



CASO CLÍNICO

Tumor *phyllodes* maligno asociado a carcinoma ductal infiltrante de la mama, descripción de un caso tratado en nuestro centro

María Valvanera García Moreno*, Claudia Bagur Bagur y Fernando Alcaide Matas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Mateu Orfila, Mahón, España

Recibido el 12 de abril de 2024; aceptado el 20 de junio de 2024



PALABRAS CLAVE

Tumor Phyllodes;
carcina ductal
infiltrante;
tumor Phyllodes
asociado a carcinoma;
nódulo mama

Resumen La asociación del tumor *phyllodes* con neoplasias epiteliales malignas es muy raro, por lo que resulta de interés la presentación de un caso atendido recientemente en nuestra unidad. El presente artículo describe nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de una paciente de 72 años diagnosticada de un tumor *phyllodes* de la mama que asocia un carcinoma ductal infiltrante triple negativo; y pretende llamar la atención sobre esta asociación tan poco frecuente. La asociación de tumor *phyllodes* y carcinoma ocurre solo en el 1–2% de todos los tumores *phyllodes*. Los tipos de carcinoma incluyen carcinoma *in situ*, formas invasivas ductal, lobulillar, tubular y carcinoma escamoso, siendo el fenotipo ductal el más frecuentemente relacionado; habitualmente con localización en el interior o adyacente al tumor *phyllodes*, ya que el carcinoma se origina a partir del componente epitelial de este tumor. Detectar el componente carcinomatoso previo a la intervención quirúrgica es muy difícil, siendo diagnosticado en la mayoría de las ocasiones en el estudio anatomopatológico definitivo. El tratamiento principal es la cirugía con márgenes amplios, asociando en ocasiones BSGC, en el caso de que este asociado a un carcinoma. Se debe realizar un análisis detallado de las características del tumor con referencia al subtipo molecular y las características patológicas con el fin de seleccionar la estrategia de tratamiento óptimo para el carcinoma asociado al tumor *phyllodes*.

© 2024 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

KEYWORDS

Phyllodes tumor;
infiltrating ductal
carcinoma;
Phyllodes tumor
associated with

Malignant phyllodes tumor associated with infiltrating ductal carcinoma of the breast, description of a case treated in our center

Abstract The association of Phyllodes tumor with malignant epithelial neoplasms is very rare, which is why the presentation of a case recently treated in our unit is of interest. This article describes our experience in the diagnosis and treatment of a 72-year-old patient diagnosed with

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: valvagm@hotmail.com (M.V. García Moreno).

carcinoma;
breast nodule

a Phyllodes tumor of the breast associated with a triple-negative infiltrating ductal carcinoma and aims to draw attention to this very rare association. The association of Phyllodes tumor and carcinoma occurs in only 1–2% of all phyllodes tumors. Types of carcinomas include carcinoma *in situ*, invasive forms ductal, lobular, tubular and squamous carcinoma, with the ductal phenotype being the most frequently related usually located inside or adjacent to the phyllodes tumor, since the carcinoma originates from the epithelial component of this tumor. Detecting the carcinomatous component prior to surgical intervention is very difficult, being diagnosed in most cases in the definitive pathological study. The main treatment is surgery with wide margins, sometimes combining SLNB, if it is associated with a carcinoma. A detailed analysis of tumor characteristics with reference to molecular subtype and pathological features should be performed to select the optimal treatment strategy for Phyllodes tumor-associated carcinoma. © 2024 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

El tumor *phyllodes* es una neoplasia de origen fibroepitelial; es infrecuente suponiendo menos de un 1% de los tumores de la mama, y el 2–3% de los tumores fibroepiteliales. La edad media de presentación es de 40–45 años¹.

Clinicamente se manifiestan como un nódulo indoloro, bien delimitado, no adherido a planos profundos, de consistencia firme, con un crecimiento rápido y adenopatías palpables en un 10–15% de los casos, siendo menos del 1% positivas para malignidad^{1,2}.

Su diagnóstico definitivo es anatomo patológico. Histológicamente se clasifican según los criterios de frecuencia de mitosis, atipia celular y celularidad en: tipo I, benignos (58%); tipo II, *borderline* (12%) y tipo III, malignos (30%). Así el tumor *phyllodes* maligno se caracteriza por un sobrecrecimiento estromal atípico, márgenes irregulares y una actividad mitótica de al menos 10/10 campos de alta potencia^{3,4}.

La asociación del tumor *phyllodes* con neoplasias epiteliales malignas es muy raro, por lo que resulta de interés la presentación de un caso atendido recientemente en nuestra unidad^{1–3,5}.

El objetivo del presente artículo fue exponer nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de una paciente de 72 años con un tumor *phyllodes* maligno asociado a carcinoma ductal infiltrante de la mama.

