

# Tumor *phylloides* en una niña de 11 años. Comunicación de un caso

## *Phyllodes tumor in an 11 years-old girl. Report of a case*

Dra. Graciela Lewitan<sup>a</sup>, Dra. Carolina Goldberg<sup>b</sup>, Dr. Rubén De Sousa Serro<sup>b</sup>, Dra. Cristina Cabaleiro<sup>a</sup> y Dra. Stella Maris Espora<sup>a</sup>

### RESUMEN

El tumor *phylloides* de mama comprende menos del 1% de todos los tumores de mama y es muy raro en mujeres jóvenes. Fue descrito por primera vez por Johannes Müller, en 1893, quien lo llamó así por su aspecto de hoja (*phyllon* significa hoja y *éidos*, aspecto). El objetivo es presentar el caso de una niña de 11 años de edad con un tumor *phylloides* de mama derecha. Al efectuar una revisión bibliográfica, hallamos sólo dos casos publicados.

**Palabras clave:** tumor *phylloides*; cáncer de mama, cistosarcoma *phylloides*, pronóstico del tumor *phylloides*, ecografía del tumor *phylloides*.

### SUMMARY

*Phyllodes* tumor represents only about 1% of breast tumors and it is very rare in young women. Johannes Müller described it for the first time in 1893. Its name is derived from the Greek words *phyllon*, meaning leaf and *éidos*, appearance; meaning that it takes on a leaflike appearance.

Our aim was to report a case in an 11 year old girl with a *phylloides* tumor in her right breast. We made a revision and we only found 2 cases reported.

**Key words:** *phylloides* tumor; breast neoplasms, cistosarcoma *phylloides*, *phylloides* tumor prognosis, *phylloides* tumor ultrasound.

### INTRODUCCIÓN

El tumor *phylloides* de mama es muy poco frecuente. Johannes Müller lo describió por primera vez en 1893. Etimológicamente, el término proviene del griego: *phyllon*<sup>1</sup> hoja y *éidos*, aspecto; es decir, con aspecto de hoja. Al igual que los fibroadenomas, estos tumores nacen del tejido conectivo (estroma intralobulillar). Los tumores *phylloides*

aparecen 10 o 20 años más tarde que los fibroadenomas, alrededor de la cuarta década de la vida, y si bien presentan un aspecto pseudosarcomatoso, su evolución es benigna y tienen un buen pronóstico en general.<sup>2</sup>

### CASO CLÍNICO

#### Motivo de consulta

Niña de 11 años de edad que consulta por presentar tumoración en mama derecha de un mes de evolución.

Antecedentes personales: tortícolis congénita, sin aparición de menarca.

Antecedentes familiares: madre hipotiroidea.

Examen físico: peso: 56 kg; talla 1,46 m; estadio puberal de Tanner IV.

Mama derecha aumentada de tamaño, hiperpigmentada, tumefacta, con escoriación periareolar en hora 3; se palpa tumoración de consistencia duroelástica, de bordes irregulares; sin adenopatías palpables (Fotografía 1).

Diagnóstico presuntivo: mastitis prepuberal

Tratamiento: antiinflamatorios, cefalosporina de 1ª generación y reposo. Control en 7 días durante el tratamiento.

a. División Ginecología.

b. División Pediatría.

Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

#### Conflicto de intereses:

Nada que declarar.

#### Correspondencia:

Dra. Graciela Lewitan: glewitan@telecentro.com.ar

Recibido: 3-7-09

Aceptado: 14-8-09

FOTOGRAFÍA 1. Mama derecha hiperpigmentada, tumefacta



Evolución: aumento de las dimensiones tumorales sin reacción peritumoral inflamatoria mayor; al no responder al tratamiento instituido se decide la internación para su mejor evaluación y tratamiento.

Diagnósticos diferenciales: 1) mastitis puberal; 2) fibroadenoma gigante; 3) tumor *Phyllodes*; 4) absceso de mama; 5) quiste de mama complicado; 6) carcinoma inflamatorio; 7) traumatismo de mama con necrosis.<sup>3</sup>

Durante la internación se efectúan una ecografía, que confirma la presencia de un tumor sólido de 64 x 36 x 55 mm (Fotografía 2), y una mamografía que revela una masa retroareolar derecha de bordes parcialmente definidos, sin microcalcificaciones (Fotografía 3).

También se efectuaron marcadores tumorales con los siguientes resultados: Ca15-3= 5,8 u/mm (VN:  $\leq 25$  u/mm) y Ca125= 4,87 u/mm (VN:  $\leq 35$  u/mm).

Finalmente, se decidió efectuar una biopsia en cuña, cuyo diagnóstico fue tumor *phyllodes* de bajo grado de malignidad (Fotografía 4).

Tratamiento: Tumorectomía con abordaje peria-reolar con conservación del tejido mamario sano.

