

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Tumor phyllodes de mama gigante sobreinfectado con *Salmonella enteritidis*



Oihane Lapuente Ocamica*, Maria Cuadra Cestafe, Iñaki Lete Lasas, Javier Alvarez-Sala Torreano, Lorea Ugarte Rubio y Janire Gonzalez Calviño

Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, España

Recibido el 23 de junio de 2014; aceptado el 3 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 16 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Tumor phyllodes;
Mama;
Absceso;
Salmonella

Resumen Se presenta el caso clínico de una mujer de 51 años, con un absceso de mama izquierda secundario a *Salmonella enteritidis*, que resultó ser la forma de presentación de un tumor phyllodes de 22 × 12 × 23 cm.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Phyllodes tumor;
Breast;
Abscess;
Salmonella

Giant phyllodes tumor of the breast superinfected by *Salmonella enteritidis*

Abstract We report the case of a 51-year-old woman with an abscess on her left breast due to *Salmonella enteritidis*, which was the form of presentation of a giant phyllodes tumor (22 × 12 × 23 cm).

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El tumor phyllodes es una neoplasia poco frecuente que representa el 0,3-1% de los tumores mamarios¹⁻⁴. Dada su rareza, los datos epidemiológicos son escasos. La mayoría de los casos descritos se dan en mujeres en torno a los 45 años¹⁻⁴.

Por lo general, son masas de rápido crecimiento que se presentan de forma unilateral y circunscrita, de consistencia firme, móvil y no adherida a otras estructuras, cuyo tamaño

oscila 1-41 cm¹⁻⁴. Estos tumores pueden distorsionar la mama o causar ulceración superficial a través de necrosis por presión^{1,2}.

En este artículo describimos el caso de un tumor phyllodes gigante que se presentó de manera atípica como un absceso de mama secundario a una sobreinfección por *Salmonella enteritidis* (*S. enteritidis*).

Caso clínico

Mujer de 51 años, cocinera, acude al Hospital Universitario de Araba por tumoración de mama izquierda de crecimiento rápido, que afecta progresivamente a la totalidad de la

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: Oihane.lapuenteocamica@osakidetza.net (O. Lapuente Ocamica).

glándula. Presenta antecedentes personales de mastopatía fibroquística y apendicectomía, y antecedentes familiares de carcinoma mamario en abuela materna. En cuanto a los antecedentes ginecológicos-obstétricos, tuvo un parto eutócico y presentó la menopausia a los 47 años.

La paciente refiere la aparición de una tumoración en mama izquierda de aproximadamente 6 meses de evolución que ha aumentado de tamaño de forma considerable en las últimas 3 semanas. A la inspección clínica, se objetiva una mama izquierda muy voluminosa con claros signos inflamatorios y fluctuante en toda su extensión (30 × 40 cm). Presenta un punto de drenaje purulento espontáneo a nivel de cuadrante superoexterno y área ulcerada a nivel de unión de cuadrantes superiores próximos a pezón (fig. 1).

Los datos analíticos muestran niveles disminuidos de sodio (128 mEq/l), PCR de 152 mg/l, leucocitosis de 19.100/mm³ con desviación izquierda y coagulación patológica (INR 1,75). Respecto a la ecografía mamaria realizada en la urgencia, se describen zonas de fluctuación y coalescencia de absceso mamario izquierdo gigante. Con todo ello se establece un diagnóstico de presunción de absceso de mama gigante sospechoso de carcinoma, por lo que es ingresada con objetivo de drenaje y antibioticoterapia intravenosa con clindamicina 900 mg/8 h y gentamicina 80 mg/8 h.

Durante el drenaje se extraen 4 l de material purulento y se recogen muestras para anatomía patológica y para cultivo microbiológico (figs. 2 a y b). La muestra de anatomía patológica describe parénquima mamario con necrosis isquémica, sin signos objetivos de proliferación tumoral; no obstante, el cultivo muestra la presencia de salmonella entérica grupo D (Salmonella entérica serotipo Enteritidis) sensible a ampicilina, piperacilina-tazobactam, cotrimoxazol y ciprofloxacino. Por ello, se decide cambiar el tratamiento a piperacilina-tazobactam (4 g/6 h iv) y se alerta a medicina preventiva por riesgo epidemiológico.

Durante su estancia en el centro hospitalario se realizan las siguientes pruebas complementarias con el propósito de esclarecer el diagnóstico: ecografía mamaria, coprocultivo, cultivos de exudado vaginal, radiografía de tórax y marcadores tumorales. Por un lado, la ecografía mamaria identifica una pequeña colección anecóica de 28 × 15 mm en cuadrante superior interno y varias colecciones de contenido



Figura 1 Absceso gigante de mama izquierda.



