

## TUMOR PHYLLODES DE LA MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

### PHYLLODES TUMOR OF THE BREAST: A CASE REPORT

**Graciela Libertad Dixon**

*Estudiante de XII semestre de la Carrera de Doctor en Medicina.  
Facultad de Medicina. Universidad de Panamá*

**Asesor: Dr. Eliécer Chérigo**

*Médico Infectólogo del Instituto Oncológico Nacional.*

**Correspondencia: Graciela Dixon**

*gld\_85@hotmail.com*

Recibido: 30 de enero de 2009

Aceptado: 17 de marzo de 2009

#### RESUMEN

El Tumor Phyllodes es una neoplasia mamaria infrecuente (1%). Aparece típicamente como una protuberancia móvil, indolora, de rápido crecimiento, de 5 a 20 cm., benigna (90%). Aparece alrededor de los 50 años.

Su diagnóstico definitivo es histopatológico; es un tumor bifásico intralobulillar, con nódulos de estroma revestidos de epitelio. Suelen confundirse con los fibroadenomas.

Presentamos el caso de una paciente de 26 años, quien acude con dolor y agrandamiento de mama izquierda, cansancio, dificultad para la bipedestación y sin adenopatías. Con antecedente familiar de cáncer no mamario.

La paciente fue manejada con antibióticos, antiinflamatorios, una biopsia por aspiración y luego es referida al Instituto Oncológico Nacional, donde se realiza biopsia con aguja gruesa y centelleo óseo, que revelan tumor phyllodes no metastásico. Finalmente es sometida a mastectomía simple.

**Palabras claves.** Tumor phyllodes, Mama, Histopatología.

#### ABSTRACT

*The Phyllodes Tumor is a rare breast neoplasm (1%). Its usually a mobile, painless, fast growing lump, of 5 to 20 cm., benign (90%), more common around the 5<sup>th</sup> decade.*

*The definitive diagnosis is histopathologic; it's a biphasic tumor of the lobular stroma, with nodules of stroma surrounded by epithelium. They can be confused with fibroadenomas*

*This is the case of a 26 year old woman, who presented with an enlarged, painful left breast, tiredness, difficulty to remain standing, and no lymphadenopathies. There was family history cancer in other organs.*

*She was treated with antibiotics, anti-inflammatory medication, a fine needle aspiration biopsy, and was referred to the Instituto Oncológico Nacional, where a core biopsy and nuclear bone scan were performed, revealing a non-metastatic phyllodes tumor. The patient had a simple mastectomy.*

**Key words.** Phyllodes tumor, Breast, Histopathology.

#### INTRODUCCIÓN

**E**l tumor phyllodes (TP) es un tumor muy raro del estroma mamario, que aparece en mujeres en la quinta década de la vida, usualmente. (2)

Se presenta clínicamente como una masa móvil, bien circunscrita y usualmente indolora. Su crecimiento es muy rápido (semanas) y, por lo general, no compromete el complejo areola-pezones. La piel de la mama afectada puede aparecer translúcida y dejar ver las venas superficiales subyacentes. Su tamaño promedio es de 5 cm, pero puede alcanzar dimensiones de 20 cm o más. No suele asociarse a adenopatías axilares y las metástasis a distancia no son frecuentes. (2,3)

El diagnóstico comprende tres aspectos: clínica, imagenología e histopatología. La imagenología es más importante en la detección que en el diagnóstico definitivo, el cual recae principalmente en los hallazgos histopatológicos. (1,2)

En cuanto al análisis histopatológico, hay que saber que el mejor método es la biopsia por punción con aguja gruesa (tru-cut, core biopsia). (2,5,8)

El tumor se caracteriza por la presencia de tejido estromal y epitelial, con predominio del componente estromal cuando se compara con el fibroadenoma (otro tumor bifásico). De acuerdo con la apariencia de las células, los TP pueden clasificarse como benignos, malignos o de potencial maligno indeterminado. (2,3)

El manejo de la lesión es quirúrgico, mediante excisión abierta o mastectomía según lo requiera el caso particular. (1,2)

El estudio del caso que se describe a continuación es de particular interés debido a que se trata de una presentación poco usual de esta patología (en cuanto a epidemiología, curso y manifestaciones clínicas), además de las consecuencias psicosociales que puede tener sobre la paciente afectada.

