Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2020 mayo;88(5):283-292.

Tumor filodes de la mama: experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 28 casos en Colombia

Phyllodes tumor of the breast: experience in the diagnosis, treatment and follow-up of 28 cases in Colombia.

José Ismael Guio-Ávila,[1] Rafael Parra-Medina,[2] Ana María Fajardo-Cuéllar,[3] Nefferth Solange Velasco-Plazas,[3] Carolina Reyes-Skinner[4]

Resumen

OBJETIVO: Describir la experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tumor filodes que consultaron en dos instituciones de Bogotá, en un periodo de 6 años.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, de serie de casos. Se revisaron las historias clínicas y los reportes de patología quirúrgica de pacientes con diagnóstico de tumor filodes que asistieron a la consulta de Mastología del Hospital de San José y Hospital Infantil Universitario de San José entre los meses de enero de 2013 a junio de 2019. Se analizaron los estudios imagenológicos, biopsias preoperatorias, tratamiento quirúrgico, reporte final de Patología y el seguimiento posterior al tratamiento. Toda la información se guardó en una base de datos con las características sociodemográficas y clínicas de interés.

RESULTADOS: Se reportaron 15 de 28 casos benignos, 7 de 28 malignos y 6 de 28 fronterizos; la mediana de edad fue de 49.3 años (rango intercuartil: 43.5 -57), la biopsia trucut identificó a 18 de 28 casos con tumor filodes. Los estudios ecográficos se reportaron como BI-RADS 4 en 18 de 28 pacientes. El tratamiento quirúrgico fue cuadrantectomía y mastectomía, según el tamaño de la lesión. No se reportaron muertes.

CONCLUSIONES: El tumor filodes es de crecimiento rápido, baja incidencia, frecuente en mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida, aunque se registran casos en edades extremas (15 y 74 años). El síntoma principal es una masa palpable; en estudios de imágenes se manifiesta como lesión sugerente de malignidad (BI-RADS 4). El tratamiento quirúrgico es la base de la conducta terapéutica.

PALABRAS CLAVE: Tumor filodes; mastectomía; neoplasias mamarias; mastectomía segmentaria; biopsias; tratamiento; cuadrantectomía.

Abstract

OBJECTIVE: Describe the experience of diagnosis, treatment and follow-up of patients with phyllodes tumor who consulted in two institutions in Bogotá, in a period of 6 years.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive case series study was carried out, where clinical histories and reports of surgical pathology of patients with a diagnosis of PT who attended a mastology consultation at the San José Hospital and San José University Children's Hospital in January were reviewed. from 2013 to June 2019. Imaging studies, preoperative biopsies, surgical management, final pathology report and post-treatment follow-up were analyzed. A database with sociodemographic and clinical characteristics of interest was tabulated.

RESULTS: 15 of 28 benign cases, 7 of 28 malignant cases and 6 of 28 borderline cases were reported, the median age was 49.3 years (RIC 43.5 -57), Trucut biopsy identified 18/28 of phyllodes tumor. Ultrasound studies were reported as BIRADS 4 in 18/28. The surgical management was quadrantectomy and mastectomy according to the size of the lesion. No deaths were reported.

[1] Profesor asistente, departamento de Ginecología y Obstetricia; programa de Mastología.
[2] Patólogo, profesor asociado.
[3] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[4] Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José y Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, Colombia.

Recibido: enero 2020

Aceptado: febrero 2020

Correspondencia
Carolina Reyes Skinner
creyes@fucsalud.edu.co

Este artículo debe citarse como
Guio-Ávila JI, Parra-Medina R, Fajardo-Cuellar AM, Velasco-Plazas NS, Reyes-Skinner C. Tumor filodes de la mama: experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 28 casos en Colombia. Ginecol Obstet Mex. 2020 mayo;88(5):283-292.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3889

CONCLUSIONS: Phyllodes tumor is a tumor of rapid growth, low incidence, frequent in the fifth and sixth decade of life, however, cases are recorded at extreme ages (15-74 years). Its main symptom is palpable mass and in imaging studies it manifests itself as suggestive lesions of malignancy (BIRADS 4). Surgical management is considered as the treatment pillar.

KEYWORDS: Phyllodes tumor; Mastectomy; Breast neoplasms; Mastectomy segmental; Biopsies; Management; Quadrantectomy.

