

TUMOR FILODES DE LA MAMA:

REVISIÓN DE 55 CASOS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO".

JUAN C. RODRÍGUEZ A.¹, ÁLVARO GÓMEZ¹, ANTONIETA RENNOLA²

¹SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los tumores filodes de la mama son lesiones fibroepiteliales infrecuentes, con un pequeño número de casos reportados en la mayoría de las series, lo cual no permite hacer conclusiones precisas sobre el comportamiento y manejo de estos tumores. **OBJETIVOS:** Revisar las características clínicas y papel de los factores pronósticos histológicos. **MÉTODOS:** Se realizó una evaluación retrospectiva de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de tumor filodes evaluadas en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Oncológico "Padre Machado", entre 1985 y 2000. **RESULTADOS:** Se evaluaron un total 55 pacientes: 35 tumores benignos (63,64 %) y 20 tumores malignos (36,36 %). La edad promedio de presentación fue 39,4 años. La gran mayoría consultó por un tumor palpable en la mama. La mamografía, el ultrasonido y la citología por punción-aspiración no fueron de utilidad para el diagnóstico diferencial. Una gran proporción de tumores benignos fueron tratados con resección local amplia, mientras que la gran mayoría de los tumores malignos fueron tratados con mastectomía (simple o radical). No hubo metástasis ganglionares axilares. **CONCLUSIONES:** Los tumores filodes de la mama son lesiones con características particulares y curso clínico variable. El tratamiento aceptado en la actualidad es la cirugía y no se justifica la disección axilar. Deben reportarse de manera sistemática las variables histológicas que permitan estimar el comportamiento y agresividad del tumor.

PALABRAS CLAVE: Mama, tumor filodes, cirugía, tratamiento, pronóstico.

SUMMARY

INTRODUCTION: Phyllodes tumours are uncommon fibroepithelial breast tumours, with small number of cases in most series, which not allow draw accurate conclusions about clinical behaviour and treatment. **OBJECTIVE:** Review the clinical aspects and histopathological prognostic factors. **METHODS:** Clinical records of patients with diagnosis of phyllodes tumours of the breast, evaluated at the Breast Pathology Service of Hospital Oncológico "Padre Machado", between 1985 and 2000, were reviewed retrospectively. **RESULTS:** Were identified 55 patients with phyllodes tumours diagnoses: 35 with benign tumours (63.64 %) and 20 with malignant tumours (36.36 %). The median age at diagnostic time was 39.4 years-old. The presenting symptom in most cases was a palpable breast mass. Mammography, ultrasound and fine-needle puncture-aspiration cytology have no value in the differential diagnosis. A great proportion of benign tumours were treated with wide local excision while mastectomy (simple or radical) was the treatment of choice for the majority of the malignant tumours. No pathologic involvement of the axillary's lymph nodes was demonstrated. **CONCLUSIONS:** Phyllodes tumours of the breast have particular features with variable clinical behaviour. Surgery is the primary mode of treatment to date and lymph node dissections adds no significant benefit. The histological features that predict the aggressive course and outcomes of these tumours must be reported.

KEY WORDS: Breast, phyllodes tumour, surgery, treatment, prognosis.

Recibido: 15/07/2002 Revisado: 15/08/2002
Aceptado para Publicación: 16/10/2002

Correspondencia: Dr. Juan C. Rodríguez
Servicio de Patología Mamaria, Hospital Oncológico
"Padre Machado", Avenida Calvo Larete, El
Cementerio, Caracas, Venezuela.
Mail: jrcragostini@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores filodes de la mama son neoplasias fibroepiteliales infrecuentes; representan entre el 0,3 % y el 1 % de todos los tumores malignos de la mama en mujeres. Su incidencia se estima en 1 por 100 000, y su etiología es incierta ⁽¹⁻³⁾.

El término “*cystosarcoma phyllodes*” fue acuñado por Müller en 1838, para describir la apariencia macroscópica de estos tumores, los cuales están formados por un estroma hiper celular y espacios quísticos recubiertos por un epitelio, hacia los cuales se proyecta el estroma en forma de hojas o frondas ⁽⁴⁾. En el pasado se utilizaron múltiples definiciones para estos tumores, pero el término aceptado de acuerdo con la clasificación de las enfermedades de la mama de la Organización Mundial de la Salud es el de “tumor filodes” ^(5,6).

El tumor filodes es más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida, sin embargo, se describe su aparición en un amplio rango de edades entre la adolescencia y la vejez ^(2,7-9). Estos tumores han sido subdivididos por algunos autores en dos categorías: benignos y malignos, basándose en ciertos criterios histopatológicos, aunque otros incluyen una categoría intermedia o limítrofe entre ambas. En la mayoría de las series las lesiones malignas representan entre el 14 % y 50 % de los casos. Estos tumores son capaces de comportarse en forma atípica y la histopatología de las lesiones no predice el curso clínico.