## HISTORIA

### Enfermedad Actual

Se trata de una paciente femenina de 26 años de edad, procedente de la provincia de Chiriquí, quien es referida de la Clínica Hospital San Fernando al Instituto Oncológico Nacional (ION) el día 7 de agosto de 2006, por presentar agrandamiento importante y dolor intenso en la mama izquierda, luego de que se le practicara una biopsia por aspiración para el estudio de lesiones que aparecieron en enero del mismo año.

En enero, la paciente detecta al autoexamen dos masas palpables, una en el cuadrante superior derecho y otra en el cuadrante inferior derecho, ambas en la mama izquierda; luego aparece una úlcera en una de las lesiones con salida de sangre y pus, y la paciente sufre un aparente síncope. El dolor se hace insoportable y hasta incapacitante; la paciente refiere que no puede dormir en decúbito supino sino sentada o con respaldar, y que la molestia es mayor cuando está de pie. Acude al médico y es manejada por infección, con antibióticos y antiinflamatorios (no recuerda cuales), lo cual le produjo alivio leve y temporal de los síntomas. La paciente acude a la Clínica Hospital San Fernando, donde se le practica una biopsia por aspiración que arroja un resultado negativo y es seguida de empeoramiento de los síntomas; es entonces cuando se le refiere al ION.

### HISTORIA ANTERIOR

#### Antecedentes Personales

Patológicos: parotiditis, asma (sin crisis desde hace 8-9 años), rinitis alérgica, varicela, bocio en la infancia (tratado con levotiroxina y resuelto), hipotensión, infecciones urinarias a repetición, alergias medicamentosas (metoclopramida, diclofenaco, lialgil, ciprofloxacina, tramadol).

No patológicos: estado socio-económico medio. Escolaridad con título universitario.

Antecedentes Quirúrgicos: cirugía previa por quistes y pólipos nasales y por fractura en la pierna izquierda con lesión del menisco medial.

Hábitos: no fuma, no bebe licor, ni consume o ha consumido otras drogas. Alimentación balanceada. Se hace autoexamen de las mamas con regularidad.

Medicamentos o Drogas habituales: ninguno.

Medicamentos Actuales: morfina (2 mg), oxacilina (2g IV qid), fue cambiada a cefalotina (2g, profilaxis quirúrgica).

Ocupación: profesora.

Historia Familiar: padre con hipertensión arterial y madre con artritis y trombosis venosa profunda. Abuelo con cardiopatía no especificada y diabetes. Abuela con cáncer de útero. Tía con epilepsia y cáncer (no especificado). Bocio en otros familiares.

**Interrogatorio por Aparatos y Sistemas**: debilidad, dolor en la mama izquierda. Grava 0, Para 0, menstruaciones sin irregularidades. Se examina las mamas periódicamente. Niega disturbios o molestias en otros sitios.

### EXAMEN FÍSICO

Signos Vitales: PA: 120/70 mmHg, FC/Pulso: 92 lpm, FR: 16 cpm, Temp.: 38.0°C

Paciente alerta, orientada, cooperadora, edad aparente acorde con la cronológica, contextura física media, buen estado nutricional.

Cuello simétrico, sin adenopatías, ingurgitación yugular ni masas palpables.

Mama derecha sin masas palpables, signos de inflamación, descarga ni alteraciones en el pezón o areola. Mama izquierda muy agrandada (doble de la derecha) y dolorosa; no se describen otros hallazgos (masas, secreciones, etc). Extremidades sin adenopatías ni edema. Cardiovascular con ruidos cardiacos rítmicos sin soplo ni galope. Respiratorio con buena entrada y salida de aire, sin ruidos agregados. Neurológico normal. Sin otros hallazgos patológicos que consignar.

