



Revista Colombiana de Cancerología

www.elsevier.es/cancerologia



REVISIÓN

Tumor filoide. Estado del arte

Diego Corso^a, Daniel Contreras^a, Ángel Javier^a, Luis Guzmán^{a,*}, Sandra Díaz^a,
Oscar García^a, Carlos Lehmann^a, Mauricio García^a, Carlos Duarte^a y Messa Oscar^b

^a Clínica de Seno y Tejidos Blandos, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

^b Patología Oncológica, Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

Recibido el 18 de junio de 2015; aceptado el 8 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Tumor filoide;
Neoplasias de la
mama;
Clasificación;
Patología;
Cirugía;
Quimioterapia;
Radioterapia

KEYWORDS

Phyllodes tumour;
Breast neoplasms;
Classification;
Pathology;
Surgery;
Drug therapy;
Radiotherapy

Resumen El tumor filoide (TF) es una neoplasia fibroepitelial con una baja incidencia a nivel mundial, lo que limita el poder contar con estudios prospectivos acerca de su abordaje diagnóstico y terapéutico. Se hace una revisión actualizada de su presentación, diagnóstico y tratamiento. Con las características histopatológicas disponibles actualmente se puede subdividir el TF en: de histología benigna, limítrofe y maligna. Esta subclasificación permite establecer el abordaje quirúrgico, que es la base del manejo terapéutico, la indicación de terapias adyuvantes, y finalmente establecer el pronóstico de la paciente.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Phyllodes tumour. State of the art

Abstract Phyllodes tumour is a fibroepithelial neoplasm of the breast, with a low world incidence, and with few prospective trials on its diagnosis and treatment. A review is presented of the available world medical literature on this topic. Phyllodes tumours can currently be classified as benign, borderline and malign. This classification helps to determine the surgical treatment, which is the cornerstone of the treatment of Phyllodes tumour, as well as the adjuvant treatment, and finally it helps to determine the patient's prognosis.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La primera descripción fue hecha por Johannes Müller en 1838, quien lo denominó Cystosarcoma Phyllodes. Inicialmente fue considerado un tumor benigno, hasta que

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guzmanlucho@hotmail.com (L. Guzmán).

fueron reportados casos de metástasis en 1931¹. Recibió múltiples denominaciones, hasta que en 1981 la OMS las acuñó con el nombre de tumor filoide (TF), término que se debe acompañar del adjetivo que denota su comportamiento, basado en sus características histológicas: benigno, limítrofe ("borderline") o maligno¹⁻⁴; siendo el de histología benigna, el más frecuente y de mejor curso clínico y pronóstico⁴.

El término "Phyllodes" (derivado de la palabra griega *phullon*, que significa hoja) le fue dado por la apariencia que típicamente muestran sus proyecciones papilares al estudio histopatológico, lo que explica su apariencia agrietada³⁻⁵. Al igual que el fibroadenoma, es un tumor fibroepitelial de la mama, con características bifásicas, por la presencia de un componente epitelial y un componente estromal, de predominio fusocelular⁵, diferenciándose entre sí por algunas características histopatológicas^{4,5}. Asimismo, el componente epitelial del TF permite diferenciarlo de los sarcomas estromales⁶.

Tiene un comportamiento biológico amplio, pudiendo comportarse de forma poco agresiva cuando sus características histopatológicas son benignas; hasta llegar a comportarse como un tumor capaz de hacer metástasis a distancia cuando posee rasgos de sarcoma en su histopatología³.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en la bases de datos de Pubmed y Lilacs con los términos MeSH y DeCS anotados previamente. Aceptando artículos de revisión, reportes de caso, series de casos y ensayos clínicos, la búsqueda se limitó a artículos publicados en idioma inglés, español y portugués. No se incluyeron artículos que solo tenían reporte del *abstract*, sea un poster o estudios en desarrollo. No hubo restricción en cuanto al año de publicación de los artículos.

Epidemiología

La frecuencia del TF es rara, representando el 0,3 al 1,0% de todos los tumores primarios de la mama^{5,7}, y el 2,5% de los tumores fibroepiteliales de la misma^{1,4}. La incidencia del TF de histología maligna es de 2,1 por 1 millón de mujeres⁶.