ANTECEDENTES

El tumor filodes es una neoplasia fibroepitelial que representa 0.3 a 1% de todas las masas de la mama. Si bien el valor es estadísticamente bajo, su manifestación y evolución es impredecible porque no se han logrado identificar los factores de riesgo ni los predisponentes de recurrencia.[1,2] De 10-20% de los tumores filodes experimentan transformación maligna; suelen tener diferenciación miofibrosacromatosa en el estroma y, por excepción, elementos sarcomatosos heterogéneos.[3]

Si bien hay una gran cantidad de estudios y revisiones bibliográficas[4] que respaldan las conductas actuales en el tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de mama, no sucede lo mismo con el tumor filodes, que al entendimiento de las pacientes puede relacionarse con el mismo curso del cáncer.

Hay escasa bibliografía de las características del tumor en la población colombiana.[1,4]

En el 2015 Ossa y sus colaboradores[1] publicaron un estudio que incluyó 77 casos diagnosticados en el Instituto Cancerológico de Medellín. La mayoría de sus pacientes provenía del Departamento de Antioquia. El objetivo fue documentar la experiencia de diagnóstico, tratamiento quirúrgico y seguimiento de las pacientes con esta variedad de tumor en la población incluida. En sus conclusiones demostraron una tasa de supervivencia de 80% en la variante maligna del tumor filodes y de 94.5% de supervivencia global, dato concordante comparado con la bibliografía internacional.

Puesto que se trata de una neoplasia de baja frecuencia surge la necesidad de aportar, con base en la experiencia, las características sociodemográficas, imagenológicas y patológicas del tumor filodes en una muestra de población colombiana. **Figura 1**

El objetivo del estudio fue: describir la experiencia del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tumor filodes que consultaron en dos instituciones de Bogotá, Colombia, en un periodo de 6 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de serie de casos. Los casos se tomaron de las bases de datos del servicio de Patología del Hospital de San José y Hospital Universitario Infantil de San José, con diagnóstico de tumor filodes establecido entre enero de 2013 y junio de 2019. Criterios de inclusión: contar con historia clínica institucional, tener más de 18

https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3889



Figura 1. Paciente de 61 años, con tumor filodes maligno al momento del diagnóstico, llevada a radioterapia. Hospital de San José, septiembre de 2017. Vista frontal.

años, que consultaron y recibieron tratamiento quirúrgico definitivo de la lesión en alguna de las dos instituciones de referencia.

Se revisaron las historias clínicas desde la primera consulta de mastología y registro de los estudios imagenológicos y de biopsias preoperatorias, tratamiento quirúrgico, reporte de Patología de la pieza quirúrgica y comunicación, por vía telefónica, para confirmar la supervivencia.

En una base de datos se registraron las variables sociodemográficas: edad, lateralidad de la lesión, cuadrante mamario afectado, intención de la mamografía. Variables clínicas: motivo inicial de consulta, antecedentes personales y familiares de cáncer de mama o enfermedad fibroepitelial. Variables de diagnóstico: tipo y reporte de la biopsia prequirúrgica BI-RADS ecográfico y mamográfico, recurrencia y mortalidad.

Se llevó a cabo la descripción de las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumieron con mediana y rango intercuartílico, de acuerdo con su distribución. Los datos se analizaron en el programa Stata 13.

El protocolo fue aprobado por el comité de investigaciones y comité de ética de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

Se identificaron 32 casos con diagnóstico histopatológico de tumor filodes tomados de la base de datos proporcionada por el servicio de Patología del Hospital San José y Hospital Universitario Infantil de San José; se excluyeron 3 casos por ser menores de 18 años y 1 por no contar con historia clínica institucional. **Cuadro 1**

De los 28 casos incluidos, los límites de edad estuvieron en 27 y 74 años, con mediana de 49.3 años (Rango intercuartil [RIC] 43.5 -57). El principal motivo de consulta fue: masa palpable en 26 de los 28 casos, solo una paciente consultó por dolor.

De los casos analizados, se reportaron 15 de 28 benignos o de bajo grado de malignidad, 7 de 28 malignos y 6 de 28 fronterizos. **Cuadro 2**

En 20 de 28 casos la masa afectaba la mama derecha y en las 8 restantes la mama izquierda. No se documentaron lesiones bilaterales concomitantes.

En la mayoría de las pacientes (22 de 28) no se documentaron antecedentes familiares de malignidad mamaria. Sin embargo, en 6 pacientes

Cuadro 1. Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes.

