

CYSTOSARCOMA PHYLLOIDES

Alfonso Campos Rojas*

RESUMEN

A pesar de ser considerada como una neoplasia rara, el Cystosarcoma Phylloides constituye aún el tipo más frecuente de lesión sarcomatosa de la glándula mamaria. El carácter benigno o maligno de la misma aún no se establece con claridad y su capacidad para dar metástasis o recurrir es impredecible.

Este es un estudio retrospectivo de 12 pacientes del Hospital México en San José, Costa Rica, tratadas por este tipo de neoplasia desde el 1º de setiembre de 1969 hasta el 30 de abril de 1990.

Se analizan la edad de las pacientes, su fertilidad, antecedentes de fibroadenoma, diagnóstico clínico previo, evolución postoperatoria, tipo de intervención quirúrgica, hallazgos anatomopatológicos, características de la lesión y evolución postoperatoria. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1990; 11(3,4):

).

INTRODUCCION

Aunque considerada como una lesión benigna, el Cystosarcoma Phylloides representa una entidad potencialmente maligna e impredecible en muchos aspectos.

Inicialmente descrita por Johanes Müller en 1938 (3, 10) fue descrita equivocadamente como un sarcoma, aún conociéndose la naturaleza benigna de la misma.

* Servicio de Cirugía General No.1. Hospital México, C.C.S.S. San José, Costa Rica.

El Cystosarcoma Phylloides representa menos del 1% de los tumores de mama (1) y se presenta a cualquier edad después de la pubertad, particularmente en mujeres multiparas, de paridad baja y lactancia casi nula. Esto ha dado margen a teorías e hipótesis de tipo hormonal, que explican el desarrollo del mismo.

Algunos autores consideran que puede desarrollarse a partir de un fibroadenoma (8) y en un alto porcentaje de pacientes existe el antecedente de haber presentado este tipo de lesión en una u otra mama.

Este tumor puede ser de rápido crecimiento y alcanza dimensiones y peso en algunos casos realmente impresionantes.

Desde el punto de vista histológico de acuerdo a Hart (9) es considerado como un tumor fibroepitelial combinado, en el cual el componente mesenquimatoso es más hiper celular que en el adenofibroma.

En ocasiones puede presentar características compatibles con malignidad, como lo son cierto grado de anaplasia, actividad mitótica e infiltración en las márgenes del tumor; sin embargo su capacidad de recurrir localmente y de dar metástasis no siempre están relacionadas con el aspecto histológico, lo que ocasiona problemas en cuanto al manejo del mismo (5).

La recurrencia local ha sido establecida entre un 16% a 30% (4). La causa podría ser el empleo de procedimientos quirúrgicos conservadores (4) sobre todo en tumores de gran tamaño, o bien al retraso en el diagnóstico correcto y al tratamiento temprano del mismo (6).

Se ha considerado que el crecimiento pronunciado del estroma es de mayor importancia en cuanto a pronóstico que el tamaño del tumor (8). Además se han emitido algunos criterios para diferenciar las formas benignas de las malignas, entre las cuales se señala que los tumores de diámetro trasverso menor a los 4cm, ausencia de infiltración al tejido vecino y mínima actividad mitótica así como pocas atipias celulares, tienden a ser de mejor pronóstico (7).

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 12 pacientes con Cystosarcoma Phylloides atendidas en el Hospital México, San José, Costa Rica desde el 1º de setiembre de 1969 al 30 de abril de 1990.

La revisión retrospectiva incluye la edad de los pacientes, su fertilidad, antecedentes de intervención quirúrgica sobre el seno para extirpación de fibroadenomas, y el uso de anticonceptivos.

Se analizan también los resultados del estudio mamográfico, el diagnóstico clínico y el tiempo de evolución antes de la intervención quirúrgica.

Se revisa el tipo de cirugía practicado, la presencia o no de adenopatías, el diagnóstico histológico y la evolución postoperatoria, así como la recurrencia local y el estado actual de los pacientes.