### Interconsultas y Estudios Pendientes

El 10 de agosto se le practicaron los siguientes estudios

- Biopsia tru-cut: sarcoma de mama izquierda ulcerada, neoplasia bifásica (estromal-epitelial) con mitosis ocasionales en componente estromal. Posible TP.
- Centelleo óseo: sin evidencias de metástasis ósea. Hallazgo incidental de retención vesical postmiccional. El resto sin nada notable.

- Química clínica: creatinina 0.5 mg/dl, fósforo 5.3 mg/dl (Ver tabla 1).
- Biometría hemática: leucocitos 10.63x10<sup>3</sup>/μL, hemoglobina 9.9 g/dl, eritrocitos 3.45x10<sup>6</sup>/μL, hematocrito 29.4%, plaquetas 492x10<sup>3</sup>/μL, monocitos 7.1 (Ver tabla 2).

**Tabla 1: Química sanguínea (10/8/06)**

	Valor	Rango normal
Glicemia (mg/dl)	90	70 – 110
BUN (mg/dl)	7	7 – 21
Creatinina (mg/dl)	0.5	0.7 – 1.5
BUN/creatinina	13.8	10 – 14
Ca (mg/dl)	9	8.5 – 10.2
P (mg/dl)	5.3	2.5 – 4.5
Na (mmol/L)	140	137 – 145
K (mmol/L)	3.8	3.6 – 5
Cl (mmol/L)	104	98 – 107
Osmolaridad (mosm/Kg)	268	0 – 10000
Bilirrubinas totales (mg/dl)	0.4	0.2 – 1.3
Bilirrubina no conjugada	0.3	0 – 1.1
Bilirrubina conjugada	0.1	0 – 0.4
AST (U/L)	19	15 – 46
ALT (U/L)	15	11 - 66

**Tabla 2: Biometría hemática (10/8/08)**

	Valor	Rango normal
WBC (x10 <sup>3</sup> /μL)	10.63	3.5 – 10
HGB (g/dl)	9.9	12 – 16
RBC (x10 <sup>6</sup> /μL)	3.45	4 – 5.5
HCT (%)	29.4	37 – 47
PLT (x10 <sup>3</sup> /uL)	492	150 – 400
RDW-CV (%)	12.6	11.5 – 14.5
Neut (%)	65.5	50 – 70
Linf (%)	24.6	25 – 33
Mono	7.1	2 – 6
Eos	2.4	2 – 4
Baso	0.4	0 – 1
Ret	1.14%	0.5 – 1.5 %

- Prueba de VIH, urinalisis, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, radiografía de tórax, electrocardiograma: sin hallazgos patológicos.

El 14 de agosto se hizo una interconsulta al servicio de infectología por la presencia de una secreción serosa proveniente de la mama izquierda. Infectología ordena

un cultivo de la secreción que resulta positivo para *Klebsiella sp.*

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Para llegar a un diagnóstico definitivo es necesario atender a los signos y síntomas pivote que incluyen masa palpable, inflamación y dolor, agrandamiento masivo y rápido de la mama, sangrado por lesión ulcerada; además del hallazgo histopatológico de neoplasia bifásica (estromal-epitelial) con mitosis ocasionales en componente estromal.

Las patologías mamarias que se presentan con una clínica similar a la descrita incluyen el carcinoma inflamatorio de la mama, carcinoma medular de la mama, angiosarcoma, fibroadenoma y TP. Las que además tienen histopatología similar son el fibroadenoma (gigante) y el TP (Ver el Cuadro 1). (1-3)

Debido a que el diagnóstico definitivo es eminentemente histopatológico llegar a concluir que se trataba de TP se simplificó un poco en la medida en que se redujeron las opciones más probables a solo 2 (TP y fibroadenoma).