Caso clínico

Una mujer de 72 años sin antecedentes de interés acude a consulta de cirugía general al palparse un nódulo a nivel de la mama izquierda de un mes de evolución.

En la exploración en el cuadrante superointerno (CSI) de mama izquierda se palpa un nódulo de unos 3 cm de tamaño, de bordes bien delimitados, no adherido a planos profundos; en el cuadrante superoexterno (CSE) de la misma mama se palpa una zona de mayor densidad de bordes mal delimitados. Mama derecha sin alteraciones. No se palpan adenopatías axilares ni supra- ni infraclaviculares.

Se realizó mamografía y ecografía mamaria bilateral (fig. 1a y b) objetivando en el CSI de la mama izquierda un nódulo sólido de 2 x 2 cm, hipoecogénico, lobulado. En CSE de la misma mama, se identifica un área hipoecogénica mal delimitada de unos 11 x 11 mm, que proyecta sombra acústica posterior. No hay adenopatías axilares. Ambas lesiones categoría BIRADS 4.

Ante la sospecha de malignidad se realizó una biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía de ambas lesiones, con el diagnóstico de neoplasia mesenquimal maligna de alto grado compatible con tumor *phyllodes* maligno, que corresponde al nódulo localizado en CSI y tejido mamario con foco de hiperplasia ductal atípica (HDA) que corresponde a la lesión localizada en el CSE.

Se completó el estudio con una tomografía tóraco-abdomino-pélvica (fig. 1c), en la que se aprecia la lesión de la mama izquierda ya conocida, ausencia de metástasis a distancia y de adenopatías locorregionales.

La paciente se intervino realizando mastectomía simple izquierda con implantación de expansor retropectoral, que posteriormente fue sustituido por una prótesis. Sin realizar biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) al no presentar adenopatías palpables ni sospechosas por imagen.

En el diagnóstico anatomo patológico (fig. 2) se informó de un tumor *phyllodes* maligno de 25 x 23 mm de alto grado, adyacente al mismo carcinoma ductal infiltrante triple negativo de 10 x 5 mm y carcinoma ductal *in situ* de alto grado con focos de microinvasión multifocal en toda la mama.

Ante estos resultados anatomo patológicos se consideró necesario estudiar la axila, realizando linfadenectomía axilar izquierda de los niveles I y II de Berg, resultado anatomo patológico sin evidencia de infiltración en los 18 ganglios aislados.

No siendo posible técnicamente la BSGC por ausencia de tejido mamario donde administrar el trazador para la localización del ganglio centinela, ya que se había realizado previamente una mastectomía.

La paciente no presentó complicaciones posoperatorias. Recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia.

