

## CASO CLÍNICO

# Tumor phyllodes: reporte de un caso tratado con cirugía oncoplástica extrema y revisión de la literatura



Marcelo Chávez Díaz<sup>a,b,\*</sup>, Gonzalo Ziegler Rodriguez<sup>a,c</sup> y Jaime Montes Gil<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Mastología, Clínica Ziegler, Lima, Perú

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía de Mamas, Piel y Partes Blandas, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

<sup>c</sup> Departamento de Cirugía de Mamas, Piel y Partes Blandas, Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

<sup>d</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

Recibido el 27 de agosto de 2021; aceptado el 22 de noviembre de 2021

Disponible en Internet el 9 de marzo de 2022

### PALABRAS CLAVE

Cirugía oncoplástica;  
Oncoplástica extrema;  
Tumor phyllodes;  
Cirugía de mama;  
Mastología;  
Cirugía de  
conservación

### KEYWORDS

Oncoplastic surgery;  
Extreme oncoplastic;  
Phyllodes tumor;  
Breast surgery;  
Mastology;  
Breast conservation

**Resumen** El tumor phyllodes representa el 1% de los tumores primarios de la mama, es una rara neoplasia fibroepitelial que tiene a la cirugía como piedra angular en el tratamiento: la resección con márgenes amplios (mayores o iguales a 1 cm) y la mastectomía son los tratamientos recomendados. Tomando en cuenta el impacto de los bordes quirúrgicos en la recurrencia local, el gran volumen de resección, la velocidad de crecimiento y la dificultad de predecir el comportamiento tumoral con el estudio preoperatorio de biopsia percutánea; la cirugía de conservación es un reto en muchos casos. Presentamos el caso de una paciente tratada con cirugía oncoplástica extrema, así como la revisión de la literatura de esta entidad.

© 2021 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Phyllodes tumor: Case report treated with extreme oncoplastic surgery and literature review**

**Abstract** The phyllodes tumor represents 1% of the primary tumors of the breast, it is a rare fibroepithelial neoplasia that has surgery as a cornerstone in the treatment: resection with wide margins (greater than or equal to 1 cm) and mastectomy are the recommended treatments; considering the impact of the surgical edges on local recurrence, the large resection volume, growth speed and the difficulty of predicting tumor behavior with the pre-operative percutaneous biopsy study; Conservation surgery is challenging in numerous instances. We present the case of a patient treated with extreme oncoplastic surgery, as well as a review of the literature on this entity.

© 2021 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marcelochavezdiaz@gmail.com](mailto:marcelochavezdiaz@gmail.com) (M. Chávez Diaz).

## Introducción

El tumor phyllodes es una rara neoplasia fibroepitelial, que constituye el 1% de los tumores primarios de la mama<sup>1</sup>, el cual presenta una estructura bifásica con componente epitelial y estromal, siendo clasificada por la Organización Mundial de la Salud según sus características histológicas (grado de celularidad estromal, atipia, índice mitótico, comportamiento infiltrativo de los bordes y la presencia de componentes heterólogos) en: benigno, intermedio y maligno<sup>2</sup>, presentando porcentajes de recurrencia local de 8% (95%, IC 6–9%), 13% (95%, IC 11–16%) y 18% (95%, IC 14–21%), respectivamente<sup>3</sup>. Teniendo el tumor phyllodes maligno la capacidad de metástasis vía hematogena en un 9% de los casos reportados<sup>4</sup>.

La cirugía constituye el tratamiento angular en los tumores phyllodes<sup>5</sup>. Numerosos estudios clínicos recomiendan la resección amplia con márgenes mayores o igual a 1 cm<sup>6,7</sup> y la mastectomía en los casos en que la cirugía de conservación no sea factible; la cirugía oncoplástica permite la realización de tumorectomías con márgenes amplios, preservando la forma y la simetría mamaria, siendo la «oncoplastia extrema», definida por Silverstein<sup>8,9</sup> como un procedimiento de cirugía de conservación mediante el uso de técnicas oncoplásticas, en las pacientes en quienes la mayoría de los médicos indicarían mastectomía, aplicada en tumores de diámetros mayores de 5 cm, multifocales o multicéntricos. Reportamos el caso de una paciente tratada con técnica de oncoplastia extrema por tumor phyllodes.