Característica	n (%)
Edad en años, mediana (RIC)	48.5 (27-74)
Lateralidad	
Derecha	20 (71.4)
Izquierda	8 (28.5)
Cuadrantes	
Superior externo	11 (39.2)
Superior interno	2 (7.1)
Inferior externo	1 (3.5)
Inferior interno	1 (3.5)
Externos	1 (3.5)
Internos	1 (3.5)
Todos	10 (35.7)
Retroareolar	1 (3.5)
Motivo de consulta	
Masa palpable	26 (92.8)
Dolor	1 (3.5)
Fortuito	1 (3.5)
Antecedente de patología mamaria	
Sí	10 (35.8)
No	18 (64.2)
Antecedente familiar de patología mamaria	
Sí	4 (14.2)
No	22 (78.5)
No conocido	2 (7.1)
Biopsia	
Trucut	25 (89.2)
ACAF	1 (3.5)
No conocido	2 (7.1)
Biopsia sugerente de tumor filodes	
Sí	18 (64.2)
No	10 (35.7)

se identificó antecedente personal conocido de patología mamaria, de las que un caso correspondió a cáncer de mama, 4 casos a tumor filodes previo y 1 caso con antecedente de fibroadenoma.

Por lo que se refiere a las ayudas diagnósticas a 14 de 28 se realizó mamografía, todas con intención diagnóstica. Ningún caso fue hallazgo fortuito al momento de la mamografía con intención de tamizaje.

De las 28 pacientes a 25 se les realizó ecografía mamaria y de esas 18 se reportaron con BIRADS ecográfico 4 y en 14 de las 15 mamografías 5 se reportaron con BI-RADS 4. **Cuadro 2**

El tamaño de la masa, en imágenes, estuvo entre 17 y 160 mm, con mediana de 67.3 mm (RIC 32.5 -

Cuadro 2. Características imagenológicas del tumor filodes basado en su histología

Características	Benigno n = 15 n (%)	Fronterizo n = 6 n (%)	Maligno n = 7 n (%)
Tamaño imagenológico			
20 -50	7 (46.6)	4 (66.6)	3 (42.8)
51-100	5 (33.3)	-	-
> 101	3 (20)	2(33.3)	4 (57.1)
Tamaño de la pieza quirúrgica			
20 -50	8 (53.3)	3 (50)	2(28.5)
51-100	2 (13.3)	-	-
> 101	5 (33.3)	3 (50)	5 (71.4)
BI-RADS ecográfico			
2	1 (6.6)	-	1 (14.2)
3	1 (6.6)	-	1 (14.2)
4	11 (73.3)	4 (66.6)	3 (42.8)
5	-	-	1 (14.2)
No realizado	1 (6.6)	1 (16.6)	-
No reportado	1 (6.6)	1 (16.6)	1 (14.2)
Morfología			
Lobulada	10 (66.6)	1 (16.6)	4 (57.1)
Nodular sólida	2 (13.3)	3 (50)	1 (14.2)
No descrita	3 (20)	2 (33.3)	2 (28.5)
Calcificaciones			
Sí	2 (13.3)	1 (16.6)	1 (14.2)
No	3 (20)	-	3 (42.8)
No conocido	10 (66.6)	5 (83.3)	3 (42.8)

https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3889

97.5) y en el reporte de patología final de 15 y 420 mm, con mediana de 123.17 mm (RIC 31.5 -195).

Cuatro tumores malignos y 2 fronterizos registraron en la ecografía un tamaño mayor de 100 mm, en contraste con los tumores benignos que midieron menos de 100 mm.

La morfología de las lesiones fue: lobulada en 15 y en 7 no se describió ningún tipo de característica morfológica, las calcificaciones solo se reportaron en 4 casos y de quistes en 6.

A todas las pacientes se les tomó una biopsia prequirúrgica, de ellas en 25 de 28 fue biopsia tipo trucut y de éstas solo 18 sugerían tumor filodes, sin reportar comportamiento histológico benigno, maligno o fronterizo.

A 14 de 28 pacientes se les efectuó la mastectomía y a las otras 14 cirugía conservadora; cuadrantectomía. De las mastectomías, 13 de 14 correspondieron a lesiones que en la pieza quirúrgica midieron más de 100 mm y de las cuadrantectomías 11 de 13 midieron entre 20 y 50 mm. En 7 casos se hizo ampliación de márgenes; un tumor filodes benigno con afectación de bordes en la pieza quirúrgica y 6 por cuadrantectomía con biopsia inicial no sugerente de tumor filodes (**Cuadro 4**). De las ampliaciones efectuadas, no se reportó daño residual por tumor y al momento del último contacto no se documentó recaída tumoral alguna.