**TRATAMIENTO**

Para manejo del dolor se le administró morfina 2 mg. Para la infección de la mama (*Klebsiella sp.*) se le dio oxacilina 2g IV c/4 h, la cual recibió por 7 días y luego fue sustituida por cefalotina para profilaxis quirúrgica.

El manejo definitivo del tumor fue mediante una mastectomía simple realizada el 23 de agosto de 2006; no se retiraron ganglios axilares. El diagnóstico postoperatorio (sustentado por la histopatológica final) fue: TP, masa de 20 cm. de diámetro.

Interconsultas: urología por retención vesical postmiccional; cirugía plástica y a psicología para consideraciones estéticas y emocionales. Seguimiento riguroso.

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Este tumor fue descrito originalmente en 1838 por Johannes Muller, quien lo denominó “Cistosarcoma phyllodes” debido a su apariencia macroscópica carnosa similar a un tumor maligno grande, además del patrón microscópico que mostraba parecido a una hoja. Actualmente se conoce como TP porque la mayoría de ellos son benignos. (1,2)

El TP representa apenas el 1% de los tumores mamarios en general. Puede aparecer a cualquier edad, pero

Cuadro 1. Diagnóstico Diferencial

Patología mamaria	Presentación Clínica	Epidemiología	Histopatología
<b>Mastitis / Absceso</b>	Masa dolorosa, tumefacta, eritematosa, edematosa. Fiebre Drenaje espontáneo de la masa o pezón.	Mujeres en lactancia. Traumatismo.	Infiltrado inflamatorio con neutrófilos, células gigantes multinucleadas, fibroblastos y otras células.
<b>Necrosis Grasa</b>	Masa indolora, engrosamiento o retracción cutánea. Hemorragia en fases iniciales. Antecedentes de traumatismo, cirugía previa o radioterapia.	Mujeres obesas y/o con senos muy grandes.	Cavidad quística, ocupada previamente por material lipídico degenerado. La cavidad está rodeada por células espumosas y células gigantes multinucleadas.
<b>Carcinoma inflamatorio</b>	Mama dolorosa, tumefacta, eritematosa. Crecimiento rápido. Piel en cáscara de naranja, Alteraciones del pezón. Adenopatías axilares.	>65 años Infrecuente (1-3%)	Ocupación de los linfáticos dérmicos de la mama por carcinoma indiferenciado. Características de mastitis.
<b>Carcinoma medular</b>	Masa palpable de crecimiento rápido, bien circunscrita. No suele ser > 4 cm. Puede haber necrosis y hemorragia.	>40 años Infrecuente	Patrón sincitial. Crecimiento expansivo (no infiltrante).
<b>Angiosarcoma</b>	Masa palpable, indolora, de rápido crecimiento. Agrandamiento difuso de la mama asociado a decoloración azulosa de la piel. Lesiones hemorrágicas.	3ª y 4ª décadas Premenopáusicas Infrecuente	Células anaplásicas muy infiltrantes tapizando espacios vasculares irregulares.
<b>Fibroadenoma</b>	Masa palpable, dura, bien delimitada, móvil. Dolor (cíclico o no cíclico). Diámetro < 4cm. o > 5-8cm. Ⓢ fibroadenoma gigante. Usualmente unilaterales.	>20 y <30 años * Tumor benigno más común de la mama femenina.	Tumor bifásico del estroma Intralobulillar (estroma + epitelio). Comprime el epitelio asociado.
<b>Tumor Phyllodes</b>	Masa palpable, movable. Protuberancias de rápido crecimiento, usualmente indoloras. Agrandamiento masivo desde 5 hasta 20 cm. o más. Venas superficiales visibles (cuando es muy grande).	50 o más años. 1% de los tumores de mama.	Tumor bifásico del estroma intralobulillar. componente estromal predominante. Nódulos de estroma proliferante revestidos de epitelio → Forma de hoja. Patrón quístico ocasional.

