

Tumor Filoides de mama

Karen Sarango González.¹ Sandra Mejía Michay.²

1. Facultad de la Salud Humana, Universidad Nacional de Loja, Ecuador

2. Facultad de la Salud Humana, Universidad Nacional de Loja, Ecuador

Correspondencia:

Karen Pamela Sarango
González

Email:

sandra.mejia@unl.edu.ec
karensarango95@gmail.com

Dirección: Juan de Velasco y
Av. Orillas del Zamora-Loja,
Ecuador

Código Postal: EC 110104

Teléfono: [+593] 0967340747;
[+593] 0995703694

Fecha de recepción:
02-01-2020

Fecha de aceptación:
23-04-20

Fecha de publicación:
30-12-20

Membrete bibliográfico:
Sarango González K. Tumor
Filoides de mama. Rev Méd
Ateneo 22 (2): 45-52

Artículo acceso abierto

RESUMEN

Antecedentes: El tumor filoides es una neoplasia fibroepitelial mamaria con un componente epitelial benigno y un componente mesenquimal benigno o maligno, su tamaño varía desde unos pocos centímetros, hasta lesiones masivas que afectan toda la mama.

Caso clínico: Mujer de 60 años, nulípara, con crecimiento progresivo de masa en mama derecha de 1 año de evolución; al examen físico: tumoración lobulada, dura, de aproximadamente 30cm de diámetro con ulceración en borde inferior. El estudio tomográfico y biopsia inicial con resultados no concluyentes; se realiza limpieza quirúrgica extrayendo muestra para nuevo estudio histopatológico, el cual reporta diagnóstico de tumor filoides de alto grado de malignidad.

Conclusión: Frente a una tumoración de mama, el estudio histopatológico es el gold estándar del diagnóstico, el tumor filoide puede comportarse de forma benigna o maligna, la autoexploración es el pilar fundamental en el diagnóstico.

Palabras clave: tumoración mamaria; biopsia; histopatológico.

ABSTRACT

Background: The phyllodes tumor is a mammary fibroepithelial neoplasm with a benign epithelial component and a benign or malignant mesenchymal component, its size varies from a few centimeters, to massive lesions that affect the entire breast.

Clinical case: 60-year-old woman, nulliparous, with progressive growth of right breast mass of 1 year evolution; at the physical examination: lobulated tumor, hard, approximately 30cm in diameter with ulceration at the lower edge. The tomographic study and initial biopsy show inconclusive results; surgical cleaning is performed by extracting sample

for a new histopathological study, which reports a diagnosis of phyllodes tumor of high degree of malignancy.

Conclusion: In the case of a breast tumor, the histopathological study is the gold standard of diagnosis, the phylloid tumor can behave in a benign or malignant way, self-examination is the fundamental pillar in the diagnosis.

Key words: breast tumor; histopathological biopsy

INTRODUCCIÓN

En el 2012 el GLOBOCAN reportó 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados en este mismo año de cáncer de mama; las diversas condiciones en salud dependiendo de la realidad individual de cada país han permitido que el cáncer de mama se convierta en la primera causa de muerte en los países subdesarrollados y la segunda causa de muerte por cáncer en los países desarrollados (1).

El tumor filoide es una neoplasia fibroepitelial mamaria que presenta tanto componente epitelial benigno y un componente mesenquimal que puede ser benigno o maligno. Se presenta entre los 40 a 50 años de edad, aunque también se han reportado en niñas y adolescentes. Constituye entre el 0,3 al 0,9% de todas las neoplasias de mama (2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 60 años de edad residente en Gualcel, Loja, soltera, agricultora, diestra, fumadora pasiva por 8 años en su infancia y adolescencia, sin antecedentes patológicos clínicos, quirúrgicos personales ni familiares de importancia, antecedentes gineco obstétricos: menarquia 15 años ciclos regulares, menopausia: 48 años, gestas 0, partos 0, abortos 0; inicio de vida sexual: 25 años, una pareja sexual, vida sexual no activa, papanicolaou: ninguno, mamografías: ninguna.