## Reporte de caso

Mujer de 37 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares; quien hace 3 años nota una masa de crecimiento progresivo en la mama derecha, indolora y con asimetría mamaria. En la palpación presenta una tumoración de bordes definidos, de consistencia firme sin cambios cutáneos, en la zona retroareolar con extensión hacia la unión de cuadrantes superiores, sin adenopatías palpables. La ecografía informó en la zona retroareolar adyacente a la piel, una masa irregular de bordes poli lobulados hipoecogénica con áreas anecogénicas, con tabiques internos, con flujo Doppler central y periférico de 8,6 x 7,4 cm BIRADS 5; la resonancia magnética identificó tumoración de 9,3 x 9,1 x 8,6 cm que ocupa los tercios anterior y medio de la región central con extensión hacia los cuadrantes superiores, con áreas heterogéneas internas de contenido quístico y proteínico, de márgenes irregulares, con realce interno heterogéneo en curvas cinéticas tipo 1 y 2, con valores en la secuencia ADC (coeficiente difusión aparente) intermedios, cuyo margen anterior contacta la piel en una extensión de 5 cm, sugestivo de tumor phyllodes maligno BIRADS 5 (fig. 1). La biopsia con aguja gruesa (CORE) describió una lesión fibroepitelial con estroma celular (FELCS) sugestivo de tumor phyllodes.

Considerando el diámetro tumoral y el contacto con la piel de la zona retroareolar en un área mayor del 50%, se optó por la realización de una cirugía de conservación, mediante la utilización de oncoplastia extrema: patrón vertical de rama doble (patrón de Wise) y ascenso de una isla cutánea en reemplazo del complejo aréola y pezón,

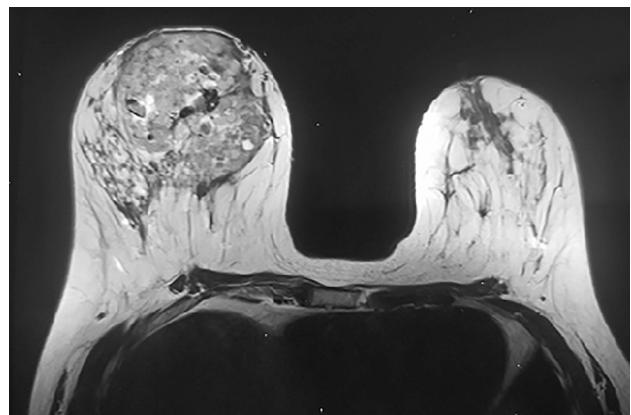
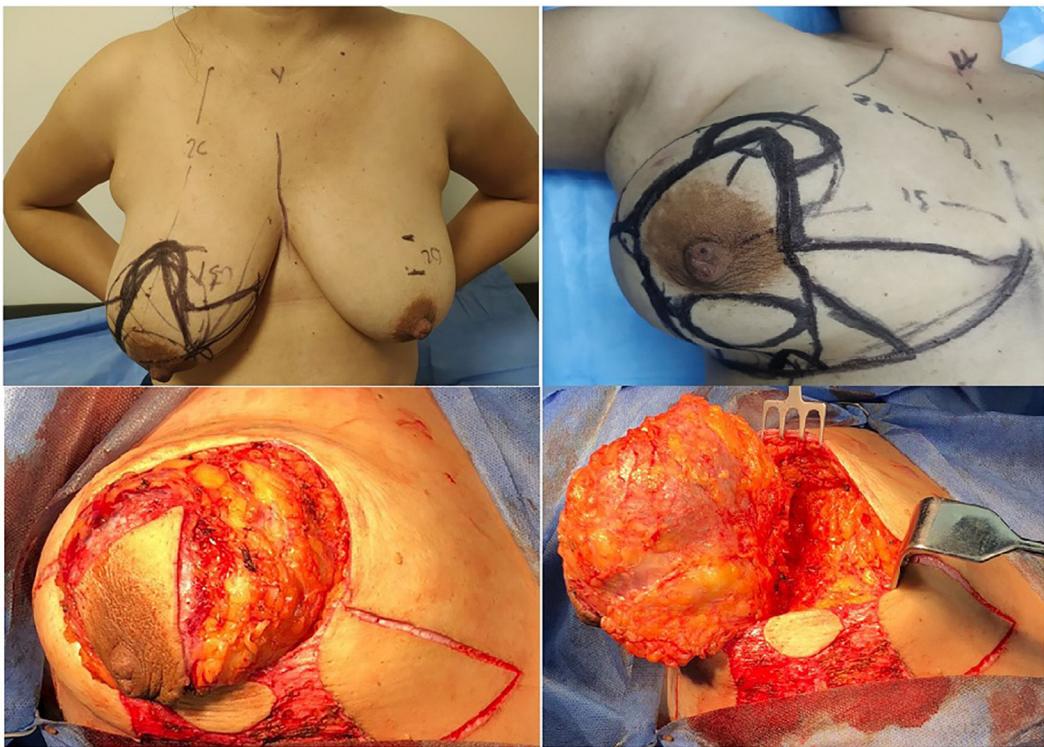