Pueden presentarse adenopatías axilares palpables hasta en el 20 % de los pacientes, sin embargo, sólo se ha reportado enfermedad maligna en los ganglios en menos del 5 % de las disecciones axilares ^(12,13). Los tumores filodes tanto benignos como malignos, tienen tendencia a recurrir localmente y ambos son capaces de producir metástasis a distancia.

No poseen un hallazgo mamográfico, ultrasonográfico ni citológico característico, y son difíciles de distinguir clínicamente o a través de estos métodos paraclínicos de un fibroadenoma ^(3,9,14-17).

El tratamiento fundamental demostrado de estos tumores es la cirugía, que tiene por finalidad resecar adecuadamente las lesiones con un margen de tejido sano alrededor de las mismas ^(3,9,12,18-26). Otras modalidades de tratamiento no quirúrgico descritas incluyen la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, pero ninguna ha demostrado ser importante ⁽²⁷⁻³²⁾.

El presente trabajo de revisión de los casos con diagnóstico de tumor filodes de la mama, evaluados y tratados en el Hospital Oncológico “Padre Machado” en el lapso comprendido entre 1985 y 2000, tiene por objeto evaluar la experiencia en su manejo, a nivel de un centro especializado de referencia nacional, dada la baja frecuencia de presentación de estos tumores, lo difícil de obtener un diagnóstico preoperatorio a través de la clínica, estudios de imágenes y estudios citológicos, y lo impredecible de su comportamiento clínico, con un porcentaje no despreciable de recurrencia local y a distancia.

MÉTODOS

Se identificaron todas las pacientes diagnosticadas y tratadas por tumor filodes de la mama en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Oncológico “Padre Machado” (HOPM), en el lapso comprendido entre enero de 1985 y diciembre de 2000.

A través de la revisión del registro de tumores del Servicio de Anatomía Patológica, se obtuvieron los números de historias y biopsias clasificadas con el diagnóstico de tumor filodes en 70 casos. Posterior a la revisión de las historias clínicas en el Servicio de Archivo, se

excluyeron un total de 15 casos (8 casos en los que no fue posible ubicar la historia clínica de la paciente, 3 casos con diagnóstico de fibroadenoma gigante juvenil, un carcinoma metaplásico, un fibrosarcoma, un carcinoma ductal infiltrante y un caso sin diagnóstico concluyente para tumor filodes). Se incluyeron también todas las pacientes con diagnóstico de tumor filodes de la mama que fueron tratadas inicialmente en otro centro y posteriormente referidas al HOPM.

Se analizaron en forma retrospectiva un total de 55 pacientes con diagnóstico de tumor filodes de la mama. Se evaluaron los datos demográficos (edad, paridad, estado menopáusico), los datos clínicos (tiempo de evolución, síntomas, signos, tamaño tumoral, tipo histológico) y paraclínicos (mamografía, ultrasonido, citología por punción, biopsia), el tipo de tratamiento empleado y evolución posterior de las pacientes durante el seguimiento, así como, algunos datos histopatológicos relacionados con el tumor.

El tipo histológico fue clasificado como benigno o maligno, tomando en cuenta el diagnóstico anatomopatológico posoperatorio. El tamaño tumoral fue definido como el diámetro transversal máximo medido al momento de la evaluación inicial en la consulta externa del Servicio de Patología Mamaria y fue expresado en centímetros. El tiempo de seguimiento fue determinado tomando en cuenta la fecha de la última evaluación clínica registrada en la historia. En cinco casos de tumor filodes maligno metastásico se obtuvo información relacionada con el estado actual de la paciente por vía telefónica, a través de un familiar.

Las recurrencias fueron clasificadas como local (mama, pared torácica) o a distancia, y se consideró el tiempo para la recurrencia el transcurrido entre el momento del tratamiento quirúrgico y la última evaluación clínica o la muerte de la paciente.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 55 casos de tumor filodes de la mama, 35 benignos (63,64 %) y 20 malignos (36,36 %). La edad promedio de presentación para todo el grupo fue de 39,4 años (rango: 14-77 años). En las pacientes con lesiones benignas el promedio de edad fue 38,7 años (rango 14-77), y 40,6 años (rango 14-72) en lesiones malignas, siendo estas últimas pacientes en promedio 1,9 años mayores que aquellas con lesiones benignas. Las pacientes de menor edad registradas tuvieron 14 años al momento del diagnóstico (3 tumores benignos y 1 tumor maligno). El 74,29 % (26 casos) de las pacientes con tumores filodes benignos fueron premenopáusicas, en comparación con el 65 % (13 casos) en los tumores malignos.