Cuadro 3. Tratamiento quirúrgico según la histología

Tratamiento	Benigno n = 15 n (%)	Fronterizo n = 6 n (%)	Maligno n = 7 n (%)
Mastectomía	5 (33.3)	4 (66.6)	5 (71.4)
Cuadrantectomía	10 (66.6)	2 (33.3)	2 (28.6)

Cuadro 4. Radioterapia según la histología

Radioterapia	Benigno n = 15 n (%)	Fronterizo n = 6 n (%)	Maligno n = 7 n (%)
Sí	1 (6.6)	1 (16.6)	5 (71.4)
No	14 (93.3)	3 (50)	2 (28.5)
No conocido	-	2 (33.3)	-

En 8 pacientes a quienes se efectuó mastectomía se reportaron, como hallazgo patológico fortuito: ganglios, ninguno afectado por el tumor.

A 5 casos de tumor filodes maligno se les indicó radioterapia, 1 caso de tumor filodes fronterizo y 1 caso de tumor filodes benigno, que fue recaída de un tumor maligno previo no irradiado. De los casos de tumor filodes maligno, el reporte patológico final fue de lesiones mayores de 120 mm y con bordes negativos. Dos casos de tumor filodes maligno no recibieron radioterapia, una paciente no aceptó la irradiación y la otra, por antecedente de irradiación 10 años antes por tumor filodes maligno. Solo un caso de los 28 tuvo recaída conocida; se trató con radioterapia.

No se reportaron muertes. En uno de los casos fue imposible el contacto por vía telefónica, no contaba con afiliación a la seguridad social desde la última consulta a la institución.

Una de las pacientes ingresó a cuidados intensivos por sepsis de tejidos blandos; requirió múltiples trasfusiones durante la estancia y administración de antibiótico de amplio espectro. Se le practicó la mastectomía, con reporte histológico final de tumor filodes fronterizo. El seguimiento se llevó a cabo en otra institución, por trámites administrativos de la aseguradora. En el contacto telefónico la paciente refirió que no requirió radioterapia coadyuvante, sin evidencia de recaída al momento del contacto (16 meses luego del tratamiento quirúrgico).

Un caso de tumor filodes maligno tratado, ini-

cialmente, con mastectomía y quimioterapia con doxorrubicina e ifosfamida 4 ciclos, recayó a los cuatro años de tratamiento inicial con un nuevo tumor filodes de alto grado, tratado con resección ampliada y radioterapia.

Uno de los casos de histología maligna fue recaída de un tumor filodes maligno previo, que recurrió a los seis meses del tratamiento inicial con cuadrantectomía. La recaída se trató con mastectomía e indicación de radioterapia, pero la paciente no aceptó la irradiación.

Solo se documentó un caso de extensión de enfermedad en un tumor filodes maligno tratado con cuadrantectomía e indicación de radioterapia, que fue rechazada. A los 12 meses de la cirugía se evidenció la metástasis al pulmón, sin criterio quirúrgico, al momento del último seguimiento la paciente seguía viva.

DISCUSIÓN

En un lapso de 6 años se reunieron 28 casos; ésta es la segunda serie de casos con más pacientes reportada en Colombia en la última década.

La incidencia del tumor filodes maligno está reportada en 2.1 casos por cada millón de mujeres[5] y constituye 0.3% de las lesiones mamarias; de ahí la importancia de este reporte de casos.

Este tipo de tumor suele manifestarse, clínicamente, con una masa dura, multilocular, debidamente definida, móvil y pocas veces dolorosa.[6] El tamaño suele ser voluminoso, de crecimiento rápido y con protrusión a la piel. Se observan menos: retracción del pezón, ulceración, fijación a la pared torácica, enfermedad bilateral y afectación axilar.[1,6] Esto puede correlacionarse con el hallazgo de masa palpable como principal síntoma en las pacientes incluidas en este estudio. En ningún caso se documentó daño bilateral, ni afectación de ganglios axilares de los resecados de manera fortuita.

En otra población colombiana la edad promedio al momento del diagnóstico fue de 21 a 78 años.[5] En nuestras pacientes, la mediana de edad fue de 49.3 años, con casos entre los 27 y 74 años. Se detectaron tres casos menores de 18 años, que no se incluyeron.