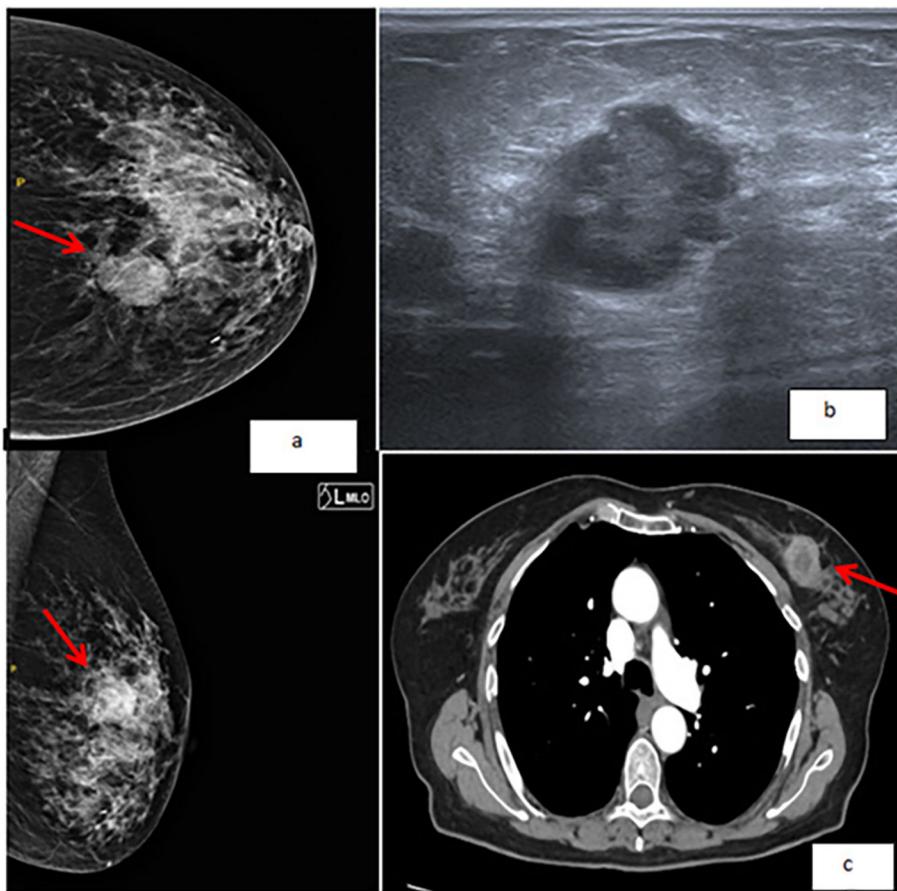


Figura 1 a) Mamografía. b) Ecografía. c) TAC. CSI de la mama izquierda un nódulo sólido de 2 x 2 cm, hipoecogénico, lobulado (señalado mediante flecha). Fotos originales de las pruebas complementarias de la paciente.

Tras 2 años de seguimiento la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión

La asociación de tumor *phyllodes* y carcinoma es muy rara, ocurre solo en el 1–2% de todos los tumores *phyllodes*. Los tipos de carcinoma incluyen carcinoma *in situ*, formas invasivas ductal, lobulillar, tubular y carcinoma escamoso, siendo el fenotipo ductal el más frecuentemente relacionado; habitualmente con localización en el interior o adyacente al tumor *phyllodes*, ya que el carcinoma se origina a partir del componente epitelial de este tumor. Detectar el componente carcinomatoso previo a la intervención quirúrgica es muy difícil, siendo diagnosticado en la mayoría de las ocasiones en el estudio anatomo-patológico definitivo^{1,3,4,6,7}.

En el caso expuesto el diagnóstico previo a la intervención quirúrgica fue de tumor *phyllodes* maligno, el nódulo de CSI e hiperplasia ductal con atipia el área hipoecogénica mal delimitada en CSE; se decidió realizar mastectomía simple, ya que una cirugía conservadora habría cumplido con el objetivo oncológico, pero no con el estético, al encontrarse las lesiones en distintos cuadrantes de la mama y al requerir el tumor *phyllodes* una escisión amplia con unos márgenes libres de al menos 1–2 cm.

En el caso expuesto no se realizó en la primera intervención BSGC, ya que la anatomía patológica de la biopsia del nódulo era de tumor *phyllodes* maligno y tejido mamario con foco de HDA del área hipoecogénica mal delimitada; esta decisión se basó en que la vía de metástasis en el tumor *phyllodes* es hematogena en un 90% y está presente en el 13% de los casos de tumor *phyllodes* maligno, siendo los órganos más frecuentemente afectados el pulmón, hueso y el hígado. La diseminación por vía linfática supone un 10%. En los pocos casos publicados proponen tratar la asociación de tumor *phyllodes* y carcinoma, como un tumor *phyllodes* sin precisar la realización de BSGC ni disección axilar a menos de que haya adenopatías palpables o sospechosas por imagen^{1–3,5,8}.

En cuanto la HDA, es una lesión B3, lesión con potencial maligno incierto que presenta atipia, lo que supone un incremento de riesgo entre 4 y 5 veces de desarrollar un carcinoma infiltrante, con un infradiagnóstico de 10–27% según las series, de hallar una lesión histológica de mayor grado. No se consideró la realización de BSGC, ya que se trataba de un pequeño foco de HDA en una paciente sin antecedentes familiares de neoplasia de mama^{9,10}.

En un segundo tiempo, tras el diagnóstico anatomo-patológico definitivo de la pieza quirúrgica, con la asociación de tumor *phyllodes* y carcinoma, ante la posibilidad de afectación metastásica de los ganglios



Figura 2 Pieza quirúrgica. Mastectomía. Tumor *phyllodes* maligno de 25 x 23 mm de alto grado (fecha naranja), adyacente al mismo carcinoma ductal infiltrante triple negativo de 10 x 15 mm (fecha verde) y carcinoma ductal *in situ* de alto grado con focos de microinvasión multifocal en toda la mama. Fotos originales de la paciente.

linfáticos; se decidió realizar linfadenectomía axilar izquierda de los niveles I y II de Berg, para completar el estadificación del carcinoma ductal infiltrante triple negativo de alto grado con un Ki67 elevado (30%) asociado al tumor *phyllodes* maligno; con resultado anatopatológico negativo de infiltración en los 18 ganglios aislados.

Respecto al tratamiento adyuvante; la quimioterapia estaría indicada en el caso de enfermedad sistémica, aunque su papel respecto a la supervivencia es escaso por la agresividad del tumor. La radioterapia adyuvante es eficaz en el control local de la enfermedad en la cirugía conservadora o en mastectomías con márgenes afectos o muy próximos^{4,5,8}.

En el caso expuesto se administró quimioterapia por el componente ductal infiltrante triple negativo de alto grado, a pesar de que la bibliografía destaca que el carcinoma asociado al tumor *phyllodes* es menos agresivo que en su forma de presentación única^{1,2,3,6}.