El tiempo de demora para consultar fue obtenido en 33 de las 35 pacientes con tumores benignos (94,29 %) (rango: 1 semana - 8 años; promedio 19,51 meses). En los tumores malignos se conoció el tiempo de evolución en 17 de los 20 casos (85 %) (rango: 1-72 meses; promedio 12,06 meses). Las pacientes con tumores malignos consultaron en promedio 7 meses y medio antes en comparación con el grupo de lesiones benignas.

Al evaluar la sintomatología de las pacientes, la gran mayoría en ambos grupos consultó por presentar un tumor palpable en la mama (97,14 % en las lesiones benignas y el 60 % en las malignas). En los tumores malignos la presencia de un tumor palpable como motivo de consulta estuvo asociado a ulceración de la piel en 2 pacientes (10 %). Dos de las pacientes con tumores malignos consultaron por presentar disnea/ortopnea, secundaria a la presencia de metástasis pulmonares; en estos casos las pacientes fueron inicialmente tratadas en otro centro. Al examen físico inicial, se describió la movilidad de la lesión en 31 de las 35 pacientes con lesiones benignas, y en 30 de estos casos se consideró la lesión móvil. En 21 pacientes la

lesión fue dolorosa a la palpación. En 9 casos se observó la presencia de red venosa colateral; el tamaño tumoral promedio en estas pacientes fue de 11,8 cm. En nueve casos se detectó la presencia de adenomegalias axilares. En un caso se evidenció retracción y en otro caso ulceración de la piel de la mama. En los tumores filodes malignos la lesión fue móvil en 10/20 casos. La lesión fue descrita como no dolorosa en 8 de los 12 casos en la cual fue reportada la sensibilidad. Se observó red venosa colateral en 5 pacientes (tamaño promedio del tumor en estas pacientes de 23 cm). En 6 casos se palparon adenomegalias axilares y 2 casos se presentaron con ulceración de la piel.

Los tumores benignos se localizaron por igual en la mama izquierda y derecha (48,57 % en cada caso) y un caso con lesión bilateral.

La mayoría de las lesiones en ambos grupos se ubicaron principalmente a nivel centro-mamario (11 benignos y 9 malignos). Es de hacer notar que en muchos casos, debido a su tamaño, las lesiones ocuparon más de un cuadrante dentro de la mama.

El tamaño tumoral promedio en los tumores benignos fue 8,36 cm (rango 1,5 a 25 cm) y en los tumores malignos fue 14,46 cm (rango 4 a 60 cm), es decir, que los tumores malignos fueron en promedio 6 cm mayores que los benignos.

La mamografía se obtuvo en 26 de 35 pacientes con lesiones benignas (74,29 %) y en 9 de 20 pacientes con lesiones malignas (45 %). Al evaluar los resultados de la mamografía en los tumores benignos, en el 96,15 % de los casos se consideró que los hallazgos observados eran compatibles con una lesión benigna, siendo el principal diagnóstico diferencial por mamografía el fibroadenoma de la mama. En cambio en los tumores malignos, la mamografía no fue de utilidad diagnóstica, ya que aproximadamente en el 78 % de los casos se observó una lesión considerada como benigna o sospechosa desde el punto de vista mamográfico.

Se realizó ultrasonido mamario en 14 pacientes con tumores benignos (40 %); se consideró en doce de estas pacientes que los hallazgos obtenidos eran compatibles con una lesión benigna (85,71 %). En solo 8 de los casos malignos se reportó la utilización del ultrasonido y en todos estos casos se consideró que los hallazgos correspondían a una lesión benigna, por lo que el ultrasonido tampoco fue de utilidad en el diagnóstico de los tumores malignos.

La citología por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) se realizó en 28 de los 35 casos benignos (80 %) y en 14 de los 20 casos malignos (70 %). En los pacientes con tumores benignos a los que se les realizó PAAF, en 57,14 % (16 casos) esta fue concluida como benigna, en el 10,71 % como sospechosa (3 casos), en el 13,57 % como maligna (1 caso) y en el 28,58 % como insuficiente (8 casos). En los tumores malignos la PAAF fue considerada benigna en el 57,14 % (8 casos), insuficiente en el 21,43 % (3 casos) y solo fue catalogada como maligna en 21,43 % (3 casos). La biopsia preoperatoria solo fue realizada en 11 casos benignos (31,43 %) y en 9 casos malignos (45 %).