Figura 1 Resonancia magnética de mama.

basado en un pedículo postero inferior (técnica descrita por Grisotti) (fig. 2), obteniéndose márgenes quirúrgicos amplios, los cuales fueron confirmados por la evaluación patológica intraoperatoria (fig. 3). El resultado histológico fue un tumor phyllodes benigno de 9,5 x 7 x 6,8 cm con márgenes quirúrgicos libres de neoplasia y ampliación del borde externo (el más próximo) fragmento de tejido mamario de características histológicas normales (fig. 4). La paciente se encuentra en controles clínicos periódicos cada 3 meses, encontrándose sin recurrencia a 12 meses de la cirugía (fig. 5); con resultados favorables en el cuestionario «Breast Q»<sup>10</sup>, el cual evalúa varios parámetros: psicosocial (87/100), sexual (79/100), físico (85/100), así como la satisfacción con el resultado estético de la cirugía (82/100).

## Discusión

El tumor phyllodes, con pico de incidencia en las mujeres entre los 35 y 55 años<sup>11</sup>, representa un reto en la elección del tratamiento quirúrgico, por la expectativa de conservación en este grupo etario; la radiología mediante el uso de la mamografía y ecografía describe lesiones circunscritas, bien delimitadas, redondeadas, lobuladas, de densidad de partes blandas; con áreas anecogénicas de aspecto líquido que corresponden a áreas hemorrágicas, necrosis o degeneración quística con Doppler central<sup>12</sup>; sin embargo, no existen imágenes patognomónicas ni criterios para diferenciar entre malignos y benignos<sup>13</sup>. El uso de la resonancia magnética en los casos que muestran mayor intensidad en secuencia ponderada en T1, con cambios quísticos, con paredes irregulares; e intensidad de señal menor o igual en secuencias T2 y/o ADC, se han asociado a criterios de sospecha de malignidad<sup>14</sup>, tal como se usó en el caso descrito; la biopsia Core permite diferenciar entre un tumor phyllodes y un fibroadenoma, con un valor predictivo negativo de 93% (VPN) y positivo de 83% (VPP)<sup>15</sup>; sin embargo, debido a la heterogeneidad (coexistencia de áreas benignas, intermedias y malignas en el mismo tumor) solo el estudio histológico del espécimen completo permite un diagnóstico definitivo y su clasificación<sup>16</sup>; lo cual dificulta aún más el planeamiento quirúrgico debido a la importancia de obtener márgenes amplios, los cuales se recomiendan