Hace un año y sin causa aparente presentó masa en cuadrante inferior externo de mama derecha de aproximadamente 2x2 cm, no dolorosa a la palpación, sin cambios en la coloración de la piel, no supurativa, de bordes regulares, de consistencia dura; posterior a golpe en tórax por accidente de tránsito (hace 11 meses), inicia crecimiento paulatino de la tumoración llegando a medir 25x20x20cm, con deformidad, cambios en la coloración y textura de la piel, de consistencia dura lobulada que genera dolor leve al esfuerzo físico moderado e imposibilita la realización de actividades ocupacionales. Tres días previo a su ingreso evidencia secreción de color amarillento en moderada cantidad a nivel de pliegue inferior de mama, motivo por lo que acude a centro de salud de Gualcel, refiriendo al Hospital General Isidro Ayora, se toma biopsia de masa reportando mastitis granulomatosa neutrofílica.

Al examen físico paciente hemodinámicamente; en mama derecha piel tensional con presencia de masa dura de 25x20x20cm, lobulada, caliente, no dolorosa, piel eritematosa,

en pliegue inferior externo presenta erosión de 4 cm con tejido necrótico, secreción purulenta, fétida (Figura 1).



Figura N° 1. Masa en mama derecha

Se solicita exámenes complementarios de rutina, la biometría hemática reporta conteo eosinófilos de 8,7 % (Tabla 1); la química sanguínea se encuentra dentro de valores de normales a excepción de una LDH con un valor en límites superiores (Tabla 2)

Tabla 1: Resultados de biometría hemática.

Tabla 1. Resultados de biometría hemática

Biometría hemática	
Glóbulos blancos	7.8 K/ μ L
Linfocitos	1.7 K/ μ L (22%)
Monocitos	0.4 K/ μ L (5.6%)
Neutrófilos	5 K/ μ L (63%)
Cayados	0
Eosinófilos	0.7 K/μL (8.7%)
Basófilos	0 K/ μ L
Glóbulos rojos	4.3 M/ μ L
Hemoglobina	12.7 g/dl
Hematocrito	40.3 %
MCV	93.1 fL
Plaquetas	327 K/ μ L

Fuente: Hospital Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Los autores

Tabla 2: Resultados de Química sanguínea

Química Sanguínea	
Glucosa basal	76 mg/dl
Urea	30.9 mg/dl
Bun	14.44
Creatinina	0.7 mg/dl
LDH	470

Fuente: Hospital Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Los autores

Se solicita examen de marcadores tumorales para las neoplasias de mama que reportan valores normales.

La tomografía simple y contrastada de tórax realizada indica: se realizan cortes axiales simples y contrastados desde ápices pulmonares a base con ventana de mediastino y pulmonar encontrando estructuras vasculares del mediastino, así como la silueta de cardiaca son de aspecto normal; no se aprecian infiltrados ni lesiones ocupativas en parénquima pulmonar, ángulos costodiafragmáticos libres. Tras la administración de contraste adecuado reforzamiento vascular. Hacia los tejidos blandos de hemitórax derecho se observan lesiones heterogéneas con densidad predominantemente líquida que mide 19x119x18 cm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transverso, con volumen aproximado de 3400cc dependiente de la mama derecha, presenta en su interior múltiples imágenes nodulares, pseudonodulares y tabiques que miden entre 15mm. Hacia los cuadrantes inferiores de la lesión presencia de engrosamiento cutáneo y aire. Mama izquierda sin alteraciones evidentes. En regiones axilares ganglios de morfología habitual, en región axilar derecha, dos ganglios con características inflamatoria (figura 2 y 3).

