

# Tumor Filodes

Dr. Nicolás Saavedra Rojas, Dr. Luis Antonio Durán Nieto,  
Dr. Felipe Reyes Arriaga, Enf. Inocencia Serrano Moya.

Hospital General, Huamantla, Tlaxcala.

## Resumen.

El presente trabajo trata de presentar la historia natural de una neoformación que 9 años previos es retirada mediante cirugía y que a su ingreso al hospital conlleva una infección agregada, es protocolizada con estudios preoperatorios los cuales se encuentran en orden, cultivo de secreción con reporte de estafilococo saprofítico y una TAC que reporta parénquima pulmonar normal por lo que es programada y sometida a resección de tumoración con evolución posoperatoria satisfactoria y un RHP de tumor filodes.

## Introducción.

El término filodes deriva del griego  $\varphi\upsilon\lambda\lambda\acute{\omega}\delta\eta\varsigma$  que significa parecido a la hoja (1). La primera descripción se atribuye a Müller que en 1838 describió un tumor quístico, carnoso al que denominó "cistosarcoma fillodes" (2). El tumor filodes (TF) es una rara neoplasia que representa el 1% de todos los tumores de la mama y se ha observado en mujeres entre los 10 a 90 años con un pico entre los 30 y 40 y en pocos casos se ha reportado en hombres (3,4). Se presenta como una tumoración firme, delimitada, indolora, móvil y no adherida a planos profundos ni a piel.

Puede ser redondeado o multilobulado, hay ausencia de ganglios linfáticos sospechosos en la exploración axilar. No suele cursar con alteraciones del complejo areola-pezones. La velocidad de crecimiento va desde semanas a años, no implicando malignidad un crecimiento rápido. El tamaño en el momento del diagnóstico oscila entre 1 y 20 cm.

## Presentación del Caso.



Se trata de paciente femenino (VRG) de 63 años, originaria y residente de Huamantla, Tlaxcala, consume tabaco desde hace 33 años. El tumor está ubicado en cuadrante superior externo de mama izquierda, con 9 años de evolución y crecimiento progresivo agudizado en los últimos tres años, que involucra toda la mama, el tamaño aproximado es de 20 x 20 cms.

## Bibliografía

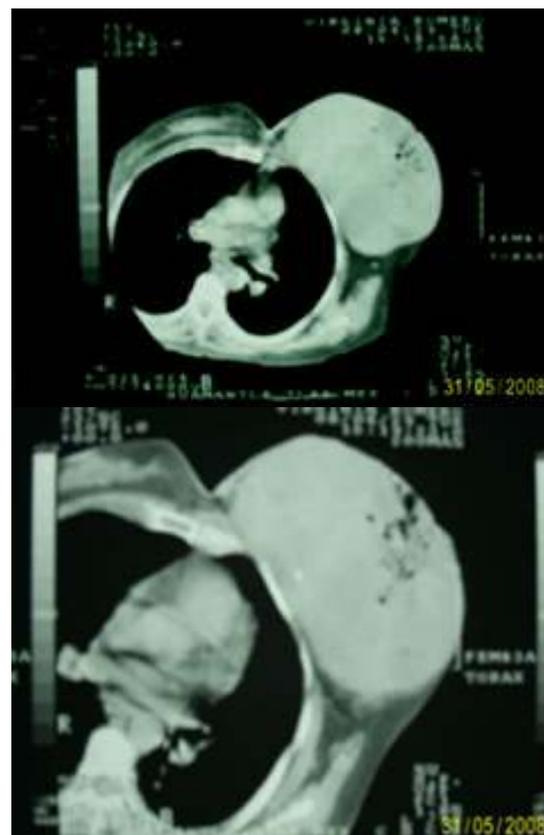
1. Mateos A.M. Etimologías grecolatinas del español. Editorial Esfinge, decimoséptima edición.- Pág. 216.
2. Müller J. Ueber den feinem Ban ind die formen der Kraukhaften Geschwulste. Berlin: G. Reimer, 1838.
3. Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco SC. Phyllodes tumors. Am J Surg 1993;165:376-9.
4. Bapat K, Oropeza R, Sahoo S. Benign phyllodes tumor of the male breast. Breast J 2002; 8:115-6.

A la palpación y auscultación el tumor es de consistencia fluctuante, móvil, multilobulada y retinente, con abundante cantidad y múltiples áreas de necrosis, rodeada por áreas dolorosas de estasis venosa, adherida a plano superficial. No se palparon adenopatías axilares. Al tumor se le identificó secreción purulenta fétida. El paciente refirió que en los últimos 15 días se le agregó presencia de ulceración en el tumor. Se realizó valoración clínica física sin identificar síntomas anormales que comprometieran la intervención quirúrgica.