Las modalidades de procedimientos quirúrgicos terapéuticos empleados en los tumores benignos fueron: resección local amplia (RLA) en 20 pacientes (55,56 %), adenomastectomía subcutánea con colocación de prótesis en 6 pacientes (16,67 %), mastectomía simple con reconstrucción inmediata (RI) en 5 pacientes (13,89 %), mastectomía simple (MS) en 3 pacientes (8,33 %). En solo una paciente (2,78 %) se realizó una mastectomía radical modificada; en un caso (2,78 %) se realizó ampliación de los márgenes de resección. En total se realizaron 36 procedimientos quirúrgicos en las 35 pacientes con tumores filodes benignos (en una paciente se realizó una adenomastectomía subcutánea bilateral con colocación de prótesis).

El tratamiento quirúrgico en los tumores

filodes malignos consistió en: una mastectomía radical modificada (MRM) en 5 casos (25 %), MS + RI en 4 casos (20 %), ampliación de márgenes en 3 casos (15 %), MRM con RI en 2 casos (10 %), MS en 2 casos (10 %), RLA en 2 casos (10 %), mastectomía radical tipo Halsted en un caso (5 %) y adenomastectomía subcutánea con colocación de prótesis en un caso (5 %). En total se realizaron 20 procedimientos quirúrgicos en 19 pacientes con tumores malignos (una paciente consultó por disnea consecuencia de enfermedad metastásica pulmonar secundaria a un tumor filodes maligno tratado con mastectomía simple en otro centro y no se le realizó ningún procedimiento quirúrgico en la mama; otra paciente con antecedente de una resección local de un tumor filodes maligno de la mama en otro centro, se le realizó una ampliación de márgenes y posteriormente una mastectomía simple con reconstrucción inmediata).

En cuanto al manejo de la axila en los tumores filodes malignos, en 8 casos (66,67 %) se empleó un procedimiento quirúrgico radical como tratamiento inicial; se reportaron un total de 109 ganglios axilares resecados en la pieza operatoria en las 8 pacientes, y en ninguno de los ganglios se evidenció la presencia de enfermedad maligna metastásica, documentándose sólo la presencia de una hiperplasia reactiva. De manera similar, en otros 4 casos de tumor filodes maligno en los que se realizó como tratamiento quirúrgico inicial una mastectomía simple, se reportaron en la pieza operatoria ganglios axilares (muestreo total de 24 ganglios), todos los cuales estuvieron libres de enfermedad metastásica. Al revisar las biopsias de los casos benignos, se evidenció que en la paciente sometida a una mastectomía radical modificada, se reportaron en la pieza operatoria 39 ganglios linfáticos axilares y en ninguno hubo evidencia de enfermedad metastásica, así como tampoco en 3 pacientes sometidas a mastectomía simple en las cuales

se reportaron ganglios linfáticos en la pieza operatoria (un total de 10 ganglios).

Al analizar las otras modalidades de tratamiento se empleó la radioterapia en 5 pacientes y quimioterapia en solo 3 casos.

El seguimiento fue realizado en 29 de las pacientes con tumores benignos (82,86 %) y en 16 de las pacientes con tumores malignos (80 %). El tiempo promedio de seguimiento en las pacientes con tumores benignos fue 41 meses (rango entre 5 y 139 meses) y en las pacientes con tumores malignos fue 53 meses (rango entre 5 y 156 meses).

Durante el seguimiento no se observó ninguna recurrencia local (RL) ni a distancia en el grupo de tumores benignos. Entre los tumores malignos se observó una RL en 5 pacientes (25 %), metástasis a distancia (Mt) en 6 pacientes (30 %) y RL + Mt en 2 pacientes (10 %). El tiempo promedio para la RL fue 7,5 meses (rango: 3-12 meses) siendo el tiempo de seguimiento en estos casos de 48 meses en promedio (rango: 4 a 123 meses).

En las pacientes con enfermedad metastásica a distancia (Mt) el tiempo promedio para la recidiva fue 13,7 meses (rango: 3 a 31 meses) y el seguimiento promedio en estos casos fue de 30 meses (rango: 1-123 meses). Cinco de las seis pacientes con Mt en las que se conoció el estado actual por vía telefónica, fallecieron por enfermedad en un tiempo promedio de 15,4 meses posterior al tratamiento inicial (rango: 4-36 meses).

Entre las pacientes que presentaron RL con enfermedad a distancia, un caso tratado con RLA en un principio, presentó una RL en dos oportunidades, las cuales fueron tratadas con una nueva RLA (cuadrantectomía) y con una mastectomía simple; esta paciente posteriormente desarrolló Mt, la cual fue manejada con quimioterapia. En otro caso la paciente presentó una RL a nivel de la pared torácica a los 3 meses del tratamiento inicial, la cual fue manejada

con radioterapia paliativa y en forma simultánea desarrolló Mt (columna vertebral, partes blandas en brazo y región occipital) las cuales fueron manejadas con radioterapia y quimioterapia paliativas.