Control evolutivo: Al año de la cirugía, la paciente no presentó recidiva, su estadio de Tanner varió al V, mamas blandas casi simétricas y con buen desarrollo del tejido mamario (Fotografía 5). Con la aparición de su menarca y las menstruaciones subsiguientes, no presentó mastalgia.

## DISCUSIÓN

Este caso clínico corresponde a la presentación de un tumor *phyllodes* de mama en una niña de 11 años de edad, un cuadro bastante raro a tan temprana edad. Son tumores de origen fibroepitelial, poco frecuentes, que representan alrededor del 1% de las neoplasias de mama<sup>4</sup> y el 2,5-3% de los tumores epiteliales de la mama.<sup>5</sup> Para designar a estos tumores, a veces se utiliza el término de cistosarcoma *phyllodes*; pero la mayoría de ellos se

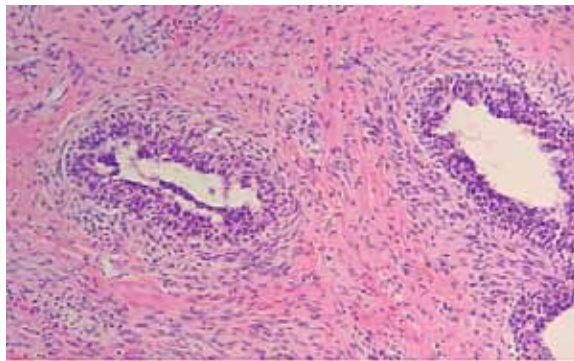
FOTOGRAFÍA 2. Ecografía: tumor sólido de 64 x 36 x 55 mm



FOTOGRAFÍA 3. Mamografía: masa retroareolar derecha



FOTOGRAFÍA 4. Tumor *Phyllodes* de bajo grado



FOTOGRAFÍA 5. Al año postcirugía



comporta de una forma relativamente benigna; no obstante, pueden tener un 25% de recidivas.

El tumor *phylloides* es de crecimiento rápido y los que alcanzan grandes volúmenes son, con frecuencia, lobulados, por la presencia de nódulos de estroma proliferante revestidos con epitelio. Por eso, se los confunde clínicamente con fibroadenomas gigantes o con mastitis puberales, como en este caso. La ecografía es la herramienta más útil dentro de los métodos complementarios.<sup>6</sup> El diagnóstico final es exclusivamente anatomopatológico.

Al efectuar una revisión bibliográfica, hallamos sólo dos casos publicados de pacientes puberales. En uno de ellos, se decidió efectuar una mastectomía,<sup>7</sup> pero otros autores proponen la tumorectomía<sup>8</sup> conservadora, conducta con la cual coincidimos. La resección debe ser amplia, con márgenes negativos, para evitar recidivas.<sup>9</sup>

Con respecto al tratamiento, cabe destacar que la paciente aún no había completado su desarrollo mamario, por lo cual, la cirugía fue muy delicada y se trató de conservar el tejido sano y de escindir con amplio margen.<sup>10</sup> De acuerdo al control anual, este objetivo se ha cumplido exitosamente. ■

## Agradecimientos

A la Dra. Carla Trila; el Dr. Miguel Tissieres; y la Dra. Mabel Poncelas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de Medicina Dorland, 28ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
2. Moguilevsky L. Afecciones de la mama. Buenos Aires: López Libreros Editores; Cap. 17, *Tumor Phyllodes*; 1973:pág. 132.
3. Perlman S. Clinical protocols in pediatric and adolescent gynecology, Ed. Nueva York: Parthenon Publishing. *Breast mass*; 2004:págs. 32-33.
4. Arraztoa J. La mama, diagnóstico y tratamiento. Santiago: 2ª ed. Ed. Mediterráneo, *Lesiones Benignas de la Mama, fibroadenoma de la mama*; 2004:págs. 131-135.
5. Petrik Jeanne A. Diseases of the breast. 2ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, *Phyllodes Tumors*; 2000:págs. 669-675.
6. Méndez Ribas JM. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. 2ª ed. Cap. XIV *Patología mamaria*, Ed. Buenos Aires: Ascune 2005:pág. 233- 243.
7. Orea-Estudillo D, Jaimes López L, Bernal-Cano J. *Phyllodes tumor in a pediatric patient. Case report and literature review. Cir Ciruj* 2008;76(2):165-8.
8. Prakash A, Sparnon A. Benign Breast lesions in adolescent girls: An overview with a case report, *Pediat Surg Int* 2005;21:381-2.
9. Sanfilippo JS. Pediatric and adolescent gynecology. 2ª Ed. Cap 13, *Breast disorders*. Filadelfia: Saunders, 2003:pág. 611.
10. Carpenter SE y Rock JA. Pediatric and adolescent gynecology. Lippincott Williams & Williams, 2ª ed. Philadelphia: *Breast diseases: benign and malignant*; 2000:págs. 479-485.