Se realizan exámenes auxiliares preoperatorios, encontrando parámetros normales. Se realiza también toma de muestra de secreción purulenta, el reporte del Cultivo de secreción indica presencia de staphylococcus saprophyticus sensible a cefotaxima. Se realiza Tomografía Axial Computada, (TAC) que reporta tumoración de mama izquierda con datos de necrosis en su interior, negativo a metástasis pulmonares. Se procedió a realizar biopsia incisional al tumor que reporta reacción fibrosa de glándula mamaria negativo a células malignas. Con todos estos resultados se decide realizar mastectomía simple sin disección axilar, sin complicaciones, obteniéndose una tumoración de casi 21 x 15 x 14 cms. con un peso de 1440 grs. su borde anterior ulcerado, necrótico y fétido, encapsulado y no adherido a plano muscular.

Una vez extirpada la masa tumoral se envía a análisis histopatológico que reporta tumor filodes, negativo a células malignas. Evolución posoperatoria satisfactoria. Mama derecha sin compromiso.



El término filodes deriva del vocablo griego  $\varphi\upsilon\lambda\lambda\acute{\omega}\delta\eta\varsigma$  que significa parecido a la hoja (1). La primera descripción se atribuye a Johannes Müller quién en 1838 describió un tumor quístico, carnoso y con hendiduras en su interior semejantes a las hojas de un libro, al que denominó "cistosarcoma fillodes" (2). El tumor filodes (TF) es una rara neoplasia que representa el 1% de todos los tumores de la mama, se ha observado en mujeres entre los 10 a 90 años con un pico entre los 30 y 40 y en pocos casos se ha reportado en hombres (3,4). Suele presentarse como una tumoración de consistencia firme, delimitada, indolora, móvil y no adherida a planos profundos ni a piel. Puede ser redondeado o multilobulado. Es característica la ausencia de ganglios linfáticos sospechosos en la exploración axilar.

## Bibliografía

1. Mateos A.M. Etimologías grecolatinas del español. Editorial Esfinge, decimoséptima edición.- Pág. 216.
2. Müller J. Ueber den feinem Ban ind die formen der Kraukhaften Geschwulste. Berlín: G. Reimer, 1838.
3. Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco SC. Phyllodes tumors. Am J Surg 1993;165:376-9.
4. Bapat K, Oropeza R, Sahoo S. Benign phyllodes tumor of the male breast. Breast J 2002; 8:115-6.

No suele cursar con alteraciones del complejo areola-pezones, y aunque puede aplanarlo por compresión extrínseca, nunca lo retrae y la telorragia es infrecuente y, cuando aparece, es debida a infartos espontáneos del tumor. La velocidad de crecimiento va desde semanas a años, no implicando malignidad un crecimiento rápido. El tamaño en el momento del diagnóstico oscila entre 1 y 20 cm. aunque existe un caso descrito de hasta 50 cm. de diámetro máximo (5, 6,7) La piel suprayacente puede encontrarse adelgazada, dejando ver un retículo venoso ectásico típico de este tumor. La ulceración cutánea es excepcional y, en tal caso, es expresión de fenómenos distróficos de los tegumentos y no de infiltración neoplásica. Las lesiones multifocales o bilaterales son muy raras y el proceso de metastatización se produce por vía hematogena pudiendo verse afectados órganos como pulmón, pleura, hueso, páncreas, sistema nervioso central, hígado, etc.(7). Los TF tumores se clasifican como benignos, borderline y malignos de acuerdo a criterios uniformes: benignos (0-4 mitosis/10 campos, márgenes bien delimitados, mínimo o moderado crecimiento estromal con mínima celularidad estromal y atipia, borderline (5-9 mitosis/10 campos, márgenes intermedios, celularidad estromal moderada, atipia y sobrecrecimiento), y malignos (10 mitosis/10 campos, márgenes invasivos moderada a marcada celularidad estromal, atipia, y sobrecrecimiento) (8,9). Los componentes del TF son dos: el estromal y el epitelial. El TF nace del estroma periductal y normalmente contiene elementos lobulares dispersos. Se caracteriza por la expansión e incremento de la celularidad del componente estromal. Carecen de una verdadera cápsula, si bien se presentan bien delimitados del resto de tejido mamario sano, puede aparecer bien diferenciado o mostrar el aspecto de un sarcoma anaplásico. En conjunto puede recordar al fibroma o al fibrosarcoma, al mixosarcoma o al liposarcoma y, en general, a toda la variedad de tumores mesenquimales (5). En cuanto a los estudios inmunohistoquímicos, el estroma del TF es vimentín-positivo. Una proporción variable de casos presentan reactividad a la actina y la desmina y las células estromales raramente muestran positividad a S-100 (10). Ante el hallazgo en la exploración mamaria de un tumor palpable, el primer escalón diagnóstico es el estudio de imagen mediante mamografía y/o ecografía, aunque no hayo hay datos específicos referidos al TF, y su aspecto es el de una neoformación con características radiológicas de benignidad, puede haber calcificaciones de tipo benigno aunque en menor proporción que en los fibroadenomas. La mamografía no es concluyente pero informará sobre tamaño, situación y posibilidad de segundos tumores. La ecografía confirma la naturaleza sólida de un nódulo circunscrito en la mamografía y si presenta determinadas características como áreas quísticas,



