

# Un caso inusual de carcinoma ductal invasor desarrollado sobre un tumor phyllodes maligno

M. P. Soriano Sarrió\*,  
S. Navarro Fos\*,  
J. D. Pardo Martínez\*\*,  
A. Llombart Bosch\*

## SUMMARY

*We report an unusual case of a breast neoplasm in a 75-year-old woman, in which an invasive ductal carcinoma coexists with a grade III phyllodes tumor. The histopathological study showed a fibrosarcomatous stroma associated with epithelial invasive and intraductal neoplastic component.*

\* Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario de Valencia.  
\*\* Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Correspondencia:  
A. Llombart Bosch.  
Departamento de Patología.  
Facultad de Medicina.  
Avda. Blasco Ibáñez, 17.  
46010 Valencia.

## Palabras clave

*Tumor phyllodes, Cistosarcoma, Sarcoma, Carcinoma ductal.*

## Key words

*Phyllodes tumor, Cystosarcoma, Sarcoma, Ductal carcinoma.*

## INTRODUCCION

El tumor phyllodes<sup>1</sup> fue descrito por primera vez por Johannes Müller en 1838,<sup>2,3</sup> el cual lo denominó cistosarcoma phyllodes por su aspecto carnoso (sarkos) y por la proliferación foliácea dentro de cavidades quísticas.

Esta entidad, un tanto enigmática en cuanto a su clasificación y evolución, representa el 8% de todos los tumores benignos de mama y entre el 0,5 y el 2,5% de los tumores malignos.<sup>4</sup> Se presenta con mayor frecuencia en la cuarta a quinta década de la vida, con recidiva local tras extirpación según las diferentes series entre un 13,8 y un 30%.<sup>5</sup> Asimismo se observan metástasis a distancia, preferentemente hematógenas, que varían entre el 6,2 y el 29% (pulmonares, óseas),<sup>5</sup> siendo la infiltración tumoral ganglionar excepcional.

Excepcionalmente se han observado casos aislados en los que el componente epitelial del tumor phyllodes presentaba signos de malignidad. Entre éstos debemos mencionar los que resumimos en la

tabla I,<sup>6, 7, 8, 9, 10, 11</sup> resaltando que todos ellos, salvo uno,<sup>10</sup> se encontraban en el seno de tumores phyllodes benignos.

Nosotros presentamos aquí un nuevo caso que tiene como particularidad de corresponder a un carcinoma ductal infiltrante iniciado sobre un tumor phyllodes maligno.

## MATERIAL Y METODOS. RESULTADOS

### Caso clínico

Mujer de 73 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca moderada con bloqueo incompleto de rama derecha. Hace 4 años, durante un control electrocardiográfico, se detectó un nódulo en mama derecha, que tras un estudio mamográfico se informó de patrón displásico bilateral, mastopatía fibroquística con carácter microquístico.

A la exploración presentaba una tumoración redondeada de unos 2 cm en cuadrante superointerno

TABLA I  
CASOS DE CARCINOMA DESARROLLADOS  
EN TUMOR PHYLLODES

Autor	N.º de casos	Ca. ductales	Ca. lobulillares
Norris y Taylor .....	2	—	—
Treves .....	1	—	1
Haagensen .....	7	—	2
Rosen y Urban .....	6	—	4
Series Columbia .....	3	—	—
Anthony S-Y .....	1	1	—
JM Klausner, S .....	1	1	—
Anni Grove .....	1	1	—

de mama derecha, compatible con lesión quística. Se practicó una punción aspiración con aguja fina (PAAF), informándose de mastopatía fibroquística con metaplasia apocrina asociada. Un control mamográfico 1 año más tarde informa de patrón displásico de tejido adiposo sin signos de malignidad.

Posteriormente acudió por tumoración mamaria de idéntica localización, pero de mayor tamaño. El estudio mamográfico informó de imagen polilobulada bien definida compatible con proceso quístico. La ecografía demostró un quiste de 40 mm de diámetro mayor, tabicado en su interior, con zonas anecoicas y ecos internos. Se realizó una nueva PAAF, siendo el material obtenido hemático no válido para diagnóstico citológico.

