

TUMOR PHYLLODES MALIGNO GIGANTE

Autores: Chong Lee¹; Carlos Arce Aranda¹; Derliz Mussi²; José Sandoval²; Alejandro Leiva¹; Heraldo Rojas³; Ana Soskin⁴

1. Cirugía Torácica - Instituto Nacional de Cardiología – Asunción (Paraguay).

2. Cirugía Plástica - Centro Nacional de Quemaduras y Cirugías Reconstructivas -Asunción (Paraguay)

3. Mastología- Hospital Nacional de Itauguá (Paraguay)

4. Anatomía Patológica- Hospital Nacional de Itauguá y Laboratorio ANAPATH

Autor correspondiente: Dr. Carlos Arce Aranda- Dirección: Rosario 868 (Luque- Paraguay)- Email: c_arce_aranda@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar

RESUMEN.

Los tumores Phyllodes agrupan un conjunto de patologías caracterizadas por presentar una arquitectura histológica estromal y epitelial; la cirugía radical, con márgenes de resección quirúrgica libres de enfermedad mayores de 1 cm, y la radioterapia adyuvante sobre el lecho tumoral, son el tratamiento de elección. A continuación, presentamos el caso de una paciente con tumor Phyllodes maligno gigante de mama izquierda, con tratamiento quirúrgico, reconstrucción inmediata y su evolución.

Palabras claves: tumor phyllodes, mastectomía, reconstrucción mamaria.

INTRODUCCIÓN.

Los tumores Phyllodes de mama agrupan un conjunto de patologías infrecuentes caracterizadas por una histología bifásica, ya que presentan componentes estromales del tejido conectivo y glandulares lobulillares/ductales mamarios. Los subtipos pueden tener carácter benigno, borderline o maligno, dependiendo de características tales como la afectación de tejidos adyacentes, crecimiento estromal excesivo, necrosis tumoral, atipias celulares o alto número de mitosis por campo.

A continuación, se describe el caso de una paciente con tumor Phyllodes gigante de mama izquierda, tratada mediante mastectomía radical y reconstrucción con colgajo músculo cutáneo del dorsal ancho y del recto anterior del abdomen (TRAM).

CASO CLINICO

Mujer, 41 años, de tumoración en mama izquierda de crecimiento rápido, en los últimos 4 meses. Los datos son poco precisos debido a que la paciente es portadora de esquizofrenia, con tratamiento muy irregular, incluso con poca contención familiar debido al cuadro psiquiátrico. Al examen físico se constató una gran masa que ocupa la totalidad de la mama izquierda con extensión a la región abdominal y axilar lado izquierdo, de coloración pardo-negruzca y con importantes áreas de necrosis (Fig. 1). No adenopatías axilares ipsilaterales. La exploración tanto de la mama contralateral como de la axila derecha se encontraban dentro de la normalidad. Inicialmente fue evaluada por el equipo de Mastología, quienes luego de los estudios imagenológicos (ecografía axilar y mamaria bilateral, mamografía bilateral y tomografía axial computarizada) han realizado la biopsia de mama izquierda (TRUCUT) con resultado anatomopatológico de Tumor Phyllodes maligno. En la tomografía de tórax se evidenció una masa de aprox. 20cm de diámetro, con áreas necróticas en su interior, de forma irregular y bordes lobulados, sin realce al contraste, con probable invasión a los músculos pectoral mayor y menor, razón por la cual fue derivado al equipo de cirugía torácica. Luego de reunión multidisciplinaria, se decidió por el tratamiento quirúrgico.

La cirugía multidisciplinaria consistió en una exéresis tumoral con margen de seguridad hasta el plano muscular pectoral y región axilar (Fig. 2). El informe de anatomía patológica demostró una proliferación fusocelular, con áreas de necrosis y hemorragia, donde el conteo mitótico fue elevado (mayor de 20 mitosis en 10 campos de gran aumento). El tamaño tumoral fue de 29 cm, con márgenes libres de lesión (Fig. 3). La reconstrucción fue inmediata utilizando colgajo musculocutáneo de dorsal ancho y recto anterior del abdomen (TRAM) (Fig. 4). La evolución postoperatoria inicial fue favorable, recibiendo el alta hospitalaria a los 5 días después de la intervención.

Estando ya en recuperación ambulatoria, sufre una caída de propia altura, lesionado el colgajo, por lo cual requirió varias sesiones de debridamiento. Una vez cicatrizado completamente la herida operatoria (alrededor de los 30 días postoperatorio), se indicó la realización de radioterapia. Lastimosamente, ni la paciente ni los familiares aceptaron el tratamiento adyuvante.