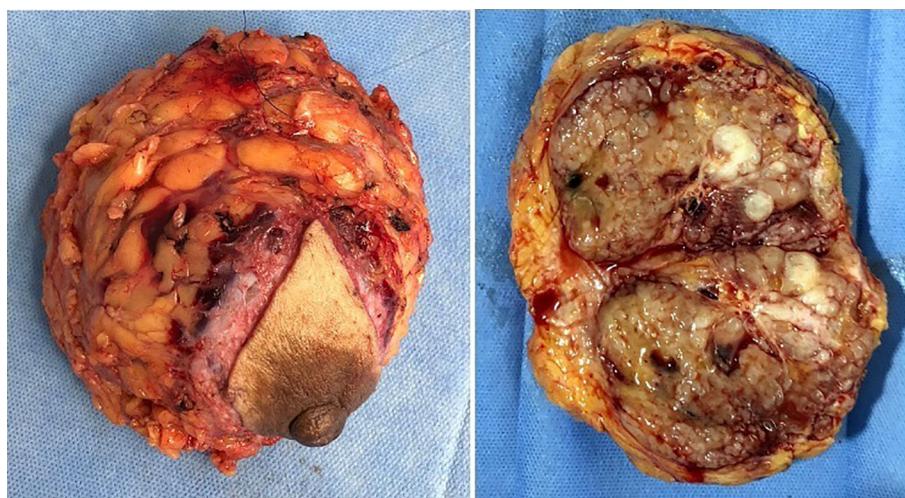
**Figura 2** Patrón de Wise e isla cutánea en reemplazo del complejo aréola y pezón (Grisotti) basado en un pedículo postero inferior.

mayores o iguales a 1 cm<sup>17</sup>, aunque se ha descrito 1 mm como borde aceptable en los casos de tumor phyllodes benigno, sin tener impacto en la recurrencia local<sup>18</sup>.