Ante la baja incidencia del tumor y, a pesar de los casos reportados, no se ha logrado describir una conducta de presentación y comportamiento que acelere la sospecha diagnóstica de tumor filodes ante una lesión mamaria.[1,2,5.]

Los tumores benignos tienen el potencial de recidivar localmente lo mismo que los fronterizos. Además, tienen riesgo bajo pero latente de metástasis. Los tumores malignos tienen un riesgo más alto de comportamiento metastásico, que puede llegar a ser fatal.[6]

El fibroadenoma es el principal diagnóstico diferencial del tumor filodes. El tratamiento de este tipo de lesiones se limita a la enucleación de la lesión, pero en un tumor filodes se recomienda la escisión amplia de márgenes.[5,7] El diagnóstico prequirúrgico modifica la conducta y el pronóstico.

En nuestro estudio, la biopsia prequirúrgica detectó a 18 pacientes sugerentes de tumor filodes sin lograr predecir su comportamiento. La biopsia trucut es un método diagnóstico de cáncer de mama con una sensibilidad aproximada de 95-97%;[8,11] para el tumor filodes no cuenta con la misma eficacia. Zhou y su grupo[7] evaluaron el rendimiento de la biopsia por aguja gruesa para el diagnóstico de tumor filodes y reportaron una sensibilidad de 13.3%. Boubacar,[12] en un estudio que incluyó 106 pacientes, encontró una sensibilidad en el

https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3889

diagnóstico de tumor filodes por biopsia trucut de 56.8 a 37.5% y especificidad de 59.2 a 100% para tumor filodes benigno y maligno, respectivamente.

El tumor filodes se diferencia, histológicamente, de los fibroadenomas en la hipercelularidad y en las proyecciones en hoja (*leaf like*) en el estroma, entre otros.[10] Categorizar el tumor filodes en benigno, maligno o fronterizo se basa, también, en el grado de atipia, cantidad de mitosis, tamaño nuclear, pleomorfismo, necrosis e infiltración de los bordes. Estas características pueden ser difíciles de identificar en las biopsias tipo trucut[8,9] lo que no le permite al patólogo establecer el diagnóstico definitivo preoperatorio.

En nuestra serie de casos se reportaron 15 benignos, 7 malignos y 6 fronterizos, 20 (71 %) aparecieron en la mama derecha, en contraste con estudios previos.[2,6] El cuadrante más afectado fue el superior externo, seguido de lesiones que afectaban todos los cuadrantes. Esto sugiere que la manifestación del tumor es independiente de la lateralidad, y que no hay estudios anteriores que reporten afectación específica por cuadrantes.

El tumor filodes es de crecimiento rápido; alcanza, en promedio, de 4-7 cm.[1,6,7] En nuestro estudio, el tamaño de la masa en imágenes estuvo entre 17 y 160 mm, con mediana de 67.3 mm; en el estudio patológico final se encontró entre 15 y 420 mm, con mediana de 123.17 mm. Esto soporta el rápido crecimiento desde el momento de la toma de la imagen hasta la escisión quirúrgica.

Ante la existencia de una masa palpable están indicados los estudios imagenológicos. La mamografía se reserva, inicialmente, para pacientes mayores de 50 años, por lo que la ecografía mamaria es el primer estudio al que tienen acceso las pacientes.[4]

Para el tratamiento del tumor filodes, las guías del *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)[13] recomiendan la escisión con márgenes mayores de 1 cm, sin estratificación axilar. Se carece de estudios prospectivos que recomienden, de forma rutinaria, la radioterapia;[13] sin embargo, Xue Chao y sus coautores,[14] en un metanálisis que incluyó a 619 pacientes, evaluó la participación de la radioterapia y quimioterapia y encontró una tasa de metástasis de 4% en pacientes tratadas con radioterapia *versus* una tasa de metástasis de 8% en pacientes que solo recibieron tratamiento quirúrgico; esto sugiere que la radioterapia podría ser efectiva en disminuir la tasa de metástasis. **Cuadro 3 y Figuras 2, 3 y 4**

En nuestra serie, la mastectomía se practicó a 14 de 28 casos y cuadrantectomía a los restantes 14. El tamaño de la lesión (promedio 205 mm) fue el principal factor determinante de la decisión.