Cuadro 2: Criterios de Estadiage del Tumor Phyllodes

Grado	Bordes	Sobrecrecimiento estromal	Mitosis / 10 campos de alto poder	Atipia estromal
Bajo <sup>^</sup>	Bien definidos	+/-	5-10	Leve
Fronterizo*	+/- infiltrativo	+/-	11-20	Moderada
Alto <sup>^</sup>	Infiltrativo	+/-	> 20	Marcada

<sup>^</sup>Benigno.

\*De potencial maligno indeterminado.

<sup>^</sup>Maligno.

se ve principalmente en mujeres alrededor de los 50 años. No se ha descrito una diferencia en su frecuencia en etnias diferentes. (2,3)

Su etiología permanece desconocida, pero se han descrito mutaciones activadoras en la sobreexpresión del gen del receptor del factor de crecimiento epidérmico (*egfr*) asociadas a la progresión del tumor en grado histológico. (4)

En su presentación clínica se caracteriza por la presencia de una masa firme, móvil, bien circunscrita, en ocasiones lobulada, de crecimiento rápido (en pocas semanas) y usualmente indolora. Muy excepcionalmente compromete el pezón o la areola y muy raras veces se ulcera. La piel puede aparecer translúcida lo que permite ver las venas superficiales subyacentes. Algunos autores sugieren que aparece con mayor frecuencia en la mama izquierda. (2)

Las características clínicas de este tumor son muy similares a las de los fibroadenomas, que suelen encontrarse en pacientes jóvenes (20-30 años) y son los tumores benignos más comunes de la mama femenina. A pesar que pueden ser parecidos incluso histopatológicamente, los fibroadenomas tienden a tener un comportamiento más benigno. (2,3)

El TP es un tumor relativamente grande, con un tamaño promedio de 5 cm; sin embargo, puede alcanzar grandes dimensiones; hay reportes de masas mayores de 30 cm. En pacientes con masas muy grandes puede ocurrir la ulceración de la piel y la invasión de la pared torácica, aunque no es lo usual. No suelen haber adenopatías axilares. (2)

En cuanto a los estudios imagenológicos tenemos que la mamografía y el ultrasonido son más importantes en la detección que en el diagnóstico definitivo de la lesión, ya que en la mayoría de los casos, no permiten distinguir entre un TP y un fibroadenoma, especialmente cuando las lesiones son pequeñas. En la mamografía se observan densidades redondeadas con bordes bien definidos. En cuanto a la resonancia magnética (RM), se dice que tampoco permite diferenciar entre los TP y los fibroadenomas. Por otro lado, en un estudio se describe que los TP tienen características de captación de contraste sugestivas de malignidad de hasta 33.3%, en comparación con un 22.2% en los fibroadenomas. (2,5,6)

En cuanto al estudio histopatológico se plantea que la biopsia por aguja fina para análisis citológico es inadecuada para el diagnóstico, pero aún no existe consenso al respecto; de acuerdo con la mayoría de

los autores el mejor método para diagnóstico definitivo es la biopsia tru-cut, que consiste en puncionar la tumoración con agujas cilíndricas que extraen más y mejor material para estudio histológico. La biopsia tru-cut permite hacer el diagnóstico diferencial con los fibroadenomas. Se cree que la biopsia tru-cut es más certera en lesiones pequeñas y que en lesiones grandes se aconseja tomar más de 5 muestras por el riesgo de que no sean de áreas diagnósticas debido a la naturaleza heterogénea del tumor. El error de muestreo contribuye a la dificultad en el diagnóstico. (2,7,8)

Otros métodos usados, con mejor resultado que la biopsia por aspiración, son la biopsia abierta escisional y la incisional. Frente a la biopsia incisional, surge la cuestión que en el caso que la lesión sea un TP la paciente entonces tendría que ser sometida a una segunda operación para retirar el tumor; mientras que si se aplica la técnica de biopsia tru-cut habría una operación única al momento de extraer definitivamente el tumor. (9)