Se remitió posteriormente una muestra biopsica constituida por un fragmento irregular de 0,8 cm de coloración grisácea. El estudio histológico convencional mostraba fragmento constituido en su mayoría por material hemático, en cuyo seno aparecían aisladas agrupaciones celulares bi o tridimensionales que adoptaban un patrón morular o papilar. Las células presentaban una evidente desproporción nucleocitoplasmática y un marcado hiperromatismo nuclear, informándose como carcinoma papilar.

Se remitió a cirugía para biopsia programada, y en el acto quirúrgico se evidenció formación quística de aproximadamente 5 cm de diámetro, bien delimitada y de fácil disección, con el aspecto de un quiste de inclusión epidérmica encapsulado y que a la sección mostraba un material de apariencia queratósica.

Dos fragmentos fibroadiposos de 2 y 6 cm fueron remitidos al Servicio de Anatomía Patológica, el mayor de los cuales era de aspecto nodular, blanquecino, de consistencia fibrosa y mostraba un área quís-

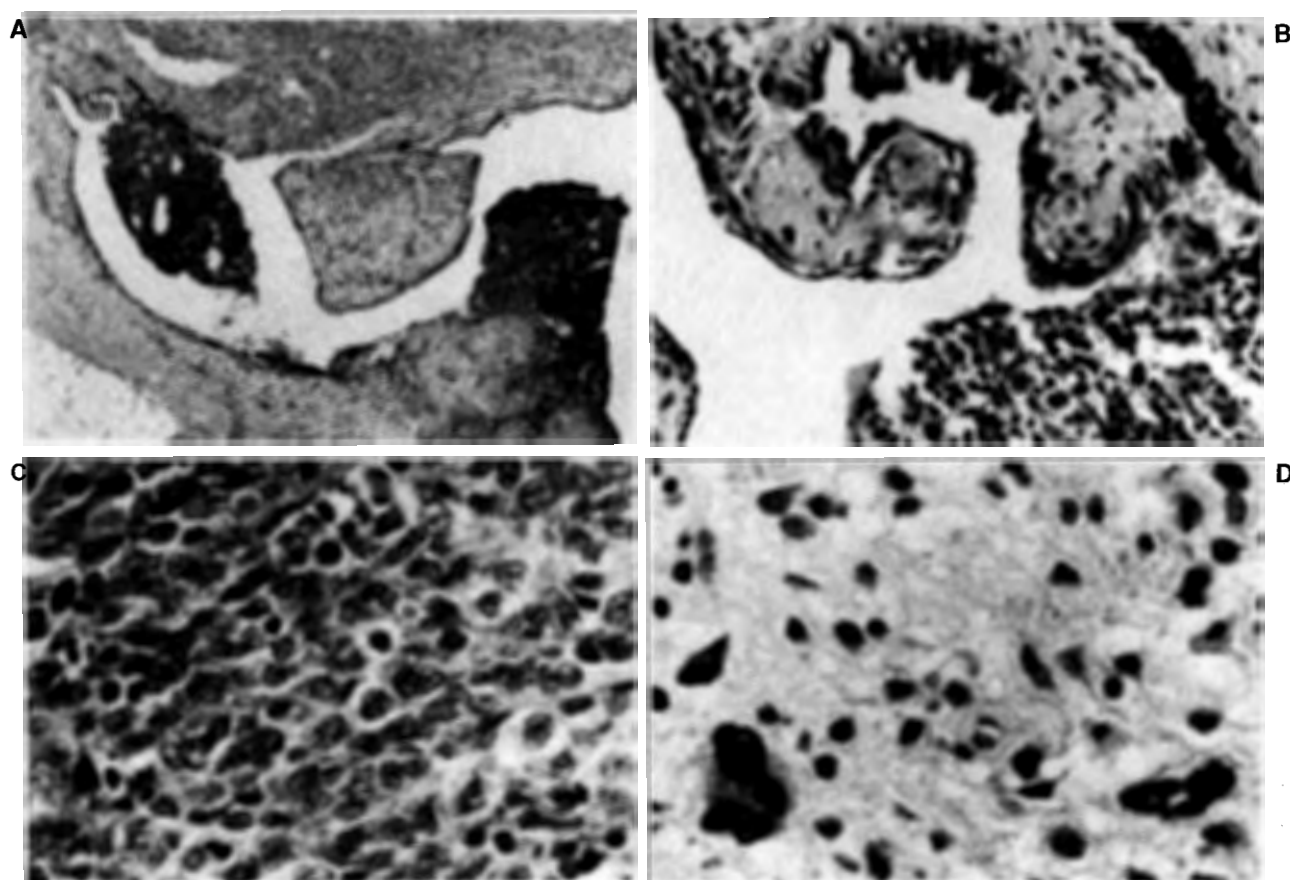


Fig. 1. Aspecto macroscópico de la lesión tumoral. Obsérvese una gran cavidad quística con masas carnosas y hemorrágicas mamelonadas en sus paredes.

tica de paredes carnosas, conteniendo material grisáceo friable. Histológicamente se observó una marcada proliferación estromal constituida por células de grandes núcleos hiperocrómicos irregulares, con frecuentes imágenes de multinucleación e invasión del tejido adiposo adyacente y con alto índice mitótico (más de 5 mitosis por hpf). En el seno de dicha población de aspecto sarcomatoso se observaron escasas luces glandulares, ramificadas en