## Bibliografía

5. Martin ME, González IB, Sánchez RM. Tumor filodes de mama. Ginecología y Obstetricia Clínica 2006; 7(1):16-23.
6. Kurt A, Tarlidede S, Sade C. A giant cystosarcoma phyllodes. Breast J 2004; 10:546-7.
7. Tan PH, Jayabaskar R, Chuah KL, Phyllodes tumors of the breast: the role of pathologic parameters. Am J Clin Pathol 2005; 123:1-12.
8. Harold JB, Jay RH, Morrow M. Malignant Tumors of the Breast. en Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. Volume Two, Chapter 43, Section 2. 8th edic. By Lippincott Williams & Wilkins 2008. pag. 1644.
9. Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. Cancer 1989; 63:2532-6.
10. Tse GM, Lui PC. Stromal expression of vascular endothelial growth factor correlates with tumor grade and microvessel density in mammary phyllodes tumors: a multicenter study of 185 cases. Hum Pathol 2004; 35(9):1053-7.



permite sospechar el diagnóstico de TF. La RNM es útil en casos en los que interese evaluar su extensión real antes de la intervención, dado que ofrece un límite claro entre esta y el tejido mamario sano, y la posible afectación de la pared torácica anterior. Dado que el TF es histológicamente heterogéneo, es necesaria una biopsia amplia para su diagnóstico. El estudio citológico y la biopsia con aguja gruesa no han demostrado buenos resultados (11,12). La cirugía es el tratamiento de elección, la extensión de la cirugía es controversial, particularmente para los TFs. Todos pueden recidivar aunque la recurrencia local es baja en los benignos (4.7 5% a 30%) y notablemente alta en los borderline y malignos (30% a 65%). La mayoría de los autores sugieren una escisión amplia con un margen de 1 a 2 cms. en todas direcciones (13). No existen claros beneficios del uso de quimioterápicos en este tipo de tumor ni en los casos de enfermedad metastásica. En cuanto a la radioterapia, existen grupos que preconizan su uso tras la cirugía para evitar recidivas y aumentar el tiempo libre de enfermedad (14).

## Discusión.

Se presenta el caso de una tumoración mamaria que es descrita en forma inicial hacia 1838 catalogándose como "*cistosarcoma fillodes*" Que es considerado como una neoplasia poco frecuente 1% de casos, en mujeres en edad productiva, de crecimiento lento pero que puede llegar a medir hasta 50 cm, de consistencia firme, delimitada, indolora, móvil y no adherida a planos profundos ni a piel como fue el caso de nuestra paciente.



La ulceración cutánea es excepcional y, en tal caso, es expresión de fenómenos distróficos de los tegumentos y no de infiltración neoplásica. Sin embargo nuestra paciente presentó justamente esta complicación con la carga social que ello implicó.

Las lesiones multifocales o bilaterales son muy raras y el proceso de metastatización se produce por vía hematogena. Situación que afortunadamente no se presentó.

En general se debe realizar diagnóstico diferencial con tumores mesenquimales (5). Y realizar estudios inmunohistoquímicos.

El protocolo de estudio incluye: mamografía y/o ecografía, La RNM es útil en casos en los que interese evaluar su extensión real antes de la intervención. La cirugía es el tratamiento de elección, la extensión de la cirugía es controversial, particularmente para los TFs. Todos pueden recidivar aunque la recurrencia local es baja en los benignos (4.7 5% a 30%) y notablemente alta en los borderline y malignos (30% a 65%).

## Bibliografía

11. Buchberger W. Phylloides tumor: findings on mammography, sonography and aspiration cytology in 10 cases. *AJR* 1991; 157:715-9.
12. Franceschini G, Masetti R, Brescia A, Mulé A. Phylloides tumor of the breast: magnetic resonance imaging findings and surgical treatment. *Breast J* 2005; 11:144-5.
13. Jamel B, Tarak D, Amor Gamoudi, R Fethi Khoms, Phylloides tumors of the breast: a case series of 106 patients. *The Am J Surg*. 192 (2006) 141-147.
14. Guerrero MA, Ballard BR. Malignant phylloides tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surg Oncol* 2003; 12(1):27-37.

## Conclusión:

Los TFs representan un grupo heterogéneo de tumores que comparten las mismas características macroscópicas con un resultado impredecible, cuyo pronóstico depende de las características histológicas y biológicas en vez de su comportamiento clínico. La cirugía sigue siendo la piedra angular del tratamiento que consiste en extirpación local amplia con márgenes adecuados de tejido sano circundante.