Desde el punto de vista histopatológico se trata de un tumor bifásico del estroma intralobulillar, en el que usualmente hay sobrecrecimiento de la porción estromal cuando se compara con el fibroadenoma (otro tumor bifásico). Aparecen nódulos de estroma proliferante revestidos de epitelio. En ocasiones adopta un patrón quístico. (2)

Según la apariencia de las células, los TP pueden clasificarse como benignos (90%), malignos o de potencial maligno indeterminado. En general, las lesiones benignas muestran aumento marcado de los fibroblastos y, ocasionalmente, se observan células anaplásicas con cambios mixoides. Los criterios para determinar el estadio del TP se muestran en el Cuadro 2. (2,3,10)

Las formas malignas muestran células con atipias de alto grado, hiper celularidad estromal y aumento del número de mitosis. Estos tumores pueden hacer metástasis (5-20%) hemática con propagación a los pulmones (principalmente), esqueleto, corazón e hígado. Los pacientes suelen presentar disnea, fatiga y dolor óseo. En estos casos las lesiones se tratan como sarcomas y su respuesta terapéutica es pobre. (1,2)

El diagnóstico diferencial del TP es principalmente con los fibroadenomas, ya mencionados, debido a que presentan manifestaciones clínicas muy similares y son difíciles de diferenciar por imagenología. El rango de dimensiones se sobrepone (ambos pueden ser grandes), pero los TP pueden alcanzar tamaños



mucho mayores (20 cm o más); los TP crecen más rápidamente; los fibroadenomas producen dolor (cíclico en ocasiones), mientras que los TP suelen ser indoloros; los fibroadenomas son típicamente de mujeres jóvenes de 20-30 años, mientras que los TP aparecen más en mujeres por encima de los 50 años. El fibroadenoma, como el TP, es bifásico y del estroma intralobulillar, lo que a veces confunde el diagnóstico, pero en el primero no hay predominancia del componente estromal ni del patrón típico en forma de hoja (como los hay en el TP).

El diagnóstico preoperatorio del TP es difícil y debe sospecharse en aparentes fibroadenomas que muestren crecimiento rápido y/o gran tamaño. Un estudio sugiere que la mayoría de los fibroadenomas diagnosticados por citología deben recibir seguimiento a los 6 y a los 12 meses para evaluar la tasa de crecimiento. La mediana del porcentaje de cambio de volumen por mes para el TP fue de 21% en comparación con un 2.8-5.8% en fibroadenomas. (9)

Otros tumores que deben ser distinguidos de los TP incluyen al carcinoma inflamatorio de la mama que también crece rápidamente, pero comúnmente produce dolor y compromiso de la piel y el pezón. El carcinoma medular y el angiosarcoma también crecen rápidamente pero son histopatológicamente fáciles de distinguir del TP (Ver Cuadro 1). (3,11)

El tratamiento de los TP es quirúrgico. Al momento de decidir la técnica a emplear hay que tomar en cuenta el índice de tejido neoplásico vs. tejido mamario normal, de manera que si el índice es alto (hay más tumor que mama normal) podría indicarse una mastectomía total en lugar de una escisión segmentaria, ya que el resultado cosmético no sería significativamente diferente. Usualmente no hay ganglios axilares comprometidos (hasta 10%), pero debe hacerse la disección de los mismos si lucen clínicamente sospechosos; usualmente son reactivos y no tienen células malignas. (1,2)

Se ha reportado una alta incidencia (hasta 15-20%) de recurrencia por lo que es importante la remoción adecuada del mismo cuidando los márgenes quirúrgicos. El sobrecrecimiento estromal en el TP maligno se asocia a pronóstico grave; además que son los márgenes quirúrgicos (cerrados) y el tamaño del tumor (grande) lo que aumenta la recurrencia local y no el tipo de operación, de modo que tanto la escisión local abierta como la mastectomía serían apropiadas para el tratamiento de pacientes con TP malignos. El papel de la radioterapia adyuvante no está bien definido, pero la

quimioterapia paliativa puede ser de utilidad en algunos casos de TP malignos.