forma de hendidura y tapizadas por doble capa epitelial, con zonas de dilatación luminal. Junto a ello se apreció un área neoplásica de carácter epitelial sólida, constituida por células de grandes núcleos hiperocrómicos y amplio citoplasma de límites mal definidos y alto índice mitótico. El componente epitelial neoplásico mostraba zonas amplias de necrosis y hemorragia, con focal invasión del estroma adyacente y moderado infiltrado inflamatorio crónico acompañante. El diagnóstico histopatológico fue de tumor phyllodes grado III, asociado a carcinoma ductal con carácter sólido encefaloide.

Se procedió a mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar derecha. La pieza de mastectomía de 18,5 x 14 cm mostraba en vértice interno una lesión cicatricial antigua de 6 cm, por debajo de la cual existía una cavidad de 2 x 3 cm con zona indurada blanquecina de 2,3 x 1,5 cm.

Histológicamente se observó tejido de granulación crónico en los márgenes de la cavidad descrita macroscópicamente. El resto de la mama mostraba tan sólo 2 focos tumorales microscópicos, uno en vecin-



**Fig. 2.** Características histopatológicas de la doble lesión tumoral. A: Aspecto de la lesión quística en la que se aprecia crecimiento exofítico de carácter sólido (HE 10×). B: Detalle de la figura anterior, observándose crecimiento mamelonado de aspecto epitelial con atipias marcadas (HE 20×). C: Área sólida tumoral de carácter epitelial; nótese la atipia celular marcada y alto índice mitótico (HE 40×). D: Imagen histológica correspondiente a tumor phyllodes mostrando un estroma laxo con células estrelladas y marcadas atipias nucleares.