En relación con las variables histológicas de los tumores filodes malignos, en búsqueda de algún factor predictivo del comportamiento del tumor y de su capacidad para producir recidiva local o a distancia, sólo se reportó en la biopsia el grado de mitosis en 8 casos, la celularidad estromal en 3 casos, la presencia de necrosis en 4 casos y el sobrecrecimiento estromal en 2 casos, lo cual dificulta realizar algún tipo de análisis en relación con este aspecto. En tres pacientes se describió en la biopsia la presencia de estroma especializado. En un caso consistió en metaplasia cartilaginosa y ósea (esta paciente presentó metástasis a distancia a los 10 meses posteriores al tratamiento). En los otros dos casos se describió la presencia de metaplasia condroide en uno y un componente liposarcomatoso en el otro. Según algunos autores la presencia de este componente estromal especializado es importante en la determinación del comportamiento clínico del tumor. Se requieren estudios adicionales en los que se evalúen adecuadamente todas estas variables histológicas para tratar de establecer su papel pronóstico para recidiva local o a distancia.

DISCUSIÓN

Los tumores filodes son lesiones mesenquimales de la mama que exhiben un rango variable de presentaciones clínicas y patológicas.

En la literatura se reportan rangos muy amplios de edades de presentación de estos tumores, desde la adolescencia hasta la vejez. Oberman ⁽³³⁾, reportó un promedio de 49 años (rango: 23-78 años); Norris y Taylor ⁽¹²⁾, reportaron una edad al momento del diagnóstico entre 15 y 86 años con un promedio de 45 años.

Mangi y col. ⁽²¹⁾, reportaron una edad promedio de 41,3 años (rango: 17-74 años). La edad de presentación en nuestra serie osciló entre 14 y 77 años, con un promedio de 39,4 años. La paciente de menor edad fue de 14 años. Igualmente se ha reportado que las pacientes con tumores malignos son en promedio 2 a 3 años mayores que aquellas con tumores benignos ⁽³⁴⁾. En la serie revisada las pacientes con lesiones benignas tuvieron una edad promedio 1,9 años menor que en los tumores malignos.

Mangi y col. ⁽²¹⁾, reportaron que 30 de sus 40 pacientes eran premenopáusicas. De manera similar, en nuestra serie la gran mayoría de pacientes en ambos grupos fueron premenopáusicas (74,29 % en casos benignos y 65 % en los malignos).

En relación con el motivo de consulta, todas las pacientes en la serie de Chaney y col. ⁽¹⁸⁾, consultaron por una masa palpable en la mama, muy similar a lo ocurrido en esta serie donde la gran mayoría de las pacientes acudieron a la consulta por la presencia de un tumor palpable en la mama (97,14 % en los casos benignos y 60 % en los casos malignos).

El tamaño tumoral reportado es muy variable; Reinfuss y col. ^(13,20), describen en su serie de 170 casos un tamaño que osciló entre 2 cm y 40 cm, con un promedio de 7 cm Chaney y col. ⁽¹⁸⁾, describen un rango entre 1,5 cm a 30 cm (promedio: 6 cm). En nuestra serie el tamaño tumoral promedio en los casos benignos fue de 8,36 cm y 14,46 cm en los casos malignos.

El diagnóstico preoperatorio de los tumores filodes es difícil en base a la clínica, la mamografía, el ultrasonido y la PAAF. En los casos revisados la mamografía, el ultrasonido y la PAAF no fueron de utilidad en establecer el diagnóstico preoperatorio de la lesión en los casos malignos. Se describe que ni la mamografía ni el ultrasonido pueden ser utilizados para diferenciar con precisión los tumores filodes en benignos o malignos.

La gran mayoría de los tumores filodes son unilaterales. Oberman ⁽³³⁾, reportó que todos los pacientes en su serie fueron unilaterales; sin embargo, se han descrito casos bilaterales por otros autores ⁽³⁵⁾. En la serie revisada se encontró un caso de tumor filodes benigno bilateral, en una paciente que consultó por presentar un tumor palpable en la mama derecha y fue tratada con una adenomastectomía subcutánea bilateral con colocación de prótesis, reportándose en la pieza operatoria un tumor filodes benigno en la mama derecha de 14 cm x 8 cm y otro tumor filodes benigno en la mama izquierda de 7 cm de diámetro.

Los tumores malignos representan entre el 2 % y 50 % de los tumores filodes ^(9,13,20,34,36). Este amplio rango es reflejo de la falta de una interpretación histológica estándar y al uso de diferentes criterios para definir la malignidad. En la presente revisión los tumores filodes malignos representaron un 36,36 % de los casos. En un trabajo previo de 34 casos de Gómez y col. ⁽³⁷⁾, se reportó un porcentaje de lesiones malignas del 41,1 %.