Una paciente con tumor filodes maligno recibió quimioterapia coadyuvante luego de la mastectomía y tuvo recaída tumoral a los 4 años; se desconocen las indicaciones de quimioterapia en este caso.



Figura 2. Vista lateral, momento previo a la cirugía. Se observan lobulaciones y superficie necrótica. Hospital de San José, septiembre de 2017.



Figura 3. Vista intraoperatoria durante la mastectomía. Hospital de San José, septiembre de 2017.



Figura 4. Vista frontal posoperatoria.

La quimioterapia no es parte del tratamiento convencional del tumor filodes.[5,15,16] Su indicación en estos casos se fundamenta en la experiencia en el tratamiento de pacientes con sarcomas. Hay esquemas propuestos con ifosfamida, doxorrubicina, cisplatino, dacarbacina y etopósido, como agente único o combinado.[5,16,17]

Morales-Vásquez y colaboradores[18] asignaron al azar a 28 pacientes con tumor filodes maligno: 17 recibieron 4 ciclos de quimioterapia con doxorrubicina y dacarbacina *versus* 11 en observación que solo recibieron tratamiento quirúrgico, sin evidencia de repercusión en la tasa de supervivencia libre de enfermedad a 5 años.

Para el tratamiento de las metástasis a distancia se han descrito tasas de respuesta con esquemas de ifosfamida y doxorrubicina o cisplatino que podrían ser optimistas en cuanto al periodo de supervivencia y tasa de remisión;[18] sin embargo, no hay suficientes estudios que respalden esta conducta.[5,10,18]

La tasa de recaída está documentada entre 19 y 25%; es más frecuente en los casos con histología maligna.[14, 17, 19] Spitaleri y su grupo,[20] en su revisión de 5530 casos de tumor filodes en un periodo de 61 años, documentaron una incidencia de recaída local de aproximadamente 30% de los tumores filodes malignos y más allá de la histología asociaron factores de recurrencia: edad menor de 35 años, necrosis tumoral y márgenes positivos.

De los 28 casos incluidos en este estudio, 4 correspondieron a recaída de tumores previos tratados en otras instituciones. De los 7 tumores filodes malignos 3 fueron recaídas de tumor filodes maligno previo y de los 6 de tumor filodes fronterizo 1 fue recaída de un tumor filodes de la misma histología. Uno de los casos fue de extensión de la enfermedad al pulmón. No se reportaron recaídas tumorales después del procedimiento quirúrgico practicado por nuestro equipo y al momento del último control 2 pacientes, con antecedente de histología maligna, tenían una masa en la mama contralateral en espera de la toma de biopsia.

La supervivencia global a 5 años, descrita en la bibliografía, va de 54 a 64% y a 10 años de

https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3889

23%. El tamaño tumoral, la variante maligna y la afectación de los márgenes, son los principales factores pronósticos de este desenlace.[5, 17]

En la serie aquí reportada no se documentaron casos de muerte. Fue difícil localizar a la totalidad de las pacientes en el seguimiento.

La principal debilidad de este estudio radica en su naturaleza retrospectiva, la dificultad para conocer datos completos en la descripción de los estudios y el seguimiento de las pacientes.

CONCLUSIONES

El tumor filodes es de rápido crecimiento pero baja incidencia. Es más frecuente en mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida, aunque hay casos en edades extremas (15 y 74 años). El síntoma principal es una masa palpable y en estudios por imágenes se aprecian lesiones sugerentes de malignidad (BI-RADS). El tratamiento quirúrgico es la conducta indicada y los márgenes libres de tumor mayores de 1 cm constituyen el principal factor pronóstico adverso de recurrencia. Se carece de evidencia suficiente que recomiende la indicación rutinaria de radioterapia cuando la histología es benigna. Algunos estudios demuestran disminución en la tasa de recurrencia cuando la radioterapia se aplica a pacientes con tumor filodes de histología maligna. Están documentadas las altas tasas de supervivencia a largo plazo, aunque con alta tasa de recurrencia.

Agradecimientos

A la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS por su apoyo docente y en infraestructura para la realización de este estudio.

Al personal del servicio de Patología del Hospital San José y Hospital Universitario Infantil de San José por su apoyo en la búsqueda de los casos registrados.

A la doctora Claudia Ibañez por su asesoría metodológica.

Al doctor Eder Lancheros por sus observaciones en la redacción del artículo.