En Colombia, Rodríguez y Gutiérrez describieron la experiencia con 146 pacientes con diagnóstico de TF en el Instituto Nacional de Cancerología durante 10 años, correspondiendo al 3,6% de todos los tumores de la mama tratados en este centro de remisión nacional; presentándose con más frecuencia en la quinta década de la vida. Con una tasa de recurrencia del 13%, la supervivencia libre de enfermedad a 5 años dependió del tipo histológico, siendo del 94% en los tumores de histología benigna, 80% en los tumores de histología limítrofe y del 70% en tumores de histología maligna¹.

Existe un riesgo 3 a 4 veces mayor de desarrollar un TF entre mujeres asiáticas y latinas^{6,8}. La edad promedio, al momento del diagnóstico es de 40 años, con un rango entre los 14 y 82 años, y reportes de casos desde los 11 años de edad^{9,10}. En general el TF de histología maligna es diagnosticado en pacientes de mayor edad^{1,6} siendo raro en menores de 40 años¹¹.

En relación con la etiología, se han planteado varias hipótesis, algunas explicando su origen en factores higiénicos, otras en el contagio con agentes infecciosos⁶ y otras en asociación con la mutación del MED12, una subunidad del complejo mediador de la transcripción¹². Sin embargo, no se ha podido comprobar ninguna de ellas. Actualmente se considera que no existen factores etiológicos predisponentes, con excepción del síndrome de Li-Fraumeni, que se asocia al desarrollo de múltiples tumores, entre ellos los tumores de la mama^{13,14}.

Presentación clínica

Clásicamente, el TF se presenta como una gran masa mamaria, de superficie suave, macrolobulada, bien definida, de consistencia firme móvil, y no dolorosa, mostrando frecuentemente una piel suprayacente, brillante, estirada y con vasos venosos dilatados. El patrón de crecimiento es lento al inicio, y luego acelerado, lo que usualmente motiva la consulta. Puede alcanzar tamaños de hasta 41 cm, con un promedio de 4 a 7 cm, momento en el cual se percibe a la palpación y a la observación. Es poco frecuente la retracción del pezón, la multifocalidad, la ulceración, la fijación a la pared torácica, el compromiso axilar y el compromiso de la mama contralateral^{3,15,16}. Las adenopatías palpables se encuentran en el 44% de las pacientes con TF, siendo todas ellas inflamatorias, pues no se detectan metástasis a los ganglios axilares en la patología¹.

Diagnóstico

En el abordaje diagnóstico inicial con mamografía, el TF aparece como una masa de contornos bien definidos, macrolobulada, que semeja a un fibroadenoma. Así mismo, presenta características similares en la evaluación con ecografía mamaria, apareciendo como un nódulo o masa sólida e hipocóica³. Los TF de histología limítrofe y maligna, no tienen características patognomónicas en la mamografía ni en la ecografía, que permitan su diferenciación, por medio de estas técnicas¹⁷. En series de casos publicadas, se ha encontrado que la evaluación con resonancia magnética podría distinguir los TF de histología limítrofe y maligna, identificando en ellas septos con baja señal interna y patrones similares a un sedimento, en las secuencias T2 perfeccionadas¹⁸.

La resonancia magnética permite distinguir algunas características que diferencian un fibroadenoma de un TF, tales como la presencia de un componente quístico, lobulaciones marcadas y la heterogeneidad en la fase tardía en las secuencias T1WI contrastadas perfeccionadas¹⁹.

El diagnóstico se confirma por medio de la biopsia con aguja gruesa (trucut), la cual tiene una sensibilidad del 63%²⁰, con falsos negativos reportados hasta en un 39% de los casos²¹; obteniendo una mejoría en la sensibilidad hasta del 76% al combinar estudios citohistológicos e imaginológicos^{7,20,22}. Ocasionalmente en las muestras obtenidas en la biopsia por trucut, no se observa el patrón bifásico característico de la lesión, lo que puede plantear la posibilidad de un carcinoma pobremente diferenciado u otros sarcomas. En estos casos, la inmunohistoquímica sería parcialmente útil, como con el uso de citoqueratinas que se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3997059>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3997059>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)