El curso clínico del tumor no pareciera correlacionarse con los parámetros histológicos, sin embargo, muchos investigadores han intentado precisar cuál de los factores histológicos del tumor pudieran relacionarse con el pronóstico en estas lesiones. Contarini y col. ⁽¹¹⁾, reportaron que las metástasis representan el único criterio definitivo de malignidad. Los predictores tradicionales de malignidad incluyen el índice mitótico ⁽¹²⁾, la celularidad estromal ⁽³⁸⁾, las atipias citológicas ⁽¹²⁾, el tamaño tumoral ^(11,12,39,40), el pleomorfismo nuclear, los márgenes del tumor (infiltrativo o expansivo), la presencia de necrosis y el sobrecrecimiento estromal ⁽³⁸⁾. Azzopardi ⁽³⁶⁾, Norris y Taylor ⁽¹²⁾ y Pietruzka y Barnes ⁽³⁴⁾, concluyeron que la actividad mitótica fue el factor más importante. Chaney y col. ⁽¹⁸⁾, reportaron que el factor predictivo de metástasis a distancia más importante fue el sobrecrecimiento estromal y, Hawkins y col. ^(26,31),

reportaron que el riesgo de metástasis en los pacientes con sobrecrecimiento estromal fue de hasta 72 % a los 5 años. En la presente revisión en muy pocos casos se reportan en forma adecuada los parámetros histológicos referidos en la literatura mundial, por lo que es poco probable que pueda hacerse alguna conclusión respecto al papel de los mismos en la estimación del comportamiento del tumor, haciéndose recomendable que se definan los parámetros más importantes y que se reporten de manera rutinaria en las biopsias de los tumores filodes.

Los tumores filodes han sido tratados con una amplia variedad de opciones quirúrgicas. Haagensen ⁽¹⁹⁾, fue uno de los primeros en recomendar la escisión amplia en lugar de la mastectomía. La práctica aceptada actualmente es la resección de los tumores con un margen de 1 cm si lo permite la relación mama/tumor. Los tumores más grandes son todavía tratados con mastectomía por razones cosméticas. En la revisión presentada un porcentaje apreciable de pacientes con tumores benignos (55,56 %) fueron tratados con RLA de la lesión, sin embargo, en un 25,7 % de los casos benignos se utilizó algún tipo de mastectomía (simple, radical modificada). En el tratamiento de los tumores malignos, en esta serie, se empleó algún tipo de mastectomía (simple, radical modificada con reconstrucción inmediata o sin ella, mastectomía radical) en el 70 % de los casos; algunos autores recomiendan que inclusive en tumores malignos puede realizarse una RLA, siempre y cuando la relación mama/tumor lo permita.

La disección ganglionar axilar no ha jugado un papel primordial en estos tumores, debido a que la principal vía de diseminación de estos tumores es hematógena. Aunque pueden palpase ganglios axilares aumentados hasta en un 20 % de las pacientes con tumores filodes de la mama, la evidencia histológica de malignidad es sólo encontrada en el 5 % de todos los pacientes con ganglios palpables. Reinfussy

col. ^(13,20), reportaron la disección axilar en 49 % de los pacientes y solo un paciente tuvo metástasis ganglionares linfáticas. Chaney y col. ⁽¹⁸⁾, no observaron ninguna metástasis axilar en los 26 pacientes sometidos a disección axilar. En la presente revisión, todos los ganglios resecados como parte de un procedimiento radical o de muestreo axilar, estaban libres de enfermedad metastásica, por lo que puede concluirse que la disección axilar no tiene ninguna utilidad en el manejo de los tumores filodes y no está recomendada como un procedimiento de rutina en pacientes con ganglios negativos clínicamente ^(3,13,20,41-43).

El seguimiento promedio en nuestra serie de tumores benignos fue de 41 meses (5-139 meses) y en los malignos fue 53 meses (5-156 meses).

Las tasas de recurrencia local oscilan entre 7,5 % y 70 % ^(6,9). En los casos de tumores benignos el potencial de recidiva local es bajo (6 %-10 %). En la presente serie no se observó recidiva local en el grupo de tumores benignos (0 %). Esta tasa es apreciablemente mayor en las formas malignas (30 %-40 %), siendo en la presente serie del 25 %, lo cual, se corresponde con lo reportado por otros autores. La mayoría de las recurrencias locales se presentan en los 2 años siguientes a la operación; en la serie revisada todas las recurrencias locales se presentaron durante el primer año posterior al tratamiento quirúrgico inicial.