El pronóstico depende principalmente del tipo histológico. La supervivencia a 5 años para los tumores benignos, de malignidad indeterminada y malignos es de 96%, 74% y 66%, respectivamente. (1,2,10)

Incluso en los tipos benignos existe el riesgo de aparición de cáncer de mama. Las mujeres con antecedente de tumor benigno de mama tienen un riesgo aumentado de cáncer de mama que persiste por 25 años; como determinantes importantes están el tipo histológico, edad al momento de la biopsia y la historia familiar. El riesgo es especialmente alto en lesiones benignas proliferativas con atipia, fuerte historia familiar y/o edad entre los 30-39 años al momento de la biopsia. Algunos hallazgos sugieren incluso que en las entidades benignas existen precursores que pudiesen desencadenar el cáncer de mama. (12)

El riesgo aumentado de desarrollo de cáncer de mama es un hecho importante debido a que podría modificar la conducta de vigilancia. El estudio de Shin et al. indica que entre el 13 y 20% de las pacientes requerirán otra biopsia en los 2 años siguientes a su diagnóstico de tumor benigno de mama, y propone por esto que toda mujer con este diagnóstico entre en un programa de vigilancia de alto riesgo para cáncer de mama que debería incluir imagenología y examen clínico a los 6 meses, 1 año y 2 años, luego de lo cual quedarían a cargo de su médico para el seguimiento apropiado para su edad. (13)

Un dato interesante es que el TP no es exclusivo de la mama. Tumores con características muy similares (bifásico con patrón en forma de hoja) han sido encontrados en áreas como la próstata y las vesículas seminales (varones). No cabe duda que este hallazgo es muy raro. (14)

## DISCUSIÓN

El TP es una neoplasia benigna de la mama, pero con potencial para producir daños importantes por su rápido crecimiento, las dimensiones que alcanza y las metástasis a distancia que es capaz de dar (aunque infrecuentes).

En el caso presentado encontramos que hay un comportamiento inusual de un tumor que de por sí es infrecuente. La paciente detecta una masa que pronto se hace muy dolorosa (incapacitante) y se torna lobulada, en poco tiempo se ulcera y empieza a drenar sangre.

Todas estas son manifestaciones que se describen en la minoría de los casos de este tumor. Otro punto interesante es que se trata de una paciente de 26 años, lo cual tampoco concuerda con la epidemiología de los TP (alrededor de los 50 años).

El hecho que la paciente se hiciera autoexamen de las mamas con regularidad (no especificó tiempo, pero fue enfática) sugiere que el crecimiento del tumor fue muy rápido, como suele ocurrir con los TP.

Con el curso de la patología de la paciente y los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas nos damos cuenta de varias cosas importantes que se describen en los artículos citados en líneas superiores.

El diagnóstico histopatológico fue sin duda lo que permitió llegar al diagnóstico correcto, lo cual es importantísimo para determinar el curso del tratamiento. Esto es particularmente cierto en este caso porque el diagnóstico diferencial más importante era entre lesiones con histopatología similar y comportamientos muy diferentes (menos agresivas).

El manejo de un fibroadenoma difiere del de un TP, y más importante, las consecuencias de manejar un TP como un fibroadenoma por error en el diagnóstico son serias (crecimiento del tumor y destrucción de la mama, recurrencia, metástasis, etc.).

Inicialmente la prueba aplicada fue la biopsia por aspiración y el resultado fue negativo, en presencia del tumor, esta prueba es inadecuada y lo más apropiado es la biopsia por punción con aguja gruesa. Cuando se utilizó la prueba correcta el resultado fue positivo. Es importante considerar en este respecto que las manifestaciones clínicas del tumor no sugerían en forma inequívoca que se trataba de un TP y siendo éste tan infrecuente, es posible que en el caso de nuestra paciente el empleo de otra prueba diagnóstica (no la biopsia *tru-cut*) fuese la conducta “esperada”.