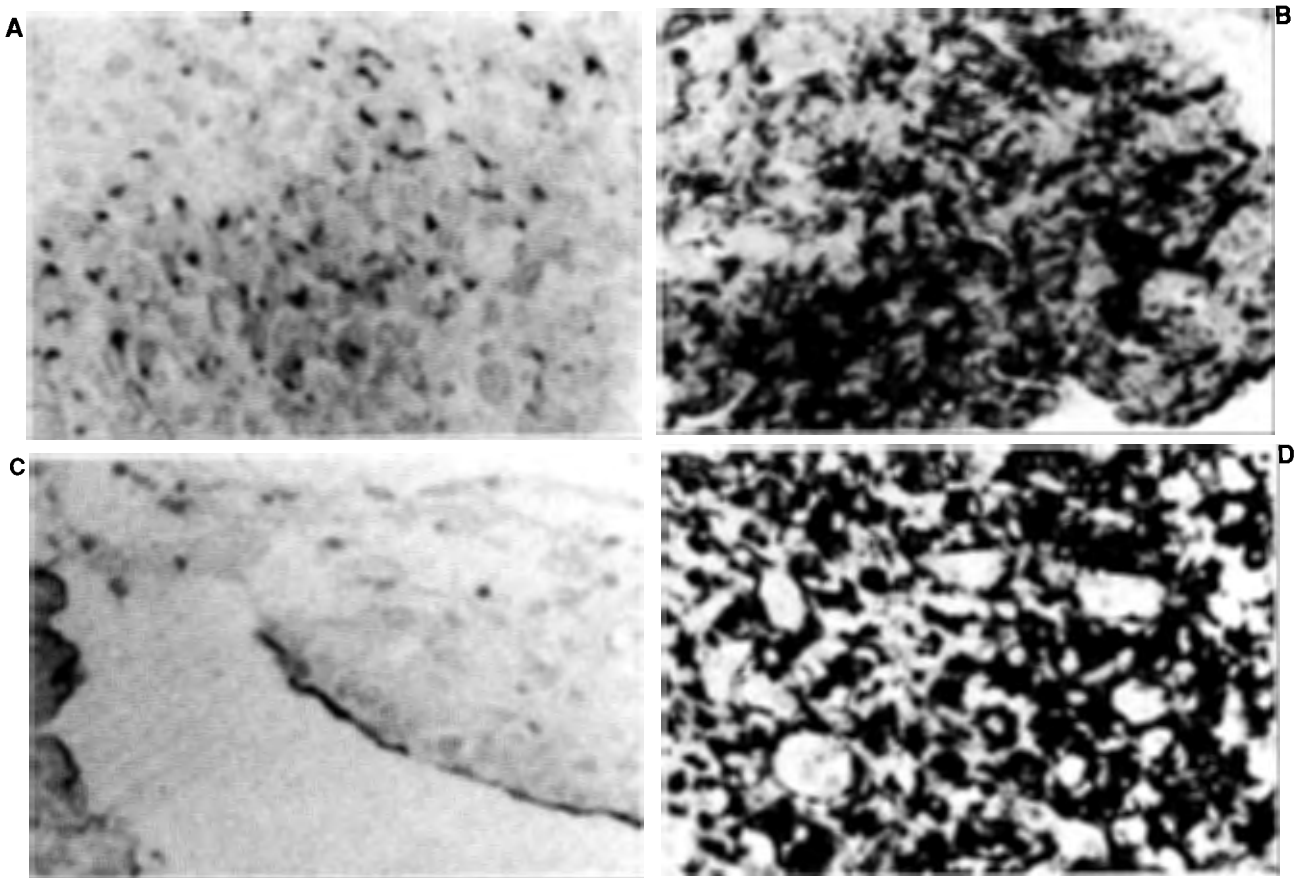
dad a la cavidad en tumorectomía y el otro en tejido adiposo mamario profundo, próximo a la musculatura estriada. Dichas lesiones presentaban un carácter sólido epitelial carcinomatoso, superponible a la biopsia previa. La grasa axilar incluía múltiples adenopatías de carácter reactivo sin infiltración neoplásica.

El estudio inmunohistoquímico realizado en función de los datos morfológicos mostró en la población carcinomatosa positividad citoplasmática difusa para el CEA y focal para AFP. El componente epitelial del tumor phyllodes mostró positividad citoplasmática difusa para el CAM 5,2 y superficial apical para el EMA. El componente estromal del tumor phyllodes presentó positividad citoplasmática focal para vimentina, desmina, actina muscular y HNK.

La paciente recibió radioterapia postoperatoria (60 Gy), y en el último control realizado, 13 meses después de la intervención, se hallaba libre de enfermedad clínicamente.

## DISCUSION

La mayoría de los autores reconocen la extraordinaria complejidad en cuanto al comportamiento biológico del tumor phyllodes. Si a ello se une un componente carcinomatoso, parecería lógico que ello tuviese una repercusión aún más negativa con respecto al pronóstico de estas pacientes. Sin embargo, la literatura recoge un aparente buen pronóstico para



**Fig. 3.** Características inmunohistoquímicas de la doble lesión tumoral. A: Detección de desmina en el citoplasma de las células tumorales en un área de tumor phyllodes (ABC peroxidasa 40x). B: Inmunorreactividad frente a CEA en área sólida carcinomatosa (40x). C: Inmunomarcaje frente a EMA en ribete apical de área con transformación carcinomatosa (20x). D: Reactividad citoplasmática frente a alfa-fetoproteína en zona carcinomatosa (40x).

estas asociaciones tumorales, atribuible quizá a la peculiar presentación clínica del tumor phyllodes.<sup>11</sup>

En los casos de tumor phyllodes con componente carcinomatoso resultaron excepcionales las metástasis ganglionares y en ningún caso se han descrito a partir del componente epitelial, sino del sarcomatoso. Fueron más frecuentes las metástasis pulmonares (hasta un 66%) por vía casi exclusivamente hematológica.

