacientes en que se identificó más de 1 mitosis el seguimiento es de 3, 6 y 90 meses respectivamente, no presentando alteraciones. Los que presentaron un margen infiltrativo han tenido un seguimiento de 15, 90 y 112 meses y se encuentran libres de enfermedad.

La citometría de flujo en el análisis de ploidad y fase S como predictor de recurrencia tiene escaso rendimiento¹. Algunos autores reportan aneuploidia en 75% de los casos benignos y 50% de los casos malignos¹. Una fase S lenta fue encontrada en 70% de los tumores que no recurrieron y en 80% de los que recurrieron¹. Otros autores señalan que una asociación entre aneuploidia y alto índice de proliferación celular predispone una evolución clínica adversa¹⁵. En nuestro Hospital este tipo

de detección está fuera de nuestro alcance.

La caracterización de las pacientes de nuestra serie nos revela que los TF son neoplasias poco frecuente, cuyo diagnóstico generalmente se postula frente a un tumor mamario de gran tamaño, móvil de consistencia dura o elástica, sin compromiso de linfoganglios regionales. El estudio imagenológico constituye un buen aporte para reafirmar la sospecha clínica de TF o para sugerir un diagnóstico distinto. En nuestros casos la citología nos proporcionó un escaso aporte en la consecución de un diagnóstico específico, el cual sólo fue posible mediante un acucioso estudio histopatológico, en el que se definió la benignidad o el grado de malignidad del TF y se precisó el grado de sobrecrecimiento estromal, el número exacto de mitosis y la cantidad de margen tumoral de la pieza operatoria, factores que se relacionarían con la posibilidad que se

produzcan metástasis y permitirían establecer un pronóstico.

El tratamiento de los TF de nuestra serie fue quirúrgico, resecaando la totalidad del tumor y un margen de tejido sano. En la mayoría de los casos se pudo realizar cirugía conservadora puesto que estas pacientes presentaban una relación favorable tumor/mama que permitió, además de tratar el TF, obtener buenos resultados cosméticos. Como a otros autores^{16,17}, nos queda de manifiesto que un margen quirúrgico libre de tumor aparece como el factor primordial para evitar la recidiva local.

En los TF de alto grado de malignidad la radioterapia complementaria disminuiría las posibilidades de recidiva local¹⁷ y todavía es incierto el rol que pudiera jugar la quimioterapia, por lo cual se necesita conocer el resultado de más estudios para sacar conclusiones definitivas respecto a estas medidas terapéuticas.

REFERENCIAS

- Rosen P P: Fibroepithelial neoplasm. Rosen's Breast Pathology. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997; 143-75
- Martínez V, Torres S, Díaz P: Tumor Phylloides. En: Pabst Y (ed), Patología mamaria benigna. Santiago, Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico, 1994; 97-103
- Bernstein L, Deapen D, Ross R: The descriptive epidemiology of malignant cystosarcoma phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1993; 71: 3020-4
- 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
- Pierat J, Burmeister R, Steinberg J, Schalper J: Tumor filodes de la mama: Diagnóstico y tratamiento en 26 casos. *Rev Chil Cir* 1992; 44: 52-6
- Hawkins R, Schofield J, Fisher C, Wiltshaw E, McKinna A: The clinical and histologic criteria that predict metastases from cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 1992; 69: 141-7
- Uribe A, Bravo G, Uribe A., Viada R, Capetillo M, Villarroel T: Tumor filodes: diagnóstico y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1995; 60: 17-22
- Chaney A, Pollack A, Mcneese M, Zagars G, Pisters P, et al: Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89: 1502-11
- Pérez J A., Poblete M T, Santolaya R: Tumor filodes mamario. Una revisión clinicopatológica de 14 casos. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 1379-86
- Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, Delledonne V, Grassi M, et al: Surgical treatment of phyllodes tumor of the breast. *Cancer* 1989; 63: 2532-6
- Cohn-Cedemark G, Rutqvist L, Rosendahl I, Silfverswärd C: Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. A clinicopathology study of 77 patients. *Cancer* 1991; 68: 2017-22
- Stelling C, Powel D: Masas mamarias circunscritas. En: Powel D, Stelling C (eds), Enfermedades de la mama. Diagnóstico y detección. Madrid, Mosby-Doyma 1995; 159-91
- Shimizu K, Masawa N, Yamada T, Okamoto K, Kanda K et al. Cytologic evaluation of phyllodes tumors as compared to fibroadenomas of the breast. *Acta Cytol* 1994; 38: 891-7
- De Roos W, Kaye P, Dent D: Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *Br J Surg* 1999; 86: 396-9
- El Nagar AK, Ro JY, Mclemore D: DNA content and proliferative activity of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Am J Clin Pathol* 1990; 93: 480-5
- Chaney A, Pollack A, Mcneese M, Zagars G, Peter W. T. Pisters P, et al: Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89: 1502-11
- Pandey M, Mathew A, Kattoor J, Abraham E, Mathew B, et al. Malignant phyllodes tumor. *Breast J* 2001; 7: 411-6