Figura 2 a: Drenaje de absceso mamario. b: Tumoración gigante de mama tras drenaje.

ecogénico, en relación con pus organizado. Por otro lado, el coprocultivo demuestra que la paciente es portadora crónica de salmonella entérica grupo D (Salmonella entérica serotipo Enteritidis), lo que hace sospechar de sobreinfección mamaria secundaria a bacteriemia transitoria o autoinoculación. No obstante, el cultivo vaginal y la radiografía de tórax no muestran datos de interés, así como los marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) están dentro de la normalidad.

Se realiza nueva biopsia incisional de mama izquierda, informando la anatomía patológica de tumor phyllodes de mama. Con este resultado se programa intervención, realizándose mastectomía total simple de mama izquierda, precisando la escisión parcial del músculo pectoral mayor en su porción central (fig. 3). El informe anatomopatológico describe la presencia de tumor phyllodes borderline de 22 × 12 × 23 cm de diámetro que ulcera epidermis con márgenes de extirpación libres de tumor (fig. 4). Microscópicamente se observó gran tumoración bifásica con un componente epitelial ramificado distorsionado por una gran proliferación estromal. Las células del estroma muestran de leve a moderada atipia con un índice de mitosis entre 5-6/10 campos de gran aumento.



Figura 3 Mastectomía higiénica de mama izquierda.

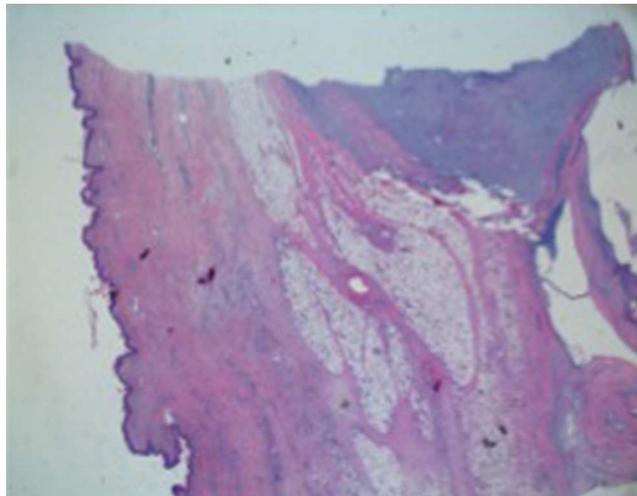


Figura 4 Imagen histológica donde se observa la piel libre de infiltración tumoral.

El postoperatorio cursa con normalidad y la paciente es dada de alta a los 3 días, apirética y con buen estado general. Tras 6 meses, la paciente se encuentra asintomática con mamografía de control normal, pendiente de reconstrucción mamaria.

Discusión

Presentamos el caso de una mujer con tumor phyllodes de mama caracterizado no solo por su gran tamaño, sino también por la presencia de *S. enteritidis* cuya incidencia en esta localización es prácticamente inexistente. La búsqueda sistemática de artículos indexados usando los términos «tumor phyllodes», «breast» y «abscess» en las bases de datos Pubmed, Embase (Excerpta Medica Database), Scielo, Medline y Cochrane Library database revelan que no existe ningún artículo publicado sobre un tumor phyllodes complicado con un absceso de mama hasta este momento; el caso más próximo se trata de un tumor phyllodes sobreinfectado tras realizar una biopsia por aspiración gruesa⁵.

El tumor phyllodes fue descrito por primera vez, en 1938, por Johannes Müller^{1,4}. Se trata una rara neoplasia de rápido crecimiento que afecta principalmente a mujeres de mediana edad. No se han asociado factores predisponentes, con excepción del síndrome de Li-Fraumeni^{1,6}. Existe gran diversidad de tamaños, entre 1-41 cm con una media de 4-7 cm, pudiendo producir alteraciones tróficas en la piel suprayacente.

Los abscesos mamarios se consideran una complicación de la mastitis y suelen estar causados por *Staphylococcus aureus*. No obstante, no podemos descartar infecciones por otras bacterias, como la *Salmonella*, como ha ocurrido en nuestro caso⁷⁻⁹. Las bacterias del género *Salmonella* se diferencian principalmente en 2 categorías: *Salmonella* tifoidea (*Salmonella typhi* y *Salmonella paratyphi*) y *Salmonella* no tifoidea compuesta por el resto de serotipos (entre ellos *S. enteritidis*)⁷. Mientras que se han descrito hasta un 0,9% de casos de absceso de mama secundario a infección generalizada por *Salmonella* entérica con serotipo typhi^{8,10}, la

salmonella no tifoidea raramente es causante de esta afección^{7,8}.

La transmisión de *Salmonella* no tifoidea se da principalmente a través de productos de origen animal, ocasionando gastroenteritis, pero solo en < 1% se produce el estado de portador crónico. Hasta el 8% de los afectados genera bacteriemia¹⁰⁻¹³ y, de estos, el 5-10% padece infecciones localizadas (endocarditis, meningitis, abscesos, etc.)^{7,11,12,14,15}. En nuestro caso, la paciente era cocinera y portadora crónica de *S. enteritidis*, de forma que la *Salmonella* pudo llegar hasta la mama tras una bacteriemia transitoria o también postulamos la posibilidad de que la infección se diera por autoinoculación a través de las lesiones ulcerativas que presentaba.