La tasa de metástasis reportada oscila entre 0 % y 30 %; Geisler y col. ⁽⁴⁴⁾, describen una tasa de metástasis del 16 %. En otras series se reportan rangos entre un 25 % a 40 % ^(3,13,20,34,42). La muerte como consecuencia de la

enfermedad metastásica usualmente ocurre durante los primeros 5 años de tratamiento ^(18,33,43) y, los sitios más frecuentes de metástasis son el pulmón (66 %), huesos (28 %) y vísceras (15 %). Otros sitios potenciales de metástasis son el páncreas, el sistema nervioso central, miocardio y traquea. En la serie del HOPM la tasa de metástasis a distancia reportada es del 30 % y todas las pacientes con enfermedad metastásica a distancia fallecieron antes de los 3 años, lo cual se corresponde con los reportes internacionales y es reflejo de curso fatal de la enfermedad una vez que se desarrollan las metástasis. En 4 de los seis casos con enfermedad a distancia, la recidiva se presentó a nivel pulmonar (67 %); otros sitios fueron la columna dorsal, partes blandas a nivel de miembros superiores, región occipital y pared abdominal.

El papel de la radioterapia continúa siendo incierto. En opinión de muchos autores, no la recomiendan en pacientes que han sido sometidos a una resección adecuada (márgenes ≥ 1 cm). En los casos revisados sólo se empleó en 5 pacientes; como adyuvancia en 2 casos, como tratamiento de una recidiva local a nivel de la pared torácica en un caso, como tratamiento adyuvante en un caso con evidencia de un margen profundo con evidencia de tumor el cual fue posteriormente resecado y como tratamiento paliativo en otro caso con recidiva local y a distancia. En relación con la quimioterapia, tampoco se ha definido el papel de la misma en el tratamiento de estos tumores, aunque existen reportes de respuestas parciales de corta duración con algunos agentes utilizados solos o en combinación.

REFERENCIAS

- Bernstein L, Deapen D, Ross RK. The descriptive epidemiology of malignant Cystosarcoma Phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1993;71(10):3020-3024.
- Palmer ML, De Risi DC, Pelikan A, Patel J, Nemoto T, Rosner D, et al. Treatment options and recurrence potential for Cystosarcoma Phyllodes. *SGO* 1990;170:193-196.
- Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco SC. Phyllodes tumors. *Am J Surg* 1993;165:376-379.
- Müller, J. Über den feinern bau und die formen der krankhaften geschwülste. Berlin, G. Reimer, 1838.
- World Health Organization International Histological Classification of Tumor. 2ª edición. Breast Tumors. Geneva, WHO, 1981;2.
- WHO. Histological typing of breast tumors. *Tumori* 1982;68:181-198.
- Rosen PP. Fibroepithelial neoplasms. En: Rosen's breast pathology. Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.p.143-175.
- Cohn-Cedermark G, Rutqvist LE, Rosendahl I, Silfverswärd C. Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 77 patients. *Cancer* 1991;68(9):2017-2022.
- Salvadori B, Cusumano F, Bo RD, Delledonne V, Grassi M, Rovini D, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1989;63:2532-2536.
- Modena S, Prati G, Mainente M, Massocco A, Montessoro E, Pelosi G, et al. Phyllodes tumor of the breast: Problems of differential diagnosis and therapeutic approach from an analysis of 17 cases. *Eur J Surg Oncol* 1993;19:70-73.
- Contarini O, Urdaneta LF, Hagan W, Stephenson SE Jr. Cystosarcoma phyllodes of the breast: A new therapeutic proposal. *Am Surg* 1982;48:157-166.
- Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninety-four cases. *Cancer* 1967;20(12):2090-2099.
- Reinfuss M, Mitus J, Smolak K, Stelmach A. Malignant phyllodes tumours of the breast. A clinical and pathological analysis of 55 cases. *Eur J Cancer* 1993;29A:1262-1266.
- Buchberger W, Strasser K, Heim K, Müller E, Schröcksnadel H. Phyllodes tumor: Findings on mammography, sonography, and aspiration cytology in 10 Cases. *AJR* 1991;157:715-719.
- Bhattarai S, Kapila K, Verma K. Phyllodes Tumor of the breast. A cytohistologic study of 80 cases. *Acta Cytol* 2000;44(5):790-796.
- Krishnamurthy S, Ashfaq, Shin HJC, Sneige N. Distinction of phyllodes tumor from fibroadenoma. A reappraisal of an old problem. *Cancer (Cancer Cytopatho)* 2000;90:342-349.
- Anonymous. The uniform approach to breast fine needle aspiration biopsy. A synopsis. *Acta Cytol* 1996;40(6):1120-1126; discussion 1119.
- 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):1502-1511.
- Haagensen CD. Diseases of the breast. 3ª edición. Filadelfia: WB Saunders Co.; 1986.p.284-312.
- 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(5):910-916.
- Mangi AA, Smith BL, Gadd MA, Tanabe KK, Ott MJ, Souba WW. Surgical management of Phyllodes tumors. *Arch Surg* 1999;134:487-493.
- Coutinho RA, Rojas J, Maccarone B, Moreno L. Tumor filodes benigno. *Acta Oncol Venez* 1987;20(3):51-66.
- Coutinho RA, Rojas J, Maccarone B, Pérez Brett R. Tumor filodes maligno. *Acta Oncol Venez* 1987;20(3):67-83.
- Grimes MM. Cystosarcoma phyllodes of the breast: Histologic features, flow cytometric analysis, and clinical correlations. *Mod Pathol* 1992;5(3):232-239.
- Zurrida S, Bartoli C, Galimberti V, Squicciarini P, Delledonne V, Veronesi P, et al. Which therapy for unexpected phyllodes tumor of the breast? *Eur J Cancer* 1992; 28: 654-657.
- Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C, Wiltshaw E, McKinna JA. The clinical and histologic criteria that predict metastases from cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 1992;69(1):141-147.
- Stebbing JF, Nash AG. Diagnosis and management of phyllodes tumour of the breast: Experience with 33 cases at a specialist center. *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:181-184.