Resulta curioso comprobar cómo el componente carcinomatoso, en la mayor parte de los casos de esta asociación, correspondían a un carcinoma lobulillar,<sup>7, 12, 13</sup> algo que ocurre también cuando se desarrollan a partir de fibroadenomas.<sup>9, 11</sup>

Por otra parte hay que resaltar el hecho de que entre todos los casos previamente publicados de tu-

mor phyllodes con componente carcinomatoso, tan sólo uno de ellos correspondió a un phyllodes maligno, lo que hace todavía más excepcional el caso que presentamos. También existen diferencias evolutivas entre este caso y el nuestro, ya que el primero desarrolló metástasis generalizadas con exitus final, mientras que en el nuestro, con un phyllodes grado III, la paciente actualmente, 13 meses después de la intervención, permanece clínicamente libre de la enfermedad.

## RESUMEN

Presentamos un caso inusual de neoplasia mamaria en la que coexiste una población epitelial en for-

ma de carcinoma ductal junto a otra población mesenquimal tipo tumor phyllodes.

La paciente, de 73 años, presentaba una masa tumoral de 40 mm en cuadrante superointerno de mama derecha no adherida a planos profundos ni a piel. El estudio histológico de la misma mostraba un tumor phyllodes grado III, con un estroma fibrosarcomatoso y un componente epitelial carcinomatoso focalmente invasor de tipo ductal.

#### REFERENCIAS

1. Deus Fombellida J, Muniesa Soriano JA, Morós García M. Aspectos quirúrgicos de los tumores filoides de la mama. Estudio retrospectivo de 14 casos. *Cir Esp* 1988; 44: 78-91.
2. Aviñó J, Blanes A. Tumor phyllodes de la mama. Estudio clínico, ecográfico, mamográfico, citológico, termográfico y anatomopatológico de 16 casos. *Rev Esp Obst Gin* 1987; 46: 37-42.
3. Díaz Faes JG, Fernández Rojo F. Tumores phyllodes de la mama. Estudio clínico patológico de una serie de 27 casos. *Cir Esp* 1986; 42: 661-666.
4. Molina García M, Fernández Serrano JL. Cistosarcoma phyllodes. Revisión 12 casos. *Cir Esp* 1989; 45: 523-527.
5. Cohn-Cedermark G, Lars E. Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 77 patients. *Cancer* 1991; 68: 2017-2022.
6. Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behaviour of cistosarcoma phyllodes. Analysis of ninety-four cases. *Cancer* 1967; 20: 2090-2099.
7. Azzopardi JG. Problems in breast pathology. WB Saunders Co. Philadelphia 1987; 346-365.
8. Rosen PP, Urban JA. Coexistent mammary carcinoma and cystosarcoma phyllodes. *Breast* 1975; 1: 9-15.
9. Anthony SY, Leong MB, David J. Tubular carcinoma developing within a recurring cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 1980; 46: 1863-1867.
10. Klausner JM, Lelcuk S, Ilia B, Inbar M, Hammer B, Skornik Y, Rozin RR. Breast carcinoma originating in cystosarcoma phyllodes. *Clin Oncol* 1983; 9: 71-74.
11. Grove A, Kristensen LD. Intraductal carcinoma withing a phyllodes tumor of the breast: A case report. *Tumori* 1986; 72: 187-190.
12. Treves N. A study of cystosarcoma phyllodes. *An N Y Acad Sci* 1964; 114: 922-936.
13. Haagensen CD. Diseases of the breast. 2<sup>nd</sup> ed. WB Saunders Co. Philadelphia, 1971; 235-249.
14. Reinfuss M, Mitus J, Smolak K, Stelmach A. Malignant phyllodes tumours of the breast. A clinical and pathological analysis of 55 cases. *Eur J Cancer* 1993; 9: 1252-1256.