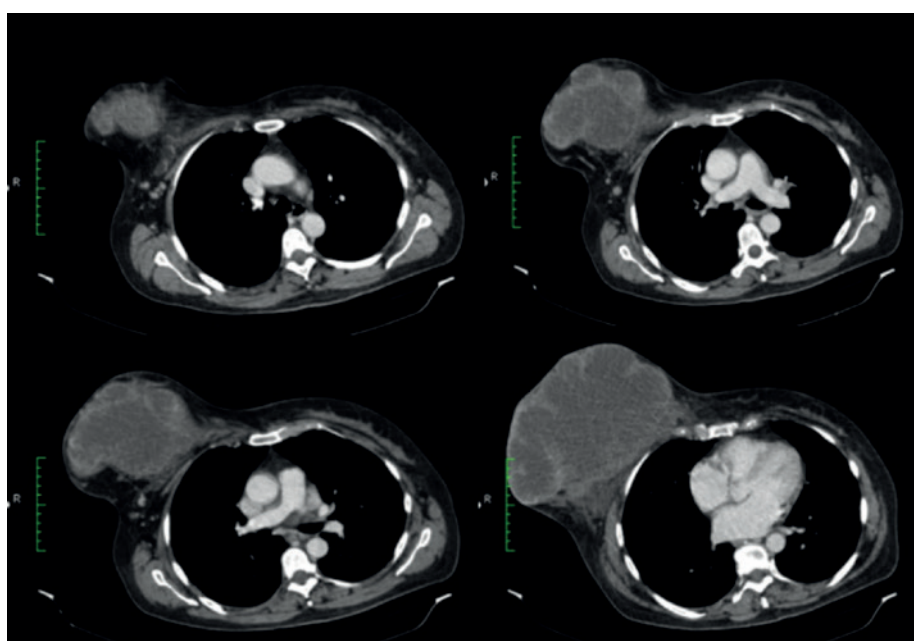
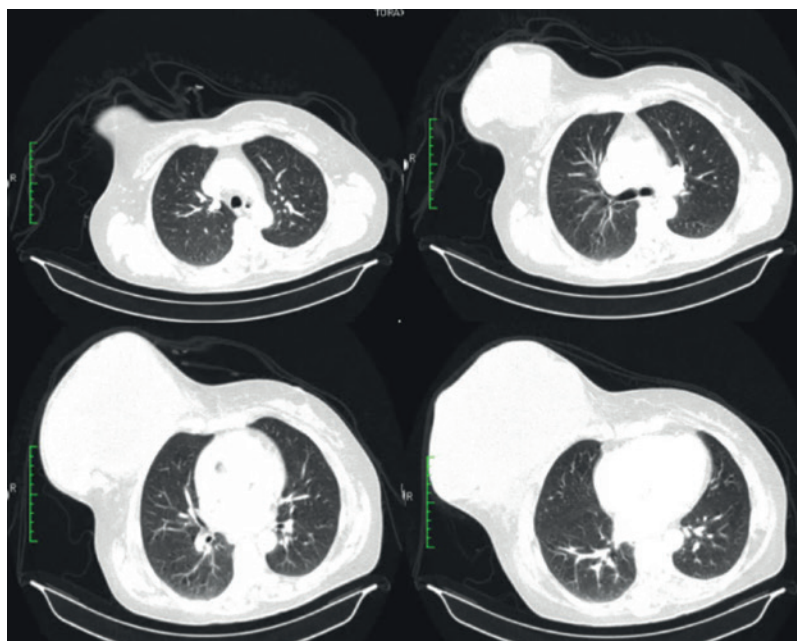
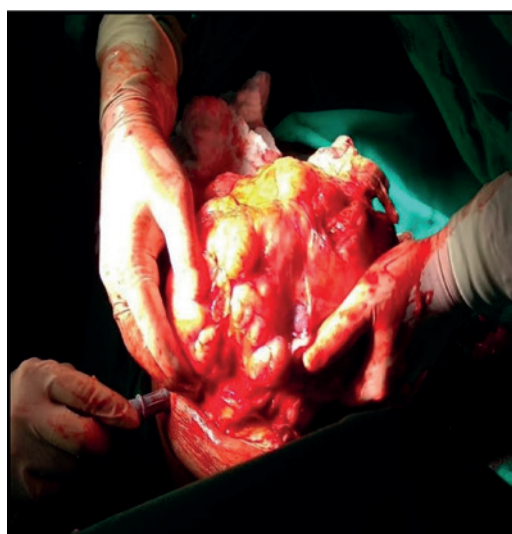


Figura 2. Tomografía simple de tórax: masa ocupante en mama derecha



**Figura 3. Tomografía contrastada de tórax:
masa ocupante en mama derecha con refuerzo de contraste.**

Evolución clínica: Durante su estancia hospitalaria se inicia antibioticoterapia a base de ceftriaxona 1gr vía intravenosa(vi) cada 12 horas por 7 días; se maneja terapia del dolor con paracetamol 1 gr (vi) y ketorolaco 30mg (vi) cada 8 horas. Con el reporte de laboratorio de marcadores tumorales y biopsia negativos, se planifica limpieza quirúrgica; realizando exéresis completa de masa mamaria derecha de características lobuladas dura, con irrigación sanguínea, de aproximadamente 30x30cm (Figura 4 y 5) observándose el lecho donde se encontraba la masa ocupante (Figura 6). Se procede a síntesis de planos musculares (Figura 7) y colocación de dren, compresas y vendaje. Paciente con evolución post-operatoria satisfactoria, se realiza un nuevo estudio histopatológico de la masa extraída que reportó positivo para malignidad de tumor filoides de alto grado (por conteo mitótico y expansión estromal), con márgenes quirúrgicos comprometidos e invasión vascular indeterminada.



