

CP-51 TÍTULO: Tumor phylloes benigno, manejo diagnóstico y terapéutico de forma conservadora: a propósito de un caso

AUTOR/ES: Gómez Dovigo A; Seoane Vigo M; Berdeal Diaz M; Perez Grobas J; Carral Freire M; Bouzon Alejandro A; Atienza Herrero J; Juaneda Gabelas M; Gómez-Freijoso C.

INSTITUCIÓN: CIRUGÍA GENERAL A (C.H.U.A.C)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Tumor phyllodes, descrito por J. Müller en 1893, representa menos del 1% de neoplasias mama. Por sus características morfológicas e histológicas resulta difícil diferenciarlo del fibroadenoma, y debemos tener en cuenta que, en un porcentaje no despreciable de casos, hay transformación desde fibroadenoma a phyllodes. Este último debemos sospecharlo ante un nódulo palpable unilateral, bien delimitado, con crecimiento rápido y que aparece en mujeres entorno los 45-50 años. Presentamos el caso de una mujer 43 años portadora de un nódulo mamario de 20 años y que, inicialmente fue diagnosticada y tratada como fibroadenoma gigante. Material y métodos: Mujer 43 años, con antecedente familiar de hermana con cáncer de mama y personales de toma de anticonceptivos orales desde hace 25 años y nódulo mamario benigno biopsiado hace 20 años. Acude a la consulta de la Unidad de Mama remitida por médico atención primaria por presentar un rápido aumento del tamaño del nódulo en un período de 3 meses. Exploración física: nódulo sólido en mama izquierda, móvil, no doloroso, de aprox. 5cm. Analítica: Leucos 11550, Eritrocitos 4.57, Hb 14, Hto 40. RxTx: Adenopatías mediastínicas calcificadas. Mamografía (19/11/08): Gran tumoración polilobulada, bien delimitada, con microcalcificaciones, en cuadrante infero-interno mama izquierda de 5 cm. BAG: ductos aspecto estrellado rodeados de estroma mixoide y fibroso hallazgos que sugieren fibroadenoma como diagnóstico. Se recomienda control evolutivo. En la Mamografía de control 6 meses después: tumoración que ha aumentado de tamaño hasta 7,9 cm, por lo que es programada para cirugía. Se realiza incisión periareolar, tumorectomía y colgajos dermoglandulares. En el estudio Anátomo-patológico diferido se evidencia pieza 135 gr. y 7.5 x 6 cm morfología multinodular, consistencia firme, coloración blanquecina, áreas de microquistes y márgenes bien definidos. En la descripción microscópica: lesión bifásica constituida por proliferación de epitelio glandular inmerso en un tejido estromal con zonas de escasa celularidad que corresponden a fibroadenoma y otras con notable hiper celularidad, células fusiformes, núcleos hiper cromáticos, y zonas con sobrecrecimiento en forma de hoja por lo que se establece como diagnóstico definitivo Tumor phylloes benigno. Se realizó control ecográfico 3 meses después sin evidenciar recidiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El tumor phylloides debe sospecharse ante un nódulo indoloro, palpable, bien delimitado, móvil, no adherido a planos, unilateral, de aparición tardía, en torno a los 40-50 años, de crecimiento lento en un principio y súbito posteriormente. Su diagnóstico es histológico, constituido por elementos epiteliales y estroma fusocelular. Se han clasificado 3 grupos: benignos (75%), malignos (15-18%) y borderline (8%). El criterio de malignidad lo establece el grado de hiper celularidad, pleomorfismo, índice mitótico, atipias celulares y componente mesenquimal. Los benignos son agresivos localmente y tienden a recidivar, por lo que el tratamiento adecuado consiste en la exéresis completa con márgenes 1-2 cm y control posterior. Los Phylloides malignos diseminan fundamentalmente por vía hematogena, a pulmón y hueso, por lo que el tratamiento quirúrgico generalmente es más agresivo con mastectomía simple no siendo necesaria la linfadenectomía axilar de forma sistemática. La supervivencia a los 5 años de los Phyllodes benignos se estima en un 96% con el tratamiento quirúrgico adecuado, siendo el papel de tratamientos QT o RT controvertidos.