28. Kessinger A, Foley JF, Lemon HM, Miller DM. Metastatic cystosarcoma phyllodes: A case report and review of the literature. *J Surg Oncol* 1972;4:131-147.
29. Reinfuss M. Malignant phyllodes tumours of the breast. A clinical and pathological analysis of 55 cases. *Eur J Cancer* 1993;29A(9):1252-1256.
30. Stockade AD, Leader M. Phyllodes tumor of the breast: Response to radiotherapy. *Clin Radiol* 1987;38:287-288.
31. Hawkins RE, Schofield JB, Wiltshaw E, Fisher C, Mc Kinna JA. Ifosfamide is an active drug for chemotherapy of metastatic cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 1992;69(9):2271-2275.
32. Burton GV, Hart LL, Leight GS, Iglehart JD, Mc Carty KS, Cox EB. Cystosarcoma phyllodes. Effective therapy with cisplatin and etoposide chemotherapy. *Cancer* 1989;63(11):2088-2092.
33. Oberman HA. Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of hypercellular periductal stromal neoplasms of breast. *Cancer* 1965;18(6):697-710.
34. Pietruzka M, Barnes L. Cystosarcoma phyllodes: A clinicopathologic analysis of 42 cases. *Cancer* 1978;41:1974-1983.
35. Reich T, Solomon C. Bilateral cystosarcoma phyllodes, malignant variant with 14-year follow-up. A case report. *Ann Surg* 1958;147:39-43.
36. Azzopardi JG. Sarcomas of the breast. En: *Problems in breast pathology*. Filadelfia: WB Saunders; 1979.p.346-365.
37. Gómez A, De Lima M, Rénnola A, Tejada A, Moreno L, Pérez R, et al. Tumor filodes de la mama. Diagnóstico y tratamiento. Experiencia de 34 casos. *Rev Venez Oncol* 1997;9(3):133-148.
38. Ward RM, Evans HL. Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 26 cases. *Cancer* 1986;58(10):2282-2289.
39. Mc Divitt RW, Urban JA, Farrow JH. Cystosarcoma phyllodes. *Johns Hopkins Med J* 1967;120:33-45.
40. Moffat CJC, Pinder SE, Dixon AR, Elston CW, Blamey RW. Phyllodes tumors of the breast: A clinicopathological review of thirty-two cases. *Histopathology* 1995;27:205-218.
41. Ciatto S, Bonardi R, Cataliotti L, Cardona G and members of the Coordinating Center and Writing Committee of FONCAM. Phyllodes tumor of the breast: A multicenter series of 59 cases. *Eur J Oncol* 1992;18:545-549.
42. Hlavin ML, Kaminsky HJ, Cohen M, Abdul-Karim FW, Ganz E. Central nervous complications of cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 1993;72(1):126-130.
43. Holthouse DJ, Smith PA, Naunton-Morgan R, Minchin D. Cystosarcoma phyllodes: The western australian experience. *Aust N Z J Surg* 1999;69:635-638.
44. Geisler DP, Boyle MJ, Malnar KF, McGee JM, Nolen MC, Fortner SM, Broughan TA. Phyllodes tumors of the breast: A review of 32 cases. *Am Surg* 2000;66(4):360-366.

FE DE ERRATA

En el número 4, volumen 14 del año 2002, en la página 198, en el artículo: Sarcoma de la mama. Casuística de 14 años en el Hospital Oncológico “Padre Machado”, el nombre del autor principal es Argimiro Rodríguez y no Alirio Rodríguez como aparece.