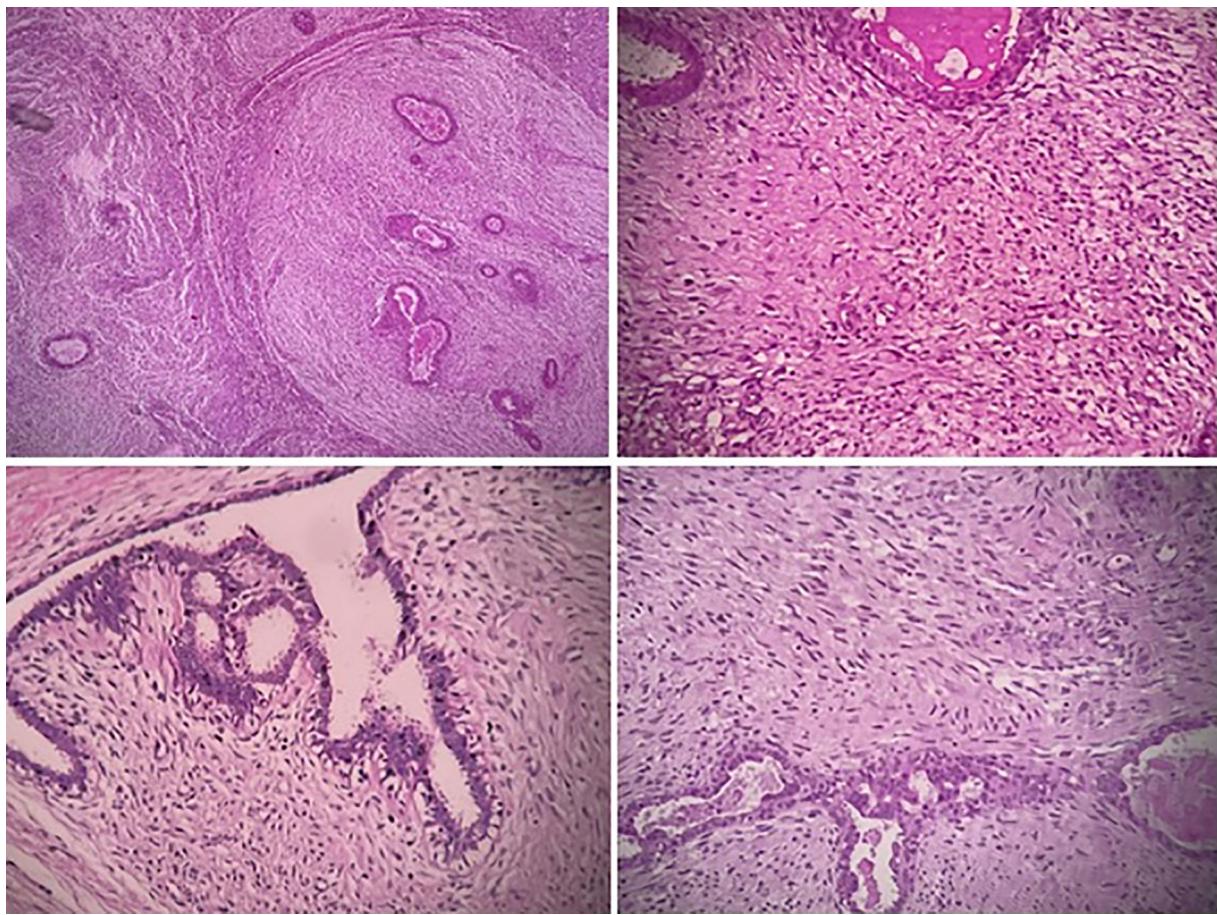
Se tiene como opciones de tratamiento, la mastectomía con reconstrucción con tejido autógeno: colgajos pediculados TRAM (colgajo de músculo recto transverso del abdomen), DIEP (colgajo basado en la perforante epigástrica inferior profunda) y del músculo dorsal ancho entre los más utilizados; así como la reconstrucción con tejido heterólogo (prótesis e implantes mamarios). La práctica de la cirugía oncoplástica extrema, permite una opción en el tratamiento quirúrgico de tumoraciones de gran volumen, multicéntricos o multifocales mediante el uso de mamoplastias, utilizadas en patrones de

reducción mamaria<sup>19</sup>, sumado a la evaluación intraoperatoria de la pieza operatoria, se obtuvieron bordes libres y un resultado estético aceptable evaluado en el «breast Q test» aplicado; a pesar del no deseo de la paciente para la simetrización contralateral y reconstrucción del complejo aréola y pezón. Obteniendo así seguridad en el tratamiento sin repercutir en la recurrencia local y un menor impacto psicológico, estético y físico para la paciente.

Siendo la cirugía el tratamiento de elección en los tumores phyllodes, en los que la adyuvancia con radioterapia y quimioterapia aún es discutida<sup>20</sup>, la obtención de márgenes seguros debe ser el objetivo principal. La utilización de técnicas oncoplásticas ha permitido abrir nuevas opciones de



**Figura 3** Macroscopia de la pieza operatoria y evaluación de los bordes quirúrgicos mediante sección transversal.



**Figura 4** Neoplasia fibroepitelial con celularidad estromal moderada, atipia nuclear leve a moderada y escasas figuras mitóticas. El componente epitelial presenta estructuras tubulares dilatadas y elongadas tapizadas por células ductales y mioepiteliales sin atipia (HE 4x y 10x).

tratamiento a las pacientes cuya indicación en muchas ocasiones era de mastectomía; no obstante, debido al número limitado de pacientes, aún se requieren más estudios que permitan afianzar el uso de la cirugía oncoplástica extrema en estos casos.

### Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.



**Figura 5** Postoperatorio a 12 meses de la cirugía.

## Consideraciones éticas

Se ha realizado el reporte de un caso clínico, de una paciente tratada en una Unidad de Mastología, manteniéndose en confidencialidad los datos de identificación de la paciente, siendo aprobado para su publicación por el Comité Ético de Investigación de la institución.

