

A. Gullas Piñeiro,  
C. Sogo Manzano,  
B. Acea Nebril,  
R. Gayoso García,  
A. Parajo Calvo,  
L. Taboada Filgueira,  
D. Gómez Rodríguez

Servicio de Cirugía General A.  
Hospital Juan Canalejo.  
Xubias de Arriba, 84.  
15006 La Coruña.

Correspondencia:  
Dr. Alfonso Gullas Piñeiro.  
Avda. Ernesto Che  
Guevara, 8, A, 1.º derecha.  
Perillo, Oleiros.  
15172 La Coruña.

# Cystosarcoma phyllodes

## SUMMARY

*Cystosarcoma phyllodes is a rare mammary tumoration that presents some peculiarities, as the frequent aparition of recurrences and the low probability of metastasis, that make different this neoplasm. We present our experience with this class of tumors remarking the clinical and histological characteristics, so as survival in patients with this type of tumoration.*

### Palabras clave

*Cáncer de mama, Cystosarcoma phyllodes, Supervivencia.*

### Key words

*Breast neoplasms, Cystosarcoma phyllodes, Survival.*

## INTRODUCCION

El *Cystosarcoma phyllodes* (CSP) fue descrito por primera vez por Müller en 1838, atribuyéndole dicho autor una naturaleza benigna.

Es el sarcoma mamario de aparición más frecuente, representando el 0,5% del total de los tumores de esta glándula, siendo la edad media de presentación los 43 años.<sup>1</sup> Es rara su aparición en la adolescencia, lo cual se acompaña de un mejor pronóstico.<sup>2</sup>

Aunque existe unanimidad a la hora de considerar al CSP como una lesión de bajo grado de malignidad, se han sucedido los intentos de clasificación del mismo en orden a establecer las características, tanto anatomopatológicas como clínicas, que puedan determinar una mayor o menor agresividad de la tumora- ción y que luego resumiremos.

En este estudio presentamos nuestra experiencia con este tipo de tumores para luego discutir los citados criterios de benignidad y la terapéutica quirúrgica a realizar.

## MATERIAL Y METODOS

De una revisión de 660 tumores mamarios intervenidos en el Departamento de Cirugía General del

Hospital Juan Canalejo entre 1971 y 1991 se efectúa un estudio de aquellos en donde el análisis anatomopatológico de los mismos reveló la existencia de un CSP. Se analizan las características clínicas (edad, sexo, tamaño, localización, estadio clínico y supervivencia), anatomopatológicas y terapéuticas de los mismos.

## RESULTADOS

De los 660 tumores revisados se encontraron 5 CSP (0,83%). Al analizar las características clínicas (tabla I) se observa que la edad media de aparición es de 40,6 años, con un rango comprendido entre los

TABLA I  
CARACTERISTICAS CLINICAS  
DE LAS PACIENTES A ESTUDIO

	Edad	Localización	Tamaño	TNM	Estadio
Caso I .....	56	CIED	14 cm	T3N0M0	IIb
Caso II .....	53	CIED	3 cm	T2N0M0	IIa
Caso III .....	42	CSED	6 cm	T3N0M0	IIb
Caso IV .....	34	CSEI	3 cm	T2N0M0	IIa
Caso V .....	18	CIEI	4 cm	T2N0M0	IIa

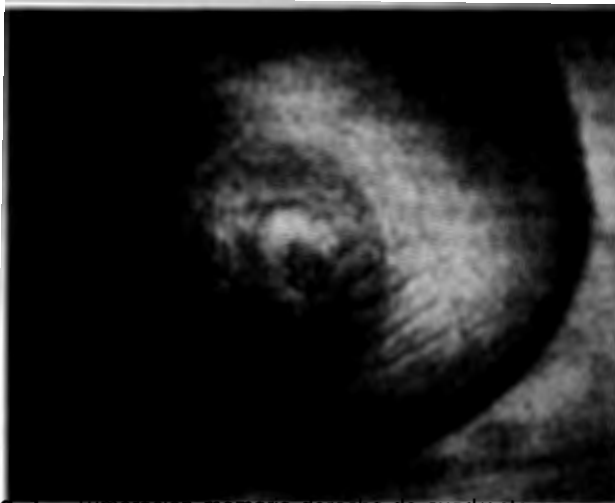


Fig. 1. Tumoración mamaria derecha de cuadrante superoexterno con eritema local.

18 y los 56 años. Tres de los casos ocurrieron en la mano derecha, 2 en el cuadrante inferoexterno y 1 en el superoexterno, y 2 en la mama izquierda (cuadrante superoexterno e inferoexterno). El tumor de mayor tamaño medía 14 cm de diámetro y el menor 3 cm. Dos de los casos se presentaron en estadio IIb y otros 3 en estadio IIa. En la figura 1 se puede apreciar una mama afecta de un Cistosarcoma phyllodes, siendo la figura 2 la mamografía correspondiente a dicha neoplasia.