A los 7 meses de la cirugía, la paciente es traída nuevamente a la consulta (en esta ocasión, ya por los vecinos), con recidiva tumoral en un extremo de la cicatriz. Los estudios de tomografía realizados demostraron recidiva torácica (local y contralateral), (Fig. 5) así como infiltración hepática. Fue remitida a tratamiento paliativo.



Fig. 1: Lesión tumoral mamaria izquierda



Fig. 2: Exéresis tumoral



Fig. 3: Aspecto macroscópico del tumor



Fig. 4: Reconstrucción inmediata con colgado TRAM y dorsal ancho

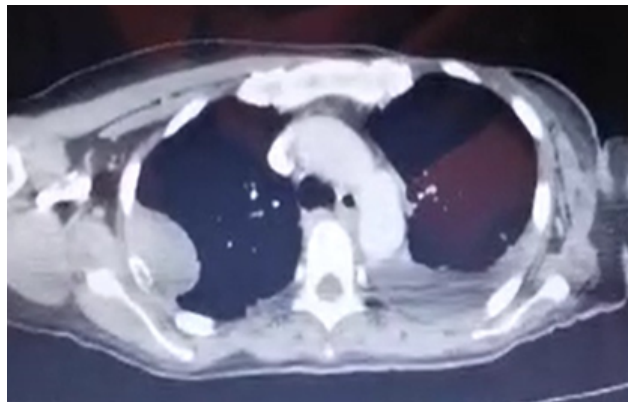


Fig. 5: Tomografía de tórax (ventana mediastinal) con derrame pleural izquierdo y masa pulmonar derecha.

DISCUSIÓN- CONCLUSION ⁽¹⁻⁵⁾.

La primera descripción de esta enfermedad data del 1827 por Chelius, aunque fue Johannes Muller en 1838 quien instauró el término de cistosarcoma para definir esta entidad clínica. Cooper y Ackerman son los primeros en describir el potencial biológico maligno de este tipo de tumores en 1943. Los tumores Phyllodes representan entre el 0.3-1% de los tumores primarios de la mama (menos del 1% del total de formas malignas), apareciendo en una franja de edad comprendida entre los 35-55 años con mayor frecuencia; presentan un crecimiento rápido y ganglios linfáticos palpables en un 10-15% de los casos (aunque <1% son positivos para malignidad).

Se considera Phyllodes gigante a los tumores mayores de 10 cm (20% del total de este tipo de neoplasias), que suelen desarrollarse en forma de masas mamarias indoloras de crecimiento rápido, en cuestión de meses. El pronóstico de las formas malignas es desalentador, ya que en el 20% de los casos desarrollarán metástasis a distancia, con preferencia por localizaciones como el pulmón, cerebro o huesos, afectando raramente al corazón o al hígado.

Su diagnóstico definitivo es anatomopatológico, aunque la mamografía y la ecografía mamaria tienen un papel importante en la valoración de esta patología. El tratamiento se basa en la cirugía, intentado obtener márgenes de resección libres de enfermedad, asociado a radioterapia adyuvante, en aquellos casos en los que exista mayor riesgo de recurrencia local o metástasis a distancia. Además, dado que la mayor parte de las recidivas locales se producen en la localización de la resección inicial, la radioterapia selectiva puede ser tan eficaz en términos de reducción de recurrencias, como la irradiación de la totalidad de la mama, disminuyendo los efectos adversos derivados de dicha radiación.

BIBLIOGRAFIA.

1. Schillebeeckx C, Verbeeck G, Daenen G, Servaes D and Bronckaers M. A Giant Phyllodes Tumor of the Breast. *Rare Tumors*. 2016 Sep 5; 8(3): 6299.
2. Islam S, Shah J, Harnarayan P and Naraynsingh V. The largest and neglected giant phyllodes tumor of the breast—A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2016; 26: 96–100.
3. Moni K and Naik R. A Clinicopathological Study of Benign Phyllodes Tumour of Breast with Emphasis on Unusual Features. *J Clin Diagn Res*. 2016 Jul; 10(7): EC14–EC17.
4. Pantoja Garrido M, et al. Tumor Phyllodes maligno gigante de mama: neoplasia infrecuente de mal pronóstico. Reporte de caso. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2017; 82(3):330-8.
5. Min Liu et al. Giant malignant phyllodes tumor of the breast: A rare case report and literature review. *Oncol Lett*. 2016 Jul; 12(1): 121–124.