## Consentimiento del paciente

Los autores manifiestan que han obtenido el consentimiento del paciente para la publicación del artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Camara S, Gonzales X, Vargas J. Giant phyllodes tumour – case report, oncoplastic treatment and literature controversies. *Rev Senol Patol Mamar.* 2017;30(2):79–84.
2. Tan PH, Tse G, Lee A, Simpson JF, Hanby AM. Fibroepithelial tumours. WHO Classification of Tumours of the Breast 4th ed. Lyon: IARC Press; 2012;141–7.
3. Lu Yiwen, Chen Yanbo, Zhu Liling, Cartwright Paul, Song Erwei. Local recurrence of benign, borderline, and malignant phyllodes tumors of the breast: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Oncol.* 2019;26:1263–75.
4. Aikaterini K, Vasileios K, Constantinos G. Giant phyllodes tumor occupying the whole breast in a young female: feasibility of mastectomy and immediate reconstruction. *JSCR.* 2020;4:1–3.
5. Guillot E, Couturaud B, Curnier Reyal F. Management of phyllodes breast tumors. *Breast J.* 2011;17:129e37.
6. Asoglu O, Ugurlu MM, Blanchard. Risk factors for recurrence and death after primary surgical treatment of malignant phyllodes tumors. *Ann Surg Oncol.* 2004;11:1011–7.
7. Chen WH, Cheng SP, Tzen CY, Yang TL, Jeng KS, Liu CL, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: retrospective review of 172 cases. *J Surg Oncol.* 2005;91:185–94.
8. Silverstein MJ, Savalia N, Khan S, Ryan J. Extreme oncoplasty: breast conservation for patients who need mastectomy. *Breast J.* 2015;21(1):52–9.
9. Silverstein MJ. Radical mastectomy to radical conservation (extreme oncoplasty): a revolutionary change. *J Am Coll Surg.* 2016;222(1):1–9.
10. Stolpner Ilona, Heil Jorg, Feißt Manuel, Karsten Maria Margarete. Clinical Validation of the BREAST-Q Breast-Conserving Therapy Module. *Ann Surg Oncol.* 2019;26:2759–67.
11. Rodrigues MF, Truong PT, McKevitt EC. Phyllodes tumors of the breast: the British Columbia Cancer Agency experience. *Cancer Radiother.* 2018;22:112–9.
12. Benitez Medina. Tumor filloides: hallazgos ecográficos. *Radiología.* 1992;32(7):589–92.
13. Lifshitz OH, Whitmann GJ, Sahin AA. Radiologic Pathologic conferences of the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. Phyllodes tumor of the breast. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180(2):332.
14. Santos J, García A, Bonal G, Martín P, Aparicio M. Tumor filloides de la mama: características clínicas, en imagen y anatomo patológicas a propósito de 18 casos. *Rev Chil Radiol.* 2007;13:90–7.
15. Komenaka IK, El-Tamer M, Pile-Spellman E, Hibshoosh H. Core needle biopsy as a diagnostic tool to differentiate phyllodes tumor from fibroadenoma. *Arch Surg.* 2003;138:987–90.
16. Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ. Difficulties in the preoperative diagnosis of phyllodes tumours of the breast: a study of 84 cases. *Breast.* 2007;16:27–37.
17. National Comprehensive Cancer Network. [Internet]. Breast cancer (version 2 2021) Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf).
18. Moo TA, Alabdkareem H, Tam A. Association between recurrence and re-excision for close and positive margins versus observation in patients with benign phyllodes tumors. *Ann Surg Oncol.* 2017;24:3088–92.
19. Acea B, Garcia A, Polidorio N, Cereijo C, Bouzón A. Extreme oncoplasty: The last opportunity for breast conservation—Analysis of its impact on survival and quality of life. *Breast J.* 2019 May;25(3):535–6.
20. Kim YJ, Kim K. Radiation therapy for malignant phyllodes tumor of the breast: an analysis of SEER data. *Breast.* 2017;32:26–32.