Para el establecimiento del diagnóstico del tumor phyllodes, como métodos de imagen se emplean la mamografía^{1,4} y la ecografía¹. No obstante, el diagnóstico definitivo se obtiene mediante el estudio histológico³ clasificando el tumor phyllodes como benigno (58%), borderline (12%) y maligno (30%). En nuestra paciente, debido a la presencia de gran proliferación estromal, leve-moderada atipia con un índice de mitosis entre 5-6/10 campos de gran aumento, se denominó tumor phyllodes borderline.

Respecto al tratamiento, debemos diferenciar el tratamiento del propio tumor phyllodes y el del absceso de mama gigante. Por un lado, el tratamiento del tumor phyllodes es quirúrgico mediante escisión local amplia con márgenes histológicos negativos de al menos 1 cm para células malignas^{1,2,4}. En casos de gran tamaño, como en el nuestro, hay que recurrir a la mastectomía simple^{1,2,4}. La disección axilar, por lo general, no es necesaria, debido a que la diseminación del tumor es por vía hematogena y no linfática¹⁻³. En cuanto a los tratamientos adyuvantes, el empleo de la radioterapia y la quimioterapia es controvertido¹. Por otro lado, el manejo primario del absceso mamario es el drenaje junto con un tratamiento antibiótico adecuado para la causa subyacente⁹. En nuestro caso, la identificación etiológica del microorganismo tras el drenaje cambió la actitud terapéutica, ya que el tratamiento médico empírico establecido estaba dirigido a cubrir cocos grampositivos.

Con todo ello, queremos reseñar que un absceso de mama puede ser una complicación del tumor phyllodes, de forma que ante un absceso de mama atípico es imprescindible efectuar un estudio microbiológico, anatomopatológico y clínico, así como investigar la posibilidad de que haya una patología de base (necrosis tumoral, inmunodepresión, etc.).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Naiara Lapuente Ocamica por la ayuda técnica aportada.

Bibliografía

- Gonzalo I, Fernandez-Carro A, Meneses M. Tumor phyllodes de mama. *Clin Invest Gin Obst*. 2010;37:82–4.
- Uchman P, Samulak D, Wilczak M, Michalska MM, Mojs E, Sajdak S. Difficulties in diagnosing and treating phyllodes tumor of the breast-case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2011;32:111–3.
- Takenaka M, Toh U, Otsuka H, Takahashi H, Iwakuma N, Nakagawa S, et al. Giant malignant phyllodes tumor: A case report. *Kurume Med J*. 2011;58:67–72.
- Aranda FC, Olaya GEJ, Colin VA, Miguel PPS. Tumor phyllodes: experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77:567–72.
- Kasprowicz N, Bauerschmitz GJ, Schönherr A, Baldus SE, Janni W, Mohrmann S. Recurrent mastitis after core needle biopsy: Case report of an unusual complication after core needle biopsy of a phyllodes tumor. *Breast Care*. 2012;7:240–4.
- Kuijper A, Buerger H, Simon R, Schaefer KL, Croonen A, Boecker W, et al. Analysis of the progression of fibroepithelial tumours of the breast by PCR-based clonality assay. *J Pathol*. 2002;197:575–81.
- Cheng SP, Liu CL, Chang YC. Extraintestinal Salmonella infection appearing as a suspicious breast mass. *J Ultrasound Med*. 2006;25:277–9.
- Brncic N, Gorup L, Strcic M, Abram M, Mustac E. Breast abscess in a man due to Salmonella enterica serotype enteritidis. *J Clin Microbiol*. 2012;50:192–3.
- Dixon JM1, Khan LR. Treatment of breast infection. *BMJ*. 2011;342:d396.
- Singh G1, Dasgupta M, Gautam V, Behera A, Ray P. Bilateral breast abscesses due to Salmonella enterica serotype typhi. *J Glob Infect Dis*. 2011;3:402–4.
- Hohman EL. Nonthypoidal salmonellosis. *Clin Infect Dis*. 2001;32:263–9.
- Fajardo-Olivares M, Rebollo-Vela M, Vergara-Prieto E, Blanco-Palenciano J. Absceso preesternal por Salmonella enterica serovar enteritidis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:217–24.
- Cabadak H, Erbay A, Karaman K, Sen S, Tezer-Tekçe Y. Splenic abscess due to Salmonella enteritidis. *Infect Dis Rep*. 2012;4:e4.
- Miller AS, Hunstad DA. Salmonella ovarian abscess in an adolescent. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26:548–9.
- Gorisek NM, Oresković S, But I. Salmonella ovarian abscess in young girl presented as acute abdomen-case report. *Coll Antropol*. 2011;35:223–5.