**Figura 4. Extracción de masa de
mama derecha**



Figura 5. Masa de mama derecha



Figura 6. Lecho ocupado por la masa de mama

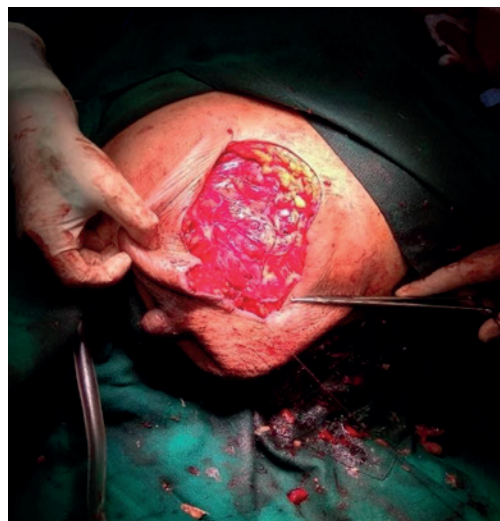


Figura 7. Síntesis por planos musculares

Tabla 4: Resultados histopatológico de la masa en mama derecha en la paciente ingresada en Hospital Isidro Ayora de Loja.

Estudio histopatológico	
Servicio / Medico: Ginecología	
Paciente: NN	Sexo: Femenino Edad: 60 años
Historia clínica: cuadro de 12 meses de evolución caracterizado por una masa pequeña, no dolorosa en mama derecha que aumenta hace 7 meses progresivamente de tamaño, hace 15 días presenta ulceración y drenaje por la piel.	
Descripción macroscópica: una masa de tejido blando, pesa 2250g, mide 22.5x17x6 cm, la superficie externa pseudoencapsulada. La superficie de corte multinodular con apariencia de "carne de pescado" con componente mucinoso abundante y necrosis en un 70% de la muestra. Periféricamente se observa tejido adiposo. En uno de sus extremos se identifica segmento de musculo esquelético de 4x3x1.5cm.	
Descripción Microscópica: los cortes histológicos muestran neoplasia maligna con excesivo crecimiento estromal, constituida por un estroma intensamente mixoide y colágeno con fibroblastos estrellados; en el que se observan fascículos desordenados de células fusiformes con atipia moderada, mitóticamente activos (más de 10 mitosis en 10 CGA), focalmente se identifica componente epitelial con ductos mamarias hiperplásicos. Extensas zonas de necrosis coagulativa y grasa. En otras áreas se observa compromiso del borde quirúrgico (células neoplásicas en contacto con medio de marcación).	
Diagnóstico: positivo para malignidad a favor de un tumor filoides de alto grado (por conteo mitótico y expansión estromal), con márgenes quirúrgicos comprometidos e invasión vascular indeterminada	

DISCUSIÓN

El nombre del tumor filoides tiene su origen en la disposición en forma de capas que adoptan los tejidos, es decir, como "hojas de un libro". Se reporta una incidencia estimada menor de 1% de todos los tumores de la glándula mamaria, siendo la edad de afectación en mujeres de 35 a 55 años. Desde el punto de vista histológico y con base en el grado de mitosis celular, se clasifican en benignos que abarca entre 35-64%, fronterizos o borderline con un 10% y malignos que afecta al 25% (3).

El tratamiento inicial ha pasado de la mastectomía total a la cirugía conservadora debido al enfoque más estético, se debe obtener márgenes libres de tumor al menos 1 cm, aunque no suele obtenerse reportando hasta un 15% los márgenes de resección positivos. El uso de la

radioterapia adyuvante ha aumentado en las últimas décadas, un estudio de 159 mujeres recolectado de Rare Cancer Network entre 1971 y 2003 encontró que la radioterapia adyuvante mejoró la recurrencia local del 59% al 85% a los 10 años ($p = 0,02$) (4). La radioterapia reduce el riesgo de recurrencia local un 70% y previene la muerte por cáncer de mama por cada cuatro recurrencias locales evitadas (5).