REFERENCIAS

1. Ossa CA, et al. Phyllodes tumor of the breast: a clinic-pathologic study of 77 cases in a Hispanic cohort. Colombia Médica 2015;46 (3): 104-8.
2. Demian GA, et al. Phyllodes tumors of the breast: Analysis of 35 cases from a single institution. Journal of the Egyptian National Cancer Institute 2016; 28(4): 243-8. https://doi.org/10.1016/j.jnci.2016.06.004
3. Ayadi-Kaddour A, et al. Malignant phyllodes tumor of the breast with liposarcomatous differentiation and intraductal hyperplasia. Breast Disease 2015; 35 (1): 59-62. doi: 10.3233/BD-140377
4. Sarmiento MA, Laverde MC. Calidad de vida en Colombia: encuesta del DANE, 2014. Ploutos. 2017; 6 (1): 32-9. https://journal.universidadean.edu.co/index.php/plou/article/view/1577
5. Corso D, et al. Tumor filodes. Estado del arte. Revista Colombiana de Cancerología 2016; 20 (2): 79-86. doi.org/10.1016/j.rccan.2015.10.001
6. Santos S JA, et al. Tumor filodes de la mama: características clínicas, en imagen y anatomopatológicas a propósito de 18 casos. Revista Chilena de Radiología 2007; 13: 90-7. doi.org/10.4067/S0717-93082007000200008
7. Zhou ZR, et al. Diagnostic performance of core needle biopsy in identifying breast phyllodes tumors. Journal of Thoracic Disease 2016; 8 (11): 3139. 10.21037/jtd.2016.10.109
8. Dillon MF, et al. Needle core biopsy in the diagnosis of phyllodes neoplasm. Surgery 2006; 140 (5): 779-84. https://doi.org/10.1016/j.surg.2006.03.022
9. Marcil G, et al. Fibroepithelial breast lesions diagnosed by core needle biopsy demonstrate a moderate rate of upstaging to phyllodes tumors. Amer J Surgery. 2017; 214 (2): 318-22. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.12.017
10. Yasir S, et al. Significant histologic features differentiating cellular fibroadenoma from phyllodes tumor on core needle biopsy specimens. American Journal of Clinical Pathology 2014; 142 (3): 362-9. https://doi.org/10.1309/AJCPZUZ96RESGPUP
11. Tsang A K H, et al. Phyllodes tumours of the breast–differentiating features in core needle biopsy Histopathology, 2011; 59 (4): 600 – 608. DOI 10.1111/j.1365-2559.2011.03939.x
12. Boubacar E, et al. Phyllodes tumors of the breast: Clinico-pathological analysis of 106 cases from a single institution. Breast disease. 2018; 37. doi. 10.3233/BD-170297

13. Gradishar WJ, et al. Breast Cancer Version 2.2015. J Natl Compr Canc Netw. 2015; 13 (4): 448-75. doi10.6004/jnccn.2015.0060
14. Chao X, et al. Adjuvant radiotherapy and chemotherapy for patients with breast phyllodes tumors: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2019; 19 (1):372. https://doi.org/10.1186/s12885-019-5585-5
15. Adesoye T, et al. Current trends in the management of phyllodes tumors of the breast. Ann Surg Oncol. 2016; 23 (10): 3199-205. https://doi.org/10.1245/s10434-016-5314-0
16. Mituś JW, et al. Treatment of Patients with Distant Metastases from Phyllodes Tumor of the Breast. World J Surg. 2016; 40 (2): 323-8. https://doi.org/10.1007/s00268-015-3262-7
17. Jang JH, et al. Clinicopathologic risk factors for the local recurrence of phyllodes tumors of the breast. Annals of surgical oncology. 2012; 19 (8): 2612-7. Doi.org/10.1245/s10434-012-2307-5. https://doi.org/10.1245/s10434-012-2307-5
18. Morales-Vásquez F, et al. Adjuvant chemotherapy with doxorubicin and dacarbazine has no effect in recurrence-free survival of malignant phyllodes tumors of the breast. Breast J. 2007;13(6):551-6. Doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00510.x
19. Zhou ZR, et al. Phyllodes tumors of the breast: diagnosis, treatment and prognostic factors related to recurrence. J Thorac Dis. 2016; 8(11): 3361-8. 10.21037/jtd.2016.11.03.
20. Spitaleri G, et al. Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis. Crit Rev Oncol Hematol. 2013; 88 (2): 427-36. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.06.005

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015

https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3889