En el tumor *phyllodes* maligno, en ausencia de metástasis, presenta una supervivencia libre de enfermedad del 66% a los 5 años, con una supervivencia global a los 10 años del 89%. Una tasa de recidivas del 20–40% y estas suelen ocurrir antes de los 2 años.

El pronóstico es malo en el caso de tumor *phyllodes* maligno con enfermedad diseminada siendo del 11% a los 2,2 años del diagnóstico de las metástasis.

En conclusión, los tumores *phyllodes* son un tipo de tumores de mama poco frecuentes, representan menos del 0,5% de los tumores malignos de la mama; más exclusiva es la asociación del carcinoma con el tumor *phyllodes*, representando el 1–2% de los mismos. A pesar de su rareza, ante el diagnóstico histológico de tumor *phyllodes* hay que realizar un examen minucioso del componente epitelial por la posible asociación con un carcinoma *in situ* o infiltrante^{3,5,6,8}.

El tratamiento principal es la cirugía con márgenes amplios, asociando en ocasiones BSGC, dado que al albergar el tumor *phyllodes* un carcinoma, cabe la posibilidad de afectación metastásica de los ganglios linfáticos. Sin embargo, no hay establecido ningún régimen terapéutico adyuvante estándar para los casos de tumor *phyllodes* asociados con carcinoma.

La elección del tratamiento adecuado dependerá de las características individuales de cada tumor, tales como el estado de los receptores hormonales, del HER2 y del estudio histológico de los ganglios linfáticos axilares.

Por lo tanto, se debe realizar un análisis detallado de las características del tumor con referencia al subtipo molecular y las características patológicas con el fin de seleccionar la estrategia de tratamiento óptimo para el carcinoma asociado al tumor *phyllodes*.

Responsabilidades éticas

La presente investigación fue aprobada por el Comité Ético del Hospital General Mateu Orfila.

Consentimiento informado

Los autores han cumplido las normas éticas relevantes para la publicación y cuentan con el consentimiento informado de los pacientes.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Reyes Rodriguez MI, Cazorla Betancor M, Jiménez Medina C, Martínez Lanao D, García Hernández J. Asociación de tumor phyllodes y carcinoma ductal infiltrante. *Prog Obstet Ginecol.* 2019;62(2):150–5. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00184>.
2. Wu DI, Zhang H, Guo L, Yan XU, Fan Z. Invasive ductal carcinoma within border line phyllodes tumor with lymph node metastases: a case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2016;11(4):2502–6. <https://doi.org/10.3892/ol.2016.4238>.
3. Brenes JM, Furió V, Moreno MA, Merchán MJ, Ruiz J, Olivares ME, et al. Manejo clínico, tratamiento y control local del tumor phyllodes mamario. *Rev Senol Patol Mamar.* 2013;26(2):52–7. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2013.02.003>.
4. Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A, Ryś J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer.* 1996;77:910–6. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19960301\)77:5<910::aid-cncr16>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19960301)77:5<910::aid-cncr16>3.0.co;2-6).
5. Asoglu O, Ugurlu MM, Blanchard K, Grant CS, Reynolds C, Cha SS, et al. Risk factors for recurrence and death after primary surgical treatment of malignant Phyllodes tumors. *Ann Surg Oncol.* 2004;11(11):1011–7. <https://doi.org/10.1245/ASO.2004.02.001>.
6. Nomura M, Inoue Y, Fujita S, Sakao J, Hirota M, Souda S, et al. A case of noninvasive ductal carcinoma arising in malignant phyllodes tumor. *Breast Cancer.* 2006;13(1):89–94. <https://doi.org/10.2325/jbcs.13.89>.
9. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. Fibroepithelial tumors. WHO Classification of Tumors of the Breast. 4th ed. Geneva: WHO; 2012. p. 142–7. <https://doi.org/10.1159/000350774>.
8. Chaney A, Pollak A, McNeese MD, Zagars GK, Pisters PW, Pollock RE, et al. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer.* 2000;89:1502–11. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20001001\)89:7<1502::aid-cncr13>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20001001)89:7<1502::aid-cncr13>3.0.co;2-p).
10. Lobato JL, Moreno J, Arriba T, Beiro E, López-Valverde M. Hiperplasia ductal atípica de mama: correlación de la biopsia percutánea y los resultados de la biopsia quirúrgica. *Clin Investig Ginecol Obstet.* 2013;40(núm 2):58–61. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2012.02.003>.
11. Valerdiz N, Frutos-Arenas FJ, López-García MA, de León Carrillo JM, Vieites B. Lesiones mamarias borderline: categorización diagnóstica y manejo. *Rev Senol Patol Mamar.* 2022;35(núm 1): 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.010>.