En cuanto al manejo, tenemos que dadas las dimensiones del tumor (20 cm) y las condiciones de la mama afectada (inflamación y ulceración) una técnica distinta a la empleada (mastectomía simple) hubiese sido inapropiada, tomando en cuenta el riesgo de recurrencia y la posibilidad real de conservar el aspecto cosmético de la mama (muy baja a nula).

Si bien la descripción histológica del TP de esta paciente concuerda con el tipo histológico benigno, la evidencia científica indica que el riesgo de ocurrencia de cáncer de mama en esta paciente está aumentado con respecto a pacientes que no han tenido un tumor benigno de mama. La edad al momento de la biopsia (26 años) está en el grupo de riesgo aumentado según Hartmann et al.; sin embargo, no hay datos de historia familiar de cáncer de mama y faltan datos acerca de las características histológicas del tumor que nos permitan estratificar el riesgo en este respecto.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. *Postgrad. Med. J.* 2001; 77: 428-35.
2. Donald R Lannin, MD. Cystosarcoma Phyllodes. *eMedicine* 2006.
3. American Cancer Society (ACS). Condiciones benignas del seno. 2007.
4. Kersting C, Kuijper A, Schmidt H, Packeisen J, Liedtke C, Tidow N et al. Amplifications of the epidermal growth factor receptor gene (egfr) are common in phyllodes tumors of the breast and are associated with tumor progression. *Laboratory Investigation* 2006; 86: 54–61.
5. Goel NB, Knight TE, Pandey S, Riddick-Young M, Shaw de Paredes H, Trivedi A. Fibrous Lesions of the Breast: Imaging-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2005; 25:1547-59.
6. Wurdinger S, Herzog AB, Fischer DR, Marx C, Raabe G, Schneider A et al. Differentiation of Phyllodes Breast Tumors from Fibroadenomas on MRI. *Institute of Diagnostic and Interventional Radiology*, 2004.
7. Foxcroft L, Evans E, Porter A. Difficulties in the pre-operative diagnosis of phyllodes tumours of the breast: A study of 84 cases. *The Breast* 2007; 16: 27-37.
8. Yohe S and Yeh I-T. “Missed” Diagnoses of Phyllodes Tumor on Breast Biopsy: Pathologic Clues to Its Recognition. *Int J Surg Pathol* 2008; 16: 137.
9. Komenaka IK, El-Tamer M, Pile-Spellman E, Hibshoosh H. Core Needle Biopsy as a Diagnostic Tool to Differentiate Phyllodes Tumor From Fibroadenoma. *Arch Surg.* 2003; 138: 987-90.
10. Asoglu O, Ugurlu MM, Blanchard K, Grant CS, Reynolds C, Cha SS et al. Risk Factors for Recurrence and Death After Primary Surgical Treatment of Malignant Phyllodes Tumors. *Annals of Surgical Oncology* 2004; 11:1011-7.
11. Cottrán R, Kumar V, Collins T. *Robbins Patología Estructural y Funcional*. 6ª ed. México: McGraw Hill; 2004.
12. Hartmann L, Sellers T, Frost M, Lingle W, Degnim A, Ghosh K, et al. Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 229-37.
13. Shin S, Schneider H, Cole F, Laronga C. follow-Up Recommendations for Benign Breast Biopsies. *The Breast journal* 2006; 12(5): 413-17.
14. Bhat Dharitri M, Poflee SV, Kotwal MN, Pangarkar MA, Gadkari RU, Bobhate SK. Giant cystosarcoma phyllodes tumor of prostate: Case report of a rare entity. *Department of Pathology, Government Medical College, Nagpur, India.* 2004.