Los 5 tumores fueron catalogados según sus características anatomopatológicas en malignos o benignos, siendo los casos 1 y 5 encuadrados como tumores malignos y los restantes como benignos (tabla II). En ninguno de los casos se encontró afectación de los ganglios axilares en la exploración clínica.

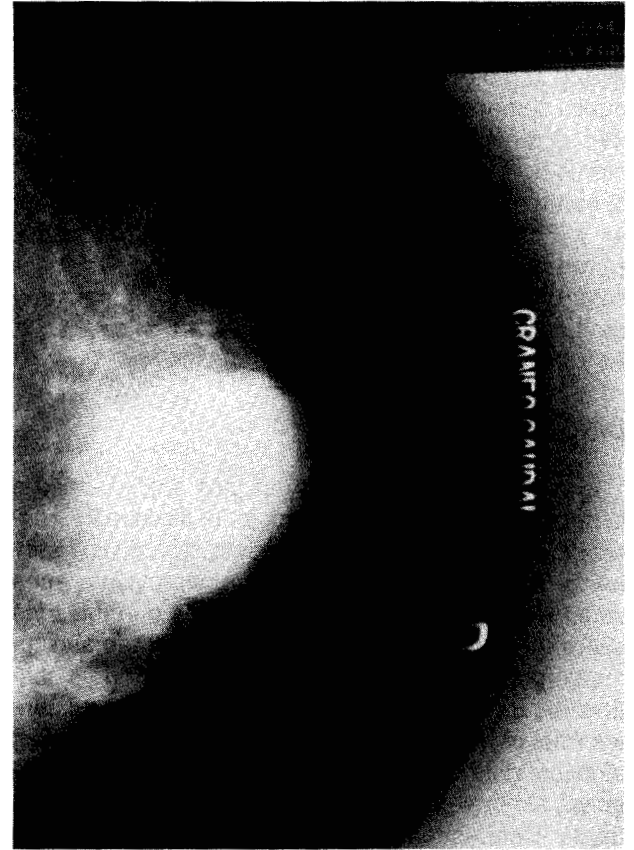


Fig. 2. Mamografía derecha. Gran tumoración intramamaria de 6 cm de diámetro.

En todos los casos el tratamiento de elección fue la cirugía (tabla II), Halsted en el caso 1 (debido a su gran tamaño y al hecho de que se había abscesificado) y tumorectomía con márgenes amplios en los otros 4. Ocurrieron recidivas locales en 2 pacientes,

TABLA II  
CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS, TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES A ESTUDIO

	Histología	Tratamiento	Recidivas	Supervivencia
Caso I .....	Maligno	Halsted	Local 5 m Osea 5 m	28 meses
Caso II .....	Benigno	Tumorectomía	Local 23 m Local 41 m	Viva 60 meses
Caso III .....	Benigno	Tumorectomía	—	Viva 30 meses
Caso IV .....	Benigno	Tumorectomía	—	Viva 44 meses
Caso V .....	Maligno	Tumorectomía	—	Viva 2 meses

en el caso 1 a los 5 meses de la intervención y en el caso 2 a los 23 meses. En el primer caso se trató mediante radioterapia y en el segundo mediante una nueva tumorectomía, volviendo a recidivar a los 41 meses de la primera intervención. Las enfermas números 3, 4 y 5 no han presentado recidivas hasta este momento, habiendo sido seguidas a lo largo de 30, 44 y 2 meses, respectivamente. En el caso 1 aparecieron metástasis óseas a los 5 meses, produciéndose la muerte a los 28 meses de haber sido intervenida. Las otras 4 enfermas seguían vivas a los 30, 60, 44 y 2 meses de su diagnóstico.

## DISCUSION

El principal problema con que nos encontramos a la hora de tratar un CSP estriba en la dificultad de encuadrarlo como un tumor cuya evolución clínica será benigna o maligna. Morris y Taylor<sup>3</sup> propusieron una serie de hallazgos anatomopatológicos que influirían sobre el pronóstico, los cuales serían el tamaño tumoral (peor pronóstico si el tumor es mayor de 4 centímetros de diámetro) y el número de mitosis existentes (mal pronóstico si hay más de 3 mitosis/10 HPF), atribuyéndole una menor importancia al tipo de márgenes tumorales (infiltrantes o no infiltrantes) y al grado de atipia estromal. Pietruzka y Barnes<sup>4</sup> en 1978 clasificaron los CSP en benignos (0-4 mitosis/10 HPF, márgenes expansivos y atipia estromal 1+ y a veces 2+), malignos (más de 10 mitosis/10 HPF, márgenes infiltrantes y atipia estromal 3+ y a veces 2+), siendo catalogados los casos intermedios como border-line. Bot y Donner<sup>5</sup> realizaron en 1981 un estudio en el que destacan 4 indicadores de mal pronóstico en los CSP: 1) márgenes tumorales infiltrantes, 2) atipias celulares presentes, 3) 3 o más mitosis por 10 HPF y 4) importante celularidad estromal. Como se puede observar, en estos 2 estudios los criterios de mal pronóstico son muy similares; sin embargo, en 1986 Ward y Evans publicaron los resultados de sus investigaciones, en los que destacan que no se pueden establecer criterios para catalogar a un CSP como benigno o maligno y que la única variable independiente que se correlaciona significativamente con metástasis y mortalidad por el tumor es la presencia de sobrecrecimiento estromal.<sup>6</sup>