RESULTADOS

La edad de las pacientes osciló entre 17 y 57 años con una edad promedio de 38 años. Dos se encontraban en la segunda década de la vida, tres entre los 31 y 40 años, cuatro entre 41 y 50 años y dos entre los 51 y 60 años.

Seis de las pacientes eran nulíparas, dos habían tenido sólo un embarazo y de las otras cuatro, dos habían gestado en dos ocasiones, una en cuatro y otra en cinco ocasiones. De las doce pacientes estudiadas sólo una tenía historia de uso de anticonceptivos previamente.

Todas tenían actividad menstrual normal, excepto una paciente cuya menopausia había ocurrido cuatro años antes de la aparición del Cystosarcoma Phylloides.

Sólo cinco pacientes tenían el antecedente de fibroadenoma de mama, extirpado 17, 16, 13, 11 y 2 años antes respectivamente.

Cuatro de los fibroadenomas lo fueron del mismo lado en donde posteriormente se desarrolló el Cystosarcoma Phylloides y una en el lado contrario.

Todas las pacientes acudieron a consulta a consecuencia del aumento de volumen de una de sus mamas, por una masa de rápido crecimiento y de gran tamaño en algunas de ellas.

En cinco de los casos se realizó el estudio mamográfico, previo a la intervención. El resultado en tres de ellas fue de Cystosarcoma Phylloides, en uno de fibroadenoma y finalmente, en otro se consideró la técnica como poco satisfactoria.

En diez de los casos el procedimiento quirúrgico empleado fue la mastectomía simple con resección de un colgajo de piel, que incluía la piel del pezón y de la areola.

En un caso se resecó localmente la tumoración y en otro, se realizó una mastectomía radical modificada por haberse obtenido una biopsia por congelación transoperatoria que fue reportada como positiva por neoplasia. La paciente a la cual se le resecó inicialmente la lesión con un procedimiento conservador, presentó recurrencia local importante 3 años después, que ameritó la reintervención, realizándosele mastectomía simple, con resección local amplia de piel y la aplicación de un injerto libre. Su evolución posterior ha sido totalmente satisfactoria.

El diagnóstico histológico en todos los casos excepto en uno, fue de Cystosarcoma Phylloides variedad benigna. Un caso fue reportado como tipo maligno con dimensiones de 6 x 7cm y peso de 960 gramos con numerosas atipias celulares y mitosis. Sin embargo, su evolución ha sido satisfactoria y seis años después no ha habido evidencia de recurrencia local ni de metástasis.

Las dimensiones de los tumores en los otros casos variaron desde 2 x 3 cm el más pequeño, hasta uno de 17 x 11 x 10 cm y

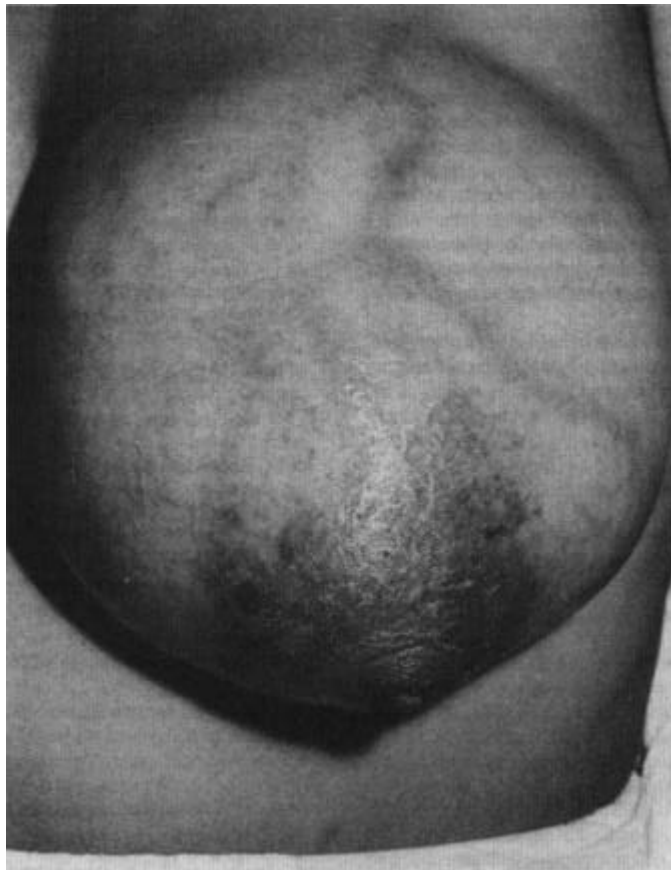
peso de 1260 gramos, considerado como el de mayor volumen.