La quimioterapia para la metástasis a distancia no resecables de tumores filoides malignos es similar a la que usa para los sarcomas de tejidos blandos. Se ha informado la utilidad de los regímenes basados en antraciclina e ifosfamida así como de ifosfomida o antraciclinas de gran capacidad más el factor estimulante de colonias de macrófagos y granulocitos. Para los tumores filoides malignos recurrentes locales se ha administrado terapia con doxorubicina-ifosfamida con buenos resultados (6).

La biopsia con aguja gruesa (BAG) tiene su utilidad en la identificación y valoración de las lesiones sin embargo su costo y complicaciones impide su disponibilidad universal, es por ello que por otro lado, la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), no es un método de cribado, pero constituye un buen método de diagnóstico precoz basado en citología, pero cabe recalcar en cuanto a sensibilidad y especificidad la BAAF no es superior a la biopsia con aguja gruesa, pero permite diferenciar la naturaleza benigna o maligna de un nódulo. La BAAF tiene como principal desventaja no poder realizar el diagnóstico diferencial entre carcinoma invasor e in situ; sin embargo, su alta relación coste/efectividad, el bajo índice de complicaciones, la rapidez y alta precisión diagnóstica con una sensibilidad entre 80-100 % y especificidad de alrededor del 99 %; la convierten en una técnica de elección (1).

En cuanto al comportamiento biológico de este tumor, en varios estudios se ha documentado una tendencia a un tamaño mayor asociado a los tumores filoides clasificados como malignos con una p significativamente estadística ($p = 0,05$), así como también otras características histológicas como necrosis, hemorragias, degeneración quística e hiperplasia estromal pseudohamartomatosa dentro del tumor (7).

La paciente fue referida al hospital de Solca donde se realizó 6 sesiones de radioterapia adyuvante debido a infiltración en local de la pared torácica, actualmente se encuentra en tratamiento paliativo, con controles médicos mensuales.

CONCLUSIONES

El autoexamen de mama es fundamental para el diagnóstico oportuno, ya que permite determinar alteraciones en la morfología mamaria, orientado hacia un diagnóstico precoz, deteniendo la evolución e iniciando tratamiento. Frente a la sospecha de un tumor filoides, los métodos diagnósticos de apoyo no brindan suficiente información por lo que la confirmación histopatológica será el gold estándar.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Maita Cruz Y, Manrique Hinojosa J, Díaz Lajo V, Alcarraz Molina C. Rol de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en el abordaje diagnóstico de tumoraciones mamarias palpables en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú. *Horiz Med (Barcelona)*. 2018;18(2):19–26.
2. Torres Aja L, Caballero Aja N, Puerto Lorenzo J. Tumor phyllodes benigno de la mama. Revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Finlay*. 2017;7(4):290–3.
3. Jiménez-Ibáñez L, Soberano-Almeida J, García-Padrón O. Evolución natural del tumor filoides de mama. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex*. 2018;86(8):548–53.
4. Choi N, Kim K, Shin KH, Kim Y, Moon HG, Park W, et al. The Characteristics of Local Recurrence After Breast-Conserving Surgery Alone for Malignant and Borderline Phyllodes Tumors of the Breast (KROG 16-08). *Clin Breast Cancer [Internet]*. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2019.04.003>
5. Soledad Torres C, Juan Carlos Acevedo B, Bernardita Aguirre D, Nuvia Aliaga M, Luis Cereceda G, Bruno Dagnino U, et al. Estado del arte el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2015;24(4):588–609.
6. Yamamoto S, Yamagishi S, Kohno T, Tajiri R, Gondo T, Yoshimoto N, et al. Effective Treatment of a Malignant Breast Phyllodes Tumor with Doxorubicin-Ifosfamide Therapy. *Case Rep Oncol Med*. 2019;2019:1–5.
7. Abud Sanchez L, Álvarez Quesada J. Tumor filoides de mama. Reporte de caso y revisión de literatura. *Crónicas Cient*. 2016;3(3):18–25.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Karen Sarango (KS): recolección de datos y revisión bibliográfica, realización de tablas, conclusiones; Karen Sarango (KS), Sandra Mejía (SM): revisión bibliográfica. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES:

Karen Pamela Sarango González: Medico General, Facultad de Salud Humana, Universidad Nacional de Loja.

Sandra Katherine Mejía Michay: Medico General, Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud, Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local; Facultad de Salud Humana, Universidad Nacional de Loja.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado de la paciente.

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Los autores autorizan la publicación