Para cerrar este capítulo de factores pronósticos del CSP debemos reseñar el trabajo llevado a cabo por Chua y Thomas<sup>7</sup> en el que destacan los siguientes hechos como de buen pronóstico: edad menor de 20 años, tumor palpable, tumor de menos de 1 cm de diámetro e histología benigna, considerándose como tal la que reúne las siguientes características: 0-4 mitosis/10 HPF, pleomorfismo celular medio, baja celularidad estromal y márgenes tumorales netos. En nuestra serie el caso número 1 presentó varias características que permitieron encuadrarlo como un tumor maligno, tales como su gran tamaño, el estudio anatomopatológico y el hecho de que presentase un absceso formado en una cavidad tumoral desarrollada a partir de la intensa necrosis de la masa (esto fue destacado por Ward y Evans como signo de mala evolución tumoral —6—); el caso número 5 presentó 6 mitosis/10 HPF, intensa celularidad estromal y gran número de atipias celulares.

En cuanto al tratamiento, la actitud ha variado en cierta medida desde los tiempos de Treves y Sunderland que propugnaban excisión local amplia para el CSP benigno y mastectomía radical con vaciado axilar para los malignos.<sup>8</sup> Blichert-Toft et al. afirman que no hay evidencia que justifique el uso de una técnica quirúrgica en detrimento de otra, aunque ellos recomiendan tumorectomía con amplio margen para los benignos y mastectomía simple para los malignos,<sup>9</sup> criterio también seguido por Al Jurf et al.<sup>10</sup> Hoy día la mayoría de los autores están de acuerdo en que el tratamiento de elección es la exéresis tumoral amplia,<sup>3 11, 12</sup> reservando la mastectomía simple para los tumores grandes (relación tamaño tumoral/tamaño mama elevada) y para las recurrencias de los tumores border-line o malignos.<sup>12</sup> En nuestra casuística se ha seguido este tipo de tratamiento en 3 de los casos y se ha realizado mastectomía tipo Halsted en una enferma que presentaba un gran tumor con características anatomopatológicas de malignidad en el que no era posible realizar cirugía conservadora. También se puede apreciar que la única muerte de nuestra serie ocurrió en la enferma que presentaba una tumoración de características más agresivas a pesar de haberse realizado el tratamiento más radical, lo cual podría considerarse como un argumento a favor de la cirugía conservadora en el tratamiento de estas pacientes.

## RESUMEN

El *Cystosarcoma phyllodes* es una tumoración mamaria poco frecuente que presenta una serie de pe-

cularidades, tales como la frecuente aparición de recidivas y la baja probabilidad de presentación de metástasis, que la hacen singular.

Presentamos nuestra experiencia con este tipo de tumores, haciendo especial énfasis en las características clínicas e histológicas, así como en la supervivencia de las pacientes con este tipo de tumoración.

#### REFERENCIAS

1. Donegan WL. Sarcomas of the breast. En: Donegan, Spratt. Cancer of the breast, 3.<sup>a</sup> ed. Philadelphia, 1988; 689-715.
2. Reynolds J, Mies C, Daly JM. Mesenchymal infiltrating tumors. En: Bland KI, Copeland EM III. The breast, comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia, 1991; 210-221.
3. Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninety-four cases. Cancer 1967; 20: 2090-2099.
4. Pietruzska M, Barnes L. Cystosarcoma phyllodes. A clinico-pathologic analysis of 42 cases. Cancer 1978; 41: 1974-1983.
5. Bot FJ, Donner R. Metastatic cystosarcoma phyllodes. Report of a case with a ten year interval. Netherland J Surg 1981; 33: 34.
6. Ward RM, Evans HL. Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 26 cases. Cancer 1986; 58: 2282-2289.
7. Chua CL, Thomas A. Cystosarcoma phyllodes tumors. Surg Gynecol Obstet 1988; 166: 302-306.
8. Treves N, Sunderland DA. Cystosarcoma phyllodes of the breast. A malignant and a benign tumor. A clinicopathological study of seventy-seven cases. Cancer 1951; 4: 1286-1332.
9. Blichert-Toft M, Hansen JPH, Hansen OH, Schiodt T. Clinical course of cystosarcoma phyllodes related to histologic appearance. Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 929-932.
10. Al Jurf A, Hawk WA, Crile G. Cystosarcoma phyllodes. Surg Gynecol Obstet 1978; 146: 358-364.
11. Briggs RM, Walters M, Rosenthal D. Cystosarcoma phyllodes in adolescent female patients. Am J Surg 1983; 146: 712-714.
12. Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. Cancer 1989; 63: 2532-2536.