DISCUSION

Se ha reportado un 9,33% (1) de malignidad para este tipo de lesión. En nuestra serie sólo un caso (8,3%) fue reportado como maligno y su evolución ha sido satisfactoria, sin metástasis ni recurrencia local después de 6 años.

Las metástasis han sido señaladas más frecuentemente, a pulmón, hueso, hígado, bazo y riñón y la recurrencia local aparentemente tiende a aumentar esta posibilidad, al persistir focos de tumor (4).

La evolución satisfactoria de casi la totalidad de nuestros casos se debe al tipo de intervención realizada. Las resecciones locales tienden a dejar focos de tumor y no se incluye un margen amplio de tejido mamario sano como ha sido recomendado. Esto sucedió en una de nuestras pacientes, la cual poste-



Vista ántero-posterior y lateral de la glándula mamaria en una paciente portadora de Cystosarcoma Phylloides.

riormente y como reportamos, por recidiva fue mastectomizada 3 años después de la resección local.

En general, los tumores grandes y de rápido crecimiento deben ser tratados con mastectomía desde un inicio. El grado de celularidad del estroma, así como las atipias celulares y actividad mitótica, distinguen a las lesiones benignas de las malignas (2).

ABSTRACT

Regarded as an infrequent breast neoplasm, Cystosarcoma Phylloides is still the most frequent sarcoma of the breast.

The benign or malignant character of the lesion is not yet well established and the risk of recurrence or metastasis is uncertain.

We present the retrospective study of 12 patients seen at the Mexico Hospital between of September 1969 and April 1990.

Several factors as age, fertility, clinical history of fibroadenomas, preoperative diagnosis, long-term recurrence and survival rates are reported.

The types of surgical intervention are analyzed, as well the pathological findings and clinical behavior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Jurf, Adil; Hawk A. Williams; Crile George: Cystosarcoma Phylloides. *Surg. Gyn & Obst.*, March 1978; (146)358-364.
2. Amerson, J. R.: Cystosarcoma Phylloides in adolescent females. *Ann. Surg.*, June 1970; 171:849-858.
3. Haagensen, C.D.: *Diseases of the breast.* Saunders Co. Philadelphia 1971:227-249.
4. Hadjie I.; Espinoza M.; Robbins, G.: Recurrent Cystosarcoma Phylloides. *Cancer*, Sep. 1976; 38: 1402-1406.
5. Hines James R.; Murad Tarig M.; Beal John M.: Pronostic indicators in Cystosarcoma Phylloides. *Am of Surg.*, March 1987; (153)276-280.
6. McDivit, R. W.; Urban, J. A. & Farrow, J. H.: Cystosarcoma Phylloides. *John Hopkins Med. J.*, 1967; 120:33.
7. Norris, H. J.; Taylor, H. B.: Relationship of hystologic features to behavior of Cystosarcoma Phylloides. *Cancer. Dic.* 1967; 20:2090-2099.
8. Treves, N., Sunderland, D. A.: Cystosarcoma Phylloides of the breast: A malignant and a benign tumor. *Cancer*, 1951; 4: 1286.
9. Hart, W. R.; Bauer, Richard; Oberman, Harold A.: Cystosarcoma Phylloides. *Clin. Am. J. of Path.*, August 1978; 70:211-216.
10. Aretxabala, Xabier; Roa, Iván; Contreras, Enrique; Olcese, Aldo; Reuter, Wolfgang; Arming, Rudolph: Cystosarcoma Phylloides, *Rev. Med. Chile*, Oct. 1987; 115:952-959.